

**KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA An. J.U  
DENGAN DIAGNOSA GLOMERULUS NEFRITIS AKUT DI  
RUANG MAWAR RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program  
Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



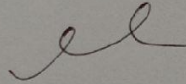
**RAMON ADYESA TOBE  
NIM: PO.530320116323**

**PROGRAM STUDI DAIPLOMA III KEPERAWATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES  
KUPANG  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
2019**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Ramon Adyesa Tobe, NIM :  
PO.530320116323 dengan judul "Asuhan Keperawatan Komprehensif  
Pada An. J.U Dengan Diagnosa Glomerulus Nefritis Akut Di Ruang  
Mawar RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang" telah diperiksa dan  
disetujui untuk diujikan.

Disusun Oleh :



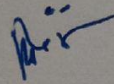
**RAMON ADYESA TOBE**

NIM. PO. 530320116323

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D- III  
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal, 13 Juni 2019

Pembimbing



**Roswita Victoria Rambu Roku, S.Kep, Ns, MSN**

NUPN. 9908419437

### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ramon Adyesa Tobe

NIM : PO. 530320116323

Program Studi : D-III Keperawatan

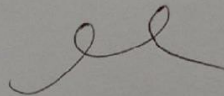
Institusi : Politektik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa studi kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat buktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

**Kupang, 13 Juni 2019**

**Pembuat Pernyataan**

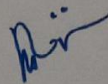


**Ramon Adyesa Tobe**

**NIM : PO. 530320116323**

**Mengetahui**

**Pembimbing**



**Roswita Victoria Rambu Roku, S.Kep, Ns, MSN**

**NUPN. 9908419437**

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

“Asuhan keperawatan komprehensif pada an. J.u dengan diagnosa  
glomerulus nefritis akut di Ruang Mawar Rsud Prof. Dr. W.z.  
Johannes kupang”

Disusun Oleh :

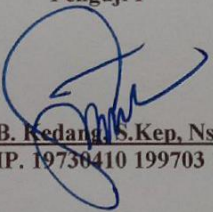
Ramon Adyesa Tobe

NIM. PO. 530320116323

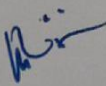
Telah Diuji Pada Tanggal, 13 Juni 2019

Dewan Penguji

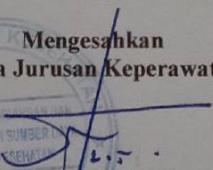
Penguji I

  
Sabinus B. Kedana, S.Kep, Ns, M.Kep  
NIP. 19750410 199703 1 002

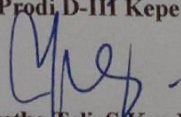
Penguji II

  
Roswita Victoria Rambu Roku, S.Kep, Ns, MSN  
NUPN. 9908419437

Mengesahkan  
Ketua Jurusan Keperawatan

  
Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kes  
NIP. 19691128 199303 1 001

Mengetahui  
Ketua Prodi D-III Keperawatan

  
Margaretha Teli, S.Kep, Ns, MSc-PH  
NIP. 19770727 200003 2 002

## BIODATA PENULIS

Nama : Ramon Adyesa Tobe

Tempat Tanggal Lahir : Kupang, 11 Agustus 1999

Jenis Kelamin : Laki – laki

Alamat : Oesapa Km 10

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat TK Mitra Lasiana, Tahun 2004
2. Tamat SD Gmit Manumuti, Tahun 2010
3. Tamat SMPK Giovanni Kupang, Tahun 2013
4. Tamat SMK Kencana Sakti Kupang, Tahun 2016
5. Sejak tahun 2016 kuliah di jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

## MOTTO

“*Yákin Hidūp Sūksés Amin*”

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat kasih karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tentang “Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada An. J.U Dengan Diagnosa Glomerulus Nefritis Akut Di Ruang Mawar RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang” Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Roswita Victoria Rambu Roku, S.Kep, Ns, MSN selaku pembimbing dan penguji yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam menyumbangkan ide-ide dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada Bapak Sabinus B. Kedang, S.Kep, Ns, M.Kep selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini. Melalui kesempatan ini juga penulis tidak lupa untuk menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Ibu R.H Kristina SKM.,M.,Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang sekaligus sebagai pelindung dalam kegiatan Ujian Akhir Program mahasiswa-mahasiswi Diploma III Keperawatan Kupang Jurusan Keperawatan Kupang
2. Bapak Dr. Florentianus Taat S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang sekaligus sebagai penanggung jawab dalam Kegiatan Ujian Akhir Program, Program Study Diploma III keperawatan Kupang
3. Ibu Margaretha Teli S.Kep.,Ns.,MSc-PH selaku Ketua Program Study Diploma III keperawatan Kupang sekaligus menjadi koordinator dalam Kegiatan Ujian Akhir Program, Program Study Diploma III keperawatan Kupang.
4. Ibu selaku Pembimbing Akademik yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam membirikan motivasi kepada penulis

selama proses perkuliahan pada Program Study Diploma III keperawatan Kupang.

5. Bapak/Ibu Dosen keperawatan Kupang atas bimbingan selama perkuliahan dan Bapak/ibu tenaga kependidikan yang telah banyak membantu selama proses perkuliahan pada Program Study Diploma III keperawatan Kupang.
6. Bapak direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk melakukan studi kasus di ruang mawar RSUD Prof. Dr. W.Z. Johanes Kupang.
7. Kepala Ruangan dan CI Ruang Mawar RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah membimbing penulis selama pelaksanaan Ujian Akhir Program ( melaksanakan asuhan keperawatan komprehensif pada An. J.U dengan Glomerulus Nefritis Akut ).
8. Orang tua tercinta Bapak Simon Tobe dan Mama Sarfince Tobe–Fanggi yang telah sepenuhnya memberikan dengan tulus segala Doa, kasih sayang, cinta dan pengorbanan yang luar biasa sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
9. Adik Randi, adik Clarisa dan semua rumpun keluarga besar penulis yang telah membantu dengan cara mereka masing-masing sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
10. Sahabat Helmy, Maya, Anita, Aty, Yheni, Vendi, Ezar, Musa, Renol, Leo, Rifaldi, ingkel, Vero, Joao, Nina dan Sindy yang selalu memberi dukungan doa dan motivasi dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
11. Teman-teman seperjuangan angkatan 25 khususnya kelas reguler B mesque un class yang telah banyak membantu penulis dalam perkuliahan dan berjuang bersama melewati segala aktifitas perkuliahan sehingga dapat terselesaikan dengan baik.
12. Pegawai Perpustakaan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam memfasilitasi penyediaan referensi untuk penulisan Karya Tulis Ilmiah.
13. Pihak – pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

Akhir kata, penulis ucapkan terima kasih dan mohon maaf jika dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan yang penulis lakukan dan penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan laporan studi kasus ini.

Kupang, Juni 2019

Penulis



## ABSTRAK

Asuhan keperawatan komprehensif pada pasien An. J. T dengan diagnosa Glomerulus Nefritis Akut di ruang Mawar rsud Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang Nusa Tenggara Timur. Oleh Ramon a. Tobe. PO.530320116323. Pembimbing Roswita Victoria Rambu Roku.,S.Kep,Ns,MSN dan Penguji Sabinus B Kedang S.Kep.,Ns.,M.Kep

Glomerulonefritis Akut (GNA) merupakan keadaan atau manifestasi utama gangguan sistemik dengan rentang penyakit minimal sampai berat sampai berat. Glomerulonefritis poststreptokokal Akut (APSGN, acute postsreptococcal Glomerulonefritis) merupakan penyakit ginjal pasca infeksi yang sering terjadi pada masa kanak-kanak dan merupakan penyakit yang menyebabkan dapat ditegakan pada sebagian besar kasus.

Tujuan dari Asuhan Keperawatan ini adalah Menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Glomerulus Nefritis Akut (GNA).

Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien tersebut yaitu Perfusi jaringan renal tidak efektif berhubungan dengan hipervolemia dan Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

*Kata Kunci: GLOMERULUS NEFRITIS AKUT. ASUHAN KEPERAWATAN*

## DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan .....	i
Lembar Keaslian Tulisan .....	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Biodata Dan Motto.....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstrak .....	vii
Daftar Isi .....	viii
Daftar Tabel.....	ix
Daftar Gambar.....	x
Daftra Lampiran.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1

1.2 Tujuan Studi Kasus.....	2
1.3 Manfaat Studi Kasus.....	3
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>4</b>
2.1 Konsep Glomerulus Nefritis Akut.....	4
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	15
<b>BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>26</b>
3.1 Hasil Studi Kasus.....	26
3.2 Pembahasan.....	38
3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	41
<b>BAB 4 PENUTUP .....</b>	<b>42</b>
4.1 Kesimpulan.....	42
4.2 Saran .....	43
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 1 Klasifikasi Glomerulus Nefritis.....	6
--	---

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Pathway Glomerulus Nefritis Akut.....	10
Gambar 2. Genogram.....	27

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Format Pengkajian Anak

Lampiran 2 Lembar Konsultasi

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Glomerulonefritis Akut (GNA) merupakan keadaan atau manifestasi utama gangguan sistemik dengan rentang penyakit minimal sampai berat sampai berat. Glomerulonefritis poststreptokokal Akut (APSGN, acute postsreptococcal Glomerulonefritis) merupakan penyakit ginjal pasca infeksi yang sering terjadi pada masa kanak-kanak dan merupakan penyakit yang menyebabkan dapat ditegakkan pada sebagian besar kasus. Dapat terjadi pada setiap tingkatan usia tetapi terutama menyerang anak-anak pada awal usia sekolah dengan awitan paling sering terjadi pada usia 6–7 tahun. Penyakit ini jarang dijumpai pada anak–anak usia dibawah 2 tahun. (Donna L wong, 2009) Glomerulonefritis merupakan penyakit ginjal dengan suatu inflamasi dan proliferasi sel glomerulus. Peradangan tersebut terutama

disebabkan mekanisme imunologis yang menimbulkan kelainan patologis glomerulus dengan mekanisme yang masih belum jelas. Pada anak kebanyakan kasus glomerulonefritis akut adalah pasca infeksi, paling sering infeksi streptokokus beta hemolitikus grup A.

Glomerulonefritis umumnya disebabkan oleh infeksi, yang sering terjadi pada anak-anak, seperti infeksi traktus respiratorius. Glomerulonefritis dapat terjadi secara epidemik atau sporadik, paling sering pada anak usia sekolah yang lebih muda, antara 5–8 tahun. Perbandingan anak laki-laki dan anak perempuan 2:1. WHO memperkirakan 472.000 kasus GNAPS terjadi setiap tahunnya secara global dengan 5.000 kematian setiap tahunnya. Penelitian yang dilakukan di Sri Manakula Vinayagar Medical College and Hospital India pada periode waktu Januari 2012–Desember 2014 ditemukan 52 anak dengan diagnosis GNAPS. Dari 52 pasien ditemukan 46 anak (88,4%) dengan GNAPS, usia pasien berkisar antara 2,6–13 tahun, 27 anak (52%) pada kelompok usia 5-10 tahun. Di Indonesia pengamatan mengenai GNA pada anak di sebelas universitas di Indonesia pada tahun 1997-2002, lebih dari 80% dari 509 anak dengan GNA mengalami efusi pleura, kardiomegali serta efusi perikardial, dan 9,2% mengalami ensefalopati hipertensif. Selama 5 tahun sejak 1998-2002, didapatkan 45 pasien GNA (0,4%) yaitu diantara 10.709 pasien yang berobat di Departemen Ilmu Kesehatan Anak RSCM. Empat puluh lima pasien ini terdiri dari 26 laki-laki dan 19 perempuan yang berumur antara 4-14 tahun, dan yang paling sering adalah 6–11 tahun. Angka kejadian ini relatif rendah, tetapi menyebabkan morbiditas yang bermakna. Dari seluruh kasus, 95% diperkirakan akan sembuh sempurna, 2% meninggal selama fase akut dari penyakit, dan 2% menjadi glomerulonefritis kronis. (Jurnal e-Clinic (eCI), Volume 4, Nomor 2, Juli-Desember 2016)

Data yang diambil dari RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang, diruang anak, jumlah pasien yang masuk dari bulan Januari sampai 30 Mei 2019 sebanyak 308 pasien, jumlah pasien diruang anak yang terdiagnosis Glomerulus Nefritis Akut terhitung dari bulan Januari 2019 sampai Mei 2019 sebanyak 4 pasien dengan laki – laki 3 orang dan perempuan 1 orang.

Solusi masalah pada anak dengan Glomerulus Nefritis Akut adalah perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat memberikan informasi tentang bagaimana tanda gejala, cara pencegahan, cara pengobatan dan penanganan pasien dengan Glomerulus Nefritis Akut sehingga keluarga juga dapat berperan aktif dalam pemeliharaan kesehatan baik individu itu sendiri maupun orang lain disekitarnya.

## **1.2 Tujuan Studi Kasus**

Terdiri dari 2 (dua) hal yaitu tujuan umum dan tujuan khusus.

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Glomerulus Nefritis Akut (GNA).

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1. Menggambarkan tentang pengkajian pada pasien dengan Glomerulus Nefritis Akut (GNA).
2. Menggambarkan tentang diagnosa keperawatan pada pasien dengan Glomerulus Nefritis Akut (GNA).
3. Menggambarkan tentang rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan dengan Glomerulus Nefritis Akut (GNA).
4. Menggambarkan tentang implementasi pada pasien dengan dengan Glomerulus Nefritis Akut (GNA).
5. Menggambarkan tentang evaluasi pada pasien dengan dengan Glomerulus Nefritis Akut (GNA).

## **1.3 Manfaat Studi Kasus**

### **1.3.1 Bagi Penulis**

Hasil penelitian membuat pengalaman belajar dalam meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan berkaitan dengan pasien dengan Glomerulus Nefritis Akut (GNA) dan menambah wawasan sebagai acuan bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan penelitian lanjutan terhadap pasien yang menderita dengan Glomerulus Nefritis Akut (GNA).



