



**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**INDAH TRIANA PUTRI**

**NIM : 193110137**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2022**



**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan Ke Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan  
Kemenkes Padang Sebagai Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya  
Keperawatan**

**INDAH TRIANA PUTRI**

**NIM: 193110137**

**JURUSAN KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG  
TAHUN 2022**

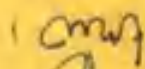



## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh

Nama : Indah Triana Putri  
NIM : 193110137  
Program Studi : D3 Keperawatan Padang  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindrom Nefrotik di Ruang (RNA) Rawat Inap dan Anak RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2022

KTI ini telah diuji dan dipertahankan di depan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang dan dinyatakan telah memenuhi syarat dan diterima.

### DEWAN PENGUJI

Ketua penguji : Dr. Hj. Metri Lidya, S.KP, M.Biomed (  )  
Penguji 1 : Ns. Zolla Amely Iida, M.Kep (  )  
Penguji 2 : Ns. Delima, S.Pd, S.Kep, M.Kes (  )  
Penguji 3 : Ns. Hj. Tisnawati, S.St, S.Kep, M.Kep (  )

Di tempat : Poltekkes Kemenkes Padang

Tanggal : 12 Mei 2022

Mengetahui,  
Ka. Prodi D3 Keperawatan Padang  
  
Heppi Samita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa  
NIP. 19704020.199303.2.002

Poltekkes Kemenkes Padang

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindrom Nefrotik di Ruang IRNA Kebidanan dan Anak di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022”**. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar DIII pada Program Studi DIII Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang. Peneliti menyadari bahwa, peneliti tidak akan bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

- (1) Ibu Ns. Delima, S.Pd, S.Kep, M.Kes selaku pembimbing I dan Ibu Ns. Hj. Tisnawati, S.St, S.Kep, M.Kes selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
- (2) Ibu Dr. Hj. Metri Lidya, S.KP, M.biomed selaku penguji 1 dan Ibu Ns. Zolla Amely Ilda, M.Kep selaku penguji 2 yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
- (3) Bapak Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
- (4) Bapak Dr. dr. H. Yusirwan Yusuf, Sp.B, Sp. BA(K) MARS selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang beserta staf yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan oleh peneliti.
- (5) Ibu Ns. Sila Dewi Anggreni, S.Pd, M.Kep, Sp.KMB selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
- (6) Ibu Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
- (7) Bapak Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.

(8) Teristimewa kepada orang tua dan saudara tercinta yang telah memberikan semangat, dukungan, dan doa restu yang tak dapat ternilai dengan apapun dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

(9) Rekan- rekan seperjuangan mahasiswa Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang Program Studi D-III Keperawatan Padang, serta semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, peneliti berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat khususnya bagi peneliti sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta peneliti mendoakan semoga segala bantuan yang telah diberikan oleh semua pihak mendapatkan balasan dari Allah SWT. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan. Amin.

Padang, April 2022

Peneliti

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Indah Triana Putri

NIM : 193110137

Tanda Tangan



Tanggal : 12 Mei 2022

## LEMBAR PERSETUJUAN

### Karya Tulis Ilmiah

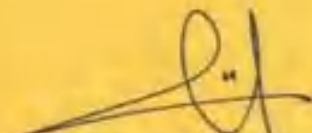
Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindrom Nefrotik di Ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang" telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Sidang Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan Padang.

Padang, 25 April 2022

Menyetujui,

Pembimbing I

Pembimbing II



Ns. Delima, S.Pd, S.Kep, M.Kes

NIP. 19680418 198803 2 001



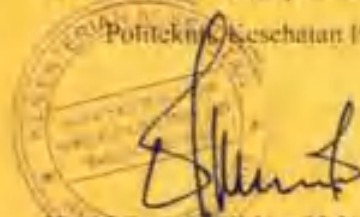
Ns. Hj. Tisnawati, S.St, S.Kep, M.Kes

NIP. 19650716 198803 2 002

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang

Politeknik Kesehatan Padang



Heppi Sasmidi, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa

NIP. 19701020 199303 2 002

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Indah Triana Putri  
NIM : 193110137  
Tempat, Tanggal Lahir : Solok, 14 Januari 2001  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Kawin  
Alamat : Jorong Binasi, Desa Kuncir, Kecamatan X  
Koto Diatas, Kabupaten Solok, Provinsi  
Sumatera Barat

Nama Orang Tua  
Ayah : Iswandi  
Ibu : Rismaneli

### Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	SD	SDN 19 Kampung Jawa, Kota Solok	2007-2013
2.	SMP	SMPN 03 Kota Solok	2013-2016
3.	SMA	SMAN 01 Solok	2016-2019
4.	D-III Keperawatan	Poltekkes Kemenkes RI Padang	2019-2022



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG**  
**JURUSAN KEPERAWATAN**  
**Karya Tulis Ilmiah, April 2022**  
**Indah Triana Putri**

**Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindrom Nefrotik di Ruang IRNA  
Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022**

**Isi: xiii + 68 halaman, 1 bagan, 1 tabel, 13 lampiran**

**ABSTRAK**

Edema merupakan keluhan utama yang sering terjadi pada penderita Sindrom Nefrotik karena terjadi penurunan albumin dalam darah, akibatnya terjadi hiperkolesterolemia sehingga bisa menimbulkan beberapa kegawatan seperti syok hipovolemik, infeksi, gagal jantung akut, hipertensi, trombosis, malnutrisi, gangguan elektrolit, serta keterlambatan tumbuh kembang. Tujuan penelitian ini yaitu mendeskripsikan bagaimana asuhan keperawatan pada An.A dengan Sindrom Nefrotik di Ruang Kronik IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Desain penelitian ini deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian dilakukan di ruang rawat kronik anak selama 5 hari dari tanggal 7 April 2022 - 11 April 2022. Populasi penelitian semua anak dengan Sindrom Nefrotik berjumlah 2 orang. Sampel sebanyak 1 orang dengan teknik *purposive sampling*. Cara pengumpulan data dengan wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, pengukuran, dokumentasi. Analisis data dengan membandingkan semua temuan dengan teori pada tahapan proses keperawatan.

Hasil penelitian, pada An.A ditemukan sembab diseluruh tubuh terutama pada wajah, kelopak mata, dan perut, tampak pucat, peningkatan berat badan dan penurunan nafsu makan. Diagnosa utama adalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Intervensi yaitu manajemen hipervolemia dan pemantauan cairan. Implementasi dilaksanakan selama lima hari. Evaluasi didapatkan edema pada kelopak mata tampak berkurang, asites tampak berkurang, sudah tidak pucat, keseimbangan intake dan output, dan tanda- tanda vital dalam batas normal.

Diharapkan perawat dapat meningkatkan pemberian asuhan keperawatan pada anak dalam memantau intake dan output cairan, memantau berat badan, memantau tanda vital pasien secara berkala untuk menghindari resiko edema terutama pada anak dengan Sindrom Nefrotik.

**Kata kunci : Sindrom Nefrotik, Asuhan Keperawatan**  
**Daftar Pustaka : 32 (2012-2020)**

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
LEMBAR ORISINALITAS.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN.....	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vii
ABSTRAK .....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR BAGAN .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	7
<b>BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN .....</b>	<b>8</b>
A. Konsep Dasar Sindrom Nefrotik .....	8
1. Defenisi .....	8
2. Anatomi Fisiologi .....	8
3. Etiolog .....	9
4. Manifestasi Penyakit .....	10
5. Patofisiologi .....	11
6. WOC .....	14
7. Respon Tubuh Terhadap Perubahan .....	16
8. Penatalaksanaan .....	17
9. Pemeriksaan Penunjang .....	18
B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Kasus Sindrom Nefrotik .....	18
1. Pengkajian Keperawatan.....	18
2. Diagnosa Keperawatan .....	23
3. Intervensi Keperawatan .....	23
4. Implementasi Keperawatan.....	29
5. Evaluasi Keperawatan.....	29
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>31</b>
A. Jenis dan Desain Penelitian .....	31
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	31
C. Populasi dan Sampel Penelitian .....	31
D. Alat / Instrumen Pengumpulan Data.....	32
E. Teknik Pengumpulan Data .....	33
F. Jenis Data .....	35
G. Prosedur Penelitian .....	36
H. Analisa Data .....	37
<b>BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS .....</b>	<b>38</b>
A. Deskripsi Kasus .....	38
1. Hasil Pengkajian.....	38
2. Diagnosa Keperawatan.....	41

3. Intervensi Keperawatan .....	42
4. Implementasi Keperawatan .....	45
5. Evaluasi Keperawatan .....	46
B. Pembahasan Kasus .....	47
1. Pengkajian Keperawatan .....	47
2. Diagnosa Keperawatan.....	53
3. Intervensi Keperawatan.....	56
4. Implementasi Keperawatan .....	60
5. Evaluasi Keperawatan .....	63
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>66</b>
A. Kesimpulan .....	66
B. Saran .....	67
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Bagan Sindrom Nefrotik .....	14
--	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	22
---------------------------------------	----

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Gantchart
- Lampiran 2 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II
- Lampiran 4 Surat Izin Survey Data Dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 5 Surat Izin Pengambilan Data Dari Inst Rekam Medis
- Lampiran 6 Surat Izin Pengambilan Data Dari Inst IRNA Kebidanan Dan Anak
- Lampiran 7 Surat izin penelitian dari institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 8 Surat izin penelitian dari Kepala RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 9 Surat izin penelitian dari Ka. Instalansi IRNA Kebidanan dan Anak
- Lampiran 10 Persetujuan menjadi responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 11 Daftar hadir penelitian di Ruang Kronik IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 12 Surat selesai penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 13 Laporan asuhan keperawatan anak dengan Sindrom Nefrotik

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Sindrom Nefrotik merupakan penyakit ginjal terbanyak yang ada pada anak. Penderita Sindrom Nefrotik sering ditandai dengan adanya gejala seperti edema, proteinuria berat, hipoalbuminemia, hiperlipidemia, serta hiperkolesterolemia (Mainnah *et al.*, 2019).

Sindrom Nefrotik (SN) diartikan juga sebagai kumpulan gejala yang ada di glomerulus yang terdiri dari proteinuria masif, hipoalbuminemia, edema, dan hiperlipidemia. Pada pasien Sindrom Nefrotik, glomerulus ginjalnya mengalami kerusakan yang mengakibatkan protein melewati membran glomerulus dan keluar di urin (Manalu, 2019).

Proteinuria merupakan manifestasi klinis dari Sindrom Nefrotik yang akan menyebabkan terjadinya manifestasi klinik lainnya, seperti edema, hipoalbuminemia (kondisi ketika kadar dalam darah di bawah normal), dan hiperkolesterolemia (jumlah koleterol yang tinggi dalam darah). Kondisi hipoalbuminemia juga menyebabkan manifestasi klinik selanjutnya yaitu edema yang akan berkaitan pula dengan kondisi berat badan anak dengan Sindrom Nefrotik tersebut.

Gambaran Klinik dan Laboratorium Anak dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado didapatkan jumlah populasi anak dengan Sindrom Nefrotik berdasarkan jenis kelamin yang lebih banyak diderita oleh laki-laki dibandingkan perempuan. Edema adalah salah satu gejala utama yang sering membuat pasien Sindrom Nefrotik datang untuk berobat (Manado *et al.*, 2020).

Edema merupakan keluhan utama yang sering terjadi pada penderita Sindrom Nefrotik. Akumulasi cairan ekstrasel pada jaringan interstitial merupakan

penyebab edema timbul. Kelsch *et al*, mengungkapkan anak dengan Sindrom Nefrotik dalam serangan, akan timbul edema apabila kadar albumin  $<2,7$  g/dl. Dengan adanya penurunan albumin, terjadilah penurunan tekanan osmotik plasma yang mengakibatkan cairan intravaskuler berpindah ke dalam interstisial. Perpindahan cairan tersebut mengakibatkan berkurangnya volume cairan intravaskuler, sehingga jumlah aliran darah ke renal menjadi berkurang karena hipovolemia. Karena hal tersebut, ginjal akan merangsang produksi renin angiotensin, peningkatan sekresi ADH , serta sekresi aldosteron sehingga terjadi retensi natrium dan air. Dengan adanya retensi natrium dan air tersebut mengakibatkan terjadinya edema (Mamesah *et al.*, 2016).

Dalam menegakkan diagnosa Sindrom Nefrotik gejala yang sangat penting adalah hypoalbuminemia, yaitu disaat konsentrasi albumin plasma  $\leq 2,5$  g/dl. Apabila kadar albumin dalam plasma makin rendah maka semakin berat manifestasi klinis yang timbul pada anak menderita sindrom nefrotik (Juliantika *et al.*, 2017).

Faktor yang sering mengakibatkan terjadinya Sindrom Nefrotik pada anak yaitu umur saat terdiagnosa SN, pengetahuan orang tua terhadap penyakit SN, kepatuhan dalam pengobatan, serta kepatuhan diet. Ketidakepatuhan orang tua dalam pengobatan anak dengan Sindrom Nefrotik akan membuat tingkat kekambuhan lebih tinggi 0,3 kali dibandingkan dengan orang tua yang patuh dengan pengobatan anak dengan Sindrom Nefrotik. Kekambuhan ini sering mengakibatkan berbagai gangguan fisik, gangguan perilaku serta emosi (Immawati, 2018).

Sindrom Nefrotik apabila tidak ditangani dengan benar akan menyebabkan kegawatan seperti terjadinya syok hipovolemik, infeksi, gagal ginjal akut, hipertensi, trombosis, malnutrisi, gangguan elektrolit, serta keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan. Dalam hal ini perawat melihat penambahan berat badan dan peningkatan edema pada klien. Dampak buruk akibat



Sindrom Nefrotik yang tidak diberikan asuhan keperawatan yang tepat dan optimal yaitu bisa mengakibatkan pasien meninggal (Ngastiyah, 2014).

Kejadian Sindrom Nefrotik pada anak di dunia melaporkan 52 kasus (4.7%) per 100,000 anak dengan variabel substansi sesuai latar belakang etnis dan lokasi geografis. Beberapa negara eropa meneliti di Asia Selatan anak dengan Sindrom Nefrotik lebih banyak dibanding di Eropa. Data histori dari studi USA menunjukkan lebih tinggi insiden anak-anak di Afrika-Amerika daripada anak-anak keturunan Eropa. Kemungkinan SRNS (steroid-resistant nephrotic syndrome) juga bermacam-macam menurut etnis dan letak geografis, dengan 20% di Eropa, 16-27% di Afrika, 27-54% di Asia dan 20-39% di Asia Selatan (Noviani, 2019).

Dari hasil penelitian Sindrom Nefrotik di Indonesia (negara tropis) dan negara maju memiliki perbedaan pada segi bentuk. Umumnya di negara maju Sindrom Nefrotik jenis kelainan minimal. Sindrom Nefrotik ini kelainan terletak pada tubulus, dan glomerulus tidak mengalami gangguan fungsi. Biasanya di Indonesia Sindrom Nefrotik disebabkan karena infeksi yang pernah diderita oleh pasien atau gangguan gizi (malnutrisi) pada waktu lampau. Kekurangan gizi menyebabkan menurunnya imun tubuh sehingga pasien mudah mendapat infeksi yang merupakan salah satu penyebab terjadinya Sindrom Nefrotik (Ngastiyah, 2014).

Data kemenkes (2018), menunjukkan didapatkan prevalensi gangguan ginjal pada anak dari 14 Rumah Sakit pendidikan dengan Konsultan Nefrologi Anak di Indonesia (2017), didapatkan bahwa sebanyak 212 anak mengalami gagal ginjal serta menjalani terapi pengganti ginjal dengan angka kematian sebanyak 23,6%. Penyebab terbanyak terjadinya gangguan ginjal pada anak tersebut dari data 14 Rumah Sakit pendidikan dengan Konsultan Nefrologi Anak di Indonesia (2017) antara lain yaitu Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (16%), Glomerulonefritis (14,6%), Gangguan Ginjal Kronik yang tidak jelas penyebabnya (13,2%), dan Hipoplasia/Displasia Kongenital (12,3%).

Sindrom Nefrotik bisa mengalami komplikasi seperti Penyakit Ginjal Kronik (PGK). Data dari RS Dr. Cipto Mangunkusumo didapatkan bahwa Sindrom Nefrotik merupakan penyebab PGK nomor satu dengan presentasi sebanyak 55,5%. Dari 52 sampel PGK didapatkan sebanyak 40 penderita PGK yang disebabkan oleh Sindrom Nefrotik. Pasien Sindrom Nefrotik paling banyak mengalami komplikasi PGK adalah PGK stadium I sebanyak 23 anak (57,5%). Jenis Sindrom Nefrotik yang sering mengalami komplikasi PGK tertinggi berada pada penderita yang mengalami Sindrom Nefrotik berjenis SNRS (steroid-resistant nephrotic syndrome) yaitu sebanyak 16 (40%) penderita (Pambudi & Muryawan, 2015).

Dari data rekam medis yang didapatkan pada tahun 2019 di RSUP Dr. M. Djamil Padang ditemukan sebanyak 26 orang anak dengan Sindrom Nefrotik, 19 orang anak rawat inap dengan lama rawatan selama 20 hari dan sebanyak 6 orang pasien anak rawat jalan. Sedangkan yang ditemukan pada tahun 2020 sebanyak 31 orang anak dengan Sindrom Nefrotik, 8 orang anak rawat inap dengan lama rawatan 18 hari dan sebanyak 23 orang anak rawat jalan. Data pada 3 bulan terakhir tahun 2021 ditemukan sebanyak 23 anak dengan Sindrom Nefrotik dimana setiap bulan selalu ada pasien anak yang telah pernah dirawat pada bulan-bulan sebelumnya. Pada bulan Oktober ditemukan sebanyak 13 anak dengan Sindrom Nefrotik, bulan November 18 anak dimana 10 diantaranya sudah pernah dirawat dengan Sindrom Nefrotik dan bulan Desember sebanyak 11 anak dengan 9 anak juga pernah dirawat dengan Sindrom Nefrotik.

Salah satu intervensi yang dapat diberikan untuk pengobatan Sindrom Nefrotik adalah terapi SN dengan kortikosteroid seperti prednison. Prednison adalah pengobatan lini pertama untuk diinduksi Sindrom Nefrotik remisi, untuk mencegah kambuh dan untuk menghindari efek samping dari penyakit (Wigati & Laksmi, 2016). Prednison diberikan untuk mengatasi proteinuria akibat dari glomerulus yang tidak bisa melakukan filtrasi dengan baik

sehingga protein lolos melalui urin. Kortikosteroid seperti prednison termasuk dalam jenis obat immunosupresan yang bisa menekan atau melemahkan sistem imun tubuh. Kortikosteroid jangka panjang dapat mengakibatkan terjadinya infeksi bakteri yang serius, gangguan saluran cerna, depresi sumsum tulang, penurunan fungsi ginjal, atau juga bisa membuat rambut rontok (Nurhasnah *et al.*, 2018).

Salah satu peran perawat dalam menangani Sindrom Nefrotik adalah mengatasi edema yang berat sehingga pasien perlu istirahat di tempat tidur karena kemampuan bergerak sudah menghilang. Perawat juga perlu mencatat berapa masukan dan keluaran cairan pasien selama 24 jam. Menilai keparahan edema dan penambahan berat badan juga merupakan peran perawat dalam sindrom nefrotik. Keadaan daya tubuh pasien bisa mengakibatkan infeksi, maka perlu dijaga kebersihan pasien dan lingkungannya (Ngastiyah, 2014).

Survei awal yang dilakukan pada tanggal 30 Desember 2021 di ruang Kronik IRNA kebidanan dan anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang didapatkan 1 orang anak dirawat dengan diagnosa Sindrom Nefrotik. Berdasarkan hasil observasi pada anak ditemukan edema pada wajah, wajah pucat, serta anak tampak lemah. Diagnosa keperawatan yang ditegakan adalah hipervolemi serta resiko infeksi. Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat di ruangan adalah memantau cairan yang masuk dan keluar selama 24 jam, menilai tingkat edema, memantau tanda-tanda vital dan keadaan umum anak, memantau berat badan anak, melakukan perawatan infus NaCl, dan memantau obat kemoterapi yaitu CPA 600 mg dalam 24 jam.

Berdasarkan masalah diatas, penulis telah selesai menerapkan asuhan keperawatan pada anak dengan Sindrom Nefrotik di Ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022.

## **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 ruang IRNA kebidanan dan anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada anak dengan kasus Sindrom Nefrotik di ruang IRNA kebidanan dan anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pada anak dengan kasus Sindrom Nefrotik di ruang IRNA kebidanan dan anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada anak dengan kasus Sindrom Nefrotik di ruang IRNA kebidanan dan anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022
- c. Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan pada anak dengan kasus Sindrom Nefrotik di ruang IRNA kebidanan dan anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada anak dengan kasus Sindrom Nefrotik di ruang IRNA kebidanan dan anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada anak dengan kasus Sindrom Nefrotik di ruang IRNA kebidanan dan anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022
- f. Mampu mendeskripsikan pendokumentasi pada anak dengan kasus Sindrom Nefrotik di ruang IRNA kebidanan dan anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Penulis**

Penulisan ini diharapkan memberikan gambaran, menambah wawasan ilmu pengetahuan serta kemampuan penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit Sindrom Nefrotik di ruang IRNA kebidanan dan anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022

### **2. Rumah Sakit**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran dalam menerapkan asuhan keperawatan pada anak dengan Penyakit Sindrom Nefrotik di ruang IRNA kebidanan dan anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022

### **3. Institusi Pendidikan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran untuk pengembangan ilmu dalam penerapan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit Sindrom Nefrotik di Jurusan Keperawatan Padang.

### **4. Bagi Peneliti Berikutnya**

Hasil penulisan ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan atau dikembangkan lebih lanjut oleh peneliti selanjutnya.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Sindrom Nefrotik**

##### **1. Defenisi**

Sindrom nefrotik adalah kelainan yang ditandai dengan adanya proteinuria berat (pengeluaran protein urine lebih dari 3gr/hari), hipoalbuminemia (albumin kurang dari 3 gr/dL), edema perifer, hiperlipidemia, serta Oval Fat Bodies (OFB) terdapat dalam sedimen urin (Papadakis, 2019).

Sindrom Nefrotik merupakan keluarnya protein 3,5 gram atau lebih melalui urine per 24 jam biasanya dikeadaan normal hampir tidak ada protein yang keluar di urine. Sindrom Nefrotik biasanya ditandai dengan kerusakan glomerulus yang berat. Penyebab tersering sindrom nefrotik adalah nefropati diabetes (Bariid & Indri, 2015)

##### **2. Anatomi Fisiologi**

Ginjal adalah bagian terpenting dalam tubuh dalam mempertahankan homostatis cairan dalam tubuh dengan baik. Ginjal merupakan organ ekskresi mirip kacang yang terdapat di vertebrata, berukuran panjang 11 cm bagi manusia dewasa (Kampus Ungu, 2020).

Ginjal sering dianggap berfungsi sebagai tempat mengeluarkan sisa-sisa metabolisme. Sebenarnya selain itu ginjal juga berfungsi untuk mempertahankan keseimbangan air, garam, elektrolit, serta juga dapat membantu dalam mengontrol tekanan darah (Harmilah, 2020).

##### **a. Struktur ginjal (Harmilah, 2020)**

- 1) Ginjal secara anatomi terletak di luar rongga peritoneum bagian posterior, di atas dinding abdomen.

- 2) Posisi ginjal di rongga abdomen dilindungi oleh dinding peritoneum, kontak dengan organ viseral, dan dukungan jaringan penghubung
- 3) Ginjal kiri terletak agak lebih superior dibanding dengan ginjal kanan
- 4) Setiap ginjal terdiri dari beberapa nefron
- 5) Ukuran ginjal yaitu panjang 10 cm, pada sisi lebar 5,5 cm, serta pada sisi sempit 3 cm dengan berat kurang lebih 150 g.
- 6) Ginjal kiri pada permukaan anteriornya diselimuti oleh pankreas, lambung, jejunum, serta sisi fleksi kolon kiri
- 7) Setiap ginjal permukaan superiornya terdapa kelenjar adrenal
- 8) Lapisan kapsul ginjal terdiri dari jaringan fibrous bagian ddalam dan luar.
  - a) Bagian dalam terdapat pembuluh-pembuluh darah ginjal dan drainase ureter melewati hilus dan cabang sinus renal
  - b) Bagian luar berupa lapisan tipis yang menutupi kapsul ginjal serta menstabilkan struktur ginjal.
- 9) Korteks ginjal adalah lapisan dalam sebelah luar yang bersentuhan dengan kapsul ginjal
- 10) Medula ginjal terdiri dari 6-18 piramida ginjal.

