



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN SINDROM
NEFROTIK DI IRNA KEBIDANAN DAN ANAK
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

PINDO
NIM : 203110143

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN SINDROM
NEFRORIK DI IRNA KEBIDANAN DAN ANAK
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan Ke Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**

PINDO

NIM : 203110143

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

HALAMAN PENGESATIAN

Karya Tulis Ilmiah ini disajikan oleh

Nama	Prihatin
NIM	20311101143
Program Studi	D-III Keperswatan Padang
Judul Proposal	Amban Keperswatan pada Anak Anemia Sangrai Nefronik di RSIA Kalmuan dan Anak RSUD Dr. M. Djamil Padang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Pengaji dan diterima sebagai
tulisan akhir syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperswatan pada
program studi D-III Keperswatan Padang Jurusan Keperswatan Poltekkes
Kemenkes RI Padang.

DEWAN PENGUJI

Ketua Pengaji	Na. Zulfiti Amaly Iida, S.Kep, M.Kep
Pengaji 1	Na. Delina, S.Pd, M.Kes
Pengaji 2	Na. Hj. Tenzawati, S.Kep, S.Si, M.Kes
Pengaji 3	St. Elisa Metti, M.Kep, Sp.Kep.Msi
Ditandatangani di	Poltekkes Kemenkes Padang
Tanggal	26 Mei 2021

Mengatakan,
Karya Program Studi Keperswatan Padang

Na. Yusni Endrianti, M.Kep
NIP. 19750121 199903 2 005

Poltekkes Kemenkes Padang

**LEMBAR PERENCANAAN
KARYA TULIS ILMIAH**

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Anakku Kepesewatan pada Anak dengan Syndrom Nehrotik di DRNA Ketilahanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang" ini telah diperlakukan dengan sifat eksklusif di bidang Dosen Proses Sebagian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D3 Kependidikan Poltekkes Kementerian Kesehatan RI Padang.

Padang, 16 Mei 2022

Merryanto,

Pembimbing I

1

Ni. Hj. Triyati, S.Si, M.Kes
NIP. 19650716 198802 2 062

Pembimbing II

2

Ni. Elisa Mardia, M.Kes, Sp.Kes. MM
NIP. 19800623 2002122 0 001

Merryanto

Ketua Prodi D-31 Kependidikan Poltek
Politeknik Kesehatan RI Padang



Ni. Yusni Lubis, M.Kes
NIP. 19751221 1999032 002

Poltekkes Kemenkes Padang

LEMBAR ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Pindo
NIM : 203110143
Tanda Tangan :

Tanggal : 26 Mei 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindrom Nefrotik di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang”**. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Diploma III pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes RI Padang. Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan hingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikannya. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Ns. Hj. Tisnawati, S.Kep, S.St, M.Kes selaku pembimbing I dan Ibu Ns. Elvia Metti, M.Kep, Sp.Kep.Mat selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang.
3. Bapak DR. dr. Yusirwan Yusuf, Sp. B, Sp. BA (K) MARS selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan penelitian.
4. Bapak Tasman, S.Kp,M.Kep. Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang.
5. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang.
6. Ibu Nova Yanti, M.Kep, Sp. Kep. MB selaku Pembimbing Akademik yang banyak membantu dalam masa perkuliahan.
7. Bapak Ibu Dosen serta staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang.

8. Teristimewa kepada orang tua dan saudara-saudara peneliti yang telah memberikan dukungan serta restu yang tidak dapat ternilai dengan apapun.
9. Teman-teman jurusan D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang yang seperjuangan, serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah sama-sama berjuang dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Peneliti menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum sempurna, oleh karena itu peneliti mengharapkan kritikan dan saran yang bersifat membangun dari berbagai pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata, peneliti berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, Mei 2023

Peneliti

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Pindo
NIM : 203110143
Tempat/Tanggal Lahir : Ganting, 07 April 2001
Jenis Kelamin : Laki- laki
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Ganting, Kambang Timur, Kecamatan Lengayang,
Kabupaten Pesisir Selatan, Provinsi Sumatera Barat

Nama Orang Tua

Ayah : Roben
Ibu : Linda

Riwayat Pendidikan

No.	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun Ajaran
1	TK	TK Islam Dinda	2008-2009
2	SD	SDN 45 Ganting	2009-2015
3	SMP	MTsN Kayu Kalek	2015-2017
4	SMA	SMAN 2 Lengayang	2017-2020
5	D-III Keperawatan Padang	Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang	2020-2023

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG PROGRAM STUDI
D-III KEPERAWATAN**

Karya Tulis Ilmiah, Mei 2023

Pindo

**Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindrom Nefrotik di Ruang IRNA
Kebidanan dan Anak di RSUP Dr. M. Djamil Padang**

Isi: xiii + 73 halaman, 1 bagan, 1 tabel, 12 lampiran

ABSTRAK

Sindrom nefrotik merupakan penyakit ginjal yang sering ditemui pada anak dengan rentang usia 2-6 tahun. Dampak dari sindrom nefrotik adalah gagal ginjal akibat gangguan pada ginjal., gejalanya dapat berupa kadar albumin rendah (hipoalbuminemia) dan edema akibat banyaknya protein albumin yang terbuang bersama urine. Menurut World Health Organization (WHO, 2017), insiden gangguan ginjal pada anak mencapai 33,7 % dengan angka kematian 13,8 %. Data dari RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2019, ditemukan anak dengan sindrom nefrotik sebanyak 26 orang, tahun 2020 sebanyak 31 orang dan tahun 2021 3 orang anak dengan sindrom nefrotik. Tujuan penelitian ini yaitu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada An.F dengan sindrom nefrotik di Ruang HCU Anak IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian dilakukan di ruang rawat HCU anak selama 5 hari. Waktu studi kasus dimulai tanggal 06 - 10 April 2023. Popilasi semua anak dengan sindrom nefrotik, sampel sebanyak 1 orang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. Cara pengumpulan data dengan wawancara, observasi, pengukuran, dokumentasi. Analisis dengan membandingkan semua temuan dengan teori pada tahapan proses keperawatan.

Hasil penelitian, pada An.F ditemukan edema pada bagian mata, wajah, tampak pucat, nafas sesak, penurunan berat badan 10 kg. Diagnosa utama adalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Intervensi yaitu manajemen hipervolemia dan pemantauan cairan. Implementasi selama lima hari yaitu menghitung keseimbangan intake dan output, membatasi asupan cairan, dan ttv dalam batas normal. Evaluasi didapatkan edema pada palpebra masih ada, sedikit puca, dan terdapat sembab pada wajah.

Perawat diharapkan meningkatkan pemberian asuhan keperawatan pada anak dalam memantau intake dan output cairan serta memonitor berat badan \terutama pada anak dengan sindrom nefrotik.

**Kata kunci: Asuhan Keperawatan, Sindrom Nefrotik, Anak, Daftar Pustaka : 28
(2009-2020)**

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR ORISINALITAS	iError! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	3
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	4
ABSTRAK	7
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR BAGAN	ix
DAFTAR TABEL	11
DAFTAR LAMPIRAN.....	12
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan	5
D. Manfaat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Sindrom Nefrotik.....	7
1. Definisi	7
2. Etiologi	8
4. Patofisiologi	10
5. WOC.....	13
6. Respon Tubuh Terhadap Perubahan Fisiologis.....	15
7. Pemeriksaan Penunjang.....	16
8. Komplikasi	17
9. Penatalaksanaan.....	17
B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Kasus Sindrom Nefrotik	18
1. Pengkajian	18
2. Kemungkinan Diagnosa Keperawatan	23
3. Perencanaan Keperawatan.....	25
4. Implementasi Keperawatan	33
5. Evausi Keperawatan	33
BAB III METODE PENELITIAN.....	34
A. Desain Penelitian	34
B. Tempat dan waktu penelitian	34
C. Populasi dan Sampel Penelitian	34
1. Populasi	34
2. Sampel	34
D. Alat / Instrumen Pengumpulan Data	35
E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data.....	Error! Bookmark not defined.

F. Prosedur Rencana Penelitian.....	38
G. Analisis Data.....	39
BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS	40
A. Deskripsi Kasus	40
1. Hasil Pengkajian.....	40
2. Intervensi Keperawatan.....	45
3. Implementasi Keperawatan	48
4. Evaluasi Keperawatan	49
B. Pembahasan.....	51
1. Pengkajian	51
2. Diagnosa Keperawatan.....	56
3. Intervensi Keperawatan	60
G. Analisis Data.....	39
BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS	40
A. Deskripsi Kasus	40
1. Hasil Pengkajian.....	40
2. Intervensi Keperawatan	45
3. Implementasi Keperawatan	48
4. Evaluasi Keperawatan	49
B. Pembahasan.....	51
1. Pengkajian	51
2. Diagnosa Keperawatan.....	56
3. Intervensi Keperawatan	60
4. Implementasi Keperawatan	64
5. Evaluasi Keperawatan	66
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	70
A. Kesimpulan	70
B. Saran	73
DAFTAR PUSTAKA	74

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 WOC	13
---------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan	25
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Kegiatan Karya Tulis Ilmiah (GANCHART)
Lampiran 2	Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah pembimbing I
Lampiran 3	Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah pembimbing II
Lampiran 4	Surat Izin Pengambilan Data Dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
Lampiran 5	Surat Izin Pengambilan Data Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
Lampiran 6	Surat Izin Penilitian Dari Poltekkes Kemenkes Padang
Lampiran 7	Surat Keterangan Lolos Kaji Etik Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
Lampiran 8	Surat Izin Penelitian Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
Lampiran 9	Surat Persetujuan Menjadi Responden (<i>Informed Consent</i>)
Lampiran 10	Daftar Hadir Penelitian
Lampiran 11	Surat Selesai Penelitian Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
Lampiran 12	Laporan Asuhan Keperawatan Anak Dengan Sindrom Nefrotik

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sindrom Nefrotik adalah suatu sindrom (kumpulan gejala) yang terjadi akibat berbagai penyakit yang menyerang ginjal. Hal ini bisa menyebabkan proteinuria (protein didalam air kemih), menurunnya kadar albumin dalam darah, penimbunan garam dan air yang berlebihan, serta meningkatnya kadar lemak dalam darah (Fida dan Maya, 2012).

Sindrom Nefrotik terjadi karena rusaknya ginjal (Sindrom Nefrotik Primer), atau oleh penyakit lain. Pada kedua kondisi ini, terjadi kerusakan pada sistem penyaringan pada ginjal yang disebut glomerulus. Sistem tersebut merupakan pembuluh darah kecil yang bertugas mengeliminasi zat-zat yang tidak diperlukan tubuh dan kelebihan cairan. Saat glomerulus rusak, tidak hanya produk sisa dan kelebihan cairan yang dikeluarkan oleh ginjal, tetapi juga protein-protein yang dibutuhkan oleh tubuh seperti albumin (Albar & Bilondatu, 2019). Selain itu, Produksi air kemih juga berkurang dan bisa terjadi gagal ginjal karena rendahnya volume darah dan berkurangnya aliran darah ke ginjal (Fida dan Maya, 2012).

Sindrom Nefrotik juga terjadi penumpukan kolesterol dan lemak sehingga pembuluh darah menyempit dan darah sulit mengalir ke seluruh tubuh yang dapat menyebabkan terjadinya hipertensi. hal ini dapat menyebabkan jantung lebih keras bekerja dari biasanya. Beban kerja yang terlalu berat menyebabkan disfungsi ventrikel kiri sistolik dan diastolik dan meningkatkan infark miokard serta memudahkan terjadinya aritmia baik aritmia atrial maupun aritmia ventrikel yang dapat menyebabkan gagal jantung (Smeltzer, 2012).

Albumin merupakan protein yang menjaga volume cairan dalam pembuluh darah. Jika terjadi kebocoran albumin, darah kehilangan kemampuannya untuk menyerap cairan dari sel-sel tubuh ke dalam pembuluh darah dan menyebabkan edema. Edema biasanya paling jelas terlihat di mata dan pergelangan kaki..

Gejala lainnya yaitu urine yang berbusa karena banyaknya protein dalam urine dan peningkatan berat badan karena adanya retensi atau penumpukan cairan dalam tubuh. Pengidap juga mengeluhkan kelemahan atau kelelahan dan turunnya nafsu makan. Kebocoran albumin diukur dari kadar protein dalam urine. Glomerulus yang rusak dapat mengeluarkan albumin 20 kali lebih banyak dari normalnya, yaitu sekitar 3 gram atau lebih (Albar & Bilondatu, 2019)

Secara global, insiden gangguan ginjal pada anak mencapai 33,7 persen dengan angka kematian 13,8 persen. Di Amerika Serikat, pada 2017 terdapat 9.800 kasus gangguan ginjal, melonjak dari 2015 yang hanya 1.399 kasus. Sementara di Eropa, prevalensi gagal ginjal mencapai 55-60 jiwa per 1 juta populasi anak (WHO, 2017).

Menurut Data Kemenkes (2018) prevalensi Indonesia yang didiagnosis gangguan ginjal di himpun dari 14 rumah sakit pendidikan dengan konsultasi nefrologi anak adalah 212 mengalami gagal ginjal dan menjalani terapi pengganti ginjal dengan angka kematian 23,6%. Berdasarkan data Kemenkes (2018), penyebab terjadi banyak gagal ginjal adalah sindrom nefrotik non steroid (16%), glomerulonefritis (14,6%), gangguan ginjal kronik, sebab tidak jelas (13,2%), hipoplasia/displasia kongenital (12,3%).

Berdasarkan data dari Divisi Nefrologi Departemen Ilmu Kesehatan Anak RS Cipto Mangunkusumo terdapat sekitar 130 kasus baru selama periode 2004-2008 (RSCM, 2019). Data dari RS Adam Malik Medan selama 2 tahun (2017-2018), didapatkan 34 pasien anak yang didiagnosis sindrom nefrotik dengan defisiensi vitamin D (82,4%) diantaranya laki-laki 18 orang (52,9%), dan perempuan 16 orang (47,1%). Rentang usia yang paling sering adalah 7-12 tahun (41,2%).

Sedangkan berdasarkan penelitian yang dilakukan Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/RSUP Sanglah, Denpasar Selama periode 6 tahun (2001-2007), terdapat 68 anak dengan sindrom nefrotik.

Usia berkisar dari 6 bulan sampai dengan 11 tahun (rerata 5,1), laki-laki 50 (73,5%), perempuan 18 (26,5%) dengan rasio 2,7:1 (Nilawati, 2016).

Berdasarkan Penelitian yang dilakukan di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado yang mengambil data Rekam Medik dari periode juli 2016-juni 2019 terdapat 70 anak yang mengalami sindrom nefrotik Resistensi Steroid, usianya berkisar antara 1-18 tahun dimana jenis kelamin laki-laki dan protein urin ≥ 3 berpengaruh terhadap terjadinya Resistensi Steroid pada pasien anak dengan Sindrom Nefrotik (Suwontopo et al., 2020).

Sementara itu hasil penelitian (Suriani et al., 2021) yang telah dilakukan pada 56 anak dengan sindrom nefrotik dari periode 2009-2012 di RSUP Dr. M. Djamil. Bahwa rata-rata umur anak dengan sindrom nefrotik adalah 6,98 tahun dan yang paling banyak terjadi pada kelompok umur >6 tahun. Serta lebih dari setengah anak dengan sindrom nefrotik adalah laki-laki dengan rasio laki-laki dan perempuan sebesar 1,43:1. Kadar protein urin semikuantitatif terbanyak pada anak dengan sindrom nefrotik adalah +3. Rata- rata kadar protein urin kuantitatif anak adalah 3,121 gr/24 jam dan hampir seluruh anak dengan sindrom nefrotik mengalami hipoalbuminemia dan hanya terdapat 1 anak dengan normoalbuminemia.

Penatalaksanaan sindrom nefrotik adalah terapi simptomatis dan spesifik terhadap penyakit glomerulus primer. Karena proteinuria merupakan manifestasi utama dari sindrom nefrotik dan dipikirkan sebagai penyebab dari semua komplikasi yang terjadi, maka tujuan utama pengobatan adalah untuk mengurangi terjadinya proteinuria tersebut (Arsita, 2017). Selain itu juga diberikan terapi pemberian Kortikosteroid dosis penuh Prednisone selama 6 minggu dengan dosis 60mg/m² atau 2mg/kgBB dan dilanjutkan dengan Prednisone dosis 40mg/m² atau 1.5mg/kgBB selama 6 minggu berikut dan kemudian progress pengobatan dievaluasi. Pasien dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid memerlukan pemberian obat lain selain Kortikosteroid untuk membantu pengobatan. Obat-

obat yang sering digunakan bersamaan dengan Steroid untuk mengobati Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS) yaitu: *Cyclophosphamide*, *Cyclosporine A* (CsA), *Calcineurin Inhibitor* (CNI), *Angiotensin II Receptor Blocker* (ARB), *Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor* (ACEi), *MycophenolateMofetil* (MMF) (Suwontopo et al., 2020).

Asuhan keperawatan Sindrom Nefrotik bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar pada pasien dengan cara mengurangi atau menghilangkan proteinuria, memperbaiki hipoalbuminemia, mencegah terjadinya infeksi, trombosis, dan kerusakan lebih lanjut pada dari ginjal pada gagal ginjal akut. Jika tidak dilakukan tindakan keperawatan secara tepat, maka sindrom nefrotik dapat menyebabkan kerusakan glomerulus ginjal sehingga mempengaruhi kemampuan ginjal untuk memfiltrasi darah, karena hal ini dapat menyebabkan gagal ginjal akut atau kronik (Janes jainurakhma dkk, 2021).

Umumnya asuhan keperawatan yang diberikan adalah bertujuan untuk mengurangi edema dan meningkatkan status nutrisi. Perawat berperan penting dalam asuhan keperawatan untuk memberikan pendidikan kesehatan yang tepat tentang sindrom nefrotik dan memantau pasien untuk mematuhi terapi medikasi dan nutrisi serta untuk mencegah adanya infeksi dan terjadi kekambuhan. Terapi medikasi sindrom nefrotik adalah diet tinggi protein dan rendah garam, kortikosteroid, diuretik dan antibiotik (Janes jainurakhma dkk, 2021).

Survey awal yang dilakukan pada tanggal 12 Desember 2022 di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang ditemukan 2 orang anak dirawat dengan diagnosa medis Sindrom Nefrotik Resisten Steroid. Pada saat dilakukan pengkajian ditemukan adanya edema pada wajah, kaki, sakit pada perut dan asites. Selama di rawat keluarga An.C mengatakan An. C sering mengeluh sakit pada perut, badan terasa lemas dan aktivitas sehari-hari An. C terganggu. Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah monitor cairan masuk dan keluar, membatasi asupan cairan yaitu 1800 ml, menilai tingkat

edema, perubahan berat badan, dan monitor tanda-tanda vital. Diagnosa keperawatan yang muncul adalah hipervolemia dan risiko infeksi.

Dengan diberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, diharapkan terjadi peningkatan kesehatan anak yang berpengaruh kepada berkurangnya jumlah hari rawatan di rumah sakit dan meminimalkan biaya yang akan dikeluarkan serta mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut dari Sindrom Nefrotik seperti Penyakit Ginjal Kronik dan Infeksi akibat penurunan daya tahan tubuh anak. Hasil pengamatan peneliti, perawat ruangan cenderung melanjutkan pendokumentasian dari shift sebelumnya tanpa melakukan pengkajian terlebih dahulu.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk menerapkan asuhan keperawatan pada anak dengan kasus Sindrom Nefrotik di IRNA Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah peneliti uraikan diatas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada anak dengan kasus Sindrom Nefrotik di Irna Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada anak dengan Sindrom Nefrotik di Irna Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

- a) Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pada anak dengan kasus Sindrom Nefrotik Irna Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

- b) Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada anak dengan kasus Sindrom Nefrotik di Irna Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.
- c) Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan pada anak dengan kasus Sindrom Nefrotik di Irna Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.
- d) Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada anak dengan kasus Sindrom Nefrotik di Irna Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.
- e) Mampu mendeskripsikan evaluasi pada anak dengan kasus Sindrom Nefrotik di Irna Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

D. Manfaat

1. Peneliti

Penelitian ini dapat mengaplikasikan dan menambah wawasan ilmu pengetahuan serta kemampuan peneliti dalam menerapkan asuhan keperawatan pada Anak dengan penyakit Sindrom Nefrotik di Irna Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

2. Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran dalam menerapkan asuhan keperawatan pada Anak dengan Penyakit Sindrom Nefrotik di Irna Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

3. Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran untuk pengembangan ilmu dalam penerapan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit Sindrom Nefrotik di Irna Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Sindrom Nefrotik

1. Definisi

Sindrom Nefrotik (SN) adalah penyakit glomerulus berupa kumpulan gejala yang terdiri dari proteinuria masif, hipoalbuminemia, edema, dan hiperlipidemia. Proteinuria masif adalah keadaan ditemukannya protein dalam jumlah besar di urin. Dikatakan proteinuria masif pada orang dewasa jika kadar protein dalam urin lebih dari 3 g/24 jam. Kriteria proteinuria pada anak adalah > 1 g/24 jam, atau ≥ 40 mg/m²LPB/jam, atau rasio protein/kreatinin urin sewaktu lebih dari 2 mg/mg, atau hasil pemeriksaan protein urin dengan carik? celup $\geq +2$. Hipoalbuminemia adalah kadar albumin dalam serum kurang dari 2,5 g/dl. Hiperkolesterolemia adalah kadar kolesterol total dalam serum lebih dari 200 mg/dl (Rachmadi, 2013).

Sindrom nefrotik merupakan kumpulan gejala dan manifestasi klinis dari proteinuria masif, hipoalbuminemia, edema dengan atau disertai hiperlipidemia. proteinuria ditentukan atas ekskresi protein dalam urin melebihi 40 mg/m² LPT (Luas Permukaan Tubuh/Jam). Kepustakaan lain menyatakan bahwa proteinuria masif dapat juga dinyatakan dengan ekskresi protein urin melebihi 50 mg/kgBB/24 jam atau rasio protein: kreatinin urin melebihi 2,5. Hilangnya makromolekul seperti albumin melalui urine mencerminkan gangguan fungsi barier filtrasi glomerulus yang bersifat sangat selektif (Dany Hilmanto, 2017).

Sindrom nefrotik (SN) adalah sindrom klinis akibat perubahan selektifitas permeabilitas dinding kapiler glomerulus sehingga protein dapat keluar melalui urin (Nilawati, 2016).

Sindrom nefrotik merupakan kumpulan manifestasi klinis yang ditandai dengan hilangnya protein urine secara masif (albuminuria), diikuti dengan hipoproteinemia (hipoalbuminemia) dan akhirnya mengakibatkan edema. Dan hal ini berkaitan dengan timbulnya hiperlipidemia, hipercolesterolemia dan lipiduria. (Elizabeth, 2015).

2. Etiologi

Menurut (Nephritides, n.d, 2016.) Sindrom nefrotik dapat disebabkan oleh berbagai penyakit glomerulus primer dan sekunder

- a. Penyakit Glomerulus Primer
 - 1) Penyakit glomerulus perubahan minimal adalah penyebab paling umum pada anak-anak.
 - 2) Glomerulosklerosis segmental fokal (FSGS) dan nefropati membranosa adalah penyebab paling umum dari sindrom nefrotik primer pada orang dewasa.
 - 3) Glomerulonefritis membranoproliferatif terutama menyerang anak-anak dan dewasa muda; itu muncul dengan sindrom nefrotik atau nefritik, atau dengan penyakit ginjal tanpa gejala.
- b. Penyakit Glomerulus Sekunder
 - 1) Infeksi - misalnya bakteri (termasuk endokarditis infektif, mikoplasma, kusta dan sifilis), virus (termasuk HIV, hepatitis B dan hepatitis C, virus Epstein-Barr, herpes zoster), dan parasit (termasuk malaria, schistosomiasis, filariasis, toksoplasmosis).
 - 2) Imunologis/inflamasi - misalnya lupus eritematosus sistemik, artritis reumatoid, poliarteritis nodosa, purpura Henoch-Schönlein, vaskulitida, sarkoidosis.
 - 3) Penyakit metabolik - misalnya diabetes melitus, amiloidosis.
 - 4) Penyakit keturunan - misalnya sindrom Alport (nefritis herediter), sindrom nefrotik kongenital (tipe Finlandia), FSGS familial, penyakit sel sabit.