### **1.3.2 Bagi Institusi**

#### **1. Rumah Sakit**

Sebagai masukan dalam melaksanakan 5 tahap proses keperawatan dan meningkatkan pemberian pelayanan kesehatan pada pasien, khususnya pasien dengan Glomerulus Nefritis Akut (GNA).

#### **2. Bagi Pendidikan**

Sebagai sumber bacaan atau referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dan pelaksanaan 5 tahap proses keperawatan pada pasien, khususnya pasien dengan Glomerulus Nefritis Akut (GNA).

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Teori**

##### **2.1.1. Pengertian**

Glomerulonefritis Akut (GNA) merupakan keadaan atau manifestasi utama gangguan sistemik dengan rentang penyakit minimal sampai berat sampai berat. Glomerulonefritis poststreptokokal akut (APSGN, acute poststreptokokal glomerulonefritis) merupakan penyakit ginjal pasca infeksi yang sering terjadi pada masa kanak-kanak dan merupakan penyakit yang menyebabkan dapat ditegakkan pada sebagian besar kasus. dapat terjadi pada setiap tingkatan usia tetapi terutama menyerang anak-anak pada awal usia sekolah dengan awitan paling sering terjadi pada usia 6-7 tahun. Penyakit ini jarang dijumpai pada anak-anak, usia dibawah 2 tahun (Donna L wong, 2009).

Glomerulonefritis merupakan penyakit ginjal dengan suatu inflamasi dan proliferasi sel glomerulus. Peradangan tersebut terutama disebabkan mekanisme imunologis yang menimbulkan kelainan patologis glomerulus dengan mekanisme yang masih belum jelas. Pada anak kebanyakan kasus glomerulonefritis akut adalah pasca infeksi, paling sering infeksi streptokokus beta hemolitikus grup A.

### **2.1.2. Epidemiologi**

Glomerulonefritis berdasarkan definisi dari International Collaboratif Study of Kidney Disease in Children (ISKDC) pada tahun 2003 adalah sekumpulan gejala – gejala yang timbul mendadak, terdiri dari hematuria, proteinuria, silinderuria (terutama silinder eritrosit), dengan atau tanpa disertai hipertensi, edemam gejala-gejala dari kongesti vaskuler atau gagal ginjal akut, sebagai akibat dari suatu proses peradangan yang ditimbulkan oleh reaksi imunologik pada ginjal yang secara spesifik mengenai glomerulus (Aditiawati *et al*, 2011). Glomerulonefritis umumnya disebabkan oleh infeksi, yang sering terjadi pada anak-anak, seperti infeksi traktus respiratorius. Glomerulonefritis dapat terjadi secara epidemik atau sporadik, paling sering pada anak usia sekolah yang lebih muda, antara 5–8 tahun. Perbandingan anak laki-laki dan anak perempuan 2:1. Di Indonesia, penelitian multisenter selama 12 bulan pada tahun 1988 melaporkan 170 orang pasien yang dirawat di rumah sakit pendidikan, terbanyak di Surabaya (26,5%) diikuti oleh Jakarta (24,7%), Bandung (17,6%), dan Palembang (8,2%). Perbandingan pasien laki-laki dan perempuan 1,3:1 dan terbanyak menyerang anak usia 6–8 tahun (40,6%) (Alatas *et al*, 2012). WHO mempekirakan 472.000 kasus GNAPS terjadi setiap tahunnya secara global dengan 5.000 kematian setiap tahunnya. Penelitian yang dilakukan di Sri Manakula Vinayagar Medical College and Hospital India pada periode waktu Januari 2012–Desember 2014 ditemukan 52 anak dengan diagnosis GNAPS. Dari 52 pasien ditemukan 46 anak (88,4%) dengan GNAPS, usia pasien berkisar antara 2,6–13 tahun, 27 anak (52%) pada kelompok usia 5-10 tahun. Di Indonesia pengamatan mengenai GNA pada anak di sebelas universitas di Indonesia pada tahun 1997-2002, lebih dari 80% dari 509 anak dengan GNA mengalami efusi pleura, kardiomegali

serta efusi perikardial, dan 9,2% mengalami ensefalopati hipertensif. Selama 5 tahun sejak 1998-2002, didapatkan 45 pasien GNA (0,4%) yaitu diantara 10.709 pasien yang berobat di Departemen Ilmu Kesehatan Anak RSCM. Empat puluh lima pasien ini terdiri dari 26 laki-laki dan 19 perempuan yang berumur antara 4-14 tahun, dan yang paling sering adalah 6–11 tahun. Angka kejadian ini relatif rendah, tetapi menyebabkan morbiditas yang bermakna. Dari seluruh kasus, 95% diperkirakan akan sembuh sempurna, 2% meninggal selama fase akut dari penyakit, dan 2% menjadi glomerulonefritis kronis. ( Jurnal e-Clinic (eCI), Volume 4, Nomor 2, Juli-Desember 2016 ).

Data yang diambil dari RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang, diruang anak, jumlah pasien yang masuk dari bulan januari sampai 30 mei 2019 sebanyak 308 pasien, jumlah pasien diruang anak yang terdiagnosis Glomerulus nefritis akut terhitung dari bulan januari 2019 sampai mei 2019 sebanyak 4 pasien dengan laki – laki 3 orang dan perempuan 1 orang.

### **2.1.3. Etiologi**

Penyakit ini sering di temukan pada anak berumur antara 3-7 tahun dan lebih sering mengenai anak pria di bandingkan anak wanita. Timbulnya GNA didahului oleh infeksi ekstra-renal, terutama di traktus respiratorius bagian atas dan kulit oleh kuman *Streptococcus beta hemolyticus* golongan A, tipe 12,4,16,25 dan 49. Hubungan antara GNA dan infeksi streptococcus ini di kemukakan pertama kali oleh Lohlein pada tahun 1907 dengan alasan bahwa:

1. Timbulnya GNA setelah infeksi skarlatina.
2. Diisolasinya kuman streptococcus beta hemolyticus golongan A.
3. Meningkatnya titer anti-streptolisin pada serum penderita.

Antara infeksi bakteri dan timbulnya GNA terdapat masa laten selama lebih kurang 10 hari. Dari pada tipe tersebut di atas tipe 12 dan 25 lebih bersifat nefritogen dari pada yang lain. Mengapa tipe yang satu lebih bersifat nefritogen dari pada yang lain tidaklah di ketahui.

Mungkin faktor iklim, keadaan gizi, keadaan umum dan faktor alergi mempengaruhi terjadinya GNA setelah infeksi dengan kuman Streptococcus. GNA dapat juga di sebabkan oleh sifilis, keracunan (timah hitam, tridion), penyakit amiloid, trombosis vena renalis, purpura anafilaktoid dan lupus eritematosus.

#### 2.1.4. Klasifikasi Glomerulus Nefritis

Tabel 2.1 Klasifikasi Glomerulus Nefritis

Klasifikasi	Keterangan
Distribusi	Mengenal semua glomerulus; bentuk yang paling sering terjadi menyebabkan gagal ginjal kronik
Difus	
Fokal	Hanya sebagian glomerulus yang abnormal
Lokal	Hanya sebagian rumbai glomerulus yang abnormal, misalnya satu simpal kapiler
<b>BENTUK</b>	<b>KLINIS</b>
<b>GLOMERULONEFRITIS</b>	Jenis gangguan klasik dan jinak, yang hampir selalu diawali oleh infeksi streptokokus dan disertai endapan kompleks imun pada membran basalis glomerulus (GBM) dan perubahan proliferasif selular
<b>DIFUS</b>	
Akut	Bentuk glomerulonefritis yang progresif cepat, ditandai dengan perubahan – perubahan poliferatif selular nyata yang merusak glomerulus sehingga dapat mengakibatkan kematian karena uremia dalam jangka waktu beberapa bulan sejak timbulnya penyakit
Subakut	Glomerulonefritis progresif lambat yang berjalan menuju perubahan sklerotik dan obliteratif pada glomerulus; ginjal mengisut dan kecil; kematian akibat uremia; seluruh perjalanan penyakit berlangsung dari 2 sampai 40 tahun.
Kronik	

(Sylvia A. Price and Lorraine M. Wilson, 2005)

### **2.1.5. Patofisiologi**

Hampir pada semua tipe glomerulonefritis terjadi gangguan di lapisan epitel atau lapisan podosit membran glomerulus. Gangguan ini mengakibatkan hilangnya muatan negatif. Glomerulonefritis pascastreptokokal akut terjadi karena kompleks antigen–antibodi terperangkap dan menumpuk di dalam membran kapiler glomerulus sesudah infeksi oleh streptococcus beta-hemolyticus group A. Antigen tersebut, yang bisa endogen atau eksogen, menstimulasi pembentukan antibodi. Kompleks antigen-antibodi yang beredar di dalam darah akan tersangkut di dalam kapiler glomerulus. Cedera glomerulus terjadi ketika kompleks tersebut memulai pengaktifan komplemen dan pelepasan substansi imunologi yang menimbulkan lisis sel serta meningkatkan permeabilitas membran.

Intensitas kerusakan glomerulus dan insufisiensi renal berhubungan dengan ukuran, jumlah, lokasi (lokal atau difus), durasi panjang dan tipe kompleks antigen-antibodi dalam dinding kapiler glomerulus mengaktifkan mediator biokimiawi inflamasi yaitu, komplemen, leukosit, dan fibrin. Komplemen yang sudah diaktifkan akan menarik sel–sel neutrofil serta monosit yang melepaskan enzim lisosom. Enzim lisosom ini merusak dinding sel glomerulus dan menyebabkan proliferasi matriks ekstrasel yang akan mempengaruhi aliran darah glomerulus. Semua kejadian tersebut meningkatkan permeabilitas membran yang menyebabkan kehilangan muatan negatif pada membran glomerulus dan meningkatkan pula filtrasi protein. Kerusakan membran menyebabkan agregasi trombosit, dan degranulasi trombosit melepaskan substansi yang meningkatkan permeabilitas glomerulus. Molekul protein dan sel darah merah kini dapat melintas masuk ke dalam urine sehingga terjadi proteinnuria dan hematuria. Pengaktifan sistem koagulasi menimbulkan endapan fibrin dalam ruang Bowman. Akibatnya adalah pembentukan struktur terbentuk bulan sabit (erescent) dan penurunan aliran darah renal serta laju filtrasi glomerulus.

Perdarahan glomerulus menyebabkan urine menjadi asam. Keadaan ini akan mengubah hemoglobin menjadi meihemoglobin dan mengakibatkan urine berwarna cokelat tanpa ada bekuan darah. Respons inflamasi akan menurunkan laju filtrasi

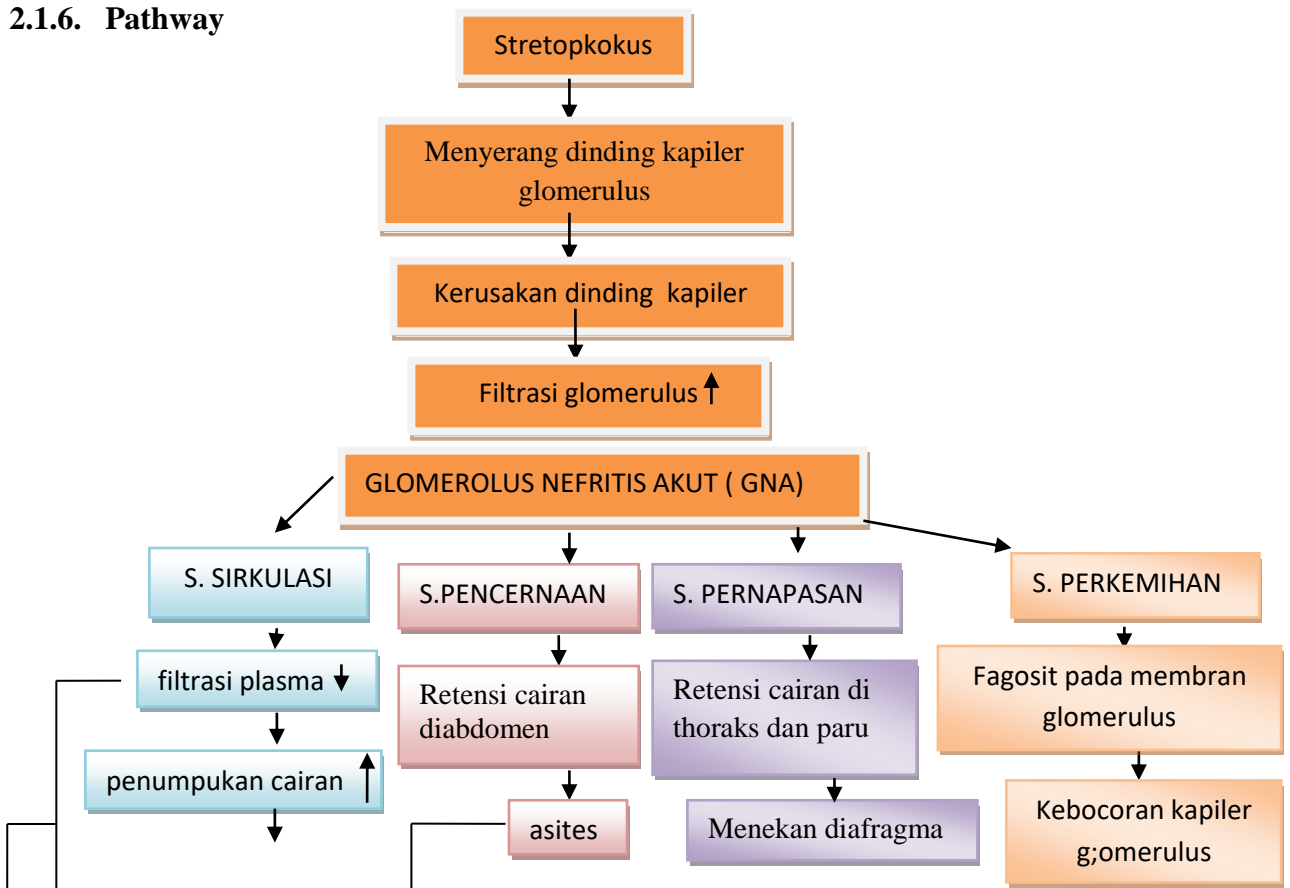
glomelurus, dan keadaan ini menyebabkan retensi cairan serta penurunan haluaran urine, peningkatan volume cairan ekstrasel, dan hipertensi. Proteinuria yang nyata menyertai sindrom nefrotik sesudah 10 hingga 20 tahun kemudian akan terjadi insufisiensi renal, yang diikuti oleh sindrom nefrotik dan gagal ginjal terminal. Sindrom Goodpasture merupakan glomerulonefritis progresif cepat yang disertai produksi antibodi terhadap kapiler pulmoner dan membran basalis glomerulus. Proliferasi antibodi intrasel yang difus dalam ruang Bowman menyebabkan pembentukan struktur berbentuk bulan sabit yang menyumbat ruang tersebut. Struktur ini tersusun atas fibrin dan sel – sel endotel, mesangial, serta fagositik yang menekan kapiler glomerulus, mengurangi aliran darah, dan menimbulkan parut yang luas pada glomerulus.

