**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI HIPERVOLEMIA PADA PASIEN An. A DENGAN SINDROM NEFROTIK RESISTEN STEROID (SNRS)**



**OLEH:**  **FINA DHAMAYATUN** **NIM : 2317053**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**

**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**

**YOGYAKARTA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI HIPERVOLEMIA PADA PASIEN An. A DENGAN SINDROM NEFROTIK RESISTEN STEROID (SNRS)**

Tugas Akhir ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan Pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

 FINA DHAMAYATUN NIM : 2317053

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**

**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**

**YOGYAKARTA**

**2020**

**PERNYATAAN KEASLIAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Fina Dhamayatun

NIM : 2317053

Program studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, April 2020

Pembuat Pernyataan

Fina Dhamayatun

NIM : 2317053





# MOTTO

1. Intervensi tanpa implementasi hanyalah sebuah halusinasi (Fina­­ Dhmy)
2. Orang yang kuat bukanlah orang yang selalu menang melainkan orang yang tetap tegar ketika dia jatuh (Kahlil Gibran)
3. Harga sebuah kesuksesan jauh lebih murah dibandingkan harga sebuah kegagalan (Tomos Waston)
4. Sesungguhnya Allah SWT tidak akan merubah suatu kaum sehingga mereka merubah keadaan yang ada pada diri sendiri (QS. Al-Rad:11)
5. Ikhlas dan syukur meringankan beban hatimu, sesungguhnya dibalik kesulitan itu ada kemudahan (QS. Al-insyirah:5-6)
6. Cukup Allah menjadi Penolong kami dan Allah sebaik-baik pelindung (QS. Ali Imron:173)
7. Pengalaman adalah guru yang mulia, dan kemuliaan itu sesungguhnya adalah ilmu yang telah kita dapat dan kita gunakan untuk kepentingan orang lain.
8. Lawan semua ketakutanmu niscaya keberanianmu akan melebihi ketakutanmu tersebut
9. Tersenyumlah. Bukan karena kita sudah bebas dari masalah, tapi karena apapun yang akan terjadi besok lusa itu adalah skenario terbaik yang terjadi (Tere Liye)

# PERSEMBAHAN

Kupersembahkan Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini untuk:

1. Bapak dan Ibu ku tercinta yang telah membesarkan dan mendidikku. Terima kasih atas doa yang tiada henti, pengorbanan, dan dukungan moril, spiritual serta materi.
2. Kakak-kakak, adik dan keluarga besar ku yang selalu memberikan dukungan dan semangat.
3. Sahabat- sahabat ku Artiana Intan Kurniati, Indra Setya Purwaka, Hidayati, Sadila Dwyandini, Ganjar Widadiarto, Nita Yulianti, Azizah Nur Afifah, Sella Indrianti, Nisrina Khonsa Putri yang telah memberi semangat dan memotivasi saya, semoga kalian segera menyusul juga.
4. Teman satu kelompok saya yang telah berjuang bersama, Difani Ayu Sundari dan Pingkan Anggraini.
5. Keluarga kecil saya, Liestyaningsih Criswandhani, Agustina Rahmawati, Sri Siswanti, Galuh Ari Anjani, Annisa Fitrianingrum, Meisitoh Anggraini, Intan Purnaningrum yang telah memberikan dukungan dan selalu bersama dalam suka duka selama 3 tahun di kampus tercinta ini.
6. Teman-teman seperjuangan Angkatan 2017
7. Almamaterku tercinta Akper “YKY”

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul Studi Dokumentasi Hipervolemia pada pasien An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS).

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah, penulis mendapat bimbingan, dorongan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Tri Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Direktur Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta sekaligus Pembimbing 1 dan Penguji akhir program yang telah memberikan izin untuk pembuatan Karya Tulis Ilmiah serta membimbing sampai akhir.
2. Dwi Juwartini, SKM.,MPH selaku dosen pembimbing 2 yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan baik dan tepat waktu.
3. Tri Yuni Rahmanto, S.Kep.,Ns.,MPH selaku penguji akhir program.
4. Rahmad Riyadi yang telah melakukan studi kasus pada An A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid.
5. Bapak/Ibu dosen Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta yang telah memberikan bimbingan, arahan dan ketrampilan yang bermanfaat selama penulis mengikuti pendidikan.

 Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan kesalahan sehingga kritik dan saran yang membangun sangatlah mendukung demi kelengkapan dan kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat dan dapat digunakan sebagai wahana tambahan ilmu pengetahuan dibidang ilmu keperawatan Anak

Yogyakarta, 02 Juli 2020

(Fina Dhamayatun)

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan i

Halaman Sampul Dalamii

Pernuataan Keaslianiii

Halaman Persetujuan iv

Halaman Pengesahanv

Motto vi

Halaman Persembahan vii

Kata Pengantarviii

Daftar Isi x

Daftar Tabel xiii

Daftar Gambar xiv

Daftar Lampiran xv

Abstrak xvi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1

B. Rumusan Masalah 4

C. Tujuan Penelitian 4

D. Ruang Lingkup 5

E. Manfaat studi kasus 6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

1. Landasan teori 7

1. Konsep Sindrom Nefrotik 7

a. Definisi 7

b. Batasan 8

d. Etiologi 9

e. Manifestasi Klinis 10

f. Patofisiologi 11

g. Pemeriksaan Penunjang 12

f. Komplikasi 13

g. Penatalaksanaan 14

2. Konsep Hipervolemia17

a. Definisi 17

b. Penyebab 17

c. Gejala dan Tanda Mayor18

c. Gejala dan Tanda Minor.18

c. Kondisi Klinis Terkait 19

c. Faktor yang mempengaruhi 19

3. Gambaran Asuhan Keperawatan 22

a. Pengkajian keperawatan22

b. Diagnosa keperawatan 26

c. Perencanaan keperawatan27

d. Pelaksanaan keperawatan29

e. Evaluasi keperawatan30

f. Dokumentasi keperawatan31

1. Kerangka Teori38

BAB III METODE STUDI DOKUMENTASI

A. Jenis dan Rancangan Penelitian 39

B. Obyek Studi Dokumentasi39

C. Lokasi Dan Waktu Studi Dokumentasi 39

D. Definisi Operasional 39

E. Instrumen Studi Dokumentasi40

F. Teknik Pengumpulan Data 40

G. Analisa Data 41

H. Etika Penulisan 42

I. Alur Penelitian 42

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN43

A. Hasil43

B. Pembahasan 46

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 56

A. Kesimpulan 56

B. Saran 58

Daftar Pustaka59

Lampiran 62

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Definisi Operasional39

DAFTAR GAMBAR

2.1 Pasien dengan sindrom nefrotik10

2.2 kerangka teori38

 2.3 Alur penelitian42

DAFTAR LAMPIRAN

Jadwal kegiatan63

Data Askep 66

Lembar bimbingan67

Fina Dhamayatun. (2020). Studi Dokumentasi Hipervolemia Pada Pasien An A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS)

Pembimbing : Tri Arini dan Dwi Juwartini

**INTISARI**

Selama 2011-2014 terdapat 61 kasus hipervolemia pada Sindrom Nefrotik di poliklinik anak RSUP Fatmawati Jakarta. Kebanyakan mereka datang dengan keluhan *edema*. Dampak yang dapat terjadi jika hipervolemia tidak segera ditangani adalah *edema* yang dapat semakin meluas keseluruh tubuh, ditandai dengan *asites*, efusi pleura, dan *edema* pada daerah genital. Selain itu juga dapat terjadi pembengkakan jaringan pada jantung, gagal jantung, kerusakan jaringan dan pemulihan luka yang lama. Tujuan studi dokumentasi ini adalah untuk mengetahui gambaran masalah hipervolemia pada pasien An A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid dan mengetahui gambaran proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan studi dokumentasi. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif kualitatif dengan memanfaatkan laporan asuhan keperawatan pada tahun 2016 dengan teknik pengumpulan data sekunder. Analisis data dilakukan dengan cara mengevaluasi dan menccermati data, menginterpretasikan data, membandingkan dengan teori yang ada dan memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan. Hasilyang didapat adalah masalah hipervolemia yang ditegakkan pada kasus An A yang didukung dengan batasan karakteristik sebagian sudah sesuai untuk ditegakkan, namun ada beberapa intervensi dan implementasi yang tidak sesuai dengan teori, dengan begitu hipervolemia dapat teratasi sebagian. Kesimpulan yang didapat antaralainPenulis mendapatkan gambaran masalah hipervolemia dengan proses keperawatan pada pasien An A

Kata kunci **:** Hipervolemia, Sindrom Nefrotik, Sindrom Nefrotik Resisten Steroid

Fina Dhamayatun. (2020). *A Documentation Study of Hypervolemia In patient With Steroid Resistant Nephrotic Syndrome.*

