

Penerapan Konsep Teori Model Sister Callista Roy pada Asuhan Keperawatan dengan Penyakit Sindrom Nefrotik

Application of the Concept of Sister Callista Roy Model Theory in Nursing Care for Nephrotic Syndrome

Andi Farhan^{1*}, Irna Nursanti²

¹Mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta

²Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta

*Correspondence: Andi Farhan. Address: Jalan Jl. Cempaka Putih Tengah RT.7/RW.7, Cemp. Putih Tim., Kec. Cemp. Putih, Kota Jakarta Pusat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 10510

Email: andifarhan731@gmail.com

Responsible Editor: Rohandi Baharuddin, S.Kep., Ns., M.Kep

Received: 24 Juni 2024 ○ Revised: 20 Juli 2024 ○ Accepted: 30 Juli 2024

ABSTRACT

The Nephrotic syndrome is a clinical and laboratory condition without indicating an underlying disease, which indicates glomerular inflammatory disorders. Functionally, nephrotic syndrome is caused by abnormalities in the filtration process in the glomerulus which usually causes various problems that require appropriate, fast and accurate treatment. The general aim of this case study is to implement the application of the concept of the Sister Callista Roy model theory to nursing care for Nephrotic Syndrome. The research method in this case study involves the application of a nursing process approach method based on the selected nursing theory. Data collection techniques were carried out through interviews, observation, physical examination, and implementation of nursing care. The data sources used involve primary data obtained directly from patients, and secondary data originating from families, health workers, as well as documentation of other examination results to carry out nursing care. The results of nursing care by applying the Sister Callista Roy model theory to nursing care for nephrotic syndrome is that skin integrity is maintained and healing of wounds in the scrotum occurs, there are no signs and symptoms of infection, clients are able to demonstrate effective coping with pain by using distraction and relaxation techniques. guided or independent, body fluids are in a balanced condition as indicated by the absence of edema and the absence of albumin in the urine, the client is able to demonstrate effective coping with feelings of anxiety or fear, and carry out activities independently according to his tolerance.

ABSTRAK

Terbentuknya Sindrom Nefrotik merupakan suatu keadaan klinik dan laboratorik tanpa menunjukkan penyakit yang mendasari, dimana menunjukkan kelainan inflamasi glomerulus. Secara fungsional sindrom nefrotik diakibatkan oleh keabnormalan pada proses filtrasi dalam glomerulus yang biasanya menimbulkan berbagai masalah yang membutuhkan perawatan yang tepat, cepat, dan akurat. Tujuan umum studi kasus ini adalah untuk mengimplementasikan penerapan konsep teori model Sister Callista Roy pada asuhan keperawatan dengan penyakit Sindrom Nefrotik. Metode penelitian pada studi kasus ini melibatkan penerapan metode pendekatan proses keperawatan berdasarkan teori keperawatan yang dipilih. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan penerapan asuhan keperawatan. Sumber data yang digunakan melibatkan data primer yang diperoleh secara langsung dari pasien, dan data sekunder yang berasal dari keluarga, tenaga kesehatan, serta dokumentasi hasil pemeriksaan lainnya guna melaksanakan asuhan keperawatan. Hasil asuhan keperawatan dengan menerapkan teori model Sister Callista Roy pada asuhan keperawatan dengan penyakit sindrom nefrotik adalah integritas kulit tetap terjaga dan terjadi penyembuhan luka pada scrotum, tidak didapatkan tanda dan gejala infeksi, klien mampu menunjukkan koping yang efektif terhadap nyeri dengan melakukan teknik distraksi dan relaksasi secara terbimbing atau mandiri, cairan tubuh dalam kondisi seimbang yang ditandai dengan tidak adanya edema dan tidak terdapatnya albumin dalam urine, klien mampu menunjukkan koping yang efektif terhadap rasa cemas atau takut, dan melakukan aktivitas secara mandiri sesuai dengan toleransinya.

