

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M DENGAN  
SINDROM NEFROTIK DI RUANG  
MELATI RSUD TUGU REJO  
SEMARANG**

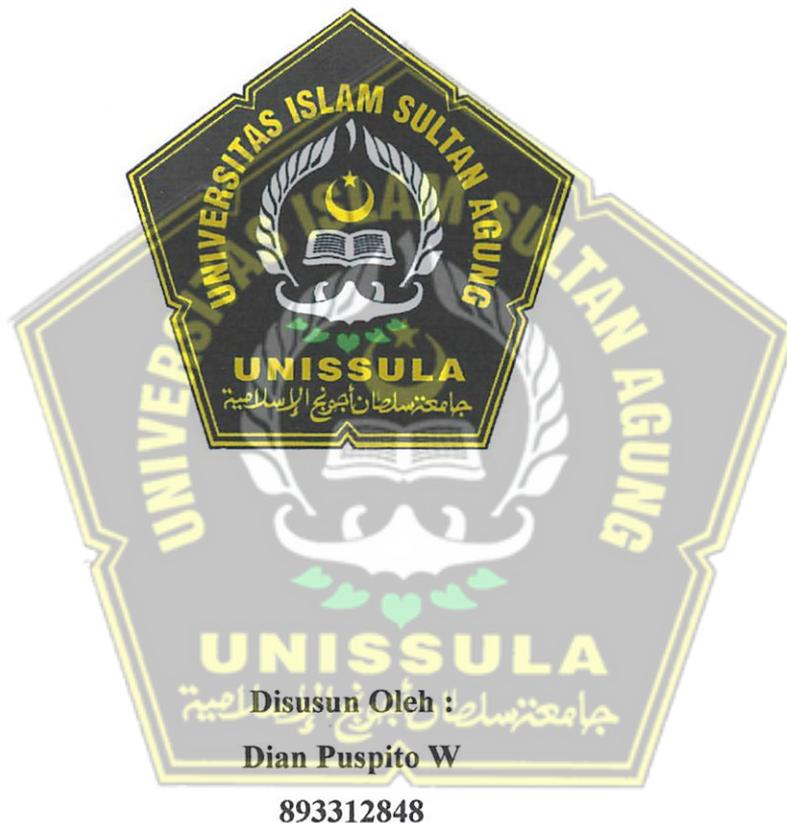
Karya Tulis Ilmiah  
diajukan sebagai salah satu persyaratan  
Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



**Disusun Oleh :**  
**Dian Puspito W**  
**893312848**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2010**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M DENGAN  
SINDROM NEFROTIK DI RUANG  
MELATI RSUD TUGU REJO  
SEMARANG**



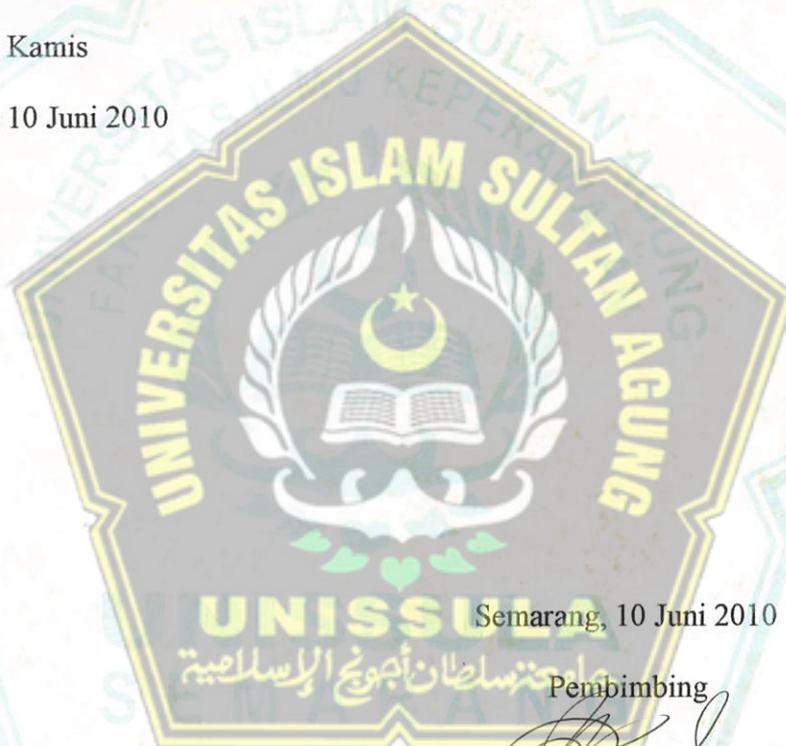
**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2010**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim  
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Unissula Semarang pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 10 Juni 2010



Semarang, 10 Juni 2010

Pembimbing

(Ns. Kurnia Wijayanti, S.Kep.)

NIK : 210909016

## HALAMAN PENGESAHAN

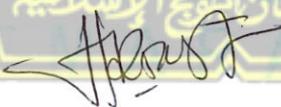
Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada hari Jumat tanggal 11 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim penguji.

Semarang, 08 Oktober 2010

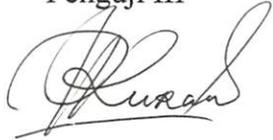
Tim Penguji,  
Penguji I

  
(Ns. Erna Melastuti, S.Kep)  
NIK. 210900010

Penguji II

  
(Ns. Indra Tri Astuti, S.Kep)  
NIK : 210900009

Penguji III

  
(Ns. Kurnia Wijayanti, S.Kep)  
NIK : 210909016

## MOTTO

*Keberhasilan akan didapat dengan iringan waktu dan dentuman gairah, namun yang lebih penting adalah melihat realita dan berdiri tegap pada fakta-fakta yang ada.*

*Jadilah orang yang suka membahagiakan orang lain  
Jangan suka menjadi orang yang suka membahagiakan diri  
sendiri*

*Ilmu yang ada di dalam hati laksana matahari pada tempat peredarannya dan ilmu yang ada pada seseorang laksana mahkota bagi raja.*

*Keindahan pribadi bukanlah lantaran pakaian yang menghiasi kita akan tetapi lantaran ilmu dan budi pekerti.*

## HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya tuis ini saya persembahkan untuk Ibu dan Ayah tercinta yang senantiasa mendoakan untuk kebersihan dan memberi dorongan moral dan material sepenuhnya.

Kedua kakaku dan adikku yang telah memberikan semangat dan dukungan dalam menjalani pendidikan ini.

Untuk semua sahabatku yang telah mendukung dan memberi semangat untuk tetap maju.

Terima kasih atas semuanya.



Semarang, Mei 2010

Dari Penulis

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan berkah dan rahmatNYA kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan laporan kasus ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN SINDROM NEFROTIK PADA An. M DI RUANG MELATI RSUD TUGU REJO SEMARANG.

Penulisan laporan kasus ini disusun guna untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan jenjang Pendidikan Diploma III Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Penulis menyadari dalam penulisan laporan kasus ini tidak lepas bantuan, dorongan maupun dukungan dari berbagai pihak oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang tak terhingga yang penulis tujukan kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Se, m. Eng selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM selaku Kaprodi D-III Keperawatan FIK Unissula.
4. Ibu Ns. Kurnia Wijayanti S, Kep selaku pembimbing yang telah sabar memberikan bimbingan kepada penulis.

5. Bapak Ibu Dosen serta staf pengajar yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan kepada penulis selama menempuh studi di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
6. Ibu, Bapak dan adik tercinta yang selalu mendoakanku serta memberikan kasih sayang, bimbingan dan perhatiannya yang tak ternilai.
7. Para sahabatku “Anis Laitatul Q, Dwi Agustine, Fianti”, yang juga telah memberikan support selama proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
8. Teman-temanku angkatan 2007 Prodi III Keperawatan Unissula Semarang.
9. Berbagai pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu per satu yang telah membantu terselesaikannya laporan ini.

Penulis menyadari bahwa Laporan ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Harapan penulis, semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi para pembaca dalam meningkatkan pelayanan dimasa mendatang.