- 5) Penyakit ganas - misalnya multiple myeloma, melanoma, leukemia, limfoma, karsinoma payudara, karsinoma paru-paru, karsinoma usus besar dan karsinoma lambung.
- 6) Obat-obatan - misalnya, obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID), kaptopril, litium, pamidronat, diamorfin, interferon alfa, penisilamin, probenesid, heroin, dan banyak lainnya.
- 7) Racun - misalnya sengatan serangga, gigitan ular, phytotoxins, poison ivy.
- 8) Penolakan transplantasi.

3. Manifestasi Klinis

Menurut (Rachmadi,2017) gejala utama yang ditemukan:

- a. Proteinuria
- b. Retensi cairan dan edema yang menambah berat badan, edema periorbital, edema fasial, asites, hernia ingunalis, dan distensi abdomen, serta efusi pleura.
- c. Hematuria
- d. Anoreksia
- e. Diare
- f. Pucat
- g. Gagal tumbuh dan pelisutan otot (jangka panjang).

Adapun gejala awal sindrom nefrotik bisa berupa kurangnya nafsu makan, pembengkakan kelopak mata, nyeri perut, pengertutan otot, pembengkakan jaringan akibat penimbunan garam dan air, serta air kemih berbusa. Selain itu, perut dapat membengkak karena terjadi penimbunan cairan dan sesak napas, serta timbul cairan disekitar paru-paru (efusi pleura).

Pada anak, dapat terjadi penurunan tekanan darah saat penderita berdiri dan tekanan darah yang rendah (yang menyebabkan shock). Selain itu, produksi air

kemih berkurang dan bisa terjadi gagal ginjal karena rendahnya volume darah dan berkurangnya darah ke ginjal. Terkadang, gagal ginjal disertai penurunan pembentukan air kemih secara tiba-tiba. (Fida dan Maya, 2017).

4. Patofisiologi

Reaksi antigen antibody menyebabkan permeabilitas membran basalis glomerulus meningkat dan diikuti kebocoran sejumlah protein (albumin). Tubuh kehilangan albumin lebih dari 3,5 gram/hari menyebabkan hipoalbuminemia, diikuti gambaran klinis sindrom nefrotik seperti sembab, hiperlipoproteinemia dan lipiduria (Nuari and Widayati, 2017).

a. Proteinuria (albuminuria)

Proteinuria (albuminuria) masif merupakan penyebab utama terjadinya sindrom nefrotik, namun penyebab terjadinya proteinuria belum diketahui benar. Salah satu teori yang dapat menjelaskan adalah hilangnya muatan negatif yang biasanya terdapat sepanjang endotel kapiler glomerulus dan membran basal. Hilangnya muatan negatif tersebut menyebabkan albumin yang bermuatan negatif tertarik keluar menembus sawar kapiler glomerulus. Terdapat peningkatan permeabilitas membran basalis kapiler-kapiler glomeruli, disertai peningkatan filtrasi protein plasma dan akhirnya terjadi proteinuria (albuminuria). Beberapa faktor yang turut menentukan derajat proteinuria (albuminuria) sangat kompleks.

- 1) Konsentrasi plasma protein
- 2) Berat molekul protein
- 3) *Electrical charge protein*
- 4) Integritas barier membrane basalis
- 5) *Electrical charge pada filtrasi barrier*
- 6) Reabsorpsi, sekresi dan katabolisme sel tubulus
- 7) Degradasi intratubular dan urin

b. Hipoalbuminemia

Plasma mengandung macam-macam protein, sebagian menempati ruangan ekstra vaskular (EV). Plasma terutama terdiri dari albumin yang berat molekul 69.000. Hepar memiliki peranan penting untuk sintesis protein bila tubuh kehilangan sejumlah protein, baik renal maupun non renal. Mekanisme kompensasi dari hepar untuk meningkatkan sintesis albumin, terutama untuk mempertahankan komposisi protein dalam ruangan ekstravaskular (EV) dan intravaskular (IV). Walaupun sintesis albumin meningkat dalam hepar, selalu terdapat hipoalbuminemia pada setiap sindrom nefrotik. Keadaan hipoalbuminemia ini mungkin disebabkan beberapa faktor:

- 1) Kehilangan sejumlah protein dari tubuh melalui urin (proteinuria) dan usus (*protein losing enteropathy*)
- 2) Katabolisme albumin, pemasukan protein berkurang karena nafsu makan menurun dan mual- mual
- 3) Utilisasi asam amino yang menyertai penurunan fatal ginjal

Bila kompensasi sintesis albumin dalam hepar tidak adekuat, plasma albumin menurun, keadaan hipoalbuminemia. Hipoalbuminemia ini akan diikuti oleh hipovolemia yang mungkin menyebabkan uremia pre renal dan tidak jarang terjadi *oliguric acute renal failure*. Penurunan faal ginjal ini akan mengurangi filtrasi natrium dari glomerulus (*glomerular sodium filtration*) tetapi keadaan hipoalbuminemia ini akan bertindak untuk mencegah rearbsorbsi natrium kedalam kapiler- kapiler peritubular. Rearbsorbsi natrium secara pasif sepanjang *Loop of Henle* bersamaan dengan resorpsi ion Cl⁻ secara aktif sebagai akibat rangsangan dari keadaan hipovolemia. Reaksi natrium dan air yang berhubungan dengan sistem rennin- angiotensinaldosteron (RAA) dapat terjadi bila sindrom nefrotik ini telah memperlihatkan tanda- tanda aldosterone sekunder. Retensi natrium dan air pada keadaan ini dapat dikeluarkan dari tubuh

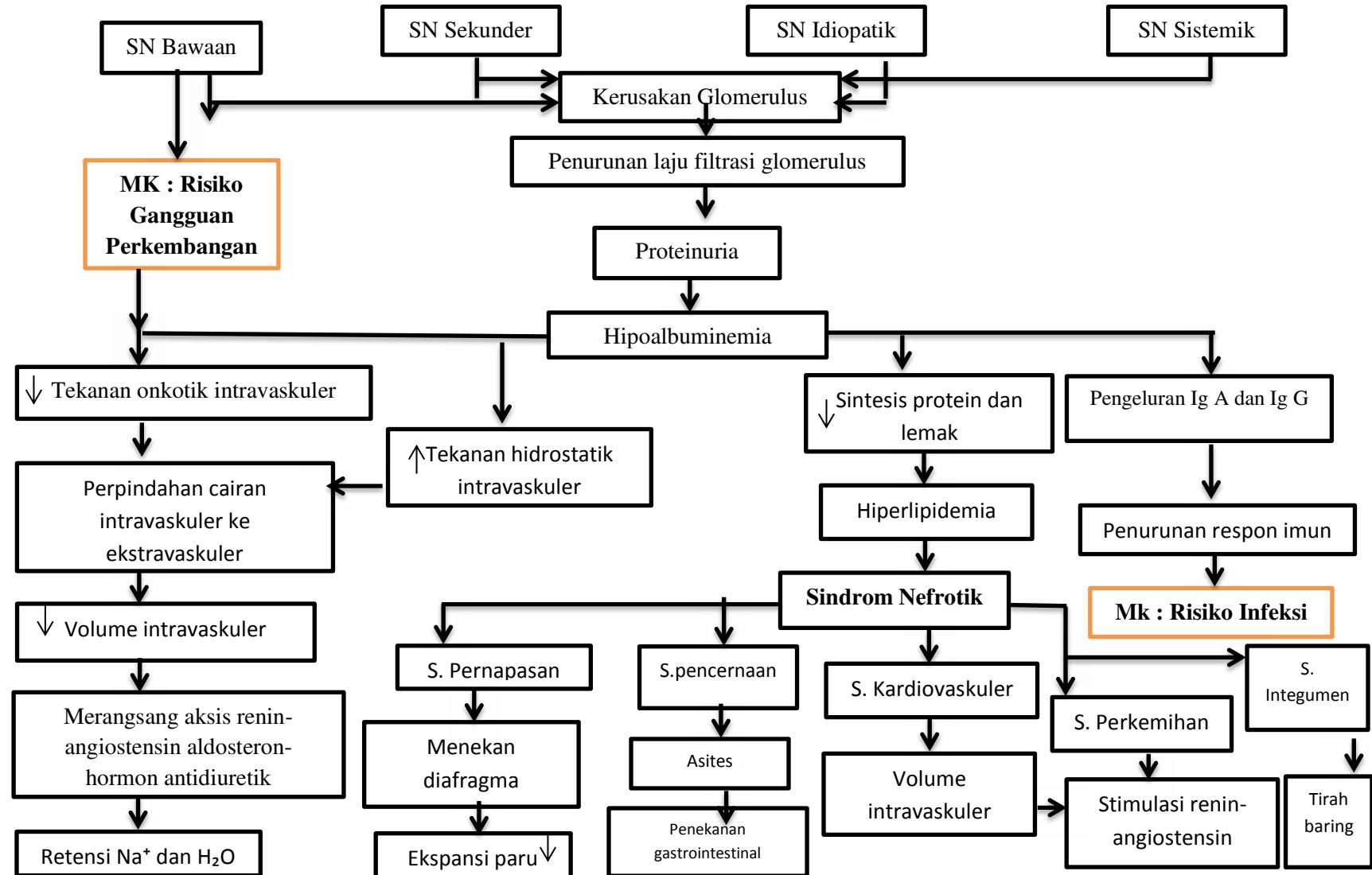
dengan pemberian takaran tinggi diuretic yang mengandung antagonis aldosteron.

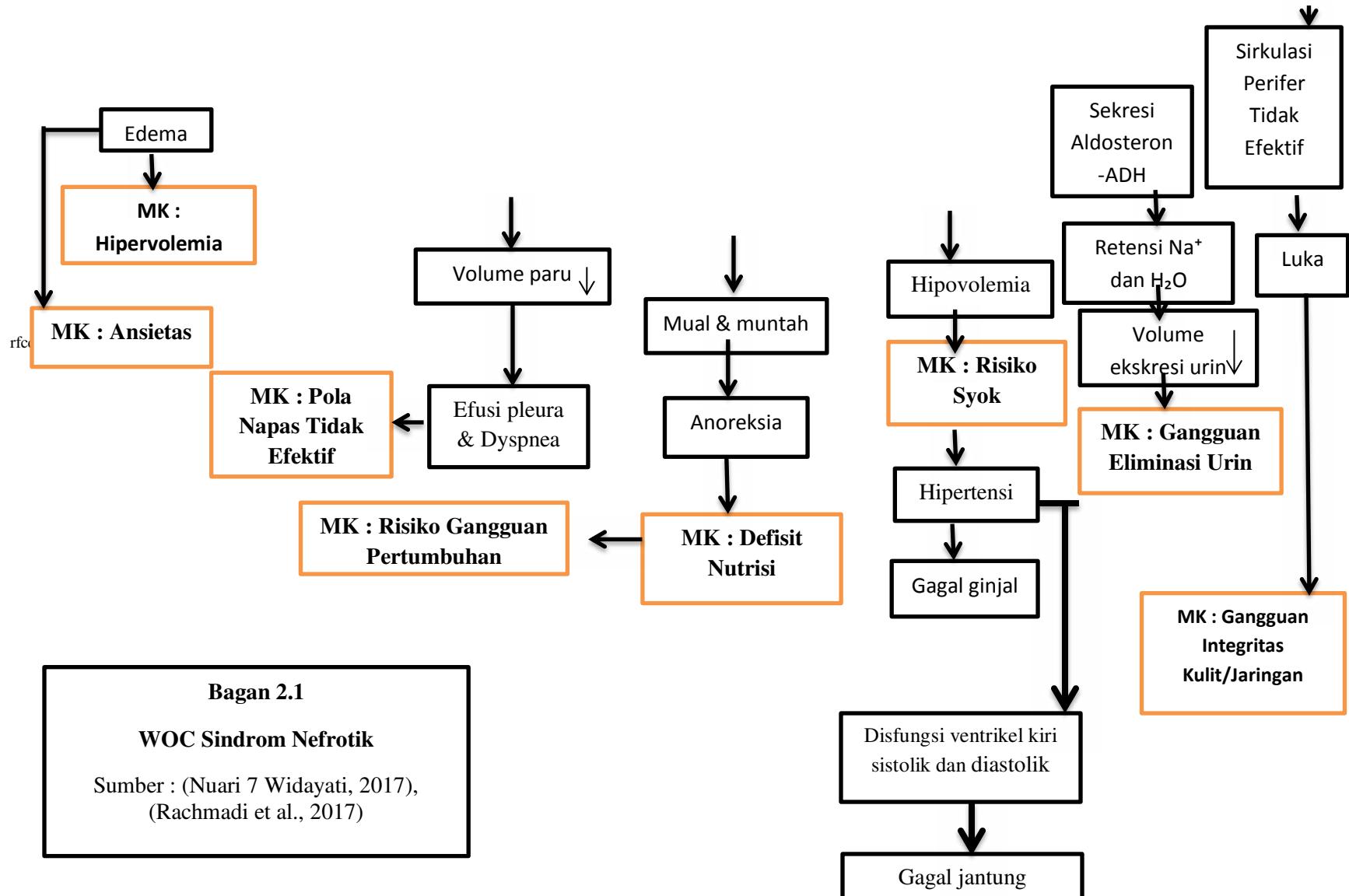
c. Sembab

Hipoalbuminemia menyebabkan penurunan tekanan onkotik dari kapiler - kapiler glomeruli, diikuti langsung oleh difusi cairan ke jaringan intertestial, klinis dinamakan sembab. Penurunan tekanan onkotik mungkin disertai penurunan volume plasma dan hipovolemia. Mekanisme sembab dari sindrom nefrotik dapat melalui jalur berikut:

- 1) Jalur langsung/direk Penurunan tekanan onkotik dari kapiler glomerulus dapat langsung menyebabkan difusi cairan ke dalam jaringan intertestial dan dinamakan sembab
- 2) Jalur tidak langsung/ indirek Penurunan tekanan onkotik dan kapiler glomerulus dapat menyebabkan penurunan volume darah yang menimbulkan konsekuensi berikut :
 - a) Aktivasi sistem renin angiotensin aldosteron Kenaikan plasma renin dan angiotensin akan menyebabkan rangsangan kelenjar adrenal untuk sekresi hormon aldosteron. Kenaikan konsentrasi hormon aldosteron akan mempengaruhi sel-sel tubulus ginjal untuk mengabsorbsi ion natrium sehingga ekskresi ion natrium menurun.
 - b) Kenaikan aktivasi saraf simpatetik dan *circulating cathecolamines* Kenaikan aktivasi saraf simpatetik dan konsentrasi katekolamin, menyebabkan tahanan atau resistensi vaskuler glomerulus meningkat. Kenaikan tahanan vaskuler renal ini dapat diperberat oleh kenaikan plasma renin dan angiotensi.

5. WOC





6. Respon Tubuh Terhadap Perubahan Fisiologis

Syaifuddin (2012) mengatakan bahwa perubahan fisiologis pada anak dengan sindrom nefrotik adalah :

a. Sistem Peredaran Darah (Sirkulasi)

Meningkatnya permeabilitas dinding kapiler glomerulus mengakibatkan protein lolos dan keluar bersama urine yang menyebabkan protein dalam plasma berkurang, tekanan osmotik koloid menurun dan tekanan hidrostatik meningkat, akibatnya cairan intravaskuler berpindah kedalam interstisial. Respon tubuh anak adalah edema, edema akan semakin parah dan hal ini terlihat dari postur tubuh anak yang hingga mengalami edema anasarca. Jumlah cairan intravaskuler yang menurun dapat mengakibatkan syok hipovolemik.

b. Sistem Pencernaan

Penumpukan cairan keruangan interstisial dapat mengakibatkan peningkatan tekanan abdomen yang mendesak lambung. Respon tubuh anak adalah anoreksia dan mual muntah.

c. Sistem Pernapasan

Penumpukan cairan keruangan interstisial dapat mendesak rongga dada, sehingga ekspansi paru menurun. Respon tubuh anak adalah napas cepat.

d. Sistem Perkemihan

1) Stimulus yang diberikan oleh hormon renin – angiotensin mengakibatkan peningkatan sekresi hormon ADH. Sehingga, reabsorpsi Na⁺ dan Air juga mengalami peningkatan. Respon tubuh anak adalah penurunan haluanan urine atau Oliguri bahkan anak bisa mengalami anurine, selain itu anak juga akan mengalami edema yang akan memburuk menjadi edema anasarca.

2) Penurunan fungsi filtrasi glomerulus mengakibatkan protein terfiltrasi dan ikut keluar bersama urine, jika dilakukan pemeriksaan hematologi akan ditemukan hasil hipoalbuminemia. Respon tubuh anak adalah daya tahan tubuh yang rendah.

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Urinalisis

Volume biasanya kurang dari 400 ml/24 jam (fase oliguri) yang terjadi dalam 24-48 jam setelah ginjal rusak, warna kotor, sediman kecoklatan, menunjukkan adanya darah, Hb, Monoglobin, Porfirin. Berat jenis kurang dari 1,020 menunjukkan penyakit ginjal. Protein urin meningkat (nilai normal negatif). Urinalisis adalah tes awal diagnosis sindrom nefrotik. Proteinuria berkisar 3+ atau 4+ pada pembacaan diptstik, atau melalui tes semikuantitatif dengan asam sulfosalisilat, 3+ menandakan kandungan protein sebesar 300 mg/dL atau lebih, yang artinya 3g/dL atau lebih yang masuk dalam nephrotik range.

b. Pemeriksaan sediman urin

Pemeriksaan sedimen akan memberikan *gambaran oval fat bodies*: epitel sel yang mengandung butir-butir lemak, kadang-kadang dijumpai erotrosit, leukosit, torak hialin, dan torak eritrosit.

c. Pengukuran protein urin

Pengukuran protein urine dilakukan melalui *timed collection* atau *single spot collection*. *Time collection* dilakukan melalui pengumpulan urin 24 jam, mulai dari jam 7 pagi hingga waktu yang sama keesokan harinya. Pada individu sehat, total protein urin \leq 150 mg. proteinuria masif merupakan kriteria diagnosis. Single spot collection lebih mudah dilakukan. Saat rasio protein urine dan kreatinin $>2\text{g/g}$, ini mengarahkan pada kadar protein urin per hari sebanyak $\geq 3\text{g}$.

d. Albumin serum

- 1) Kualitatif : ++ sampai +++++
- 2) Kuantitatif $> 50 \text{ mg/kgBB/hari}$

e. Pemeriksaan serologis untuk infeksi dan kelainan imunologis

- f. USG renal : Terdapat tanda-tanda glomerulonefritis kronik
- g. Biopsi ginjal. (Jainurakhma, 2021).

8. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada sindrom nefrotik menurut (Jainurakhma, 2021) adalah:

- 1) Hiperlipidemia dan lipiduria
- 2) Hiperkoagulasi
- 3) Gangguan metabolisme kalsium dan tulang
- 4) Infeksi
- 5) Gangguan fungsi ginjal

9. Penatalaksanaan

Tujuan pengobatan sindrom nefrotik adalah mengatasi gejala yang terjadi saat ini. Mengatasi gejala sindrom nefrotik ini bisa menyembuhkan penyakit ini, jika penyebabnya penyakit yang dapat diobati (misalnya penyakit hodgkin atau kanker lainnya), maka cara mengobatinya dengan cara mengurangi gejala-gejala ginjal. Sementara itu, bila penyebabnya adalah kandungan heroin, maka menghentikan pemakaian heroin pada stadium awal sindrom nefrotik bisa menghilangkan gejalanya.

Pengobatan yang umum adalah diet yang mengandung protein dan kalium dalam jumlah yang normal, dengan lemak jenuh dan natrium yang rendah. Terlalu banyak protein akan meningkatkan kadar protein dalam air kemih. Adapun ACE *inhibitors* (misalnya *enalapril*, *captopril*, dan *lisinopril*) biasanya menurunkan pembuangan protein dalam kemih dan menurunkan konsentrasi lemak dalam darah. (Fida dan Maya, 2012).

Menurut (Novrianda, 2017) penatalaksanaan sindrom nefrotik mencakup komponen perawatan berikut ini:

- 1) Pemberian kortikosteroid (predinison).
- 2) Penggantian protein (dari makanan atau 25% albumin).

- 3) Pengurangan edema yaitu dengan diuretik dan retraksi natrium (diuretika hendaknya digunakan secara cermat untuk mencegah penurunan volume intravaskuler, pembentukan trombus dan ketidakseimbangan elektrolit).
- 4) Rumatan kesimbangan elektrolit .

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Kasus Sindrom Nefrotik

1. Pengkajian

Pengkajian pada pasien dengan kasus Sindrom Nefrotik meliputi:

- a. Identitas, seperti :nama, tempat tanggal lahir/umur, berat badan lahir, panjang badan lahir, serta apakah bayi lahir cukup bulan atau tidak, jenis kelamin, anak ke, jumlah saudara dan identitas orang tua.
- b. Keluhan Utama

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya orang tua anak mengeluhkan sembab pada beberapa bagian tubuh anak seperti pada wajah, mata, tungkai serta bagian genitalia.

Orang tua anak biasanya juga mengeluhkan anaknya mudah demam dan daya tahan tubuh anaknya terbilang rendah.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Perlu ditanyakan pada orangtua berat badan anak dahulu untuk menilai adanya peningkatan berat badan. Perlu dikaji riwayat keluarga dengan sindroma nefrotik seperti adakah saudara-saudaranya yang memiliki riwayat penyakit ginjal dan riwayat tumbuh kembang anak yang terganggu, apakah anak pernah mengalami diare atau sesak napas sebelumnya, serta adanya penurunan volume haluanan urine.

3) Riwayat Kehamilan Dan Kelahiran

Perlu dikaji adanya penyakit pada ibu saat masa kehamilan adakah menderita penyakit lupus eritematosus sistemik atau kencing manis, konsumsi obat-obatan maupun jamu tradisional yang diminum serta kebiasaan merokok dan minum alkohol selama hamil.

4) Riwayat Pertumbuhan

Biasanya anak cenderung mengalami keterlambatan pertumbuhan karena keletihan akibat lambung yang mengalami tekanan oleh cairan intrastisial dan memberikan persepsi kenyang pada anak.

5) Riwayat Psikososial dan Perkembangan

Penurunan nilai cardiac output dapat mengakibatkan penurunan perfusi darah ke otak. Hal ini dapat berdampak pada ketidakseimbangan perfusi jaringan cerebral pada anak. Sehingga anak perlu mendapatkan stimulasi tumbuh kembang dengan baik.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-Tanda Vital

- a) Tekanan Darah: Pada masa anak-anak tekanan darah sistole normal 80 sampai 100 mmHg dan nilai diastole normal 60 mmHg. Anak dengan hipovolemik akan mengalami hipotensi, maka akan ditemukan tekanan darah kurang dari nilai normal atau dapat ditemukan anak dengan hipertensi apabila kolesterol anak meningkat.
- b) Nadi: berdasarkan usia, frekuensi nadi anak usia 2-6 tahun 105 x/ menit, frekuensi nadi anak usia 6-10 tahun 95 x/menit, frekuensi nadi anak usia 10-14 tahun 85 x/menit dan frekuensi nadi anak usia 14-18 tahun 82 x/menit.
- c) Pernapasan: frekuensi napas anak usia 2-6 tahun 21-30 x/menit, anak 6 sampai 10 tahun 20-26 x/menit dan anak usia 10-14 tahun 18-22 x/menit.

