
**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn.S DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN :
RUPTUR URETRA**

Implementation Of Nursing Care To Tn.S Clients With Disorders Urinary System: Urethral Rupture

Harmawati Muslimin, Sitti Zakiyah Putri, Fitria Hasanuddin
Universitas Muhammadiyah Makassar
Email: harmafiramuslimin@yahoo.co.id

Abstrak

Ruptur uretra adalah suatu cedera yang mengenai uretra sehingga menyebabkan ruptur pada uretra. Ruptur uretra adalah kerusakan kontinuitas dari uretra yang disebabkan oleh ruda paksa yang datangnya dari luar. Memperoleh pengalaman dan penerapan Asuhan Keperawatan Pada Tn.S dengan Gangguan Sistem Perkemihan : Ruptur Uretra. Teknik pengumpulan data menggunakan instrumen format pengkajian kebutuhan nutrisi dengan pemenuhan pengumpulan data menggunakan Teknik wawancara dan observasi. . Setelah melakukan pengkajian didapatkan data subjektif yaitu klien Nyeri pada saat berkemih dan cemas terhadap penyakitnya.data objektif klien mengatakan cemas berkurang. Diagnosa yang di angkat yaitu Nyeri akut b/d inflamasi saluran kemih, Gangguan eliminasi BAK b/d ruptur pada uretra, Intoleransi aktivitas b/d keterbatasan gerak, Cemas b/d kurang informasi tentang penyakit Ruptur Uretra.Intervensi yang dilakukan peneliti yaitu: kaji tingkat beratnya nyeri (skala 0 – 10) dan lokasi, Observasi Tanda-tanda vital, pertahankan istirahat dengan posisi semi fowler, Ajarkan tehnik relaksasi (napas dalam), Kolaborasi dalam pemberian obat analgetic, kaji pola urine, pantau masukan dan pengeluaran serta karakteristik urine, kaji warna urine, Adapun diagnosa keperawatan yang teratasi adalah : Cemas berhubungan dengan kurang informasi tentang penyakit ruptur uretra : Klien mengatakan sudah tidak cemas lagi dengan penyakitnya, Klien mengatakan sudah tidak cemas dan gelisah.

Kata Kunci : Ruptur Uretra, Gangguan Sistem Perkemihan

ABSTRACT

Urethral rupture is an injury to the urethra, causing the urethra to rupture. Urethral rupture is damage to the continuity of the urethra caused by external forces. Gaining experience and application of Nursing Care for Tn.S with Urinary System Disorders: Urethral Rupture. The data collection technique used an instrument of nutritional needs assessment format with the fulfillment of data collection using interview and observation techniques. . After conducting the assessment, subjective data was obtained, namely the client's pain when urinating and anxious about the disease. Objective data of the client said that anxiety was reduced. The diagnosis raised was Acute pain related to urinary tract inflammation, Impaired bladder elimination related to urethral rupture, Activity intolerance related to limited movement, Anxiety related to lack of information about Urethral Rupture. severity of pain (scale 0-10) and location, Observation of vital signs, maintain rest in a semi-Fowler position, Teach relaxation techniques (deep breathing), Collaboration in administering analgesic drugs, assess urine patterns, monitor input and output and characteristics urine, assess urine color, The nursing diagnoses that are resolved are: Anxiety related to lack of information about urethral rupture: Client says he is no longer worried about his illness, Client says he is no longer anxious and restless.

Keywords: Urethral Rupture, Urinary System Disorders

PENDAHULUAN

WHO dalam buku Aditama, 2000, mengatakan bahwa pelayanan keperawatan adalah gabungan dari ilmu kesehatan dan seni melayani atau memberi asuhan, suatu gabungan humanistik dari ilmu pengetahuan, filosofi keperawatan, kegiatan klinik komunikasi dan ilmu sosial.(Sumijatun. 2010 Hal.24)

Committe on Education American Nurses Association (ANA), 1965. Keperawatan merupakan

profesi yang membantu dan memberikan pelayanan yang berkontribusi pada kesehatan dan kesejahteraan individu. Keperawatan juga di artikan sebagai konsekuensi penting bagi individu yang menerima pelayanan, profesi ini memenuhi kebutuhan yang tidak dapat dipenuhi oleh seseorang, keluarga atau kelompok komunitas .(Sumijatun. 2010 Hal.24)

Ruptur uretra adalah suatu cedera yang mengenai uretra sehingga menyebabkan ruptur pada uretra. (Muttaqim arif & Sari kumala. 2011. Hal. 236)

Ruptur uretra adalah kerusakan kontinuitas dari uretra yang disebabkan oleh ruda paksa yang datangnya dari luar. (Nursalam & Fransisca 2006. Hal.91)

Berdasarkan Data yang diperoleh dari data Dunia sebanyak 10 jiwa insiden dan di RSUD Labuang Baji Makassar, jumlah yang menderita Ruptur uretra pada tahun 2014 sebanyak 18 jiwa. Jadi perlu pencegahan secara dini sehingga di tahun berikutnya tidak terjadi peningkatan penyakit Ruptur Uretra. sehingga penulis tertarik untuk menerapkan Asuhan keperawatan dengan judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.S Dengan Gangguan Sistem Perkemihan Dengan Diagnosa Ruptur Uretra di Ruang Perawatan Bedah Baji Kamase II RSUD Labuang Baji Makassar

METODE

Metode penelitian yang digunakan adalah Metode deskriptif dengan jenis penelitian adalah Studi Kasus yaitu suatu metode yang mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi metode penulisan, teknik pempulan data, sumber data, studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas dan dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Subyek Studi Kasus

Subyek yang digunakan pada studi kasus ini adalah .