Semarang, Mei 2010

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN MOTTO .....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	2
C. Manfaat .....	3
<b>BAB II KONSEP DASAR</b>	
A. Konsep Dasar Anak	
1. Pengertian .....	5
2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak .....	5
3. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Fisik Anak .....	8
B. Konsep Dasar Penyakit	
1. Pengertian .....	9
2. Etiologi .....	10
3. Patofisiologi .....	11
4. Pathways .....	15

5. Manifestasi Klinis .....	16
6. Pemeriksaan Diagnostik .....	16
7. Komplikasi .....	17
8. Penatalaksanaan .....	21
<b>C. Konsep Dasar Keperawatan</b>	
1. Fokus pengkajian .....	21
2. Diagnosa Keperawatan dan Interfensi .....	22
<b>BAB III RESUME KEPERAWATAN</b>	
A. Pengkajian .....	26
B. Pengkajian Pola Fungsional Menurut Gordon .....	27
C. Pemeriksaan Fisik .....	28
D. Analisa Data .....	32
E. Intervensi .....	33
F. Implementasi .....	34
G. Evaluasi Keperawatan .....	35
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b> .....	36
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	42
B. Saran .....	44
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Sindrom nefrotik merupakan salah satu manifestasi klinik glomerulonefritis ditandai dengan edema anasarka. Sindrom nefrotik yang tidak menyertai penyakit sistemik disebut sindrom nefrotik primer, dan sindrom nefrotik yang timbul sebagai bagian daripada penyakit sistemik atau berhubungan dengan obat maka disebut sindrom nefrotik sekunder. Penyakit ini ditemukan 90% pada kasus anak. Insiden penyakit sindrom nefrotik primer di Indonesia ini 2 kasus pertahun tiap 100.000 anak berumur kurang dari 16 tahun dan 6 kasus pertahun tiap 100.000 anak kurang dari 14 tahun.

Rasio perbandingan antara lelaki dan perempuan pada anak 2 : 1. Pada penelitian di Jakarta diantara 364 pasien sindrom nefrotik dibiopsi 44,2 % menunjukkan kelainan minimal. Kelompok tidak responsive steroid atau resisten steroid terdiri atas anak-anak dengan kelainan glomerulus lain. Mortalitas dan prognosis anak dengan sindrom nefrotik bervariasi berdasarkan etiologi, berat, luas kerusakan ginjal, usia anak dan kondisi yang mendasari (latas, 2004 ).

Kasus Penyakit sindrom nefrotik (SN) banyak terjadi juga di Semarang, terutama kasus yang menyerang anak-anak. Menurut catatan RSUP Dr. Kariadi Semarang yang merupakan rumah sakit pusat dan merupakan rumah

sakit rujukan di kota Semarang dan Jawa Tengah. selama bulan Januari sampai Juni 2009 terdapat 19 anak yang menderita sindroma nefrotik yang dirawat di ruang anak rumah sakit tersebut, dan pulang dengan perbaikan.

Sindrom nefrotik yang berhubungan dengan infeksi HIV (human immunodeficiency virus, penyebab AIDS) paling banyak terjadi pada orang kulit hitam yang menderita infeksi ini. Sindrom nefrotik berkembang menjadi gagal ginjal total dalam waktu 3-4 bulan, maka dari itu diperlukan perawatan dan usaha penyembuhan yang baik dari tenaga kesehatan, baik perawat maupun dokter. Mengingat banyak masalah yang dihadapi, maka perlu perawatan dan pengawasan yang intensif serta tindakan pelayanan keperawatan secara komperhensif melalui proses keperawatan, sehingga diharapkan masalah ini dapat terpecahkan dan teratasi.

Sehubungan dengan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk mengambil topik dalam study karya tulis ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada An. M Dengan Sindrom Nefrotik di Ruang Melati RSUD Tugurejo Semarang.

## **B. Tujuan Penulisan**

Didalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis mempunyai tujuan sebagai berikut:

### **1. Tujuan umum**

Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien sindrom nefrotik dengan menggunakan pendekatan keperawatan yang utuh dan komprehensif.

## 2. Tujuan khusus

- a. Mampu memahami konsep dasar sindrom nefrotik.
- b. Mampu melaksanakan pengkajian pada pasien An. M dengan masalah sindrom nefrotik.
- c. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien An. M dengan sindrom nefrotik.
- d. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada pasien An. M dengan sindrom nefrotik.
- e. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien An. M dengan sindrom nefrotik.
- f. Mampu melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien An. M dengan sindrom nefrotik.

## C. Manfaat Penulisan

### 1. Penulis

Meningkatkan kemampuan dan pengetahuan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan sindrom nefrotik.

### 2. Institusi Pendidikan

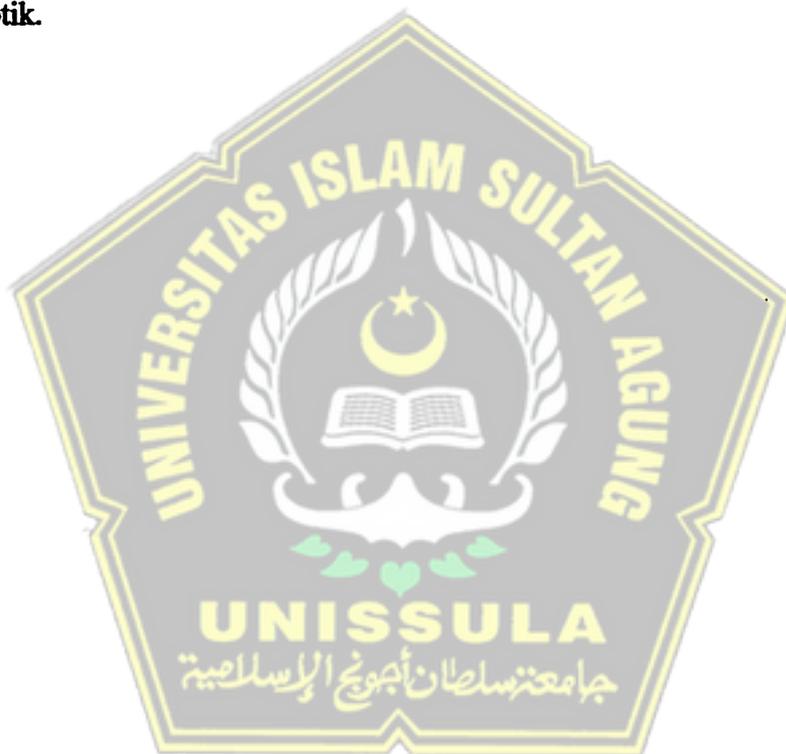
Mengetahui sejumlah mana mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan.

### 3. Lahan Praktek

- a. Sebagai bahan masukan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan tentang sindrom nefrotik.

- b. Menambah referensi dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan dengan sindrom nefrotik.
  - c. Mengembangkan penelitian pada asuhan keperawatan sindrom nefrotik.
4. Masyarakat

Menambah pengetahuan bagi masyarakat tentang penyakit sindrom nefrotik.



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Dasar Anak**

##### **1. Pengertian Anak**

Anak diartikan sebagai seseorang yang berusia kurang dari delapan belas tahun dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, social dan spiritual ( Hidayat, 2006 ).

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dari bayi (0-1 tahun), usia bermain/toddler (1-2,5tahun ), usia sekolah (5-11 tahun) hingga remaja (11-18tahun) (Hidayat,2006).

##### **2. Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak**

Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak menurut Sujono ( 2009 ) adalah sebagai berikut :

###### **a. Faktor Herediter**

Herediter merupakan factor yang tidak dapat di rubah atau dimodifikasikan, ini merupakan modal dasar untuk mendapatkan modal akhir dari proses tumbuh kembang. Melalui instruksi genetik yang terkandung didalam sel telur yang telah dibuahi dapatlah ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan. Termasuk dalam faktor genetik

adalah jenis kelamin dan suku bangsa atau ras misalnya, anak keturunan bangsa Eropa akan lebih tinggi dan besar jika dibandingkan dengan keturunan asia termasuk Indonesia, pertumbuhan postur tubuh wanita akan berbeda dengan laki-laki.

b. Faktor Lingkungan

1) Lingkungan Internal

Hal yang berpengaruh diantaranya adalah hormone dan emosi.

Ada tiga hormone yang mempengaruhi pertumbuhan anak, hormone *somatotropin* merupakan hormone yang mempengaruhi jumlah sel tulang, merangsang sel otak dalam masa pertumbuhan, berkurangnya hormone ini akan menyebabkan Gigantisme. Hormone Tiroid akan mempengaruhi pertumbuhan tulang, kekurangan hormone ini akan menyebabkan kretinisme dan hormone Gonadotropin yang berfungsi untuk merangsang perkembangan seks laki-laki dan memproduksi spermatozoa, sedangkan estrogen merangsang perkembangan seks sekunder wanita dan produksi sel telur, jika kekurangan hormone Gonadotropin ini akan menyebabkan terhambatnya perkembangan seks.

- 2) terciptanya hubungan yang hangat dengan orang lain seperti ayah, ibu, saudara, teman sebaya, guru dan sebagainya akan berpengaruh besar terhadap perkembangan emosi, social dan intelektual anak. Cara seorang anak dalam berinteraksi dengan orang tua akan

mempengaruhi interaksi anak diluar rumah. Pada umumnya anak yang dalam perkembangannya baik akan mempunyai intelegansi yang tinggi jika dibandingkan dengan anak yang tahap perkembangannya lambat.