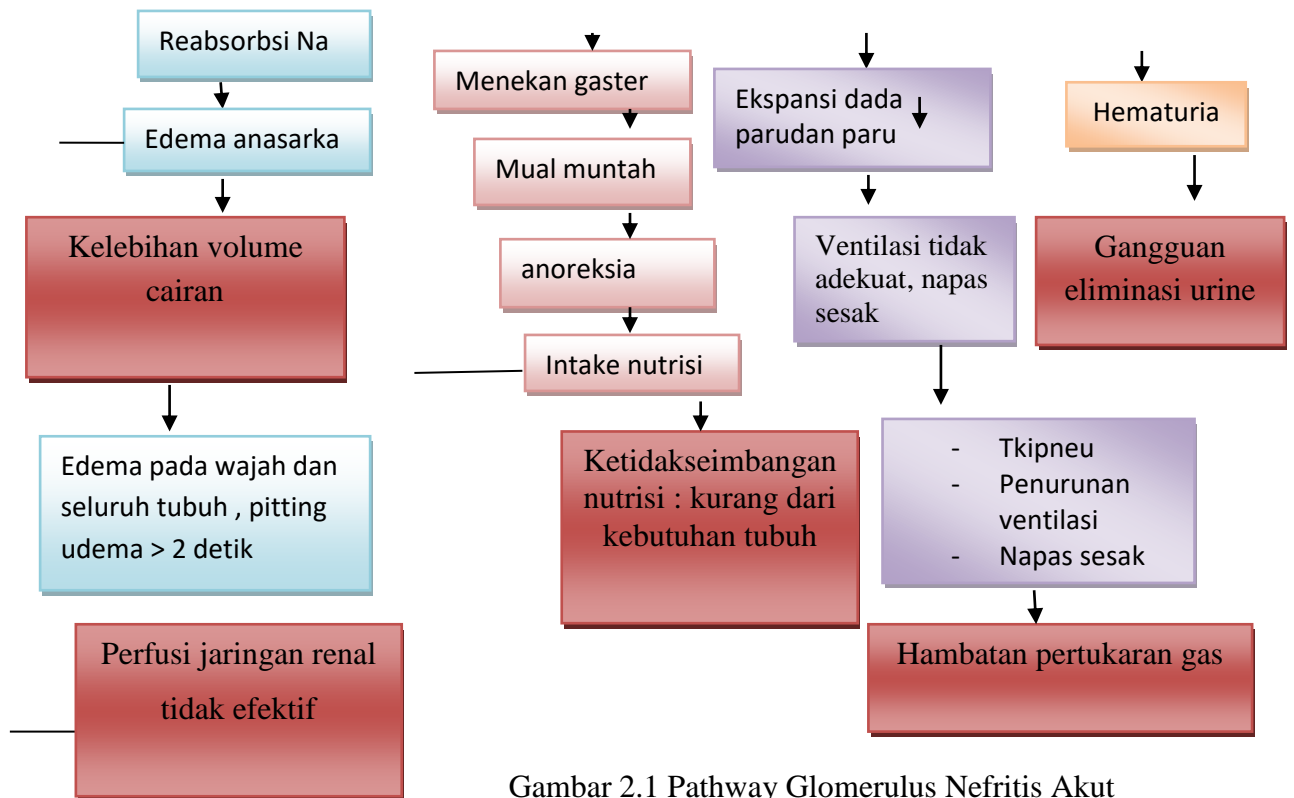
Laju filtrasi glomerulus menurun dan gagal ginjal terjadi dalam waktu beberapa minggu atau beberapa bulan. Nefropati IgA atau penyakit Berger biasanya bersifat idiopatik. Kadar IgA plasma meninggi dan IgA serta sel–sel inflamasi mengendap di dalam ruang Bowman. Akibatnya adalah sklerosis dan fibrosis glomerulus serta penurunan laju filtrasi glomerulus. Nefrosis lipid menyebabkan disrupsi membran filtrasi kapiler dan hilangnya muatan negatif pada membran ini. Keadaan ini meningkatkan permeabilitas yang disertai hilangnya protein sebagai akibatnya sehingga terjadi sindrom nefrotik. Penyakit sistemik, seperti infeksi virus hepatitis B, sistemik lupus eritematosus atau tumor solid yang malignan, menyebabkan nefropati membranosa. Proses inflamasi menyebabkan penebalan dinding kapiler glomerulus. Peningkatan permeabilitas dan proteinuria menimbulkan sindrom nefrotik. Kadang–kadang komplemen imun merusak lebih lanjut membran glomerulus.

Glomerulus yang rusak dan mengalami inflamasi akan kehilangan kemampuan untuk memiliki permeabilitas yang selektif sehingga sel darah merah dan protein dapat melewati filtrasi membran tersebut ketika laju filtrasi glomerulus menurun. Keracunan karena ureum dapat terjadi. Fungsi ginjal dapat memburuk, khususnya pada pasien dewasa dengan glomerulus pascastreptokokal akut, yang umumnya berbentuk glomerulus sklerosis dan disertai hipertensi. Semakin berat

gangguan tersebut, semakin besar kemungkinan terjadi komplikasi. Hipovolemik menimbulkan hipotensi yang bisa terjadi karena retensi natrium dan air (akibat penurunan laju filtrasi glomerulus) atau pelepasan renin yang tidak tepat. Pasien mengalami edema paru dan gagal jantung. (kowalak, welsh dan mayer, 2011).

**2.1.6. Pathway**





Gambar 2.1 Pathway Glomerulus Nefritis Akut

### 2.1.7. Manifestasi Klinis

1. Hematuria (kencing berwarna seperti air cucian daging). Hematuria dapat terjadi karena kerusakan pada rumbai kapiler glomerulus).
2. Proinuria (protein dalam urine) adalah suatu kondisi dimana urine mengandung jumlah protein yang tidak normal.
3. Oliguria dan anuria.

Selama fase akut terdapat vasokonstriksi arterioli glomerulus yang mengakibatkan tekanan filtrasi menjadi kurang dan karena hal ini kecepatan filtrasi glomerulus juga berkurang. Filtrasi air, garam, ureum dan zat-zat lainnya berkurang dan sebagai akibatnya kadar ureum dan kreatinin dalam darah meningkat. Fungsi tubulus relatif kurang terganggu, ion natrium dan air diresorpsi kembali sehingga diuresis berkurang maka timbul oliguria dan anuria.

4. Edema.



Edema yang biasanya dimulai pada kelopak mata dan bisa ke seluruh tubuh. Edema dapat terjadi karena adanya akumulasi cairan akibat penurunan fungsi ginjal, dimana terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus yang mengakibatkan ekskresi air, natrium, zat-zat nitrogen mungkin berkurang, sehingga terjadi edema.

5. Hipertensi.

Bila terdapat kerusakan jaringan ginjal, maka tekanan darah akan tetap tinggi selama beberapa minggu dan menjadi permanen bila keadaan penyakitnya menjadi kronis. Hal ini disebabkan akibat terinduksinya sistem rennin-angiotensin.

6. Hipertermi/suhu tubuh meningkat.

Dikarenakan adanya inflamasi oleh streptokokus.

7. Menurunnya output urine ( pengeluaran urine ) adalah keadaan dimana produksi urine seseorang kurang dari 500 mililiter dalam 24 jam.

8. Anak pucat dan lesu.

9. Mual muntah.

10. Fatigue ( kelelahan atau keletihan ) adalah suatu kondisi yang memiliki tanda berkurangnya kapasitas yang dimiliki seseorang untuk bekerja dan mengurangi efisiensi prestasi dan biasanya hal ini disertai dengan perasaan letih dan lemah.

11. Demam.

12. Sesak napas.

13. Anoreksia (penurunan nafsu makan).

### **2.1.8. Pemeriksaan Diagnostik**

1. Pemeriksaan urin sangat penting untuk menegakkan diagnosis nefritis akut. Volume urin sering berkurang dengan warna gelap atau kecoklatan seperti air cucian daging.
2. Tes darah : Bun (blood urea nitrogen : nitrogen urea darah) dan creatinine meningkat kreatinin serum meningkat bila fungsi ginjal mulai

menurun. Albumin serum dan protein total mungkin normal atau agak turun (karena hemodilusi).

3. Laju endap darah meninggi, kadar Hb menurun sebagai akibat hipervolemia (retensi garam dan air). Pada pemeriksaan urin di dapatkan jumlah urin mengurang, berat jenis meninggi. Hematuria makroskopis ditemukan pada 50% penderita. Ditemukan pula albumin (+), eritrosit (++), leukosit (+), silinder leukosit, dan hialin.
4. Biopsi ginjal dapat di indikasikan jika dilakukan kemungkinan temuan adalah meningkatnya jumlah sel dalam setiap.

#### **2.1.9. Penatalaksanaan medis**

Tidak ada pengobatan yang khusus yang mempengaruhi penyembuhan kelainan di glomerulus.

1. Istirahat mutlak selama 3-4 minggu. Dahulu dianjurkan selama 6 minggu. Tetapi penyelidikan terakhir dengan hanya istirahat 3-4 minggu tidak berakibat buruk bagi perjalanan penyakitnya.
2. Pemberian penisilin pada fase akut. Pemberian antibiotik ini tidak mempengaruhi beratnya glomerulonefritis, melainkan mengurangi menyebarnya infeksi Streptococcus yang mungkin masih ada. Pemberian penisilin dianjurkan hanya untuk 10 hari. Pemberian profilaksis yang lama sesudah nefritisnya sembuh terhadap kuman penyebab tidak dianjurkan karena terdapat imunitas yang menetap. Secara teoritis, anak dapat terinfeksi lagi dengan kuman nefritogen lain, tetapi kemungkinan ini sangat kecil.
3. Makanan pada fase akut diberikan makanan rendah protein (1g/KgBB/hari) dan rendah garam. Makanan lunak diberikan pada pasien dengan suhu tinggi dan makanan biasa bila suhu normal kembali. Bila anuria atau muntah, diberikan IVFD dengan larutan glukosa 10%. Pada pasien dengan tanpa komplikasi pemberian cairan disesuaikan dengan kebutuhan, sedangkan bila ada komplikasi maka jumlah cairan harus dibatasi.

4. Pengobatan terhadap hipertensi. Pemberian cairan dikurangi, pemberian sedative untuk menenangkan pasien sehingga dapat cukup beristirahat. Pada hipertensi dengan gejala serebral diberikan reserpin dan hidralazin. Magnesium sulfat parenteral tidak dianjurkan lagi karena member efek toksik.
5. Bila anuria berlangsung lama (5-7 hari), maka ureum harus dikeluarkan dari dalam darah.
6. Diuretikum dulu tidak diberikan pada GNA akut, tetapi akhir-akhir ini pemberian furosamid (Lasix) secara intravena (1 mg/kgBB/kali) dalam 5-10 menit dan tidak berakibat buruk pada hemodinamika ginjal dan filtrasi glomerulus.

#### **2.1.10. Pengobatan**

##### **1. Pengobatan Non Farmakologi**

Tidak ada pengobatan yang khusus yang mempengaruhi penyembuhan kelainan di glomerulus.

- 1) Istirahat mutlak selama 3-4 minggu. Dulu dianjurkan istirahat mutlak selama 6-8 minggu untuk memberi kesempatan pada ginjal untuk menyembuh. Tetapi penyelidikan terakhir menunjukkan bahwa mobilisasi. Penderita sesudah 3-4 minggu dari minggu dari mulai timbulnya penyakit tidak berakibat buruk terhadap perjalanan penyakitnya.
- 2) Makanan. Pada fase akut diberikan makanan rendah protein (1g/kgbb/hari) dan rendah garam (1 g/hari). Makanan lunak di berikan pada penderita dengan suhu tinggi dan makanan biasa bila suhu telah normal kembali.
- 3) Diet jumlah garam yang diberikan perlu diperhatikan. Bila edema berat, diberikan makanan tanpa garam, sedangkan bila edema ringan, pemberian garam dibatasi sebanyak 0,5-1 g/hari. Protein dibatasi bila kadar ureum meninggi, yaitu sebanyak 0,5-1 g/kgbb/hari. Asupan cairan harus diperhitungkan dengan baik, terutama pada penderita

oliguria atau anuria, yaitu jumlah cairan yang masuk harus seimbang dengan pengeluaran, berarti asupan cairan = jumlah urin + insensible water loss (20-25 ml/kgbb/hari) + jumlah keperluan cairan pada setiap kenaikan suhu dari normal (10 ml/kgbb/hari).