1. Kriteria Inklusi
 - a. Pasie dengan jenis kelamin laki-laki
 - b. Pasien berusia ≥ 45 tahun.
 - c. Tidak ada gangguan komunikasi
 - d. Pasien dengan diagnsa medis rapture uretra
 - e. Bersedia menjadi responden
 - f. Pasien yang GCS 15
2. Kriteria Ekslusi
 - a. Pasien berusia ≤ 45 tahun.
 - b. Tidak dapat berkomunikasi dengan jelas.
 - c. Pasien dengan GCS dibawah 15
 - d. Tidak bersedia menjadi responden
 - e. Pasien dengan komplikasi

Fokus studi

Kajian utama studi kasus ini adalah asuhan keperawatan dan yang menjadi titik acuan setelah diterapkannya proses Asuhan Keperawatan tersebut adalah dengan memberi asuhan keperawatan pada pasien rapture Uretra

Instrument Studi Kasus

Instrument penelitian yang dimaksud adalah format pengkajian dan pedoman wawancara

Metode pengumpulan data

Metode yang digunakan penulis dalam pengumpulan data pada penelitian ini meliputi wawancara, observasi, dan dokumentasi. Metode wawancara dilakukan untuk mengetahui keluhan utama, riwayat keluhan utama, dan riwayat kebiasaan sehari-hari klien. Hal tersebut dibuktikan pada pemeriksaan fisik yang digunakan sebagai penunjang atas keluhan-keluhan yang disampaikan klien. Sedangkan dokumentasi merupakan data pribadi klien yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, nomor rekam medik, dan lain sebagainya.

Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian dilakukan di pada tanggal, 24 s/d 28 Maret 2015 di Ruang Bedah Baji Kamase II RSUD Labuang Baji Makassar.

Penyajian data

Data yang diperoleh kemudian dikumpulkan dan disajikan dalam bentuk asuhan keperawatan yang berisikan satuan **jumlah** maupun pernyataan verbal dari subyek sebagai data pendukung.

HASIL

Identitas Klien,

Nama Klien : Tn. S, Umur, : 60 tahun,
Jenis Kelamin : Laki – laki,
Agama : Islam,
Suku / Bangsa : Makassar,
Status pernikahan : Kawin,
Pekerjaan : Petani,
No. RM : 317587,
Tgl masuk RS : 22 – 03 – 15,
Tgl pengkajian : 24 – 03 – 15,
Alamat : Jalan malino,
Diagnosa medik : Ruptur Uretra.
Keluhan utama : Nyeri pada saat Berkemih .

Riwayat keluhan utama

P : Klien menyatakan nyeri pada saat berkemih
Q : Nyeri di rasakan hilang timbul
R : Abdomen bagian kuadran kanan bawah (lumbal kanan)
S : Skala nyeri sedang (6)
T : Nyeri dirasakan pada saat beraktivitas.

Riwayat kesehatan sekarang,

Klien masuk Rumah Sakit pada tanggal 22 Maret 2015 dengan keluhan nyeri pada saat BAK. keluhan ini dirasakan 1 minggu sebelum masuk Rumah Sakit

Labung Baji, setelah dilakukan pemeriksaan, klien di diagnosa dengan penyakit ruptur uretra, Klien mengatakan khawatir dan cemas dengan penyakitnya, kalau nantinya tidak dapat bekerja dan mencari nafkah untuk keluarganya, faktor-faktor yang memperberat jika melakukan aktivitas dan yang memperringan jika beristirahat, karena mengatakan merasa takut pada saat bergerak sehingga klien takut untuk bergerak dan beraktivitas..

Riwayat kesehatan masa lalu.

Klien sebelumnya tidak pernah dirawat dirumah sakit. Klien sebelumnya tidak pernah mengalami penyakit yang serius. Klien tidak pernah mengalami pembedahan. Tidak ada riwayat alergi terhadap obat-obatan, makanan.

Kedadaan umum klien.

Klien nampak lemah dan cemas, Ekpresi wajah meringis, Penampilan klien sesuai dengan usianya,

Berat Badan : 68 Kg dan Tinggi Badan: 170 cm.

Tanda-tanda Vital,

TD : 120 / 70 mmHg,

S : 36,5 °C,

N : 72 x/menit,

P : 22 x/menit.

Dari data hasil pengkajian dan observasi tersebut diatas, penulis melakukan analisa data, kemudian membuat prioritas diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang dialami pasien atau yang harus segera dilakukan penanganan segera.