2) Postur

BB Ideal: bagi anak usia 2-12 tahun dengan cara $2n$ (umur dalam tahun) + 8. Perlu ditanyakan kepada orangtua, BB anak sebelum sakit untuk menentukan adanya peningkatan BB pada anak dengan

sindroma nefrotik. Edema pada anak juga dapat ditandai dengan peningkatan Berat Badan > 30%.

3) Kepala-Leher

Pada umumnya tidak ada kelainan pada kepala, normalnya Jugularis Vein Distention (JVD) terletak 2 cm diatas angulus sternalis pada posisi 45°, pada anak dengan hipovolemik akan ditemukan JVD datar pada posisi supinasi, namun pada anak dengan hipervolemik akan ditemukan JVD melebar sampai ke angulus mandibularis pada posisi anak 45° .

4) Mata

Biasanya pada pasien dengan Sindrom Nefrotik mengalami edema pada periorbital yang akan muncul pada pagi hari setelah bangun tidur atau konjunctiva terlihat kering pada anak dengan hipovolemik

5) Hidung

Pada pemeriksaan hidung secara umum tidak tampak kelainan, namun anak dengan Sindroma Nefrotik biasanya akan memiliki pola napas yang tidak teratur sehingga akan ditemukan pernapasan cuping hidung.

6) Mulut

Terkadang dapat ditemukan sianosis pada bibir anak akibat penurunan saturasi oksigen. Selain itu dapat ditemukan pula bibir kering serta pecah-pecah pada anak dengan hipovolemik .

7) Kardiovaskuler

- a) Inspeksi : Kalau mengalami gagal jantung kemungkinan JVP meningkat
- b) Palpasi : Ictus cordis teraba kuat
- c) Perkusi : Batas jantung ada pergeseran yang menandakan adanya hipertrofi jantung (Kardiomegali).

- d) Auskultasi, Bunyi jantung ketiga dan keempat (S3, S4) atau gallop atrium , mengikuti kontraksi atrium dan terdengar paling baik dengan bel stetoskop yang ditempelkan pada apek jantung.
- 8) Paru-Paru
- Inspeksi, biasanya tidak ditemukan kelainan
 - Palpasi, biasanya dapat ditemukan pergerakan fremitus tidak simetris bila anak mengalami dispnea
 - Perkusi, biasanya ditemukan sonor
 - Auskultasi, biasanya tidak ditemukan bunyi napas tambahan. Namun, frekuensi napas lebih dari normal akibat tekanan abdomen kerongga dada.
- 9) Abdomen
- Inspeksi, Biasanya ditemukan asites pada anak.
 - Palpasi Biasanya ditemukan adanya distensi abdomen pada anak.
 - Perkusi Biasanya terdengar bunyi dullness karena adanya asites.
 - Auskultasi, Biasanya terdengar suara bising usus.
- 10) Kulit
- Biasanya, pada anak Sindroma Nefrotik yang mengalami diare akan tampak pucat serta keringat berlebihan, ditemukan kulit anak tegang akibat edema dan berdampak pada risiko kerusakan integritas kulit.
- 11) Ekstremitas
- Biasanya anak akan mengalami edema sampai ke tungkai bila edema anasarca atau hanya edema lokal pada ekstremitas saja. Selain itu dapat ditemukan CRT > 2 detik akibat dehidrasi.

12) Genitalia

Biasanya pada anak laki-laki akan mengalami edema pada skrotum dan pada anak perempuan akan mengalami edema pada labia majora.

- d. Pemeriksaan Penunjang
 - 1) Pemeriksaan Urin
 - a) Urinalisis
 - b) Proteinuria, dapat ditemukan sejumlah protein dalam urine lebih dari 2 gr/m² /hari.
 - (1) Ditemukan bentuk hialin dan granular.
 - (2) Terkadang pasien mengalami hematuri.
 - c) Uji Dipstick urine, hasil positif bila ditemukan protein dan darah.
 - d) Berat jenis urine akan meningkat palsu karena adanya proteinuria (normalnya 50-1.400 mOsm).
 - e) Osmolaritas urine akan meningkat.
 - 2) Uji Darah
 - a) Kadar albumin serum akan menurun, dengan hasil kurang dari 2 gr/dl (normalnya 3,5-5,5 gr/dl)
 - b) Kadar kolesterol serum akan meningkat, dapat mencapai 450-1000 mg/dl (normalnya < 200 mg/dl).
 - c) Kadar hemoglobin dan hematokrit akan meningkat atau mengalami hemokonsentrasi (normalnya Ht pada laki-laki 44-52% dan pada Perempuan 39-47%).
 - d) Kadar trombosit akan meningkat, mencapai 500.000- 1.000.000/ µl (normalnya 150.000-400.000/µl).
 - e) Kadar elektrolit serum bervariasi sesuai dengan keadaan penyakit perorangan (normalnya K+ 3,5-5,0 mEq/L, Na+ 135-145 mEq/L, Kalsium 4-5,5 mEq/L, Klorida 98-106 mEq/L).
 - 3) Uji Diagnostik
 - a) Elektroforesis protein dan imunoelektroforesis untuk menentukan tipe proteinuriayang melebihi 3.5 g/hari.
 - b) Urine dapat mengandung sel darah putih yang jumlahnya meningkat dan silinder epitel glanular.

- c) EKG dapat mengungkapkan adanya tachicardi, hipertrofi bilik jantung dan iskemi (jika disebabkan AMI), ekokardiogram.
- d) Biopsi jarum pada ginjal untuk pemeriksaan histologis guna meneggakan diagnosis (Suddarth, 2019).

2. Kemungkinan Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan Diagnosis Keperawatan 2016-2017, diagnosa keperawatan yang mungkin muncul:

- a) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
- b) Nyeri Kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolismik
- c) Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder, imunosupresi.
- d) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan).
- e) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.
- f) Diare berhubungan dengan malabsorbsi.
- g) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kekurangan/kelebihan volume cairan.
- h) Ansietas b.d krisis situasional.
- i) Gangguan eliminasi urin b.d penurunan kualitas kandung kemih.
- j) Resiko gangguan pertumbuhan b.d ketidakadekuatan nutrisi.
- k) Resiko gangguan perkembangan b.d penyakit kronis.

3. Perencanaan Keperawatan

(Tabel 2.1. Perencanaan Keperawatan pada Anak Sindrom Nefrotik, *Sumber: SDKI 2017, SLKI 2019, SIKI 2019*)

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan mekanisme regulasi 2. Kelebihan asupan cairan 3. Kelebihan asupan natrium <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea Subjektif: 1. Edema anasarca dan/ atau edema perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3. JVP dan/ atau CVP meningkat <p>Gejala dan tanda minor:</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distensi vena jugularis 2. Terdengar suara napas tambahan 3. Kadar Hb/ Ht turun 4. Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif) 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan keseimbangan cairan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluanan urin meningkat 3. Kelembaban membran mukosa meningkat 4. Asupan makanan meningkat 5. Edema menurun 6. Dehidrasi menurun 7. Asites menurun 8. Tekanan darah membaik 9. Membran mukosa membaik 10. Mata cekung membaik 11. Berat badan membaik <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan status cairan membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Turgor kulit meningkat 2. Output urine meningkat 3. Edema anasarca menurun 4. Edema perifer menurun 	<p>Manajemen Hipervolemia Obeservasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Oropneu, dispneu, edema, JVP/CVP meningkat, reflek hepatojugular positif, suara napas tambahan). 2. Identifikasi penyebab hipervolemia. 3. Monitor intake dan output cairan 4. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium , BUN, hematokrit, berat jenis urin). 5. Monitor tanda peningkatan tekanan osmotik plasma (mis. Kadar protein dan albumin meningkat). 6. Monitor kecepatan infus secara ketat <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 2. Batasi asupan cairan dan garam 3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melapor jika haluanan urine <0.5 ml/kg/jam dalam 6 jam. 2. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari.

		<p>5. Perasaan lemah menurun 6. Konsentrasi urine menurun 7. Membran mukosa membaik 8. Tekanan darah membaik 9. Kadar Hb Membawa Kadar Ht membaik 10. Berat badan Membawa 11. Intake cairan membaik</p>	<p>3. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluan cairan. 4. Ajarkan cara membatasi cairan.</p> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian diuretik 2. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik 3. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu. <p>Pemantauan Cairan Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi nafas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor berat badan 5. Monitor elastisitas atau turgor kulit 6. Monitor jumlah, waktu dan berat jenis urine 7. Monitor kadar albumin dan protein total 8. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. Osmolaritas serum, hematocrit, natrium, kalium, BUN) 9. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun,
--	--	---	---

			<p>membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>10. Identifikasi tanda-tanda hypervolemia 9mis. Dyspnea, edema perifer, edema anasarca, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>11. Identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 2. Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 2. Dokumentasi hasil pemantauan, <i>jika perlu</i>
2.	<p>Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolismik</p> <p>Penyebab:</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan kepwrawatan selama 3 X 24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p>	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas

	<p>1. Kondisi muskuloskeletal kronis</p> <p>2. Kerusakan sistem saraf</p> <p>3. Penekanan saraf</p> <p>4. Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor</p> <p>5. Gangguan imunitas (mis. neuropati terkait HIV, virus varicella-zoster)</p> <p>6. Gangguan fungsi metabolismik</p> <p>7. Peningkatan indeks massa tubuh</p> <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Merasa depresi (tertekan) <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Tidak mampu mentaskan aktivitas <p>Gejala dan tanda minor:</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa takut mengalami cedera berulang <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri) 2. Waspada 3. Pola tidur berubah 4. Anoreksia 5. Fokus menyempit 6. Berfokus pada diri sendiri 	<p>1. Keluhan nyeri menurun</p> <p>2. Meringis menurun</p> <p>3. Sikap protektif menurun</p> <p>4. Gelisah menurun</p> <p>5. Kesulitan tidur menurun</p> <p>6. Menarik diri menurun</p> <p>7. Berfokus pada diri sendiri menurun</p> <p>8. Anoreksia menurun</p> <p>9. Perineum terasa tertekan menurun</p> <p>10. Uterus teraba membulat tertekan</p> <p>11. Ketegangan otot menurun</p> <p>12. Pupil dilatasi menurun</p> <p>13. Mual menurun</p>	<p>nyeri</p> <p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri</p> <p>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis
--	--	---	---

			<p>untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3.	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder, imunosupresi.</p> <p>Faktor resiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis (mis. diabetes, melitus). 2. Efek prosedur invasi. 3. Malnutrisi. 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan peristaltik, 2. Kerusakan integritas kulit, 3. Perubahan sekresi pH 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan meningkat 2. Demam menurun 3. Bengkak menurun 4. Nyeri menurun 5. Letargi menurun 6. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 3. Ajarkan cara

	<p>4. status cairan tubuh.</p> <p>6. Ketidakdekuatan pertahanan tubuh sekunder :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penurunan homolobin, 2) Imununosupresi, 3) Leukopenia, 4) Supresi respon inflamasi, 5) Vaksinasi tidak adekuat <p>Kondisi klinis terkait:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit paru obstruktif 2. Diabetes melitus 3. Tindakan invasi 4. Kondisi penggunaan terapi steroid 5. Penyalahgunaan obat 6. Kanker 7. Gagal ginjal 8. Imunosupresi 9. Lymphedema 10. Leukositopedia 11. Gangguan fungsi hati 		<p>memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleran makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi menentukan pedoman diet 2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
4.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam	<p>Manajemen jalan napas</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas

	<p>(mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan).</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Depresi pusat pernapasan 2. Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan) 3. Deformitas dinding dada 4. Deformitas tulang dada 5. Gangguan neuromuskular 6. maturitas neurologis 7. Penurunan energi 8. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru. 9. Sindrom hipoventilasi. 10. Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf CS ke atas). 11. Cedera pada medula spinalis 12. Efek agen farmakologis <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <p>Sujektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispneu <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan otot bantu pernapasan. 2. Fase ekspirasi memanjang. 3. Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi kussmaul cheyne-strokes). <p>Gejala dan tanda minor:</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ortopneu <p>Objektif:</p>	<p>diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu pernapasan menurun 3. Pernapasan cuping hidung menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Kedalaman napas membaik 6. Ekskursi dada membaik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenian jalan napas dengan headtilt dan chin-lift 2. Posisikan semifowler atau fowler 3. Berikan oksigen <p>Edukasi</p> <p>Ajar teknik batuk efektif</p> <p>Pemantauan respirasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya sumbatan 5. jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan 7. ekspansi paru 8. Auskultasi bunyi napas 9. Monitor saturasi oksigen 10. Monitor nilai AGD <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur intervensi pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan
--	---	--

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pernapasan pursed-lip. 2. Pernapasan cuping hidung. 3. Diameter thoraks anterior—posterior meningkat. 4. Ventilasi semenit menurun. 5. Tekanan ekspirasi menurun. 6. Tekanan inspirasi menurun. 7. Ekskusi dada berubah. 		
5.	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna makanan 3. Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien. 4. Peningkatan kebutuhan metabolisme 5. Faktor ekonomi (mis, finansial tidak mencukupi) 6. Faktor psikologis (mis, stres, keengganan untuk makan). <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <p>Subjektif:</p> <p>Tidak ada</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal . <p>Gejala dan tanda minor:</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cepat kenyang setelah makan. 2. Kram/nyeri abdomen. 3. Nafsu makan menurun. <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bising usus hiperaktif. 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Serus albumin meningkat 3. Nyeri abdomen menurun 4. Berat badan membaik 5. Indeks massa tubuh (IMT) membaik 6. Frekuensi makan membaik 7. Nafsu makan membaik 8. Bising usus membaik 9. Membran mukosa membaik 	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleran makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi menentuka pedoman diet 2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk

	<p>2. Otot pengunyah lemah. 3. Otot menelan lemah. 4. Membran mukosa pucat. 5. Serum albumin turun</p> <p>Kondisi klinis terkait:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parkinson 2. Mobius syndrome 3. Celebral palsy 4. Cleft lip 5. Cleft palate 6. Amyotrophic lateral sclerosis 7. Kerusakan neuromuskular 8. Kanker 9. Infeksi 10. Penyakit Crohn's 11. Enterokolitis 12. Fibrosis kistik 		menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan dalam proses keperawatan yang dilakukan setelah menyusun rencana keperawatan. Implementasi keperawatan melibatkan keaktifan pasien serta keluarga dalam perawatan (Fhirawati et al. 2020). Tindakan keperawatan yang dilakukan pada anak dengan sindrom nefrotik yang mengalami kelebihan volume cairan, antara lain memposisikan pasien setengah duduk, memonitor masukan dan keluaran cairan selama 24 jam, memonitor urin selama 24 jam, memonitor berat badan serta membatasi asupan cairan dan garam.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dalam proses keperawatan. Berdasarkan hasil evaluasi, perawat dapat mengidentifikasi keberhasilan terhadap hasil dan tujuan asuhan keperawatan serta mengubah intervensi ketika tujuan tidak tercapai (Fhirawati et al. 2020).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kualitatif. Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yang bertujuan untuk mendeskripsikan (memaparkan) peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini dan berbentuk studi kasus yaitu rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi (Nursalam, 2015). Penelitian ini menggambarkan bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada anak dengan Sindrom Nefrotik di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023.

B. Tempat dan waktu penelitian

Penelitian telah selesai dilakukan pada anak dengan sindrom nefrotik di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang pada bulan November 2022 sampai Mei 2023. Penelitian dilaksanakan 5 hari yaitu pada tanggal 06 April – 10 April 2023.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peniliti untuk dipelajari dan kemudian dapat ditarik kesimpulannya (Masturoh, 2018). Jumlah pasien anak dengan Sindrom Nefrotik di Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang sebanyak 2 orang pada bulan Desember 2022.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang secara nyata diteliti dan ditarik kesimpulan (Masturoh, 2018). Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada. Pengambilan sampel penelitian menggunakan metode

teknik *purposive sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian) sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2015). Sampel dari penelitian ini adalah anak dengan Sindrom Nefrotik di IRNA Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan jumlah sampel 1 orang.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

- a. Kriteria Inklusi: Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti (Masturoh, 2018).
 - 1) Anak yang dirawat dengan Sindrom Nefrotik di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023.
 - 2) Anak dan orangtua menyetujui menjadi responden.

- b. Kriteria Ekslusii

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena beberapa sebab (Masturoh, 2018).

 - 1) Anak yang dirawat atau meninggal kurang dari 5 hari dilakukannya penelitian.
 - 2) Anak yang mengalami komplikasi atau perburukan kesehatan

D. Alat / Instrumen Pengumpulan Data

Dalam melakukan penelitian, pengumpulan data (fakta/ kenyataan hidup) diperlukan adanya alat dan cara pengumpulan data yang baik sehingga data yang dikumpulkan merupakan data yang valid, andal (*reliable*), dan aktual. Dua karakteristik alat ukur yang harus diperhatikan peneliti adalah validitas dan reliabilitas. Validitas (kesahihan) menyatakan apa yang seharusnya diukur. Sedangkan reliabilitas (keandalan) adalah adanya suatu kesamaan hasil apabila

pengukuran dilaksanakan oleh orang yang berbeda ataupun waktu yang berbeda (Nursalam, 2015). Pada penelitian ini, alat dan instrumen yang digunakan meliputi:

1. Instrumen Pengumpulan Data

a. Format pengajian keperawatan anak

terdiri dari identitas pasien, identifikasi penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, pola aktivitas sehari-hari, pemeriksaan laboratorium, dan terapi pengobatan.

b. Format analisa

data terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, data, masalah dan etiologi.

c. Format diagnosa keperawatan

terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.

d. Format rencana asuhan keperawatan

terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan.

e. Format implementasi keperawatan

terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan. Format evaluasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, evaluasi keperawatan dan paraf yang mnevaluasi tindakan keperawatan

2. Alat Pengumpulan Data.

Pada penelitian ini, alat yang digunakan untuk pemeriksaan fisik adalah termometer, stetoskop, tensi meter, APD (handscoot dan masker) timbangan, arloji,dan,penlight

E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis Pengumpulan Data

a. Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari sumber datanya (Masturoh, 2018). Seperti pengkajian pada pasien meliputi: identitas pasien, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik secara *head to toe* serta pola aktivitas sehari-hari pasien.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data catatan rekam medik serta dokumentasi di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pada penelitian ini data sekunder peneliti yaitu data penunjang seperti hasil laboratorium berupa pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan kimia klinik dan pemeriksaan urin.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara digunakan peneliti untuk mendapatkan informasi (perasaan, pikiran) berdasarkan pengamatan subjektif dari sekelompok sasaran terhadap suatu situasi/ produk tertentu (Nursalam, 2015). Dalam penelitian ini wawancara dilakukan untuk mendapatkan identitas pasien dan penanggung jawab serta riwayat kesehatan pasien.

b. Observasi

Pada observasi ini peneliti secara spontan mengobservasi dan mencatat apa yang dilihat dengan sedikit perencanaan. Metode observasi ini meliputi penjelasan informasi yang lebih banyak dipergunakan untuk menganalisis data secara kualitatif daripada kuantitatif. Peneliti (observer) menggunakan pedoman sesuai pertanyaan penelitian tetapi peneliti tidak hanya mengobservasi pada hal-hal yang ada pada pedoman (Nursalam, 2015). Hal-hal yang perlu diamati yaitu keadaan umum pasien, periksa

turgor kulit, anemis, memantau cairan atau memantau mual dan muntah tingkat kecemasan, memantau keadaan edema, memantau intake dan *output* serta hasil laboratorium terkait sindrom nefrotik.

c. Pengukuran

Pengukuran merupakan kombinasi wawancara dan kuisisioner yang dilakukan terhadap subjek yang diteliti menggunakan alat ukur sesuai dengan prosedu yang telah ditentukan (Nursalam, 2015). Pengukuran yang dilakukan peneliti pada pasien yaitu pengukuran tanda-tanda vital, menimbang berat badan, dan mengukur tinggi badan anak dan pemeriksaan fisik *head to toe* secara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

d. Dokumentasi

Dalam penelitian ini menggunakan dokumen dari RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk menunjang penelitian. Dokumentasi yang dilakukan peneliti seperti status pasien, hasil urinalisa meliputi kadar/ jumlah protein dalam urine, pemeriksaan darah lengkap meliputi nilai hemoglobin, hematokrit, trombosit, dan leukosit serta pemeriksaan kimia klinik meliputi albumin serum, ureum, kretainin, kolesterol, serta nilai elektrolit dalam darah.

F. Prosedur Rencana Penelitian

1. Prosedur Administrasi

- a. Peneliti mengurus perizinan penelitian dari instansi asal penelitian yaitu Poltekkes Kemenkes Padang dan mengajukan surat izin dari instansi penelitian Poltekkes Kemenkes Padang ke RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- b. Setelah dapat surat izin dari RSUP Dr. M. Djamil Padang, surat tersebut diserahkan ke pihak Rekam Medis serta ruangan dan meminta izin untuk mengambil data yang dibutuhkan peneliti.
- c. Setelah dapat izin dari ruangan peneliti melakukan pengambilan data yang dibutuhkan diruangan.

2. Prosedur Askep

- a. Peneliti melakukan pemilihan sampel dengan sebanyak 1 orang pasien Sindrom Nefrotik. Pemilihan sampel akan dilakukan dengan teknik *purposive sampling* yaitu dilakukan sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan, dan didapatkan 1 orang pasien Sindrom Nefrotik yang memenuhi kriteria.
- b. Peneliti melakukan pendekatan pada 1 orang pasien Sindrom Nefrotik beserta keluarga.
- c. Peneliti menjelaskan tujuan dilakukannya penelitian dan meminta kesediaan pasien/keluarga untuk menandatangani informed consent.
- d. Selanjutnya peneliti meminta waktu pasien untuk melakukan asuhan keperawatan dengan menggunakan format asuhan keperawatan pada anak dengan teknik wawancara, observasi, pengukuran dan anamnesa.
- e. Bersama responden dan keluarga, peneliti merumuskan dan menjelaskan perencanaan apa yang akan dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada responden.
- f. Penelit melakukan implementasi dan evluasi selama 5 hari pada responden setelah itu melakukakn dokumentasi keperawatan.

G. Analisis Data

Analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahapan proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada anak dengan sindroma nefrotik. Data yang ditemukan saat pengkajian dianalisis berdasarkan data subjektif dan objektif, sehingga rumusan diagnosa keperawatan dapat ditegakkan. Kemudian, menyusun rencana keperawatan serta melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan pada anak dengan sindroma nefrotik. Data yang telah diperoleh dari pengkajian keperawatan, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan pada anak dengan sindrom nefrotik.