### 3) Lingkungan Eksternal

Dalam lingkungan eksternal ini banyak sekali yang mempengaruhi antara lain kebudayaan. Kebudayaan suatu daerah akan mempengaruhi kepercayaan, adat istiadat dan tingkah laku dalam orang tua mendidik anaknya. Status sosial ekonomi keluarganya juga berpengaruh, orang tua yang ekonomi menengah keatas dapat dengan mudah menyekolahkan anaknya di sekolah-sekolah yang berkualitas, sehingga mereka dapat menerima dan mengadopsi cara-cara baru bagaimana cara merawat anak yang baik. Status nutrisi pengaruhnya juga sangat besar, orang tua dengan ekonomi lemah bahkan tidak mampu memberikan makanan tambahan buat bayinya, sehingga bayi akan kekurangan asupan nutrisi yang selanjutnya daya tahan ubuh akan menurun dan akhirnya bayi atau anak akan sakit.

Olahraga yang teratur dapat meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh, aktifitas fisiologi dan stimulasi terhadap perkembangan otot-otot, posisi anak dalam keluarga ditengarai juga berpengaruh, anak pertama akan menjadi pusat perhatian

orang tua sehingga semua kebutuhan dipenuhi baik itu kebutuhan fisik, emosi maupun sosial.

#### 4) Faktor Pelayanan Kesehatan

Adanya pelayanan kesehatan yang memadai yang ada di sekitar lingkungan dimana anak tumbuh dan berkembang, diharapkan tumbang anak dapat dipantau. Sehingga apabila terdapat keterlambatan dalam perkembangannya, anak dapat segera mendapatkan pelayanan kesehatan dan di berikan solusi pencegahannya.

### 3. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Pertumbuhan merupakan bertambah jumlah dan besarnya sel diseluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat di ukur, sedangkan perkembangan merupakan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dicapai melalui tumbuh kematangan dan belajar ( Hidayat, 2006 ).

Tumbuh kembang anak usia 2 tahun

- a. Motorik kasar : Berlari sudah baik, dapat naik tangga sendiri dengan kedua kaki tiap tahap.
- b. Motorik halus : Sudah bisa membuka pintu, membuka kunci, menggunting sederhana. Minum dengan menggunakan gelas atau cangkir, sudah dapat menggunakan sendok dengan baik.
- c. Bahasa : sudah dapat mengolah kata-kata walaupun kadang masih belum terdengar jelas, penggunaan bahasa selalu mengikuti yang sebelumnya dia dengar.

- d. Psikososial : otonomi versus rasa malu, pada usia ini alat gerak dan rasa telah matang dan ada rasa percaya terhadap ibu dan lingkungannya. Perkembangan berfokus pada peningkatan kemampuan anak untuk mengontrol tubuhnya, dirinya dan lingkungannya. Anak menyadari bahwa ia dapat menggunakan kekuatannya untuk bergerak dan berbuat sesuai dengan kemauannya sendiri. Misalnya : anak akan puas jika bisa berjalan, memanjat tanpa dikoreksi oleh orang lain.
- e. Kognitif : adanya perubahan fungsi kognitif pada tahap ini adalah yang semula dari sensori motorik menjadi pre operasional. Pada pre operasional anak mampu menggunakan simbol-simbol dengan menggunakan kata-kata, mengingat masa lalunya, masa sekarang dan akan terjadi dimasa datang.

## **B. Konsep Dasar Penyakit**

### **1. Definisi**

Sindrom nefrotik adalah merupakan kumpulan gejala yang disebabkan oleh adanya injuri glomerular yang terjadi pada anak dengan karakteristik, proteinuria, hypoproteinuria, edema, hypoalbuminemia, dan hyperlipidema( Suriadi, 2001 ).

Sindrom nefrotik adalah status klinis yang ditandai dengan peningkatan permeabilitas membrane glomerulus terhadap protein yang mengakibatkan kehilangan protein urinarus yang masif ( Wong, 2003 ).

Sindrom nefrotik adalah menunjukkan suatu keadaan klinik dan laboratorik tanpa menunjukkan suatu penyakit yang mendasari.

## 2. Klasifikasi sindrom nefrotik

Sindrom nefrotik dibagi menjadi 2 yaitu :

- a. Sindrom nefrotik primer adalah sindrom nefrotik yang tidak menyertai penyakit sistemik.

Pasien sindrom nefrotik primer secara klinis dapat dibagi dalam tiga kelompok :

- 1) Kongenital
  - 2) Responsive steroid
  - 3) Resisten steroid
- b. Sindrom nefrotik sekunder adalah jika penyakit dasarnya adalah penyakit sistemik karena obat-obatan, allergen atau toksin ( Alatas, 2002 ).

## 3. Etiologi

Menurut Prodjosudjadi ( 2006 ) sindrom nefrotik dapat disebabkan oleh:

- a. Glomerulonefritis primer :
  - 1) Glomerulonefritis minimal ( GNLM )
  - 2) Glomerulosklerosis fokal ( GSF )
  - 3) Glomerulonefritis membranosa ( GNMN )
  - 4) Glomerulonefritis membranoproliferatif ( GNMP )
  - 5) Glomerulonefritis proliferatif lain
- b. Glomerulonefritis sekunder akibat :
  - 1) Infeksi
    - a) HIV, hepatitis virus B dan C

- b) Sifilis, malaria
- c) Tuberculosis, leprae
- 2) Keganasan
  - a) Adenokarsinoma paru, payudara, kolon, karsinoma ginjal.
- 3) Penyakit jaringan penghubung
  - a) Lupus eritematosus sistemik, dan artritis rheumatoid
- 4) Efek obat dan toksin
  - a) Obat anti inflamasi non steroid, preparat emas, penisilinamin, probenesid, air raksa, katropil, heroin.
- 5) lain-lain
  - a) Diabetes mellitus, amiloidosis, refluks vesikoureter atau sengatan lebah.

Penyebab sekunder akibat infeksi yang sering dijumpai misalnya ada GN pasca infeksi streptokokus atau infeksi firus hepatitis B, akibat obat misalnya obat anti inflamasi non steroid atau preparat emas organic, dan akibat penyakit sistemik misalnya pada lipus eritematosus sistemik dan deabetea mellitus (Prodjosudjadi, 2006 ).

#### **4. Patofisiologi**

Sindrom nefrotik dapat disebabkan oleh glomerulonefritis primer dan sekunder akibat infeksi, keganasan, penyakit jaringan penghubung, obat atau toksin, dan akibat penyakit sistemik.

Glomerulonefritis primer atau idiopatik merupakan penyebab sindrom nefrotik yang paling sering. Penyebab sekunder akibat infeksi

yang paling sering dijumpai misalnya pada glomerulonefritis pasca infeksi streptokokus atau infeksi virus hepatitis B, akibat obat misalnya obat anti inflamasi non steroid atau preparat emas organik, dan akibat penyakit sistemik misalnya pada lupus eritematosus sistemik dan diabetes mellitus (Prodjosudjadi, 2006).

Meningkatnya permeabilitas dinding kapiler glomerulus akan berakibat pada hilangnya protein plasma dan kemudian akan terjadi proteinuria. Kelanjutan dari proteinuria menyebabkan hypoalbuminemia, hypoalbuminemia dapat terjadi bila proteinuria lebih dari 3-5 gram/hari, katabolisme albumin meningkat, intake protein berkurang karena penderita mengalami anoreksia atau bertambahnya utilisasi (pemakaian) asam amino, kehilangan protein melalui usus dengan menurunnya albumin, tekanan osmotik plasma menurun sehingga cairan intravaskuler berkurang, sehingga menurunkan jumlah aliran darah ke renal karena hypovolemi.

Hati memegang peranan penting untuk sintesis protein bila tubuh kehilangan sejumlah protein, renal maupun ekstra renal. Mekanisme kompensasi untuk meningkatkan sintesis protein (albumin) terutama untuk mempertahankan komposisi protein dalam ruangan ekstra vaskuler (EV) dan intra vaskuler (IV). Pada sindrom nefrotik sintesis protein oleh hati biasanya meningkat tetapi mungkin normal atau menurun. Sintesis protein oleh hati bisa meningkat 2 kali normal tetapi tidak adekuat untuk mengimbangi kehilangan protein sehingga secara keseluruhan terjadi pengurangan total protein tubuh termasuk otot-otot, bila mekanisme

kompensasi sintesis albumin dalam hati tidak cukup adekuat sering disertai penurunan albumin (Hipoalbuminemia).