Mentor : Tri Arini and Dwi Juwartini

***Abstract***

*During 2011-2014 there were 61 cases of hypervolemia in Nephrotic Syndrome in the children's clinic at RSUP Fatmawati, Jakarta. most of them come with edema complaints. The impact that can occur if hypervolemia is not threated immediately is edema which can spread throughout the body, characterized by ascites, pleural effusion, and edema in the genital area. It also can occur swelling of the heart tissue, heart failure, tissue damage and recovery of old wounds. The purpose of this documentation study is to find out the picture of hypervolemia in An A patients with Steroid Resistant Nephrotic Syndrom to know the description of the nursing process which includes assessment, nursing diagnosis, planning, implementation, evaluation and documentation study. The research method used was a descriptive qualitative method utilizing nursing care reports in 2016 with secondary data collection techniques. Data analysis is done by evaluating and observing data, interpreting data, comparing with existing theories and providing recommendations in the research conducted. The results is the problem of hypervolemia which is enforced in the case of An A which is supported by the limitation of the characteristics is appropiate to be enforced and has been carried out according to the intervention, so that the problem can be partially resolved. The conclusion is the author gets an overview of hypervolemia nursing problems with nursing care processes in An A patients*

*Keywords****:*** *hypervolemia, nephrotic syndrome, steroid resistant nephrotic syndrome*

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar belakang**

Sindrom Nefrotik (SN) pada anak merupakan penyakit yang paling sering ditemukan. Sindrom Nefrotiksendiri merupakan keadaan klinis yang disebabkan oleh kerusakan glomerulus karena ada peningkatan permeabilitas glomerulus terhadap protein plasma sehingga menimbulkan *hypoalbuminemia, hyperlipidemia, edema* dan *proteinuria* (Nurarif, dkk 2013). *Proteinuria* masif merupakan tanda khas SN yang berat yang disertai kadar albumin serum rendah ekskresi protein dalam urine juga berkurang. *Proteinuria* juga berkontribusi terhadap berbagai komplikasi yang terjadi pada SN. *Hipoalbuminemia, hiperlipidemia,* dan *lipiduria,* gangguan keseimbangan nitrogen, gangguan metabolisme kalsium dan tulang, serta hormon tiroid sering dijumpai pada SN. Umumnya pada SN fungsi ginjal normal kecuali pada sebagian kasus yang berkembang menjadi penyakit ginjal tahap akhir (Kharisma, 2017)

Berdasarkan hasil data selama 3 bulan terakhir mulai dari awal bulan November sampai dengan akhir Januari di Yogyakarta tercatat ada 15 kasus (10,3%) yang menderita penyakit SN dengan hipervolemia dari 146 pasien, 26 (17,8%) kasus menderita penyakit *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) dari 146 pasien, 14 kasus (9,6%) menderita penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) dari 146 pasien, dan 9 kasus (6,1%) menderita penyakit jantung bawan dari 146 pasien. Dari hasil pencatatan tersebut, SN menduduki urutan kedua setelah *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

Hasil studi deskriptif potong lintang yang dilakukan oleh Indra (2014) menunjukkan bahwa selama 2011-2014 terdapat 61 kasus hipervolemia pada Sindrom Nefrotik di poliklinik anak RSUP Fatmawati Jakarta. Kebanyakan mereka datang dengan keluhan *edema*. Pada pasien anak dengan Sindrom Nefrotik biasanya juga akan didapatkan kenaikan berat badan yang dapat mencapai hingga 50 % dari berat badan sebelum menderita Sindrom Nefrotik sehingga anak akan terlihat gemuk. Hal tersebut terjadi akibat dari volume cairan berlebihan yang menumpuk pada jaringan disekitarnya sehingga menimbulkan *edema*.

Dampak yang dapat terjadi menurut Nilawati (2012) jika hipervolemia tidak segera ditangani adalah *edema* yang dapat semakin meluas keseluruh tubuh, ditandai dengan *asites*, efusi pleura, dan *edema* pada daerah genital. Seringkali dijumpai dengan gejala *anokreksia*, nyeri perut dan diare. Pada kasus lain dapat disertai hipertensi maupun *hematuria gross*. Selain itu juga dapat terjadi pembengkakan jaringan pada jantung, gagal jantung, kerusakan jaringan dan pemulihan luka yang lama. Sindrom Nefrotik dapat berkembang menjadi gagal ginjal total apabila tidak dilakukan perawatan dan usaha penyembuhan yang baik dari tenaga kesehatan.