BAB IV

DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi Kasus

An. F laki-laki berusia 13 tahun Masuk Ruang HCU RSUP DR. M. Djamil Padang melalui IGD RSUP DR. M. Djamil Padang Tanggal 03 April 2023 Jam 02.00 WIB untuk kontrol ke Poli tapi An. F mengeluh demam dan sesak nafas, serta dada sebelah kiri sakit. AN.F tampak bengkak pada wajah, pucat dan lemah. Ny. N mengatakan BAB anak encer sejak 6 hari SMRS, selama 3 hari, frekuensi 10x / hari tidak bercampur darah dan tidak berlendir. Ny N juga mengatakan anak muntah sejak 6 hari SMRS frekuensi 3x sehari, muntah berisi makanan dan cairan kuning, seluruh badan sembab, kelopak mata sembab, perut sembab (asites). Ny N mengatakan anak rujukan dari RS Muaro Bungo dengan keterangan Diagnosis Gagal Ginjal Kronik On HD Sindrom Nefrotik Resisten Steroid+ Bronkopnemonia Duplex + Anemia + Hipoalbuminemia. Ny N juga mengatakan kalau anaknya awal bulan maret kemaren baru keluar dari RSUP DR M. Djamil Padang kemudian masuk lagi 6 April 2023 di RSUP DR. M. Djamil Padang. Sebelumnya anak juga pernah masuk RS Taha jambi dengan Dx Ginjal bocor pada saat anak berusia 7 tahun . Ny N mengatakan anaknya suka meminum minuman manis dan berwarna seperti ale-al

1. Hasil Pengkajian

An. F laki-laki berusia 13 tahun Masuk Ruang HCU RSUP DR. M. Djamil Padang melalui IGD RSUP DR. M. Djamil Padang Tanggal 03 April 2023 Jam 02.00 WIB ingin kontrol ke Poli tapi An. F mengeluh demam dan sesak nafas, serta dada sebelah kiri sakit. An.F tampak bengkak pada wajah, pucat dan lemah. Ny. N mengatakan BAB anak encer sejak 6 hari SMRS, selama 3 hari, frekuensi 10x / hari tidak bercampur darah dan tidak berlendir. Ny N juga mengatakan anak muntah sejak 6 hari SMRS frekuensi 3x sehari, muntah berisi makanan dan cairan kuning, seluruh badan sembab,

kelopak mata sembab. Ny N mengatakan anak rujukan dari RS Muaro Bungo dengan keterangan Diagnosis Gagal Ginjal Kronik On HD Sindrom Nefrotik Resisten Steroid+ Bronkopnemonia Duplex + Anemia + Hipoalbuminemia.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 6 April 2023 jam 12.00 WIB dengan hari rawatan ke-4, pipi klien tampak sembab (Moonface), wajah tampak pucat dan lemah, Nafas tampak sesak, terpasang selang oksigen nasal kanul 5L pada anak. Ny.N mengatakan nafas anak sesak disebabkan oleh adanya penumpukan cairan di paru-paru setelah diperiksa dokter. Nn. N mengatakan anaknya bengkak pada pipi atau wajah. Ny N mengatakan kalau anaknya tidak boleh makan nasi hanya minum susu 150 ml / jam, minum dibatasi hanya boleh minum 600 ml / 24 jam. Ny N mengatakan Berat badan anaknya turun, sebelum sakit BB 45 Kg dan setelah sakit 35 Kg.

Pada riwayat kesehatan dahulu Ny N mengatakan kalau anaknya bulan maret kemaren baru keluar dari RSUP DR M. Djamil Padang kemudian masuk lagi 6 April 2023 di RSUP DR. M. Djamil Padang. Sebelumnya anak juga pernah masuk RS Taha jambi dengan Dx Ginjal bocor pada saat anak berusia 7 tahun dikarenakan anaknya suka meminum minuman manis dan berwarna. Ny.N mengatakan kalau dia tidak tahu tentang sindrom nefrotik. anaknya sudah dibawah berobat kedokter tapi sering putus minum obat sampai umur 13 tahun. Ny N mengatakan anak rujukan dari RS Muaro Bungo dengan keterangan Diagnosis Gagal Ginjal Kronik On HD Sindrom Nefrotik Resisten Steroid. Ny.N mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan klien. An.F juga mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit menular. Ny.N mengatakan kalau hanya imunisasi anak yang tidak lengkap hanya BCG, Polio, dan Campak.

Data hasil pemeriksaan fisik pada tanggal 06 Januari 2023 An.F dengan kesadaran compos mentis, GCS 15, tanda – tanda vital An.F yaitu tekanan darah 110 / 72 mmHg, suhu $36,8^{\circ}\text{C}$, frekuensi pernafasan 34 x/m, dan nadi 123 x/m. An.F memiliki berat badan 35 Kg dan tinggi badan 130 cm. An.F memiliki bentuk kepala normal, simetris, bersih, dan terdapat sembab di wajah (moonface). Pada pemeriksaan mata simetris, sklera ikterik, reflek cahaya positif, pupil isokor,konjungtiva anemis, dan kelopak mata tampak sembab. Pada pemeriksaan hidung tidak ada pernafasan cuping hidung, hidung bersih. An.F memiliki mulu bersih, lidah tampak pucat, dan mukosa bibir lembab. Pada pemeriksaan telinga simetris, bersih, bentuk simetris kiri dan kanan, dan pendengaran baik. Pada pemeriksaan leher tidak ada pembesaran kelenjer getah bening, dan tidak ada pembesaran vena jugulari. Pemeriksaan paru-paru simetris kiri dan kanan, tidak ada retraksi dinding dada, suara napas vesikuler, tidak ada suara naps tambahan, fremitus kiri dan kanan, dan sonor. Pemeriksaan jantung tidak ada iktus kordis, irama jantung regulker tidak ada suara tambahan, iktus kordis teraba 1 jari medial RIC IV. Pada pemeriksaan abdomen tidak ada asites, tidak ada dsitensi,terdengar bising usus 15 x/i, supel,heapnteraba 1/, 1/3, lien tidak ada dan undulasi negatif. Pada pemeriksaan kulit turgor kulit kembali dengan cepat dan lembab. Ekstremitas atas tidak ada sembab, CRT <2 detik, akral teraba hangat. Pada ekstremitas bawah tidak ada sembab dan genitalia normal.

Data hasil pengkajian kebiasaan sehari-hari sebelum di rawat An.F makan makanan biasa (ikan, telur, pisang, semangka, nasi) sebanyak 3x sehari dan sering makan makanan ringan. Minum air putih \pm 6 gelas sehari dan suka minum minuman berwarna seperti ale-ale. Sejak dirawat An.F hanya boleh minum susu 150 / 3 jam, minum anak dibatasi hanya boleh 600 cc/ 24 jam termasuk susu. An F mendapatkan diet MC DN 8 x 150 cc. Pola istirahat

dan tidur waktu sehat tidur malam 8 jam/hari, dan tidur siang tidak teratur, saat sakit jam tidur siang 3 jam /hari, dan tidur malam tidak teratur ±5 jam. Sebelum dirawat BAK An.F 4 - 6 x sehari, berwarna kuning dan BAB 1x sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna coklat. Setelah dirawat An.F pakai kateter jumlah urin 800 – 1000 cc / 24 jam berwarna kuning dan BAB 3 hari 1x dengan konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan. An.F mandi 2 hari 1 kali,cuci rambut 2 kali seminggu dan gosok gigi 2 hari sekali. Aktivitas bermain anak bermain dirumah dengan teman sebayannya.

Data hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 03 April 2023 di dapatkan hasil pemeriksaaan darah Hemoglobin 6.8 Mg / dl (12.0 – 15.0 Mg / dl), nilai Leukosit $13.79 \cdot 10^3/\text{mm}^3$ (4.5 – 13.5 $10^3/\text{mm}^3$), nilai Trombosit $120 \cdot 10^3/\text{mm}^3$ (150 – 450 $10^3/\text{mm}^3$), nilai Eritrosit $2.33 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ (4.00 – 5.40 $10^6/\mu\text{L}$), nilai Retikulosit 1.71 % (0.5 – 1.5 %), nilai MCV 84 fL (80.0 – 94.0 fL), nilai MCH 29 Pg (26.0 – 32.0 Pg), nilai MCVC 35 % (32.0 – 36.0 %), nilai RDW-CV 17.0 % (11.5 – 14.5 %), nilai Basofil 0.00 % (0 – 2 %), nilai Eosinofil 1 % (1 – 4 %), Neutrofil batang 5 % (0.0 – 5.0 %), nilai Neutrofil segmen 82 % (23 – 53 %), nilai Limfosit 6 % (23 – 53 %), nilai Monosit 4 % (2 – 11 %). Data hasil pemeriksaan kimia klinik tanggal 03 April 2023, nilai Albumin 2,6 g/dl (4.1 – 4.8 g/dl), nilai SGOT 19 U/L (14 – 35 U/L), nilai SGPT 50 U/L (9 – 24 U/L), nilai Ureum darah 259 Mg/dL (16 – 45 mg/dl), nilai Kretainin darah 3.5 Mg/dL (0.5 – 0.8 mg/dl), nilai Natrium 141 Mmol/L (139 – 146 Mmol/L), nilai Kalium 6.0 Mmol/L (4.0 – 5.3 Mmol/L), nilai Klorida 104 Mmol/L (104 – 109 Mmol/L), nialai Kalsium 9.5 Mg/dL (9.2 – 10.5 mg/dl).

An.F mendapatkan terapi Ampicillin 2 x 40 mg (IV), Gentamisin 2 x 40 mg (IV), Paracetamol 4 x 350 mg (IV), Furosemide 2 x 35 mg (PO), Captopril 3 x 135 (PO), Prednisone 3 x 4 (PO, Amlodipine 1 x 10 (PO), Calcitriol 1 x 0,5 (PO), Transfusi PRC 100 cc.

1. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil analisa data yang peneliti lakukan, maka diagnosa keperawatan yang muncul pada tanggal 06 April 2023 pada An.F yaitu:

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan data subjektif: Ny.N mengatakan anak sembab sejak 4 hari yang lalu, dan anak tampak pucat sejak 4 hari yang lalu, dan Ny.N mengatakan anaknya sembab di wajah (moon face). Data objektif: An.F tampak sembab di wajah (Moon Face), An.F tampak pucat, Intake cairan ± 600 cc , BAK ± 800 cc, Urine tampak kuning, Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0), Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %), Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl), An.F mendapatkan furosemide 2 x 35 mg, An.F mendapatkan ampicillin 2 x40 mg.
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis ditandai dengan data subjektif: Ny.N mengatakan nafas anak sesak sejak 4 hari yang lalu, dan Ny.N mengatakan nafas anak sesak disebabkan oleh adanya penumpukan cairan diparuh-paruh setelah di periksa dokter. Data objektif: An.F tampak sesak nafas, Tampak terpasang oksigen nasal kanul 5 L, dan Pernafasan 34x / m.
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan Ny.N mengatakan anak sembab sejak 4 hari yg lalu, dan anak tampak pucat sejak 4 hari yang lalu, Ny.N mengatakan anaknya sembab di wajah (moon face). Data objektif: An.F tampak sembab di wajah (Moon Face), An.F tampak pucat, Konjungtiva tampak anemis, Intake cairan ± 600 cc, BAK ± 800 cc, Urine tampak kuning, Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0), Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %), Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl), Trombosit120 $10^3/\text{mm}^3$ (150 – 450), Eritrosit $2.33 \times 10^6/\mu\text{L}$ (4.00 – 5.40), Retikulosit 1.71% (0.5

– 1.5), An.F mendapatkan furosemide 2 x 35 mg, An.F mendapatkan captopril 3 x 135 mg, dan An.F mendapatkan Transfusi PRC 100 cc.

- d. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan ditandai data subjektif: Ny.N mengatakan kalau minuman anak dibatasi 600 ml / 24 jam, Ny.N mengatakan kalau anaknya hanya boleh tidak boleh makan nasi dan hanya minum susu 150 cc / 3 jam, Ny.N mengatakan kalau BB anaknya turun saat ini 35 kg sebelum sakit 45 kg. Data objektif: An.F mendapatkan DN 8 x 150 cc diet MC , An.F tidak boleh makan hanya minum susu 150 cc / 3 jam, BB saat ini 35 kg dari sebelumnya 45 kg, Lila: 22 cm, IMT: 34,91 kg/m², Anak tampak pucat dan lemah, Albumin 2.6 g/dl (4.1 – 4.8), Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0).

2. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah peneliti rumuskan, maka intervensi keperawatan sebagai berikut:

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Intervensi keperawatannya adalah 1) manajemen hipervolemia diantaranya, periksa tanda dan gejala hipervolemia, identifikasi penyebab hipervolemia, monitor status hemodinamik, monitor intake dan output cairan, monitor tanda hemokonsentrasi, monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma, monitor efek samping diuretik, timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama, batasi asupan cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur 30- 40°C, anjurkan melapor jika haluan urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam, anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari, ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluan cairan, ajarkan cara membatasi cairan, kolaborasi pemberian diuretik. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu asupan cairan meningkat, haluan urin meningkat, kelembaban

membran mukosa meningkat, asupan makanan meningkat, edema menurun, dehidrasi menurun, membran mukosa membaik, mata cekung membaik, turgor kulit membaik, berat badan membaik. 2) pemantauan cairan diantaranya monitor frekuensi dan kekuatan nadi, monitor frekuensi napas, monitor tekanan darah, monitor berat badan, monitor elastisitas atau turgor kulit, monitor jumlah, warna dan berat jenis urine, monitor kadar albumin dan protein total, monitor hasil pemeriksaan serum, monitor intake dan output cairan, identifikasi tanda-tanda hipervolemia, identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan, aturan waktu interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu turgor kulit meningkat, output urine meningkat, edema anasarca menurun, perasaan lemah menurun, konsentrasi urine menurun, membran mukosa membaik, tekanan darah membaik, kadar Hb membaik, kadar Ht membaik, berat badan membaik, oliguria membaik, intake cairan membaik.

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis. Intervensi keperawatannya adalah 1) Manajemen jalan napas, diantaranya adalah monitor pola napas, monitor bunyi napas, pertahankan kepatenan jalan napas dengan headtilt dan chin-lift, posisikan semifowler atau fowler, berikan oksigen, ajar teknik batuk efektif. 2) Pemantauan respirasi, diantaranya adalah monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas, monitor kemampuan batuk efektif, monitor adanya sumbatan jalan napas, palpasi kesimetrisan, ekspansi paru, auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen, monitor nilai AGD, atur intervensi pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien , dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, dan informasikan hasil pemantauan.

- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Intervensi keperawatannya adalah 1) perawatan sirkulasi, diantaranya periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler), identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (kadar kolesterol tinggi), monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera, lakukan pencegahan infeksi, anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol, ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, nyeri ekstremitas menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik.
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Intervensi keperawatannya adalah manajemen nutrisi diantaranya identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleran makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, fasilitasi menentukan pedoman diet, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, anjurkan posisi duduk, ajarkan diet yang diprogramkan, kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu porsi makanan yang dihabiskan meningkat, serum albumin meningkat, nyeri abdomen menurun, berat badan membaik, indeks massa tubuh

(IMT) membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, bising usus membaik, membran mukosa membaik.

3. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa keperawatan adalah:

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, yaitu memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema), mengidentifikasi penyebab hipervolemia, memonitor frekuensi napas pada tanggal 06 April 2023 yaitu 34 x/i, memonitor berat badan dengan menggunakan timbangan berat badan yaitu 35 kg, memonitor elastisitas atau turgor kulit, memonitor jumlah, warna dan berat jenis urine yaitu berwarna kuning, memonitor kadar albumin 2,6 g/dl (4,1 – 4,8 g/dl), memonitor hasil pemeriksaan serum (hematokrit 20 % (35,0 – 49,0 %), natrium 141 mmol/L (139 – 146 mmol/ L), memonitor intake dan output cairan pada tanggal 06 April 2023 yaitu intake cairan \pm 600 cc dan output \pm 800 cc, mengidentifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (penyakit ginjal dan kelenjer), membatasi asupan cairan dan garam, mengatur waktu interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, mendokumentasikan hasil pemantauan, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, menginformasikan hasil pemantauan, berkolaborasi pemberian diuretik yaitu Furosemid 2 x 35 mg dan ampicilin 2x 40 mg
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis yaitu memonitor pola napas pada tanggal 06 April 2023 yaitu 34 x/i, memosisikan semi fowler / fowler ,memberikan oksigen 3 L, memantau saturasi oksigen yaitu 98%.
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, yaitu memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema,

pengisian kapiler), memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, melakukan pencegahan infeksi dengan mengajarkan cuci tangan 6 langkah, menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan obat untuk memperlancar sirkulasi darah yaitu Captopril 3 x135 mg dan furosemid 2 x 35 mg.

- d. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, yaitu mengidentifikasi status nutrisi yaitu IMT 34,91 kg/m², mengidentifikasi alergi dan intoleran makanan, mengidentifikasi makanan yang disukai, mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, memonitor asupan makanan, memonitor berat badan dengan menggunakan timbangan berat badan yaitu 35 kg, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium yaitu Kadar Hb 6,8 g/dl (12,0 - 15,0 g/dl) dan Albumin 2,6 g/dl (4,1 – 4,8 g/dl), memfasilitasi menentukan pedoman diet, memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, mengajarkan diet yang diprogramkan yaitu diet DN 8 x 150 cc/3 jam, berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.

4. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan maka didapatkan hasil perkembangan kondisi klien sebagai berikut:

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan regulasi dengan S: Ny.N mengatakan anaknya masih sembab pada wajah dan kelopak mata, Ny.S mengatakan anaknya masih pucat, O: An.F tampak sembab di wajah (Moon Face), An.F tampak pucat, Intake cairan ±600 cc , BAK ±800 cc,Urine tampak kuning, Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0),Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %), Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl), An.F

mendapatkan furosemide 2 x 35 mg, An.F mendapatykan ampicillin 2 x40 mg, A: Hipervolemia belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis, S: Ny.N mengatakan nafas anak sesak sejak 4 hari yang lalu ,Ny.N mengatakan nafas anak sesak disebabkan oleh adanya penumpukan cairan diparu-paru setelah di periksa dokter, O: An.F tampak sesak nafas, Tampak terpasang oksigen nasal kanul 5 L, Pernafaan 34x / m, A: pola nafas tidak efektif belum terasi, P: Intervensi dilanjutkan.
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, S: Ny.N mengatakan anak sembab sejak 4 hariyg lalu, dan anak tampak pucat sejak 4 hari yang lalu, Ny.N mengatakan anaknya sembab di wajah (moon face), O: An.F tampak sembab di wajah (Moon Face), An.F tampak pucat, Konjungtiva tampak anemis, Kelopak mata tampak sembab, Intake cairan \pm 600 cc , BAK \pm 800 cc, Urine tampak kuning, Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0), Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %), Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl), Trombosit $120\ 10^3/\text{mm}^3$ (150 – 450), Eritrosit $2.33\ 10^6/\mu\text{L}$ (4.00 – 5.40), Retikulosit 1.71% (0.5 – 1.5), An.F mendapatkan furosemide 2 x 35 mg, An.F mendapatkan captopril 3 x 135 mg, An.F mendapatkan Transfusi PRC 100 cc, A : Resiko perfusi perifer belum teratasi, P : Intervensi dilanjutkan.
- d. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mercerna makanan, S: Ny.N mengatakan kalau minuman anak dibatasi 600 ml / 24 jam, Ny.N mengatakan kalau anaknya hanya boleh tidak boleh makan nasi dan hanya minum susu 150 cc / 3 jam, Ny.N mengatakan kalau BB anaknya turun saat ini 35 kg sebelum sakit 45 kg, O: An.F mendapatkan DN 8 x 150 cc diet MC , An.F tidak boleh makan hanya minum susu 150 cc / 3 jam, BB saat ini 35 kg dari sebelumnya 45 kg,

Lila: 22 cm, IMT: 34,91 kg/m², Anak tampak pucat dan lemah, Albumin 2.6 g/dl (4.1 – 4.8), Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0), A: Resiko defisit nutrisi belum terasi, P: Intervensi dilanjutkan.

B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas antara teori dan laporan kasus asuhan keperawatan pada An.F dengan Sindrom Nefrotik yang dilakukan sejak tanggal 06 – 10 April 2023 di ruang akut IRNA kebidanan dan anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Setelah dilakukan pengkajian pada tanggal 06 April 2023 jam 12.00 WIB ditemukan klien berumur 13 tahun 6 bulan dengan jenis kelamin laki- laki dirawat di Ruang Akut IRNA Kebidanan dan Anak di RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan diagnosa CKD On HD Sindrom Nefrotik Resisten Steroid, didapatkan riwayat kesehatan sekarang An.F wajah klien tampak sembab (moon face), wajah tampak lemah dan pucat, terpasang selang oksigen dan nafas anak tampak sesak. Ny.N mengatakan kalau anaknya tidak boleh makan nasi hanya minum susu 150 / jam, minum dibatasi hanya boleh minum 600 ml / 24 jam.

Menurut penelitian (Partini Pudjiastuti, 2016), Pada pasien sindrom nefrotik gejala diawali dengan pembesaran KGB inguinal dekstra dan intra abdomen, pada perabaan kenyal dan tidak nyeri. Didapatkan pula gejala sistemik, yaitu demam, lemah, anoreksia, dan pucat. Lima bulan kemudian timbul gejala Bengkak seluruh tubuh.

Menurut Suwontopo, Umboh, and Wilar (2020), sindrom nefrotik ditandai dengan edema, proteinuria masif (≥ 40 mg/m²/jam), hipoalbuminemia (<

2,50 g/dl), dan hiperkolestolemia (≥ 200 mg/dl). Pasien dengan sindrom nefrotik paling sering datang dengan keluhan edema walaupun beberapa gejala klinik lain juga sering ditemukan seperti: hipertensi, hematuria baik mikroskopis maupun gross hematuria, serta AKI (acute kidney injury) yang ditandai dengan peningkatan dari kadar ureum ataupun kreatinin serum.

Menurut (Albar & Bilondatu, 2019) Sindrom Nefrotik terjadi karena rusaknya ginjal (Sindrom Nefrotik Primer), atau oleh penyakit lain. Pada kedua kondisi ini, terjadi kerusakan pada sistem penyaringan pada ginjal yang disebut glomerulus. Sistem tersebut merupakan pembuluh darah kecil yang bertugas mengeliminasi zat-zat yang tidak diperlukan tubuh dan kelebihan cairan. Saat glomerulus rusak, tidak hanya produk sisa dan kelebihan cairan yang dikeluarkan oleh ginjal, tetapi juga protein-protein yang dibutuhkan oleh tubuh seperti albumin.

Menurut analisa peneliti dari gejala sembab yang dikemukakan dalam teori yang ditemukan apada An.F sembab muncul akibat hipoalbuminemia, sehingga terjadi penurunan tekanan onkotik plasma yang mengakibatkan penurunan volume intravaskuler dan meningkatnya cairan interstisial. Penurunan volume intravaskuler akan mengaktifkan sistem renin-angiotensin- aldosteron yang merangsang reabsorbsi natrium di tubulus distal dan merangsang hormon antidiuretik sehingga meningkatkan reabsorbsi air dalam tubulus kolektivus. Hal inilah yang mengakibatkan natrium dan air yang telah di reabsorbsi masuk ke ruang interstisial dan memperberat edema.

Data hasil pemeriksaan fisik didapatkan hasil tanda – tanda vital, TD 110 / 72 mmhg, pernafasan 34 x/m, suhu $36,3^{\circ}$ dan nadi 123 x/m. pada pemeriksaan kepala ditemukan wajah sembab, sembab pada palpebra, konjungtiva anemis, undulasi dan *shifting dullness*.

Menurut Suwontopo, Umboh, and Wilar (2020), edema yang merupakan gejala utama yang sering membuat pasien sindrom nefrotik datang untuk berobat. Mekanisme edema dapat diterangkan berdasarkan teori underfill dan overfill. Teori underfill menyatakan bahwa edema dimulai akibat dari terjadinya hipoalbuminemia sehingga tekanan onkotik plasma akan menurun sehingga terjadi perpindahan cairan dari intravaskuler menuju ke interstitial. Perpindahan ini menyebabkan terjadi hipovolemia yang berimbang kepada hipoperfusi ginjal akibatnya terjadi mekanisme kompensasi yaitu aktivasi sistem RAAS (Renin Angiotensin Aldosterone System) dan Vasopressin sehingga retensi natrium dan air yang terjadi akan mengakibatkan edema namun, menurut teori overfill edema terjadi oleh karena terjadinya proteinurin dimana protein yang hilang melalui urin akan menyebabkan retensi natrium yang selanjutnya akan menyebabkan cairan menumpuk di ruang intravaskuler. Cairan yang berlebihan di ruang intravaskuler ini akan merembes keluar dan menumpuk di ruang interstitial menyebabkan edema.