### **3. Etiologi**

Penyebab dari Sindrom Nefrotik belum diketahui secara pasti, akhir-akhir ini Sindrom Nefrotik dianggap sebagai penyakit autoimun, yaitu suatu reaksi antigen dan antibodi (Ngastiyah, 2014). Etiologi SN ini biasanya dibagi menjadi :

- 1) Sindrom Nefrotik Bawaan.

Diturunkan sebagai resesif autosomal atau karena reaksi maternofetal, resisten terhadap pengobatan. Adanya gejalanya edema masa neonatus. Pencangkokan ginjal pada neonatus telah dicobakan tetapi tidak berhasil. Prediksi akan buruk dan biasanya pasien meninggal di bulan pertama kehidupannya.

## 2) Sindrom Nefrotik Sekunder

Disebabkan oleh :

- a) Malaria kuartana atau parasit lainnya
- b) Penyakit kolagen misalnya lupus eritematosus disseminata, purpura, serta anafilaktoid.
- c) Glomerulonefritis akut atau glomerulonefritis kronik, trombosis vena renalis
- d) Bahan kimia seperti trimetadion, paradion, penisilamin, garam emas, sengatan lebah, racun oak, air raksa
- e) Amiloidosis, penyakit sel sabit, hiperprolinemia, nefritis membrano proliferasif hipokomplementemik

## 3) Sindrom Nefrotik Idiopatik

Sindrom Nefrotik ini tidak diketahui penyebabnya biasa disebut SN primer. Berdasarkan histopatologis yang ada di biopsi ginjal dengan pemeriksaan mikroskop biasa dan mikroskop elektron, Churg dkk, membagi menjadi 4 golongan :

- a) Kelainan minimal dengan menggunakan mikroskop biasa glomerulus tampak normal.
- b) Nefropati membranosa.
- c) Glomerulonefritis proliferasif  
Glomerulonefritis proliferasif eksudatif difus, ada proliferasi sel mesangial dan infiltrasi sel polimorfonukleus. Kapiler tersumbat karena adanya pembengkakan sitoplasma endotel.

## 4) Glomerulosklerosis Fokal Segmental

Pada kelainan ini yang mencolok sklerosis glomerulus. Sering disertai atrofi tubulus dan prognosis buruk.

## 4. Manifestasi Penyakit

Gejala utama dari Sindrom Nefrotik adalah : (Nuari & Widayati, 2017)

- 1) Edema anasarka
- 2) Proteinuria >3,5 gr/hari pada dewasa atau 0,05 g/kg BB/hari pada anak-anak



- 3) Hipoalbuminemia <30 g/l
- 4) Edema generalisasi (edema yang jelas pada kaki, namun bisa edema di muka, asites, dan efusi pleura)
- 5) Anoreksia
- 6) Fatigue
- 7) Nyeri abdomen
- 8) Berat badan meningkat
- 9) Hiperlipidemia, biasanya ditemukan hiperkolesterolemia
- 10) Hiperkoagulabilitas, yang meningkatkan resiko trombosis vena dan arteri

Kejadian seperti adanya edema pitting dependen atau asites adalah presentasi yang paling umum terjadi pada anak-anak dengan Sindrom Nefrotik. Anoreksia, malaise, serta nyeri perut juga sering muncul. Tekanan darah dapat meningkat pada hingga 25% dari anak-anak pada nekrosis tubular akut dan hipotensi yang jelas dapat terjadi dengan adanya penurunan albumin serum secara tiba-tiba dan penipisan volume yang signifikan. Diare (edema usus) serta gangguan pernapasan (edema paru atau efusi pleura) bisa saja ada. Manifestasi klinis sindrom nefrotik sering ditandai dengan tidak adanya gross hematuria, insufisiensi ginjal, hipertensi (HTN), dan hipokomplementemia (Marcante & Kilegman, 2019).

## 5. Patofisiologi

Keadaan Sindrom Nefrotik merupakan hilangnya plasma protein, terutama albumin ke urine. Walaupun hati dapat meningkatkan produksi albumin, namun organ tersebut tidak mampu untuk selalu mempertahankannya jika albumin terus menerus hilang di ginjal bisa menyebabkan hipoalbuminemia (Ngastiyah, 2014).

Albumin meningkat karena permeabilitas kapiler glomerulus, dan peningkatan beban hasil filtrasi akan melebihi kemampuan sederhana tubulus untuk kembali menyerap protein, permeabilitas berubah

sedemikian rupa agar pengangkutan partikel yang bermuatan anion meningkat, misalnya seperti albumin di kapiler (Nuari & Widayati, 2017).

#### 1. Proteinuria (albuminuria)

Proteinuria (albuminuria) masif adalah salah satu penyebab utama terjadinya Sindrom Nefrotik, namun penyebab proteinuria belum diketahui pasti. Namun ada teori menjelaskan yaitu hilangnya muatan negatif yang biasanya terdapat sepanjang endotel kapiler glomerulus serta membran basal. Hal tersebut mengakibatkan albumin yang bermuatan negatif tertarik keluar menembus sawar kapiler glomerulus. Proteinuria (albuminuria) terjadi karena terdapat peningkatan permeabilitas membran basalis kapiler-kapiler glomeruli, disertai peningkatan filtrasi protein plasma.

#### 2. Hipoalbuminemia

Plasma mengandung beberapa protein, sebagian menempati ruangan ekstra vaskular (EV). Plasma terdiri dari albumin yang berat molekul 69.000. Hepar memiliki peranan penting untuk sintesis protein, jika tubuh kehilangan sejumlah protein. Walau sintesis albumin meningkat dalam hepar, selalu terdapat hipoalbuminemia pada setiap Sindrom Nefrotik. Bila kompensasi sintesis albumin dalam hepar tidak adekuat, plasma albumin menurun, keadaan hipoalbuminemia. Hipoalbuminemia ini akan diikuti oleh hipovolemia yang akan menyebabkan uremia prerenal dan tidak jarang terjadi oliguric acute renal failure. Penurunan faal ginjal ini akan mengurangi filtrasi natrium serta glomerulus tetapi keadaan hipoalbuminemia ini untuk mencegah resorpsi natrium kedalam kapiler-kapiler pertibular.

#### 3. Edema

Penurunan tekanan onkotik dari kapiler-kapiler glomeruli akibat dari hipoalbuminemia, diikuti langsung oleh difusi cairan ke jaringan

intertestial, disebut juga sembab. Mekanisme sembab dari sindrom nefrotik dapat melalui jalur berikut :

a) Jalur langsung/direk

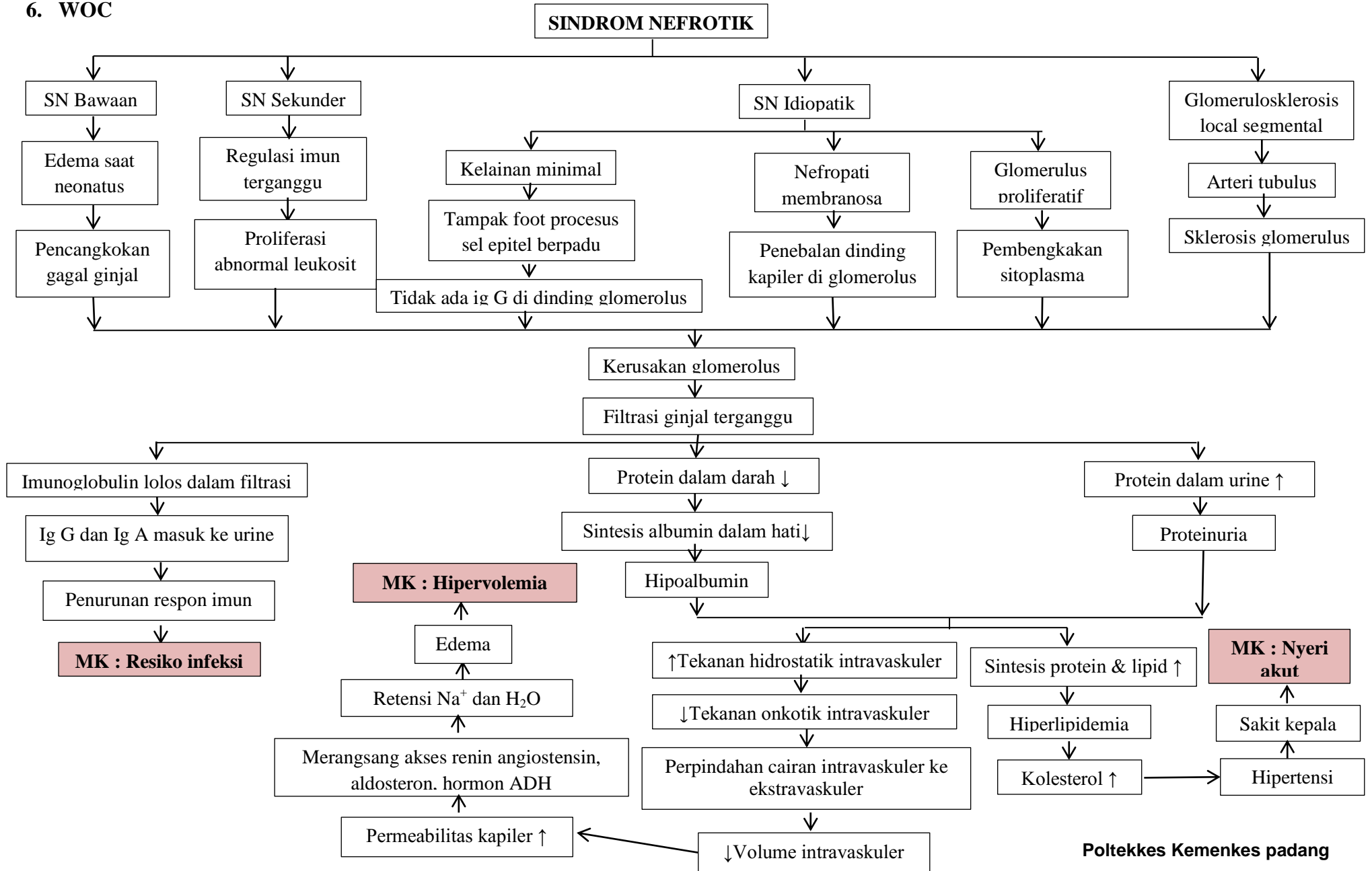
Sembab disebabkan oleh penurunan tekanan onkotik dari kapiler glomerulus dapat langsung menyebabkan difusi cairan ke dalam jaringan intertestial

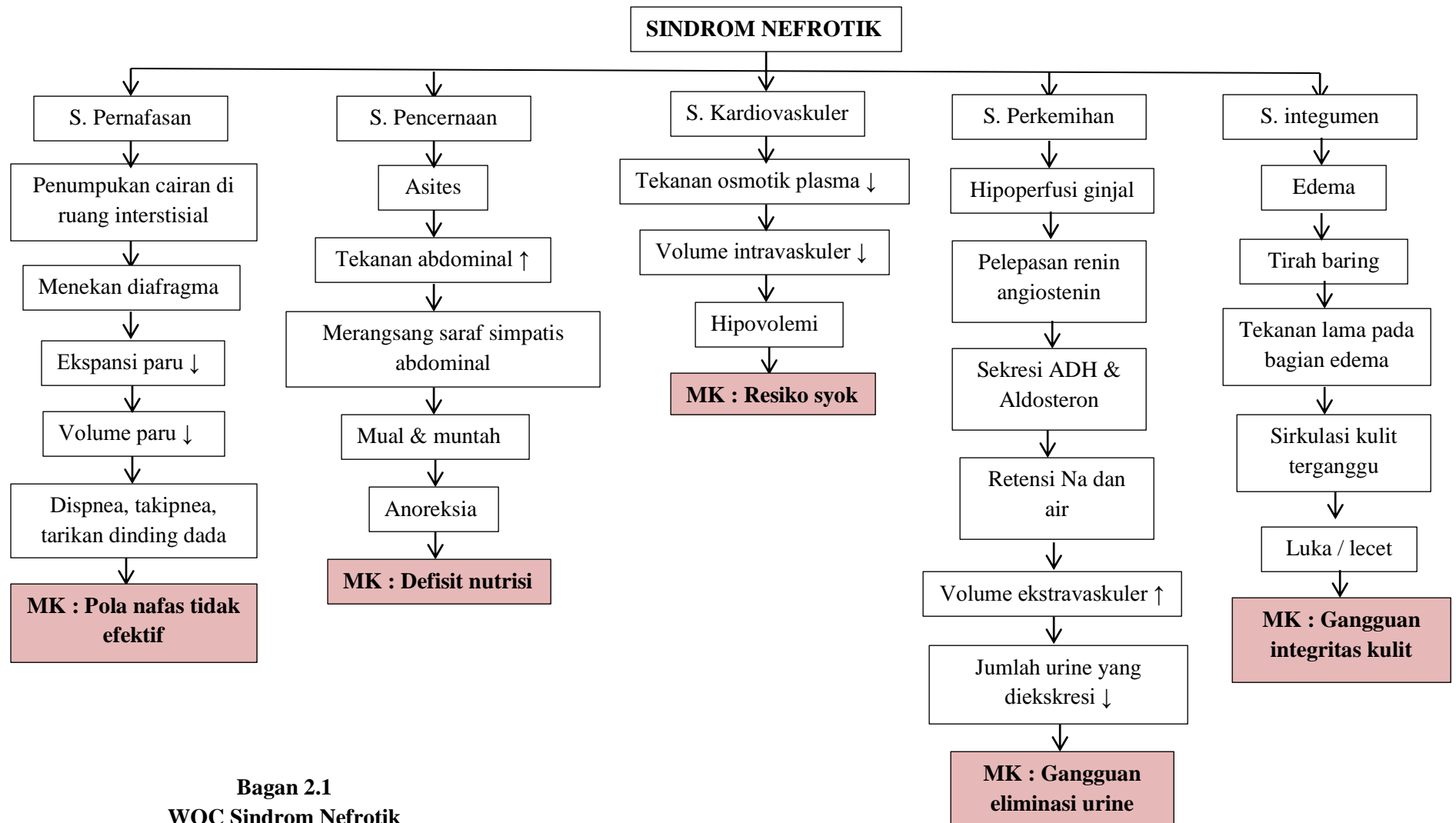
b) Jalur tidak langsung/indirek

Penurunan tekanan onkotik serta kapiler glomerulus dapat menyebabkan penurunan volume darah yang menimbulkan konsekuensi berikut :

- 1) Aktivasi sistem renin angiotensin aldosterone
- 2) Kenaikan aktivasi saraf simpatetik dan circulating catecholamines

6. WOC





**Bagan 2.1**

**WOC Sindrom Nefrotik**

Sumber : Ngastiyah (2014); Nuari dan Widayati (2017);  
Marcdante (2019)

## 7. Respon Tubuh Terhadap Perubahan Fisiologi

### a. Sistem Pencernaan

Cairan intravaskuler pindah ke ruang intestinal sehingga dapat mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan di aliran darah atau asites serta merangsang saraf simpatis abdominal sehingga terjadi mual muntah dan anoreksia pada respon tubuh anak.

### b. Sistem Pernafasan

Adanya penumpukan cairan di ruang interstisial mengakibatkan diafragma terdesak sehingga ekspansi paru menurun dan mengakibatkan sesak nafas pada anak.

### c. Sistem Kardiovaskuler

Penurunan tekanan osmotik plasma mengakibatkan berpindahnya cairan di ruang intravaskuler ke ruang intersial. Akibat dari hal tersebut terjadi hipovolemia karena berkurangnya cairan intravaskuler. Sehingga respon tubuh pada anak adalah pucat.

Sindrom Nefrotik berhubungan dengan sistem kardiovaskuler karena terjadinya hiperkolesterol serta hiperlipidemia yang mengakibatkan pasien Sindrom Nefrotik mengalami hipertensi. Hipertensi pada pasien Sindrom Nefrotik terjadi karena retensi natrium serta air intrerenal. Jumlah nefron seperti yang ada pada anak akibat peningkatan tekanan darah juga memiliki hubungan dengan terjadinya hipertensi

### d. Sistem Perkemihan

Cairan ekstrasvaskuler yang berkurang menyebabkan terjadinya syok hipovolemik yang mengakibatkan menurunnya aliran darah ke ginjal merangsang terbentuknya renin angiotensin sehingga terjadi peningkatan pada sekresi ADH serta aldosteron.

Hal tersebut mengakibatkan retensi Na dan air sehingga menyebabkan peningkatan volume cairan ekstrasvaskuler dan menurunnya jumlah urine yang diekskresikan. Respon tubuh pada anak biasanya adalah oliguria.

Kerusakan ginjal pada Sindrom Nefrotik mengakibatkan meningkatnya kadar protein di urine. Tingginya kadar protein di urine tersebut terjadi

karena kebocoran di bagian ginjal yang berfungsi untuk menyaring darah (glomerulus).

e. Sistem Integumen

Tubuh yang edema mengakibatkan rusaknya jaringan epidermis kulit hingga timbul kemerahan di kulit dan turgor kulit menjadi buruk.

f. Sistem Imunitas

Glomerulus ginjal yang rusak mengakibatkan terganggunya filtrasi ginjal sehingga imunoglobulin lolos dalam filtrasi dan Ig G serta Ig A lolos bersama urine. Respon tubuh yang terjadi pada anak adalah anak demam, badan lemah, hingga anak mudah terserang penyakit autoimun.

## 8. Penatalaksanaan

Menurut (Ngastiyah, 2014), penatalaksanaan medis pada anak dengan Sindrom Nefrotik yaitu :

- 1) Istirahat hingga edema berkurang
- 2) Diet tinggi protein sebanyak 2-3 g/kg/BB dengan garam minimal jika edema masih berat. Garam bisa diberi sedikit jika edema berkurang. (Buku kuliah IKA jilid II)
- 3) Mencegah infeksi
- 4) Diuretik
- 5) Kortikosteroid. *International Cooperative Study of Kidney disease in Children (ISKDC)* menunjukkan cara pengobatan yaitu :
  - a. 28 hari prednison diberikan peroral dengan dosis 60 mg/hari/luas permukaan badan dengan maksimum selama 28 hari.
  - b. Kemudian prednison peroral selama 28 hari dengan dosis 40 mg/hari/lpb, setiap 3 hari dalam 1 minggu dengan dosis maksimum 60 mg/hari.
- 6) Antibiotik diberi jika ada infeksi
- 7) Lain-lain seperti pungsi asietas, pungsi hidrotoraks bila ada indikasi vital. Diberikan digitalis jika ada gagal jantung,

Penatalaksanaan keperawatan pada anak dengan sindrom nefrotik adalah memperhatikan masalah pasien seperti edema yang berat (anasarka), diet, risiko terjadi komplikasi, pengawasan mengenai pengobatan/gangguan rasa aman dan nyaman, dan berkurangnya pengetahuan orang tua mengenai penyakit pasien/umum (Ngastiyah, 2014).

## 9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk Sindrom Nefrotik sebagai berikut :

- a. Analisis urin: Adanya protein dan darah serta peningkatan berat jenis
  - (1) Urinalis : proteinuria (mencapai  $> 2 \text{ g/m}^2/\text{hari}$ )
  - (2) Berat jenis urine : meningkat palsu akibat dari proteinuria
  - (3) Uji dipstik urine : protein darah positif
  - (4) Osmolitas urine : meningkat
- b. Serum: peningkatan kolesterol, penurunan albumin, dan peningkatan jumlah trombosit
  - (1) Kadar albumin serum :  $< 2 \text{ g/dl}$
  - (2) Kadar kolesterol serum : meningkat hingga 450-1000 mg/dl
  - (3) Kadar triglerid serum meningkat
  - (4) Kadar hemoglobin serta hematokrit meningkat
  - (5) Trombosit : meningkat mulai dari 500.000 hingga 1.000.000 /ul
  - (6) Kadar elektrolit serum : bermacam-macam sesuai keadaan penyakitnya
- c. Biopsi ginjal: mengidentifikasi jenis Sindrom Nefrotik (Rachmadi *et al.*, 2017).

## B. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian pada pasien dengan kasus Sindrom Nefrotik meliputi:

- a. Identitas klien, seperti nama, tempat tanggal lahir, umur, nama ibu kandung, jenis kelamin, berat badan lahir, panjang badan lahir, apakah cukup bulan atau tidak, anak ke, serta jumlah saudara.



b. Keluhan Utama (Nuari & Widayati, 2017)

Biasanya klien dengan Sindrom Nefrotik memiliki keluhan seperti dirasakan adanya edema pada badan, muka sembab, dan nafsu makan menurun.

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Orang tua anak mengeluhkan dibeberapa bagian tubuh anak sembab seperti pada wajah, mata, kaki, tangan serta bagian genitalia. Biasanya orang tua anak juga mengeluhkan anaknya mudah terserang demam dan daya tahan tubuh anak lemah.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Tanyakan pada orangtua berat badan anak sebelumnya untuk menilai adanya peningkatan berat badan. Yang perlu dikaji adalah apakah anak pernah mengalami penyakit ginjal sebelumnya. Apakah anak pernah edema sebelumnya. Apakah anak pernah mengalami penyakit malaria dan terpapar bahan kimia.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit gagal ginjal akut dan gagal ginjal kronik.

4) Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

Apakah selama masa kehamilan ibu pernah menderita penyakit ginjal, malaria, dan terpapar bahan kimia.

5) Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Tentukan usia saat penanda kemampuan kontrol motorik kasar dicapai, seperti duduk, berdiri, berjalan, bersepeda dan seterusnya. Tanyakan apakah anak telah memiliki keterampilan motorik halus seperti menggenggam, melepaskan, menggenggam penjepit, krayon, atau menggunakan sendok garpu, dan keterampilan menulis dengan tangan.

6) Riwayat Psikoseksual

Anak berada pada fase oedipal/falik dengan ciri meraba-raba dan merasakan kenikmatan dari beberapa daerah erogennya, senang bermain dengan berjenis kelamin beda, oedius kompleks untuk anak

laki-laki lebih dekat dengan ibu, elektra kompleks untuk anak perempuan lebih dekat dengan ayah.

7) Riwayat Psikososial

Anak berada di fase pra sekolah yaitu memiliki inisiatif untuk belajar mencari pengalaman baru.

8) Perkembangan Kognitif

Anak masuk tahap pra operasional yaitu mulai mempresentasikan dunia dengan bahasa, bermain, dan meniru menggunakan alat-alat sederhana.

9) Perkembangan Fisik dan Mental

Anak mampu melompat, menari, menggambar orang dengan kepala, lengan, dan badan, segiempat, segitiga, menghitung jari-jarinya, menyebutkan hari dalam seminggu, protes bila dilarang, mengenai empat warna, membedakan besar dan kecil, meniru aktivitas orang dewasa.

10) Riwayat Hospitalisasi

Apakah anak merasa sedih, perasaan, berduka, gangguan tidur, kecemasan, keterbatasan dalam bermain, rewel gelisah, perasaan berpisah dari orangtua, dan teman.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-Tanda Vital

a) Tekanan Darah

Tekanan darah normal pada anak 100/60 mmHg. Biasanya anak dengan hipovolemik mengalami hipotensi 95/65 mmHg dan anak juga akan mengalami hipertensi ringan apabila kolesterol meningkat.

b) Nadi

Nadi berdasarkan usia:

(a) Usia 1-3 tahun 90-150 x/menit

(b) Usia 4-5 tahun 80-140 x/menit

(c) Usia 5-12 tahun 70-120 x/menit

(d) Usia 12-18 tahun 60-100 x/menit

## c) Pernapasan

Pernapasan berdasarkan usia :

- (a) Usia 0-12 bulan 25-55 x/menit
- (b) Usia 1-3 tahun 20-30 x/menit
- (c) Usia 4-5 tahun 20-25 x/menit
- (d) Usia 6-12 tahun 14-22 x/menit
- (e) Usia 12-18 tahun 12-18 x/menit.