Mekanisme terjadinya edema dipengaruhi beberapa faktor dengan meningkatnya permeabilitas kapiler glomerulus, albumin keluar menimbulkan albuminuria dan hipoalbuminemia, sehingga menyebabkan penurunan tekanan onkotik plasma intravaskuler dan keadaan ini menyebabkan meningkatnya cairan transudat melewati dinding kapiler dari ruang intravaskular ke ruang interstitial yang menyebabkan terbentuknya edema. Mekanisme renal, penurunan tekanan onkotik plasma protein dalam kapiler glomerulus menyebabkan penurunan volume darah efektif dan diikuti aktivitas sistem Renin-Angiotensin-Aldosteron, rangsangan ini menyebabkan kenaikan plasma renin dan angiotensin untuk sekresi hormon aldosteron. Kenaikan hormon aldosteron ini akan mempengaruhi sel-sel tubulus proksimal untuk mereabsorpsi ion  $\text{Na}^+$  sehingga ekskresi natrium atau natriuresis menurun. Kemudian dapat juga terjadi aktifitas saraf simpatetik dan kenaikan konsentrasi sirkulasi catecholamine, sehingga menyebabkan kenaikan tahanan atau resistensi vaskuler renal yang dapat juga menyebabkan penurunan dan berkurangnya filtrasi garam  $\text{Na}^+$  dan air. Dari kedua hal di atas akan menyebabkan kenaikan volume cairan seluler (VCES) dan edema.

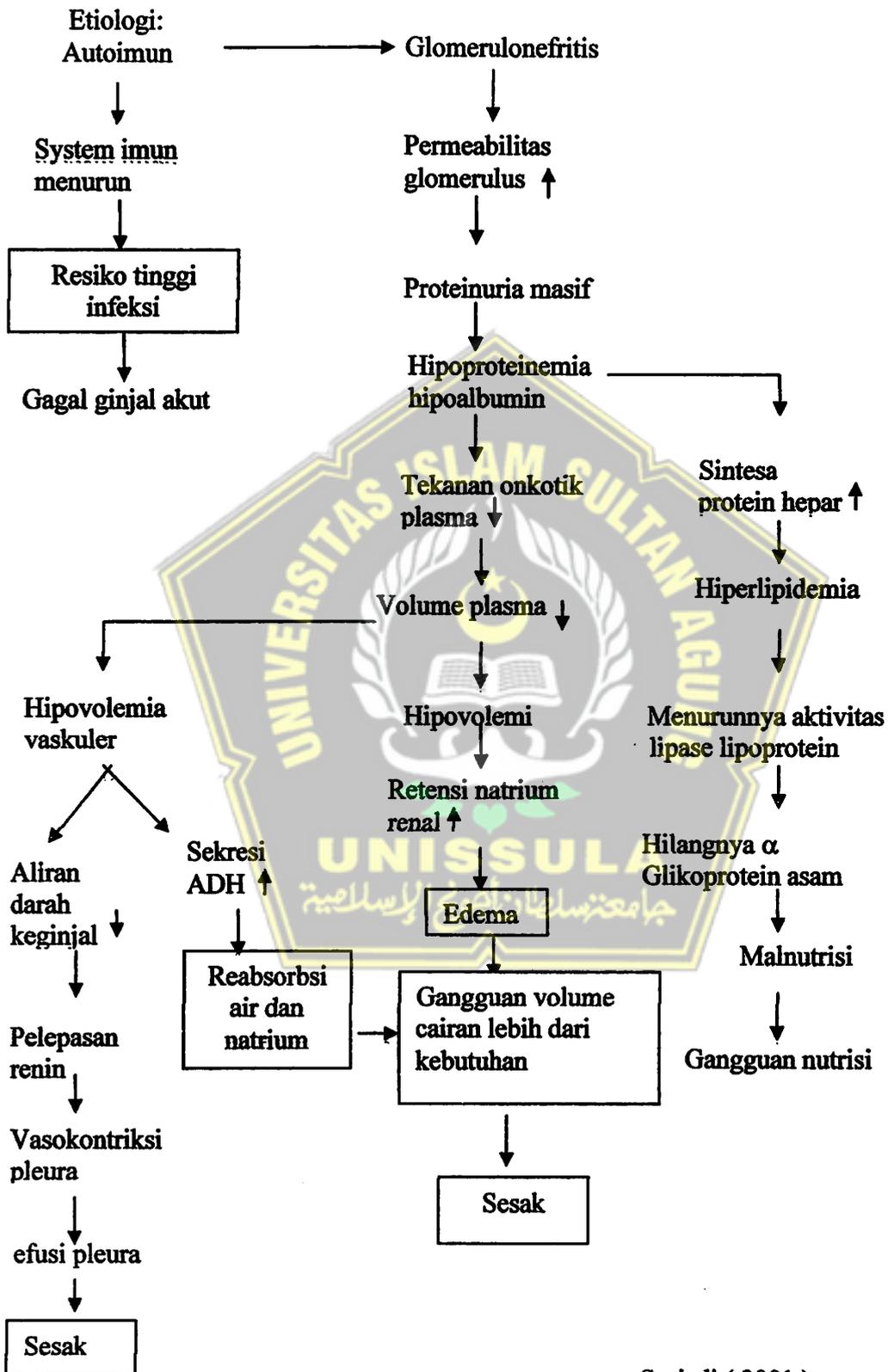
Menurunnya aliran darah ke renal, ginjal akan melakukan kompensasi dengan merangsang produksi renin angiotensin dan peningkatan sekresi antidiuretik hormone (ADH) dan sekresi aldosteron yang kemudian terjadi

retensi natrium dan air. Dengan retensi natrium dan air, akan menyebabkan edema.

Terjadi peningkatan kolesterol dan trygliserida serum akibat dari peningkatan stimulasi produksi lipoprotein karena penurunan plasma albumin atau penurunan oksitosik plasma ( Suriadi, 2001 ).



## 5. Patways



Suriadi (2001)

## 6. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis menurut Suriadi (2001) adalah sebagai berikut :

- a. Edema, periorbital dan tergantung, “ *pitting*” , edema muka dan berlanjut ke abdomen daerah genital, dan ekstremitas bawah.
- b. Anoreksia disebabkan karena edema mukosa usus.
- c. Fatigue
- d. Nyeri abdomen
- e. Berat badan meningkat

Sedangkan manifestasi lain menurut Mubin ( 2007 ) adalah :

- a. Sesak karena adanya distensi abdomen dengan atau tanpa efusi pleura maka pernafasan sering terganggu.
- b. Anemi ringan
- c. Hipertensi ringan

## 7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Suriadi ( 2001 ) adalah sebagai berikut :

- a. Analisa urine, meningkatnya protein dalam urin
- b. Menurunnya serum protein
- c. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium menurut Mubin ( 2007 ) adalah :

- a. Proteinuria massif ( > 3,5 g/24 jam )
- b. Hipoalbuminemia ( < 3,5g% )
- c. Hiperkolesterolemi ( > 250 mg% )
- d. Lipiduria

- e. Silinder dalam urine
- f. Fungsi ginjal

## 8. Komplikasi

Komplikasi pada sindrom nefrotik menurut Alatas ( 2002 )dapat terjadi sebagai bagian dari penyakitnya sendiri atau sebagai akibat pengobatan.

### a. Kelainan koagulasi dan timbulnya trombosis.

Beberapa kelainan koagulasi dan system fibrinolitik banyak ditemukan pada pasien sindrom nefrotik. Angka terjadinya komplikasi tromboemboli pada anak tidak diketahui, namun lebih jarang daripada orang dewasa.

Secara ringkas, kelainan hemostatik pada sindrom nefrotik dapat timbul dari 2 mekanisme yang berbeda.

- 1) Peningkatan permeabilitas glomerulus dapat mengakibatkan :
  - a) Meningkatnya degrasi renal dan hilangnya protein didalam urin seperti antitrombin III, protein S bebas, plasminogen dan  $\alpha$  antiplasmin.
  - b) Hipoalbuminemia menimbulkan aktivasi trombosit lewat tromboksan A<sub>2</sub>, meningkatnya sintesis protein proagulan karena hiporikia dan tertekannya fibrinolisis.