Menurut Pardede (2017), sindrom nefrotik yang berlangsung lama dapat menyebabkan anemia karena kehilangan eritropoietin dan transferin melalui urin. Anemia dapat juga disebabkan kombinasi penurunan waktu paruh eritropoietin serum dan peningkatan katabolisme transferin yang mengakibatkan erythropoietin-responsive anemia atau anemia defisiensi besi.

Pada pemeriksaan penunjang ditemukan kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0), Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %), Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl), Trombosit, $120 \text{ } 10^3/\text{mm}^3$ (150 – 450), Eritrosit, $2.33 \text{ } 10^6/\mu\text{L}$ (4.00 – 5.40), Retikulosit 1.71% (0.5 – 1.5).

Menurut Arsita (2017), Proteinuria yang terjadi pada pasien dengan sindrom nefrotik diakibatkan oleh adanya peningkatan permeabilitas kapiler terhadap protein yang disebabkan oleh kerusakan dinding kapiler glomeruli sehingga terjadi gangguan filtrasi pada glomerulus. Kondisi proteinuria masif dapat mengarah ke hipoalbuminemia.

Menurut penelitian (Marvin Leonardo, umboh, Rocky Wilar, 2020), Hematuria pada Sindrom Nefrotik diduga berawal dari lesi pada Endotel Glomerulus dan kerusakan pada Membran Basalis Glomerulus. Akibat dari 2 hal di atas maka Sel darah merah yang seharusnya disaring di Glomerulus akan bocor dan keluar melalui Urin. Sel darah merah juga turut berperan dalam Hematuria dimana Sel darah merah yang bocor tadi juga akan mengalami lisis sehingga zat Besi dalam Sel darah merah akan keluar. Zat Besi ini akan menginduksi mekanisme sitotoksik sehingga mengakibatkan stress oksidatif akibatnya akan terjadi cedera pada Tubulus Ginjal.

Menurut analisa peneliti, hipoalbuminemia disebabkan oleh hilangnya albumin melalui urin dan hematuria terjadi karena sel darah merah yang seharusnya disaring oleh glomerulus akan bocor dan keluar melalui urin.

Data terapi klien mendapatkan terapi Ampicillin 2 x 40 mg (IV), Gentamisin 2 x 40 mg (IV), Paracetamol 4 x 350 mg (IV), Furosemide 2 x 35 mg (PO), Captopril 3 x 135 (PO), Prednisone 3 x 4 (PO, Amlodipine 1 x 10 (PO), Calcitriol 1 x 0,5 (PO), Transfusi PRC 100 cc.

Menurut (Soegijanto, 2010), Gentamisin merupakan antibiotik golongan aminoglikosida yang digunakan pada infeksi berat yang disebabkan oleh bakteri negatif aerob terutama aktivitas bakterisidal terhadap *Pseudomonas aeruginosa* dan spesies *Enterobacter*. Gentamisin memiliki kisaran terapi sempit dengan rentang konsentrasi puncak 8-10 mg/L dan konsentrasi

lembah 0,5- 2 mg/L dimana perubahan sejumlah kecil dosis obat dapat menyebabkan efek samping yang tidak diinginkan atau bahkan menimbulkan efek toksik sehingga penggunaan gentamisin memerlukan pengawasan level obat dalam plasma dan penyesuaian dosis untuk mencegah timbulnya efek toksik.

Menurut (Nafrialdi, 2009), furosemide adalah golongan obat diuretik yang mampu menambah kecepatan pembentukan urin. Fungsi utama diuretic adalah untuk memobilisasi cairan edema, yang berarti mengubah keseimbangan cairan sehingga kembali menjadi normal.

Menurut penelitian (Partini pudjiastuti e.t All, 2016) Pengobatan SNKM menurut ISKDC 4-4 atau modifikasi 6-6 sebagai berikut, Pengobatan induksi dengan prednison oral 2 mg/kg berat badan/hari atau 60 mg/m² luas permukaan badan /hari (maksimum 80 mg/hari) setiap hari dalam 1-3 dosis terbagi selama 4-6 minggu; dilanjutkan dengan. Pengobatan rumatan dengan prednison oral 1,5 mg/kg berat badan /hari atau 40 mg/m² luas permukaan badan setiap pagi selang sehari9 atau dua – tiga dosis4 selama 4-6 minggu dan dapat langsung dihentikan atau dihentikan secara bertahap.

Menurut Pardede (2017), terapi utama sindrom nefrotik adalah kortikosteroid, yaitu prednison dosis penuh (full dose) 60 mg/m² LPB/hari selama 4 minggu dilanjutkan dengan prednison dosis 2/3 nya (40 mg/ m² LPB/hari) tiga hari berturut-turut dalam seminggu (intermitten) atau selang hari (alternating) selama 4 minggu.

Menurut analisa peneliti pemberian furosemid untuk penderita sindrom nefrotik berguna untuk mengatasi penumpukan cairan dialam tubuh (edema). Furosemid bekerja dengan cara menghalangi penyerapan natrium

didalam sel-sel tunulus ginjal. Dengan begitu, urin yang dihasilkan dan dikeluarkan akan meningkat. Pemberian ampicilin dan gentamisin berguna sebagai antibiotik untuk mengatasi infeksi bakteri dalam tubuh. Antibiotik ini bekerja dengan cara menganggu proses pembentukan protein yang dibutuhkan untuk membangun dinding sel bakteri dengan begitu dinding sel bakteri akan rusak dan bakteri akan mati. Pemberian captropil dan amlodipin berguna untuk mengatasi hipertensi pada penderita sindrom nefrotik.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian yang dilakukan pada kasus, peneliti menegakkan 4 diagnosa keperawatan yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, pola napas tidak efektif berhubungan dengan agen farmakologis, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.

Menurut diagnosis keperawatan SDKI, diagnosa keperawatan yang muncul pada anak dengan sindrom nefrotik adalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kelebihan volume cairan, risiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan, pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelemahan otot pernafasan, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder; imunosupresi, gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh, ansietas berhubungan dengan krisis situasional, risiko gangguan perkembangan berhubungan dengan kelainan genetik/kongenital, penyakit kronis, risiko gangguan pertumbuhan berhubungan

dengan ketidakadekuatan nutrisi, penyakit kronis, kelainan genetik/kongenital.

Hipervolemia pada anak dengan sindrom nefrotik terjadi akibat peningkatan permeabilitas membran basalis kapiler- kapiler glomeruli, disertai peningkatan filtrasi protein plasma yang mengakibatkan proteinuria. Proteinuria dapat mengakibatkan hipoalbuminemia yang menyebabkan penurunan tekanan onkotik dari kapiler- kapiler glomeruli, sehingga cairan dari intravaskuler berpindah ke interstisial. Penurunan volume intravaskuler menurunkan tekanan perfusi ginjal, mengaktifkan sistem renin-angiotensin-aldosteron, yang merangsang reabsorpsi natrium di tubulus distal serta merangsang pelepasan hormon antidiuretik yang meningkatkan reabsorpsi air dalam duktus kolektivus. Sehingga, natrium dan air yang telah di reabsorpsi masuk ke ruang interstisial dan mengakibatkan edema (Arvin 2012).

Menurut analisa peneliti, diagnosa keperawatan hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dapat ditegakkan karena menurunnya jumlah albumin dalam darah mengakibatkan penurunan tekanan onkotik plasma sehingga terjadi perpindahan cairan dari ruang intravaskuler ke ruang interstisial. Akibatnya, akan ditemukan edema anasarca pada wajah, anak pucat, kadar Hb/ Ht menurun, asites, oliguria, gelisah, intake lebih banyak dari pada output. Hal ini sesuai dengan batasan karakteristik dalam teori sehingga diagnosa keperawatan ini dapat ditegakkan.

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis pada pasien Sindrom Nefrotik adalah disebabkan oleh penumpukan cairan pada paru karena pemompaan jantung yang kurang baik atau karena peradangan. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Pada sindrom nefrotik, terjadi kehilangan protein yang masif

yang menyebabkan penurunan kadar transferin plasma dan penurunan kadar besi plasma, sehingga pada sindrom nefrotik biasanya terdapat anemia mikrostik hipokrom. Anemia pada sindrom nefrotik ini umumnya disebabkan defisiensi besi tetapi resisten terhadap terapi besi karena proses hilangnya transferin dalam jumlah banyak melalui urin. Kehilangan eritropoietin melalui urin menyebabkan anemia defisiensi eritropoietin dan transferinuria, sehingga katabolisme transferin meningkat kemudian menginduksi hipotransferinemia dan anemia defisiensi besi (Pardede 2020).

Menurut analisa peneliti, pola napas tidak efektif berhubungan dengan dengan efek agen farmakologis dapat ditegakan karena penumpukan cairan didalam paru-paru sehingga anak dengan sindrom nefrotik megalami sesak nafas, tersaput bunyi napas tambahan (bronki), anak tampak pucat dan lemah. Hal ini sesuai dengan batasan dalam teori sehingga diagnosa keperawatan ini dapat ditegakkan.

Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Menurut Nuari and Widayati (2017), gangguan gastrointestinal dapat terjadi pada sindrom nefrotik. Nyeri perut karena sembab di dinding perut. Nafsu makan menurun karena edema. Anoreksia dan terbuangnya protein mengakibatkan malnutrisi berat terutama pada pasien sindrom nefrotik resisten- steroid. Asites berat dapat menimbulkan hernia umbilikalis dan prolaps.

Menurut analisa peneliti, diagnosa keperawatan resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan ditegakkan karena sesuai dengan batasan karakteristik pada teori, yaitu berat badan An.H 11 kg dan sebelumnya 12,5 kg, anak tampak pucat dan lemah, asites pada anak, nafsu makan menurun, dan porsi makan tidak habis, nilai albumin 1,3 g/dl (3,8 - 5,0 g/dl).

Diagnosa keperawatan yang tidak ditemukan pada hasil pengkajian An.H pada tanggal 06 - 10 April 2021 adalah

- a. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih.

Diagnosa keperawatan ini tidak dapat ditegakkan karena pada An.H tidak ditemukan gejala yang terdapat pada batasan karakteristik SDKI, yaitu desakan berkemih, sering buang air kecil, nokturia, distensi kandung kemih, dan volume residu urin meningkat.

- b. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan kelebihan volume cairan.

Diagnosa keperawatan ini tidak dapat ditegakkan karena pada An.H tidak ditemukan gejala yang terdapat pada batasan, karakteristik SDKI, yaitu kerusakan jaringan dan/ atau lapisan kulit, nyeri, kemerahan dan hematoma.

- c. Risiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan. Diagnosa keperawatan ini tidak dapat ditegakkan karena pada An.H tidak ditemukan gejala yang terdapat pada batasan karakteristik SDKI, yaitu hipoksia, hipoksemia, hipotensi dan kekurangan volume cairan.

- d. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/ bentuk tubuh.

Diagnosa keperawatan ini tidak dapat ditegakkan karena pada An.H tidak ditemukan gejala yang terdapat pada batasan karakteristik SDKI, yaitu mengungkapkan kecacatan/ kehilangan bagian tubuh, kehilangan bagian tubuh. Fungsi/ struktur tubuh berubah/ hilang, mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh, fokus berlebihan pada perubahan tubuh.

- e. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Diagnosa keperawatan ini tidak dapat ditegakkan karena pada An.H tidak ditemukan gejala yang terdapat pada batasan karakteristik SDKI, yaitu merasa bingung, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, mengeluh pusing, dan anoreksia.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul pada An.F pada diagnosa Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Intervensi keperawatannya adalah 1) manajemen hipervolemia diantaranya, periksa tanda dan gejala hipervolemia, identifikasi penyebab hipervolemia, monitor status hemodinamik, monitor intake dan output cairan, monitor tanda hemokonsentrasi, monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma, monitor efek samping diuretik, timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama, batasi asupan cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur 30-40oC, anjurkan melapor jika haluan urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam, anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari, ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluan cairan, ajarkan cara membatasi cairan, kolaborasi pemberian diuretik. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu asupan cairan meningkat, haluan urin meningkat, kelembaban membran mukosa meningkat, asupan makanan meningkat, edema menurun, dehidrasi menurun, asites menurun, membran mukosa membaik, mata cekung membaik, turgor kulit membaik, berat badan membaik. 2) pemantauan cairan diantaranya monitor frekuensi dan kekuatan nadi, monitor frekuensi napas, monitor tekanan darah, monitor berat badan, monitor elastisitas atau turgor kulit, monitor jumlah, warna dan berat jenis urine, monitor kadar albumin dan protein total, monitor hasil pemeriksaan serum, monitor intake dan output cairan, identifikasi tanda-tanda hipervolemia, identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan, aturan waktu interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, dokumentasikan

hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu turgor kulit meningkat, output urine meningkat, edema anasarca menurun, perasaan lemah menurun, konsentrasi urine menurun, membran mukosa membaik, tekanan darah membaik, kadar Hb membaik, kadar Ht membaik, berat badan membaik, oliguria membaik, intake cairan membaik.

Menurut (Nair & Peate, 2015) intervensi keperawatan pada hipervolemia yaitu dengan melakukan tindakan pemantauan cairan. Pemantauan cairan merupakan tindakan memonitor atau memantau cairan yang masul (intake cairan) dan cairan yang keluar (output cairan) selama 24 jam. Pemantauan cairan penting dilakukan untuk mencegah kelebihan volume yang akan berakibat pada perburukan ginjal.

Menurut penelitian Azwar (2019), rencana tindakan yang dilakukan pada pasien sindrom nefrotik yaitu menimbang berat badan klien, catat intake dan output klien, monitor dan kaji luas edema, monitor tanda-tanda vital klien, berikan terapi diuretik, berikan diit TKTP rendah garam, monitor nilai kadar dan elektrolit urin dan monitor kadar serum albumin dan protein total.

Menurut analisa peneliti, rencana keperawatan antara teori dan penelitian sama yaitu monitor intake dan output cairan, monitor jumlah, warna dan berat jenis urine, monitor kadar albumin dan protein total serta kolaborasi pemberian diuretik.

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis. Intervensi keperawatannya adalah 1) Manajemen jalan napas, diantaranya adalah monitor pola napas, monitor bunyi napas, pertahankan kepatenan jalan napas dengan headtilt dan chin-lift, posisikan semifowler atau fowler, berikan oksigen, ajar teknik batuk efektif. 2) Pemantauan respirasi,

diantaranya adalah monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas, monitor kemampuan batuk efektif, monitor adanya sumbatan jalan napas, palpasi kesimetrisan, ekspansi paru, auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen, monitor nilai AGD, atur intervensi pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien , dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, dan informasikan hasil pemantauan. Kriteria hasil yang ingin dicapai yaitu Dispnea menurun, Penggunaan otot bantu pernapasan menurun , Pernapasan cuping hidung menurun, Frekuensi napas membaik , Kedalaman napas membaik, Ekskusi dada membaik.

Menurut analisa peneliti, rencana keperawatan pada pasien sindrom nefrotik sesuai dengan data yang ditemukan yaitu memonitor pola napas, memberikan oksigen, memposisikan pasien fowler/ semi fowler.

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Intervensi keperawatannya adalah 1) perawatan sirkulasi, diantaranya periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler), identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (kadar kolesterol tinggi), monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera, lakukan pencegahan infeksi, anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol, ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, nyeri ekstremitas menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik.

Menurut analisa peneliti, rencana keperawatan pada pasien sindrom nefrotik sesuai dengan data yang ditemukan yaitu lakukan pencegahan infeksi, anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol.

Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Intervensi keperawatannya adalah manajemen nutrisi diantaranya identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleran makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, fasilitasi menentukan pedoman diet, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, anjurkan posisi duduk, ajarkan diet yang diprogramkan, kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu porsi makanan yang dihabiskan meningkat, serum albumin meningkat, nyeri abdomen menurun, berat badan membaik, indeks massa tubuh (IMT) membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, bising usus membaik, membran mukosa membaik.

Menurut Wong (2012), intervensi keperawatan pada diagnosa hipervolemia, diharapkan pasien mendapatkan nutrisi optimal. Intervensi keperawatan yang direncanakan yaitu beri diet yang bergizi, batasi natrium selama edema dan terapi steroid, beri makanan sedikit pada awalnya untuk merangsang nafsu makan.

Menurut analisa peneliti, diit yang diberikan pada anak dengan sindrom nefrotik yaitu diit tinggi kalori tinggi protein dan rendah garam untuk

mengganti protein dalam tubuh serta mengatasi edema serta membatasi asupan cairan (intake output cairan).

4. Implementasi Keperawatan

Peneliti melakukan semua implementasi berdasarkan tindakan yang telah direncakan pada intervensi keperawatan. Pada diagnosa keperawatan hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, yaitu memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema), mengidentifikasi penyebab hipervolemia, memonitor frekuensi napas pada tanggal 06 April 2023 yaitu 34 x/i, memonitor berat badan dengan menggunakan timbangan berat badan yaitu 35 kg, memonitor elastisitas atau turgor kulit, memonitor jumlah, warna dan berat jenis urine yaitu berwarna kuning, memonitor kadar albumin 2,6 g/dl (4,1 – 4,8 g/dl), memonitor hasil pemeriksaan serum (hematokrit 20 % (35,0 – 49,0 %), natrium 141 mmol/L (139 – 146 mmol/L), memonitor intake dan output cairan pada tanggal 06 April 2023 yaitu intake cairan \pm 600 cc dan output \pm 800 cc, mengidentifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (penyakit ginjal dan kelenjer), membatasi asupan cairan dan garam, mengatur waktu interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, mendokumentasikan hasil pemantauan, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, menginformasikan hasil pemantauan, berkolaborasi pemberian diuretik yaitu Furosemid 2 x 35 mg dan ampicilin 2x 40 mg.

Menurut Ngastiyah (2014), penatalaksanaan edema pada sindroma nefrotik dapat dikontrol dengan memonitor masukan dan keluaran cairan selama 24 jam, menimbang berat badan setiap hari, mengumpulkan dan mengukur selama 24 jam, dan pemberian diuretik

Menurut penelitian Azwar (2019), rencana tindakan yang dilakukan pada pasien sindrom nefrotik yaitu menimbang berat badan anak, mencatat intake dan output anak, mengukur dan mencatat tanda- tanda vital anak, menilai luas dan lokasi edema pada anak, memberikan terapi obat diuretik Lasix 1x18 mg.

Menurut analisa peneliti, terdapat kesamaan antara teori dan penelitian dalam tindakan keperawatan yang diberikan pada anak dengan sindrom nefrotik yaitu dalam memonitor intake dan output cairan 24 jam, menimbang berat badan setiap hari dan pemberian diuretik.

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis yaitu memonitor pola napas pada tanggal 06 April 2023 yaitu 34 x/i, memposisikan semi fowler / fowler ,memberikan oksigen 3 L, memantau saturasi oksigen yaitu 98%.

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, yaitu memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler), memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, melakukan pencegahan infeksi dengan mengajarkan cuci tangan 6 langkah, menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan obat untuk memperlancar sirkulasi darah yaitu Captopril 3 x135 mg dan furosemid 2 x 35 mg.

Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, yaitu mengidentifikasi status nutrisi yaitu IMT 34,91 kg/m², mengidentifikasi alergi dan intoleran makanan, mengidentifikasi makanan yang disukai, mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, memonitor asupan makanan, memonitor berat badan dengan menggunakan timbangan berat badan yaitu 35 kg, memonitor hasil pemeriksaan

laboratorium yaitu Kadar Hb 6,8 g/dl (12,0 - 15,0 g/dl) dan Albumin 2,6 g/dl (4,1 – 4,8 g/dl), memfasilitasi menentukan pedoman diet, memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, mengajarkan diet yang diprogramkan yaitu diet DN 8 x 150 cc/3 jam, berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.

Menurut Ngastiyah (2014), pemberian diit yang dianjurkan pada pasien sindrom nefrotik yaitu protein 1,2-2,0 g/kg BB/hari dan cukup kalori yaitu 35 kkal/kg/hari serta rendah garam (1g/hari). Bentuk makanan disesuaikan dengan keadaan pasien, dapat makanan biasa atau lunak.

Menurut penelitian Azwar (2019), rencana tindakan yang dilakukan pada pasien sindrom nefrotik yaitu memberikan diit MB Nefrotik 2000 kkal, mengedukasi klien dan keluarga untuk menghabiskan diit yang diberikan, menilai turgor kulit, kelembaban mukosa mulut dan memantau mual dan muntah pada anak.

Menurut analisa peneliti, terdapat kesamaan antara teori dan penelitian dalam tindakan keperawatan yang diberikan pada anak dengan sindrom nefrotik yaitu memberikan diit tinggi kalori dan tinggi protein serta diit rendah garam.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan pada tanggal 06 – 10 April 2023 dengan metode penilaian *S ubjektive, Objektiv, Assasment, Planning* (SOAP). Hasil evaluasi keperawatan dari diagnosa keperawatan hipervolemia berhubungan dengan gangguan regulasi, sembab pada wajah dan kelopak mata, An.F masih pucat, masih tampak sembab di wajah (Moon Face), pucat agak berkurang, Intake cairan ±600 cc , BAK ±800 cc, Urine tampak

kuning, Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0), Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %), Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl), An.F mendapatkan furosemide 2 x 35 mg, dan mendapatkan ampicillin 2 x40 mg.

Menurut Muttaqin (2014), evaluasi keperawatan pada diagnosa hipervolemia, yaitu diharapkan pada pasien sindrom nefrotik yaitu kelebihan volume cairan dapat teratasi, meningkatnya asupan nutrisi, peningkatan kemampuan sehari- hari, dan penurunan kecemasan.

Menurut analisa peneliti, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi terjadi karena peningkatan tekanan hidrostatik intravaskuler yang mengakibatkan penurunan tekanan onkotik intravaskuler, sehingga volume intravaskuler menurun dan terjadi perpindahan cairan intravaskuler ke ekstravaskuler. Hal ini mengakibatkan terjadinya sembab pada mata, wajah, abdomen, dan gelisah pada anak. Kriteria hasil yang telah dicapai adalah turgor kulit meningkat, output urine meningkat, edema anasarca menurun, perasaan lemah menurun, konsentrasi urine menurun, membran mukosa membaik, tekanan darah membaik, oliguria membaik, intake cairan membaik.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada An.F selama 5 hari pada diagnosa Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis, S: Ny.N nafas masih tampak sesak, nafas anak sesak disebabkan oleh adanya penumpukan cairan diparu-paru setelah di periksa dokter, masih terpasang oksigen nasal kanul dari 5 L menjadi 3 L, Pernafasan 34x / m.