## d) Suhu

Suhu tubuh normal  $36,5^{\circ}\text{C}$  -  $37,5^{\circ}\text{C}$ , pada anak Sindrom Nefrotik biasanya mengalami hipertermi.

## 2) Kepala-Leher

Biasanya tidak ada ditemukan kelainan pada kepala, pada wajah ditemukan sembab diseluruh wajah. Pada leher terkadang juga terdapat edema.

## 3) Mata

Biasanya terdapat edema pada kelopak mata, terlihat jelas di pagi hari saat bangun tidur dan bengkak akan berkurang setelah siang atau sore hari.

## 4) Hidung

Biasanya anak Sindrom Nefrotik ditemukan pernapasan cuping hidung dan pola pernapasan tidak teratur.

## 5) Mulut

Biasanya anak mengalami sianosis apabila terjadi penurunan saturasi oksigen.

## 6) Paru-paru

## a) Inspeksi

Saat di inspeksi akan tampak retraksi pada dinding dada.

## b) Palpasi

Apakah fremitus kiri dan kanan pasien sama. Apakah ada nyeri saat disentuh.

## c) Perkusi

Apakah ada cairan atau tidak.

- d) Auskultasi  
Apakah ada suara nafas abnormal dan suara nafas tambahan.
- 7) Kardiovaskuler
  - a) Inspeksi  
Biasanya tidak terdapat kelainan.
  - b) Palpasi  
Iktus cordis teraba di RIC 3 dan 4, biasanya akan terjadi peningkatan atau penurunan denyut jantung.
  - c) Perkusi  
Apakah ada pembesaran jantung. Biasanya tidak ada kelainan.
  - d) Auskultasi  
Bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 biasanya normal. Apakah ada bunyi jantung tambahan.
- 8) Abdomen
  - a) Inspeksi  
Ditemukan ada asites pada anak.
  - b) Palpasi  
Ditemukan adanya distensi abdomen pada anak.
  - c) Perkusi  
Terdengar bunyi dullness karena adanya asites pada anak.
  - d) Auskultasi  
Terdengar suara bising usus.
- 9) Kulit  
Pada kulit biasanya akan tampak edema, kulit pucat, kulit menegang karena edema, CRT >2detik .
- 10) Ekstremitas  
Anak biasanya akan mengalami edema pada kedua ekstremitas dan ditemukan CRT >2 detik.
- 11) Genitalia  
Pada anak laki-laki biasanya akan terjadi edema pada skrotum dan pada anak perempuan akan terjadi edema pada labia mayora.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul yaitu : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium (D.0022)
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan, hambatan upaya pernafasan (misalnya nyeri saat bernafas, kelemahan otot pernafasan), penurunan energi (D.0005)
3. Resiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis, malnutrisi, ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (D.0142)
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi makanan (D.0019)
6. Risiko syok ditandai dengan kekurangan volume cairan (D.00349)
7. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan/kekurangan), kekurangan/kelebihan cairan (D.0129)
8. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040)

## 3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	SLKI (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)	SIKI (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
1	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium <b>Defenisi :</b> Peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan atau intraseluler. <b>Gejala &amp; tanda mayor</b> Subjektif :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : 1) Asupan cairan meningkat 2) Output urin meningkat 3) Membran mukosa lembab meningkat 4) Asupan makanan meningkat 5) Edema menurun	<b>Manajemen hipervolemia (I.03116)</b> <i>Observasi :</i> 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara nafas tambahan) 2) Identifikasi penyebab hipervolemia 3) Monitor intake dan output cairan 4) Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar

	<p>a. Dispnea</p> <p>Objektif :</p> <p>a. Edema anasarka dan atau edema perifer</p> <p>b. Berat badan meningkat dalam waktu singkat</p> <p><b>Gejala &amp; tanda minor</b></p> <p>Objektif :</p> <p>a. Kadar Hb/Ht menurun</p> <p>b. Oliguria</p> <p>c. Intake lebih banyak dari output (balance cairan positif)</p>	<p>6) Tekanan darah membaik</p> <p>7) Frekuensi nadi membaik</p> <p>8) Turgor kulit membaik</p> <p>9) Berat badan membaik</p>	<p>natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)</p> <p>5) Monitor efek samping diuretik (hipotensi, ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>1) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</p> <p>2) Batasi asupan cairan dan garam</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>1) Kolaborasi pemberian diuretik</p> <p>2) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</p> <p><b>Pemantauan cairan (I.03121)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>1) Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>2) Monitor berat badan</p> <p>3) Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urine</p> <p>4) Monitor albumin dan protein total</p> <p>5) Monitor intake dan output cairan</p> <p>6) Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. edema perifer, berat badan menurun dalam waktu singkat, CVP meningkat)</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>1) Atur interval waktu pemantauan sesuai kondisi pasien</p> <p>2) Dokumentasi hasil pemantauan</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>2) Informasikan pemantauan, jika perlu</p>
--	--	---	---

2	<p>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan, hambatan upaya pernafasan (misalnya nyeri saat bernafas, kelemahan otot pernafasan), penurunan energi</p> <p><b>Defenisi :</b> Inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.</p> <p><b>Gejala &amp; tanda mayor</b> Subjektif : a. Dispnea Objektif : a. Penggunaan otot bantu pernafasan b. Fase ekspirasi memanjang c. Pola nafas abnormal (misal : takipnea, brakipnea, hiperventilasi)</p> <p><b>Gejala &amp; tanda minor</b> Subjektif : a. Ortopnea Objektif : a. Pernafasan cuping hidung b. Tekanan ekspirasi menurun c. Tekanan inspirasi menurun</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan Pola nafas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dispnea menurun</li> <li>2) Penggunaan otot bantu nafas menurun</li> <li>3) Ortopnea menurun</li> <li>4) Pernafasan cuping hidung menurun</li> <li>5) Tekanan ekspirasi membaik</li> <li>6) Takanan inspirasi membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen jalan nafas (I.01011)</b> <i>Observasi :</i> 1) Moniitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2) Monitor bunyi nafas tambahan (gurling, mengi, whezing, ronki kering)</p> <p><i>Terapeutik :</i> 1) Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift 2) Posisikan semifowler atau fowler</p> <p><i>Kolaborasi :</i> 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>
3	<p>Resiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis, malnutrisi, ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan : Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Demam menurun</li> <li>2) Nyeri menurun</li> </ol>	<p><b>Pencegahan infeksi (I.14539)</b> <i>Observasi :</i> 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan iskemik</p> <p><i>Terapeutik :</i> 1) Batasi jumlah pengunjung 2) Berikan perawatan kulit pada</p>

	<p><b>Defenisi :</b> Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p>	<p>3) Bengkak menurun 4) Letargi menurun 5) Kultur urin membaik 6) Nafsu makan membaik</p> <p>Kontrol risiko meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko meningkat 2) Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko meningkat 3) Kemampuan menghindari faktor risiko meningkat</p>	<p>daerah edema</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2) Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p><b>Pemantauan nutrisi (I.03123)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>1) Identifikasi perubahan berat badan 2) Identifikasi kelainan pada kulit 3) Identifikasi kelainan eliminasi 4) Monitor asupan oral 5) Monitor hasil laboratorium</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>1) Timbang berat badan 2) Hitung perubahan berat badan 3) Memberikan edukasi tentang ekstrak ikan gabus dan pemberian protein pada anak yang menderita Sindrom Nefrotik</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>1) Jelaskan tujuan pemantauan 2) Informasikan pemantauan, jika perlu</p>
4	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p><b>Definisi:</b> Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan :</p> <p>Tingkat nyeri menurun dengan kriteria Hasil:</p> <p>1) Keluhan nyeri tidak ada 2) Tidak meringis 3) Tidak bersikap protektif 4) Gelisah menurun 5) Tidak menarik diri 6) Pola tidur membaik 7) Tekanan darah normal 8) Pola napasmembaik 9) Nafsu makan meningkat</p>	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <p>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri. 2) Identifikasi skala nyeri. 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>1) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (akupresur, terapi musik, terapi pijat, imajinasi</p>



	<p><b>Gejala dan tanda mayor:</b> Subjek a. Mengeluh nyeri Objektif a. Tampak meringis b. Bersikap protektif c. Gelisah d. Frekuensi nadi meningkat e. Sulit tidur</p> <p><b>Gejala dan tanda minor:</b> Objektif a. Tekanan darah meningkat b. Pola napas berubah c. Nafsu makan berubah d. Menarik diri e. Berfokus pada diri sendiri f. Diaforesis</p>	<p>10) Tidak ada perasaan untuk menarik diri 11) Tidak terlalu fokus pada diri sendiri 12) Diaforesis berkurang.</p> <p>Kontrol nyeri meningkat dengan kriteria Hasil: 1) Mampu melaporkan nyeri yang terkontrol 2) Mampuan mengenal penyebab nyeri 3) Dukungan dari keluarga 4) Keluhan nyeri berkurang</p>	<p>terbimbing) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3) Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><i>Edukasi</i> 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p><i>Kolaborasi</i> 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p>
5	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi makanan</p> <p><b>Defenisi :</b> Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p><b>Gejala &amp; tanda mayor</b> Objektif : a. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal</p> <p><b>Gejala &amp; tanda minor</b> Subjektif : a. Nafsu makan menurun</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Kekuatan otot menelan meningkat 2) Serum albumin meningkat 3) Diare menurun 4) Indeks masa tubuh (IMT) membaik 5) Frekuensi makan membaik 6) Nafsu makan membaik 7) Berat badan membaik</p>	<p><b>Manajemen nutrisi (I.03119)</b> <i>Observasi :</i> 1) Identifikasi status gizi 2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 3) Monitor berat badan 4) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p><i>Terapeutik :</i> 1) Beikan suplemen makan, jika perlu</p> <p><i>Edukasi</i> 1) Anjurkan diet yang diprogramkan yaitu diet tinggi protein</p> <p><i>Kolaborasi :</i> 1) Kolaborasi memberikan medikasi sebelum makan, jika perlu 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p>

	<p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Otot menelan lemah</li> <li>Membran mukosa pucat</li> <li>Serum albumin turun</li> </ol>		
6	<p>Risiko syok ditandai dengan kekurangan volume cairan</p> <p><b>Defenisi :</b> Beresiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan tingkat syok menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Output urine meningkat</li> <li>Akral dingin</li> <li>Pucat menurun</li> <li>Tekanan darah membaik</li> </ol>	<p><b>Pemantauan cairan (I.03121)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor frekuensi darah</li> <li>Monitor tekanan darah</li> <li>Monitor berat badan</li> <li>Monitor waktu pengisian kapiler</li> <li>Monitor kadar albumin dan protein total</li> <li>Monitor intake dan output cairan</li> <li>Monitor tanda-tanda hipovolemia</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</li> </ol>
7	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan/kekurangan), kekurangan/kelebihan cairan</p> <p><b>Defenisi :</b> Kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligamen)</p> <p><b>Gejala &amp; tanda mayor</b></p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perfusi jaringan meningkat</li> <li>Kerusakan jaringan menurun</li> <li>Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>Hematoma menurun</li> </ol>	<p><b>Perawatan integritas kulit (I.11353)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gunakan produk berbahan petroleum/minyak pada kulit kering</li> <li>Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulitsensitif</li> <li>Hindari produk berbahan alkohol pada kulit kering</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan menggunakan pelembab</li> <li>Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>Anjurkan meningkatkan</li> </ol>

	<b>Gejala &amp; tanda minor</b> Objektif : a. Nyeri b. Hematoma		asupan buah dan sayur
8	Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih <b>Defenisi :</b> Disfungsi eliminasi urin <b>Gejala &amp; tanda mayor</b> Objektif : a. Distensi kandung kemih b. Volume residu urin meningkat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil : 1) Distensi kandung kemih menurun 2) Volume residu urine menurun 3) Frekuensi BAK membaik	<b>Manajemen cairan (I.03098)</b> <i>Observasi :</i> 1) Monitor berat badan 2) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. hematorit, Na, K, Cl, berat jenis urine, BUN) 3) Moniitor status hemodinamik (mis. MAP, CVP, PAP, PCWP jika tersedia) <i>Terapeutik :</i> 1) Catat intake output dan hitung balance cairan 24 jam 2) Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan <i>Kolaborasi :</i> 1) Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan sebuah kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat agar membantu pasien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan bisa mencapai kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi keperawatan yang diberikan kepada pasien berupa dukungan, pengobatan, tindakan yang bisa memperbaiki kondisi, pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga, serta tindakan pencegahan masalah kesehatan jika muncul di kemudian hari (Olfah, 2016).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Dokumentasi untuk tahap evaluasi yaitu membandingkan dengan sistematis dan terencana mengenai kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada pasien, dilakukan secara berkelanjutan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya.

Evaluasi keperawatan yaitu kegiatan mengukur keberhasilan dari perencanaan dan pelaksanaan tindakan yang telah dilakukan (Olfah, 2016).

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian kualitatif dan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian kualitatif merupakan salah satu pendekatan untuk melakukan suatu penelitian yang didasari bahwa kebenaran diperoleh dengan cara menangkap fenomena dari objek yang diteliti, yang nanti akan diolah oleh peneliti. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang hanya menggambarkan atau menjelaskan berbagai situasi, kondisi, atau berbagai variabel (Raihan, 2019). Penelitian ini menggambarkan penerapan asuhan keperawatan pada anak dengan Sindrom Nefrotik di ruang kronik IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian telah dilakukan di ruang Kronik IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. Penelitian dilakukan dari bulan Oktober 2021 sampai bulan Juni 2022. Waktu penelitian studi kasus dilakukan pada tanggal 7 April sampai 11 April 2022.

#### **C. Populasi dan Sampel Penelitian**

##### **1. Populasi**

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Rinaldi & Mujiyanto, 2017).

Jumlah populasi pasien anak dengan Sindrom Nefrotik yang ditemui di Ruang Kronik IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang pada 7 April 2022 yaitu sebanyak 2 orang anak.

## 2. Sampel

Sampel yang diambil pada penelitian ini adalah seorang pasien anak dengan sindrom nefrotik di rawat inap IRNA kebidanan dan anak RSUD Dr. M. Djamil Padang. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *Purposive Sampling*.

Sampel dari penelitian ini adalah anak dengan Sindrom Nefrotik di Ruang Kronik IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan jumlah sampel 1 orang anak.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

### a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat untuk dijadikan sampel (Rinaldi & Mujianto, 2017).

- 1) Anak yang dirawat Sindrom Nefrotik di Ruang Kronik IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022
- 2) Anak dan orang tua bersedia menjadi responden

### b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria dimana subjek tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Rinaldi & Mujianto, 2017).

- 1) Anak yang dirawat atau meninggal kurang dari 5 hari saat dilakukan penelitian.

Saat dilakukan penelitian ditemukan 2 orang anak dengan Sindrom Nefrotik, keluar 1 orang termasuk kriteria eksklusi karena hari rawatan kurang dari 5 hari, maka diambil 1 sampel anak dengan Sindrom Nefrotik.

## D. Alat / Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah sebuah alat yang dipakai oleh peneliti untuk pengumpulan data misalnya seperti tes, kuesioner, serta pedoman wawancara (Raihan, 2019). Alat dan instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu

format asuhan keperawatan anak (pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi).

1. Format pengkajian keperawatan anak terdiri dari : identitas pasien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, data psikologis, data ekonomi sosial, data spiritual, pemeriksaan lanoratorium/ pemeriksaan penunjang, dan program pengobatan.
2. Format analisa data terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, data, etiologi, dan masalah.
3. Format diagnosa keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, diagnosa keperawatan, tanggal ditemukannya masalah dan paraf, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
4. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, diagnosa keperawatan, SLKI dan SIKI.
5. Format implementasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, hari/tanggal dan jam, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan serta paraf yang melakukan implementasi keperawatan
6. Format evaluasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, evaluasi keperawatan serta paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.
7. Alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari, termometer, stetoskop, timbangan, arloji dengan detik, penlight, tensi meter anak.

#### **E. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data adalah cara-cara yang ditempuh oleh peneliti dalam mengumpulkan datanya. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara memakai kuesioner (daftar pertanyaan) (Raihan, 2019). Alat ukur pengumpulan data antara lain observasi, wawancara, pengukuran, dan dokumentasi.

a. Wawancara

Wawancara adalah salah satu teknik pengumpulan data yang dilakukan baik dengan komunikasi langsung atau tidak langsung oleh peneliti ke responden/informan dengan memberikan pertanyaan dan dijawab langsung atau di kesempatan lain (Raihan, 2019). Dalam penelitian ini yang dilakukan saat wawancara yaitu mengenai identitas pasien, keluhan utama pasien, riwayat kesehatan pasien, dan pola aktivitas sehari-hari pasien.

b. Pemeriksaan Fisik

Pada penelitian ini peneliti melakukan pemeriksaan yang meliputi keadaan umum pasien dan pemeriksaan fisik head to toe menggunakan prinsip IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi). Pemeriksaan fisik yang biasa didapatkan pada pasien anak dengan Sindrom Nefrotik biasanya adanya edema pada wajah, kadang leher, kelopak mata, kulit, kedua ekstermitas serta asites pada abdomen.

c. Observasi

Observasi merupakan teknik pengumpulan data dengan cara pengamatan secara langsung terhadap objek penelitiannya, sehingga instrumen dapat dipakai berupa lembar pengamatan (Raihan, 2019). Pada penelitian ini, peneliti mengobservasi atau melihat kondisi pasien dan juga mengobservasi respon tubuh terhadap tindakan yang dilakukan yang dilakukan yaitu memantau keadaan edema dan memantau intake dan output.

d. Pengukuran

Pengukuran merupakan sebuah cara pengumpulan data penelitian dengan cara mengukur objek menggunakan alat ukur tertentu (Rinaldi & Mujianto, 2017). Penelitian ini, dilakukan dengan metoda pengukuran menggunakan alat ukur pemeriksaan fisik, seperti menimbang berat badan, penlight, mengukur tinggi badan, mengukur lingkar perut, serta pengukuran tanda-tanda vital (nadi, suhu, pernafasan, dan tekanan darah).



e. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan teknik pengumpulan data untuk memperoleh informasi dengan cara menyalin data yang telah diperoleh ke dalam form isian yang dibuat (Surahman, 2016). Dalam penelitian ini menggunakan dokumen dari rumah sakit sebagai penunjang penelitian seperti hasil urinalisa meliputi kadar/jumlah protein dalam urine, pemeriksaan darah rutin meliputi nilai hemoglobin, hematokrit, trombosit , dan leukosit serta pemeriksaan kimia klinik meliputi albumin serum, kolesterol, dan nilai elektrolit dalam darah.

## **F. Jenis Data**

1) Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari sumber data maupun responden (Surahman, 2016). Data dari penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara anak dengan Sindrom Nefrotik menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan. Data–data pengkajian responden yang terpilih dimasukkan ke dalam format dokumentasi asuhan keperawatan. Data–data tersebut meliputi data terkait keluhan utama anak, data keluhan saat ini. Data riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit dahulu, aktivitas sehari–hari. Data lainnya yaitu data psikososial responden, pemeriksaan fisik, data spiritual, dan data sosial ekonomi.

Data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi 2 macam, seperti berikut ini :

- a) Data objektif yang ditemukan secara nyata. Data ini didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat.
- b) Data subjektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini diperoleh melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga.

## 2) Data Sekunder

Data sekunder merupakan sumber data yang diperoleh peneliti dari berbagai sumber yang telah ada atau dokumen-dokumen yang dapat memperkaya data primer (Siyoto & Sodik, 2015). Data sekunder adalah data yang diperoleh dari Medical Record serta dokumentasi di ruang inap IRNA kebidanan dan anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

## G. Prosedur Penelitian

Adapun langkah-langkah prosedur penelitian yang dilakukan oleh peneliti adalah:

- a. Peneliti meminta izin penelitian dari institusi asal peneliti yaitu Poltekkes Kemenkes Padang.
- b. Peneliti mendatangi RSUP Dr. M. Djamil Padang dan menyerahkan surat izin penelitian dari institusi ke ruangan Direktur Rumah Sakit.
- c. Surat penelitian dari direktur dilanjutkan ke diklat, kemudian diklat memberikan surat konfirmasi melakukan penelitian.
- d. Surat konfirmasi diberikan kepada ka. Instalasi untuk ditandatangani, kemudian surat konfirmasi yang telah ditandatangani ka. Instalasi diserahkan kepada kepala ruang Kronik IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- e. Kemudian Karu memberi izin penelitian.
- f. Peneliti melakukan pemilihan sampel satu orang pasien dengan Sindrom Nefrotik dengan cara purposive sampling
- g. Peneliti mendatangi responden dan menjelaskan tentang tujuan penelitian
- h. *Informed Consent* diberikan kepada responden
- i. Responden diberikan kesempatan untuk bertanya
- j. Responden menandatangani *Informed Consent*, peneliti meminta waktu responden untuk melakukan asuhan keperawatan.
- k. Setelah melakukan asuhan selama waktu yang ditentukan, kemudian peneliti pamit kepada responden.

## H. Analisis Data

Analisa data merupakan proses pengorganisasian serta mengurutkan data ke suatu pola, kategori, serta suatu uraian dasar hingga bisa ditemukan tema dan bisa dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data (Surahman, 2016). Data didapatkan berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan dengan metode pengumpulan data dengan teknik wawancara. Analisa data dilakukan berdasarkan data-data yang telah diperoleh kemudian dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif. Hasil analisa data tersebut kemudian dirumuskan menjadi diagnosis keperawatan sesuai dengan panduan *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)*, dilanjutkan dengan menyusun intervensi keperawatan, melaksanakan implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Setelah didapatkan hasil pengkajian, perumusan diagnosis dan intervensi, serta pelaksanaan implementasi dan evaluasi, peneliti kemudian membandingkan hasil tersebut dengan konsep asuhan keperawatan teoritis.

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS**

#### **A. Deskripsi Kasus**

Pasien Anak A perempuan berusia 2 tahun 5 bulan di bawa ke RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 6 April 2022 pukul 15.20 WIB masuk melalui IGD dengan keluhan utama sembab diseluruh tubuh sejak 5 hari sebelum masuk rumah sakit dan An.A tampak pucat. Pada pengkajian yang dilakukan tanggal 7 April 2022 dengan hari rawatan ke-2 didapatkan anak tampak sembab terutama pada wajah, kelopak mata, dan perut. Ny.H juga mengatakan An.A pilek, nafsu makan berkurang, rewel, gelisah, dan urine keluar sedikit berwarna keruh dan berbuih. Diagnosa medis An.A yaitu Sindrom Nefrotik Relaps + Asites.

#### **1. Hasil Pengkajian**

An.A perempuan berusia 2 tahun 5 bulan dibawa ke RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 6 April 2022 pukul 15.20 WIB masuk melalui IGD dengan keluhan utama sembab diseluruh tubuh sejak 5 hari sebelum masuk rumah sakit dan An.A tampak pucat. An.A dirawat di ruang kronik IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan diagnosa medis Sindrom Nefrotik relaps + Asites.

Pada pengkajian yang dilakukan tanggal 7 April 2022 dengan hari rawatan ke-2 didapatkan klien tampak sembab di seluruh tubuh terutama pada wajah, kelopak mata, dan perut. Ny.H mengatakan perut semakin membesar sejak 5 hari sebelum masuk rumah sakit. Ny.H juga mengatakan An.A pilek dan demam yang hilang timbul sejak 6 hari yang lalu. Ny.H juga mengatakan anak rewel, gelisah, nafsu makan berkurang dan urine keluar sedikit berwarna keruh dan berbuih. Ny.H mengatakan An.A hanya menghabiskan ½ porsi makanannya. Berat badan An.A saat ini yaitu 15,5 kg dan sebelum sakit BB An.A yaitu 12 kg. Tinggi An.A yaitu 85 cm. Status gizi An.A baik/normal. An.A tampak tampak pucat.

Pada riwayat kesehatan dahulu, Ny.H mengatakan An.A pernah dirawat di RSUP Dr. M.Djamil Padang dengan diagnosa medis Sindrom Nefrotik pada September 2021 dan Februari 2022. An.A sudah mendapatkan terapi kortikosteroid pada September 2021 dan Februari 2022 tersebut. Ny.H mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan An.A. Ny.h juga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit menular maupun tidak menular. Ny.H mengatakan An.A mendapatkan imunisasi yang lengkap.