Peran perawat sebagai pemberi asuhan sangat penting dalam penanganan pasien Sindrom Nefrotik baik secara mandiri maupun secara kolaboratif untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Pertama perawat dapat berperan sebagai preventif yaitu dengan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Sindrom Nefrotikkhususnya pada program perawatan manajemen cairan dan terkait dengan pemberian nutrisi, yang kedua perawat dapat berperan sebagai pendidik atau berperan sebagai promotif dimana perawat melakukan penyuluhan tentang pengertian, komplikasi, dan cara perawatan pada pasien hipervolemia pada SN, yang ketiga perawat dapat berperan sebagai pengelola atau berperan sebagai kuratif yaitu dengan merawat dan mengelola pemberian obat pada pasien hipervolemia dengan SN. Peran rehabilitatif yaitu dengan menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat agar tidak kambuh lagi.

Perawat juga dapat berperan sebagai motivator dimana perawat dapat mendorong dan memberi *support* pada anggota keluarga untuk ikut serta dalam merawat penderita baik di rumah sakit ataupun setelah pulang nanti. Selain itu keluarga juga dapat ikut serta dalam mendeteksi secara dini tentang keluhan-keluhan penderita, sehingga dapat melakukan usaha promotif, preventif maupun rehabilitatif.

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul Studi Dokumentasi Hipervolemia pada An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS).

1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut diatas, maka rumusan masalah pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah “Bagaimana Studi Dokumentasi Hipervolemia pada Pasien An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS)” yang meliputi :

1. Bagaimana hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian Hipervolemia pada pasien An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS)?
2. Bagaimana hasil dokumentasi mengenai diagnosa keperawatan Hipervolemia pada pasien An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS)?
3. Bagaimana hasil dokumentasi mengenai perencanaan keperawatan Hipervolemia pada pasien An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS)?
4. Bagaimana hasil dokumentassi pelaksanaan keperawatan Hipervolemia pada pasien An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS)?
5. Bagaimana hasil dokumentasi mengenai evaluasi dan pendokumentasian keperawatan Hipervolemia pada pasien An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS)?
6. **Tujuan Studi Dokumentasi**

Pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini mempunyai tujuan :

1. Tujuan umum

Diketahui hasil dokumentasi hipervolemia pada pasien An. A dengan Sindrom NefrotikResisten Steroid (SNRS).

1. Tujuan Khusus
	1. Diketahui hasil dari studi dokumentasi mengenai pengkajian hipervolemia pada pasien An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS)
	2. Diketahui hasil dari studi dokumentasi mengenai penegakan diagnosa keperawatan hipervolemia pada pasien An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS).
	3. Diketahui hasil dari rencana keperawatan hipervolemia pada pasien An. A denganSindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS).
	4. Diketahui hasil dari studi dokumentasi mengenai pelaksanaan hipervolemia pada pasien An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS).
	5. Diketahui hasil dari studi dokumentasi mengenai evaluasi keperawatan hipervolemia pada pasien An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS).
	6. Diketahui faktor pendukung dan faktor penghambat pada perkembangan penyakit Sindrom NefrotikResisten Steroid (SNRS) dengan hipervolemia pada pasien An. A.
2. **Ruang Lingkup**

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan Anak. Materi yang dibahas adalah Studi Dokumentasi Hipervolemia pada Pasien An A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS). Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan Karya Tulis Ilmiah (KTI) tahun 2016.

1. **Manfaat Studi Dokumentasi**

Manfaat dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah dibagi menjadi manfaat teoritis dan praktis :

1. Teoritis

Menambah ilmu yang lebih dalam dan spesifik mengenai gambaran Hipervolemia pada Pasien An A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS)

1. Praktis
	1. Bagi Penulis

Karya Tulis Ilmiah ini dapat menjadi pengalaman nyata, pengetahuan, dan ketrampilan penulis mengenai Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS) secara komprehensif berdasarkan teori-teori keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

* 1. Institusi Pendidikan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan bacaan dan referensi dalam rangka peningkatan pengetahuan serta ketrampilan bagi mahasiswa Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS)

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Landasan Teori**
2. Sindrom Nefrotik Resisten Steroid
3. Definisi

Sindrom Nefrotik (SN) adalah sindrom klinis akibat perubahan selektiﬁtas permeabilitas dinding kapiler glomerulus sehingga protein dapat keluar melalui urine (Nilawati, 2012). Sindrom Nefrotik (SN) adalah sekumpulan manifestasi klinis yang terdiri dari *proteinuria* massif (≥40 mg/m²LPB/jam atau >50 mg/kgBB/24 jam), *hipoalbuminemia* (kurang dari 2,5 g/dl), *udem*, dan *hiperkolesterolemia* >200 mg/dL (Trihono dkk, 2012).