2) Aktifasi system hemostatik didalam ginjal dirangsang oleh factor jaringan monosit dan oleh paparan matriks subendotel pada kapiler glomerulus yang selanjutnya mengakibatkan pembentukan fibrin dan agregasi trombosit.

b. Perubahan hormone dan mineral

c. Pertumbuhan abnormal dan nutrisi

Penyebab utama retardasi pertumbuhan pada pasien sindrom nefrotik tanpa diberikan kortikostteroid adalah malnutrisi protein, kalori, kurang nafsu makan sekunder, hilangnya protein dalam urin, dan malabsorpsi karena edema saluran gastrointestinal.

d. Infeksi

Meningkatnya kerentanan terhadap infeksi adalah pada anak dengan sindrom nefrotik yang relaps.sebelum ditemukan obat antibiotic, kebanyakan kematian disebabkan oleh infeksi, sering mengenai paru-paru dan peritoneum.

e. Peritonisis

Streptokokus pneumonia merupakan penyebab pada sebagian pasien dan seperempat lainnya oleh kuman E. coli. Pada penelitian lain streptokokus pneumonia merupakan pathogen utama yaitu 38% dan 27% lainnya menunjukkan kultur negative pada biakan cairan peritoneum namun memberi respons klinik dengan penisilin.

f. Infeksi kulit

Erupsi erisipeloid pada kulit perut atau paha sering ditemukan. Pinggiran kelainan kulit ini terbatas tegas, tetapi kurang menonjol seperti pada erysipelas.

g. Anemia

Anemia ringan hanya kadang ditemukan pada pasien sindrom nefrotik. Anemianya hipokrom mikrositik, karena defisiensi besi yang tipikal, namun resisten terhadap pengobatan besi.

h. Gangguan tubulus renal

Hiponatremia sering ditemukan pada anak penderita sindrom nefrotik. Keadaan ini sering disebabkan oleh retensi air daripada kekurangan natrium. Gangguan pengasaman urin ditandai oleh ketidakmampuan menurunkan Ph urin sesudah pemberian beban asam.

i. Keseimbangan nitrogen

Proteinuria massif pada sindrom nefrotik akan menyebabkan keseimbangan nitrogen menjadi negative.

j. Hiperlipidemia dan lipiduria

Hiperlipidemia merupakan keadaan yang sering menyertai sindrom nefrotik. Kadar kolesterol umumnya meningkat sedangkan trigliserid bervariasi dari normal sampai sedikit meninggi.

k. Hiperkoagulasi

Komplikasi tromboemboli sering ditemukan pada sindrom nefrotik akibat peningkatan koagulasi intravaskuler. Kelainan tersebut disebabkan oleh perubahan tingkat dan aktivitas berbagai factor koagulasi instrinsik dan ekstrinsik.

l. Metabolisme kalsium dan tulang

Vitamin D merupakan unsure penting dalam metabolisme kalsium dan tulang pada manusia. Vitamin D yang terikat protein akan disekresikan melalui urin sehingga menyebabkan penurunan pada plasma.

m. Infeksi

Infeksi pada sindrom nefrotik terjadi akibat efek imunitas humoral, selular, dan gangguan system komplemen. Penurunan IgG, IgA, dan gamma globulin sering ditemukan pada pasien sindrom nefrotik oleh karena sintesis yang menurun dan bertambah banyaknya yang terbuang melalui urin.

n. Gangguan fungsi ginjal

Penurunan volume plasma sering menyebabkan timbulnya nekrosis tubular akut. Mekanisme lain yang diperkirakan menjadi penyebab gagal ginjal akut adalah terjadinya edema intrarenal yang menyebabkan kompresi pada tubulus ginjal.

## 9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut Suriadi ( 2006 ) adalah sebagai berikut :

### a. Medis

#### 1) Obat alternatif

Pemberian furosemide atau tiazid dosis rendah

### b. Keperawatan

#### 1) Diet

Diet tinggi protein tidak lagi dianjurkan, cukup 40-60 gram/hari.

Batasi asupan natrium sampai kurang lebih 1 gram/hari secara praktis dengan menggunakan garam secukupnya dan menghindari makanan yang diasinkan.

#### 2) Istirahat dengan menggunakan pakaian yang tidak ketat.

## C. Konsep Dasar Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian menurut Suriadi ( 2006 ) adalah sebagai berikut :

#### a. Riwayat perawatan

Anamnesa yang dilakukan adalah apakah ada keluhan sesak nafas, asites dan hipertensi.

#### b. Pemeriksaan fisik khususnya fokus adema

Pemeriksaan meliputi apakah terdapat sembab pada muka, pembesaran kelenjar parotis, pemeriksaan "pitting" edema untuk menentukan kedalaman edema.

- c. Monitor tanda vital dan deteksi infeksi dini atau hypovolemi
- d. Monitor hasil laboratorium dan pantau urine setiap hari, adanya proteinuria terutama albumin, kimia darah hipoalbuminemia.
- e. Pengkajian pengetahuan keluarga tentang kondisi dan pengobatan.

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut Suriadi ( 2006 ) dan Wong ( 2004 ) :

- a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan akumulasi cairan dalam jaringan.
- b. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan protein dan cairan (edema)
- c. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan pertahanan tubuh yang menurun, kelebihan beban cairan.
- d. Resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema, penurunan pertahanan tubuh.
- e. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan penampilan.
- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan.

## 3. Intervensi

- a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan akumulasi cairan dalam jaringan.

**Tujuan** : pasien tidak menunjukkan bukti akumulasi cairan yang ditunjukkan pasien minimum.

**Kriteria hasil** : pasien tidak menunjukkan bukti akumulasi cairan yang ditunjukkan pasien minimum.

**Intervensi :**

- 1) Kaji masukan yang relative terhadap keluaran.

Rasional : untuk mengkaji ansietas.

- 2) Uji urin untuk berat jenis, albumin

Rasional : untuk mengkaji retensi cairan.

- 3) Berikan diuretic bila di instruksikan untuk memberikan penghilang sementara dari edema.

Rasional : untuk memberikan penghilang sementara dari edema.

- b. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan protein dan cairan ( edema )

Tujuan : tidak menunjukkan bukti infeksi.

Kriteria hasil : bukti kehilangan cairan yang ditunjukkan pada anak tidak ada.

**Intervensi :**

- 1) Pantau tanda vital.

Rasional : untuk tanda syok hipovolemik

- 2) Kaji kualitas dan frekuensi nadi.

Rasional : untuk bukti fisik penipisan cairan.

- 3) Hitung intake dan output cairan

Rasional : untuk mengetahui pemasukan dan pengeluaran cairan.

- 4) Pantau berat badan pasien

Rasional : mengetahui perkembangan pasien.

- c. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan pertahanan tubuh yang menurun, kelebihan beban cairan.

Tujuan : tidak menunjukkan bukti infeksi.

Kriteria hasil : anak tidak menunjukkan bukti infeksi

Intervensi :

- 1) Observasi aseptis medis.

Rasional : untuk meminimalkan pemajanan pada organisme infeksi.

- d. Resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema, penurunan pertahanan tubuh.

Tujuan : pasien mempertahankan integritas kulit.

Kriteria hasil : kulit anak tidak menunjukkan kemerahan atau iritasi.

Intervensi :

- 1) Berikan perawatan kulit.

Rasional : mencegah kerusakan kulit.

- 2) Hindari pakaian ketat yang dapat menghindari area tertekan.

Rasional : menghilangkan area edema tertekan.

- e. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan penampilan.

Tujuan : pasien mengekspresikan masalah

Kriteria hasil : anak mendiskusikan perasaan

Intervensi :

- 1) Gali perasaan dan masalah mengenai penampilan

Rasional : untuk memudahkan coping.

f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan.

Tujuan : pasien dapat istirahat yang adekuat

Kriteria hasil : anak melakukan aktivitas yang dilakukan sesuai kemampuan.

Intervensi :

1) Pertahankan tirah baring awal bila terjadi edema hebat.

Rasional : memudahkan koping



## **BAB III**

### **RESUME KEPERAWATAN**

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada hari Kamis tanggal 20 Agustus 2009, pukul 13.00 Wib di ruang Melati RSUD Tugurejo Semarang dari pengkajian tersebut diperoleh data :

##### **1. Identitas klien**

Klien berinisial An. M usia 2 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama Islam, Alamat Jl Plantaran Kaliwungu Selatan Kendal.

Penanggung jawab klien berinisial Tn. M pekerjaan wiraswasta, pendidikan SMA, beragama Islam, Alamat Jl Plantaran Kaliwungu Selatan Kendal, Suku bangsa Jawa, hubungan dengan klien sebagai ayah kandung.

##### **2. Riwayat keperawatan**

Keluhan utama : klien mengatakan merasakan kesakitan.

Riwayat penyakit sekarang : ibu klien mengatakan scrotum bengkak kurang lebih 5 hari yang lalu.