Keywords: *nephrotic syndrome, Sister Callista Roy Model Theory, nursing care*

Pendahuluan

Sindrom Nefrotik merupakan suatu keadaan klinik dan laboratorik tanpa menunjukkan penyakit yang mendasari, dimana menunjukkan kelainan inflamasi glomerulus. Secara fungsional sindrom nefrotik diakibatkan oleh keabnormalan pada proses filtrasi dalam glomerulus yang biasanya menimbulkan berbagai masalah yang membutuhkan perawatan yang tepat, cepat, dan akurat (Maharani, 2019).

Menurut World Health Organization (WHO) angka kejadian sindrom nefrotik di dapatkan pada anak usia dibawah 16 tahun berkisar antara 2 sampai 7 kasus pertahun pada setiap 100.000 anak. Menurut Kharisma, (2020) angka kejadian kasus sindrom nefrotik di Asia tercatat 2 kasus setiap 10.000 penduduk. Sedangkan kejadian di Indonesia pada sindroma nefrotik mencapai 6 kasus pertahun dari 100.000 anak berusia 1 sampai 5 tahun (Kemenkes, 2018).

Penyebab primer sindrom nefrotik biasanya digambarkan oleh histologi, yaitu Sindrom Nefrotik Kelainan Minimal (SNKM) yang merupakan penyebab paling umum dari sindrom nefrotik pada anak. Meskipun sindrom nefrotik dapat menyerang siapa saja namun penyakit ini banyak ditemukan pada anak- anak usia 1 sampai 5 tahun. Selain itu kecenderungan penyakit ini menyerang anak laki-laki dua kali lebih besar dibandingkan anak perempuan (Purnomo, 2016). Sifat khusus dari penyakit sindrom nefrotik adalah sering kambuh, sering gagalnya pengobatan dan timbulnya penyulit, baik akibat dari penyulitnya sendiri maupun oleh karena pengobatannya. Penyulit yang sering terjadi pada sindrom nefrotik adalah infeksi, trombosis, gagal ginjal akut, malnutrisi, gangguan pertumbuhan, hiperlipidemia dan anemia. Infeksi merupakan penyulit yang mengakibatkan morbiditas dan mortalitas yang bermakna. Bentuk infeksi yang sering dijumpai pada sindrom nefrotik adalah peritonitis, infeksi saluran kemih, dan sepsis (Gunawan, 2019).

Sindrom nefrotik ini memang tergolong jarang, namun penyakit ini perlu diwaspadai

terutama pada anak-anak, karena jika tidak segera diatasi akan mengganggu sistem urinaria dan akan mengganggu perkembangan lebih lanjut anak tersebut. Manifestasi dari penyakit ini adanya edema, gangguan keseimbangan nitrogen, gangguan metabolisme kalsium, yang mengakibatkan pasien mengalami masalah cairan didalam tubuh. Kerusakan ginjal dapat membuat seseorang tidak dapat mengontrol keseimbangan cairan di dalam tubuhnya sehingga dapat mengakibatkan masalah- masalah yang serius apabila tidak ditangani secara serius (Dhamayatun, 2020).

Sistem model Sister Callista Roy, (1984) dalam asuhan keperawatan sebagai penerima asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang dipandang sebagai “Holistic Adaptif System” dalam segala aspek yang merupakan satu kesatuan. System adalah satu kesatuan yang dihubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. System terdiri dari proses input, output, kontrol, dan umpan balik (Alligood, Martha Raile, 2018).

Menurut Callista Roy input adalah sebagai stimulus yang merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon. Selain itu sebagai suatu sistem yang dapat menyesuaikan diri dengan menerima masukan dari lingkungan dalam individu itu sendiri, dimana dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual, dan stimulus residual. Callista Roy mempersepsikan proses kontrol seseorang adalah bentuk mekanisme koping yang digunakan, mekanisme kontrol ini terdiri dari regulator dan kognator yang merupakan subsistem. Callista Roy mengembangkan proses internal seseorang sebagai sistem adaptasi dengan menetapkan sistem efektor, yaitu empat model adaptasi meliputi fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi.

Dari hasil proses internal seseorang sebagai sistem adaptasi menghasilkan output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat diamati, diukur atau secara subjektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar. Perilaku ini merupakan umpan balik dari sistem. Roy mengidentifikasi output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang maladaptif. Respon adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang mampu memenuhi tujuan hidup, berupa kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi, dan menjadi manusia yang berkualitas, sedangkan respon yang maladaptif merupakan perilaku yang tidak mendukung tujuan tersebut.