Ada beberapa macam pembagian klasifikasi pada Sindrom Nefrotik. Menurut berbagai penelitian, respon tehadap pengobatan steroid lebih sering dijumpai untuk menentukan prognosis dibandingkan gambaran patologi anatomi. Berdasarkan hal tersebut, saat ini klasifikasi SN lebih sering didasarkan pada respon klinik, yaitu: Sindrom Nefrotik Sensitif Steroid (SNSS) dan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS). Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS) sendiri merupakan Sindrom Nefrotik yang apabila dengan pemberian hormon dosis penuh (2mg/kg/hari) selama 4 minggu tidak mengalami remisi.

1. Batasan

Berikut ini adalah beberapa batasan yang dipakai pada Sindrom Nefrotik menurut Trihono dkk (2012)

1. Remisi

Apabila *proteinuari* hormon atau *trace* (*proteinuria* < 40 mg/m2LPB/jam) 3 hari berturut-turut dalam satu minggu, maka disebut remisi

1. Relaps

Apabila *proteinuria* ≥ 2 + (>40 mg/m2LPB/jam atau rasio protein/kreatinin pada urine sewaktu > 2 mg/mg) 3 hari berturut-turut dalam satu minggu, maka disebut relaps.

1. Sindrom Nefrotik Sensitif Steroid

Sindrom Nefrotik yang apabila dengan pemberian hormon dosis penuh (2mg/kg/hari) selama 4 minggu mengalami remisi.

1. Sindrom Nefrotik Resisten Steroid

Sindrom Nefrotik yang apabila dengan pemberian hormon dosis penuh (2mg/kg/hari) selama 4 minggu tidak mengalami remisi.

1. Sindrom Nefrotik relaps panjang

Sindrom Nefrotik yang mengalami relaps < 2 kali dalam 6 bulan sejak respons awal atau < 4 kali dalam 1 tahun.

1. Sindrom Nefrotik relaps sering

Sindrom Nefrotik yang mengalami relaps ≥ 2 kali dalam 6 bulan sejak respons awal atau ≥4 kali dalam 1 tahun

1. Sindrom Nefrotik dependen steroid

Sindrom Nefrotik yang mengalami relaps dalam 14 hari setelah dosis hormon diturunkan menjadi 2/3 dosis penuh atau dihentikan dan terjadi 2 kali berturut-turut.

1. Etiologi

 Penyebab penyakit Sindrom Nefrotik yang pasti belum diketahui, akhir-akhir ini dianggap sebagai suatu penyakit autoimun. Jadi menurut Nurarif dkk, (2013) merupakan suatu reaksi antigen-Antibodi. Umumnya etiologinya dibagi menjadi :

1. Sindrom Nefrotik bawaan

Diturunkan sebagai resesif autosomal atau karena reaksi *maternofetal.* Gejalanya adalah *edema* pada masa neonatus. Sindrom Nefrotik jenis ini resisten terhadap semua pengobatan. Salah satu cara yang bisa dilakukan adalah pencangkokan ginjal pada masa neonatus namun tidak berhasil. Prognosis buruk dan biasanya penderita meninggal dalam bulan-bulan pertama kehidupannya.

1. Sindrom Nefrotik sekunder

Disebabkan oleh:

1. Malaria kuartana atau parasit lain
2. Penyakit kolagen seperti *lupus eritematosus* *diseminata*, *purpura Anafilaktoid.*
3. *Glumerulonefritis* akut atau *glumerulonefritis* kronis.
4. Bahan kimia seperti trimetadion, paradion, penisilamin, garam emas, sengatan lebah, racun, air raksa.
5. Sindrom Nefrotik *idiopatik* (belum diketahui penyebabnya)

Berdasarkan histopatologis yang tampak pada *biopsi* ginjal dengan pemeriksaan mikroskop biasa dan mikroskop elektron, Sindrom Nefrotik *idiopatik* dapat dibagi dalam 4 golongan yaitu: kelainan minimal, *nefropati* *membranosa, glumerulonefritis proliferatif* dan *glomerulosklerosis fokal segmental.*