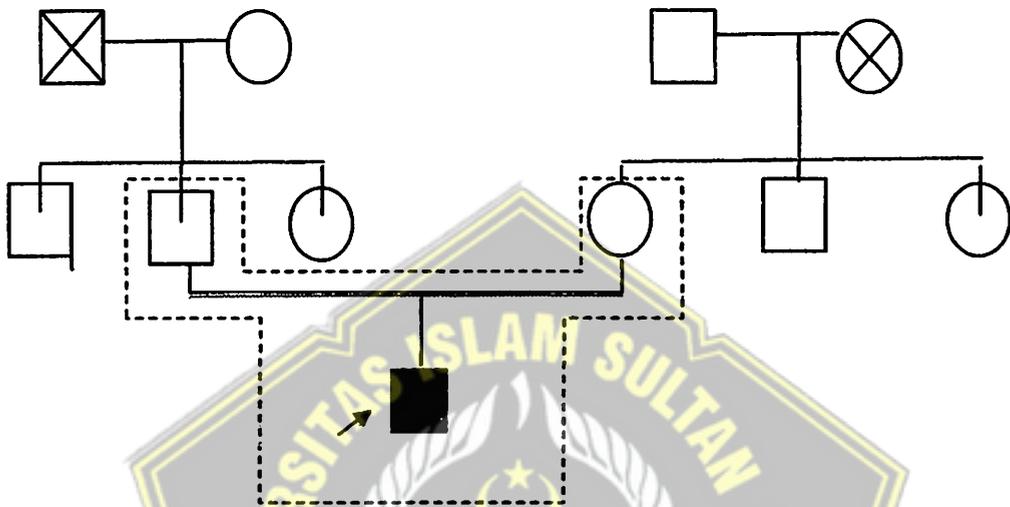
Penyakit waktu kecil : ibu klien mengatakan anaknya belum pernah sakit sampai harus dibawa kerumah sakit. Klien hanya sakit panas dan batuk biasa, pada saat itu klien diperiksa ke dokter praktek dan langsung sembuh.

Imunisasi : ibu klien mengatakan anaknya mendapat imunisasi lengkap.

Yaitu BCG, DPT I, DPT II, DPT III, hepatitis, polio dan campak.

Riwayat keluarga :

Genogram :



Keterangan :

□ : laki-laki

○ : perempuan

× : meninggal dunia

■ : klien (An. M, 2 tahun diagnosa medis sindrom nefrotik)

----- : tinggal satu rumah

Riwayat sosial : ibu klien mengatakan anaknya diasuh oleh ibunya sendiri, pembawaan klien setiap hari selalu ceria dan aktif, klien senang bermain mobil-mobilan.

### 3. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, tanda-tanda vital suhu 36,5 °C, nadi 110 kali per menit, RR : 28 kali per menit, berat badan 16,5 kg (normal untuk berat badan anak usia 2 tahun adalah 12 kg).

Kepala bentuk mesocephal, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, mata tidak anemis, terdapat edema, hidung tidak ada secret, tidak ada polip, dari pemeriksaan mulut tidak ada stomatitis, lidah bersih, telinga tidak ada penumpukan serumen, bentuk simetris, pendengaran tidak mengalami gangguan, leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dan tidak ada masa.

Pemeriksaan dada : paru inspeksi : bentuk dada simetris, palpasi : pengembangan paru kanan dan kiri sama, perkusi : sonor, auskultasi : tidak ada suara tambahan. Abdomen : inspeksi : datar, palpasi : tidak ada nyeri tekan, perkusi : tympani, auskultasi : peristaltik usus 20 kali per menit ( normal 4 sampai 20 kali permenit).

Genetalia klien seorang laki-laki, terdapat edema pada skrotum. Ekstremitas superior simetris, mampu digerakan dengan baik, pada ekstremitas bawah tepatnya pada kulit paha nampak kemerahan, pada tangan kiri terpasang infuse Dektrosa ( D5 ) 5% 10 tetes per menit.

### 4. Pengkajian fungsional terhadap Gordon

#### a. Pola persepsi Kesehatan atau penanganan kesehatan

Rumah : Ibu pasien mengatakan penyakitnya disebabkan karena kurang memperhatikan kesehatan. Rumah sakit : Ibu pasien mengatakan akan sembuh dengan perawatan di rumah sakit.

**b. Pola nutrisi atau metabolik**

Rumah : ibu klien mengatakan klien suka makan ikan laut seperti mujair, bawal dan kakap. Susu formula sehari habis 5 sampai 7 botol, ibu klien juga mengatakan klien tidak suka sayuran. Klien makan sehari 3 kali.

Rumah sakit : setelah dirumah sakit klien makan 3 kali sehari dengan menu nasi dan telur putihnya saja.

Berat badan : 16,5 Kg normalnya (16,7 sampai 18 kg)

Lingkar perut : 46 cm

Balance cairan : Output 700 cc ( 24 jam )

Input 400 cc ( minum )

Intake : minum 7 gelas 400 cc

$$\begin{array}{r} \text{Infuse 150 cc} \\ \hline 550 \text{ cc} \end{array} +$$

Output : Bak 900 cc

$$\begin{array}{r} \text{Iwl 20 cc} \\ \hline 920 \text{ cc} \end{array} +$$

**c. Pola eliminasi**

Rumah : Ibu pasien mengatakan pasien buang air besar 2 kali sehari, buang air kecil 7 sampai 8 kali sehari dengan warna jernih.

Rumah sakit : Ibu pasien mengatakan buang air besar 2 kali sehari, buang air kecil 6 sampai 7 kali sehari dengan warna jernih.

d. Pola aktivitas

Rumah : Ibu pasien mengatakan aktivitas sehari-hari sebagai anak dan tidak melakukan aktivitasnya sendiri. Rumah sakit : Ibu pasien mengatakan aktivitasnya di bantu oleh ibunya.

e. Pola tidur atau istirahat

Rumah : Ibu pasien mengatakan kebiasaan tidur 5 sampai 7 jam.

Rumah sakit : Ibu pasien mengatakan kebiasaan tidur 5 sampai 6 jam.

Merasa tidak nyaman tidur di rumah sakit karena keadaan ruang rumah sakit.

f. Pola kognitif perceptual

Rumah : Ibu pasien mengatakan keadaan mental pasien baik, kemampuan melihat baik tanpa menggunakan kacamata. Kemampuan mendengar, merasakan dan penciuman normal. Dapat menggerakkan anggota tubuhnya dengan baik.

g. Pola persepsi konsep diri

Rumah : Ibu pasien mengatakan anaknya pembawaannya ceria. Rumah sakit : Ibu pasien mengatakan anaknya menjadi pendiam karena takut dengan keadaan rumah sakit.

h. Pola peran atau hubungan

Rumah : Ibu pasien mengatakan sebagai anak, pasien anak pertama didalam keluarga. Rumah sakit : keluarga tetap menjenguknya.

i. Pola coping toleransi stress

Rumah sakit : pasien selalu mengalihkan ketakutannya dengan bermain dengan ibunya.

j. Pola nilai atau kepercayaan

Rumah : keluarga mengatakan selalu mengajarkan cara beribadah.

Rumah sakit : pasien hanya mengikuti cara beribadah dengan orang tuanya.

5. Pemeriksaan laboratorium

Pada pengkajian yang dilakukan pada tanggal 20 Agustus 2009.

Didapatkan pemeriksaan hasil laboratorium :

Hasil laboratorium kimia klinik GDS : 86 g/dl, Kolesterol : 537,6 g/dl, Ureum : 20, Creatinin : 0,48, Kalium : 5,0, Natrium : 137, Klorida : 1,4, dan Albumin 1,7 g/dl. Sedangkan hasil data penunjang laboratorium urin rutin warna kuning kekeruhan : jernih dengan normalnya jernih, Keasaman atau PH : 8,0 nilai normalnya adalah 5 sampai 9, Protein : positif 5 nilai normalnya adalah negative, Reduksi : negative nilai normal negative, Epitel : 2 sampai 4 per Lp, Lekosit : 8 sampai 12 per Lp dan nilai normal untuk perempuan 5 sampai 15 dan untuk laki-laki 0 sampai 5, Eritrosit : 5 sampai 10 per Lp nilai normal 0 sampai 3, Silinder : negative nilai normal negative, Kristal : Calcium Phospat positif nilai normal negative, Bakteri : negative nilai normal negative.

Terapi yang diberikan pada tanggal 20 Agustus 2009, infuse Dektrosa (Ds) 5% 10 tpm, Ampicillin 3 x 500 mg, Lasik 3 x 5 mg, Gentamisin 2 x 40 mg, dan Prednison tablet.

## **B. Analisa data**

Analisa data yang pertama dilakukan pada tanggal 20 Agustus 2009, didapatkan data fokus yang pertama adalah Data Subyektif : ibu klien mengatakan skrotum bengkak, Data Obyektif : skrotum terlihat bengkak. Dari data fokus yang diperoleh masalah Resiko tinggi kekurangan volume cairan dan Etiologinya adalah kehilangan protein dan cairan.