## 2. Pengobatan farmakologi

- 1) Bila anuria berlangsung lama (5-7) hari, maka ureum harus dikeluarkan dari dalam darah dengan beberapa cara misalnya dialisis peritonium hemodialisis, bilasan lambung dan usus (tindakan ini kurang efektif, transfusi tukar. Bila prosedur di atas tidak dapat dilakukan oleh karena kesulitan teknis, maka pengeluaran darah vena pun dapat dikerjakan dan ada kalanya menolong juga.
- 2) Diuretikum dulu tidak diberikan pada glomerulonefritis akut, tetapi akhir-akhir ini pemberian furosemid (Lasix) secara intravena (1 mg/kgbb/kali) dalam 5-10 menit tidak berakibat buruk pada hemodinamika ginjal dan filtrasi glomerulus (Repetto dkk,1972).
- 3) Bila ada anuria atau muntah, maka diberikan IVFD dengan larutan glukosa 10%. Pada penderita tanpa komplikasi pemberian cairan disesuaikan dengan kebutuhan, sedangkan bila ada komplikasi seperti gagal jantung, edema, dan oliguria maka jumlah cairan yang diberikan harus dibatasi.
- 4) Pemberian penisilin pada fase akut. Pemberian antibiotika ini tidak mempengaruhi beratnya glomerulonefritis, melainkan mengurangi menyebarnya infeksi streptococcus yang mungkin masih ada. Pemberian penisilin ini dianjurkan hanya untuk 10 hari, sedangkan pemberian profilaksis yang lama sesudah nefritisnya sembuh terhadap kuman penyebab tidak dianjurkan karena terdapat imunitas yang menetap. Secara teoritis seorang anak dapat terinfeksi lagi dengan kuman nefritogen lain, tetapi kemungkinan ini sangat kecil sekali.
- 5) Bila timbul gagal jantung, maka diberikan digitalis, sedativum dan oksigen.

### **2.1.11. Komplikasi**

1. Oliguria sampai anuria yang dapat berlangsung 2-3 hari. Terjadi sebagai akibat berkurangnya filtrasi glomerulus. Gambaran seperti insufisiensi ginjal akut dengan uremia, hiperkalemia, hiperfosfatemia dan hidremia. Walaupun oliguria atau anuria yang lama jarang terdapat pada anak, namun bila hal ini terjadi maka dialisis peritoneum kadang-kadang diperlukan.
2. Ensefalopati hipertensi yang merupakan gejala serebrum karena hiperetensi terdapat gejala berupa gangguan penglihatan, pusing, muntah dan kejang-kejang. Ini disebabkan spasme pembuluh darah lokal dengan anoksia dan edema otak.
3. Gangguan sirkulasi berupa dispne, ortopne, terdapatnya ronki basah, pembesaran jantung dan meningginya tekanan darah yang bukan saja disebabkan spasme pembuluh darah, melainkan juga disebabkan oleh bertambahnya volume plasma. Jantung dapat membesar dan terjadi gagal jantung akibat hipertensi yang menetap dan kelainan di miokardium.
4. Anemia yang timbul karena adanya hipervolemia disamping sintesis eritropoetik yang menurun.

## **2.2. Konsep Asuhan keperawatan**

### **2.2.1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Disini, semua data – data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan klien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spritual klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien. Metode utama yang dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik serta diagnostik. (Asmadi, 2008)

1. Identitas pasien

Glomerulus nefritis akut biasanya ditemukan pada anak usia sekolah 2 – 15 tahun dan lebih sering terjadi pada anak laki – laki dibanding anak perempuan ( Jurnal e-Clinic (eCl), Volume 4, Nomor 2, Juli-Desember 2016.

## 2. Keluhan utama

pada anak dengan glomerulus nefritis akut biasanya memiliki keluhan seperti edema dan hipertensi. Edema ditemukan pada 85% kasus, terutama pada daerah periorbital (76,3%), wajah, ekstremitas, bahkan seluruh tubuh. Biasanya edema terjadi secara mendadak dan terlihat perta-ma kali pada daerah orbital terutama saat bangun di pagi hari dan menghilang di sore hari setelah penderita melakukan aktivitas. Edema ini disebabkan oleh retensi natrium dan air akibat kerusakan glomerulus yang mengakibatkan kelebihan cairan.<sup>3,10</sup> Penelitian oleh Kumar et al.<sup>11</sup> mendapatkan pada anak dengan GNA usia 3-12 tahun di India, edema terjadi pada 100% kasus. Hasil penelitian ini mendapatkan edema (64,4%) dengan tingkat keparahan berbeda, hipertensi (46,6%), urin berwarna teh (33,3%) dan demam (28,8%) merupakan gejala yang paling sering ditemukan. Walaupun persentasenya didapatkan lebih rendah dari acuan pustaka di atas,<sup>3,10,11</sup> edema masih merupakan manifestasi yang tersering dibandingkan manifestasi lainnya. (Jurnal Biomedik (JBM), Volume 10, Nomor 3, November 2018, hlm.185-189 )

## 3. Riwayat kesehatan

### 1) Riwayat kesehatan sekarang

Yang harus dikaji adalah adakah hematuria, gejala gangguan saluran kemih, penurunan berat badan, mual, muntah, anoreksia, bengkak pada tungkai, mata, kencing berwarna seperti cucian daging, peningkatan tekanan darah dan peningkatan suhu badan.

### 2) Riwayat kesehatan dahulu

Yang harus dikaji antara lain penyakit anak sebelumnya, apakah pernah dirawat di RS sebelumnya, obat – obatan yang digunakan sebelumnya,

riwayat alergi, riwayat operasi sebelumnya atau kecelakaan dan imunisasi dasar.

3) Riwayat kesehatan keluarga (genogram)

Yang harus dikaji adanya riwayat penyakit ginjal dalam keluarga dan penyakit turunan dalam keluarga seperti DM, Hipertensi, dll.

4. Pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan umum. Pemeriksaan tingkat kesadaran, tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, nadi, RR, dan suhu pada anak, pada anak dengan glomerulus nefritis akut biasanya terjadi peningkatan tekanan darah disebabkan akibat terinduksinya sistem rennin-angiotensin, Hipertermi/suhu tubuh meningkat dikarenakan adanya inflamasi oleh streptokokus.

2) Ukuran antropometri. Adalah pengukuran fisik yang dapat di ukur dengan alat pengukur seperti timbangan dan pita meter meliputi : berat badan, panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada dan lingkar lengan. Pada anak dengan glomerulus nefritis akut biasanya terjadi penurunan berat badan karena anak mengalami penurunan nafsu makan.

3) Pemeriksaan Fisik Head To Toe

(1) Kulit. Warna kulit apakah normal, pucat atau sianosis, rash lesi, bintik-bintik, ada atau tidak. Jika ada seperti apa, warna, bentuknya ada cairan atau tidak, kelembaban dan turgor kulit baik atau tidak. Pada anak dengan glomerulus nefritis akut biasanya tampak pucat, timbul edema atau penumpukan cairan dibawah kulit karena penurunan fungsi ginjal, dimana terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus yang mengakibatkan ekskresi air, natrium, zat-zat nitrogen berkurang, sehingga terjadi edema, pitting edema lebih dari 2 detik.

(2) Kepala. Pada anak dengan glomerulus nefritis akut biasanya ubun-ubun cekung, rambut kering.

(3) Wajah. Pada anak dengan glomerulus nefritis akut biasanya nampak edema.

- (4) Mata. Pada anak dengan glomerulus nefritis akut biasanya nampak edema pada kelopak mata, konjungtiva anemis, pupil anisokor, dan sklera anemis.
- (5) Telinga. Bentuk, ukuran telinga, kesimetrisan telinga, warna, ada serumen atau tidak, ada tanda – tanda infeksi atau tidak, palpasi adanya nyeri tekan atau tidak.
- (6) Hidung. Bentuk, posisi, lubang, ada lendir atau tidak, lesi, sumbatan, perdarahan tanda–tanda infeksi, adakah pernapasan cuping hidung atau tidak dan nyeri tekan. Adanya gangguan pernapasan cuping hidung (gangguan pernapasan).
- (7) Mulut  
Warna mukosa mulut dan bibir, tekstur, lesi dan stomatitis. Langit–langit keras (palatum durum) dan lunak, tenggorokan, bentuk dan ukuran lidah, lesi, sekret, kesimetrisan bibir dan tanda–tanda sianosis.
- (8) Dada. Kesimetrisan dada, adakah retraksi dinding dada, adakah bunyi napas tambahan (seperti ronchi, wheezing, crackels), adakah bunyi jantung tambahan seperti (mur mur), takipnea, dispnea, peningkatan frekwensi, kedalaman (pernafasan kusmaul).
- (9) Abdomen. Inspeksi perut tampak membesar, palpasi ginjal adanya nyeri tekan, palpasi hepar, adakah distensi, massa, dengarkan bunyi bising usus, palpasi seluruh kuadran abdomen.
- (10) Genitalia dan rectum
- a. Lubang anus ada atau tidak
  - b. Pada laki–laki inspeksi uretra dan testis apakah terjadi hipospadia atau epispadia, adanya edema skrotum atau terjadinya hernia serta kebersihan preputium.
  - c. Pada wanita inspeksi labia dan klitoris adanya edema atau massa, labia mayora menutupi labia minora, lubang vagina, adakah secret atau bercak darah.



- (11) Ekstremitas. Tangan : telapak tangan pucat, dan udem , pitting udem lebih dari 2 detik. Kaki : terdapat udem pada kaki pitting udem lebih dari 2 detik.

### **2.2.2. Diagnosa Keperawatan**

1. Perfusi jaringan renal tidak efektif b/d hipervolemia yang ditandai dengan tekanan sistole dan diastole tidak normal, ada distensi vena leher, intake output tidak seimbang, ada edema perifer, ada asites, hematokrit tidak normal, BUN tidak normal, kreatinin tidak normal.

Goal : pasien akan mempertahankan fungsi renal yang efektif selama dalam perawatan

Objektif : pasien tidak mengalami hipervolemia setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil : tekanan sistole (100-120 mmHg) dan diastole (60–75 mmHg), tidak ada distensi vena leher, intake output seimbang, tidak ada edema perifer dan asites, hematokrit dalam batas normal (34,0–43,9%), BUN dalam batas normal (<48 mg/dL), kreatinin dalam batas normal (0,7 – 1,3 mg/dL). (Taylor, Cynthia M. 2010)

2. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi yang ditandai dengan edema, intake dan output 24 jam tidak seimbang, elektrolit urin dalam batas tidak normal, pengeluaran urin tidak normal, tekanan darah tidak normal, berat jenis urin tidak normal.

Goal : Pasien akan mempertahankan masukan cairan yang adekuat selama dalam perawatan.

Objektif : Pasien tidak mengalami gangguan mekanisme regulasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil : Tidak ada edema, 24 jam intake dan output seimbang, Elektrolit urin dalam batas normal (Na : 40-220 mEq /hari), pengeluaran urin normal (1-2 ml/Kg/jam), tekanan darah normal (100/60 mmHg), berat jenis urin normal (1.020–1.028). (Nanda-1 diagnosis keperawatan definisi dan klasifikasi 2018–2020)

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakmampuan makan yang ditandai dengan nafsu makan menurun, BB menurun, mual muntah, hematokrit tidak normal, albumin tidak normal.

Goal : pasien akan mempertahankan intake nutrisi yang adekuat selama dalam perawatan.

Objektif : pasien tidak mengalami ketidakmampuan makan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil : nafsu makan meningkat (menghabiskan porsi makan yang diberikan), BB 22,7 Kg, tinggi 121,9 cm, tidak mual muntah, hematokrit dalam batas normal (37,0–47,0%), albumin dalam batas normal (3,5–5,2 mg/L). (Nanda-1 diagnosis keperawatan definisi dan klasifikasi 2018–2020)

4. Gangguan eliminasi urine b.d. obstruksi anatomik yang ditandai dengan terjadi hematuria, terjadi retensi urine, BUN tidak normal, kreatinin tidak normal.

Goal : pasien akan bebas dari gangguan eliminasi urine selama dalam perawatan

Objektif : pasien tidak mengalami gangguan obstruksi anatomik setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil : tidak terjadi hematuria, tidak terjadi retensi urine, BUN dalam batas normal (<48 mg/dL), kreatinin dalam batas normal (0,7 – 1,3 mg/dL). (Taylor, Cynthia M. 2010).

5. Hambatan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi – perfusi yang ditandai dengan terjadi sianosis, pusing, dispnea, keletihan, hipoksia.

Goal : pasien akan bebas dari hambatan pertukaran gas selama dalam perawatan.

Objektif : pasien tidak mengalami ketidakseimbangan ventilasi – perfusi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil tidak terjadi sianosis, tidak pusing, tidak ada dispnea (14–22x/m dan tidak ada retraksi dada), tidak ada keletihan, tidak ada hipoksia (SPO2 90–100 % ). (Nanda-1 diagnosis keperawatan definisi dan klasifikasi 2018–2020)

### 2.2.3. Perencanaan keperawatan

1. Perfusi jaringan renal tidak efektif b/d hipervolemia

Intervensi :

- 1) Kaji adanya edema pada area tergantung pada pasien.  
R/ edema pada area tergantung dapat mengindikasikan kurangnya fungsi ginjal.
- 2) Pantau dan dokumentasikan asupan dan haluaran pasien setiap 2 hingga 4 jam.  
R/ penurunan atau tidak adanya haluaran urine biasanya mengindikasikan perfusi renal yang buruk
- 3) Pantau dan dokumentasikan warna dan karakteristik urine pasien.  
R/ urine yang pekat dapat mengindikasikan fungsi ginjal yang buruk
- 4) Pantau berat jenis urine, kadar elektrolit serum, BUN, dan kreatinin pasien.  
R/ peningkatan kadar dapat mengindikasikan penurunan fungsi ginjal.
- 5) Observasi pola berkemih pasien  
R/ untuk mencatat penyimpangan dari normal
- 6) Kolaborasi pemberian dopamin dosis rendah, sesuai program.  
R/ untuk mendilatasikan arteri renal pasien dan meningkatkan perfusi jaringan.
- 7) Jelaskan kepada pasien, anggota keluarga atau pasangan tentang alasan terapi dan efek yang diharapkan.  
R/ untuk mendorong pasien dan keluarga berperan aktif dalam pemeliharaan kesehatan.

2. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi

Intervensi :

- 1) Kaji masukan yang relatif terhadap keluaran serta Ukur dan catat masukan keluaran dengan akurat.  
R/ mengetahui secara pasti masukan dan pengeluaran cairan.

- 2) Timbang berat badan setiap hari ( atau lebih, bila diindikasikan)  
R/ untuk mengkaji retensi air
  - 3) Kaji perubahan edema, ukur lingkaran abdomen pada umbilikus  
R/ mengkaji akumulasi cairan dan mengkaji asites
  - 4) Observasi edema disekitar mata dan area dependen.  
R/ bagian ini merupakan sisi umum edema, sehingga membantu mengetahui akumulasi cairan.
  - 5) Atur masukan cairan dengan cermat.  
R/ pasien tidak mendapatkan lebih dari jumlah yang ditentukan.
  - 6) Pantau infus intravena  
R/ untuk mempertahankan masukan yang diresepkan
  - 7) Kolaborasi pemberian kortikosteroid sesuai ketentuan  
R/ untuk menurunkan ekskresi protein urin.
  - 8) Kolaborasi pemberian diuretik bila di indikasikan  
R/ untuk memberikan penghilangan sementara edema.
  - 9) Jelaskan kondisi perkemihan pasien kepada pasien dan anggota keluarga atau pasangan termasuk petunjuk tindakan pencegahan.  
R/ pengetahuan kesehatan yang akurat akan meningkatkan kemampuan pasien dalam mempertahankan kesehatan.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakmampuan makan
- Intervensi :
- 1) Catat status nutrisi pasien, BB, integritas mukosa oral, kemampuan menelan, tonus otot, mual muntah.  
R/ dapat menentukan intervensi yang tepat.
  - 2) Perhatikan diet  
R/ membantu mengidentifikasi kebutuhan/kekuatan khusus
  - 3) Awasi masukan serta BB secara periodic.  
R/ mengukur keefektifan nutrisi dan cairan
  - 4) Beri makanan dalam porsi sedikit pada awalnya

R/ merangsang nafsu makan

5) Beri makanan dengan cara yang menarik

R/ meningkatkan keinginan untuk makan.

6) Kolaborasi dengan ahli gizi diet rendah garam

R/ Untuk mengurangi edema dan menjaga keseimbangan cairan tubuh

4. Gangguan eliminasi urine b.d. obstruksi anatomik

Intervensi :

1) Berikan perawatan yang tepat untuk kondisi perkemihan pasien ( contoh menyaring spesimen urine untuk melihat adanya batu atau fragmen batu )

R/ untuk membantu mendukung pemulihan

2) Pantau status neuromuskular dan pola berkemih pasien: dokumentasikan dan laporkan asupan dan haluaran.

R/ pengukuran asupan dan haluaran yang akurat sangat penting untuk pemberian terapi penggantian cairan yang benar.

3) Observasi pola berkemih pasien. Dokumentasikan warna dan karakteristik urine, asupan dan haluaran. Laporkan semua perubahannya

R/ karakteristik urine membantu penegakan diagnosis

4) Kolaborasi pemberian obat nyeri yang diprogramkan dan pantau keefektifannya.

R/ kesadaran bahwa nyeri dapat diredakan akan menurunkan intensitas nyeri.

5) Jelaskan kondisi perkemihan pasien kepada pasien dan anggota keluarga atau pasangan termasuk petunjuk tindakan pencegahan.

R/ pengetahuan kesehatan yang akurat akan meningkatkan kemampuan pasien dalam mempertahankan kesehatan.

5. Hambatan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi – perfusi

Intervensi :

1) Anjurkan pasien untuk menyelingi periode istirahat dan aktivitas.

- R/ aktifitas meningkatkan kebutuhan oksigen jaringan, istirahat meningkatkan perfusi oksigen jaringan
- 2) Rencanakan aktivitas pasien dalam tingkatan yang masih dapat ditoleransi  
R/ untuk menghindari keletihan
  - 3) Observasi pemeriksaan laboratorium urine dan feses  
R/ untuk mendekteksi perdarahan internal
  - 4) Pantau tanda – tanda vital, irama jantung, GDA serta hemoglobin.  
R/ perubahan pada satu atau semua parameter tersebut dapat mengindikasikan awitan komplikasi serius
  - 5) Jelaskan kondisi pernapasan pasien, kepada pasien dan anggota keluarga atau pasangan termasuk petunjuk tindakan pencegahan.  
R/ pengetahuan kesehatan yang akurat akan meningkatkan kemampuan pasien dalam mempertahankan kesehatan.

#### **2.2.4. Implementasi keperawatan**

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Namun demikian, dibanyak lingkungan perawatan kesehatan, implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian. (Potter & Perry, 2005)

#### **2.2.5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari

siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (reassessment) secara umum evaluasi ditunjukkan untuk :

1. Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan
2. Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum
3. Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai. (Asmadi, 2008).

Evaluasi formatif : dilakukan setiap kali selesai melakukan tindakan, mengevaluasi proses keperawatan yang telah dilakukan, dan biasanya berupa catatan perkembangan. Evaluasi sumatif : menggunakan rekapan terakhir secara paripurna, menggunakan catatan naratif, dan pada saat pasien pulang atau pindah.

## **BAB 3**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1 Hasil Studi Kasus**

Pada bab ini berisi rincian tentang studi kasus asuhan keperawatan pada An. J.U dengan diagnosa Glomerulus Nefritis Akut diruang Mawar RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada tanggal 25 - 29 Mei 2019.

##### **3.1.1 Pengkajian**

###### **1. Identitas pasien**

Pengkajian dilakukan oleh Ramon Adyesa Tobe dengan auto Anamnesis pada hari sabtu, 25 Mei 2019 jam 09.00 WITA di Ruang Mawar RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. An. J.U lahir pada tanggal 07 Januari 2012. Nama orang tua Tn. Y. L. alamat rumah BTN. An. J.U. dibawah ke RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada hari Rabu, 22 Mei 2018 jam 14.00. masuk diruang Mawar dengan diagnosa Glomerulus Nefritis Akut.

1) Keluhan utama

Saat dilakukan pengkajian, mama besar pasien mengatakan bahwa keluhan utama An. J.U saat ini adalah bengkak – bengkak muncul diwajah dan kaki, muncul 3 hari sebelum masuk rumah sakit hingga saat ini masih bengkak – bengkak. Keadaan umum pasien saat dikaji mengalami sakit ringan, dengan GCS (Glasgow coma scale) : E:4, V:5, M:6 dengan total 15 yaitu kesadaran composmentis, dengan tanda–tanda vital saat diukur tekanan darah 130/70 mmHg, suhu tubuh 36,7<sup>0</sup>c, nadi 96x/menit, dan pernapasan 22x/menit.

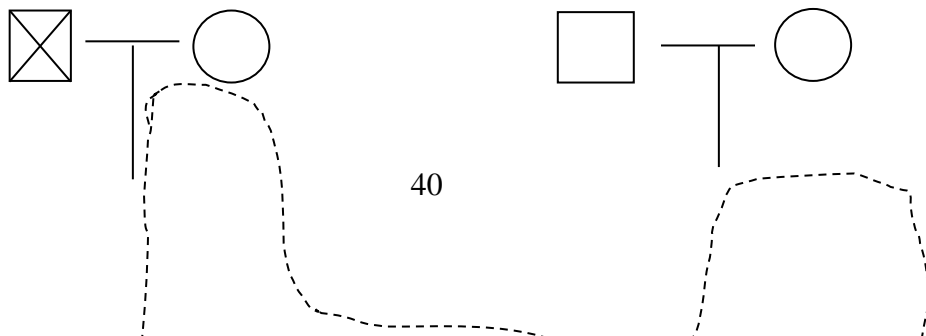
2) Riwayat kehamilan dan kelahiran

Saat dilakukan pengkajian mama besar pasien mengatakan bahwa saat hamil ibu dari An. J.U melakukan pemeriksaan kehamilan di RSAL Banjarmasin, dengan frekuensi pemeriksaan kehamilan sebanyak 6x, dan saat hamil tidak ada sakit yang diderita atau keluhan selama kehamilan. Saat kelahiran An. J.U lahir di RSAL Banjarmasin ditolong oleh tenaga medis yaitu dokter, dan bidan. Persalinan secara normal dengan usia kehamilan saat itu 39 minggu. Saat lahir anak langsung menangis dan warna kulit saat lahir berwarna merah muda, apgar score tidak tahu, Berat badan An. J.U saat lahir 3200 gram, panjang badan 46 cm. Mama besar pasien mengatakan An. J.U mendapatkan ASI sampai umur 2 tahun, diberikan ASI eksklusif dan mendapatkan MP-ASI pada umur 1 tahun.

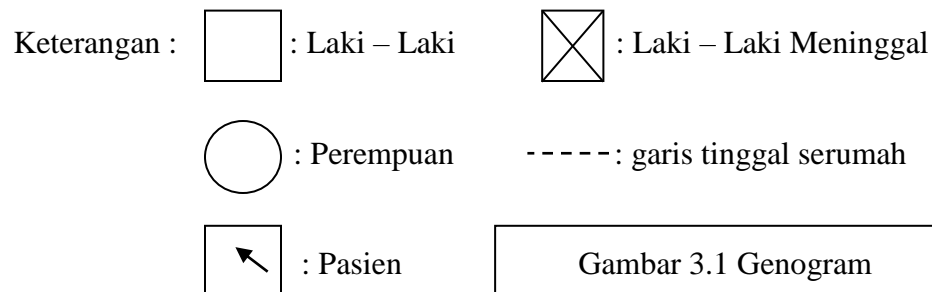
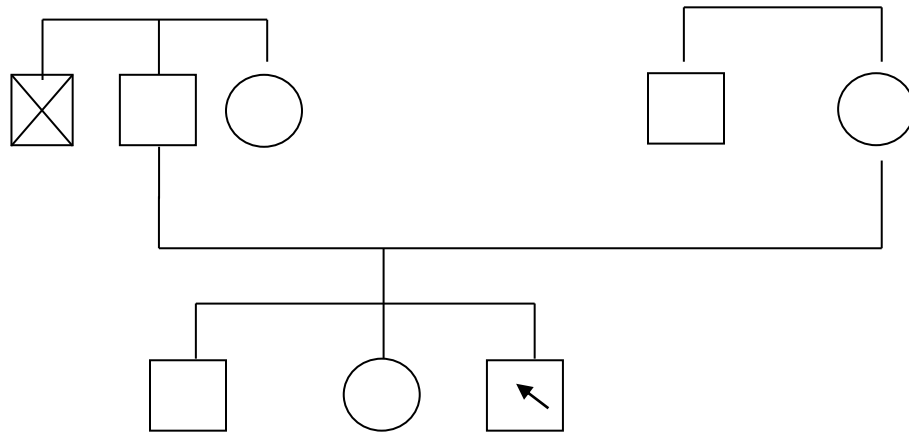
3) Riwayat masa lampau

Mama besar pasien mengatakan saat kecil An. J.U tidak pernah menderita penyakit yang serius, hanya menderita sakit batuk, pilek dan demam biasa saja. An. J.U tidak pernah dirawat di rumah sakit, tidak pernah mendapatkan pengobatan khusus, dan tidak pernah mendapatkan tindakan operasi. An. J.U tidak memiliki riwayat alergi obat, tidak pernah mengalami kecelakaan dan An. J.U sudah mendapatkan imunisasi dengan lengkap.

4) Riwayat keluarga (Genogram)







Dari genogram diatas dapat disimpulkan bahwa An. J.U memiliki 2 saudara kandung, kakak pertama laki – laki, kakak kedua perempuan dan yang ketiga An. J.U. Bapa dari An. J.U memiliki 2 saudara kandung, kakak pertama laki – laki sudah meninggal, yang kedua bapa dari An. J.U dan adik ketiga perempuan. Mama dari An. J.U memiliki 1 saudara kandung, kakak pertama laki – laki dan mama dari An. J.U anak kedua. Kakek dari ayah An. J.U sudah meninggal. An. J.U tinggal serumah bersama mama besar, mama An. J.U dan kedua kakaknya. Didalam keluarga tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit keturunan dan penyakit yang sama seperti An. J.U.

#### 5) Riwayat sosial

Saat dilakukan pengkajian mama besar pasien mengatakan yang mengasuh pasien adalah mama besar, hubungan pasien dengan anggota keluarga baik – baik saja, hubungan pasien dengan teman sebaya baik – baik juga, mama

besar pasien juga mengatakan pembawaan pasien secara umum baik, lingkungan rumah bersih, aman dan nyaman.

6) Kebutuhan dasar

Mama besar pasien mengatakan bahwa pasien menyukai semua makanan, pasien juga senang dengan masakan dari mama besar, pasien makan menggunakan piring dan sendok dan alat – alat makan lainnya. Pola makan pasien setiap hari makan 3x, pagi, siang dan malam. Pola tidur pasien baik dan teratur. Kebiasaan pasien sebelum tidur harus mendengar musik, jam tidur siang mulai dari jam 14.00 siang sampai 16.00 sore dan jam tidur malam mulai dari jam 21.00 malam sampai 05.00 pagi. Personal hygiene pasien baik, mandi 3x sehari pagi, siang dan malam. Keramas 1x sehari, Sikat gigi 2x sehari pagi dan malam. Gunting kuku 1x seminggu. Aktivitas bermain pasien baik. Eliminasi pasien BAB 1x sehari dan BAK 5x sehari.

7) Keadaan kesehatan saat ini.