1. Manifestasi klinis



Gambar 2.1 Pasien dengan sindrom nefrotik

([https://zulliesikawati.wordpress.com/tag/*nephrotic-syndrome*](https://zulliesikawati.wordpress.com/tag/nephrotic-syndrome)*)*

 Pada umumnya Sindrom Nefrotik mengenai pasien berumur kurang dari 6 tahun pada waktu onset pertama kalinya. Gejala yang timbul *influenza-like syndrome*, pembengkakan *periorbita* dan *oligouria atau anuria*. Selama beberapa hari, *udem* akan bertambah jelas pada seluruh tubuh (*anasarka*). Adanya *distensi* *abdomen* dapat disebabkan oleh *asites*. Ketidaknyamanan pada perut, nyeri pada perut yang menetap perlu dipikirkan adanya *peritonitis* bakteri sebagai komplikasi yang mengancam nyawa. Adanya riwayat batuk dan sesak napas dapat diindikasikan adanya *efusi pleura* (Trihono dkk, 2012).

 Gejala sistemik seperti demam, penurunan berat badan, berkeringat pada malam hari*, poliuri, polidipsi*, rambut rontok, *ulkus* pada mulut, *rash*, nyeri *abdomen*, nyeri sendi yang mengarah kepada penyakit sistemik seperti *Lupus Eritematosus Sistemik, Henoch-schonlein purpura* atau *diabetes mellitus* yang juga menyebabkan Sindrom Nefrotik perlu ditanyakan pada pasien. Riwayat pengobatan NSAID, penisilamin juga menyebabkan Sindrom Nefrotik. Pada *anamnesis* perlu disingkirkan penyebab lain *udem* seperti gagal hati kronis, gagal jantung, dan *malnutrisi*.

1. Patofisiologi

Sindrom Nefrotik menurut Linda (2017) adalah keadaan klinis yang disebabkan oleh kerusakan glomerulus. Peningkatan permeabilitas glomerulus terhadap protein plasma menimbulkan *proteinuria, hypoalbumin, hyperlipidemia* dan *edema*. Hilangnya protein dari rongga vaskuler meyebabkan penurunan tekanan osmotik plasma dan peningkatan tekanan hidrostatik, yang menyebabkan terjadinya akumulasi cairan dalam rongga intestisial dan rongga *abdomen*. Penurunan volume cairan vaskuler menstimulasi system *renin angiotensin* yang megakibatkan diekskresikannya hormon antidiuretik dan aldosteron. Reabsorpsi tubular terhadp natrium (Na) dan air mengalami peningkatan dan akibatnya menambah volume intravaskuler. Retensi cairan mengarah pada peningkatan *edema* koagulasi dan thrombosis vena dapat terjadi karena penurunan volume vasskuler yang mengakibatkan hemokonsentrasi dan hilangnya urin dari koagulasi protein. Kehilangan immunoglobulin pada urin dapat mengarah pada peningkatan kerentanan terhadap infeksi.

1. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang Sindrom Nefrotik menurut Linda (2017) sebagai berikut :

1. Uji Urin
2. Urinalisis : *Proteinuria* (dapat mencapai lebih dari 2 g/m2/hari), bentuk hialin dan granular, *hematuruia*
3. Uji dipstick urin : Hasil positif untuk protein dan darah
4. Berat jenis urin : Meningkat palsu karena *proteinuria*
5. Osmolalitas urin : Meningkat
6. Uji darah
7. Kadar albumin serum : Menurun (kurang dari 2 g/dl)
8. Kadar kolestrol serum : Meningkat (dapat mecapai 450 sampai 1000 mg/dl)
9. Kadar trigliserid serum : Meningkat
10. Kadar hemoglobin dan hematokrit : Meningkat
11. Hitung trombosit : Meningkat (mencapai 500.000 sampai 1.000.000/ul)
12. Kadar elektrolit serum : Bervariasi sesuai dengan keadaan penyakit perorangan.
13. Uji diagnostik

*Biopsy* ginjal (tidak dilakukan secara rutin)

1. Komplikasi

Komplikasi yang sering menyertai penderita SN menurut Kharisma, (2017) Antara lain:

1. Gangguan fungsi ginjal
2. Infeksi sekunder

Terjadi akibat kadar imunoglobulin yang rendah akibat *hipoalbuminemia*.

1. Syok

Terjadi terutama pada *hipoalbuminemia* berat (<1gm/100ml).