Dari hasil pemeriksaan fisik pada tanggal 7 April 2022 An.A dengan kesadaran compos mentis, GCS 15, dan tampak sakit. Tanda-tanda vital An.A yaitu suhu  $36,5^{\circ}\text{C}$ , frekuensi nafas 24 x/menit, dan frekuensi nadi 98 x/menit. An.A memiliki berat badan 15,5 kg dan tinggi badan 85 cm. An.A memiliki bentuk kepala bulat, simetris, tampak bersih dan wajah tampak sembab dan terlihat moon face. Pada pemeriksaan mata simetris kiri kanan, edema pada kedua mata (palpebra), konjungtiva tampak anemis, dan sklera tidak ikterik. Tidak ada pernafasan cuping hidung, hidung tampak simetris dan bersih. Bibir An.A tampak pucat dan mukosa mulut lembab. Telinga An.A simetris kiri kanan, tidak ada nyeri tekan, dan telinga tampak bersih. Tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening dan vena jugularis pada leher An.A.

Pemeriksaan thoraks simetris kiri kanan, tidak ada retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan (wheezing dan ronkhi), fremitus kiri kanan dan sonor. Pada pemeriksaan jantung iktus kordis terlihat, irama jantung reguler, tidak ada suara jantung tambahan, dan iktus kordis teraba 1 jari RIC V kiri. Pada pemeriksaan abdomen tampak asites dan menegang, bising usus normal, tidak ada nyeri tekan, hepar tidak teraba, timpani, dan lingkaran perut 64 cm. Kulit teraba hangat, turgor kulit kembali cepat, dan kulit tegang pada tangan, kaki, dan perut. Edema pitting +, CRT <2 detik.

Terdapat edema atau sembab di pergelangan tangan hingga siku dan di punggung kaki. Terpasang threeway di tangan kiri An.A. Pada genetalia dan anus terdapat edema di labia mayora An.A.

Data pengkajian sehari-hari, pada saat sakit An.A mendapatkan diet MB Nefrotik 1100 kkal, dan An.A hanya menghabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi saja. Minum  $\pm 1300$  cc sehari, tidur siang  $\pm 2$  jam sehari, tidur malam  $\pm 8$  jam sehari. BAK  $\pm 2-3$  x sehari ( $\pm 900$  cc) dengan warna kecoklatan. BAB An.A 1x sehari konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan.

Data hasil pemeriksaan penunjang, pada tanggal 6 April 2022 didapatkan data hasil pemeriksaan darah nilai Hb 9,2 g/dl (11,5 – 13,5 g/dl), nilai leukosit  $18,21 \times 10^3/\text{mm}^3$  ( $5,5 - 17,5 \times 10^3/\text{mm}^3$ ), nilai eritrosit 4,10 juta (3,40-5,20 juta), nilai trombosit  $774.000/\text{mm}^3$  ( $150.000-450.000/\text{mm}^3$ ), nilai hematokrit 32% (34-38%), MCV 77 fL (78,0-94,0 fL), N segmen 50% (23-46%) dan nilai limfosit 44% (37-73%).

Data hasil pemeriksaan kimia klinik tanggal 6 April 2022 didapatkan total protein 2,9 g/dl (6,6-8,7 g/dl), albumin 1,0 g/dl (3,8-5,0 g/dl), nilai kreatinin 0,3 mg/dl (0,6-1,2 mg/dl), dan asam urat 5,8 mg/dl (2,4-5,7 mg/dl). Data hasil pemeriksaan urine tanggal 6 April 2022 didapatkan kekeruhan urine positif, leukosit 20 – 25 /LPB ( $<5/\text{LPB}$ ), eritrosit 2-3 /LPB ( $\leq 1/\text{LPB}$ ), dan protein dalam urine positif (+++).

An.A mendapatkan terapi medis, Diet MB Nefrotik 1100 kkal, Furosemid 1x10 mg (IV) (berfungsi sebagai obat hipertensi dan untuk mengurangi bengkak atau sembab pada kaki, lengan, dan perut), Captopril 3x3,125 mg (PO) (untuk mengatasi tekanan darah tinggi), Zink 1x10 mg (PO) (untuk menjaga kekebalan tubuh, mengurangi resiko infeksi, serta proses metabolisme), Vit D 1x400 (PO) (untuk kesehatan tulang), Allopurinol 2x100 mg (PO) (untuk mencegah peningkatan kadar asam urat), dan

Atorvastatin 1x10 mg (PO) (untuk menurunkan kadar kolesterol jahat (LDL dan trigliserida) dan meningkatkan kolesterol baik (HDL) dalam tubuh)..

## 2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data yang peneliti lakukan, maka masalah keperawatan yang muncul pada tanggal 7 April 2022 pada An.A yaitu:.. diagnosa pertama hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, diagnosa kedua perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, dan diagnosa ketiga resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: immunosupresi.

- 1) **Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi** ditandai dengan data subjektif: Ny.H mengatakan anak sembab sejak 6 hari yang lalu terutama diwajah, kelopak mata dan perut dan Ny.H mengatakan anaknya rewel dan gelisah.

Data objektif: An.A tampak sembab pada kelopak mata, wajah, perut, An.A tampak pucat, perut An.A tampak asites, lingkaran perut 64 cm, BB : 15,5 kg, intake cairan : 1434 cc, output cairan : 1254 cc, balance cairan +180 cc urin An.A tampak keruh dan berbuih, kadar Hb 9,2 g/dl (9,6 - 15,6 g/dl), kadar Ht 32 % (34,0 – 48,0 %), protein urin positif (+3), total protein 2,9 g/dl (6,6 – 8,7 g/dl), An.A mendapatkan furosemid 1 x 10 mg,

- 2) **Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi** ditandai dengan data subjektif: Ny.H mengatakan anak sembab sejak 6 hari yang lalu, terutama pada kelopak mata, wajah dan perut. Data objektif: An.A edema pada kelopak mata, wajah, perut, An.A tampak pucat, tekanan darah 116/85 mmHg, konjungtiva An.A tampak anemis, kadar Hb 9,2 g/dl (9,6 - 15,6 g/dl), trombosit  $774 \times 10^3/\text{mm}^3$

(150 – 450  $10^3/\text{mm}^3$ ), kolesterol total 474 mg/dl (<200 mg/dl), HDL kolesterol 58 mg/dL (>66), LDL kolesterol 371 mg/dL (<150), trigliserida 226 mg/dL (<150), An. A mendapatkan Captopril 3x3,125 mg, dan An.A mendapatkan Atorvastatin 1x10 mg.

- 3) **Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : imununosupresi** dengan data subjektif: Ny.A mengatakan anaknya rewel dan gelisah, An.A sering demam, dan An.A menderita sindrom nefrotik sejak September 2021. Data objektif: An.A tampak gelisah, leukosit  $18,21 \times 10^3/\text{mm}^3$  (5,5 -  $17,5 \times 10^3/\text{mm}^3$ ), total protein 2,9 g/dL (6,6 – 8,7 g?dL), albumin 1,0 g/dl (3,8 - 5,0 g/dl), leukosit urine 20-25 /LPB (<5), protein urin positif (+3), An.A terpasang threeway di tangan kiri, An.A mendapatkan obat zink 1 x 10 mg.

### 3. Intervensi Keperawatan

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

- a. **Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi** dengan kriteria hasil : haluaran urin meningkat, asupan makanan meningkat, edema menurun, asites menurun, membran mukosa membaik, turgor kulit membaik, berat badan membaik, turgor kulit meningkat, perasaan lemah menurun, konsentrasi urine menurun, tekanan darah membaik, kadar Hb membaik dan kadar Ht membaik.

Rencana tindakannya adalah :

- 1) Manajemen hipervolemia dengan observasi seperti periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema), identifikasi penyebab hipervolemia, monitor status hemodinamik, monitor intake dan output cairan, monitor tanda hemokonsentrasi, monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma dan monitor efek samping diuretik. Terapeutik seperti timbang berat badan setiap hari pada



waktu yang sama, batasi asupan cairan dan garam, dan tinggikan kepala tempat tidur 30-40°C. Edukasi seperti : anjurkan melapor jika haluaran 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 haluaran cairan, ajarkan cara membatasi cairan, dan kolaborasi pemberian diuretik.

- 2) Pemantauan cairan dengan observasi seperti 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. Terapeutik seperti atur waktu interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien dan dokumentasikan hasil pemantauan. Edukasi seperti jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan serta informasikan hasil pemantauan.

**b. Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi**

dengan kriteria hasil : edema perifer menurun, warna kulit pucat menurun, nyeri ekstremitas menurun, akral membaik, turgor kulit membaik, tekanan darah membaik, kekuatan nadi meningkat, output urine meningkat, pitting edema menurun, asites menurun, dan berat badan membaik.

Rencana tindakannya adalah :

- 1) Perawatan sirkulasi dengan observasi seperti periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna dan suhu), identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (hipertensi dan kadar kolesterol tinggi), dan monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas. Terapeutik seperti 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 dan lakukan pencegahan infeksi. Edukasi seperti anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol, anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, dan ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi.

- c. Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder; imununosupresi** dengan kriteria hasil: nafsu makan meningkat, demam menurun, bengkak menurun, kadar sel darah putih membaik, porsi makanan yang dihabiskan meningkat, serum albumin meningkat, nyeri abdomen menurun, berat badan membaik, indeks massa tubuh (IMT) membaik, frekuensi makan membaik, bisung usus membaik dan membran mukosa membaik.

Rencana tindakannya adalah :

- 1) Pencegahan infeksi dengan observasi seperti monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Terapeutik seperti batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, dan pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. Edukasi seperti jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi dan anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
- 2) Manajemen nutrisi dengan observasi seperti identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleran makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi, monitor asupan makanan, monitor berat badan, dan monitor hasil pemeriksaan laboratorium. Terapeutik seperti fasilitasi menentukan pedoman diet, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, dan berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein. Edukasi seperti anjurkan posisi duduk dan ajarkan

diet yang diprogramkan. Kolaborasi seperti kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan dan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Tindakan keperawatan yang dilakukan peneliti pada tanggal 7 April sampai 11 April 2022 untuk masalah keperawatan yang didapatkan yaitu :

**a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, yaitu:**

Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema), memantau frekuensi nafas, tekanan darah, nadi dan suhu, memantau intake dan output cairan, memantau efek samping obat furosemid, memantau elastisitas atau turgor kulit, memantau jumlah, warna dan berat jenis urine, memantau kadar albumin dan protein total, memantau hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, BUN), menimbang berat badan setiap hari, membatasi asupan cairan dan garam, meninggikan kepala tempat tidur 30-40°C, mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, dan berkolaborasi pemberian obat furosemide.

**b. Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, yaitu :**

Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna dan suhu), mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) , memantau panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, melakukan pencegahan infeksi, menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol seperti obat Furosemide, Catopril, dan Atorvastatin, menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, dan mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi

c. **Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : imununosupresi, yaitu :**

Memantau tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, memantau asupan makanan, memantau berat badan, memantau hasil pemeriksaan laboratorium, memberikan perawatan kulit pada area edema, mengajarkan cara mencuci tangan yang benar, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, mengajarkan diet yang diprogramkan yaitu diit MB Nefrotik 1100 kkal, berkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, dan berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.

**5. Evaluasi Keperawatan**

Hasil evaluasi diagnosa 1 (**Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi**) pada hari terakhir tanggal 11 April 2022 didapatkan hasil evaluasi yaitu Ny.H mengatakan sembab pada kelopak mata, wajah dan perut An.A sudah mulai berkurang, An.A masih rewel, sembab pada perut sudah mulai berkurang tetapi masih tampak asites, intake:  $\pm 1522,4$  cc, output urine cukup meningkat dimana output An.A:  $\pm 1378,4$  cc, balance cairan : +144 cc, BB An.A 15,3 kg, haluaran urine cukup meningkat, kelembapan membran mukosa meningkat, berat badan 15,3 kg, kadar Hb 9,2 g/dl dan kadar Ht 32%.

Hasil evaluasi diagnosa 2 (**Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi**) pada hari terakhir tanggal 11 April 2022 didapatkan hasil evaluasi yaitu Ny.H mengatakan sembab pada kelopak mata, wajah dan perut An.A sudah mulai berkurang, asites menurun, An.A sudah tampak tidak pucat, konjungtiva tampak tidak anemis, TD : 116/85 mmHg, kolesterol total : 474 , trombosit  $774 \cdot 10^3/\text{mm}^3$  (150 – 450  $10^3/\text{mm}^3$ ), HDL : 58 (>66), LDL : 371 (<150), trigliserida : 226 (<150), dan berat badan 15,3 kg.

Hasil evaluasi diagnosa 3 (**Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : imununosupresi**) pada hari terakhir tanggal 11 April 2022 didapatkan hasil evaluasi yaitu, Ny.H mengatakan An.A masih rewel serta An.A sudah menderita Sindrom Nefrotik sejak September 2021, demam menurun, An.A sudah tak tampak gelisah, leukosit :  $18,21 \times 10^3/\text{mm}^3$ , total protein : 2,9 g/dL (6,6 - 8,7), albumin : 1,0 g/dL (3,8 - 5,0), leukosit urine : 20 - 25 /LPB (<5), protein urine : positif (+3), membran mukosa mulai membaik, dan nafsu makan membaik.

## **B. Pembahasan**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas kesinambungan antara teori dan laporan kasus asuhan keperawatan pada An.A dengan Sindrom Nefrotik di ruang kronik IRNA kebidanan dan anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. yang dilakukan sejak tanggal 07 - 11 April 2022. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Hasil pengkajian yang dilakukan tanggal 7 April 2022 pukul 10.00 WIB ditemukan An.A perempuan berusia 2 tahun 5 bulan dengan hari rawatan ke-2 di rawat di ruang kronik RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan diagnosa Sindrom Nefrotik, didapatkan riwayat kesehatan An.A tampak sembab di seluruh tubuh terutama pada wajah, kelopak mata, dan perut. Ny.H juga mengatakan anak rewel, gelisah, mudah demam, nafsu makan berkurang dan An.A tampak pucat. Dari pemeriksaan fisik didapatkan bahwa berat badan An.A saat ini yaitu 15,5 kg dan sebelum sakit BB An.A yaitu 12 kg. Lingkar perut An.A 64 cm. Terdapat sembab pada palpebra, pergelangan tangan hingga siku, punggung kaki, labia mayora, dan pada perut tampak asites. Urine An.A keluar sedikit berwarna keruh dan berbuih.

Menurut Manado et al., (2020), Sindrom Nefrotik adalah penyakit ginjal yang sering terjadi pada anak dimana dikatakan bahwa anak dengan rentang usia 2 – 6 tahun lebih rentan untuk terjadi suatu Sindrom Nefrotik. Sindrom Nefrotik lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan dengan rasio 1,5 : 1.1.

Gambaran Klinik dan Laboratorium Anak dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado didapatkan jumlah populasi anak dengan Sindrom Nefrotik berdasarkan jenis kelamin yang lebih banyak diderita oleh laki-laki dibandingkan perempuan. Edema adalah salah satu gejala utama yang sering membuat pasien Sindrom Nefrotik datang untuk berobat (Manado *et al.*, 2020).

Edema merupakan keluhan utama yang sering terjadi pada penderita Sindrom Nefrotik. Akumulasi cairan ekstrasel pada jaringan interstitial merupakan penyebab edema timbul. Kelsch *et al*, mengungkapkan anak dengan Sindrom Nefrotik dalam serangan, akan timbul edema apabila kadar albumin  $<2,7$  g/dl. Dengan adanya penurunan albumin, terjadilah penurunan tekanan osmotik plasma yang mengakibatkan cairan intravaskuler berpindah ke dalam interstisial. Perpindahan cairan tersebut mengakibatkan berkurangnya volume cairan intravaskuler, sehingga jumlah aliran darah ke renal menjadi berkurang karena hipovolemia. Karena hal tersebut, ginjal akan merangsang produksi renin angiotensin, peningkatan sekresi ADH , serta sekresi aldosteron sehingga terjadi retensi natrium dan air. Dengan adanya retensi natrium dan air tersebut mengakibatkan terjadinya edema (Mamesah *et al.*, 2016).

Menurut Manado et al., (2020), Sindrom Nefrotik ditandai dengan edema, proteinuria masif ( $\geq 40$  mg/m<sup>2</sup>/jam), hipoalbuminemia ( $< 2,50$  g/dl), dan hiperkolestrolemia ( $\geq 200$  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.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Elizabeth (2015), tentang Sindrom Nefrotik Kasus Baru Pada Anak Usia 2 tahun, dimana pasien datang ke rumah sakit dengan keluhan sembab pada seluruh tubuh sejak kurang lebih 2 minggu yang sebelum masuk rumah sakit. Bengkak kemudian menjalar ke wajah, kaki, perut dan akhirnya seluruh tubuh. BAK sedikit dan berwarna kecoklatan. Pemeriksaan penunjang didapatkan total protein 3,8 g/dl, albumin 1,2 g/dl, dan protein urine 500 mg/dl.

Edema merupakan gejala klinis yang menonjol, kadang-kadang mencapai 40% daripada berat badan dan didapatkan anasarka. Pada fase awal sembab sering bersifat intermiten, biasanya awalnya tampak pada daerah-daerah yang mempunyai resistensi jaringan yang rendah (misal, daerah periorbita, skrotum atau labia). Akhirnya sembab menjadi menyeluruh dan masif (anasarka). Sembab berpindah dengan perubahan posisi, sering tampak sebagai sembab muka pada pagi hari waktu bangun tidur, dan kemudian menjadi bengkak pada ekstremitas bawah pada siang harinya. Bengkak bersifat lunak, meninggalkan bekas bila ditekan (*pitting edema*) (Amalia, 2018).

Kejadian seperti adanya edema *pitting* dependen atau asites adalah presentasi yang paling umum terjadi pada anak-anak dengan Sindrom Nefrotik. Anoreksia, malaise, serta nyeri perut juga sering muncul. Tekanan darah dapat meningkat pada hingga 25% dari anak-anak pada nekrosis tubular akut dan hipotensi yang jelas dapat terjadi dengan adanya penurunan albumin serum secara tiba-tiba dan penipisan volume yang signifikan (Marcdante & Kilegman, 2019).

Menurut analisa peneliti, ditemukan kesesuaian antara kasus An.A dengan teori dimana gejala utama dari Sindrom Nefrotik adalah sembab. Sembab pada An.A muncul akibat hipoalbuminemia. Edema merupakan keluhan utama yang sering terjadi pada penderita Sindrom Nefrotik. Akumulasi cairan ekstrasel pada jaringan interstitial merupakan penyebab edema timbul. Anak dengan Sindrom Nefrotik dalam serangan, akan timbul edema apabila kadar albumin  $<2,7$  g/dl. Dengan adanya penurunan albumin, terjadilah penurunan tekanan osmotik plasma yang mengakibatkan cairan intravaskuler berpindah ke dalam interstitial.

Data pengkajian sehari-hari, pada saat sakit An.A mendapatkan diet MB Nefrotik 1100 kkal, dan An.A hanya menghabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi saja. Minum  $\pm 1300$  cc sehari, tidur siang  $\pm 2$  jam sehari, tidur malam  $\pm 8$  jam sehari. BAK  $\pm 2-3$  x sehari ( $\pm 900$  cc) dengan warna kecoklatan. BAB An.A 1x sehari konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan.

Pada pasien ginjal terjadi penurunan fungsi ginjal, jumlah nefron yang sudah tidak berfungsi menjadi meningkat, maka ginjal tidak akan mampu dalam menyaring urine. Kemudian dalam hal ini, glomerulus akan kaku dan plasma tidak dapat difilter dengan mudahnya lewat tubulus sehingga terjadi retensi natrium dan cairan yang mengakibatkan ginjal tidak mampu dalam mengkonsentrasikan atau mengencerkan urine secara normal sehingga terjadi oliguria (Muttaqin, 2014).

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 umbilikal dan prolaps (Nuari & Widayati, 2017).

Menurut analisa peneliti, berkurangnya pengeluaran urine pada anak akibat dari penurunan fungsi ginjal yang mengakibatkan terjadi retensi



natrium dan cairan yang mengakibatkan ginjal tidak mampu dalam mengkonsentrasikan atau mengencerkan urine secara normal. Sembab pada perut bisa mengakibatkan rasa tertekan pada perut anak dan mengakibatkan nafsu makan berkurang.

Data hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 6 April 2022 didapatkan data hasil pemeriksaan darah nilai Hb 9,2 g/dl (11,5 – 13,5 g/dl), nilai leukosit  $18,21 \times 10^3/\text{mm}^3$  ( $5,5 - 17,5 \times 10^3/\text{mm}^3$ ), nilai eritrosit 4,10 juta (3,40-5,20 juta), nilai trombosit  $774.000/\text{mm}^3$  ( $150.000-450.000/\text{mm}^3$ ), nilai hematokrit 32% (34-38%), MCV 77 fL (78,0-94,0 fL), N segmen 50% (23-46%) dan nilai limfosit 44% (37-73%). Data hasil pemeriksaan kimia klinik tanggal 6 April 2022 didapatkan total protein 2,9 g/dl (6,6-8,7 g/dl), albumin 1,0 g/dl (3,8-5,0 g/dl), nilai kreatinin 0,3 mg/dl (0,6-1,2 mg/dl), dan asam urat 5,8 mg/dl (2,4-5,7 mg/dl). Data hasil pemeriksaan urine tanggal 6 April 2022 didapatkan kekeruhan urine positif, leukosit 20 – 25 /LPB (<5/LPB), eritrosit 2-3 /LPB ( $\leq 1/\text{LPB}$ ), dan protein dalam urine positif (+++).

An.A mendapatkan terapi medis diet MB Nefrotik 1100 kkal, Furosemid 1x10 mg (IV), Captopril 3x3,125 mg (PO), Zink 1x10 mg (PO), Vit D 1x400 (PO), Allopurinol 2x100 mg (PO), dan Atorvastatin 1x10 mg (PO).

Pemeriksaan laboratorium Sindrom Nefrotik diperoleh hasil kadar serum albumin 1,4 g/dl (hypoalbuminemia), kadar kolesterol darah 339 mg/dl (hiperkolesterolemia), terdapat protein dalam urine (proteinuria) 3+ atau protein total 3,2 g/dl, terdapatnya eritrosit dalam urine 15–20/lpb (hematuria mikroskopik). Penatalaksanaan non medikamentosa dengan diet natrium dan kalori serta penatalaksanaan medikamentosa dengan pemberian diuretik berupa furosemid dengan dosis 2x15 mg sebagai diuretik untuk mengurangi edema (Agromed,2014).

Pemeriksaan penunjang yang paling diperlukan pada pasien Sindrom Nefrotik adalah pemeriksaan protein urine, kadar albumin, dan kadar

kolesterol darah. Pemeriksaan protein urine dapat dilakukan dengan pemeriksaan urine yang paling sederhana yaitu pemeriksaan urine dengan dipstik. Pemeriksaan tersebut adalah pemeriksaan urine semi kuantitatif, dengan hasil +1 (-15 mg/dL), +2 (-100 mg/dL) dan +3 (-300 mg/dL). Pada Sindrom Nefrotik tes dipstik menunjukkan proteinuria  $\geq 2+$  (Nilawati, 2016).

Menurut penelitian Juliantika et al., (2017) dalam patofisiologi Sindrom Nefrotik, terjadi peningkatan permeabilitas glomerulus yang menyebabkan proteinuria masif sehingga mengakibatkan hipoalbuminemia. Keadaan hipoalbuminemia akan merangsang sintesis lipoprotein serta mengurangi metabolisme lipoprotein oleh hepar yang akhirnya mengakibatkan peningkatan kadar lipid serum (kolesterol, trigliserida) dan lipoprotein. Keadaan hipoalbuminemia akan memacu sintesis lipoprotein dan menurunkan degradasi lemak yang akan menyebabkan terjadinya hiperkolesterolemia. Hasil penelitian yang dilakukan Juliantika menunjukkan bahwa keadaan hiperkolesterolemia paling banyak terjadi pada pasien anak Sindrom Nefrotik

Hiperlipidemia merupakan keadaan yang sering menyertai SN. Kadar kolesterol umumnya meningkat sedangkan trigliserid bervariasi dari normal sampai sedikit meninggi. Peningkatan kadar kolesterol disebabkan meningkatnya LDL, lipoprotein utama pengangkut kolesterol. Kadar trigliserid yang tinggi dikaitkan dengan peningkatan VLDL (*very low density lipoprotein*). Penurunan kadar HDL pada SN diduga akibat berkurangnya aktivitas enzim LCAT (*lecithin cholesterol acyltransferase*) yang berfungsi katalisasi pembentukan HDL. Enzim ini juga berperan mengangkut kolesterol dari sirkulasi menuju hati untuk katabolisme. Penurunan aktivitas enzim tersebut diduga terkait dengan hipoalbuminemia yang terjadi pada SN (Arsita, 2017).