Pada teori Callista Roy tujuan intervensi keperawatan adalah untuk mempertahankan dan meningkatkan perilaku adaptif dan merubah perilaku maladaptif, sehingga pasien dapat beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi dalam rentang sehat-sakit. Dalam hal ini perawat dapat memberikan intervensi menguatkan mekanisme koping regulator dan kognator. Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengimplementasikan penerapan konsep teori model Sister Callista Roy pada asuhan keperawatan dengan penyakit Sindrom Nefrotik.

Metode

Desain penelitian ini menggunakan metode pendekatan proses keperawatan berdasarkan teori keperawatan yang telah dipilih. Teknik pengumpulan data melibatkan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan pelaksanaan asuhan keperawatan. Sumber data utama berasal langsung dari pasien, sementara data sekunder diperoleh dari keluarga, tenaga kesehatan, dan dokumentasi hasil pemeriksaan lainnya yang relevan. Studi kepustakaan dilakukan untuk mendalami literatur yang terkait dengan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Pada penelitian ini menggunakan buku, jurnal, majalah serta biografi tentang Sister Callista Roy.

Hasil

An. M umur 7 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama islam, masuk rumah sakit dengan keluhan utama saat masuk yaitu badan bengkak dan perut membuncit sejak kira-kira satu bulan yang lalu. Klien mengeluh rasa sakit pada skrotum, ada luka kira-kira 1 cm² berwarna kemerahan. Sakit bertambah bila daerah scrotum diangkat dan berkurang bila lokasi luka tidak dipegang. Klien pernah dirawat di rumah sakit lain sebanyak 3 kali dengan kasus yang sama dan jarak waktu sekitar 6 bulan, dan selanjutnya kontrol teratur setiap 2 minggu. Klien di diagnosa medis sindrom nefrotik. Dalam keluarga tidak ditemukan riwayat penyakit alergi atau penyakit lain dengan gejala yang sama dengan klien.

Pembahasan

1. Pengkajian Berdasarkan Aplikasi Teori Sister Callista Roy

a. Pengkajian Input (Stimuli)

- 1) Stimulus fokal : Klien masuk rumah sakit dengan keluhan utama saat masuk yaitu badan bengkak dan perut membuncit sejak kira-kira satu bulan yang lalu.
- 2) Stimulus kontekstual : Klien mengeluh rasa sakit pada skrotum, ada luka kira-kira 1 cm² berwarna kemerahan. Sakit bertambah bila daerah scrotum diangkat dan berkurang bila lokasi luka tidak disentuh.
- 3) Stimulus residual : Sindrom nefrotik belum jelas diketahui penyebabnya, tetapi diduga akibat autoimun. Klien sudah 4 kali dirawat di rumah sakit dengan kasus yang sama.

b. Pengkajian Proses Kontrol (Mekanisme Koping)

- 1) Subsistem regulator : Keluarga tahu penyakit yang diderita anaknya adalah ginjal dan harus diet rendah garam. Penyakit ini sudah kambuh sebanyak 3 kali, dan segera dibawa ke rumah sakit untuk pengobatan. Keluarga selalu menyiapkan

makanan rendah garam, tetapi saat anak jajan di sekolah tidak dikontrol.

- 2) Subsistem kognator : Badan klien bengkak, klien malu bermain dengan temannya karena merasa dirinya sangat jelek. Klien tidak dapat sekolah dan tidak dapat bermain seperti biasanya.

c. Pengkajian Efektor (Perilaku)