Saat pengkajian mama besar pasien mengatakan saat ini pasien tidak mendapat tindakan operasi. status nutrisi pasien saat ini nafsu makan baik, makan 3x sehari, menghabiskan porsi makan yang diberikan dan pasien minum  $\pm 1500$  ml/ hari. Status cairan pasien saat ini pasien memiliki masalah dengan pengeluaran cairan BAK frekuensi menurun selama sakit dengan warna urine coklat seperti air cucian daging. Obat yang didapat pasien saat ini erythromycin 500mg 3x sehari  $\frac{1}{2}$  tablet dan captopril 2x sehari  $\frac{1}{2}$  tablet. Saat ini pasien dianjurkan oleh dokter untuk membatasi aktivitas dan harus lebih banyak berbaring diatas tempat tidur, makan, minum, BAB, BAK dan aktifitas lainnya dilakukan diatas tempat tidur. Hasil pemeriksaan laboratorium pasien tanggal 22 mei 2019 darah samar : positif ( + ) 3, protein urin : positif ( + ) 2, eritrosit sediment : 50 – 75 dan tanggal 25 mei 2019 albumin: 3,1 L, BUN: 19,0 mg/dL, kreatinin darah: 0,83 mg/dL, STO: 400 IV/ml. Pasien tidak mendapatkan tindakan pemeriksaan radiologi.

8) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum saat dilakukan pengkajian pasien tampak pucat, saat dilakukan pengukuran tinggi badan pasien 126 cm, berat badan pasien saat ini 25kg, berat badan sebelum sakit 28kg, status gizi pasien saat ini normal. Saat pemeriksaan dibagian kepala tidak ditemukan keadaan yang abnormal, lingkaran kepala pasien saat diukur 53cm, tidak ada tanda – tanda hidrosefalus, pemeriksaan pada leher tidak ada kaku kuduk, tidak ada pembesaran limfe, pemeriksaan pada mata konjungtiva anemis, sklera putih, pemeriksaan pada telinga keadaan telinga tampak bersih, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan pada telinga, pemeriksaan pada hidung sekret tidak ada, pemeriksaan pada mulut mukosa mulut lembab, lidah lembab, gigi bersih, pemeriksaan pada dada, simetris, lingkaran dada 63cm, pemeriksaan pada jantung tidak ada bunyi jantung abnormal ( mur – mur ), pemeriksaan pada paru – paru suara napas vesikuler, pemeriksaan pada abdomen lingkaran perut 88cm, bising usus 22x/m, pemeriksaan ekstermitas pergerakan sendi bebas, pasien berjalan normal, kekuatan otot normal, tidak terdapat fraktur, ketrampilan motorik baik, orang tua mengetahui tentang sakit yang diderita oleh pasien dan berharap pasien bisa sembuh.

### **3.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data-data yang telah dikaji dengan menetapkan masalah, penyebab, data penunjang. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah 1. Perfusi jaringan renal tidak efektif b/d hipervolemia ditandai dengan mama besar pasien mengatakan pengeluaran cairan BAK frekuensi menurun selama sakit dengan warna urine coklat seperti air cucian daging. Tanda – tanda vital saat diukur tekanan darah 130/70 mmHg Pemeriksaan laboratorium pasien tanggal 25 mei 2019 BUN: 19,0 mg/dL. 2. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan mama besar pasien mengatakan bahwa keluhan utama An. J.U saat ini adalah bengkak – bengkak muncul diwajah dan kaki, muncul 3 hari sebelum masuk rumah sakit hingga saat ini masih bengkak – bengkak.

Hasil pemeriksaan laboratorium pasien tanggal 25 mei 2019 albumin: 3,1 L, BUN: 19,0 mg/dL, kreatinin darah: 0,83 mg/dL, STO: 400 IV/ml.

### **3.1.3 Perencanaan keperawatan**

Perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dan proses keperawatan, setelah penegakkan diagnosa

1. Diagnosa keperawatan pertama adalah perfusi jaringan renal tidak efektif b/d hipervolemia. Intervensi yang dibuat yaitu Kaji adanya edema pada area tergantung pada pasien, Pantau dan dokumentasikan asupan dan haluaran pasien setiap 2 hingga 4 jam, ukur tanda – tanda vital, Pantau dan dokumentasikan warna dan karakteristik urine pasien, Pantau berat jenis urine, kadar elektrolit serum, BUN, dan kreatinin pasien, Observasi pola berkemih pasien, Berikan dopamin dosis rendah, sesuai program, Jelaskan kepada pasien, anggota keluarga atau pasangan tentang alasan terapi dan efek yang diharapkan.
2. Diagnosa keperawatan kedua kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi. Intervensi yang dibuat yaitu Kaji masukan yang relatif terhadap keluaran serta Ukur dan catat masukan keluaran dengan akurat, Kaji perubahan edema, ukur lingkar abdomen pada umbilikus, Obeservasi edema disekitar mata dan area dependen, ukur tanda – tanda vital, kolaborasi pemberian diuretik bila di indikasikan, Jelaskan kondisi perkemihan pasien kepada pasien dan anggota keluarga atau pasangan termasuk petunjuk tindakan pencegahan.

### **3.1.4 Implementasi keperawatan**

Implementasi dilakukan setelah perencanaan disusun. Tindakan keperawatan dilakukan mulai dari tanggal 25 - 29 mei 2019. Pada hari sabtu, 25 mei 2019 untuk diagnosa pertama perfusi jaringan renal tidak efektif b/d hipervolemia, tindakan yang dilakukan pada jam 09.00 mengukur tanda – tanda vital, tekanan darah 130/70 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 96x/m dan

pernapasan 22x/m. Jam 11.00 memantau, mendokumentasikan warna dan karakteristik urine, warna urine seperti air cucian daging Jam 13.00 memantau, mendokumentasikan asupan dan haluaran. Input 1000 cc, output 1150 cc. Untuk diagnosa kedua kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi, tindakan yang dilakukan pada jam 09.00 mengkaji keadaan umum, pasien tampak pucat. tindakan yang dilakukan pada jam 09.00 mengkaji lokasi dan luas edema, edema pada wajah dan kaki. Jam 09.00 memonitor indikasi kelebihan cairan, terdapat edema pada wajah dan kaki.

Pada hari minggu, 26 mei 2019 untuk diagnosa pertama perfusi jaringan renal tidak efektif b/d hipervolemia, tindakan yang dilakukan pada jam 10.00 mengukur tanda – tanda vital, tekanan darah 120/70 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 88x/m dan pernapasan 22x/m. Jam 11.00 memantau, mendokumentasikan warna dan karakteristik urine, warna urine seperti air cucian daging Jam 13.00 memantau, mendokumentasikan asupan dan haluaran. Input 1000 cc, output 1350 cc. Untuk diagnosa kedua kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi, tindakan yang dilakukan pada jam 08.00 mengkaji keadaan umum, pasien tampak pucat. tindakan yang dilakukan pada jam 09.00 mengkaji lokasi dan luas edema, edema pada wajah dan kaki. Jam 09.00 memonitor indikasi kelebihan cairan, terdapat edema pada wajah dan kaki. Jam 09.30 melayani obat minum erythromycin 500mg  $\frac{1}{2}$  tablet dan captopril  $\frac{1}{2}$  tablet.

Pada hari senin, 27 mei 2019 untuk diagnosa pertama perfusi jaringan renal tidak efektif b/d hipervolemia, tindakan yang dilakukan pada jam 10.00 mengukur tanda – tanda vital, tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80x/m dan pernapasan 20x/m. Jam 11.00 memantau, mendokumentasikan warna dan karakteristik urine, warna urine kuning keruh. Jam 13.00 memantau, mendokumentasikan asupan dan haluaran. Input 2600 cc, output 1500 cc. Untuk diagnosa kedua kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi, tindakan yang dilakukan pada jam 08.00 mengkaji keadaan umum, pasien tampak pucat. tindakan yang dilakukan pada

jam 09.00 mengkaji lokasi dan luas edema, edema pada wajah dan kaki mulai berkurang. Jam 09.00 memonitor indikasi kelebihan cairan, terdapat edema pada wajah dan kaki. Jam 09.30 melayani obat minum erythromycin 500mg  $\frac{1}{2}$  tablet dan captopril  $\frac{1}{2}$  tablet.

Pada hari selasa, 28 mei 2019 untuk diagnosa pertama perfusi jaringan renal tidak efektif b/d hipervolemia, tindakan yang dilakukan pada jam 10.00 mengukur tanda – tanda vital, tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,6°C, nadi 88x/m dan pernapasan 20x/m. Jam 11.00 memantau, mendokumentasikan warna dan karakteristik urine, warna urine kuning jernih. Jam 13.00 memantau, mendokumentasikan asupan dan haluaran. Input 2000cc, output 1300cc. Untuk diagnosa kedua kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi, tindakan yang dilakukan pada jam 09.00 mengkaji lokasi dan luas edema, tidak ada edema pada wajah dan kaki. Jam 09.00 memonitor indikasi kelebihan cairan, tidak terdapat edema pada wajah dan kaki. Jam 09.30 melayani obat minum erythromycin 500mg  $\frac{1}{2}$  tablet dan captopril  $\frac{1}{2}$  tablet.

Pada hari rabu, 29 mei 2019 untuk diagnosa pertama perfusi jaringan renal tidak efektif b/d hipervolemia, tindakan yang dilakukan pada jam 09.00 memberikan pendidikan kesehatan untuk pencegahan dan penanganan dirumah. Untuk diagnosa kedua kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi, tindakan yang dilakukan pada jam 09.00 memberikan pendidikan kesehatan untuk pencegahan dan penanganan dirumah.

### **3.1.5 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang digunakan untuk menilai keberhasilan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi dilakukan pada pukul 14.00 WITA berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode S O A P dan S O A P I E.

Evaluasi hasil pada hari sabtu, 25 mei 2019 untuk diagnosa Perfusi jaringan renal tidak efektif. Subjektif : mama besar pasien mengatakan ada bengkak diwajah dan kaki. Objektif : terlihat bengkak pada wajah dan kaki, warna urine seperti air cucian daging, tekanan darah 130/70 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 96x/m dan pernapasan 22x/m, . Input 1000 cc, output 1150 cc. Asessment : masalah belum teratasi. Planing : intervensi dilanjutkan Kaji adanya edema pada area tergantung pada pasien, Pantau dan dokumentasikan asupan dan haluaran pasien setiap 2 hingga 4 jam, ukur tanda-tanda vital, Pantau dan dokumentasikan warna dan karakteristik urine pasien, Pantau berat jenis urine, kadar elektrolit serum, BUN, dan kreatinin pasien, Observasi pola berkemih pasien, kolaborasi pemberian dopamin dosis rendah, sesuai program, Jelaskan kepada pasien, anggota keluarga atau pasangan tentang alasan terapi dan efek yang diharapkan. Untuk diagnosa kelebihan volume cairan. Subjektif : mama besar pasien mengatakan masih ada bengkak di wajah dan kaki. Objektif : pasien terlihat bengkak pada wajah dan kaki, tekanan darah 130/70 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 96x/m dan pernapasan 22x/m. Asessment: Masalah belum teratasi. Planing : Intervensi dilanjutkan Kaji masukan yang relatif terhadap keluaran serta Ukur dan catat masukan keluaran dengan akurat, Kaji perubahan edema, ukur lingkar abdomen pada umbilikus, Obeservasi edema disekitar mata dan area dependen, ukur tanda – tanda vital, kolaborasi pemberian diuretik bila di indikasikan, Jelaskan kondisi perkemihan pasien kepada pasien dan anggota keluarga atau pasangan termasuk petunjuk tindakan pencegahan.

Evaluasi hasil pada hari minggu, 26 mei 2019 untuk diagnosa Perfusi jaringan renal tidak efektif. Subjektif : mama besar pasien mengatakan masih ada bengkak di wajah dan kaki. Objektif : terlihat bengkak pada wajah dan kaki, warna urine seperti air cucian daging, tekanan darah 120/70 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 88x/m dan pernapasan 22x/m, . Input 1000 cc, output 1350 cc. Asessment : masalah belum teratasi. Planing : intervensi dilanjutkan Kaji adanya edema pada area tergantung pada pasien, Pantau dan

dokumentasikan asupan dan haluaran pasien setiap 2 hingga 4 jam, ukur tanda – tanda vital, Pantau dan dokumentasikan warna dan karakteristik urine pasien, Pantau berat jenis urine, kadar elektrolit serum, BUN, dan kreatinin pasien, Observasi pola berkemih pasien, kolaborasi pemberian dopamin dosis rendah, sesuai program, Jelaskan kepada pasien, anggota keluarga atau pasangan tentang alasan terapi dan efek yang diharapkan. Implementasi : mengkaji adanya edema pada area tergantung pada pasien, memantau dan mendokumentasikan asupan dan haluaran pasien setiap 2 hingga 4 jam, mengukur tanda – tanda vital, memantau dan mendokumentasikan warna dan karakteristik urine pasien, memantau berat jenis urine, kadar elektrolit serum, BUN, dan kreatinin pasien, mengobservasi pola berkemih pasien, mengkolaborasikan pemberian dopamin dosis rendah, sesuai program, menjelaskan kepada pasien, anggota keluarga atau pasangan tentang alasan terapi dan efek yang diharapkan. Evaluasi : Subjektif : mama besar pasien mengatakan masih ada bengkak di wajah dan kaki. Objektif : terlihat bengkak pada wajah dan kaki, warna urine seperti air cucian daging, tekanan darah 120/70 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 88x/m dan pernapasan 22x/m, . Input 1000 cc, output 1350 cc.

Untuk diagnosa kelebihan volume cairan. Subjektif : mama besar pasien mengatakan masih ada bengkak di wajah dan kaki. Objektif : pasien terlihat bengkak pada wajah dan kaki, tekanan darah 120/70 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 88x/m dan pernapasan 22x/m. Asessment: Masalah belum teratasi. Planing : Intervensi dilanjutkan Kaji masukan yang relatif terhadap keluaran serta Ukur dan catat masukan keluaran dengan akurat, Kaji perubahan edema, ukur lingkaran abdomen pada umbilikus, Observasi edema disekitar mata dan area dependen, ukur tanda – tanda vital, kolaborasi pemberian diuretik bila di indikasikan, Jelaskan kondisi perkemihan pasien kepada pasien dan anggota keluarga atau pasangan termasuk petunjuk tindakan pencegahan. Implementasi : mengkaji masukan yang relatif terhadap keluaran serta Ukur dan catat masukan keluaran dengan akurat, mengkaji



perubahan edema, ukur lingkaran abdomen pada umbilikus, mengobservasi edema disekitar mata dan area dependen, mengukur tanda – tanda vital, mengkolaborasikan pemberian diuretik bila di indikasikan, menjelaskan kondisi perkemihan pasien kepada pasien dan anggota keluarga atau pasangan termasuk petunjuk tindakan pencegahan. Evaluasi : Subjektif : mama besar pasien mengatakan masih ada bengkak di wajah dan kaki. Objektif : pasien terlihat bengkak pada wajah dan kaki, tekanan darah 120/70 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 88x/m dan pernapasan 22x/m.