Menurut analisa peneliti, pola napas tidak efektif berhubungan dengan dengan efek agen farmakologis dapat ditegakan karena penumpukan cairan didalam paru- paru sehingga anak dengan sindrom nefrotik megalami sesak

nafas, tersaput bunyi napas tambahan (bronki), anak tampak pucat dan lemah. Kriteria hasil yang ingin dicapai yaitu Dispnea menurun, Penggunaan otot bantu pernapasan menurun , Pernapasan cuping hidung menurun, Frekuensi napas membaik , Kedalaman napas membaik, Ekskusi dada membaik.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada An.F selama 5 hari pada diagnosa keperawatan Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, masih sembab di wajah (moon face), pucat agak berkurang, Konjungtiva tampak anemis, Kelopak mata tampak sembab, Intake cairan ± 600 cc , BAK ± 800 cc, Urine tampak kuning, Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0), Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %), Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl), Trombosit $120 \times 10^3/\text{mm}^3$ (150 – 450), Eritrosit $2.33 \times 10^6/\mu\text{L}$ (4.00 – 5.40), Retikulosit 1.71% (0.5 – 1.5), An.F mendapatkan furosemide 2 x 35 mg, An.F mendapatkan captopril 3 x 135 mg, An.F mendapatkan Transfusi PRC 100 cc.

Menurut analisa peneliti, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin terjadi karena kekurangan volume cairan didalam akibat dari dibatasi asupan cairan mengakibatkan oksigen dalam jaringan juga ikut menurun yang mengakibatkan anak tampak pucat. Kriteria hasilnya adalah warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, nyeri ekstremitas menurun, pengisian kapiler membaik, turgor kulit membaik.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada An.H selama 5 hari pada diagnosa keperawatan Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mercerna makanan, minuman anak dibatasi 600 ml / 24 jam, An.F tidak boleh makan nasi dan hanya minum susu 150 cc / 3 jam, BB An.F turun saat ini 35 kg sebelum sakit 45 kg, An.F mendapatkan DN

8 x 150 cc diet MC , An.F tidak boleh makan hanya minum susu 150 cc / 3 jam, Lila: 22 cm, IMT: 34,91 kg/m², Anak tampak pucat dan lemah, Albumin 2.6 g/dl (4.1 – 4.8), Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0).

Menurut Azwar (2019), hasil evaluasi pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan ditemukan data anak sudah menghabiskan diit yang diberikan, anak sudah tidak malas makan, anak tidak ditemukan adanya mual dan muntah, berat badan 35 kg.

Menurut analisa peneliti, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan terjadi karena dibatasi asupan makanan yang masuk kedalam tubuh. Untuk menghindari gizi kurang, anak diberikan diit tinggi kalori tinggi protein dan rendah garam. Kriteria hasilnya adalah porsi makanan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik, indeks massa tubuh (IMT) membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, bising usus membaik, membran mukosa membaik.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada An.H dengan sindrom nefrotik di ruang akut IRNA kebidanan dan anak RSUP Dr. M. Djamil Padang peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian didapatkan data bahwa klien tampak sembab (Moonface), wajah tampak pucat dan lemah, Nafas tampak sesak, terpasang selang oksigen nasal kanul 5L pada anak. Ny.N mengatakan nafas anak sesak disebabkan oleh adanya penumpukan cairan di paru-paru setelah diperiksa dokter. Nn. N mengatakan anaknya bengkak pada pipi atau wajah. Ny N mengatakan kalau anaknya tidak boleh makan nasi hanya minum susu 150 ml / jam, minum dibatasi hanya boleh minum 600 ml / 24 jam. Ny N mengatakan Berat badan anaknya turun, sebelum sakit BB 45 Kg dan setelah sakit 35 Kg. Data hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 03 April 2023 di dapatkan hasil pemeriksaan darah Hemoglobin 6.8 Mg / dl (12.0 – 15.0 Mg / dl), nilai Leukosit 13.79 103/mm³ (4.5 – 13.5 103/mm³), nilai Trombosit 120 103/mm³ (150 – 450 103/mm³), nilai Eritrosit 2.33 10⁶/µL (4.00 – 5.40 10⁶/µL), nilai Retikulosit 1.71 % (0.5 – 1.5 %), . Data hasil pemeriksaan kimia klinik tanggal 03 April 2023, nilai Albumin 2,6 g/dl (4.1 – 4.8 g/dl), nilai SGOT 19 U/L (14 – 35 U/L), nilai SGPT 50 U/L (9 – 24 U/L), nilai Ureum darah 259 Mg/dL (16 – 45 mg/dl), nilai Kretinin darah 3.5 Mg/dL (0.5 – 0.8 mg/dl), nilai Natrium 141 Mmol/L (139 – 146 Mmol/L), nilai Kalium 6.0 Mmol/L (4.0 – 5.3 Mmol/L), nilai Klorida 104 Mmol/L (104 – 109 Mmol/L), nialai Kalsium 9.5 Mg/dL (9.2 – 10.5 mg/dl).
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada sindrom nefrotik sebanyak 4 diagnosa keperawatan. Berdasarkan kasus, diagnosa keperawatan yang muncul pada An.F adalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan

3. mekanisme regulasi, pola napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.
4. Intervensi keperawatan yang direncanakan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul.
 - a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Intervensi keperawatannya adalah manajemen hipervolemia dan pemantauan cairan. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu nafsu makan meningkat, demam menurun, bengkak menurun, nyeri menurun, letargi menurun, kadar sel darah putih membaik. turgor kulit meningkat, output urine meningkat, edema anasarca menurun, perasaan lemah menurun, konsentrasi urine menurun, membran mukosa membaik, tekanan darah membaik, kadar Hb membaik, kadar Ht membaik, berat badan membaik, oliguria membaik, intake cairan membaik.
 - b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis intervensi keperawatannya adalah manajemen jalan napas dan pemantauan respirasi. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu Dispnea menurun, Penggunaan otot bantu pernapasan menurun , Pernapasan cuping hidung menurun , Frekuensi napas membaik , Kedalaman napas membaik, Ekskursi dada membaik
 - c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Intervensi keperawatannya adalah perawatan sirkulasi. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, nyeri ekstremitas menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik.
 - d. resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Intervensi keperawatannya adalah manajemen nutrisi diantaranya identifikasi status nutrisi. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu porsi makanan yang dihabiskan meningkat, serum albumin meningkat, nyeri abdomen menurun, berat badan membaik, indeks massa tubuh (IMT)

membaiik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, bising usus membaik, membran mukosa membaik.

5. Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai intervensi keperawatan yang telah disusun selama lima hari yaitu pada tanggal 06 April- 10 April 2023. Sebagian besar intervensi keperawatan dapat dilaksanakan pada implementasi keperawatan. Implementasi utamanya yaitu memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema), mengidentifikasi penyebab hipervolemia, memonitor frekuensi dan kekuatan nadi, memonitor frekuensi napas, memonitor berat badan, memonitor elastisitas atau turgor kulit, memonitor jumlah, warna dan berat jenis urine, memonitor kadar albumin dan protein total, memonitor hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, BUN), memonitor intake dan output cairan, mengidentifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (penyakit ginjal dan kelenjer), membatasi asupan cairan dan garam, mengatur waktu interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, mendokumentasikan hasil pemantauan, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, menginformasikan hasil pemantauan, berkolaborasi pemberian diuretik.
6. Hasil evaluasi keperawatan pada An.F selama lima hari dengan metode penilaian Subjektive, Objektiv, Assasment, Planning (SOAP). Pada diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi belum teratasi pada hari ke lima, pola napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis teratasi sebagian pada hari kelima, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin belum teratasi pada hari ke lima, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan belum teratasi pada hari kelima.

B. Saran

1. Bagi Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang
Melalui pimpinan diharapkan dapat memberikan motivasi kepada semua staf agar memberikan pelayanan kepada pasien secara optimal dan meningkatkan mutu dalam pelayanan di rumah sakit.
2. Bagi Ruang Rawat Inap Anak
Studi kasus yang peneliti lakukan dapat menjadi sumbangan pemikiran bagi perawat di ruang akut IRNA kebidanan dan anak RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam melakukan asuhan keperawatan secara profesional.
3. Bagi Institusi Pendidikan
Dapat meningkatkan mutu pendidikan sehingga terciptanya lulusan perawat yang terampil, bermutu dan profesional yang dapat memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh berdasarkan kode etik keperawatan.
4. Bagi Peneliti Selanjutnya
Diharapkan peneliti melakukan pengkajian secara tepat dan mampu menegakkan diagnosa berdaarkan pengkajian yang telah dilakukan dan melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana keperawatan yang telah disusun dan mendokumentasikan hasil tindakan yang dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Fera. 2019. Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Sindrom Nefrotik Di Ruang Kronik IRNA Kebidanan Dan Anak Di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Padang: Poltekkes Kemenkes RI Padang
- Brunner & Suddarth. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Fhirawati, Riama Marlyn Sihombing, Adventina Delima Hutapea, and Agus ganto. 0. *Konsep Dasar Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Fida & Maya. 2012. *Pengantar Kesehatan Anak*. Yogyakarta: D.Medika.
- Jainurakhma, janes, Dheni kurniawan,Edi Supriadi, Sanny Frisca. 2021. *Dasar-Dasar Asuhan Keperawatan Penyakit dengan Pendekatan Klinis*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Masturo, Imas & Nauri Anggita. 2018. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Kemenkes RI.
- Muttaqin, Arif. 2014. *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nafrialdi. 2009. *Farmakologi dan Terapi*, Edisi V, UI: Jakarta
- Ngastiyah. 2014. Perawatan Anak Sakit Edisi 2. Jakarta: EGC
- Nilawati.2016. "Profil Sindrom Nefrotik Pada Ruang Peraatan Anakan Sanglah Denpasar". Sari Pediatri 14(4): 269
- Nuari, N. A., & Widayati, D. (2017). *Gangguan pada Sistem Perkemihan dan Penatalaksanaan Keperawatan*. Deepublisher.
- Nursalam. 2015. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pardede, Sudung O. 2017. "Tata Laksana Non Imunosupresan Sindrom Nefrotik Pada Anak." Sari Pediatri 19(1): 53–62.

<https://saripediatri.org/index.php/sari-pediatri/article/view/1151/pdf>.

Pardede, Sudung O. 2020. "Anemia Pada Sindrom Nefrotik Anak: Patogenesis Dan Tata Laksana." Sari Pediatri 22(1): 57–64.

Pudjiastuti, Partini. 2016. *Sindrom Nefrotik Sekunder Pada Anak Dengan Hodkin.*" Sari Pediatri, Vol 8. No 1: 37-48.

Prabowo,Eko. 2014. *Buku Ajar*(Jainurakhma, 2021) *Asuahyn Keperawatan Sistem Perkemihan.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Rachmadi, Dedi, Nanan Sekarwana, Dany Hilmanto, and Herry Garna. 2017. *Buku Ajar Nefrologi Anak Edisi Kedua.* Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia.

Rachmadi, Dedi, Nanan Sekarwana, Dany Hilmanto, and Herry Garna. 2017. *Buku Ajar Nefrologi Anak Edisi Ketiga.* Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia.

Ramatillah, Diana Laila et al. 2019. "Pengenalan Dan Edukasi Penyakit Sindrom Nefrotik Di Kompleks Ancol Selatan 2, Jakarta Utara." Jurnal Berdikari 2(1): 14–18.

Smeltzer. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* (2012th ed).

Soegijanto. 2010. *Kumpulan Makalah Penyakit Tropis dan Infeksi Di Indonesia.* Ed. Airlangga. Universitas press: Surabaya.

Suriani, Endang,Rita Permata Sari, Winda Yusnita. 2021. *Kadar Albumin Serum dan Protein Urin pada Anak Penderita Sindrom Nefrotik.* Sumatera Barat: Jurnal Universitas Perintis Indonesia.

Suwontopo, Marvin Leonardo, Adrian Umboh, and Rocky Wilar. 2020. "Analisis Hubungan Angka Kejadian, Gambaran Klinik Dan Laboratorium Anak Dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid Di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado." Jurnal Kedokteran Klinik (JKK) 4(1): 6–14.

Umboh A. *Hubungan aspek klinis laboratorium pada sindrom nefrotik sensitive steroid dan sindrom resisten steroid,* dalam: Sari Pediatri, 2013: 15: 135

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.*
Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.*
Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia.* Jakarta:
DPP PPNI

LAMPIRAN

Lampiran 1

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN SINDROM NEFROTIK
DI IRNA KEBIDANAN DAN ANAK RSUP DR. M. DJAMIL PADANG TAHUN 2023**

No	KEGIATAN	NOVEMBER				DESEMBER				JANUARI				FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1.	Konsultasi dan ACC Judul Proposal					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
2.	Pembuatan dan Konsultasi Proposal																																	
3.	Pendaftaran Sidang Proposal																																	
4.	Sidang Proposal																																	
5.	Perbaikan Proposal																																	
6.	Penelitian dan Penyelesaian																																	
7.	Pendaftaran Ujian KTI																																	
8.	Sidang KTI																																	
9.	Perbaikan KTI																																	
10.	Pengumpulan Perbaikan KTI																																	
11.	Publikasi																																	

Padang, Mei 2023

Pembimbing I

Ns. Hl. Thawwab, S.Ket, S.Si, M.Kes

NIP. 19650716 198803 2 002

Pembimbing II

Ns. Elvira Muli, M.Kes, Si, Kkn, Mat

NIP. 19600423 2002122 0 001

Pendek
Endo
NIM. 203110143

Lampiran 2

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

Nama : Pinda
NIM : 202110143
Pembimbing 1 : Ns.Hj.Tianawati,S.Si,M.Kes
Judul : Anak Keperawatan Pada Anak Dengan Sindrom Nelsonik di Ibu Anak dan Kehidupan di RSUP DR.M.Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	21 November 2022	1. Tambahkan cover 2. Tambahkan sumber 3. Tambahkan jurnal	✓
2	23 November 2022	1. Perbaiki cover 2. Perbaiki tahun 3. Perbaiki penulisan 4. Perjelas grand soori	✓
3	15 Desember	1. Cover perbaiki 2. Bab 1 atau penulisan cek tahan 3. Perbaiki woc	✓
4	21 Desember	1. Bab 1 perbaiki teknis dan lahan 2. Bab 2 teknis tabel ulang,atur ukuran tabel woc 3. Bab 3 perbaiki desain, tempat, teknis bahasa asing dimiringkan, kriteria ekakhusi perbaiki 4. Lengkapi lampiran depan dan belakang	✓
5	22 Desember 2022	1. Perbaiki bab 3 2. Perbaiki daftar pustaka 3. Lengkapi lampiran-lampiran	✓
6	27 Desember 2022	1. Lengkapi data 2. Perbaiki daftar pustaka 3. Perbaiki jumlah sampel 4. Lampiran depan dan belakang	✓

7	27 Desember 2022	ACC untuk ujian Proposal Karya Tulis Ilmiah	✓
8	11 April 2023	Konsul bimbingan bahan Bab 4: 1. Cek askep 2. Cek RIC 5 dan RIC 3 3. Glosarium 4. Riwayat imunisasi 5. Lingkungan 6. Cek pemeriksaan fisik 7. Cek eliminasi 8. Hasil labor yang bermasalah maih tanda	✓
9	05 Mei 2023	1. Sudah melengkapi askep 2. Pahami askep 3. Buat pembahasan kasus	✓
10	09 Mei 2023	1. Cover s.d daftar lampiran diperbaiki,masih diproposal 2. Bab 3 perbaiki 3. Buat pembahasan kasus 4. Buat bab 4 sampai pembahasan	✓
11	12 Mei 2023	1. Cek daftar pustaka 2. Siapkan lampiran 3. Cek kutipan data pada bab 4 4. Buat abstrak dll	✓
12	15 Mei 2023	1. Perbaiki abstrak alinea pertama 2. Cek penulisan	✓
13	16 Mei 2023	1. Perbaiki abstrak alinea pertama susunan kalimatnya 2. Tambah lampiran	✓
14	16 Mei 2023	ACC. ✓	✓

Catatan :

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



[Na. Yessi Fadivanti, M.Kes
NIP. 19750121 199903 2 005]

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

Nama : Pindo
NIM : 203110143
Pembimbing 1 : Ns. Elvia Metti, M.Kep, Sp. Kep.Mat
Judul : Anjian Keperawatan Pada Anak Dengan Sindrom Neelotik di Ibu Anak dan Kehidupan di RSUP DR.M.Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	21 November 2022	1. Ace judul 2. Cara membuat latar belakang	✓
2	23 November 2022	1. Revisi latar belakang 2. Perhatikan penulisan 3. Perhatikan tahun cover	✓
3	15 Desember	1. Penulisan jangan salah 2. Tambahkan halaman bab 3. Tambahkan keterangan data subjektif dari keluarga	✓
4	19 Desember 2022	1. Penulisan jangan salah + 2. Jarak spasi lihat lagi.	✓
5	21 Desember 2022	1. Halaman jangan salah 2. Tahun perbaiki 3. Perbaikan tulisan	✓
6	27 Desember 2022	1. Perbaikan tulisan cover 2. Perbaikan tulisan 3. Perbaikan nama dosen pembimbing 4. Perhatikan penulisan table	✓
7	27 Desember 2022	1. Perbaiki cover 2. Penulisan perhatikan 3. Pahami konsep tambah buat ppt 4. Ace sding proposal	✓

8	05 Mei 2023	Konsul bimbingan bab 4: 1. Cek aspek 2. Perbaiki bab 3	
9	09 Mei 2023	1. Buat sampai pembahasan 2. Kalimat pembahasan tidak boleh sama dengan pengajuan 3. Perbaiki penulisan	
10	15 Mei 2023	1. Perbaiki cover 2. Perbaiki daftar pustaka 3. Perbaiki daftar halaman yang eror	
11	15 Mei 2023	1. Perbaiki abstrak 2. Tambahkan dampak pada abstrak 3. Tambahkan pemurutan BB pada abstrak	
12	{6 Maret 2023}	ace wic wijaya	
13			
14			

Catatan :

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang

Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep
NIP. 19750121 199903 2 005

Lampiran 4



Poltekkes Kemenkes Padang

Lampiran 5



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang -29127 Telp. (0751) 32371, 810253, 810254, ext 246
Email : diktat.mdjamil@yahoo.com

NOTA DINAS

Nomor: DP.03.01.XVI.1.3.2/ 561/IV/2023

Yth. : Ka. Instalasi Rawat Inap Kebidanan dan Anak.
Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
Hal : Izin Melakukan Penelitian
Tanggal : 03 April 2023

Sehubungan dengan surat Direktur Politeknik Kesehatan Padang Nomor PP.03.01.00239/2023 tanggal 09 Januari 2023 perihal tersebut di atas, bersama ini kami kirimkan peneliti:

Nama : Pindo
NIM/BP : 203110143
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul :

"Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindrom Nefrotik di Ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2023 "

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

NB : Selaku difinisiasi untuk mendapatkan data penelitian sesuai dengan kapas yang ditugaskan dan sejauh akhirnya Rumah Sakit Padang, 03 - 04 - 2023

(N) Yogi Rahmi, S.Kep)

Note : Mohon disampaikan kembali apabila yang bersangkutan telah selesai pengambilan data penelitian

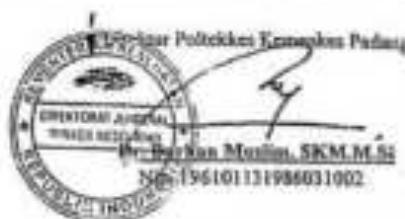
Lampiran 6



Lampiran
Nomor : PP.01.01/
Taqsi : 09 November 2022

NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Novita Dwiawita	203110142	Analisa keperawatan pada Anak dengan meningitis di RSUP Dr. M. Djamil Padang
2	Muliara Jendaya	203110138	Analisa keperawatan pada pasien dengan ta kolon di RSUP Dr. M. Djamil Padang
3	Liza Dilla Nuzman Sefori	203110134	Analisa keperawatan pada pasien HIV / AIDS di RSUP Dr.djamil padang
4	Priyoko Aulia	203110144	Analisa keperawatan pada anak dengan gangguan nutrisi kambang di RSUP Dr.djamil padang
5	Syisilah Mazana	203110156	Analisa keperawatan pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di RSUP Dr. M. Djamil Padang
6	Della Febrisari Lukman	203110127	Analisa keperawatan gangguan pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada pasien Diabetes Mellitus di RSUP.DR.M.DJAMIL PADANG
7	Pindu	203110143	Analisa keperawatan pada Anak dengan Syndrom Nafziklik di RSUP.DR.M.Djamil Padang
8	Nadila Ratima	203110139	Analisa Keperawatan Pada Pasien Sitia Hepatitis di RSUP. Dr. M. Djamil Padang
9	Sofi Alputri Wijaya	203110154	Analisa Keperawatan Pihkosalit Gangguan Citra Tubuh pada Pasien Kanker Payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022





KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



Al. Simpang Empat Kelapa Gading, Jakarta Selatan, 12110. Telepon: 021-8420000
Jl. Ahmad Yani No. 102 RT.001/RW.001, Kelapa Gading, Jakarta Utara, 14240. Telepon: 021-8420000
Jl. Ahmad Yani No. 102 RT.001/RW.001, Kelapa Gading, Jakarta Utara, 14240. Telepon: 021-8420000
Website: www.poltekkes-pdng.ac.id

Nomor : PP.03.01/ 00135 / 2023
Perihal : Izin Penelitian

09 Januari 2023

Kepada Yth. :
Direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang
Di
Tempat

Dengan hormat,

Seluruh yang telah dilaksanakannya Ujian Sertifikasi Proposial Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kaus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Kependidikan Padang Politekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Penelitian di Institusi yang Bapak/Ibu Singgah s.e :

NO	NAMA / NIM	JUDUL KTI
1	Pinto / 203110143	Aduhan Keperawatan pada Anak dengan Sindrom Neuristik di Ruang IONA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2023

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesedian Bapak/Ibu kami sampaikan terimakasih.



Lampiran 7



**KETERANGAN LOLOS KAJI ETK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"**

Nomer: LB.02.02/5.7/104/2023

Protokol penelitian yang diusulkan oleh: *The research protocol proposed by*

Principles in Investigation

Program Studi D3 Keperswatan

Name of the business Pottelkast Kremmerzijl

www.bringonjudicial.com

**"Ancahan Keperawatan Pada Anak Dengan Sindrom Nefrotik Leukemia Limfoblastik Akut (LLA) di
RSKA Kebidanan dan Anak di RSUP Dr.M.Djamil Padang Tahun..."**

Dinyatakan layak etik sejauh 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Etisik, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksplorasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Pengalaman, yang merupakan pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang disampaikan oleh bersama-sama indikator setian standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 [seven] WHO 2011 Standards; 1) Social Values; 2) Scientific Values; 3) Equitable Assessment and Benefits; 4) Risk; 5) Persuasion/Exploitation; 6) Confidentiality and Privacy; and 7) Informed Consent, referring to the 2018 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Perseus Latin Text and Translation Software (version 2007.3) was used (except January 2012-4).

This declaration of ethics applies during the period January 2023 until January 2024.