- 1) Kebutuhan fisiologis, yaitu :
 - a) Oksigenasi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 24 x/menit, suara nafas vesikuler pada seluruh area paru, suara jantung S1, S2 tunggal, tidak ada mur-mur, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 108 x/menit.
 - b) Nutrisi : Klien makan tiga kali sehari dengan porsi cukup. Keluarga mengetahui diet rendah garam untuk anaknya. Minum air putih dan susu sejumlah 3 - 4 gelas/hari. Berat badan 18 Kg, Tinggi badan 102 Cm, lingkar lengan atas 17 Cm, turgor kulit tegang pada abdomen, edema relative (grade I) ekstremitas bawah, mukosa mulut lembab, tidak terjadi hipersalivasi, tidak terdapat stoma, bising usus (+) tidak meningkat, warna kulit agak pucat, konjungtiva anemis.
 - c) Eliminasi : Klien BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak, warna feces kuning, BAK 3-5 x/hari, jumlah sedikit, warna urine kekuningan agak keruh, jumlah 1450 ml/24 jam, tidak ada keluhan saat kencing. Pemeriksaan fisik : bladder kosong, scrotum membesar, simetris dan terdapat luka.

- d) Aktivitas dan Istirahat : Klien biasanya sekolah dan bermain dengan teman-temannya pada siang hari dan tidak tidur siang. Tidur malam jam 21.00 – 05.30 WIB. Saat di rumah sakit klien bermain di tempat tidur sendirian. Tidur malam jam 21.00 – 05.30 WIB. Tidak ada kebiasaan khusus saat tidur dan tidak ada keluhan saat tidur.
 - e) Proteksi : Klien telah mendapat imunisasi lengkap saat bayi. Terdapat luka dan bengkak pada scrotum kira-kira 1 cm² berwarna kemerahan.
 - f) Penginderaan : Klien mampu melihat dan mendengar dengan baik, perabaan baik pengecap dan penghiduan baik. Disorientasi tidak ada. Klien merasa nyeri pada lokasi pemasangan infus dan pada scrotum saat bergerak atau dipegang.
 - g) Cairan dan elektrolit : Terdapat asites sejak 1 bulan yang lalu, edema pada ekstremitas grade I, pada wajah dan palpebral dan scrotum.
 - h) Fungsi neurologis : Kontrol terhadap pergerakan tubuh baik, kesadaran composmentis, klien takut jika akan dilakukan tindakan keperawatan terutama yang menimbulkan sakit.
 - i) Fungsi endokrin : Tidak ada gangguan pada fungsi endokrin, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.
- 2) Kebutuhan konsep diri : Klien malu bertemu dengan temannya jika sedang sakit, karena badannya bengkak dan jelek.

- 3) Kebutuhan fungsi peran : Klien tidak bisa sekolah dan tidak dapat bermain dengan temannya seperti biasanya.
- 4) Kebutuhan interdependensi : Klien tidak dapat beraktivitas mandiri seperti mandi, makan, berpakaian. Semua aktivitas dibantu ibunya. Klien menunjukkan kesedihan karena tidak dapat bermain seperti biasanya.

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah menganalisis data, ditemukan bahwa diagnosa keperawatan pada pasien adalah nyeri akut berhubungan dengan akibat luka dan edema pada area scrotum, gangguan integritas kulit berhubungan dengan akibat edema dan penekanan pada area scrotum, resiko infeksi berhubungan dengan penurunan daya tahan tubuh (hipoalbumin, edema), ansietas berhubungan dengan akibat takut tindakan pengobatan/perawatan, dan gangguan citra tubuh berhubungan dengan akibat edema seluruh tubuh.

3. Intervensi Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan akibat luka dan edema pada area scrotum.

Tujuan : Klien mampu menunjukkan strategi koping yang efektif terhadap nyeri. Intervensi : Bentuk hubungan saling percaya dengan anak, keluarga dengan mengekspresikan kekhawatiran tentang laporan nyeri. Siapkan anak sebelum prosedur yang menyebabkan nyeri dan biarkan anak memilih posisi nyaman saat melakukan tindakan yang menimbulkan nyeri. Libatkan orang tua untuk mendampingi dalam setiap prosedur. Ajari anak tentang nyeri, pastikan bahwa nyeri bukan sebagai hukuman. Berikan mainan/musik dan ajak anak untuk ikut bernyanyi/bermain. Gunakan cerita lucu untuk mengurangi rasa nyeri. Bantu anak untuk berkonsentrasi tentang hal yang menyenangkan saat nyeri.