Analisa data yang kedua dilakukan pada tanggal 20 Agustus 2009, didapatkan data fokus yang kedua adalah Data Subyektif : ibu klien mengatakan kulit klien nampak kemerahan tepatnya pada paha, Data Obyektif : kulit klien terlihat kemerahan pada paha. Dari data fokus masalah yang diperoleh resiko tinggi kerusakan integritas kulit dan etiologinya adalah penurunan pertahanan tubuh.

Prioritas utamanya adalah resiko tinggi kekurangan cairan berhubungan dengan kehilangan protein dan cairan, Prioritas yang kedua adalah resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan pertahanan tubuh.

### C. Intervensi

Diagnosa pertama (Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan protein dan cairan ) dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam keadaan edema berkurang dengan kriteria hasil kehilangan cairan yang ditunjukkan tidak ada. Intervensinya yang pertama adalah monitor tekanan darah, yang kedua hitung output dan intake cairan, dan yang ketiga ukur dan catat lingkar perut. Rasional yang pertama adalah untuk mengetahui perkembangan klien, yang kedua mengetahui terjadinya penipisan cairan, dan untuk rasional yang ketiga mengetahui lingkar perut pasien.

Rencana asuhan keperawatan untuk diagnosa kedua ( Resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan pertahanan tubuh ) dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam kerusakan infeksi kulit dapat dicegah dengan kriteria hasil pasien mempertahankan integritas kulit. Intervensinya yang pertama adalah mengatur posisi setiap 2 jam, yang kedua menyarankan agar tidak menggunakan pakaian yang ketat, dan yang ketiga memberikan lotion bila kulit kering. Rasional yang pertama adalah agar area yang terinfeksi dapat terhindar, yang kedua untuk mencegah terjadinya luka atau lesi, dan yang ketiga mencegah kulit menjadi kering.

#### D. Implementasi

Implementasi untuk diagnosa pertama (Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan protein dan cairan) yaitu pada tanggal 21 Agustus 2009 jam 08.00, yang pertama monitor tekanan darah. Subyektifnya adalah ibu klien bersedia, obyektifnya adalah tekanan darah : 90/60 mmHg, Nadi : 110 kali per menit, Suhu : 36,5° C, respirasi : 28 kali per menit. Jam 08.20 menghitung intake dan output cairan, subyektifnya ibu klien bersedia, obyektifnya adalah intake 550 cc dan outputnya adalah 920 cc. Jam 09.00 mengukur dan mencatat lingkar perut, subyektifnya klien kooperatif, obyektifnya mengetahui lingkar perut pasien yaitu 46 cm.

Implementasi untuk diagnosa yang kedua ( Resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan pertahanan tubuh ) yaitu pada tanggal 22 Agustus 2009 jam 08.30, yang pertama mengubah posisi setiap 2 jam, subyektifnya adalah ibu klien mengikuti saran yang diberikan, obyektifnya adalah ibu klien mengubah posisi setiap 2 jam. Jam 09.00 menyarankan agar tidak menggunakan pakaian yang ketat, subyektifnya adalah ibu klien bersedia, dan untuk obyektifnya adalah pasien terlihat memakai baju yang longgar. Jam 10.00 memberikan lotion jika kulit kering, subyektifnya ibu klien bersedia dan untuk obyektifnya adalah ibu klien nampak mengolesi lotion switsal.

## **E. Evaluasi**

Setelah dilakukan implementasi selama 2 hari penulis melakukan implementasi, dan implementasinya adalah :

Tanggal 23 Agustus 2009

- 1. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan protein dan cairan jam 10.00, evaluasi subyektif : ibu klien mengatakan bengkak berkurang, evaluasi obyektif :skrotum pasien agak berkurang bengkaknya. Analisa : masalah belum teratasi, planingnya adalah lanjutkan intervensi yang pertama yaitu hitung intake dan output cairan, monitor tekanan darah, ukur dan catat lingkaran perut.**
- 2. Resiko Tinggi Kerusakan Integritas kulit berhubungan dengan Penurunan Pertahanan Tubuh jam 10.30, evaluasi subyektif : ibu klien mengatakan kemerahan pada kulit berkurang, evaluasi obyektif : klien nampak lebih nyaman. Analisa : masalah belum teratasi, planingnya adalah lanjutkan intervensi yang pertama mengatur posisi tiap 2 jam, menyarankan agar tidak menggunakan pakaian yang ketat, dan menganjurkan penggunaan lotion jika kulit kering.**

## BAB IV

### PEMBAHASAN

Pada bab IV ini, penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan yang muncul pada An. M dengan *Sindrom Nefrotik* di ruang Melati RSUD Tugu Rejo Semarang. Penulis mempunyai beberapa rekomendasi untuk perbaikan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi, sampai evaluasi untuk perbaikan.

Pada pengkajian, penulis menggunakan pengkajian pola fungsi menurut Gordon. Tetapi, saat pengkajian penulis tidak mencantumkan pola kebiasaan orang tua karena kekurangan penulis dalam melakukan pengkajian yang kurang memperhatikan kebutuhan klien secara menyeluruh.

Mengenai pengkajian penulis kurang tepat dalam penghitungan balance cairan, dalam penghitungan balance cairan yang benar yaitu:

Asupan	: Ds 5% 500 cc 10 tpm	: 720 cc per hari.
Air minum	: 7 gelas per hari, @ 200 cc	: <u>1400 cc per hari.</u> +
Jumlah	:	2120 cc per hari
Haluaran	: Buang air besar 2 kali per hari, @ 200 cc	: 400 cc per hari
	Buang air kecil 6 kali per hari, @ 150 cc	: 900 cc per hari.
	Iwl : ( 30 – 2 tahun ) cc x 16,5	: 462cc per hari +
		<u>1762 cc per hari</u>

Jumlah haluaran adalah 2026 cc per hari

Jadi keseimbangan cairan tubuh = asupan – haluaran

= 2120 cc per hari - 1726 cc per hari

= 394 cc per hari

Berdasarkan hasil pengkajian tanggal 20 Agustus 2009 maka prioritas masalah keperawatan, penulis menemukan 2 diagnosa, yaitu:

**1. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan protein dan cairan.**

Resiko tinggi kekurangan volume cairan adalah keadaan ketika seseorang individu yang tidak menjalani puasa mengalami atau beresiko mengalami dehidrasi vaskuler, interstisial, atau intravaskular ( Carpenito, 2006 ).

Diagnosa yang penulis tentukan kurang tepat, seharusnya diagnosa yang tepat adalah kelebihan volume cairan karena terdapat data edema pada skrotum, pada laboratorium ditemukan albumin 1,7 gram/ dl normalnya ( < 2,5 gram / dl ), protein positif 5 nilai normal negative.

Diagnosa resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan protein dan cairan penulis prioritaskan pada prioritas pertama karena menurut “ Hierarki Maslow “ resiko kekurangan volume cairan adalah masalah yang muncul karena kebutuhan yang harus segera mendapatkan tindakan keperawatan dan harus segera ditangani.

Untuk mengatasi diagnosa keperawatan Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan haluaran urine yang berlebih akibat

kehilangan protein dan cairan. Untuk itu penulis perlu melakukan intervensi yang bertujuan agar keadaan edem berkurang, dengan kriteria hasil kehilangan cairan yang ditunjukkan tidak ada.

Pada intervensi pertama monitor tekanan darah dengan hasil :

Tensi darah : 90/60 mmHg, Nadi : 110 kali per menit, Suhu : 36,5° C, respirasi : 28 kali per menit

Pada intervensi kedua menghitung pemasukan dan keluaran cairan dengan hasil

Berat badan : 16,5 Kg

Asupan	: Ds 5% 500 cc 10 tpm	: 720 cc per hari.
Air minum	: 7 gelas per hari, @ 200 cc	: 1400 cc per hari. +
Jumlah	:	2120 cc per hari
Haluaran	: Buang air besar 2 kali per hari, @ 200 cc	: 400 cc per hari
	Buang air kecil 6 kali per hari, @ 150 cc	: 900 cc per hari.
	Iwl : ( 30 – 2 tahun ) cc x 16,5	: 462cc per hari +
		<u>1762 cc per hari</u>

Jumlah haluaran adalah 2026 cc per hari

Jadi keseimbangan cairan tubuh = asupan – haluaran

$$= 2120 \text{ cc per hari} - 1726 \text{ cc per hari}$$

$$= 394 \text{ cc per hari}$$

Pada intervensi yang ketiga yaitu mengukur lingkar perut :

Lingkar perut : 46 cm

Dari intervensi yang direncanakan penulis dapat melaksanakannya, baik mandiri maupun kolaboratif, selain itu klien dan keluarga cukup kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan tersebut karena An. M dan keluarga kooperatif, sehingga mudah memahami anjuran dan penjelasan yang penulis berikan. Hal ini dapat dilihat dari kesediaan klien ketika pemeriksaan TTV, penghitungan balance cairan dan ketika dilakukan pengukuran lingkar perut, pada tanggal 22 Agustus 2009 jam 08.00, monitor tekanan darah subyektifnya adalah klien mau dan obyektifnya tensi darah 90/60 mmHg. Jam 08.20 menghitung intake dan output cairan, subyektifnya adalah ibu klien bersedia, obyektifnya adalah intake 2120 cc dan output 1726 cc. Jam 09.00 mengukur dan mencatat lingkar perut, subyektifnya klien kooperatif, obyektifnya mengetahui lingkar perut pasien yaitu 46 cm.