Evaluasi hasil pada hari senin, 27 mei 2019 Untuk diagnosa Perfusi jaringan renal tidak efektif. Subjektif : mama besar pasien mengatakan bengkak di wajah dan kaki sudah berkurang. Objektif : terlihat bengkak pada wajah dan kaki berkurang, warna urine kuning keruh, tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80x/m dan pernapasan 20x/m, Input 2600 cc, output 1500 cc. Asessment : masalah teratasi sebagian. Planing : intervensi dilanjutkan Kaji adanya edema pada area tergantung pada pasien, Pantau dan dokumentasikan asupan dan haluaran pasien setiap 2 hingga 4 jam, ukur tanda–tanda vital, Pantau dan dokumentasikan warna dan karakteristik urine pasien, Pantau berat jenis urine, kadar elektrolit serum, BUN, dan kreatinin pasien, Observasi pola berkemih pasien, kolaborasi pemberian dopamin dosis rendah, sesuai program, Jelaskan kepada pasien, anggota keluarga atau pasangan tentang alasan terapi dan efek yang diharapkan. Implementasi : mengkaji adanya edema pada area tergantung pada pasien, memantau dan mendokumentasikan asupan dan haluaran pasien setiap 2 hingga 4 jam, mengukur tanda – tanda vital, memantau dan mendokumentasikan warna dan karakteristik urine pasien, memantau berat jenis urine, kadar elektrolit serum, BUN, dan kreatinin pasien, mengobservasi pola berkemih pasien, mengkolaborasikan pemberian dopamin dosis rendah, sesuai program, menjelaskan kepada pasien, anggota keluarga atau pasangan tentang alasan terapi dan efek yang diharapkan. Evaluasi : Subjektif : mama besar pasien mengatakan bengkak di wajah dan kaki sudah berkurang. Objektif : terlihat

bengkak pada wajah dan kaki berkurang, warna urine kuning keruh, tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80x/m dan pernapasan 20x/m, Input 2600 cc, output 1500 cc.

Untuk diagnosa Kelebihan volume cairan, Subjektif : mama besar pasien mengatakan bengkak di wajah dan kaki sudah berkurang. Objektif : pasien terlihat bengkak pada wajah dan kaki sudah berkurang, tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80x/m dan pernapasan 20x/m. Asesment: Masalah teratasi sebagian. Planing : Intervensi dilanjutkan Kaji masukan yang relatif terhadap keluaran serta Ukur dan catat masukan keluaran dengan akurat, Kaji perubahan edema, ukur lingkaran abdomen pada umbilikus, Observasi edema disekitar mata dan area dependen, ukur tanda-tanda vital, kolaborasi pemberian diuretik bila diindikasikan, Jelaskan kondisi perkemihan pasien kepada pasien dan anggota keluarga atau pasangan termasuk petunjuk tindakan pencegahan. Implementasi : mengkaji masukan yang relatif terhadap keluaran serta mengukur dan mencatat masukan keluaran dengan akurat, mengkaji perubahan edema, mengukur lingkaran abdomen pada umbilikus, mengobservasi edema disekitar mata dan area dependen, mengukur tanda – tanda vital, mengkolaborasikan pemberian diuretik bila diindikasikan, menjelaskan kondisi perkemihan pasien kepada pasien dan anggota keluarga atau pasangan termasuk petunjuk tindakan pencegahan. Evaluasi : subjektif : mama besar pasien mengatakan bengkak di wajah dan kaki sudah berkurang. Objektif : pasien terlihat bengkak pada wajah dan kaki sudah berkurang, tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80x/m dan pernapasan 20x/m.

Evaluasi hasil pada hari Selasa, 28 Mei 2019 Untuk diagnosa Perfusi jaringan renal tidak efektif. Subjektif : mama besar pasien mengatakan bengkak sudah tidak ada. Objektif : tidak ada bengkak pada wajah dan kaki, warna urine kuning jernih, tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,6°C, nadi 88x/m dan pernapasan 20x/m, Input 2000 cc, output 1300 cc. Asesment : masalah teratasi. Planing : intervensi dihentikan. Implementasi : dihentikan.

Evaluasi : Subjektif : mama besar pasien mengatakan bengkak sudah tidak ada. Objektif : tidak ada bengkak pada wajah dan kaki, warna urine kuning jernih, tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,6°C, nadi 88x/m dan pernapasan 20x/m, Input 2000 cc, output 1300 cc. Untuk diagnosa Kelebihan volume cairan. Subjektif : mama besar pasien mengatakan bengkak sudah tidak ada. Objektif : bengkak pada wajah dan kaki sudah tidak ada, tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,6°C, nadi 88x/m dan pernapasan 20x/m. Asessment : Masalah teratasi. Planing : Intervensi dihentikan. Implementasi : dihentikan. Evaluasi : Subjektif : mama besar pasien mengatakan bengkak sudah tidak ada. Objektif : bengkak pada wajah dan kaki sudah tidak ada, tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,6°C, nadi 88x/m dan pernapasan 20x/m.

Evaluasi hasil pada hari rabu, 29 mei 2019 Untuk diagnosa Perfusi jaringan renal tidak efektif. Subjektif : mama besar pasien mengatakan bengkak sudah tidak ada dan sudah diperbolehkan pulang oleh dokter. Objektif : tidak ada bengkak pada wajah dan kaki. Asessment : masalah teratasi. Planing : intervensi dihentikan pasien diperbolehkan pulang, dengan pesanan pulang konsultasi ulang di poli anak, hari senin, 03 juni 2019, mengurangi minuman soft drink. obat pulang erythromycin 500mg 3x sehari  $\frac{1}{2}$  tablet sehabis makan dan captopril 2x sehari  $\frac{1}{2}$  tablet sehabis makan. Untuk diagnosa Kelebihan volume cairan. Subjektif : mama besar pasien mengatakan bengkak sudah tidak ada dan pasien diperbolehkan pulang oleh dokter. Objektif : bengkak pada wajah dan kaki sudah tidak ada. Asessment : Masalah teratasi. Planing : Intervensi dihentikan pasien diperbolehkan pulang, dengan pesanan pulang konsultasi ulang di poli anak, hari senin, 03 juni 2019, mengurangi makanan tinggi garam dan minuman soft drink.

### **3.2 Pembahasan**

Dalam pembahasan ini, akan dilihat apakah terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek di lapangan (kasus nyata) pada pasien An. J.U

dengan Glomerulus Nefritis Akut di Ruang Mawar RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang.

### **3.2.1 Pengkajian**

Pada konsep teori ditemukan dibagian kepala pada anak dengan glomelurus nefritis akut biasanya ubun-ubun cekung, rambut kering, pemeriksaan dibagian abdomen Inspeksi perut tampak membesar pada saat pemeriksaan fisik. Pada kasus An. J.U tidak ditemukan pembesaran abdomen. Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dimana An.J.U tidak mengalami penumpukan cairan dibagian abdomen sehingga tidak didapatkan pembesaran abdomen.

Pada konsep teori manifestasi klinis pasien dengan Glomerulus Nefritis Akut ditemukan hipertermi. Pada kasus An. J.U tidak ditemukan hipertermi. Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dimana An. J.U telah mendapatkan terapi erytromycin 500mg sehingga tidak mengalami hipertermi suhu tubuh pasien pada saat pengkajian adalah 36,7<sup>0</sup>C.

Pada konsep teori manifestasi klinis pasien dengan Glomerulus Nefritis Akut ditemukan mual muntah. Pada kasus An. J.U tidak ditemukan mual muntah. Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dimana An. J.U biasanya diberi makanan yang masih hangat oleh mama besar sehingga anak tidak mengalami mual muntah.

Pada konsep teori manifestasi klinis pasien dengan Glomerulus Nefritis Akut ditemukan sesak napas. Pada kasus An. J.U tidak ditemukan sesak napas. Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dimana An. J.U tidak terdapat penumpukan cairan di paru sehingga anak tidak mengalami sesak napas pada saat pengkajian.

Pada konsep teori manifestasi klinis pasien dengan Glomerulus Nefritis Akut ditemukan anoreksia (penurunan nafsu makan). Pada kasus An. J.U tidak ditemukan anoreksia (penurunan nafsu makan). Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dimana An. J.U nafsu makan baik

sehingga anak tidak mengalami anoreksia (penurunan nafsu makan) pada saat pengkajian.

### **3.2.2 Diagnosa keperawatan**

Menurut teori diagnosa keperawatan pada anak dengan glomerulus nefritis akut ditemukan diagnosa sebagai berikut : kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi, perfusi jaringan renal tidak efektif b/d hipervolemia, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakmampuan makan, gangguan eliminasi urine b.d. obstruksi anatomik,. hambatan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi – perfusi. Berdasarkan hasil analisa data dalam studi kasus pada An. J.U ditemukan diagnosa : perfusi jaringan renal tidak efektif b/d hipervolemia dan Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi.

Terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus nyata sehingga 3 diagnosa lain pada teori yaitu : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakmampuan makan tidak diangkat karena saat pengkajian pasien tidak mengalami penurunan nafsu makan (menghabiskan porsi makan yang diberikan), Gangguan eliminasi urine b.d. obstruksi anatomik, hambatan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi – perfusi tidak diangkat dalam studi kasus pada An. J.U karena saat pengkajian pasien sudah dirawat selama 4 hari, sehingga sudah dalam proses penyembuhan, tidak ada data – data pendukung saat pengkajian dan pemeriksaan fisik.

### **3.2.3 Intervensi keperawatan**

Pada konsep teori asuhan keperawatan pada pasien Glomerulus Nefritis Akut, intervensi untuk diagnosa keperawatan perfusi jaringan renal tidak efektif b.d hepervolemia diberikan tindakan kolaborasi pemberian dopamin namun pada kasus An. J.U tidak dirumuskan intervensi tindakan kolaborasi pemberian dopamin. Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena pasien adalah anak – anak sehingga tidak diresepkan pemberian

dopamin. Dalam teori pada intervensi diagnosa kelebihan volume cairan b.d gangguan mekanisme regulasi mendapatkan rencana tindakan pantau infus intravena, kolaborasi pemberian kortikosteroid sesuai ketentuan dan kolaborasi pemberian diuretik namun pada kasus An. J.U tidak dirumuskan intervensi tindakan kolaborasi pemberian kortikosteroid. Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena pasien adalah anak-anak sehingga tidak diresepkan pemberian kortikosteroid.

#### **3.2.4 Implementasi**

Pada implementasi ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada An. J.U. Pada hari, rabu 29 mei 2019 rencana tindakan tidak dapat diimplementasikan pada kasus nyata yaitu pada diagnosa Perfusi jaringan renal tidak efektif kaji adanya edema pada area tergantung pada pasien, Pantau dan dokumentasikan asupan dan haluaran pasien setiap 2 hingga 4 jam, ukur tanda – tanda vital, Pantau dan dokumentasikan warna dan karakteristik urine pasien, Pantau berat jenis urine, kadar elektrolit serum, BUN, dan kreatinin pasien, Observasi pola berkemih pasien, kolaborasi pemberian dopamin dosis rendah, sesuai program. Untuk diagnosa kelebihan volume cairan b.d gangguan mekanisme regulasi mengkaji masukan yang relatif terhadap keluaran serta mengukur dan mencatat masukan keluaran dengan akurat, mengkaji perubahan edema, ukur lingkar abdomen pada umbilikus, mengobservasi edema disekitar mata dan area dependen, mengukur tanda-tanda vital, mengkolaborasikan pemberian diuretik bila diindikasikan, karena pasien diperbolehkan pulang oleh dokter.

#### **3.2.5 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan yang dilakukan oleh mahasiswa sudah sesuai dan tidak ada kesenjangan dengan teori, yaitu evaluasi sumatif (SOAP) dan evaluasi formatif (SOAPIE). Evaluasi dilakukan pada pukul 14.00 Wita

berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP dan SOAPIE.

### **3.3 Keterbatasan studi kasus**

Dalam penulisan studi kasus yang dibuat, penulis mendapat kendala yaitu minimnya referensi tentang penyakit Glomerulus Nefritis Akut sehingga penulis mengalami banyak kendala selama melakukan penyusunan dan penulisan studi kasus, dan studi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan untuk itu penulis mengharapkan masukan dari berbagai pihak agar dapat menyempurnakan studi kasus ini.

## **BAB 4 PENUTUP**

### **4.1 Kesimpulan**

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan dengan metode wawancara dan pemeriksaan fisik menggunakan format pengkajian pada An. J.U pada hari Sabtu, 25 Mei 2019 di Ruang Mawar RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

#### **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan ditegakkan pada studi kasus asuhan keperawatan pada An. J.U dengan glomerulus nefritis akut di ruang mawar rsud prof adalah perfusi jaringan renal tidak efektif b/d hipervolemia dan kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi.

### 3. Intervensi

Intervensi keperawatan yang direncanakan yaitu, pemberian tindakan mandiri perawat, tindakan observasi, tindakan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya dan tindakan pemberian pendidikan kesehatan bagi pasien dan keluarga pasien sesuai dengan kriteria waktu yang telah ditetapkan pada tujuan jangka pendek.

### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah disusun berdasarkan kriteria waktu yang telah disusun berdasarkan kriteria jangka pendek

### 5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang dilakukan dengan menggunakan evaluasi keperawatan dimulai dari hari minggu, 26 mei 2019 dilakukan dengan menggunakan metode Subyektif, Obyektis, Assesment, dan planning. Hari senin, 27 mei 2019 sampai hari selasa, 28 mei 2019 dilakukan dengan menggunakan metode Subyektif, Obyektis, Assesment, planning, implementasi dan evaluasi. Pada hari rabu, 29 mei 2019 dilakukan dengan menggunakan metode Subyektif, Obyektis, Assesment, dan planning

## 4.2 Saran

### 1. Institusi

Dengan adanya studi kasus ini, diharapkan sebagai bahan acuan atau referensi dalam memberikan pendidikan kepada mahasiswa mengenai asuhan keperawatan pada pasien anak dengan Glomerulus Nefritis Akut.

### 2. Rumah sakit



Dengan adanya studi kasus ini, diharapkan sebagai bahan acuan atau referensi dalam memberikan asuhan keperawatan di rumah sakit pada pasien anak dengan Glomerulus Nefritis Akut.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

Asmadi. ( 2008 ). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta : EGC

Donna L. Wong. (2013) *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Edisi 4. Penerbit Buku Kedokteran. EGC

Gloria M. Bulechek, dkk (2016) *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Edisi keenam.

Jenifer P.Kowalak, William Welsh, Brenna Mayer, 2011. Buku ajar patofisiologi. Jakarta : EGC

- Jurnal Biomedik (JBM), Volume 10, Nomor 3, November 2018, hlm.185-189 )
- Jurnal e-Clinic (eCl), Volume 4, Nomor 2, Juli-Desember 2016.
- Potter & Perry. ( 2005 ). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 4. Volume 2. Jakarta : EGC
- Shigemi Kamitsuru, PhD,RN,FNI & T. Heather Herdman, PhD,RN,FNI (2018) *NANDA-I Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2018-2020*. Edisi 11. Penerbit Buku Kedokteran. EGC
- Sue Moorhead, dkk (2016) *Nursing Outcomes Classification (NOC) Pengukuran Outcomes Kesehatan*. Edisi kelima.
- Suriadi,Yuliani R.2001.*Buku Pegangan Praktek Klinik Asuhan Keperawatan pada Anak*.Edisi 1.Jakarta:EGC.
- Sylvia A. Price and Lorraine M. Wilson, 2005. Patofisiologi : konsep klinis proses – proses penyakit. Edisi 6. Jakarta : EGC
- Tylor M. Cyntia & Ralph Sparks Sheila (2003). *Diagnosis Keperawatan Dengan Rencana Asuhan*. Edisi 10. Penerbit Buku Kedokteran. EGC

# LAMPIRAN



FORMAT PENGKAJIAN  
KEPERAWATAN ANAK

Nama Mahasiswa  
NIM  
Tempat Praktek  
Tanggal Pengkajian

RAMON ADYESA TOBE  
Pd-530 320116 323  
R. MAWAR  
25 Mei 2019

I. IDENTITAS KLIEN

Nama Klien (inisial) : An. J.U  
Jenis Kelamin :  P  
Tanggal lahir : 07-01-2012  
Tanggal masuk : 22-05-2019 jam:

NO. MR : 81 32 85  
Nama orangtua : Yohanes Loniga  
Alamat : Banjarmasin  
Diagnosa Medis : GDA  
Tanggal Pengkajian : 25 Mei 2019

II. KELUHAN UTAMA :

Bengkak - Bengkak dari muka sampai kaki, ± 3 hari sebelum masyuk rumah s  
sampai saat ini

Kedadaan umum :  sakit ringan  sakit sedang  sakit berat GCS : 15

Kesadaran :  CM  Apatis  Sepor  Somnolen  Coma

Tanda Vital

Suhu : 36.7°C Nadi : 96 x/mnt

Pernapasan : 22 x/mt Tekanan darah : 130/70 mmHg

III. RIWAYAT KEHAMILAN DAN KELAHIRAN :

✓ Prenatal

Tempat pemeriksaan kehamilan : RSAL Banjarmasin

Frekuensi pemeriksaan kehamilan : 6x

Sakit yang diderita/ keluhan : tidak ada keluhan

✓ Intranatal

Tempat persalinan : RSAL Banjarmasin

Tenaga Penolong : dokter dan Bidan

Jenis Persalinan :  spontan  SC  Forcep  Induksi

Usia kehamilan : 39 minggu Berat badan lahir : 3200 gram

Apgar score : tidak tau Panjang badan lahir : 46 cm

Menangis :  ya  tidak, Nilai Apgar : ..... Jaundice :  ya  tidak

✓ Postnatal

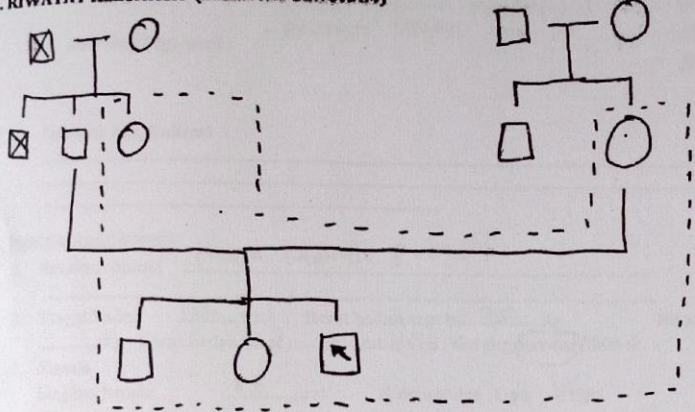
Lama mendapat ASI : sampai umur 2 tahun

ASI eksklusif :  ya  tidak  
 Usia mendapatkan MP-ASI : 1 bulan

IV. RIWAYAT MASA LAMPAU

1. Penyakit waktu kecil : batuk pilek dan demam
2. Pernah dirawat di RS : Tidak Pernah
3. Obat-obatan yang digunakan : Tidak ada
4. Tindakan (operasi) : Tidak Pernah
5. Alergi :  tidak  ya, sebutkan... -
6. Kecelakaan : Tidak pernah
7. Imunisasi dasar :  
 Hepatitis :  I  II  III BCG :   
 DPT :  I  II  III Campak :   
 Polio :  I  II  III  IV

V. RIWAYAT KELUARGA (DISERTAI GENORAM)



VI. RIWAYAT SOSIAL

1. Orang yang mengasuh : Mama besar
2. Hubungan dengan anggota keluarga : baik
3. Hubungan anak dengan teman sebaya : baik
4. Pembawaan secara umum : baik
5. Lingkungan rumah : bersih, aman dan nyaman

VII. KEBUTUHAN DASAR

1. Nutrisi  
 Makanan yang disukai/ tidak disukai : Menyukai semua makanan  
 Selera : Makanan masakan Mama besar  
 Alat makan yang digunakan : Piring, sendok dan alat makan lainnya  
 Pola makan/ Jam : 3x / hari
2. Istirahat dan tidur  
 Pola tidur : baik dan teratur  
 Kebiasaan sebelum tidur (perlu mainan, dibacakan cerita, benda yang dibawa saat tidur, dll) : Mendengarkan musik  
 Jam tidur siang dan lama tidur : 14.00 - 16.00  
 Jam tidur malam dan lama tidu : 21.00 - 05.00

3. Personal hygiene  
 Mandi : 3x/hari Keramas : 1x/hari  
 Sikat gigi : 2x/hari Gunting kuku : 1x/minggu  
 4. Aktivitas bermain : baik  
 5. Eliminasi (urine dan bowel) : BAB 1x/hari, BAK 5x/hari

VIII KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

1. Tindakan operasi : tidak pernah  
 2. Status nutrisi : Napsu makan baik, 3x/hari, Menghabiskan porsi makan yang  
 3. Status cairan : Minum ± 1500 ml/hari, Prekuren: BAK menurun  
 4. Obat yang didapat : Et. keto MYCIN 500 mg 3x/hari, 1/2 tablet, Captopril 2x/hari  
 5. Aktivitas :  
 6. Pemeriksaan Penunjang, meliputi :  
 a. Laboratorium (tgl/jam) : 22 - Mei - 2019  
 - Jarak Sesar : Positif (+) 3  
 - Protein urin : Positif (+) 2  
 - eritrosit serum : 50-75  
 - albumin : 3.1 g  
 - BUN : 19.0 mg/dL  
 - kreatinin darah : 0.83 mg/dL  
 - STO : 400 IU/ml  
 25 - Mei - 2019  
 b. Radiologi (tgl/jam) :  
 7. Dampak hospitalisasi :

IX. PEMERIKSAAN FISIK

- Pasien tampak pucat  
 1. Keadaan umum :  
 2. Tinggi Badan : 126 cm Berat badan saat ini : 25 Kg BB seb sakit : 28  
 Kg Berat badan ideal : Kg Status Gizi : Kurang normal / Gemuk  
 3. Kepala :  
 Lingk kepala : 53 cm Hidrosefalus :  ya  tidak  
 Ubun-ubun anterior :  
 Ubun ubun posterior :  
 4. Leher : kaku kuduk :  ya  tidak  
 Pembesaran limfe :  ya  tidak  
 5. Mata :  
 Konjunctiva :  anemis  merah muda  
 Sklera :  putih  ikterik  kemerahan  
 6. Telinga :  bersih  kotor Simetris :  ya  tidak  
 Gangguan pendengaran :  ya  tidak  
 Sekresi/serumen :  ya  tidak Nyeri :  ya  tidak  
 7. Hidung : Hidung : sekret  ya  tidak  
 8. Mulut : Mukosa :  lembab  kering  kotor  sariawan  
 Lidah :  lembab  kering  kotor  jamur  
 Gigi :  bersih  kotor  karies  
 9. Dada : Simetris  
 Lingk dada : 63 cm  
 10. Jantung : tidak ada bunyi abnormal 1 mur - mur  
 11. Paru - paru : suara nafas vesikuler  
 12. Abdomen :  lembek  kembung  tegang Lingk Perut : 88 cm  
 Bising usus :  ya  tidak Frekuensi : 22 x/mnt  
 Mual :  ya  tidak  
 Muntah :  tidak  ya, frekuensi .....  
 13. Genitalia : Perempuan : Vagina :  bersih  kotor

Menstruasi :  ya  tidak  
 Pemasangan kateter :  ya  tidak  
 Laki-laki : Preputium :  bersih  tidak  Phimosi  
 Hipospadia :  ya  tidak  
 Skrotum : Testis kanan/kiri  ya  tidak  
 Pemasangan kateter :  ya  tidak  
 Sirkumsisi :  ya  tidak

14. Anus : .....  
 15. Ekstremitas : Pergerakan sendi :  bebas  terbatas  Lain-lain .....  
 Berjalan :  normal  tidak normal  
 Kekuatan otot :  normal  tidak normal  
 Fraktur :  ya  tidak  
 Ketrampilan motorik :  baik  tidak

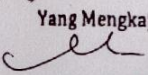
**X. PEMERIKSAAN TINGKAT PERKEMBANGAN (Gunakan KPSP)**

- 1) Sosialisasi dan Kemandirian  
 .....  
 .....
- 2) Motorik kasar  
 .....  
 .....
- 3) Motorik halus  
 .....  
 .....
- 4) Kemampuan Bicara dan Bahasa  
 .....  
 .....

Kesimpulan :  Sesuai usia  Meragukan  Penyimpangan  
 Intervensi yang diberikan :  
 1. ....  
 2. ....  
 3. ....  
 4. ....

**XI. INFORMASI LAIN**

1. Pengetahuan orang tua mengetahui SARI yang diderita  
dikah Pasien  
 .....
2. Persepsi orang tua terhadap penyakit anaknya : menerima dan  
berharap pasien bisa sembuh  
 .....

Kupang, 28 Mei 2019  
 Yang Mengkaji  
  
 (Ramon A. Tobé)  
 NIM. P0-530 320 116 323

Analisa Data

No	Data Klien	Masalah Keperawatan
1.	<p>DS: Mama Besar Posten mengalami BAK menurun selama Smt. 6.</p> <p>DO: - warna urine seperti cairan jering, TD: 130/70, BUN: 19,0 mg/dL.</p>	<p>Perpsi Jantung Perut tidak efektif</p>
2.	<p>DS: Mama Besar Pasien merasakan benjolan-benjolan di bawah sampai kaki 3 hari setelah MAS hingga Smt. ini,</p> <p>DO: albumin 3,1 L, BUN: 19,0 mg/dL, kreatinin darah 0,83 mg/dL, SPO: 400 IU/ml.</p>	<p>kelebihan volume cairan</p>

Prioritas Masalah

1. Perpsi Jantung Perut tidak efektif
2. kelebihan volume cairan.
- 3.

Kupang, 25 Mei 2019  
Yang Mengkaji

Raymon A. Tob  
NIM. 20190530320116323





LEMBAR KONSULTASI  
 BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Ramon Adyesa Tobe  
 NIM : PO. 530320116323  
 NAMA PEMBIMBING : Roswita Victoria Rambu Roku, S.Kep, Ns, MSN

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING/ PENGUJI
1	Selasa, 28 Mei 2019	Konsultasi BAB I dan BAB II	
2	<del>Kamis, 13 Juni</del> Sabtu, 1 Juni 2019	Revisi BAB I dan BAB II Konsultasi BAB III dan BAB IV	
3	Selasa, 4 Juni 2019	Revisi BAB III dan BAB IV	
4	Senin, 10 Juni 2019	Tambahan Peran Perawat di Masyarakat Revisi BAB, II, III dan IV.	
5	Selasa, 11 Juni 2019	Revisi BAB III dan IV	

6	Rabu, 12 Juni 2019	Revisi Bab III dan Bab IV	Wibisono
7	Kamis, 13 Juni 2019	Ujian Sidang I	Wibisono
8	Jumud, 14 Juni 2019	Revisi Bab III dan Pembahasan	Wibisono
9	Senin, 17 Juni 2019	Revisi Bab IV dan Pembahasan	Wibisono
10	Selasa, 18 Juni 2019	ACC	Wibisono