Packing, 29 Maret 2013
Charmaine

Dr. dr. Gairi Asm. Spesialis FINSK. FAADV
NIP. 19681126 20080112014

Lampiran 8



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127

Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax : (0751) 32371

Website : www.rsdjamil.co.id, Email : rsdp@jamil@yahoo.com



Nomor : DP-03.01/XVI.1.3.2/96/JV/2023

03 April 2023

Perihal : Izin Melakukan Penelitian

A.n. Pindo

Yang terhormat,
Direktur Poltekkes Kesehatan Padang
Di
Tempat

Sehubungan dengan surat Direktur Poltekkes Kesehatan Padang Nomor PP.03.01/00238/2023 tanggal 09 Januari 2023 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:

Nama : Pindo

NIM/IDP : 203110143

Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/kripsi/tesis dengan judul :

"Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindrom Nefrotik di Ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2023 "

Dengan catatan sebagai berikut:

1. Penelitian yang bersifat intervensi, harus mendapat persetujuan dari panitia etik penelitian kesehatan dengan dikeluarkannya "Ethical Clearance".
2. Semua informasi yang diperoleh di RSUP Dr. M. Djamil Padang semata-mata digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarluaskan pada pihak lain yang tidak berkepentingan.
3. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Bagian Diklit RSUP Dr. M. Djamil Padang (dalam bentuk soft copy/upload link:
[bit.ly/titbangrsupmdjamil](http://jltitbangrsupmdjamil)).
4. Segala hal yang menyangkut pembayaran penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan



dr. Adyati Zamzami, NP, 1973/9/12/2008012008

Tembusan :

1. Instalasi Terkait
2. Yang bersangkutan





RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN
Jl. Perintis Kemerdekaan Medan - 25127 Nro. (8751) 32171, 816253, 810254, ktr 216
Email : diktas.mdjamil@yahoo.com

NOTA DINAS

Nomor: DP/03.01/0039.1.3.2/ 5MIV/2023

Yth. : Ka. Instalasi Rawat Inap Kebidanan dan Anak
Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
Hal : Izin Melakukan Penelitian
Tanggal : 03 April 2023

Sehubungan dengan surat Direktur Politeknik Kesehatan Padang Nomor. PP.03.01/00239/2023 tanggal 09 Januari 2023 perihal tersebut di atas, bersama ini kami kirimkan peneliti:

Nama : Pindo
NIM/BP : 203110143
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul :

"Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindrom Nefrotik di Ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2023 "

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Note : Mohon disampaikan kembali apabila yang berangkat telah selesai pengambilan data penelitian

Lampiran 9

INFORMED CONSENT

(Lambar Persetujuan)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Responden	:	Dwi Ninggi
Umur/Tgl. Lahir	:	02/05/1989
Penanggung Jawab	:	Dwi Ninggi
Hubungan	:	Ibu Kandung

Setelah mendapat penjelasan dari modera peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Pinda, NIM 203110143, Mahasiswa Prudi D-III Kepenawilan Jurusan Kepenawilan Poltekkes Kemenkes Padang.

Demikian surat persetujuan ini saya tandatangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Padang, 6 April 2023

Responden


(Dwi Ninggi)

Lampiran 10



POLTEKKES KEMENKES PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Pinda
NIM : 203110143
Institusi : Poltekkes Kemenkes Padang
Ruang : IRNA Kebidanan Dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang

No.	Hari/Tanggal	Tanda Tangan Priaung
1.	Kamis, 6 April 2023	[Signature]
2.	Jumat, 7 April 2023	[Signature]
3.	Sabtu, 8 April 2023	[Signature]
4.	Senin, 9 April 2023	[Signature] No. SI-Materi. 1 Rep 00-00000000000000000000000000000000
5.	[Senin, 10 April 2023]	[Signature] No. SI-Materi. 1 Rep 00-00000000000000000000000000000000
6.		
7.		

Munoz-Alvarez

Kewal Raghavan



86-1000000000000000

Lampiran 11



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMEL PADANG
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127
Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax : (0751) 32371
Website : www.rsdjamil.co.id, Email : rsdpdjamil@yahoo.com



SURAT KETERANGAN DP.03.01/XVI.1.3.2/E/1/M/2023

Yang berlantai tangan di bawah ini :

Nama : dr. Adriani Zanir
NIP : 197309112008012008
Jabatan : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Pindo
NIM/BP : 203110143
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di IRNA Kebidanan dan Anak (Ruang HCU) RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 06 April 2023 s/d 10 April 2023, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/dissertasi yang berjudul :

"Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindrom Nefrotik di Ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2023 "

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan seperlunya.

Padang, 19 Mei 2023

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan



Lampiran 12**FORMAT PENGKAJIAAN**

Waktu pengkajian	Hari	Tanggal	Tam
	Kamis	6 April 2023	12.00 WIB

Rumah sakit/ klinik/ puskesmas :Rumah Sakit / klinik / Puskesmas : RSUP DR. M. Djamil Padang	
Ruangan : Ruangan : Irna	
Kebidanan Dan Anak	
Tanggal masuk RS : 3 April 2023	
No. Rekam Medik : 01.16.37.06	
Sumber informasi : Orang tua Pasien / Buku Status	
IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA	
IDENTITAS ANAK	
Nama/ panggilan	An.F
Tanggal lahir/ umur	03 September 2009 / 13 tahun 6 bulan
Jenis kelamin	Laki-laki
Agama	Islam
Pendidikan	SMP
Anak ke/ jumlah saudara	1 / 1
Diagnose Medis	CKD On HD Sindrom Nefrotik Resisten Steroid

IDENTITAS ORANGTUA	IBU	AYAH
Nama	Ny.N	Tn.D
Umur	34 Tahun	42 Tahun
Agama	Islam	Islam
Suku bangsa		
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	IRT	Wisawasta
Alamat	Jambi	Jambi

IDENTITAS ANGGOTA KELUARGA YANG TINGGAL SERUMAH							
No	Nama (inisial)	Usia (bl/th)	Jenis kelamin	Hub. Dg KK	Pendidikan	Status kesehatan	Ket
1.	Tn.D	42	Laki-laki	Suami	SMA	Sehat	

		(Tahun)					
2.	Ny.N	34 (Tahun)	Perempuan	Istri	SMA	Sehat	
3.	An.F	13(Tahun)	Laki-laki	Anak	SMP	Sakit	

RIWAYAT KESEHATAN

KELUHAN UTAMA	An. F Masuk Ruang HCU RSUP DR. M. Djamil Padang melalui IGD RSUP DR. M. Djamil Padang Tanggal 6 April 2023 Jam 02.00 WIB ingin kontrol ke Poli tapi An. F demam dan sesak nafas, dada sebelah kiri sakit.
---------------	---

Riwayat Kesehatan Sekarang:

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 6 April 2023 jam 12.00 WIB dengan hari rawatan ke-4, pipi klien tampak bengkak (Moonface), wajah tampak pucat dan lemah, Nafas tampak sesak, terpasang selang oksigen nasal kanul 5L pada anak. Ny.N mengatakan nafas anak sesak disebabkan oleh adanya penumpukan cairan di paru-paru setelah diperiksa dokter. Nn. N mengatakan anaknya bengkak pada pipi atau wajah. Ny N mengatakan kalau anaknya tidak boleh makan nasi hanya minum susu 150 ml / jam, minum dibatasi hanya boleh minum 600 ml / 24 jam. Ny N mengatakan Berat badan anaknya turun, sebelum sakit BB 45 Kg dan setelah sakit 35 Kg.

Riwayat kesehatan dahulu:

Ny. N mengatakan BAB anak encer sejak 6 hari SMRS, selama 3 hari, frekuensi 10x / hari tidak bercampur darah dan tidak berlendir. Ny N juga mengatakan anak muntah sejak 6 hari SMRS frekuensi 3x sehari, Ny N mengatakan kalau anaknya bulan maret kemaren baru keluar dari RSUP DR M. Djamil Padang kemudian masuk lagi 6 April 2023 di RSUP DR. M. Djamil Padang. Sebelumnya anak juga pernah masuk RS Taha jambi dengan Dx Ginjal bocor pada saat anak berusia 7 tahun dikarenakan anaknya suka meminum minuman manis dan berwarna. Ny.N mengatakan kalau dia tidak tahu tentang sindrom nefrotik. anaknya sudah dibawah berobat kedokter tapi sering putus minum obat sampai umur 13 tahun. Ny N

mengatakan anak rujukan dari RS Muaro Bungo dengan keterangan Diagnosis Gagal Ginjal Kronik On HD Sindrom Nefrotik Resisten Steroid.

Penyakit yang pernah diderita anak

Ny. N mengatakan anak pernah menderita ginjal bocor pada saat berumur 7 tahun dan sudah keluar masuk RS di jambi

Riwayat kesehatan keluarga

Tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama

Anggota keluarga pernah sakit	Tidak ada
Riwayat penyakit keturunan	Tidak ada
Genogram Ket:  : Perempuan  : Laki-laki  : Meninggal  : Klien  : Garis keturunan  : Garis perkawinan	

RIWAYAT IMUNISASI

BCG	Ada	Simpulan: Imunisasi dasar tidak lengkap
DPT	Tidak ada	
Polio	Ada	
Hepatitis B	Tidak ada	
Campak	Ada	

RIWAYAT PERKEMBANGAN

LINGKUNGAN	
Ny. N mengatakan rumah tipe permanen. Ny N mengatakan rumah memiliki ventillasi yang cukup. Sumber air untuk keperluan sehari – hari menggunakan air sumur. Sumber air minum yaitu air gallon. Ny N mengatakan kamar mandi / wc berada dalam rumah dan menggunakan septic tank. Pengelolaan sampah dibakar ditempat pembakaran sampah	
PENGKAJIAN KHUSUS	
A. ANAK	
1)Pemeriksaan fisik	
Kesadaran	Compos Mentis
a. tanda vital	TD : 110 / 72 mmHg RR : 34 x/m Suhu : 36,3 C HR : 123 x/m
b. posture	BB: 35 KG TB: 130 Cm
c. kepala	Bentuk : Normal, Simetris Kebersihan : Bersih Kelainan: : wajah tampak sembab (Moon Face)
d. Mata	Simetris Sklera : Ikterik Reflek Cahaya : Positif Pupil : Isokor Konjungtiva : Anemis Kelopak mata : Sembab
e. Hidung	Simetris Pernafasan cuping hidung: tidak ada Kebersihan : bersih
f. Mulut	Warna bibir, lidah : pucat Kebersihan : bersih Data lain : mukosa bibir lembab
g. telinga	Bentuk : simetris

	Kebersihan : bersih Pendengaran : baik
h. leher	Pembesaran kelenjer getah bening : tidak ada Pembesaran vena jugularis : tidak ada
i. Dada	
Thoraks	Inspeksi Inspeksi : simetris, tidak ada retraksi dinding dada Pallauyd
	trtdtdtrdrtsrfAAuskultasi : Vesikuler, tidak ada suara tambahan
	Palpasi Palpasi : fremitus kiri dan kanan
	Perkusi PPerkkusi : Sonor
Jantung	Inspeksi : Iktus kordis tidak terlihat Auskultasi : irama jantung regular tidak ada suara tambahan Palpasi : iktus kordis teraba 1 jari medial RIC IV
Abdomen	Inspeksi Inspeksi : tidak ada asites, tidak distensi Auskultasi : terdengar bising usus 15 x/i Palpasi : supel, heap teraba, 1/, 1/3, lien tidak teraba undulasi negative
j. Kulit	Turgor: kembali cepat, Lembab
k. ekstremitas atas	tidak ada sembab pada ekstremitas atas CRT: < 2 detik Akral teraba hangat Lila :22 cm
l. ekstremitas bawah	Tidak ada sembab pada ekstremiras bawah
m. genitalia dan anus	Normal
2. kebiasaan sehari- hari	
a. nutrisi dan cairan	Sehat:

	Jenis: makanan biasa (ikan, telur, pisang, semangka nasi) Frekuensi: 3x sehari Anak sering makan makanan ringan dan minum minuman berwarna seperti ale-ale Pola makan: teratur Pola minum: air putih ± 6 gelas sehari Sakit: Pola makan: anak hanya dibolehkan minum susu 150 ml / 3 jam Pola minum: anak dibatasi minum 600 cc/24 jam termasuk susu Anak mendapatkan diet MC DN 8 x 150 cc	
b. istirahat dan tidur	Siang Sehat: Pola tidur: tidak teratur Sakit: Pola tidur: tidak teratur Jumlah tidur: 3 jam/ hari	Malam Sehat: Pola tidur: teratur Jumlah jam tiidur: 8 jam/ hari Sakit: Pola tidur: tidak teratur Jumlah jam tidur: ±5 jam
c. eliminasi	BAK Sehat: Frekuensi: 4-6x sehari Warna: kuning Sakit: Frekunsi: pakai kateter Jumlah: 800-1000 cc / 24 jam Warna: kuning	BAB Sehat: Jumlah: 1x sehari Konsistensi: lunak Warna :coklat Sakit: Jumlah: 3 hari 1x Konsistensi: lunak Warna: kuning kecoklatan
d. personal hygiene	Mandi : 2 hari 1x Cuci rambut : 2x seminggu Sikat gigi : 2 hari 1x	
e. aktifitas bermain	An. F bermain dirumah dengan teman sebayanya	

3. DATA PENUNJANG

Laboratorium	Hasil pemeriksaan darah tanggal 3 April 2023			
Pemeriksaan	Hasil	satuan	rujukan	
Albumin	2,6	g/dL	4.1 – 4.8	
SGOT	19	U/L	14 – 35	
SGPT	50	U/L	9 – 24	
Ureum darah	259	Mg/dL	16 – 45	
Kreatinin darah	3.5	Mg/dL	0.5 – 0.8	
Natrium	141	Mmol/L	139 – 146	
Kalium	6.0	Mmol/L	4.0 – 5.3	
Klorida	104	Mmol/L	104 – 109	
Kalsium	9.5	Mg/dL	9.2 – 10.5	
Hemoglobulin	6.8	Mg / dl	12.0 – 15.0	
Leukosit	13.79	10 ³ /mm ³	4.5 – 13.5	
Hematokrit	20	%	35.0 – 49.0	
Trombosit	120	10 ³ /mm ³	150 – 450	
Eritrosit	2.33	10 ⁶ /µL	4.00 – 5.40	
Retikulosit	1.71	%	0.5 – 1.5	
IPF				
MCV	84	fL	80.0 – 94.0	
MCH	29	Pg	26.0 – 32.0	
MCVC	35	%	32.0 – 36.0	
RDW-CV	17.0	%	11.5 – 14.5	
Basofil	0.00	%	0 – 2	
Eosinofil	1	%	1 – 4	
Neutrofil batang	5	%	0.0 – 5.0	
Neutrofil segmen	82	%	23 – 53	
Limfosit	6	%	23 – 53	
Monosit	4	%	2 – 11	

Terapi medis	Ampicillin 2 x 40 mg (IV) Gentamisin 2 x 40 mg (IV) Paracetamol 4 x 350 mg (IV) Furosemide 2 x 35 mg (PO) Captopril 3 x 135 (PO) Prednisone 3 x 4 (PO) Amlodipine 1 x 10 (PO) Calcitriol 1 x 0,5 (PO) Transfusi PRC 100 cc

**Perawat Yang Melakukan
Pengkajian**

(**Pindo**)

203110143

1. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ny.N mengatakan anak sembab sejak 4 hari yg lalu, dan anak tampak pucat sejak 4 hari yang lalu b. Ny.N mengatakan anaknya sembab di wajah (moon face) <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. An.F tampak sembab di wajah (Moon Face) b. An.F tampak pucat c. Intake cairan ± 600 cc d. BAK ± 800 cc e. Urine tampak kuning f. Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0) g. Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %) h. Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl) i. An.F mendapatkan furosemide 2 x 35 mg j. An.F mendapatkan ampicillin 2 x40 mg 	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ny.N mengatakan nafas anak sesak sejak 4 hari yang lalu b. Ny.N mengatakan nafas anak sesak disebabkan oleh adanya penumpukan cairan diparu-paru setelah di periksa dokter <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. An.F tampak sesak nafas 2. Tampak terpasang oksigen nasal kanul 5 L 3. Pernafasan 34x / m 	Efek agen farmakologis	Pola nafas tidak efektif
3.	DS:	Penurunan	Perfusi perifer tidak

	<p>a. Ny.N mengatakan anak sembab sejak 4 hari yg lalu, dan anak tampak pucat sejak 4 hari yang lalu</p> <p>b. Ny.N mengatakan anaknya sembab di wajah (moon face)</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. An.F tampak sembab di wajah (Moon Face) 2. An.F tampak pucat 3. Konjungtiva tampak anemis 4. Intake cairan ± 600 cc 5. BAK ± 800 cc 6. Urine tampak kuning 7. Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0) 8. Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %) 9. Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl) 10. Trombosit $120 \text{ } 10^3/\text{mm}^3$ (150 – 450) 11. Eritrosit $2.33 \text{ } 10^6/\mu\text{L}$ (4.00 – 5.40) 12. Retikulosit 1.71% (0.5 – 1.5) 13. An.F mendapatkan furosemide 2 x 35 mg 14. An.F mendapatkan captopril 3 x 135 mg 15. An.F mendapatkan Transfusi PRC 100 cc 	konsentrasi Hemoglobin	efektif
4.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny.N mengatakan kalau minuman anak dibatasi 600 ml / 24 jam 2. Ny.N mengatakan kalau anaknya hanya boleh tidak boleh makan nasi dan hanya minum susu 150 cc / 3 jam 3. Ny.N mengatakan kalau BB 	Ketidakmampuan mencerna makanan	Resiko defisit nutrisi

	<p>anaknya turun saat ini 35 kg sebelum sakit 45 kg</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. An.F mendapatkan DN 8 x 150 cc diet MC 2. An.F tidak boleh makan hanya minum susu 150 cc / 3 jam 3. BB saat ini 35 kg dari sebelumnya 45 kg 4. Lila: 22 cm 5. IMT: 34,91 kg/m² 6. Anak tampak pucat dan lemah 7. Albumin 2.6 g/dl (4.1 – 4.8) 8. Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0) 		
--	---	--	--

2. Diagnosis Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tanggal Muncul	Tanda Tangan	Tanggal Teratas	Tanda Tangan
1.	Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	3 April 2023			
2.	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis	3 April 2023			
3.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	3 April 2023			
4.	Resiko defisit nutrisi	3 April 2023			

	berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan				
--	--	--	--	--	--

3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan keseimbangan cairan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> 12. Asupan cairan meningkat 13. Haluan urin meningkat 14. Kelembaban membran mukosa meningkat 15. Asupan makanan meningkat 16. Edema menurun 17. Dehidrasi menurun 18. Asites menurun 19. Tekanan darah membaik 20. Membran mukosa membaik 21. Mata cekung membaik 22. Berat badan membaik <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan status cairan membaik, dengan</p>	<p>Manajemen Hipervolemia</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 7. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Oropneu, dispneu, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan). 8. Identifikasi penyebab hipervolemia. 9. Monitor intake dan output cairan 10. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urin). 11. Monitor tanda peningkatan tekanan osmotik plasma (mis. Kadar protein dan albumin meningkat). <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 5. Batasi asupan cairan dan garam 6. Tinggikan kepala

	<p>kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> 12. Turgor kulit meningkat 13. Output urine meningkat 14. Edema anasarca menurun 15. Edema perifer menurun 16. Perasaan lemah menurun 17. Konsentrasi urine menurun 18. Membran mukosa membaik 19. Tekanan darah membaik 20. Kadar Hb Membuat Kadar Ht membaik 21. Berat badan Membuat Intake cairan membaik 	<p>tempat tidur 30-40°</p> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan melapor jika haluan urine <0.5 ml/kg/jam dalam 6 jam. 6. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari. 7. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluan cairan. 8. Ajarkan cara membatasi cairan. <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. Kolaborasi pemberian diuretik 5. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik 6. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu. <p>Pemantauan Cairan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 12. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 13. Monitor frekuensi nafas 14. Monitor tekanan darah 15. Monitor berat badan 16. Monitor elastisitas atau turgor kulit 17. Monitor jumlah, waktu dan berat jenis urine 18. Monitor kadar
--	--	---

			<p>albumin dan protein total</p> <p>19. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. Osmolaritas serum, hematocrit, natrium, kalium, BUN)</p> <p>20. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>21. Identifikasi tanda-tanda hypervolemia (mis. Dyspnea, edema perifer, edema anasarca, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>22. Identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas,</p>
--	--	--	---

			<p>penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 4. Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien <p>Dokumentasi hasil pemantauan, <i>jika perlu</i></p>
2.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Dispnea menurun 8. Penggunaan otot bantu pernapasan menurun 9. Pernapasan cuping hidung menurun 10. Frekuensi napas membaik 11. Kedalaman napas membaik Ekskusi dada membaik 	<p>Manajemen jalan napas</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan headtilt dan chin-lift 5. Posisikan semifowler atau fowler 6. Berikan oksigen <p>Edukasi</p> <p>Ajar teknik batuk efektif</p> <p>Pemantauan respirasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 12. Monitor pola napas 13. Monitor kemampuan batuk efektif 14. Monitor adanya sumbatan 15. jalan napas

			<p>16. Palpasi kesimetrisan 17. ekspansi paru 18. Auskultasi bunyi napas 19. Monitor saturasi oksigen 20. Monitor nilai AGD</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Atur intervensi pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 4. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan <p>Informasikan hasil pemantauan</p>
3.	Resiko perfusi pefusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi penurunan hemoglobin	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Edema perifer menurun 4. Pengisian kapiler membaik 5. Akral membaik 6. Turgor kulit membaik 	<p>Perawatan sirulasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panans, kemerahan, atau bengkak pada ekstremitas) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Hindari pemasangan tourniquet pada area

			<p>cidera</p> <p>4. Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol 2. Ajarkan program dietbuntuk mmeperbaiki sirkulasi
4.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> 10. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 11. Serus albumin meningkat 12. Nyeri abdomen menurun 13. Berat badan membaik 14. Indeks massa tubuh (IMT) membaik 15. Frekuensi makan membaik 16. Nafsu makan membaik 17. Bising usus membaik Membran mukosa membaik 	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Identifikasi status nutrisi 9. Identifikasi alergi dan intoleran makanan 10. Identifikasi makanan yang disukai 11. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 12. Monitor asupan makanan 13. Monitor berat badan 14. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fasilitasi menentuka pedoman diet 5. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 6. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan posisi duduk 4. Ajarkan diet yang

			diprogramkan Kolaborasi: 3. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 4. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
--	--	--	---

4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Tanda Tangan
1.	Kamis, 6 April 2023	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema) 2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia 3. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi 4. Memonitor frekuensi napas 5. Memonitor berat badan 6. Memonitor elastisitas atau turgor kulit 7. Memonitor jumlah, warna dan berat jenis, urine 8. Memonitor kadar albumin dan protein total 9. v hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, BUN) 10. Memonitor intake dan output cairan 11. Mengidentifikasi faktor risiko ketidakseimbangan	S: 1. Ny.N mengatakan anaknya masih sembab pada wajah dan kelopak mata 2. Ny.S mengatakan anaknya masih pucat O: 1. An.F tampak sembab di wajah (Moon Face) 2. An.F	

		<p>cairan (penyakit ginjal dan kelenjer)</p> <p>12. Membatasi asupan cairan dan garam</p> <p>13. Mengatur waktu interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>14. Mendokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>15. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>Menginformasikan hasil pemantauan</p>	<p>tampak pucat</p> <p>3. Intake cairan ±600 cc</p> <p>4. BAK ±800 cc</p> <p>5. Urine tampak kuning</p> <p>6. Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0)</p> <p>7. Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %)</p> <p>8. Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl)</p> <p>9. An.F mendapatkan furosemide 2 x 35 mg</p> <p>10. An.F mendapatkan ampicillin 2 x 40 mg</p> <p>A: Hipervolemia belum teratasi P: intervensi dilanjutkanS</p>	
		Pola napas tidak efektif	<p>1. Memonitor pola napas</p> <p>2. Memosisikan semi fowler / fowler</p> <p>3. Memberikan</p>	<p>S:</p> <p>1. Ny.N mengatakan nafas anak</p>

		<p>oksidigen 5 L</p> <p>4. Memantau saturasi oksigen</p>	<p>sesak sejak 4 hari yang lalu</p> <p>2. Ny.N mengatakan nafas anak sesak disebabkan oleh adanya penumpukan cairan di paru-paru setelah diperiksa dokter</p> <p>O: 4. An.F tampak sesak nafas</p> <p>5. Tampak terpasang oksigen nasal kanul 5 L</p> <p>6. Pernafasan 34x / m</p> <p>A: pola nafas tidak efektif belum terasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
		<p>Resiko perfusi perifer tidak efektif</p>	<p>1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler)</p> <p>2. Mengidentifikasi</p>	<p>S: 1. Ny.N mengatakan anak sembab</p>