1. Komplikasi lain yang bisa timbul adalah *malnutrisi*
2. Penatalaksanaan

 Anak dengan manifestasi klinis SN pertama kali sebaiknya dirawat di rumah sakit dengan tujuan untuk mempercepat pemeriksaan dan evaluasi pengaturan diit, penaggulangan *edema*, memulai pengobatan steroid, dan edukasi orangtua. Menurut Trihono dkk, (2012) Sebelum pengobatan steroid dimulai, dilakukan pemeriksaan-pemeriksaan berikut:

Pengukuran berat badan, tinggi badan, dan pengukuran tekanan darah.

Pemeriksaan fisis untuk mencari tanda atau gejala penyakit sistemik, seperti *lupus eritematosus sistemik, purpura Henoch-Schonlein.*

Setiap infeksi perlu dieradikasi lebih dahulu sebelum terapi steroid dimulai.

Perawatan di rumah sakit pada SN relaps hanya dilakukan bila terdapat *edema* *anasarka* yang berat atau disertai komplikasi muntah, infeksi berat, gagal ginjal, atau syok. Tirah baring tidak perlu dipaksakan dan aktivitas fisik disesuaikan dengan kemampuan pasien. Bila *edema* tidak berat, anak boleh sekolah. Selain itu penatalaksanaan dari Sindrom Nefrotik sendiri diantaranya:

1. Diitetik

 Pemberian diit tinggi protein dianggap merupakan kontraindikasi karena akan menambah beban glomerulus untuk mengeluarkan sisa metabolisme protein (*hiperfiltrasi*) dan menyebabkan *sklerosis* glomerulus. Bila diberi diit rendah protein akan terjadi *Malnutrisi* Energi Protein (MEP) dan menyebabkan hambatan pertumbuhan anak. Jadi cukup diberikan diit protein normal sesuai dengan RDA (*Recommended Daily AllowAnces*) yaitu 1,5-2 g/kgbb/hari. Diit rendah garam (1-2 g/hari) hanya diperlukan selama anak menderita *edema*.

1. Diuretik

 Restriksi cairan dianjurkan selama ada *edema* berat. Biasanya diberikan *loop* *diuretic* seperti furosemid 1-3 mg/kgbb/hari, bila perlu dikombinasikan dengan *spironolakton* (antagonis aldosteron, diuretik hemat kalium) 2-4 mg/kgbb/hari. Sebelum pemberian diuretik, perlu disingkirkan kemungkinan hipovolemia. Pada pemakaian diuretik lebih dari 1-2 minggu perlu dilakukan pemantauan elektrolit kalium dan natrium darah.

 Bila pemberian diuretik tidak berhasil (*edema* refrakter), biasanya terjadi karena hipovolemiaatau hipoalbuminemia berat (1g/dL), dapat diberikan infusan albumin 20-25% dengan dosis 1 g/kgbb selama 2-4 jam untuk menarik cairan dari jaringan interstisial dan diakhiri dengan pemberian furosemid intravena 1-2 mg/kgbb. Bila pasien tidak mampu dari segi biaya, dapat diberikan plasma 20 ml/kgbb/hari secara pelan-pelan 10 tetes/menit untuk mencegah terjadinya komplikasi dekompensasi jantung. Bila diperlukan, suspensi albumin dapat diberikan selang sehari untuk memberi kesempatan pergeseran cairan dan mencegah *overload* cairan. Bila *asites* sedemikian berat sehingga mengganggu pernapasan dapat dilakukan pungsi *asites* berulang.

1. Pengobatan dengan kortikosteroid

 Pada SN *idiopatik*, kortikosteroid merupakan pengobatan awal, kecuali bila ada kontraindikasi. Jenis steroid yang biasa diberikan adalah prednison atau prednisolon.

1. Tirah baring

 Diperlukan tirah baring selama masa *edema* parah yang menimbulkan keadaan tidak berdaya dan selama infeksi yang *interkuten*. Juga dianjurkan untuk mempertahankan tirah baring selama *diuresis* jika terdapat kehilangan berat badan yang cepat.

1. Perawatan mata.

Tidak jarang mata anak tertutup akibat *edema* kelopak mata dan untuk mencegah alis mata yang melekat, mereka harus di*swab* dengan air hangat.

1. Penatalaksanaan krisis hipovolemik.

 Anak akan mengeluh nyeri *abdomen* dan mungkin juga muntah dan pingsan. Terapinya dengan memberikan infus plasma intravena, monitor nadi dan tekanan darah.