- b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan akibat edema dan penekanan pada area scrotum. Tujuan : Klien menunjukkan perbaikan luka dan mempertahankan integritas kulit. Intervensi : Lakukan perawatan luka setiap hari. Hindari pakaian yang ketat yang menekan kulit. Topang area yang edema untuk mencegah tekanan. Bersihkan kelopak mata yang edema dengan normal saline dan lap lembut. Jaga kulit tetap dalam kondisi kering.

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan daya tahan tubuh (hipoalbumin, edema). Tujuan : Menunjukkan proses yang efektif terhadap kekebalan. Intervensi : Tempatkan dengan klien lain yang tidak terinfeksi. Batasi pengunjung yang masuk dan ajarkan teknik cuci tangan yang benar. Gunakan teknik aseptik dalam setiap melakukan tindakan pada klien. Pantau suhu tubuh klien. Jaga anak tetap dalam kondisi hangat. Ajari orang tua mengenai tanda-tanda awal infeksi.

- d. Ansietas berhubungan dengan akibat takut tindakan pengobatan/perawatan. Tujuan : Klien mampu menunjukkan koping yang efektif terhadap rasa cemas/takut. Intervensi : Siapkan anak sebelum melakukan tindakan dengan menjelaskan prosedur. Biarkan keluarga tetap mendampingi anak selama prosedur tindakan. Berikan aktivitas pengalihan/bermain untuk mengurangi cemas. Berikan tindakan yang membuat anak nyaman (music, humor, mainan). Berikan kepercayaan kepada orang tua dan anak.

- e. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan akibat edema seluruh tubuh. Tujuan : Klien menunjukkan respon positif terhadap citra tubuh. Intervensi : Tunjukkan aspek positif dari penampilan dan bukti penurunan edema. Jelaskan pada anak dan orang tua bahwa gejala

yang berhubungan dengan terapi steroid akan hilang bila obat dihentikan. Ajak anak bermain dengan anak yang seusia dan yang tidak terinfeksi sesuai dengan batas toleransi aktivitasnya. Berikan umpan balik yang positif terhadap perilaku yang adaptif. Gali minat klien terhadap permainan.

4. Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan mengkaji ulang respon dan kondisi klien setelah tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan pada tujuan yang telah ditetapkan. Hasil evaluasi dari masalah klien tersebut diatas adalah : Integritas kulit tetap terjaga dan terjadi penyembuhan luka pada scrotum. Tidak didapatkan tanda dan gejala infeksi. Klien mampu menunjukkan koping yang efektif terhadap nyeri dengan melakukan teknik distraksi dan relaksasi secara terbimbing atau mandiri. Cairan tubuh dalam kondisi seimbang yang ditandai dengan tidak adanya edema dan tidak terdapatnya albumin dalam urine. Klien mampu menunjukkan koping yang efektif terhadap rasa cemas/takut, dan melakukan aktivitas secara mandiri sesuai dengan toleransinya. Klien menunjukkan respon positif terhadap citra tubuh yang ditunjukkan dengan hilangnya rasa malu dan keyakinan bahwa edemanya akan sembuh setelah pengobatan.

Kesimpulan

Model Adaptasi Roy telah menggambarkan tahapan dalam proses keperawatan yang lengkap. Kelebihan proses keperawatan berdasarkan Model Adaptasi Roy ini adalah pada tahap 2 level pengkajian yang harus dilakukan perawat. Pengkajian keperawatan dimulai dengan; level 1) Perawat mengkaji respon perilaku pasien terhadap stimulus yaitu fisiologis adaptasi model, konsep diri adaptasi model, peran adaptasi model dan interdependensi adaptasi model, level 2) Perawat mengkaji stressor yang dihadapi pasien yaitu stimulus fokal & kontekstual (yang pada dasarnya

merupakan faktor presipitasi dari masalah yang dihadapi pasien) dan stimulus residual (yang pada dasarnya merupakan faktor predisposisi dari masalah yang dihadapi pasien), sehingga pengkajian yang dilakukan perawat lebih lengkap dan perawat dapat menegakkan diagnosa lebih akurat dari pengkajian tersebut.