Menurut analisa peneliti, ditemukan kesesuaian antara kasus An.A dengan teori dimana pada pasien Sindrom Nefrotik ditemukan hasil pemeriksaan laboratorium mengalami proteinuria, hipoalbuminemia, hiperkolesterolemia, hematuria mikroskopis, hiperlipidemia. Salah satu akibat dari proteinuria masif yaitu terjadinya hipoalbuminemia. Keadaan hipoalbuminemia akan memacu sintesis lipoprotein dan menurunkan degradasi lemak yang akan menyebabkan terjadinya hiperkolesterolemia.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil dari pengkajian yang dilakukan oleh peneliti pada kasus ini, peneliti menegakkan 3 diagnosa keperawatan yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, dan risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: imununosupresi.

Menurut diagnosis keperawatan SDKI, diagnosa keperawatan yang muncul pada anak dengan Sindrom Nefrotik adalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium; pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan, hambatan upaya pernafasan (misalnya nyeri saat bernafas, kelemahan otot pernafasan), penurunan energi; resiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis, malnutrisi, ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder; nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis; defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi makanan; risiko syok ditandai dengan kekurangan volume cairan; gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan/kekurangan), kekurangan/kelebihan cairan; dan gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih.

Hipervolemia pada anak dengan Sindrom Nefrotik terjadi karena peningkatan permeabilitas membran basalis kapiler-kapiler glomeruli, disertai terjadinya proteinuria karena peningkatan filtrasi protein plasma. Proteinuria dapat mengakibatkan hipoalbuminemia yang menyebabkan penurunan tekanan onkotik dari kapiler-kapiler glomeruli, mengakibatkan 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. Natrium dan air yang telah di reabsorpsi masuk ke ruang interstisial dan mengakibatkan terjadinya edema (Arvin, 2012).

Menurut asumsi peneliti, ditegakkannya diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi karena menurunnya jumlah albumin dalam darah sehingga tekanan osmotik plasma menurun dan terjadi peningkatan tekanan hidrostatik. Akibatnya terjadi perpindahan cairan dari ruang intravaskuler ke ruang interstisial yang menyebabkan terjadi edema pada tubuh, berat badan meningkat, asites pada perut, urin yang sedikit, intake lebih banyak daripada output dan gelisah pada anak. Hal ini sesuai dengan batasan karakteristik yang ditetapkan teori sehingga diagnosa ini dapat ditegakkan.

Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi. Hubungan Sindrom Nefrotik dengan sistem kardiovaskuler terjadinya karena kenaikan hiperkolestrol dan hiperlipidemia dan terjadinya hipertensi pada penderita sindrom nefrotik. Hipertensi pada sindrom nefrotik terjadi akibat retensi natrium dan air intrarenal. Hipertensi juga dihubungkan dengan jumlah nefron seperti yang didapatkan pada anak karena peningkatan tekanan darah dan penurunan tekanan onkotik plasma juga merangsang sintesis lipoprotein hati. Lipoprotein densitas rendah dan kolestrol paling sering meningkat, tetapi seiring dengan penurunan

tekanan onkotik plasma yang lebih lanjut, lipoprotein densitas sangat rendah dan trigliserida juga meningkat. Kehilangan yang berlebihan dari faktor protein plasma yang mengatur sintesis dan pembuangan lipoprotein dalam urin juga dapat mempengaruhi keadaan hiperkolesterolemia (Nuari & Widayati, 2017).

Menurut asumsi peneliti, perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dapat ditegakkan dengan batasan karakteristik dalam teori, karena hiperkolesterol serta hiperlipidemia yang mengakibatkan pasien Sindrom Nefrotik mengalami hipertensi. Hipertensi pada pasien Sindrom Nefrotik terjadi karena retensi natrium serta air intrarenal. Jumlah nefron seperti yang ada pada anak akibat peningkatan tekanan darah juga memiliki hubungan dengan terjadinya hipertensi. Hal ini didukung dengan tekanan darah anak 116/85 mmHg, trombosit:  $774 \times 10^3/\text{mm}^3$ , kolesterol total: 474, HDL: 58 ( $>66$ ), LDL: 371 ( $<150$ ) dan trigliserida: 226 ( $<150$ ).

Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: imununosupresi. 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, hiperlipidproteinemia, dan lipiduria (Nuari & Widayati, 2017).

Pada pasien Sindrom Nefrotik infeksi dapat terjadi karena defek imunitas humoral, selular, serta gangguan system komplemen. Penurunan IgG, IgA, dan gamma globulin sering ditemukan pada pasien SN diakibatkan karena sintesis yang menurun atau katabolisme yang meningkat dan bertambah banyaknya yang terbuang bersamaan dengan keluarnya urin. Jumlah sel T dalam sirkulasi berkurang yang menggambarkan gangguan imunitas selular (Arsita, 2017).

Menurut asumsi peneliti, diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder imununosupresi dapat ditegakkan karena sesuai dengan batasan karakteristik dalam teori, terjadinya kerusakan golemulus dan filtrasi ginjal terganggu sehingga imunoglobulin lolos dalam filtrasi dan masuk ke dalam urine. Hal ini didukung juga dengan hasil laboratorium yaitu nilai albumin 1,0 g/dl ( 3,8 – 5,0 g/dl), total protein 2,9 g/dl (6,6 – 8,7 g/dl), dan protein dalam urine positif (+++), Nilai leukosit  $18,21 \times 10^3/\text{mm}^3$  dan leukosit urine : 20 – 25 /LPB (<5). Hipoalbuminemia mengakibatkan hiperperfusi ginjal dan terjadi pelepasan renin angiotensin, sehingga terjadi retensi natrium dan volume intravaskuler menjadi meningkat dan respon jumlah urin yang keluar sedikit dan berwarna coklat karena proteinuria.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul pada An.A pada diagnosa Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, rencana intervensi berdasarkan SIKI dilakukan: 1) Manajemen hipervolemia dengan observasi seperti periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema), identifikasi penyebab hipervolemia, monitor status hemodinamik, monitor intake dan output cairan, monitor tanda hemokonsentrasi, monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma dan monitor efek samping diuretik. Terapeutik seperti timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama, batasi asupan cairan dan garam, dan tinggikan kepala tempat tidur  $30-40^\circ\text{C}$ . Edukasi seperti : anjurkan melapor jika haluaran urin  $<0,5 \text{ mL/kg/jam}$  dalam 6 jam, anjurkan melapor jika BB bertambah  $>1 \text{ kg}$  dalam sehari, ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, ajarkan cara membatasi cairan, dan kolaborasi pemberiandiuretik.

2) Pemantauan cairan dengan observasi seperti 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. Terapeutik seperti atur waktu interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien dan dokumentasikan hasil pemantauan. Edukasi seperti jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan serta informasikan hasil pemantauan.

Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (*outcome*). Adapun luaran yang digunakan pada klien dengan hipervolemia adalah luaran utama dan luaran tambahan. Luaran utama yaitu keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil meliputi edema menurun, berat badan membaik. Luaran tambahan yaitu status cairan membaik dengan kriteria hasil meliputi ortopnea menurun, dyspnea menurun, paroxysmal nocturnal dyspnea menurun, edema anasarka menurun, edema perifer menurun, berat badan membaik, JVP dan CVP membaik, refleks hepatojugular membaik, distensi vena jugularis menurun, suara napas tambahan menurun, hepatomegaly membaik, kadar Hb dan Ht membaik, oliguria membaik, intake cairan membaik, kongesti paru menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Setelah menetapkan tujuan dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Perencanaan keperawatan pasien dengan hipervolemia yaitu menggunakan intervensi utama. Intervensi utama terdiri dari label manajemen hipervolemia dan pemantauan cairan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan pada diagnosa hipervolemia, diharapkan pasien tidak menunjukkan bukti- bukti akumulasi cairan. Intervensi keperawatan

yang direncanakan yaitu kaji masukan yang relatif terhadap keluaran, ukur dan catat masukan dan keluaran dengan akurat, timbang berat badan setiap hari, pantau edema disekitar mata dan area dependen, pantau hasil laboratorium meliputi berat jenis urin dan albumin, berikan kortikosteroid untuk menurunkan ekskresi protein urin dan berikan diuretik dan batasi cairan sesuai indikasi (Wong, 2012).

Menurut asumsi peneliti, intervensi keperawatan pada kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi karena penurunan osmotik plasma, tindakan yang dilakukan bertujuan untuk keseimbangan intake dan output dalam 24 jam, berat badan dalam batas normal, dan edema berkurang. 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, monitor nilai kadar dan elektrolit urin dan monitor kadar serum albumin dan protein total.

Pada diagnosa risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, rencana intervensi berdasarkan SIKI dilakukan perawatan sirkulasi dengan tindakan observasi seperti periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna dan suhu), identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (hipertensi dan kadar kolesterol tinggi), dan monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas. Terapeutik seperti 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 dan lakukan pencegahan infeksi. Edukasi seperti anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol, anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, dan ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).



Menurut asumsi peneliti intervensi keperawatan pada perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, anak yang menderita Sindrom Nefrotik mengalami kenaikan tekanan darah, dan seharusnya perawat mengawasi makanan pasien yang memacu faktor untuk hipertensi dan hiperkolestrol, dan mengawasi faktor resiko gangguan sirkulasi.

Pada diagnosa resiko dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : imununosupresi, rencana intervensi berdasarkan SIKI dilakukan: 1) Pencegahan infeksi dengan observasi seperti monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Terapeutik seperti batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, dan pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. Edukasi seperti jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi dan anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

2) Manajemen nutrisi dengan observasi seperti identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleran makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi, monitor asupan makanan, monitor berat badan, dan monitor hasil pemeriksaan laboratorium. Terapeutik seperti fasilitasi menentukan pedoman diet, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, dan berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein. Edukasi seperti anjurkan posisi duduk dan ajarkan diet yang diprogramkan. Kolaborasi seperti kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan dan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Menurut Wong (2012), intervensi keperawatan pada diagnosa hipervolemia, diharapkan pasien tidak menunjukkan bukti infeksi. Intervensi keperawatan yang direncanakan yaitu tempatkan dalam ruang

dengan anak yang tidak terinfeksi, ajari pengunjung tentang perilaku pencegahan yang tepat (mencuci tangan), gunakan teknik mencuci tangan yang baik, ajari orangtua tentang tanda dan gejala infeksi.

Menurut asumsi peneliti intervensi keperawatan pada resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: imununosupresi, daya tahan tubuh pasien Sindrom Nefrotik rentan dan mudah mendapatkan infeksi, sebaiknya ruangan pasien di jauhkan dari pasien penyakitnya yang menular dan perawatan membatasi pengunjung yang membesuk pasien, ajarkan orang tua mencuci tangan yang benar dan beri diit sesuai program yang telah ditetapkan.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Peneliti melakukan semua implementasi berdasarkan tindakan yang telah direncanakan pada intervensi keperawatan selama 5 hari dari tanggal 7 April sampai 11 April 2022. Pada diagnosa keperawatan Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, yaitu memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema), memantau frekuensi nafas, TD, nadi dan suhu, memantau intake dan output cairan, memantau efek samping obat furosemid, memantau turgor kulit, memantau jumlah, warna dan berat jenis urine, memantau kadar albumin dan protein total, memantau hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, BUN), menimbang berat badan setiap hari, membatasi asupan cairan dan garam, meninggikan kepala tempat tidur 30-40°C, mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, dan berkolaborasi pemberian obat furosemide.

Penatalaksanaan edema pada Sindrom 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 (Ngastiyah, 2014).

Peningkatan preamelitas kapiler glomerular akan berakibat kurangnya protein plasma dan kemudian akan terjadi proteinuria. Menyebabkan hipoalbuminemia sehingga tekanan osmotik plasma menurun dan cairan intravaskuler (Nuari & Widayati, 2017).

Menurut analisa peneliti, pelaksanaan implementasi pada diagnosa ini sangat penting untuk mengetahui perubahan yang status perkembangan pada anak. adanya keseimbangan intake dan output cairan dalam 24 jam, mengetahui adanya perubahan berat badan, mengetahui adanya perubahan tekanan darah. Hal ini juga berkaitan dengan pola elimiasi urine, jumlah urine dan warna urine. Perubahan-perubahan ini harus dimonitor karena berpengaruh terhadap pengobatan yang akan diberikan selanjutnya.

Implementasi pada risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, yaitu memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna dan suhu), mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (hipertensi dan kadar kolesterol tinggi), memantau panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, melakukan pencegahan infeksi, menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol seperti obat Furosemide, Catopril, dan Atorvastatin, menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, dan mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi

Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, Hubungan sindrom nefrotik dengan sistem kardiovaskuler terjadinya karena kenaikan hiperkolestrol dan hiperlipidemia dan terjadinya hipertensi pada penderita Sindrom Nefrotik. Hipertensi pada sindrom nefrotik terjadi akibat retensi natrium dan air intrarenal. Hipertensi juga dihubungkan dengan jumlah nefron seperti yang didapatkan pada anak karena peningkatan tekanan darah dan penurunan tekanan onkotik plasma juga merangsang sintesis lipoprotein hati. Lipoprotein densitas rendah

dan kolestrol paling sering meningkat, tetapi seiring dengan penurunan tekanan onkotik plasma yang lebih lanjut, lipoprotein densitas sangat rendah dan trigliserida juga meningkat. Kehilangan yang berlebihan dari faktor protein plasma yang mengatur sintesis dan pembuangan lipoprotein dalam urin juga dapat mempengaruhi keadaan hiperkolesterolemia (Nuari & Widayati, 2017).

Menurut analisa peneliti, perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dapat di tegakan dengan batasan karakteristik dalam teori, hipertensi pada sindrom nefrotik terjadi akibat retensi natrium dan air intrarenal. Hipertensi juga dihubungkan dengan jumlah nefron seperti yang didapatkan pada anak karena peningkatan tekanan darah.

Pada diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : imununosupresi, yaitu memantau tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, memantau asupan makanan, memantau berat badan, memantau hasil pemeriksaan laboratorium, memberikan perawatan kulit pada area edema, mengajarkan cara mencuci tangan yang benar, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, mengajarkan diet yang diprogramkan yaitu diit MB Nefrotik 1100 kkal, berkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, dan berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.

Menurut Ngastiyah (2014), Sindrom Nefrotik merupakan penyakit dengan gejala edema, proteinuria, hipoalbuminemia, dan hiperkolesterolemia dan kadang- kadang terdapat hematuria, hipertensi, dan penurunan fungsi ginjal. Penyebab Sindrom Nefrotik yang pasti belum diketahui, akhir-akhir ini dianggap sebagai suatu penyakit autoimun, yaitu suatu reaksi antigen-antibodi.

Menurut analisa peneliti, resiko infeksi terjadi karena kerusakan golemulus dan filtrasi ginjal terganggu sehingga imunoglobulin lolos

dalam filtrasi dan masuk ke dalam urine. Kerusakan glomerulus juga menyebabkan protein terfiltrasi dan ikut keluar bersama urine dan terjadi hipoalbuminemia. Respon tubuh anak adalah rendahnya daya tahan tubuh pada anak. Implementasi yang dilakukan sudah sesuai dengan intervensi yang dibuat dengan monitor status nutrisi pada anak, memberikan diet MB nefrotik, dan mengajarkan keluarga cara mencuci tangan yang benar.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan pada tanggal 7 – 11 April 2022 dengan metode penilaian *Subjektive, Objektif, Assasment, Planning* (SOAP). Hasil evaluasi keperawatan dari diagnosa keperawatan hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi pada hari terakhir didapatkan, sembab pada kelopak mata, wajah dan perut An.A sudah mulai berkurang serta masih rewel, An.A tampak sudah tidak pucat, An.A sudah tak tampak gelisah, sembab pada palbebra An.A sudah mulai berkurang dari hari sebelumnya, lingkaran perut 63 cm, intake:  $\pm 1522,4$  cc, output :  $\pm 1378,4$  cc, balance cairan : +144 cc, BB An.A 15,3 kg, dan urin masih tampak keruh dan berbuih.

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

Menurut Putri (2019), hasil evaluasi pada diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, sembab pada bagian mata, wajah, perut anak tampak berkurang, anak masih sedikit pucat, sembab pada palbebra tampak berkurang, asites pada anak tampak berkurang, lingkaran perut 43 cm, intake cairan  $\pm 1400$  cc, output  $\pm 1200$  cc, BB anak 11 kg, suhu  $36,7^{\circ}\text{C}$ , HR 104x/i, RR 22x/i, protein urin positif (+3), total protein 4,6 g/dl (6,6 – 8,7 g/dl), albumin 1,3 g/dl (3,8 - 5,0 g/dl), anak mendapatkan Lasix  $2 \times 10$  mg.

Menurut analisa peneliti, masalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ini terjadi karena adanya penurunan albumin yang mengakibatkan penurunan osmotik plasma dan peningkatan tekanan hidrostatik, sehingga cairan diruang intravaskuler pindah ke ruang interstisial sehingga terjadinya edema pada palpebra, ekstremitas, dan abdomen, peningkatan berat badan, dan gelisah pada anak.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada An.A selama 5 hari pada diagnosa keperawatan risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi didapatkan sembab pada kelopak mata, wajah dan perut An.A sudah mulai berkurang. An.A sudah tampak tidak pucat, TD : 116/85 mmHg, trombosit  $774 \text{ } 10^3/\text{mm}^3$  ( $150 - 450 \text{ } 10^3/\text{mm}^3$ ), HDL : 58 (>66), LDL : 371 (<150), dan berat badan 15,3 kg.

Menurut analisa peneliti, risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi terjadi karena hiperkolesterol serta hiperlipidemia yang mengakibatkan pasien Sindrom Nefrotik mengalami hipertensi. Hipertensi pada pasien Sindrom Nefrotik terjadi karena retensi natrium serta air intrerenal. Jumlah nefron seperti yang ada pada anak akibat peningkatan tekanan darah juga memiliki hubungan dengan terjadinya hipertensi.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada An.A selama 5 hari pada diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : imununosupresi didapatkan An.A masih rewel An.A sudah menderita Sindrom Nefrotik sejak September 2021, An.A sudah tak tampak gelisah, leukosit:  $18,21 \text{ } 10^3/\text{mm}^3$ , total protein: 2,9 g/dL (6,6 - 8,7), albumin: 1,0 g/dL (3,8 - 5,0), leukosit urine: 20 - 25 /LPB (<5), protein urine: ++++, membran mukosa membaik, dan nafsu makan membaik.

Menurut analisa peneliti, risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: imununosupresi, terjadi karena adanya hipoalbuminemia sehingga anak mengalami penurunan daya tahan tubuh. Hal ini diakibatkan oleh imunoglobulin tidak terfiltrasi dan masuk ke dalam urin. Oleh karena itu, keluarga perlu mengetahui cara pencegahan infeksi dengan cuci tangan yang baik dan benar. Kriteria hasilnya adalah nafsu makan meningkat, bengkak menurun, letargi menurun, kadar sel darah putih membaik.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada An.A dengan Sindrom Nefrotik di ruang kronis IRNA kebidanan dan anak RSUP Dr. M. Djamil Padang yang dilakukan mulai tanggal 7 April sampai 11 April 2022 peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pasien Anak A perempuan berusia 2 tahun 5 bulan di bawa ke RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 6 April 2022 pukul 15.20 WIB masuk melalui IGD dengan keluhan utama sembab diseluruh tubuh sejak 5 hari sebelum masuk rumah sakit dan An.A tampak pucat. Pada pengkajian yang dilakukan tanggal 7 April 2022 dengan hari rawatan ke-2 didapatkan anak tampak sembab terutama pada wajah, kelopak mata, dan asites pada perut. Ny.H juga mengatakan An.A pilek, nafsu makan berkurang, rewel, gelisah, dan urine keluar sedikit berwarna kecokelatan dan keruh. Lingkar perut An.A yaitu 64 cm dan berat badan 15,5 kg.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada sindrom nefrotik sebanyak 3 diagnosa keperawatan. Berdasarkan kasus, diagnosa keperawatan yang muncul pada An.A adalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, dan risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: imununosupresi.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Intervensi yang diberikan yaitu seperti manajemen hipervolemia dan pemantauan cairan. b. risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Intervensi yang diberikan yaitu perawatan sirkulasi. c. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:



imununosupresi. Intervensi yang diberikan yaitu pencegahan infeksi dan manajemen nutrisi.

4. Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai intervensi keperawatan yang telah disusun selama lima hari yaitu pada tanggal 7 April- 11 April 2022. Sebagian besar intervensi keperawatan dapat dilaksanakan pada implementasi keperawatan. Implementasi utamanya yaitu memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema), memantau frekuensi nafas, tekanan darah, nadi dan suhu, memantau intake dan output cairan, memantau kadar albumin dan protein total, memantau hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, BUN), menimbang berat badan setiap hari , berkolaborasi pemberian obat, memantau hasil pemeriksaan laboratorium dan mengajarkan diet yang diprogramkan yaitu diet MB Nefrotik 1100 kkal.
5. Hasil evaluasi keperawatan pada An.A selama lima hari dengan metode penilaian *Subjektive, Objektif, Assasment, Planning* (SOAP). Pada diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi teratasi sebagian pada hari ke lima, risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin teratasi sebagian pada hari ke lima, dan risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: imununosupresi teratasi ssebagian pada hari ke lima.

## **B. Saran**

1. Bagi Ruang Rawat Inap Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang  
Diharapkan perawat ruangan melakukan pengkajian lebih dalam agar dapat menggali masalah baru, dan pada masalah keperawatan yang diangkat tidak hanya masalah utama saja, perawat diharapkan lebih memperhatikan rencana yang sudah dilakukan dan mempertahankan agar berjalan secara optimal dan berkesimbangan.

## 2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menyediakan dan memperbanyak sumber buku dan jurnal kesehatan yang terbaru dan kepustakaan tentang asuhan keperawatan pada anak dengan Sindrom Nefrotik, dikarenakan kurangnya sumber buku terbaru mengenai intervensi asuhan keperawatan pada anak dengan Sindrom Nefrotik.