Adapun prioritas masalahnya yakni Gangguan rasa nyaman nyeri sehubungan dengan retensi urine. Data yang menunjang diagnosa keperawatan tersebut adalah data subyektif klien mengeluh nyeri, klien mengatakan sering kencing tengah malam, ketika buang air kecil terasa panas, nyeri daerah pinggang . Data Obyektif klien nampak meringis, ekspresi wajah meringis, tanda-tanda vital TD 130/80 mmhg.

PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Berdasarkan hasil yang diperoleh selama studi kasus diperoleh data sebagai berikut :

Pada pengkajian klien mengatakan nyeri pada saat berkemih akibat adanya trauma pada Uretra sehingga menyebabkan Ruptur Uretra posterior dan terputusnya kontinuitas jaringan menyebabkan terjadinya pelepasan mediator kimia dan merangsang ke syaraf eferen langsung ke hipotalamus tepatnya di korteks serebri sehingga menyebabkan nyeri (Rudy Haryono. 2013).

2. Diagnosa

Nyeri berhubungan dengan inflamasi saluran kemih. Diagnosa ini muncul karena sesuai dengan pengkajian yang dilakukan klien mengeluh Nyeri karena

adanya ruptur dan tindakan pembedahan sehingga terputusnya kontinuitas jaringan dan menyebabkan pelepasan mediator kimia dan merangsang syaraf hipotalamus dan berpusat di korteks cerebri sehingga terjadinya nyeri.

Diagnosa lain yang ditemukan adalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan keterbatasan gerak dan Cemas berhubungan dengan kurang informasi tentang penyakit Ruptur Uretra

3. Intervensi keperawatan

Nyeri berhubungan dengan inflamasi saluran kemih Dengan intervensi yang dilakukan yaitu: Kaji tingkat/ beratnya skala nyeri ,Obsevasi tanda-tanda vital, Pertahankan istirahat dengan posisi semi fowler, ajarkantehnikrelaksasi, Penatalaksanaan obat analgetik Tujuan dilakukannya intervensi agar dalam waktu 3x24 jam nyeri yang dirasakan berkurang atau hilang.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan oleh penulis.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi dilakukan untuk menilai apakah tujuan yang ditetapkan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak, apakah masalah keperawatan yang di alami klien teratasi atau tidak teratasi.

KESIMPULAN

Setelah melakukan pengkajian pada klien Tn.S ditemukan data Nyeri pada saat berkemih dan cemas terhadap penyakitnya. Ditegakkan 4 Diagnosa Keperawatan. Intervensi disusun berdasarkan prioritas masalah. Setelah di lakukan implementasi keperawatan ditemukan 1 diagnosa keperawatan yang dapat teratasi yakni Diagnosa keperawatan Cemas. Evaluasi dilakukan pada akhir pelaksanaan asuhan keperawatan.

SARAN

1. Diharapkan kepada perawat, agar dalam melaksanakan pengkajian pada klien hendaknya menggunakan teknik wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik untuk mengumpulkan informasi yang dapat di gunakan sebagai acuan dalam menegakkan diagnosa.
2. Diharapkan pada perawata, agar dalam melakukan dan menetapkan diagnosa keperawatan hendaknya memperlihatkan secara keseluruhan apa yang menjadi keluhan pasien.
3. Diharapkan kepada seluruh rekan perawat agar rencana tindakan yang akan dilaksanakan pada

- klien hendaknya di sesuaikan dengan kondisi penyakit klien.
4. Diharapkan kepada petugas rumah sakit khususnya perawat agar dalam melakukan implementasi keperawatan hendaknya memperhatikan dan memfokuskan asuhan keperawatan kepada klien sesuai dengan kebutuhan klien.
 5. Diharapkan kepada perawat yang ada di Ruang Baji Kamase II untuk melanjutkan intervensi keperawatan, mengevaluasi untuk menilai sejauh mana perkembangan kondisi klien sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan yang telah dibuat.
 6. Diharapkan kepada petugas rumah sakit khususnya perawat agar dalam melakukan asuhan keperawatan hendaknya memperhatikan masalah etika keperawatan kepada klien dan keluarganya.
 7. Diharapkan kepada tenaga perawat dalam mengumpulkan data dan menerapkan asuhan keperawatan tetap mengutamakan komunikasi terapeutik dalam membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarganya.

DAFTAR PUSTAKA

- Gusti Andi. 2012. *Asuhan Keperawatan Pada Tn. "K" Dengan Non Hemoragik Stroke + Ruptur Uretra Di Ruang Perawatan Bedah Flamboyan RSUD Tk. I Tarakan*. UPT Perpustakaan. Universitas Borneo Tarakan
- Arif, M. 2012. *Asuhan keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Salemba Medika : Jakarta
- Eko, P. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Sistem Perkemihan*. Nuha Medika : Yogyakarta.
- Haryono, M. 2013. *Keperawatan Medikal bedah : Sistem Perkemihan*. Rapha Pulishing : yogyakarta.
- Sumijatun. 2010. *Konsep Dasar Menuju keperawatan Profesional*. Trans Info Medika : Jakarta.