Evaluasi yang didapat setelah melakukan tindakan keperawatan selama 1 kali 24 jam pada diagnosa yang pertama, resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan protein dan cairan respon subyektif : ibu klien mengatakan bengkak berkurang, evaluasi obyektif :skrotum pasien agak berkurang bengkaknya. Analisa : masalah belum teratasi, planingnya adalah lanjutkan intervensi meliputi monitor tanda vital, hitung pemasukan dan pengeluaran cairan dan ukur lingkar perut.

## **2. Resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan pertahanan tubuh.**

Resiko tinggi kerusakan integritas kulit adalah keadaan seorang individu mengalami atau beresiko untuk mengalami kerusakan integument atau jaringan membran mukosa ( Carpenito, 2006 ).

Diagnosa resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan pertahanan tubuh penulis tegakkan karena pada saat pengkajian penulis menemukan data nampak kemerahan pada paha pasien.

Diagnosa resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan pertahanan tegakkan yang kedua karena menurut “ Hierarki Maslow “ termasuk masalah fisiologi tapi tidak darurat dan menurut triage konsep adalah masalah yang tidak darurat. Untuk mengatasi diagnosa keperawatan Resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan pertahanan tubuh. Untuk itu penulis perlu melakukan intervensi yang bertujuan agar pasien dapat mempertahankan integritas kulit, dengan kriteria hasil kulit pasien tidak menunjukkan kemerahan atau iritasi.

Dari intervensi yang direncanakan penulis dapat melaksanakannya, baik mandiri maupun kolaboratif, selain itu klien dan keluarga cukup kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan, sehingga mudah memahami anjuran dan penjelasan yang penulis berikan. Hal ini dapat dilihat dari kesediaan ibu klien untuk melakukan contoh yang dianjurkan misalnya, merubah setiap posisi klien setiap 2 jam, 22 Agustus 2009 jam

08.30, mengatur posisi pasien setiap kondisi, subyektifnya adalah ibu klien mengikuti saran yang diberikan, obyektifnya adalah ibu klien terlihat mengubah posisi pasien. Jam 09.00 menyarankan agar tidak menggunakan pakaian yang ketat, subyektifnya adalah ibu klien bersedia, dan untuk obyektifnya adalah klien terlihat mengenakan pakaian yang agak longgar. Jam 10.00 memberikan lotion jika kulit kering, subyektifnya ibu klien bersedia dan untuk obyektifnya adalah ibu klien Nampak mengusapi tangan klien dengan menggunakan lotion switsal.

1. Evaluasi yang didapat setelah melakukan tindakan keperawatan selama 1 kali 24 jam evaluasi subyektif : ibu klien mengatakan kemerahan pada kulit berkurang, evaluasi obyektif : klien nampak lebih nyaman. Analisa : masalah belum teratasi, planingnya adalah lanjutkan intervensi yang pertama mengatur posisi tiap 2 jam, menyarankan agar tidak menggunakan pakaian yang ketat, dan menganjurkan penggunaan lotion jika kulit kering.

## BAB V

### PENUTUP

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesimpulan dan saran untuk asuhan keperawatan sindrom nefrotik pada An. M di Ruang Melati RSUD Tugurejo Semarang, proses asuhan keperawatan dari pengkajian sampai evaluasi.

#### A. Kesimpulan

##### 1. Pengkajian

Adalah data yang diperoleh dari hasil pengkajian baik pada pasien ataupun ibu klien, dalam melakukan pengkajian sudah sesuai dengan teori tetapi ada data yang kurang seperti dalam pengkajian fisik kurang memasukan data.

##### 2. Analisa data

Adalah pengelompokan data-data An. M atau keadaan tertentu dimana An. M mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahan.

##### 3. Diagnosa keperawatan

Adalah keputusan klinik tentang pola fungsional, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, diagnosa keperawatan mempunyai tiga komponen utama yaitu *problem* atau masalah, *etiologi* atau penyebab, *sign and sysptom* atau tanda dan gejala pada An. M. Diagnosa yang muncul pada An. M yang pertama Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kekurangan protein dan

cairan, Diagnosa yang kedua adalah Resiko Tinggi Kerusakan Integritas kulit berhubungan dengan Penurunan Pertahanan Tubuh.

#### 4. Rencana keperawatan

Adalah bagaimana perawat merencanakan tindakan yang akan diberikan kepada An. M secara tepat untuk mencapai hasil yang diharapkan. Rencana asuhan keperawatan pada An. M untuk diagnosa pertama resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kekurangan protein dan cairan, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 kali 24 jam dengan tujuan keadaan edema berkurang dengan kriteria hasil kehilangan cairan yang ditunjukkan tidak ada. Rasionalnya adalah mengetahui pemasukan dan pengeluaran cairan.

Diagnosa kedua Resiko Tinggi Kerusakan Integritas kulit berhubungan dengan Penurunan Pertahanan Tubuh, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam dengan tujuan: kerusakan integritas kulit dapat dicegah dengan kriteria hasil pasien mempertahankan integritas kulit. Rasionalnya adalah agar area yang terinfeksi dapat dihindari.

##### 1. Implementasi keperawatan

Merupakan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Selama pelaksanaan kegiatan dapat bersifat mandiri dan kolaboratif. Selama melaksanakan kegiatan perlu diawasi dan kolaboratif. Selama melaksanakan kegiatan perlu diawasi dan dimonitor kemajuan kesehatan An. M. Implementasi pada An. M untuk diagnose pertama

resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan protein dan cairan yang penulis lakukan menghitung pengeluaran dan pemasukan cairan.

Diagnosa kedua Resiko Tinggi Kerusakan Integritas kulit berhubungan dengan Penurunan Pertahanan Tubuh yang penulis lakukan adalah menyarankan untuk mengubah posisi pasien setiap 2 jam.

#### 5. Evaluasi

Dalam proses keperawatan menyangkut pengumpulan data subyektif dan obyektif yang akan menunjukkan apakah pelayanan keperawatan sudah dicapai atau belum. Bila perlu langkah evaluasi ini merupakan langkah awal dari identifikasi dan analisa masalah selanjutnya. Catatan perkembangan pada An. M untuk diagnosa resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan protein dan cairan dan diagnosa Resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan pertahanan tubuh kedua kesimpulan masalah belum teratasi.

### **B. Saran-saran**

#### 1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Tenaga kesehatan diharapkan dapat menambah wawasan dan dapat menerapkan asuhan keperawatan khususnya pada perawatan anak dengan masalah sindrom nefrotik.

## 2. Bagi Penulis

Diharapkan dapat menambah pengetahuan melalui membaca referensi-referensi yang ada khususnya asuhan keperawatan pada anak dengan sindrom nefrotik.

## 3. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat memberi masukan dalam hal pembelajaran khususnya mengenai asuhan keperawatan pada



## DAFTAR PUSAKA

- Alatas, Husein. 2004. *Buku ajar nefrologi anak*. Edisi 2, Jakarta : FKUI
- Hidayat, Alimul Aziz. 2005. *Pengantar ilmu keperawatan anak 1*. Edisi 1 : Jakarta.
- Riyadi, Sujono dan Sukarmin. 2009. *Asuhan keperawatan pada anak*. Edisi 1. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Yuliani, Rita Skp dan Suriadi Skp. 2006. *Asuhan keperawatan pada anak*. Edisi 2. Jakarta : EGC.
- Wong, L, D. 2004. *Pedoman klinis keperawatan pediatrik*. Edisi 4, Jakarta : EGC.
- Prodjosudjadi, Wiguno. 2006. *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Edisi 4, Jakarta : FKUI.
- Mubin, Halim. 2007. *Paduan praktis ilmu penyakit dalam*. Edisi 2, Jakarta : EGC.
- Carpenito, Lynda Juall. 2006. *Buku saku diagnosa keperawatan*. Edisi 10, Jakarta : EGC.