## 3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti dapat mengembangkan penelitian lebih lanjut mengenai asuhan keperawatan pada anak dengan Sindrom Nefrotik. Selain itu, peneliti selanjutnya dapat melakukan pengkajian secara tepat dan mampu menegakkan diagnosa berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan dan melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana keperawatan yang telah disusun dan mendokumentasikan hasil tindakan yang dilakukan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, T. Q. (2018). Aspek Klinis, Diagnosis dan Tatalaksana Sindroma Nefrotik pada Anak. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 1(2), 81–88.
- Arsita, E. (2017). Pendekatan Diagnosis dan Tata Laksana Sindroma Nefrotik. *Jurnal Kedokteran Meditek*, 23(64), 73–82.
- Arvin, B. K. (2012). *Ilmu Kesehatan Anak Nelson* (A. S. Wahab (ed.); 15th ed.). EGC.
- Bariid, B., & Indri, P. (2015). *Dasar-Dasar Patofisiologi Terapan* (Y. N. I. Sari & R. Damayanti (eds.); 2nd ed.). Bumi Medika.
- Harmilah. (2020). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. PT. Pustaka Baru.
- Immawati, I. (2018). Pengaruh Kepatuhan Pengobatan Terhadap Kejadian Kekambuhan pada Anak Pengidap Sindrom Nefrotik. *Jurnal Wacana Kesehatan*, 2(2). <https://doi.org/10.52822/jwk.v2i2.49>
- Juliantika, R., Lestari, H. I., & Kadir, M. R. (2017). Korelasi antara Hipoalbuminemia dan Hiperkolesterolemia pada Anak dengan Sindrom Nefrotik. *Majalah Kedokteran Sriwijaya*, 49(2), 87–92.
- Kampus Ungu. (2020). *Ginjal Sehat dengan Tanaman Herbal* (Guepedia (ed.)). Guepedia.  
[https://www.google.co.id/books/edition/Ginjal\\_Sehat\\_Dengan\\_Tanaman\\_Herbal\\_Pilih/y41LEAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=ginjal+adalah&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Ginjal_Sehat_Dengan_Tanaman_Herbal_Pilih/y41LEAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=ginjal+adalah&printsec=frontcover)
- Mainnah, N. M., Hendriyono, F. X., Muljanto, S., Lambung, U., Banjarmasin, M., Klinik, D. P., Kedokteran, F., Ilmu, D., & Anak, K. (2019). Gambaran Kadar Kalsium Total dan Vitamin D pada Anak Sindrom Nefrotik di RSUD Ulin Banjarmasin. *Homeostatis*, 2(3), 451–460.
- Mamesah, R. S., Umboh, A., & Gunawan, S. (2016). Hubungan Aspek Klinis dan Laboratorium dengan Tipe Sindrom Nefrotik pada Anak. *E-CliniC*, 4(1), 349–353. <https://doi.org/10.35790/ecl.4.1.2016.10981>
- Manado, P. R. D. K., Suwontopo, L., Umboh, A., & Wilar, R. (2020). Analisis Hubungan Angka Kejadian, Gambaran Klinik dan Laboratorium Anak

- Dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *JKK (Jurnal Kedokteran Klinik)*, 4(1), 6–14.
- Manalu, E. (2019). Sindrom Nefrotik Resisten Steroid. *Jurnal Ilmiah WIDYA*, 5(3), 1–8.
- Marcdante, K. J., & Kilegman, R. M. (2019). *Nelson Essentials Of Pediatrics* (8th ed.). Elsevier.
- Ngastiyah. (2014). *Perawatan Anak Sakit* (M. Ester (ed.); 2nd ed.). Kedokteran EGC.
- Noviani, A. P. (2019). Asuhan Keperawatan An. U Usia Sekolah (11 Tahun) dengan Gangguan Sistem Perkemihan Akibat Sindrom Nefrotik Akut di Ruang Tanjung Anak RSUD R. Syamsudin, SH Kota Sukabumi. *Karya Tulis Ilmiah*, 1–9. <http://eprints.ummi.ac.id/id/eprint/1209>
- Nuari, N. A., & Widayati, D. (2017). *Gangguan pada Sistem Perkemihan dan Penatalaksanaan Keperawatan*. Deepublisher.
- Nurhasnah, N., Elvina, R., & Lestari, D. (2018). Kejadian Infeksi pada Pasien Sindrom Nefrotik di Rumah Sakit “ X ” Jakarta. *Media Farmasi Vol. 15 No.2*, 122–131.
- Olfah, Y. (2016). *Dokumentasi Keperawatan*. Pusdik SDM Kesehatan.
- Pambudi, A., & Muryawan, M. (2015). Karakteristik Kejadian Penyakit Ginjal Kronik pada Sindrom Nefrotik Anak. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 4(4), 418–426.
- Papadakis, M. A. (2019). *Current Medical Diagnosis & Treatment* (M. W. Rabow (ed.); 58th ed.). McGraw-hill Education.
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Dewan Pengurusan Pusat PPNI.
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Dewan Pengurusan Pusat PPNI.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Dewan Pengurusan Pusat PPNI.
- Rachmadi, Dedi, Sekarwana, N., Hilmanto, D., & Garna, H. (2017). *Buku Ajar Nefrologi Anak* (3rd ed.). Badan Penerbitan Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Raihan. (2019). Metodologi Penelitian. In *Journal of Chemical Information and*

*Modeling* (Vol. 53, Issue 9).

Rinaldi, S. F., & Mujiyanto, B. (2017). *Metodologi Penelitian dan Statistik*. Pusdik SDM Kesehatan.

Siyoto, S., & Sodik, A. (2015). *Dasar Metodologi Penelitian* (Ayup (ed.)). Literasi Media Publishing.

Surahman. (2016). *Metodologi Penelitian*. Pusdik SDM Kesehatan.

Wigati, R., & Laksmi, E. (2016). Alternatif Terapi Inisial Sindrom Nefrotik untuk Menurunkan Kejadian Relaps. *Sari Pediatri*, 11(6), 415. <https://doi.org/10.14238/sp11.6.2010.415-19>

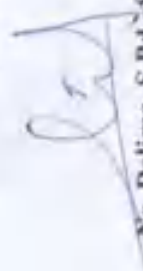
# LAMPIRAN



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN SINDROM NEFROTIK  
DIIRNA KEBIDANAN & ANAK RSUP DR. M.DJAMIL PADANG  
TAHUN 2022**

No	KEGIATAN	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
1	Konsultasi dan Acc Judul Proposal									
2	Pembuatan Proposal dan Konsultasi									
3	Pendaftaran Sidang Proposal									
4	Sidang Proposal									
5	Perbaikan Proposal									
6	Penelitian dan Penyusunan									
7	Pendaftaran Ujian KTI									
8	Sidang KTI									
9	Perbaikan KTI									
10	-Pengumpulan Perbaikan KTI									
11	Publikasi									

Pembimbing I



**Ns. Delima, S.Pd., S.Kep., M.Kes**

NIP. 19680418 198803 2 001

Pembimbing II



**Ns. Hj. Tisnawati, S.St., M.Kes**

NIP. 19650716 198803 2 002

Padang, Januari 2022

Mahasiswa




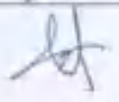



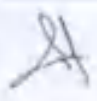

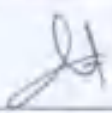

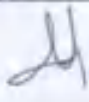
**Indah Triana Putri**

NIM. 193110137

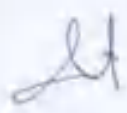
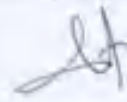
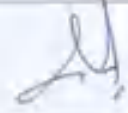
Lampiran 2

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

Nama : Indah Triana Putri  
 NIM : 193110137  
 Pembimbing I : Delima, S.Pd, M.Kes  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Sindrom Nefrotik Di  
 RSUP Dr. M. Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	13-08-2021	Konsultasi dan ACC judul proposal KTI	
2	11-10-2021	Konsultasi BAB 1 sampai 3	
3	04-11-2021	Konsultasi perbaikan BAB 1 sampai 3	
4	22-11-2021	Konsultasi perbaikan BAB 1 sampai 3	
5	04-01-2022	a. Konsultasi perbaikan BAB 1 sampai 3 b. Memperbaiki penulisan proposal KTI	
6	11-01-2022	Konsultasi perbaikan BAB 1 sampai 3	
7	13-01-2022	ACC untuk seminar proposal dengan catatan cek penulisan dan daftar pustaka	
8	12-04-2022	a. Perbaiki hasil pengkajian keperawatan b. Lanjutkan pembuatan BAB 4 dan 5	
9	14-04-2022	Konsultasi BAB 4 dan 5	
10	18-04-2022	Konsultasi perbaikan BAB 4 dan 5	



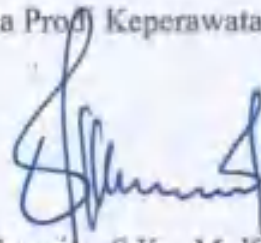
11	21-04-2022	a. Konsultasi perbaikan BAB 4 dan 5 b. Melengkapi KTI dari BAB 1-5	
12	22-04-2022	Konsultasi perbaikan abstrak, lampiran, dan penulisan	
13	25-04-2022	ACC untuk seminar hasil	

Catatan :

- Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
- Lembar konsul diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Padang











Heppi Sasmita, S.Kp, M. Kep, Sp. Jiwa

NIP. 19701020 199303 2 002

Lampiran 3

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

Nama : Indah Triana Putri  
 NIM : 193110137  
 Pembimbing 2 : Ns. Hj. Tisnawati, S.St, M.Kes  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Sindrom Nefrotik Di  
 RSUP Dr. M. Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	25-09-2021	Konsultasi BAB 1	
2	30-09-2021	Konsultasi perbaikan BAB 1	
3	08-10-2021	Konsultasi perbaikan ke-2 BAB 1	
4	16-10-2021	a. Lakukan studi awal untuk bisa mengisi BAB 1 dan 3 b. Lengkapi bahan-bahan / sumber referensi c. Minta surat pengantar di prodi	
5	12-01-2022	a. Cek lampiran dan penulisan b. Buat gantchart	
6	13-01-2022	ACC untuk ujian proposal	
7	12-04-2022	Konsultasi hasil pengkajian keperawatan	
8	19-04-2022	a. Konsultasi BAB 4 dan 5 b. Sinkronkan pembahasan pada paragraf hasil labor c. Paragraf pada pembahasan intervensi keperawatan terlalu panjang	

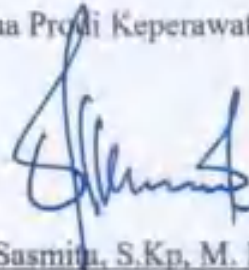
9	21-04-2022	Konsultasi perbaikan BAB 4 dan 5	1
10	21-04-2022	a. Lengkapi BAB 1-5 dan lampiran lainnya b. Buat abstrak, absensi penelitian	1
11	22-04-2022	a. Perbaiki abstrak b. Perbaiki daftar lampiran c. Cek lampiran kembali d. Cek daftar isi	1
12	26-04-2022	ACC untuk ujian hasil KTI	1

Catatan :

- Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
- Lembar konsul diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Padang



Heppi Sasmita, S.Kp, M. Kep, Sp. Jiwu

NIP. 19701020 199303 2 002



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG**  
JL. SIBANGI PONDOK KEDY MANGGALA YELP. (0751) 7081300 PADJ. (0751) 7081300 PADANG 25144  
Email : [ppk@kemkes.go.id](mailto:ppk@kemkes.go.id) Telp. *Bantuan Keperawatan (0751) 7081340*



Nomer : PP.03.01/0854 / 2021  
Lamp : -  
Perihal : *izin Survey Data*

16 Desember 2021

Kepada Yth. :

Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Selubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2021/2022, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan **Survey Data** di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin ( Nama Mahasiswa Terlampir ):

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Direktur Poltekkes Kemenkes Padang



**Dr. Bahon Murni, SKM, M.Si**  
Np. 079610137986031002



Lampiran:  
Nomor : PP.03.01/ /2021  
Tanggal : 16 Desember 2021

**NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA**

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Areka Novita	193110126	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan Tidur pada Pasien TB Paru Di Ruang IRNA Penyakit Dalam RSUP DR.M.Djamil Padang
2	Bunga Latifa	193110130	Asuhan Keperawatan pada Pasien CHF Di Bangsal Jantung RSUP DR.M.Djamil Padang
3	Gustia Anggun Rizovi	193110134	Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara Di IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang
4	Indah Triana Putri	193110137	Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindroma Nefrotik Di Ruang IRNA Kebidanan Dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang
5	Mutiara Putri Sari	193110141	Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Serviks Di IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang
6	Nurul Fatima Sari	193110144	Asuhan Keperawatan Jiwa Gangguan Konsep Diri pada Pasien Stroke Di RSUP Dr.M.Djamil Padang
7	Ade Surya Ningsih	193110121	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Pasien dengan Tb Paru Di Irna Penyakit Dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang
8	Sinta Arya Ningsih	193110153	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi pada Pasien CHF di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang
9	Zahratul Jannah	193110200	Asuhan Keperawatan pada Pasien Hipertensi dengan Diabetes Mellitus (DM) Di IRNA Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
JL. SIMPANG PONDOK KOPI HANGGALO TELP. (0751) 7951300 FAX: (0751) 7058128 PADANG 25146



10	Adni Tamara	193110161	Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien dengan Infark Miokard Akut di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang
11	Afri Mursal	193110122	Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Inap Syaraf RSUP DR. M. Djamil Padang
12	Farda Apta Wandri	193110173	Asuhan Keperawatan pada Pasien Human Immunodeficiency Virus (HIV) Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) Di Ruang Ina Penyakit Dalam RSUP DR. M. Djamil Padang
13	Ali Akbar Pramayasa	193110123	Asuhan Keperawatan Gangguan Keseimbangan Cairan dan Elektrolit pada Pasien dengan CKD di RSUP Dr. M. Djamil Padang

Dirjen Poltekkes Kemenkes Padang



**Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si**  
Nip. 196101131986031002



**LEMBARAN DISPOSISI**  
**Instalasi Rekam Medis**

Tgl/Nomor : *2012-11-11*

Asal : Koordinator Penelitian Dan Pendidikan

Isi / Ringkasan : Izin Simval Awal / izin Melakukan Penelitian an. *... di ...*

**INTRUKSI / INFORMASI :**

*Apa semua sudah*

*tidak dipasokkan izin  
aturan yang berlaku hrs.*

*f se/pan*

**DYTERUSKAN KEPADA :**

- Ka. Instalasi Rekam Medis
- Sekretaris Rekam Medis
- Sub P.J. Administrasi
- Sub P.J. Logistik
- P.J. Rekam Medis IGD
- P.J. Rekam Medis Rawat Jalan
- P.J. Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap
- P.J. Monitoring Evaluasi Rekam Medis & Pelaporan
- .....



**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**  
**DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM**  
**KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN**

Jln. Perintis Kemerdekaan Padang -25127  
Telp. (0751) 893324, 810253, 810254, ext 245  
Email : diklat.mdjamil@yahoo.com

**NOTA DINAS**

Nomor : LB.01.02/XVI.1.3.2/keb/IXII/2021

Yth.                    1. Ka. Instalasi Rekam Medis  
                          2. Ka. IRNA Kebidanan dan Anak

Dari                    Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan  
Hal                    Izin Survei Awal  
Tanggal              : 23 Desember 2021

Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keterangan kepada:

Nama                : Indah Triana Putri  
NIM/ BP            : 193110137  
Institusi            : D3 Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

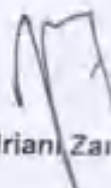
Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapak/Ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

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

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

*keu 4/kebidanan dan anak RSUP*

*keu 20/12 (10.14)*

  
dr. Adriani Zanir



Lampiran 6

INSTALASI RAWAT INAP KEBIDANAN & ANAK  
RSUP Dr.M.DJAMIL PADANG  
LEMBARAN DISPOSISI

Indek : 323 Tgl Terima : 20/12/21	Rahasia : Secara : Biasa : Tanggal Penyelesaian :
Kode Asli/Tambahan	
Tanggal : 23/12/21	
Nomor : LB-01-02/XU-1.3.2/3026/XI/2021	
Asal : DKK/ak	
Isi Ringkas : Istim (MURVAI) awal am - Indah Permira Putri	
Instruksi / Informasi	Diteruskan kepada :



**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**  
**DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM**  
**KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN**

Jln. Perintis Kemerdekaan Padang -25127  
Telp. (0751) 893324, 810253, 810254, ext 245  
Email : dkklat.mdjamil@yahoo.com

**NOTA DINAS**

Nomor : LB.01.02/XVI.1.3.2/Rek/IRNA/XII/2021

Yth. : 1. Ka. Instalasi Rekam Medis  
2. Ka. IRNA Kebidanan dan Anak

Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan  
Hal : Izin Survei Awal  
Tanggal : 23 Desember 2021

Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keterangan kepada:

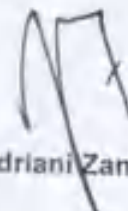
Nama : Indah Triana Putri  
NIM/ BP : 193110137  
Institusi : D3 Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang


Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapak/Ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

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

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

MB : Setuju difasilitasi untuk mendapatkan data awal / keterangan guna menyusun proposal penelitian sesuai dengan topik yang diperlukan dan sesuai dengan aturan Rumah Sakit  
Padang, 28 Desember 2021

  
dr. Adriani Zanir

  
dr. Yuni Rani, S. Kes

## Lampiran 7



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN PADANG**  
JL. SIMPANG PONDOK KOPI NANGGALO TELP. (0751) 7051300 FAX: (0751) 7058128 PADANG 25148  
Website : <http://www.poltekkes-pdg.ac.id>



Nomor : PP.03.01/00607/2022

26 Januari 2022

Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth. :

Direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang

Di

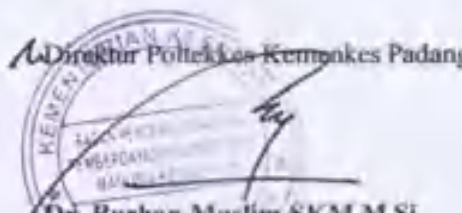
Tempat.




Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin a.n :

NO	N A M A /NIM	JUDUL KTI
1	Indah Triana Putri / 193110137	Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindrom Nefrotik di Ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

  
Direktur Poltekkes Kemenkes Padang  
**Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si**  
Nip. 196101131986031002

	<b>KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</b> <b>DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN</b> <b>RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG</b> Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25137 Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax: (0751) 323731 Website : www.rsdjamil.co.id, E-mail : rsupdjamil@yahoo.com	
Nomor : LB.01.02/XVI.1.3.2/133/II/2022	11 Februari 2022	
Perihal : Izin Melakukan Penelitian a.n. <u>Indah Triana Putri</u>		
<b>Yang terhormat,</b> <b>Direktur Poltekkes Kemenkes Padang</b> <b>Di</b> <b>Tempat</b>		
Sehubungan dengan surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor PP.03.01/00605/2022 tanggal 26 Januari 2022 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:		
Nama : Indah Triana Putri		
NIM/BP : 193110137		
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 :		
<b>"Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindrom Nefrotik di Ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang "</b>		
Dengan catatan sebagai berikut:		
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Penelitian yang bersifat intervensi, harus mendapat persetujuan dari panitia etik penelitian kesehatan dengan dikeluarkannya "Ethical Clearance"</li><li>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.</li><li>3. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Bagian Diklit RSUP, Dr. M. Djamil Padang (dalam bentuk CD/soft copy/upload link: <a href="mailto:lit@litbangrsupmdjamil">lit@litbangrsupmdjamil</a>).</li><li>4. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.</li></ol>		
Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.		
	a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan	
	 dr. Adnani Zuhri NIP. 197309112006012008	
Tembusan		
1. Instalasi Terkait		
2. Yang bersangkutan		

Lampiran 9

INSTALASI RAWAT INAP KEBIDANAN DAN ANAK  
RSUP Dr.M.DJAMIL PADANG  
LEMBARAN DISPOSISI

Irtek : 21 Tgl Terima : 21/5/2022	Rahasia : Segera : Biasa :
Kode : Asli Terhutan	Tanggal Penyelesaian :
Tanggal : 21/5/2022 Nomor : LB 01/2/2021-32/223/II/2022 Asal : Bukit Isi Ringkas : Rinc. Melahirkan Rehidrasi dan obat T. 1022	
Instruksi / Informasi	Diterima dan kopik:

KEPADA YB/KOORDINATOR PENELITIAN

YB : Ka. Instalasi Kebidanan dan Anak  
Dini : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan  
Hal : Izin Melakukan Penelitian  
Tanggal : 11 Februari 2022

Sehubungan dengan surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor PA/0000000000/2022 tanggal 26 Januari 2022 perihal konsultasi atas, bersama ini kami sampaikan peneliti

Nama : Indah Triang Putri  
NIM/BP : 193110137  
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"**

Demikian kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Dr. Adrian Zantir

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

NB Situasi difasilitasi untuk mendapatkan data/keterangan guna menunjang proposal / KTI penelitian sesuai dengan bpk yang diajarkan dan sesuai dengan aturan Rumah Sakit Padang, di ~~Seputih~~ <sup>Seputih</sup> ~~2022~~ <sup>2022</sup>   
Maret ( Ns. Yoni Pahrni, S.kep )

## Lampiran 10

### Permohonan Menjadi Responden

Kepada Yth,  
Bapak/ibu calon Responden  
Di Tempat

Dengan Hormat  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Indah Triana Putri  
NIM : 193110137  
Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes  
Kemenkes Padang

Bersama ini kami memohon Bapak/ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini yang berjudul " **Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Sindrom Nefrotik di Ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr M Djamil Padang**".

Penelitian ini bersifat sukarela, Ibu/Bapak dan keluarga boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun bapak/ibu dan keluarga inginkan tanpa ada konsekuensi dan dampak tertentu.

Sebelum bapak ibu memutuskan, saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai bahan pertimbangan untuk ikut serta dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini untuk Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Sindrom Nefrotik di Ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr M Djamil Padang.
2. Dalam penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Hasil penelitian ini akan diberikan institusi tempat peneliti bekerja dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas bapak dan ibu.
3. Jika ada yang belum jelas, silahkan ditanyakan kepada peneliti
4. Jika bapak/ ibu sudah memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan bapak/ibu menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan yaitu *informed consent*

Padang, 7 April 2022

Peneliti: **Indah Triana Putri**

## INFORMED CONCENT

(Lembar Persetujuan )

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Responden : Hani Suska

Umar/ tanggal lahir : 35 th / 27 September 1987

Penanggung jawab : Hani Suska

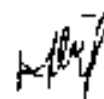
Hubungan : Ibu

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Indah Triana Putri, NIM 193110137, Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Lunasan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Demikianlah surat persetujuan ini saya tanda tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Padang, 7 - 4 - 2022

Responden



( Hani Suska )



## Lampiran 11

### DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Indah Triana Putri  
NIM : 193110137  
Asal Institusi : Poltekkes Kemenkes RI Padang  
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Sindrom Nefrotik di Ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr M Djamil Padang

No	Hari/Tanggal	Nama Perawat	Tanda Tangan
1	Kamis / 07 April 2022		Raf
2	Jum'at / 08 April 2022		Raf
3	Sabtu / 09 April 2022	<u>Ns ANGGUNATRISIA S.Kep</u> SPN-1101-11030412021	Aut
4	Minggu / 10 April 2022	<u>Ns ANGGUNATRISIA S.Kep</u> SPN-1101-11030412021	Aut
5	Senin / 11 April 2022		Fulwa



Mengetahui ,

Kepala Ruangan

a/n

( )

## Lampiran 12

	<b>KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</b> <b>DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN</b> <b>RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG</b> Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127 Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax. (0751) 323731 Website : www.rsdjamil.co.id, E-mail : rsupdjamil@yahoo.com	
---	--	---

**SURAT KETERANGAN**  
**LB.01.02/XVI.1.3.2/105/V/2022**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

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

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Indah Triana Putri  
NIM/BP : 193110137  
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang


Telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Rawat Inap Anak (Ruang Kronis Anak) RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 07 April 2022 s/d 11 April 2022, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :


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

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan seperlunya.

Padang, 25 Mei 2022

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

  
dr. Adriani Zahir  
NIP. 197309112008012008

 TERAKREDITASI KARS

## Lampiran 13

### ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN SINDROM NEFROTIK

Waktu pengkajian	Hari	Tanggal	Jam
	Kamis	7 April 2022	11.00 WIB

Rumah sakit/ klinik/ puskesmas	: RSUP Dr.M. Djamil Padang
Ruangan	: Kronik
Tanggal masuk RS	: 6 April 2022
No. Rekam Medik	: 01.13.45.27
Sumber informasi	: Ibu An.A
<b>I. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA</b>	
<b>1. IDENTITAS ANAK</b>	
Nama/ panggilan	An.A
Tanggal lahir/ umur	18 Oktober 2019 / 2 tahun 5 bulan
Jenis kelamin	Perempuan
Agama	Islam
Pendidikan	-
Anak ke/ jumlah saudara	3/3
Diagnose Medis	Sindrom Nefrotik Relaps + Asites

<b>2. IDENTITAS ORANGTUA</b>	<b>IBU</b>	<b>AYAH</b>
Nama	Ny. H	Tn.D
Umur	31 tahun	36 tahun
Agama	Islam	Islam
Suku bangsa		
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	IRT	Petani
Alamat	Dusun Tombang Kopiah Kuantan Tengah Riau	

<b>3. IDENTITAS ANGGOTA KELUARGA YANG TINGGAL SERUMAH</b>							
No	Nama (inisial)	Usia (bl/th)	Jenis kelamin	Hub. Dg KK	pendidikan	Status kesehatan	Ket
1	An.P	10 th	Pr	Anak	SD	Sehat	
2	An.A	5 th	Lk	Anak		Sehat	

<b>II. RIWAYAT KESEHATAN</b>	
KELUHAN UTAMA	An.A masuk ruang kronik RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD tanggal 6 April 2022 pukul 15.20 WIB dengan keluhan sembab di seluruh tubuh sejak 5 hari sebelum masuk rumah sakit dan An.A tampak pucat.