Selain itu, dengan Teori Adaptasi Roy ini, perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat lebih memahami tentang proses adaptasi yang terjadi pada individu, yang dimulai dari adanya stimulus/stressor yang dapat menjadikan individu mengalami stress, proses mekanisme koping (kognitor dan regulator) dan effektor sebagai upaya individu mengatasi stressor dan terakhir timbulnya respon perilaku individu terhadap stressor yang dihadapinya. Model Adaptasi Roy merupakan model keperawatan yang kompleks dengan konsep dan mempunyai hubungan antar konsep-konsep. Sehingga perlu diklarifikasi kembali tentang: Overlapping yang terjadi pada psikososial adaptif mode yaitu pada konsep diri, fungsi peran dan interdependen. Konsep diri terdiri dari 5 komponen, salah satunya adalah fungsi peran. Bagaimana perawat dapat membedakan antara konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Ketika menilai perilaku adaptif dan maladaptif, ada banyak faktor yang dapat mempengaruhi penilaian tersebut, salah satunya adalah sistem nilai yang dianut perawat. Model Adaptasi Roy lebih berfokus pada proses adaptasi pasien dan bagaimana pemecahan masalah pasien dengan menggunakan proses keperawatan dan tidak menjelaskan bagaimana sikap dan perilaku caring perawat ketika melakukan asuhan keperawatan. Pada prinsipnya pemecahan masalah pasien sangat penting dalam keperawatan, tetapi perilaku caring juga sangat diperlukan ketika memberikan asuhan keperawatan pada pasien, karena bisa saja seorang perawat yang tidak mempunyai perilaku caring akan menjadi stressor baru bagi pasiennya.

Referensi

- Alice, Petiprin. (2018). Nursing Theory. <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Sister-Callista-Roy.php>
- Alligood, Martha Raile. (2018). Nursing Theorists and Their Work. USA: Elsevier
- Dhamayatun, F. (2020). Studi Dokumentasi Hipervolemia Pada Pasien An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS). Akademi Keperawatan YKY. <http://repository.akperkyjogja.ac.id/310>.
- Gunawan. (2019). *The Risk of Urinary Tract Infection In Children with Nephrotic Syndrome*. Paediatrica Indonesiana. VOLUME 56 No.4, 238.
- Kemenkes RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia 2018*. Retrieved from http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi_Profil_Kesehatan_Indonesia-2018.pdf.
- Kharisma, Y. (2020). Tinjauan umum penyakit sindrom nefrotik. Universitas Islam Bandung, 1–4.
- Laily, R. F. (2019). Studi Penggunaan Furosemid Pada Pasien Sindrom Nefrotik (Penelitian Dilakukan di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang). University of Muhammadiyah.
- Maharani, L. (2019). Asuhan Keperawatan Pada An. D dengan Sindrom Nefrotik Di Ruang Kanthil Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas. repository.ump.ac.id. <https://repository.ump.ac.id/3917>.
- McEwen & Wills. (2014). Theoretical Basis for Nursing Edition 4. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Purnomo. (2016). *Dasar - Dasar Sistem Perkemihan Edisi 3*. Bandung : Refika Aditama.
- PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Rahmadji, G. W. (2017). Asuhan Keperawatan Pada An. T. dengan Sindrom Nefrotik Di Ruang Menur Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. repository.umkla.ac.id. <http://repository.umkla.ac.id/173/10/BAB V.pdf>.
- Risnah., Irwan, Muhammad (2021). Falsafah dan Teori Keperawatan dalam Integritas Keilmuan. Gowa: Alauddin University Press.
- Rofi'ah, N. (2015). Asuhan Keperawatan Pada An. A dengan Gangguan Sistem Urologi: Sindrom Nefrotik Di Ruang Menur/Lily 3 RSUP STIKES Muhammadiyah Klaten.
- Suryati. (2019b). Manajemen Cairan Pada Anak dengan Sindroma Nefrotik Fluid Management in Children With Nephrotic Syndrome.
- Yunita, M. (2015). Asuhan Keperawatan Pada An.“S” dengan Gangguan Sistem Perkemihan (Sindrom Nefrotik) Di Paviliun Seruni RSUD Kabupaten Magelang. eprints.unipdu.ac.id. <http://eprints.unipdu.ac.id/281/1/BAB I.pdf>.