		<p>faktor risiko gangguan sirkulasi (kadar kolesterol tinggi)</p> <p>3. Memonitor panas, kemerah, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>4. Melakukan pencegahan infeksi</p> <p>5. Mengajurkan penggunaan obat penurun tekanan darah dan penurunan kolesterol (captropil 3 x 135 mg) dan furosemid (2 x 35 mg)</p>	<p>sehak 4 hariyg lalu, dan anak tampak pucat sejak 4 hari yang lalu</p> <p>2. Ny.N mengatakan anaknya sembab di wajah (moon face)</p> <p>O:</p> <p>16. An.F tampak sembab di wajah (Moon Face)</p> <p>17. An.F tampak pucat</p> <p>18. Konjungti va tampak anemis</p> <p>19. Kelopak mata tampak sembab</p> <p>20. Intake cairan ±600 cc</p> <p>21. BAK ±800 cc</p> <p>22. Urine tampak kuning</p> <p>23. Kadar</p>	
--	--	--	--	--

				<p>HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0)</p> <p>24. Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %)</p> <p>25. Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl)</p> <p>26. Trombosit 120 $10^3/\text{mm}^3$ (150 – 450)</p> <p>27. Eritrosit 2.33 $10^6/\mu\text{L}$ (4.00 – 5.40)</p> <p>28. Retikulosit 1.71% (0.5 – 1.5)</p> <p>29. An.F mendapatkan furosemid 2 x 35 mg</p> <p>30. An.F mendapatkan captoril 3 x 135 mg</p> <p>31. An.F mendapatkan Transfusi PRC 100 cc</p> <p>A : Resiko perfusi perifer</p>	
--	--	--	--	--	--

				belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
		Resiko defisit nutrisi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Mengidentifikasi alergi dan intoleran makanan 3. Mengidentifikasi makanan yang disukai 4. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Memonitor asupan makanan 6. Memonitor berat badan 7. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium 8. Memfasilitasi menentukan pedoman diet 9. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 10. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 11. Mengajarkan diet yang di programkan 12. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk mendapatkan diet mendapatkan DN 8 x 150 cc diet MC 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny.N mengatakan kalau minuman anak dibatasi 600 ml / 24 jam 2. Ny.N mengatakan kalau anaknya hanya boleh tidak boleh makan nasi dan hanya minum susu 150 cc / 3 jam 3. Ny.N mengatakan kalau BB anaknya turun saat ini 35 kg sebelum sakit 45 kg <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. An.F mendapatkan DN 8 	

			<p>x 150 cc diet MC</p> <p>10. An.F tidak boleh makan hanya minum susu 150 cc / 3 jam</p> <p>11. BB saat ini 35 kg dari sebelumnya 45 kg</p> <p>12. Lila: 22 cm</p> <p>13. IMT: 34,91 kg/m²</p> <p>14. Anak tampak pucat dan lemah</p> <p>15. Albumin 2.6 g/dl (4.1 – 4.8)</p> <p>16. Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0) A: Resiko defisit nutrisi belum terasi P: Intervensi dilanjutkan</p>	
2.	Jumat, 7 april 2023	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<p>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema)</p> <p>16. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</p> <p>17. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi</p>	<p>S: 3. Ny.N mengatakan anaknya masih sembab</p>

		<p>18. Memonitor frekuensi napas</p> <p>19. Memonitor berat badan</p> <p>20. Memonitor elastisitas atau turgor kulit</p> <p>21. Memonitor jumlah, warna dan berat jenis, urine</p> <p>22. Memonitor kadar albumin dan protein total</p> <p>23. v hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, BUN)</p> <p>24. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>25. Mengidentifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (penyakit ginjal dan kelenjer)</p> <p>26. Membatasi asupan cairan dan garam</p> <p>27. Mengatur waktu interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>28. Mendokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>29. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>30. Menginformasikan hasil pemantauan</p>	<p>pada wajah dan kelopak mata</p> <p>4. Ny.S mengatakan anaknya masih pucat</p> <p>O:</p> <p>1. An.F tampak sembab di wajah (Moon Face)</p> <p>2. An.F tampak pucat</p> <p>3. Intake cairan ±400 cc</p> <p>4. BAK ±750 cc</p> <p>5. Urine tampak kuning</p> <p>6. Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0)</p> <p>7. Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %)</p> <p>8. Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl)</p> <p>9. An.F mendapatkan</p>	
--	--	--	--	--

				furosemid e 2 x 35 mg 10. An.F mendapat akan ampicillin 2 x40 mg	
		Pola napas tidak efektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas 2. Memposisikan semi fowler / fowler 3. Memberikan oksigen 3 L 4. Memantau saturasi oksigen 	<p>S: 1. Ny.N mengatakan nafas anak masih sesak 2. Ny.N mengatakan nafas anak sesak disebabkan oleh adanya penumpukan cairan diparuparupar setelah diperiksa dokter</p> <p>O: 1. An.F tampak sesak nafas 2. Tampak terpasang oksigen nasal kanul 3 L 3. Pernafasan 34x / m</p> <p>A: pola nafas</p>	

				tidak efektif belum terasi P: Intervensi dilanjutkan	
		Resiko perfusi perifer tidak efektif	<p>6. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler)</p> <p>7. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (kadar kolesterol tinggi)</p> <p>8. Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>9. Melakukan pencegahan infeksi</p> <p>Menganjurkan penggunaan obat penurun tekanan darah dan penurunan kolesterol (captropil 3 x 135 mg) dan furosemid (2 x 35 mg)</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny.N mengatakan anak sembab sejak 4 hari yang lalu, dan anak tampak pucat sejak 4 hari yang lalu 2. Ny.N mengatakan anaknya masih sembab di wajah (moon face) <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. An.F tampak sembab di wajah (Moon Face) 2. An.F tampak pucat 3. Konjungti va tampak anemis 4. Kelopak 	

				<p>mata tampak sembab</p> <p>5. Intake cairan ± 400 cc</p> <p>6. BAK ± 750 cc</p> <p>7. Urine tampak kuning</p> <p>8. Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0)</p> <p>9. Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %)</p> <p>10. Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl)</p> <p>11. Trombosit 120 $10^3/mm^3$ (150 – 450)</p> <p>12. Eritrosit 2.33 $10^6/\mu L$ (4.00 – 5.40)</p> <p>13. Retikulosi t 1.71% (0.5 – 1.5)</p> <p>14. An.F mendapat kan furosemid e 2 x 35 mg</p> <p>15. An.F mendapat</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>kan captopril 3 x 135 mg</p> <p>A : Resiko perfusi perifer belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
		Resiko defisit nutrisi	<p>13. Mengidentifikasi status nutrisi</p> <p>14. Mengidentifikasi alergi dan intoleran makanan</p> <p>15. Mengidentifikasi makanan yang disukai</p> <p>16. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</p> <p>17. Memonitor asupan makanan</p> <p>18. Memonitor berat badan</p> <p>19. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>20. Memfasilitasi menentukan pedoman diet</p> <p>21. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>22. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>23. Mengajarkan diet yang di programkan</p>	<p>S:</p> <p>1. Ny.N mengatakan kalau minuman anak masih dibatasi 600 ml / 24 jam</p> <p>2. Ny.N mengatakan kalau anaknya hanya boleh tidak boleh makan nasi dan hanya minum susu 150 cc / 3 jam</p> <p>3. Ny.N mengatakan kalau BB anaknya turun saat ini 35 kg</p>	

		<p>Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk mendapatkan diet mendapatkan DN 8 x 150 cc diet MC</p>	<p>sebelum sakit 45 kg</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. An.F mendapatkan DN 8 x 150 cc diet MC 2. An.F tidak boleh makan hanya minum susu 150 cc / 3 jam 3. BB saat ini 35 kg dari sebelumnya 45 kg 4. Lila: 22 cm 5. IMT: 34,91 kg/m² 6. Anak tampak pucat dan lemah 7. Albumin 2.6 g/dl (4.1 – 4.8) 8. Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0) <p>A: Resiko defisit nutrisi belum terasi</p> <p>P: Intervensi</p>	
--	--	--	--	--

				dilanjutkan	
Sabtu, 08 April 2023	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<p>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema)</p> <p>1. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</p> <p>1. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>2. Memonitor frekuensi napas</p> <p>3. Memonitor berat badan</p> <p>4. Memonitor elastisitas atau turgor kulit</p> <p>5. Memonitor jumlah, warna dan berat jenis, urine</p> <p>6. Memonitor kadar albumin dan protein total</p> <p>7. v hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, BUN)</p> <p>8. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>9. Mengidentifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (penyakit ginjal dan kelenjer)</p> <p>10. Membatasi asupan cairan dan garam</p> <p>11. Mengatur waktu interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>12. Mendokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>13. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>14. Menginformasikan hasil pemantauan</p> <p>15. Memberikan furosemid 2 x 35 mg</p>	<p>S: 1. Ny.N mengatakan anaknya masih sembab pada wajah dan kelopak mata</p> <p>2. Ny.S mengatakan pucat sudah agak berkurang</p> <p>O: 1. An.F tampak sembab di wajah (Moon Face)</p> <p>2. An.F tampak pucat sudah berkurang</p> <p>3. Intake cairan ±600 cc</p> <p>4. BAK ±800 cc</p> <p>5. Urine tampak kuning</p> <p>6. Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0)</p> <p>7. Kadar</p>		

				<p>HT: 20% (35.0 – 49.0 %)</p> <p>8. Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl)</p> <p>9. An.F mendapatkan furosemide 2 x 35 mg</p> <p>10. An.F mendapatkan ampicillin 4 x40 mg</p>	
		Pola napas tidak efektif	<p>1. Memonitor pola napas</p> <p>2. Memosisikan semi fowler / fowler</p> <p>3. Memberikan oksigen 5 L</p> <p>4. Memantau saturasi oksigen</p>	<p>S:</p> <p>1. Ny.N mengatakan sesak nafas pada anak agak berkurang</p> <p>2. Ny.N mengatakan nafas anak sesak disebabkan oleh adanya penumpukan cairan di paru-paru setelah diperiksa dokter</p> <p>O:</p> <p>7. An.F t</p>	

			sesak nafas tampak agak berkurang 8. Tampak terpasang oksiigen nasal kanul 3 L 9. Pernafasan 28 x / m A: pola nafas tidak efektif terasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan	
	Resiko perfusi perifer tidak efektif	1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler) 2. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (kadar kolesterol tinggi) 3. Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas 4. Melakukan pencegahan infeksi 5. Mengajurkan penggunaan obat penurun tekanan darah dan penurunan kolesterol (captropil 3 x 135 mg) dan furosemid (2 x 35 mg)	S: 1. Ny.N mengatakan an anak sembab 2. Ny.N mengatakan an anaknya sembab di wajah (moon face) O: 1. An.F tampak sembab di wajah (Moon Face) 2. An.F tampak pucat	

			<p>3. Konjungti va tampak anemis</p> <p>4. Kelopak mata tampak sembab</p> <p>5. Intake cairan ± 600 cc</p> <p>6. BAK ± 800 cc</p> <p>7. Urine tampak kuning</p> <p>8. Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0)</p> <p>9. Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %)</p> <p>10. Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl)</p> <p>11. Trombosit 120 $10^3/mm^3$ (150 – 450)</p> <p>12. Eritrosit 2.33 $10^6/\mu L$ (4.00 – 5.40)</p> <p>13. Retikulosi t 1.71% (0.5 – 1.5)</p> <p>14. An.F mendapat kan furosemid</p>	
--	--	--	--	--

			e 2 x 35 mg 15. An.F mendapatkan captoril 3 x 135 mg 16. An.F mendapatkan amlodipin e 1 x 10 mg A : Resiko perfusi perifer belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
	Resiko defisit nutrisi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Mengidentifikasi alergi dan intoleran makanan 3. Mengidentifikasi makanan yang disukai 4. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Memonitor asupan makanan 6. Memonitor berat badan 7. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium 8. Memfasilitasi menentukan pedoman diet 9. Memberikan 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny.N mengatakan kalau minuman anak dibatasi 600 ml / 24 jam 2. Ny.N mengatakan kalau anaknya hanya boleh tidak boleh makan nasi dan hanya minum susu 150 	

		<p>makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>10. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>11. Mengajarkan diet yang di programkan Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk mendapatkan diet mendapatkan DN 8 x 150 cc diet MC</p>	<p>cc / 3 jam</p> <p>3. Ny.N mengatakan kalau BB anaknya turun saat ini 35 kg sebelum sakit 45 kg</p> <p>O:</p> <p>17. An.F mendapatkan DN 8 x 150 cc diet MC</p> <p>18. An.F tidak boleh makan hanya minum susu 150 cc / 3 jam</p> <p>19. BB saat ini 35 kg dari sebelumnya 45 kg</p> <p>20. Lila: 22 cm</p> <p>21. IMT: 34,91 kg/m²</p> <p>22. Anak tampak pucat dan lemah</p> <p>23. Albumin 2.6 g/dl (4.1 – 4.8)</p> <p>24. Kadar</p>	
--	--	---	--	--

				HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0) A: Resiko defisit nutrisi belum terasi P: Intervensi dilanjutkan	
4.	Minggu, 9 April 2023	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema) 2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia 3. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi 4. Memonitor frekuensi napas 5. Memonitor berat badan 6. Memonitor elastisitas atau turgor kulit 7. Memonitor jumlah, warna dan berat jenis, urine 8. Memonitor kadar albumin dan protein total 9. v hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, BUN) 10. Memonitor intake dan output cairan 11. Mengidentifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (penyakit ginjal dan kelenjer) 12. Membatasi asupan cairan dan garam 13. Mengatur waktu 	<p>S: 5. Ny.N mengatakan anaknya masih sembab pada wajah dan kelopak mata</p> <p>6. Ny.S mengatakan anaknya masih pucat</p> <p>O: 11. An.F tampak sembab di wajah (Moon Face)</p> <p>12. An.F tampak pucat</p> <p>13. Intake cairan ±800 cc</p> <p>14. BAK ±1000 cc</p> <p>15. Urine tampak</p>	

		<p>interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>14. Mendokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>15. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>16. Menginformasikan hasil pemantauan</p> <p>17. Memberikan furosemid 2 x 35 mg</p>	<p>kuning</p> <p>16. Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0)</p> <p>17. Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %)</p> <p>18. Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl)</p> <p>19. An.F mendapatkan furosemid 2 x 35 mg</p> <p>20. An.F mendapatkan ampicillin 2 x40 mg</p>	
		<p>Pola napas tidak efektif</p>	<p>1. Memonitor pola napas</p> <p>2. Memosisikan semi fowler / fowler</p> <p>3. Memberikan oksigen 3 L</p> <p>4. Memantau saturasi oksigen</p> <p>5. Mengajarkan teknik batuk efekif</p> <p>6. Menganjurkan minum air hangat</p>	<p>S:</p> <p>1. Ny.N mengatakan nafas anak masih sesak sesak</p> <p>2. Ny.N mengatakan nafas anak sesak disebabkan oleh adanya penumpukan cairan diparuparuh</p>

			<p>setelah di periksa dokter</p> <p>3. Ny.N mengatakan anak sekarang batuk berdahak</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. An.F tampak sesak nafas 2. Tampak terpasang oksigen nasal kanul 3 L 3. Pernafasan 34x / m 4. Anak tampak batuk <p>A: pola nafas tidak efektif belum terasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
		Resiko perfusi perifer tidak efektif	<p>10. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler)</p> <p>11. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (kadar kolesterol tinggi)</p> <p>12. Memonitor panas, kemerahan, nyeri</p>	<p>S:</p> <p>3. Ny.N mengatakan anak masih sembab</p> <p>4. Ny.N mengatakan anaknya sembab di</p>

		<p>atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>13. Melakukan pencegahan infeksi</p> <p>14. Mengajurkan penggunaan obat penurun tekanan darah dan penurunan kolesterol (captropil 3 x 135 mg) dan furosemid (2 x 35 mg)</p> <p>15. Memerikan amlodipin</p>	<p>wajah (moon face)</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. An.F tampak sembab di wajah (Moon Face) 2. An.F tampak pucat 3. Konjungti va tampak anemis 4. Kelopak mata tampak sembab 5. Intake cairan ±800 cc 6. BAK ±1000 cc 7. Urine tampak kuning 8. Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0) 9. Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %) 10. Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl) 11. Trombosit 120 10³/mm 	
--	--	--	---	--

			<p>^{^3}(150 – 450)</p> <p>12. Eritrosit 2.33 $10^6/$ μL (4.00 – 5.40)</p> <p>13. Retikulosit 1.71% (0.5 – 1.5)</p> <p>14. An.F mendapatkan furosemide 2 x 35 mg</p> <p>15. An.F mendapatkan captopril 3 x 135 mg</p> <p>16. An.F mendapatkan amlodipin 2 x 10 mg</p> <p>A : Resiko perfusi perifer belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
		Resiko defisit nutrisi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Mengidentifikasi alergi dan intoleran makanan 3. Mengidentifikasi makanan yang disukai 4. Mengidentifikasi 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny.N mengatakan kalau minuman anak dibatasi 600 ml / 24 jam

		<p>kebutuhan kalori dan jenis nutrien</p> <p>5. Memonitor asupan makanan</p> <p>6. Memonitor berat badan</p> <p>7. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>8. Memfasilitasi menentukan pedoman diet</p> <p>9. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>10. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>11. Mengajarkan diet yang di programkan</p> <p>12. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk mendapatkan diet mendapatkan DN 8 x 150 cc diet MC</p>	<p>2. Ny.N mengatakan kalau anaknya hanya boleh tidak boleh makan nasi dan hanya minum susu 150 cc / 3 jam</p> <p>3. Ny.N mengatakan kalau BB anaknya turun saat ini 35 kg sebelum sakit 45 kg</p> <p>O:</p> <p>1. An.F mendapatkan DN 8 x 150 cc diet MC</p> <p>2. An.F tidak boleh makan hanya minum susu 150 cc / 3 jam</p> <p>3. BB saat ini 35 kg dari sebelumnya 45 kg</p>	
--	--	--	--	--

			<p>4. Lila: 22 cm</p> <p>5. IMT: 34,91 kg/m²</p> <p>6. Anak tampak pucat dan lemah</p> <p>7. Albumin 2.6 g/dl (4.1 – 4.8)</p> <p>8. Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0)</p> <p>A: Resiko defisit nutrisi belum terasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
Senin, 10 April 2023	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<p>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema)</p> <p>2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</p> <p>3. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>4. Memonitor frekuensi napas</p> <p>5. Memonitor berat badan</p> <p>6. Memonitor elastisitas atau turgor kulit</p> <p>7. Memonitor jumlah, warna dan berat jenis, urine</p> <p>8. Memonitor kadar albumin dan protein total</p> <p>9. v hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, BUN)</p> <p>10. Memonitor intake dan</p>	<p>S:</p> <p>7. Ny.N mengatakan anaknya masih sembab pada wajah dan kelopak mata</p> <p>8. Ny.S mengatakan anaknya masih pucat</p> <p>O:</p> <p>21. An.F tampak sembab di</p>	

		<p>output cairan</p> <p>11. Mengidentifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (penyakit ginjal dan kelenjer)</p> <p>12. Membatasi asupan cairan dan garam</p> <p>13. Mengatur waktu interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>14. Mendokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>15. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>16. Menginformasikan hasil pemantauan</p>	<p>wajah (Moon Face)</p> <p>22. An.F tampak pucat</p> <p>23. Intake cairan ±600 cc</p> <p>24. BAK ±800 cc</p> <p>25. Urine tampak kuning</p> <p>26. Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0)</p> <p>27. Kadar HT: 20% (35.0 – 49.0 %)</p> <p>28. Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl)</p> <p>29. An.F mendapatkan furosemide 2 x 35 mg</p> <p>30. An.F mendapatkan ampicillin 2 x 40 mg</p>	
		Pola napas tidak efektif	<p>1. Memonitor pola napas</p> <p>2. Memosisikan semi fowler / fowler</p> <p>3. Memberikan oksigen 5 L</p> <p>4. Memantau saturasi</p>	<p>S:</p> <p>1. Ny.N mengatakan nafas anak sesak</p> <p>2. Ny.N</p>

		<p>oksidigen</p> <p>5. Mengajarkan teknik batuk efektif</p> <p>6. Menganjurkan minum air hangat</p>	<p>mengatakan nafas anak sesak disebabkan oleh adanya penumpukan cairan di paru-paru setelah diperiksa dokter</p> <p>3. Ny.N mengatakan kalau anaknya batuk</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. An.F tampak sesak nafas 2. Tampak terpasang oksigen nasal kanul 3 L 3. Pernafasan 33x / m 4. An.F tampak batuk <p>A: pola nafas tidak efektif belum terasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
		Resiko perfusi	<p>1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer,</p> <p>5. Ny.N</p>	S:

		<p>perifer tidak efektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. edema, pengisian kapiler) 2. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (kadar kolesterol tinggi) 3. Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas 4. Melakukan pencegahan infeksi 5. Mengajurkan penggunaan obat penurun tekanan darah dan penurunan kolesterol (captropil 3 x 135 mg) dan furosemid (2 x 35 mg) 	<p>mengatakan anak masih sembab</p> <p>6. Ny.N mengatakan anaknya sembab di wajah (moon face)</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. An.F tampak sembab di wajah (Moon Face) 2. An.F tampak pucat 3. Konjungti va tampak anemis 4. Kelopak mata tampak sembab 5. Intake cairan ±600 cc 6. BAK ±800 cc 7. Urine tampak kuning 8. Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0) 9. Kadar HT: 20% 	
--	--	--	---	--

				(35.0 – 49.0 %) 10. Albumin 2.6 g/dl (4.1-4.8 g/dl) 11. Trombosit 120 $10^3/mm^3$ (150 – 450) 12. Eritrosit 2.33 $10^6/\mu L$ (4.00 – 5.40) 13. Retikulosit 1.71% (0.5 – 1.5) 14. An.F mendapatkan furosemid 2 x 35 mg 15. An.F mendapatkan captopril 3 x 135 mg 16. An.F mendapatkan Amlodipin 2 x 10 mg A : Resiko perfusi perifer belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
--	--	--	--	--	--

		Resiko defisit nutrisi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Mengidentifikasi alergi dan intoleran makanan 3. Mengidentifikasi makanan yang disukai 4. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Memonitor asupan makanan 6. Memonitor berat badan 7. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium 8. Memfasilitasi menentukan pedoman diet 9. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 10. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 11. Mengajarkan diet yang di programkan 12. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk mendapatkan diet mendapatkan DN 8 x 150 cc diet MC 	<p>S:</p> <p>1. Ny.N mengatakan kalau minuman anak dibatasi 600 ml / 24 jam</p> <p>2. Ny.N mengatakan kalau anaknya hanya boleh tidak boleh makan nasi dan hanya minum susu 150 cc / 3 jam</p> <p>3. Ny.N mengatakan kalau BB anaknya turun saat ini 35 kg sebelum sakit 45 kg</p> <p>O:</p> <p>1. An.F mendapatkan DN 8 x 150 cc diet MC</p> <p>2. An.F tidak boleh</p>

				<p>makan hanya minum susu 150 cc / 3 jam</p> <p>3. BB saat ini 35 kg dari sebelumnya 45 kg</p> <p>4. Lila: 22 cm</p> <p>5. IMT: 34,91 kg/m²</p> <p>6. Anak tampak pucat dan lemah</p> <p>7. Albumin 2.6 g/dl (4.1 – 4.8)</p> <p>8. Kadar HB: 6.8 g/dl (12.0 – 15.0)</p> <p>A: Resiko defisit nutrisi belum terasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	---	--