<b>1. Riwayat Kesehatan Sekarang</b>
Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 7 April 2022 pada pukul 11.00 WIB dengan hari rawatan ke-2, An.A tampak sembab di seluruh tubuh terutama pada wajah, kelopak mata, dan perut. Ibu An.A mengatakan perut semakin membesar sejak 5 hari

sebelum masuk rumah sakit. Ny.H mengatakan An.A pilek dan demam hilang timbul sejak 6 hari yang lalu. Ny.H juga mengatakan An.A rewel, gelisah dan nafsu makan berkurang. Urine keluar sedikit, tampak keruh dan berbuih. Berat badan An.A saat ini 15,5 kg dan sebelum sakit BB An.A 12 kg.

## 2. Riwayat kesehatan dahulu

### a. Prenatal

Riwayat gestasi	G <sub>3</sub> P <sub>3</sub> A <sub>0</sub> H <sub>3</sub>
HPHT	-
Pemeriksaan kehamilan	Bidan
Frekuensi	Teratur setiap 1 kali sebulan
Imunisasi HB 0	Ada
Masalah waktu hamil	Tidak ada
Sikap ibu sewaktu kehamilan	Positif
Emosi ibu sewaktu hamil	Stabil
Obat- obat yang digunakan	Tablet Fe dan Vit C
Perokok	-
Alkohol	-

### b. Intranatal

Tanggal persalinan	18 Oktober 2019
BBL/PBL	3200 gr / 54 cm
Usia gestasi saat lahir	39 minggu
Tempat pesalinan	Bidan
Penolong persalinan	Bidan
Jenis persalinan	Normal / spontan
penyulit persalinan	Tidak ada

### c. Post natal (24 jam)

APGAR skor	-
Inisiasi menyusui dini (IMD)	Ada
Kelainan kongenital	Tidak ada

### d. Penyakit yang pernah diderita anak

An.A mengalami SN sejak september 2021, dan sudah mendapatkan terapi kortikosteroid pada rawatan sebelumnya yaitu pada bulan September 2021 dan Februari 2022 di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

## 3. Riwayat kesehatan keluarga

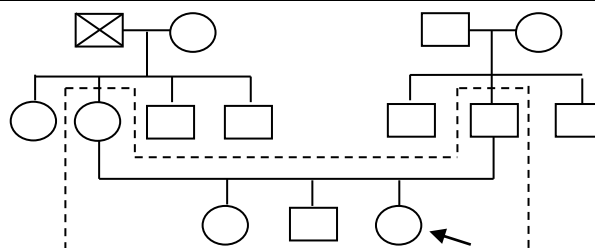
Anggota keluarga pernah sakit	Ny.H mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang sama.
-------------------------------	--

Riwayat penyakit keturunan	Tidak ada
----------------------------	-----------

### Genogram

Ket:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ↖ : Pasien
- : Tinggal serumah
- X : Meninggal



III. RIWAYAT IMUNISASI		
HB0	✓	Simpulan: Ny.H mengatakan An.A mendapatkan imunisasi yang lengkap.
BCG	✓	
Polio 1.	✓	
2.	✓	
3.	✓	
4.	✓	
DPT , Hepatitis B, Hib		
1.	✓	
2.	✓	
3.	✓	
4.	✓	
Campak	✓	
IV. RIWAYAT PERKEMBANGAN		
Usia anak saat:		
1. Berguling		: 5 bln
2. Duduk		: 9 bln
3. Merangkak		: 12 bln
4. Berdiri		: 15 bln
5. Berjalan		: 18 bln
6. Tersenyum pertama kali kepada orang tua		: -
7. Bicara pertama kali (satu kosa kata)		: 18 bln
8. Berpakaian tanpa bantuan		: -
Hasil penilaian perkembangan anak dengan Denver II		
Kesimpulan:		
V. LINGKUNGAN		
<b>Rumah:</b> Permanen		
<b>Halaman pekarangan:</b> Cukup luas		
<b>Jamban/ WC:</b> WC berada didalam rumah dan menggunakan septik tank		
<b>Sumber air minum:</b> Air galon		
<b>Sampah:</b> Dibakar dan di buang ke TPA		
VI. PENGKAJIAN KHUSUS		
A. ANAK		
1. Pemeriksaan fisik		
a. Kesadaran	GCS : 15, compos mentis KU : tampak sakit	
b. tanda vital	TD : 116/85 mmHg S : 36,5 <sup>0</sup> C N : 98 x/i RR: 24 x/i	
c. posture	<b>BB:</b> 15,5 kg <b>PB/TB:</b> 85 cm	
d. kepala	Bentuk : Bulat	
	Kebersihan : Bersih	
	Lingkar kepala: 53,5 cm	
	Benjolan: Tidak ada	

	Data lain: wajah sembab dan moon face
e. Mata	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Simetris kiri kanan</li> <li>- Edema dikedua kelopak mata (Palpebra)</li> <li>- Konjungtiva anemis</li> <li>- Sklera ikterik</li> </ul>
f. Hidung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Simetris</li> <li>- Pernafasan cuping hidung tidak ada</li> <li>- Bersih</li> </ul>
g. Mulut	Bibir tampak pucat, dan mukosa bibir lembab
h. telinga	Simetris kiri kanan, tampak bersih dan tidak ada nyeri tekan
i. leher	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pembesaran kelenjar getah bening tidak ada</li> <li>- Pembesaran vena jugularis tidak ada</li> </ul>
j. Dada	
- Thoraks	<b>Inspeksi</b> : Simetris dan tidak ada retraksi dinding dada
	<b>Auskultasi</b> : Vesikuler, tidak ada bunyi nafas tambahan (wheezing dan ronkhi)
	<b>Palpasi</b> : Fremitus kiri kanan
	<b>Perkusi</b> : Sonor
- Jantung	<b>Inspeksi</b> : Iktus kordis tidak terlihat
	<b>Auskultasi</b> : Irama jantung reguler, tidak ada bunyi jantung tambahan
	<b>Palpasi</b> : Iktus kordis teraba 1 jari RIC V kiri
k. Abdomen	<b>Inspeksi</b> : Asites , tampak menegang
	<b>Auskultasi</b> : Bising usus, normal
	<b>Palpasi</b> : Supel, tidak ada nyeri tekan, hepar tidak teraba
	<b>Perkusi</b> : Timpani
	<b>Lingkar perut:</b> 64 cm
l. Kulit	Teraba hangat, kulit tegang pada bagian tangan, kaki dan perut, dan turgor kulit kembali cepat.
m. ekstremitas atas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edema pitting (+), CRT &lt;2 detik</li> <li>- Edema dipergelangan tangan hingga siku</li> <li>- Terpasang threeway di tangan kiri An.A</li> </ul>
n. ekstremitas bawah	Edema di punggung kaki
o. genitalia dan anus	Edema di labia mayora
2. kebiasaan sehari- hari	
a. nutrisi dan cairan	<p><b>Sehat :</b></p> <p>Jenis : makanan biasa (nasi, lauk pauk, sayur dan kadang-kadang makan buah seperti pisang)</p> <p>Frekuensi : 2-3 x sehari</p> <p>Pola makan :Tidak teratur, kadang habis terkadang hanya menghabiskan ½ porsi saja</p> <p>Pola minum : air putih ±7 gelas sehari dan sesekali minum</p>

	susu <b>Sakit :</b> Pola makan : An.A mendapatkan diit MB Nefrotik 1100 kkal, An.A hanya menghabiskan ½ porsi saja Pola minum : An.a hanya minum ±1300 cc dalam sehari		
b. istirahat dan tidur	<b>Siang:</b> <b>Sehat</b> Pola tidur : tidak teratur Jumlah jam tidur : ± 2 jam <b>Sakit</b> Pola tidur : tidak teratur Jumlah jam tidur : ± 2 jam	<b>Malam:</b> <b>Sehat</b> Pola tidur : teratur Jumlah jam tidur : ± 8 jam <b>Sakit</b> Pola tidur : teratur Jumlah jam tidur : ± 8 jam	
c. eliminasi	<b>BAK:</b> <b>Sehat</b> Frekuensi : ±4-6 x sehari Warna : Kuning jernih  <b>Sakit</b> Frekuensi : ±2-3 x sehari Jumlah : ±900 cc sehari Warna : keruh kecoklatan	<b>BAB:</b> <b>Sehat</b> Frekuensi : 1x sehari Konsistensi : lunak Warna : kuning kecokelatan  <b>Sakit</b> Frekuensi : 1x sehari Konsistensi : lunak Warna : kuning kecokelatan	
d. personal hygiene	Mandi : 2x sehari Sikat gigi : 2x sehari Cuci rambut : 3x seminggu		
e. aktifitas bermain	Ibu mengatakan An.A main di rumah bersama saudaranya		
f. rekreasi	Pola rekreasi tidak teratur		
<b>VII. DATA PENUNJANG</b>			
Laboratorium	<b>Hasil pemeriksaan darah tanggal 6 April 2022</b>		
	<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai normal</b>
	Hemoglobin	9,2 g/dL	9,6 – 15,6
	Leukosit	18,21 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	5,5 – 17,5
	Eritrosit	4,10 10 <sup>6</sup> /uL	3,40 – 5,20
	Trombosit	774 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 – 450
	Hematokrit	32 %	34,0 – 48,0
	Retikulosit	1,44 %	0,5 – 1,5
	MCV	77 fL	78,0 – 94,0

MCH	26	pg	23,0 – 31,0
MCHC	34	%	32,0 – 36,0
Basofil	0	%	0 – 2
Eosinofil	1	%	1 – 4
Neutrofil batang	0	%	0,0 – 5,0
Neutrofil segmen	50	%	22,0 – 46,0
Limfosit	44	%	37 – 73
Monosit	5	%	2 – 11

**Hasil pemeriksaan kimia klinik tanggal 6 April 2022**

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Total protein	2,9 g/dL	6,6 – 8,7
Albumin	1,0 g/dL	3,8 – 5,0
Globulin	1,9 g/dL	1,3 – 2,7
Kalsium	9,1 mg/dL	8,1 – 10,4
Ureum darah	39 mg/dL	10 – 50
Kreatinin darah	0,3 mg/dL	0,6 – 1,2
Asam urat	5,8 mg/dL	2,4 – 5,7
Kolesterol total	474 mg/dL	<200
HDL kolesterol	58 mg/dL	>66
LDL kolesterol	371 mg/dL	<150
Trigliserida	226 mg/dL	<150
Natrium	136 mmol/L	136 – 145
Kalium	4,9 mmol/L	3,5 – 5,1
Klorida	100 mmol/L	97 – 111



<b>Hasil pemeriksaan urine tanggal 6 April 2022</b>		
<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai normal</b>
Kekeruhan	Positif	Negatif
BJ	1,039	1,003 – 1,030
pH	6,0	4,6 – 8,0
Leukosit	20 -25 /LPB	<5
Eritrosit	2 – 3 /LPB	<= 1
Protein	Positif (+3)	Negatif
Glukosa	Negatif	Negatif
Bilirubin	Negatif	Negatif
Urobilinogen	Positif	
Terapi medis	Diit MB Nefrotik 1100 kkal Furosemide 1 x 10 mg (IV) Captopril 3 x 3,125 mg (PO) Zink 1 x 10 mg (PO) Vit D 1 x 100 (PO) Allopurinol 2 x 100 mg (PO) Atorvastatin 1 x 10 mg (PO)	

**Perawat Yang Melakukan  
Pengkajian**

**Indah Triana Putri  
( NIM: 193110137 )**

## 2. Analisa Data

DATA	PENYEBEB	MASALAH
<p><b>Data subjektif :</b> Ny.H mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anak sembab di seluruh tubuh sejak 6 hari yang lalu, terutama di wajah, kelopak mata dan perut</li> <li>Anak rewel dan gelisah</li> </ol> <p><b>Data objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>An.A tampak edema pada wajah, kelopak mata dan perut</li> <li>An.A tampak pucat</li> <li>Perut An.A tampak asites</li> <li>Lingkar perut : 64 cm</li> <li>BB : 15,5 kg</li> <li>Intake cairan : Minum : 1310 cc AM : 124 cc + (8 cc x 15,5 kg) <u>1434 cc</u></li> <li>Output cairan Urin : 820 cc <u>IWL : 434 cc + (30 - 2 th) x 15,5 kg</u> 1254 cc</li> <li>Balance cairan = IC – OC = 1434 cc – 1254 cc = + 180 cc</li> <li>Urine An.A berwarna keruh dan berbuih</li> <li>Kadar Hb : 9,2 ↓</li> <li>Kadar Ht : 32 ↓</li> <li>Protein urine positif (+3)</li> <li>Total protein : 2,9 ↓</li> <li>An.A mendapatkan furosemid 1 x 10 mg (obat hipertensi dan untuk menghilangkan bengkak pada kaki, lengan dan perut)</li> </ol>	<p>Gangguan mekanisme regulasi</p>	<p>Hipervolemia</p>
<p><b>Data subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ny.H mengatakan anak sembab sejak 6 hari yang lalu terutama pada wajah, kelopak mata, dan perut</li> </ol> <p><b>Data objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>An.A edema pada wajah, kelopak mata, dan perut</li> <li>An.A tampak pucat</li> <li>TD : 116/85 mmHg</li> <li>Konjungtiva An.A tampak anemis</li> <li>Kadar Hb : 9,2 ↓</li> </ol>	<p>Hipertensi</p>	<p>Risiko perfusi perifer tidak efektif</p>

<p>g. Trombosit : <math>774 \cdot 10^3/\text{mm}^3 \uparrow</math>  h. Kolesterol total : <math>474 \uparrow</math>  i. HDL : <math>58 (&gt;66)</math>  j. LDL : <math>371 (&lt;150)</math>  k. Trigliserida : <math>226 (&lt;150)</math>  l. An.A mendapatkan Captopril 3 x 3,125 mg (Untuk mengatasi tekanan darah tinggi)  m. An.A mendapatkan Atorvastatin 1 x 10 mg ( Untuk menurunkan kadar kolesterol jahat (LDL dan trigliserida) dan meningkatkan kolesterol baik (HDL) dalam tubuh</p>		
<p><b>Data subjektif :</b>  Ny.H mengatakan :  a. An.A rewel dan gelisah  b. An.A sering demam  c. An.A sudah menderita Sindrom Nefrotik sejak September 2021</p> <p><b>Data objektif :</b>  a. An.A tampak gelisah  b. Leukosit : <math>18,21 \cdot 10^3/\text{mm}^3</math>  c. Total protein : <math>2,9 \text{ g/dL} (6,6 - 8,7)</math>  d. Albumin : <math>1,0 \text{ g/dL} (3,8 - 5,0)</math>  e. Leukosit urine : <math>20 - 25 /\text{LPB} (&lt;5)</math>  f. Protein urine : positif (+3)  g. An.A terpasang threeway di tangan kirinya  h. An.A mendapatkan obat zink 1 x 10 mg (untuk menjaga kekebalan sistem tubuh, mengurangi resiko infeksi, dan proses metabolisme)</p>	<p>Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :  imununosupresi</p>	<p>Risiko infeksi</p>

### 3. Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan
1	7 April 2022	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
2	7 April 2022	Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi
3	7 April 2022	Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : imununosupresi

#### 4. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari, diharapkan keseimbangan cairan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan cairan meningkat</li> <li>2. Haluaran urin meningkat</li> <li>3. Asupan makanan meningkat</li> <li>4. Edema menurun</li> <li>5. Asites menurun</li> <li>6. Membran mukosa membaik</li> <li>7. Turgor kulit membaik</li> <li>8. Berat badan membaik</li> </ol> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari, diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Turgor kulit meningkat</li> <li>2. Output urine meningkat</li> <li>3. Edema anasarka menurun</li> <li>4. Perasaan lemah menurun</li> <li>5. Konsentrasi urine menurun</li> <li>6. Membran mukosa membaik</li> <li>7. Tekanan darah membaik</li> <li>8. Kadar Hb membaik</li> <li>9. Kadar Ht membaik</li> <li>10. Berat badan membaik</li> <li>11. Oliguria membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen hipervolemia</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema)</li> <li>2. Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>3. Monitor status hemodinamik</li> <li>4. Monitor intake dan output cairan</li> <li>5. Monitor tanda hemokonsentrasi</li> <li>6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma</li> <li>7. Monitor efek samping diuretik</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</li> <li>2. Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°C</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melapor jika haluaran urin &lt;0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</li> <li>2. Anjurkan melapor jika BB bertambah &gt;1 kg dalam sehari</li> <li>3. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</li> <li>4. Ajarkan cara membatasi cairan</li> </ol> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian diuretik</li> </ol> <p><b>Pemantauan cairan</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</li> <li>2. Monitor frekuensi napas</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor tekanan darah</li> <li>4. Monitor berat badan</li> <li>5. Monitor elastisitas atau turgor kulit</li> <li>6. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine</li> <li>7. Monitor kadar albumin dan protein total</li> <li>8. Monitor hasil pemeriksaan serum</li> <li>9. Monitor intake dan output cairan</li> <li>10. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia</li> <li>11. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur waktu interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</li> <li>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan</li> </ol>
<p>Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari, diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edema perifer menurun</li> <li>2. Warna kulit pucat menurun</li> <li>3. Nyeri ekstremitas menurun</li> <li>4. Akral membaik Tugor</li> <li>5. Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>6. Tekanan darah diastolik membaik</li> </ol> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari, diharapkan status sirkulasi membaik dengan kriteria hasil:</p>	<p><b>Perawatan sirkulasi</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna dan suhu)</li> <li>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</li> <li>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>3. Hindari penekanan dan</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi meningkat</li> <li>2. Output urine meningkat</li> <li>3. Pucat menurun</li> <li>4. Pitting edema menurun</li> <li>5. Edema perifer menurun</li> <li>6. Asites menurun</li> <li>7. Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>8. Tekanan darah diastolik membaik</li> <li>9. Tekanan nadi membaik</li> <li>10. Berat badan membaik</li> </ol>	<p>pemasangan tourniquet pada area yang cedera</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Lakukan pencegahan infeksi</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol</li> <li>2. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>3. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi</li> </ol>
<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : imununosupresi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nafsu makan meningkat</li> <li>2. Demam menurun</li> <li>3. Bengkak menurun</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam, diharapkan status nutris membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Serum albumin meningkat</li> <li>3. Nyeri abdomen menurun</li> <li>4. Berat badan membaik</li> <li>5. Indeks massa tubuh (IMT) membaik</li> <li>6. Frekuensi makan membaik</li> <li>7. Nafsu makan membaik</li> <li>8. Bising usus membaik</li> <li>9. Membran mukosa membaik</li> </ol>	<p><b>Pencegahan infeksi</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar</li> <li>3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> </ol> <p><b>Manajemen nutrisi</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleran makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori</li> </ol>

		<p>dan jenis nutrien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Monitor asupan makanan</li> <li>6. Monitor berat badan</li> <li>7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi menentukan pedoman diet</li> <li>2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>3. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi duduk</li> <li>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</li> </ol>
--	--	---

## 5. Implementasi dan Evaluasi

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Kamis / 7 April 2022	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema)</li> <li>Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>Memantau frekuensi nafas, tekanan darah, nadi dan suhu</li> <li>Memantau intake dan output cairan</li> <li>Memantau efek samping obat furosemid</li> <li>Memantau elastisitas atau turgor kulit</li> <li>Memantau jumlah, warna dan berat jenis urine</li> <li>Memantau kadar albumin dan protein total</li> <li>Memantau hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, BUN)</li> <li>Mengidentifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan</li> <li>Menimbang berat badan setiap hari</li> <li>Membatasi asupan cairan dan garam</li> <li>Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°C</li> <li>Menganjurkan melapor jika haluaran urin &lt;0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</li> <li>Menganjurkan melapor jika BB bertambah &gt;1 kg dalam sehari</li> <li>Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</li> <li>Berkolaborasi pemberian obat furosemid sebagai obat hipertensi dan mengurangi bengkak pada kaki, lengan dan perut</li> <li>Memberikan diet sesuai terapi yaitu diet MB Nefrotik 1100 kkal</li> </ol>	<p><b>S :</b> Ny.H mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>An.A masih sembab pada kelopak matadan perut</li> <li>An.A rewel dan gelisah</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>An.A tampak sembab pada bagian kelopak mata, wajah, perut</li> <li>An.A masih tampak pucat</li> <li>An.A tampak gelisah</li> <li>Palpebra An.A tampak sembab</li> <li>An.A tampak asites</li> <li>Lingkar perut 64 cm</li> <li>BB An.A 15,5 kg</li> <li>Intake cairan : Minum : 1310 cc <u>AM : 124 cc + (8 cc x 15,5 kg)</u> 1434 cc</li> <li>Output cairan Urin : 820 cc <u>IWL : 434 cc + (30 - 2 th) x 15,5 kg</u> 1254 cc</li> <li>Balance cairan = IC – OC = 1434 cc – 1254 cc = + 180 cc</li> <li>Suhu 36,5 °C</li> <li>HR 98x/i</li> </ol>	



		<p>19. Mengatur waktu interval pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>20. Mendokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>21. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>	<p>13. RR 24x/i</p> <p>14. Urin An.A tampak keruh dan bberwarna kecokelatan</p> <p>15. Kadar Hb 9,2g/dl (9,6 - 15,6 g/dl)</p> <p>16. Kadar Ht 32% (34,0 – 48,0 %)</p> <p>17. Protein urin positif (+3)</p> <p>18. Total protein 2,9 g/dl (6,6 – 8,7 g/dl)</p> <p>19. Albumin 1,0 g/dl (3,8 - 5,0 g/dl)</p> <p>20. An.A mendapatkan obat furosemid 1 x 10 mg untuk obat hipertensi dan mengurangi bengkak pada kaki, lengan dan perut</p> <p><b>A :</b> Hipervolemia belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	<p>1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna dan suhu)</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</p> <p>3. Memantau panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>4. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</p> <p>5. Melakukan pencegahan infeksi</p> <p>6. Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol seperti obat Furosemide, Catopril, dan Atorvastatin</p> <p>7. Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan</p>	<p><b>S:</b></p> <p>1. Ny.H mengatakan An.A masih sembab pada kelopak mata, wajah dan perut</p> <p><b>O:</b></p> <p>1. An.A tampak sembab pada kelopak mata, wajah, perut</p> <p>2. An.A tampak pucat</p> <p>3. Konjungtiva tampak anemis</p> <p>4. Tekanan darah : 116/85 mmHg</p> <p>5. Kolesterol total : 474 ↑</p> <p>6. Trombosit 774 <math>10^3/\text{mm}^3</math> (150 – 450 <math>10^3/\text{mm}^3</math>)</p> <p>7. HDL : 58 (&gt;66)</p>	

		<p>darah secara teratur</p> <p>8. Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi</p>	<p>8. LDL : 371 (&lt;150)</p> <p>9. Trigliserida : 226 (&lt;150)</p> <p>10. An.A mendapatkan Captopril 3 x 3,125 mg (Untuk mengatasi tekanan darah tinggi)</p> <p>11. An.A mendapatkan Atorvastatin 1 x 10 mg (Untuk menurunkan kadar kolesterol jahat (LDL dan trigliserida) dan meningkatkan kolesterol baik (HDL) dalam tubuh)</p> <p><b>A:</b> Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : imununosupresi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> <li>2. Memantau asupan makanan</li> <li>3. Memantau berat badan</li> <li>4. Memantau hasil pemeriksaan laboratorium</li> <li>5. Memberikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>6. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>7. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>5. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar</li> <li>6. Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>7. Mengidentifikasi status nutrisi</li> <li>8. Mengidentifikasi makanan yang disukai</li> <li>9. Mengajarkan diet yang diprogramkan yaitu diit MB Nefrotik 1100 kkal</li> </ol>	<p><b>S:</b> Ny.H mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An.A rewel dan gelisah</li> <li>2. An.A sering demam</li> <li>3. An.A sudah menderita Sindrom Nefrotik sejak September 2021</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An.A tampak gelisah</li> <li>2. Leukosit : 18,21 <math>10^3/\text{mm}^3</math></li> <li>3. Total protein : 2,9 g/dL (6,6 - 8,7)</li> <li>4. Albumin : 1,0 g/dL (3,8 – 5,0)</li> <li>5. Leukosit urine : 20 – 25 /LPB (&lt;5)</li> <li>6. Protein urine : positif (+3)</li> <li>7. An.A mendapatkan diet MB Nefrotik</li> </ol>	

		<p>10. Berkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p> <p>11. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan</p>	<p>1100 kkal.</p> <p>8. Suhu : 36,5 °C</p> <p>9. An.A terpasang threeway di tangan kirinya</p> <p>10. An.A mendapatkan obat zink 1 x 10 mg (untuk menjaga kekebalan sistem tubuh, mengurangi resiko infeksi, dan proses metabolisme)</p> <p><b>A :</b> Risiko infeksi belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
Jumat / 8 April 2022	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<p>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema)</p> <p>2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</p> <p>3. Memantau frekuensi nafas, tekanan darah, nadi dan suhu</p> <p>4. Memantau intake dan output cairan</p> <p>5. Memantau efek samping obat furosemid</p> <p>6. Memantau elastisitas atau turgor kulit</p> <p>7. Memantau jumlah, warna dan berat jenis urine</p> <p>8. Memantau kadar albumin dan protein total</p> <p>9. Memantau hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, BUN)</p> <p>10. Memantau intake dan output cairan</p> <p>11. Mengidentifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan</p> <p>12. Menimbang berat badan setiap hari</p> <p>13. Membatasi asupan cairan dan garam</p>	<p><b>S :</b> Ny.H mengatakan :</p> <p>1. An.A masih sembab pada kelopak mata, wajah dan perut</p> <p>2. An.A masih rewel dan gelisah</p> <p><b>O :</b></p> <p>1. An.A tampak sembab pada bagian kelopak mata, wajah, perut</p> <p>2. An.A masih tampak sedikit pucat</p> <p>3. An.A masih tampak gelisah</p> <p>4. Palpebra An.A masih tampak sembab</p> <p>5. An.A masih tampak asites</p> <p>6. Lingkar perut 64 cm</p> <p>7. BB An.A 15,5 kg</p> <p>8. Intake cairan : Minum : 1350 cc</p>	

		<p>14. Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°C</p> <p>15. Menganjurkan melapor jika haluaran urin &lt;0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</p> <p>16. Menganjurkan melapor jika BB bertambah &gt;1 kg dalam sehari</p> <p>17. Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</p> <p>18. Berkolaborasi pemberian obat furosemid sebagai obat hipertensi dan mengurangi bengkak pada kaki, lengan dan perut</p> <p>19. Memberikan diit sesuai terapi yaitu diit MB Nefrotik 1100 kkal</p> <p>20. Mendokumentasikan hasilpemantauan</p>	<p><math display="block">\frac{AM : 124 \text{ cc} + (8 \text{ cc} \times 15,5 \text{ kg})}{1474 \text{ cc}}</math></p> <p>9. Output cairan      Urin : 870 cc  <math display="block">\frac{IWL : 434 \text{ cc} + (30 - 2 \text{ th}) \times 15,5 \text{ kg}}{1304 \text{ cc}}</math></p> <p>10. Balance cairan = IC – OC      = 1474 cc – 1304 cc      = + 170 cc</p> <p>11. Suhu 37 °C</p> <p>12. HR 108x/i</p> <p>13. RR 25x/i</p> <p>14. Urin An.A masih tampak keruh dan bberwarna kecokelatan</p> <p>15. Kadar Hb 9,2g/dl (9,6 - 15,6 g/dl)</p> <p>16. Kadar Ht 32% (34,0 – 48,0 %)</p> <p>17. Protein urin positif (+3)</p> <p>18. Total protein 2,9 g/dl (6,6 – 8,7 g/dl)</p> <p>19. Albumin 1,0 g/dl (3,8 - 5,0 g/dl)</p> <p>20. An.A mendapatkan obat furosemid 1 x 10 mg untuk obat hipertensi dan mengurangi bengkak pada kaki, lengan dan perut</p> <p><b>A :</b>      Hipervolemia belum teratasi</p> <p><b>P :</b>      Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan</p>	<p>1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna dan suhu)</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi</p>	<p><b>S:</b></p> <p>1. Ny.H mengatakan An.A masihsebab pada kelopak mata, wajah dan perut</p>	

	hipertensi	<p>(hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memantau panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</li> <li>4. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>5. Melakukan pencegahan infeksi</li> <li>6. Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol seperti obat Furosemide, Catopril, dan Atorvastatin</li> <li>7. Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>8. Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi</li> </ol>	<p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An.A masih tampak sembab pada kelopak mata, wajah, perut</li> <li>2. An.A masih tampak pucat</li> <li>3. Konjungtiva tampak anemis</li> <li>4. Tekanan darah : 116/85 mmHg</li> <li>5. Kolesterol total : 474 ↑</li> <li>6. Trombosit <math>774 \times 10^3/\text{mm}^3</math> (150 – 450 <math>10^3/\text{mm}^3</math>)</li> <li>7. HDL : 58 (&gt;66)</li> <li>8. LDL : 371 (&lt;150)</li> <li>9. Trigliserida : 226 (&lt;150)</li> <li>10. An.A mendapatkan Captopril 3 x 3,125 mg (Untuk mengatasi tekanan darah tinggi)</li> <li>11. An.A mendapatkan Atorvastatin 1 x 10 mg ( Untuk menurunkan kadar kolesterol jahat (LDL dan trigliserida) dan meningkatkan kolesterol baik (HDL) dalam tubuh</li> </ol> <p><b>A:</b> Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : imununosupresi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> <li>2. Memantau asupan makanan</li> <li>3. Memantau berat badan</li> <li>4. Memantau hasil pemeriksaan laboratorium</li> <li>5. Memberikan perawatan kulit pada area edema</li> </ol>	<p><b>S:</b> Ny.H mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. An.A masih rewel dan gelisah</li> <li>5. An.A sudah menderita Sindrom Nefrotik sejak September 2021</li> </ol>	

		<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>7. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>8. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar</li> <li>9. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>10. Mengidentifikasi status nutrisi</li> <li>11. Mengidentifikasi makanan yang disukai</li> <li>12. Mengajarkan diet yang diprogramkan yaitu diet MB Nefrotik 1100 kkal</li> <li>13. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan</li> </ol>	<p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An.A masih tampak gelisah</li> <li>2. Leukosit : 18,21 <math>10^3/mm^3</math></li> <li>3. Total protein : 2,9 g/dL (6,6 - 8,7)</li> <li>4. Albumin : 1,0 g/dL (3,8 – 5,0)</li> <li>5. Leukosit urine : 20 – 25 /LPB (&lt;5)</li> <li>6. Protein urine : positif (+3)</li> <li>7. An.A mendapatkan diet MB Nefrotik 1100 kkal.</li> <li>8. Suhu : 37 °C</li> <li>9. An.A terpasang threeway di tangan kirinya</li> <li>10. An.A mendapatkan obat zink 1 x 10 mg (untuk menjaga kekebalan sistem tubuh, mengurangi resiko infeksi, dan proses metabolisme)</li> </ol> <p><b>A :</b> Risiko infeksi belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
Sabtu / 9 April 2022	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema)</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>3. Memantau frekuensi nafas, tekanan darah, nadi dan suhu</li> <li>4. Memantau intake dan output cairan</li> <li>5. Memantau efek samping obat furosemid</li> <li>6. Memantau elastisitas atau turgor kulit</li> <li>7. Memantau jumlah, warna dan berat jenis urine</li> <li>8. Memantau kadar albumin dan protein total</li> </ol>	<p><b>S :</b> Ny.H mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An.A masih sembab pada kelopak mata, wajah dan perut</li> <li>2. An.A masih rewel dan gelisah</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An.A masih tampak sembab pada bagian kelopak mata, wajah, perut</li> <li>2. An.A masih tampak sedikit pucat</li> </ol>	

		<p>9. Memantau hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium,BUN)</p> <p>10. Memantau intake dan output cairan</p> <p>11. Mengidentifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan</p> <p>12. Menimbang berat badan setiap hari</p> <p>13. Membatasi asupan cairan dan garam</p> <p>14. Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°C</p> <p>15. Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</p> <p>16. Berkolaborasi pemberian obat furosemid sebagai obat hipertensi dan mengurangi bengkak pada kaki, lengan dan perut</p> <p>17. Memberikan diet sesuai terapi yaitu diet MB Nefrotik 1100 kkal</p> <p>18. Mendokumentasikan hasil pemantauan</p>	<p>3. An.A masih tampak gelisah</p> <p>4. Palpebra An.A masih tampak sembab</p> <p>5. An.A masih tampak asites</p> <p>6. Lingkar perut 64 cm</p> <p>7. BB An.A 15,5 kg</p> <p>8. Intake cairan : Minum : 1300 cc AM : 124 cc + (8 cc x 15,5 kg) <u>1424 cc</u></p> <p>9. Output cairan Urin : 840 cc IWL : 434 cc + (30 - 2 th) x 15,5 kg <u>1274 cc</u></p> <p>10. Balance cairan = IC – OC = 1424 cc – 1274 cc = + 150 cc</p> <p>11. Suhu 36,6 °C</p> <p>12. HR 111x/i</p> <p>13. RR 23/i</p> <p>14. Urin An.A masih tampak keruh dan berwarna kecokelatan</p> <p>15. Kadar Hb 9,2g/dl (9,6 - 15,6 g/dl)</p> <p>16. Kadar Ht 32% (34,0 – 48,0 %)</p> <p>17. Protein urin positif (+3)</p> <p>18. Total protein 2,9 g/dl (6,6 – 8,7 g/dl)</p> <p>19. Albumin 1,0 g/dl (3,8 - 5,0 g/dl)</p> <p>20. An.A mendapatkan obat furosemid 1 x 10 mg untuk obat hipertensi dan mengurangi bengkak pada kaki, lengan dan perut</p>	
--	--	---	---	--

			<p><b>A :</b> Hipervolemia belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna dan suhu)</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</li> <li>3. Memantau panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</li> <li>4. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>5. Melakukan pencegahan infeksi</li> <li>6. Mengajarkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol seperti obat Furosemide, Catopril, dan Atorvastatin</li> <li>7. Mengajarkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>8. Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ny.H mengatakan An.A masih sembab pada kelopak mata, wajah dan perut</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An.A masih tampak sembab pada kelopak mata, wajah, perut</li> <li>2. An.A masih tampak pucat</li> <li>3. Konjungtiva tampak anemis</li> <li>4. Tekanan darah : 116/85 mmHg</li> <li>5. Kolesterol total : 474 ↑</li> <li>6. Trombosit <math>774 \times 10^3/\text{mm}^3</math> (150 – 450 <math>10^3/\text{mm}^3</math>)</li> <li>7. HDL : 58 (&gt;66)</li> <li>8. LDL : 371 (&lt;150)</li> <li>9. Trigliserida : 226 (&lt;150)</li> <li>10. An.A mendapatkan Captopril 3 x 3,125 mg (Untuk mengatasi tekanan darah tinggi)</li> <li>11. An.A mendapatkan Atorvastatin 1 x 10 mg ( Untuk menurunkan kadar kolesterol jahat (LDL dan trigliserida) dan meningkatkan kolesterol baik (HDL) dalam tubuh</li> </ol> <p><b>A:</b> Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p>	



			<p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : imununosupresi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> <li>2. Memantau asupanmakanan</li> <li>3. Memantau berat badan</li> <li>4. Memantau hasilpemeriksaan laboratorium</li> <li>5. Memberikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>6. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>7. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>8. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar</li> <li>9. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>10. Mengidentifikasi status nutrisi</li> <li>11. Mengidentifikasi makanan yang disukai</li> <li>12. Mengajarkan diet yang diprogramkan yaitu diit MB Nefrotik 1100 kkal</li> <li>13. Berkolaborasi dengan ahli gizi untukmenentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</li> </ol>	<p><b>S:</b> Ny.H mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An.A masih rewel dan gelisah</li> <li>2. An.A sudah menderita Sindrom Nefrotik sejak September 2021</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An.A masih tampak gelisah</li> <li>2. Leukosit : <math>18,21 \times 10^3/\text{mm}^3</math></li> <li>3. Total protein : 2,9 g/dL (6,6 - 8,7)</li> <li>4. Albumin : 1,0 g/dL (3,8 – 5,0)</li> <li>5. Leukosit urine : 20 – 25 /LPB (&lt;5)</li> <li>6. Protein urine : positif (+3)</li> <li>7. An.A mendapatkan diet MB Nefrotik 1100 kkal.</li> <li>8. Suhu : <math>36,6 \text{ }^\circ\text{C}</math></li> <li>9. An.A terpasang threeway di tangan kirinya</li> <li>10. An.A mendapatkan obat zink 1 x 10 mg (untuk menjaga kekebalan sistem tubuh, mengurangi resiko infeksi, dan proses metabolisme)</li> </ol> <p><b>A :</b> Risiko infeksibelum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	

<p>Minggu / 10 April 2022</p>	<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema)</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>3. Memantau frekuensi nafas, tekanan darah, nadi dan suhu</li> <li>4. Memantau intake dan output cairan</li> <li>5. Memantau efek samping obat furosemid</li> <li>6. Memantau elastisitas atau turgor kulit</li> <li>7. Memantau jumlah, warna dan berat jenis urine</li> <li>8. Memantau kadar albumin dan protein total</li> <li>9. Memantau hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, BUN)</li> <li>10. Memantau intake dan output cairan</li> <li>11. Menimbang berat badan setiap hari</li> <li>12. Membatasi asupan cairan dan garam</li> <li>13. Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°C</li> <li>14. Berkolaborasi pemberian obat furosemid sebagai obat hipertensi dan mengurangi bengkak pada kaki, lengan dan perut</li> <li>15. Memberikan diet sesuai terapi yaitu diet MB Nefrotik 1100 kkal</li> <li>16. Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol>	<p><b>S :</b> Ny.H mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An.A masih sembab pada wajah dan perut tetapi pada kelopak mata sudah mulai berkurang</li> <li>2. An.A masih rewel dan gelisah</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perut An.A masih tampak asites</li> <li>2. An.A tampak sudah tidak pucat</li> <li>3. An.A masih tampak gelisah</li> <li>4. Sembab pada palpebra An.A sudah mulai berkurang dari hari sebelumnya</li> <li>5. Lingkar perut 64 cm</li> <li>6. BB An.A 15,3 kg</li> <li>7. Intake cairan : Minum : 1380 cc AM : 122,4 cc + (8 cc x 15,3 kg) <u>1502,4 cc</u></li> <li>8. Output cairan Urin : 930 cc IWL : 428,4 cc + (30 - 2 th) x 15,3 kg <u>1358,4 cc</u></li> <li>9. Balance cairan = IC – OC = 1502,4 cc – 1358,4 cc = + 144 cc</li> <li>10. Suhu 36,3 °C</li> <li>11. HR 112x/i</li> <li>12. RR 26/i</li> <li>13. Urin An.A masih tampak keruh dan berwarna kecokelatan</li> <li>14. Kadar Hb 9,2g/dl (9,6 - 15,6 g/dl)</li> </ol>
-------------------------------	--	---	---

			<p>15. Kadar Ht 32% (34,0 – 48,0 %)</p> <p>16. Protein urin positif (+3)</p> <p>17. Total protein 2,9 g/dl (6,6 – 8,7 g/dl)</p> <p>18. Albumin 1,0 g/dl (3,8 - 5,0 g/dl)</p> <p>19. An.A mendapatkan obat furosemid 1 x 10 mg untuk obat hipertensi dan mengurangi bengkak pada kaki, lengan dan perut</p> <p><b>A :</b> Hipervolemia belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna dan suhu)</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</li> <li>3. Memantau panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</li> <li>4. Melakukan pencegahan infeksi</li> <li>5. Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol seperti obat Furosemide, Catopril, dan Atorvastatin</li> <li>6. Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ny.H mengatakan An.A masih sembab pada wajah dan perut tetapi pada kelopak mata sudah mulai berkurang</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sembab pada kelopak mata An.A sudah mulai berkurang dari hari sebelumnya</li> <li>2. An.A sudah tampak tidak pucat</li> <li>3. Konjungtiva tampak tidak anemis</li> <li>4. Tekanan darah : 116/85 mmHg</li> <li>5. Kolesterol total : 474 ↑</li> <li>6. Trombosit <math>774 \times 10^3/\text{mm}^3</math> (150 – 450 <math>10^3/\text{mm}^3</math>)</li> <li>7. HDL : 58 (&gt;66)</li> <li>8. LDL : 371 (&lt;150)</li> <li>9. Trigliserida : 226 (&lt;150)</li> </ol>	

			<p>10. An.A mendapatkan Captopril 3 x 3,125 mg (Untuk mengatasi tekanan darah tinggi)</p> <p>11. An.A mendapatkan Atorvastatin 1 x 10 mg ( Untuk menurunkan kadar kolesterol jahat (LDL dan trigliserida) dan meningkatkan kolesterol baik (HDL) dalam tubuh</p> <p><b>A:</b> Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : imununosupresi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> <li>2. Memantau asupan makanan</li> <li>3. Memantau berat badan</li> <li>4. Memantau hasil pemeriksaan laboratorium</li> <li>5. Memberikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>6. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>7. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>8. Mengidentifikasi status nutrisi</li> <li>9. Mengidentifikasi makanan yang disukai</li> <li>10. Mengajarkan diet yang diprogramkan yaitu diet MB Nefrotik 1100 kkal</li> <li>11. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</li> </ol>	<p><b>S:</b> Ny.H mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An.A masih rewel dan gelisah</li> <li>2. An.A sudah menderita Sindrom Nefrotik sejak September 2021</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An.A masih tampak gelisah</li> <li>2. Leukosit : <math>18,21 \times 10^3/\text{mm}^3</math></li> <li>3. Total protein : 2,9 g/dL (6,6 - 8,7)</li> <li>4. Albumin : 1,0 g/dL (3,8 – 5,0)</li> <li>5. Leukosit urine : 20 – 25 /LPB (&lt;5)</li> <li>6. Protein urine : positif (+3)</li> <li>7. An.A mendapatkan diet MB Nefrotik 1100 kkal.</li> <li>8. Suhu : <math>36,3 \text{ }^\circ\text{C}</math></li> <li>9. An.A terpasang threeway di tangan kirinya</li> </ol>	

			<p>10. An.A mendapatkan obat zink 1 x 10 mg (untuk menjaga kekebalan sistem tubuh, mengurangi resiko infeksi, dan proses metabolisme)</p> <p><b>A :</b> Risiko infeksi belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
Senin / 11 April 2022	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema)</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>3. Memantau frekuensi nafas, tekanan darah, nadi dan suhu</li> <li>4. Memantau intake dan output cairan</li> <li>5. Memantau efek samping obat furosemid</li> <li>6. Memantau elastisitas atau turgor kulit</li> <li>7. Memantau jumlah, warna dan berat jenis urine</li> <li>8. Memantau kadar albumin dan protein total</li> <li>9. Memantau hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, BUN)</li> <li>10. Memantau intake dan output cairan</li> <li>11. Menimbang berat badan setiap hari</li> <li>12. Membatasi asupan cairan dan garam</li> <li>13. Berkolaborasi pemberian obat furosemid sebagai obat hipertensi dan mengurangi bengkak pada kaki, lengan dan perut</li> <li>14. Memberikan diet sesuai terapi yaitu diet MB Nefrotik 1100 kkal</li> <li>15. Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol>	<p><b>S :</b> Ny.H mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sembab pada kelopak mata, wajah dan perut An.A sudah mulai berkurang</li> <li>2. An.A masih rewel</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sembab pada perut An.A sudah mulai berkurang tetapi masih tampak asites</li> <li>2. An.A tampak sudah tidak pucat</li> <li>3. An.A sudah tak tampak gelisah</li> <li>4. Sembab pada palpebra An.A sudah mulai berkurang dari hari sebelumnya</li> <li>5. Lingkar perut 63 cm</li> <li>6. Intake cairan ±900 cc</li> <li>7. Output ±620 cc</li> <li>8. BB An.A 15,3 kg</li> <li>9. Intake cairan : Minum : 1400 cc <u>AM : 122,4 cc + (8 cc x 15,3 kg)</u> 1522,4 cc</li> <li>10. Output cairan</li> </ol>	

			<p>Urin : 950 cc</p> <p><math>IWL : 428,4 \text{ cc} + (30 - 2 \text{ th}) \times 15,3 \text{ kg}</math></p> <p>1378,4 cc</p> <p>11. Balance cairan = IC – OC = 1522,4 cc – 1378,4 cc = + 144 cc</p> <p>12. Suhu 36,8 °C</p> <p>13. HR 120x/i</p> <p>14. RR 25x/i</p> <p>15. Urin An.A masih tampak keruh dan berwarna kecokelatan</p> <p>16. Kadar Hb 9,2g/dl (9,6 - 15,6 g/dl)</p> <p>17. Kadar Ht 32% (34,0 – 48,0 %)</p> <p>18. Protein urin positif (+3)</p> <p>19. Total protein 2,9 g/dl (6,6 – 8,7 g/dl)</p> <p>20. Albumin 1,0 g/dl (3,8 - 5,0 g/dl)</p> <p>21. An.A mendapatkan obat furosemid 1 x 10 mg untuk obat hipertensi dan mengurangi bengkak pada kaki, lengan dan perut</p> <p><b>A :</b> Hipervolemia teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan</p>	
	Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna dan suhu)</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</li> <li>3. Memantau panas, kemerahan, nyeri atau bengkak</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ny.H mengatakan sebab pada kelopak mata, wajah dan perut An.A sudah mulai berkurang</li> </ol>	

		<p>padaekstremitas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Melakukan pencegahan infeksi</li> <li>5. Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol seperti obat Furosemide, Catopril, dan Atorvastatin</li> <li>6. Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> </ol>	<p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sembab pada kelopak mata An.A sudah mulai berkurang dari hari sebelumnya</li> <li>2. An.A sudah tampak tidak pucat</li> <li>3. Konjungtiva tampak tidak anemis</li> <li>4. Tekanan darah : 116/85 mmHg</li> <li>5. Kolesterol total : 474 ↑</li> <li>6. Trombosit <math>774 \times 10^3/\text{mm}^3</math> (150 – 450 <math>10^3/\text{mm}^3</math>)</li> <li>7. HDL : 58 (&gt;66)</li> <li>8. LDL : 371 (&lt;150)</li> <li>9. Trigliserida : 226 (&lt;150)</li> <li>10. An.A mendapatkan Captopril 3 x 3,125 mg (Untuk mengatasi tekanan darah tinggi)</li> <li>11. An.A mendapatkan Atorvastatin 1 x 10 mg ( Untuk menurunkan kadar kolesterol jahat (LDL dan trigliserida) dan meningkatkan kolesterol baik (HDL) dalam tubuh</li> </ol> <p><b>A:</b> Perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan</p>	
	Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> <li>2. Memantau asupan makanan</li> </ol>	<p><b>S:</b> Ny.H mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An.A masih rewel</li> </ol>	

	<p>pertahanan tubuh sekunder : imununosupresi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memantau berat badan</li> <li>4. Memantau hasil pemeriksaan laboratorium</li> <li>5. Memberikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>6. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>7. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>8. Mengidentifikasi makanan yang disukai</li> <li>9. Mengajarkan diet yang diprogramkan yaitu diit MB Nefrotik 1100 kkal</li> <li>10. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. An.A sudah menderita Sindrom Nefrotik sejak September 2021</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An.A sudah tak tampak gelisah</li> <li>2. Leukosit : <math>18,21 \times 10^3/\text{mm}^3</math></li> <li>3. Total protein : 2,9 g/dL (6,6 - 8,7)</li> <li>4. Albumin : 1,0 g/dL (3,8 – 5,0)</li> <li>5. Leukosit urine : 20 – 25 /LPB (&lt;5)</li> <li>6. Protein urine : positif (+3)</li> <li>7. An.A mendapatkan diet MB Nefrotik 1100 kkal.</li> <li>8. Suhu : <math>36,8^\circ\text{C}</math></li> <li>9. An.A terpasang threeway di tangan kirinya</li> <li>10. An.A mendapatkan obat zink 1 x 10 mg (untuk menjaga kekebalan sistem tubuh, mengurangi resiko infeksi, dan proses metabolisme)</li> </ol> <p><b>A :</b> Risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan</p>	
--	---	--	---	--