1. Dukungan bagi orang tua dan anak.

 Orang tua dan anak sering kali tergangu dengan penampilan anak. Pengertian akan perasan ini merupakan hal yang penting. Kondisi ini harus diterangkan pada orang tua sehingga mereka dapat mengerti perjalanan penyakit ini. Keadaan depresi dan frustasi akan timbul pada mereka karena mengalami *relaps* yang memaksa perawatan di rumah sakit.

1. Hipervolemia
2. Definisi

Peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, dan atau intraselular. (Tim Pokja DPP PPNI SDKI, 2017)

1. Penyebab

Penyebab hipervolemia menurut Tim Pokja DPP PPNI SDKI (2017):

1. Gangguan mekanisme regulasi
2. Kelebihan asupan cairan
3. Kelebihan asupan natrium
4. Gangguan aliran balik vena
5. Efek agen farmakologis (Hormon *kartikosteroid,chlorpropamide, tolbutamide, vincristine, tryptilinescarbamazepine*)
6. Gejala dan Tanda Mayor

Gejala dan Tanda Mayor menurut Tim Pokja DPP PPNI SDK (2017):

Subjektif

1. *Ortopnea*
2. *Dyspnea*
3. *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea* (PND)

Objektif

1. *Edema* anasarka dan atau *edema* perifer
2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat
3. *Jugular Venous Pressure* (JVP) dan *Cenral Venous Pressure* (CVP) meningkat
4. Reflex *hepatojugular* positif
5. Sulit tidur
6. Gejala dan Tanda Minor

Gejala dan Tanda Minor menurut Tim Pokja DPP PPNI SDKI (2017):

Subjektif :

Tidak ada

Objektif

1. *Distensi vena jugularis*
2. Terdengar suara nafas tambahan
3. *Olyguria*
4. Intake lebih banyak dari output (*balance* cairan positif)
5. *Hepatomegaly*
6. Kadar Hb/Ht turun
7. Kongesti paru
8. Kondisi klinis tekait

Kondisi klinis tekait menurut Tim Pokja DPP PPNI SDKI (2017)

1. Penyakit ginjal : Gagal Ginjal akut/kronis, Sindrom Nefrotik
2. *Hypoalbuminemia*
3. Gagal jantung kongestif
4. Kelainan hormon
5. Penyakit hati ( missal sirosis, asites, kanker hati)
6. Penyakit vena perifer (misal *varises vena, thrombus vena* *phlebitis*)
7. Imobilitas
8. Faktor-faktor yang mempengaruhi hipervolemia

Adapun faktor yang mempengaruhi hipervolemia menurut Kozier & Erb (2010) antara lain:

1. Usia

Bayi dan anak yang sedang tumbuh memiliki perpindahan cairan yang jauh lebih besar dibandingkan orang dewasa karena laju metabolisme mereka lebih tinggi meningkatkan kehilangan cairan. Bayi kehilangan banyak cairan melalui ginjal karena ginjal yang belum matang kurang mampu menyimpan air dibandingkan ginjal orang dewasa. Pada usia paruhbaya (40-65 tahun) perubahan fisik individu yang terjadi pada sistem perkemihan yaitu unit nefron berkurang selama periode ini dan laju filtrasi glomerulus menurun. Pada lansia (lebih dari 65 tahun) perubahan fisik normal akibat penuaan pada perkemihan yaitu penurunan kemampuan filtrasi ginjal dan gangguan fungsi ginjal, konsentrasi urine menjadi kurang efektif, urgensi berkemih dan sering berkemih.

1. Jenis kelamin dan ukuran tubuh

Air tubuh total dipengaruhi oleh jenis kelamin dan ukuran tubuh. Karena sel lemak mengandung lebih sedikit atau sama sekali tidak mengandung air dan jaringan tanpa lemak memiliki kandungan air yang tinggi, individu yang memiliki persentase lemak tubuh lebih tinggi memiliki cairan tubuh yang lebih sedikit. Wanita secara proporsional memiliki lemak tubuh yang lebih banyak dan lebih sedikit cairan tubuh dibandingkan pria. Air menyusun sekitar sekitar 60% berat badan pria dewasa, tetapi hanya 52% untuk wanita dewasa. Pada individu gemuk, kandungan air tubuh mungkin lebih sedikit, dengan hanya 30% sampai 40% dari berat badan individu tersebut.

1. Suhu

lingkungan Individu yang sakit dan mereka yang berpartisipasi dalam aktrivitas berat berisiko mengalami ketidakseimbangan cairan dan elektrolit apabila suhu lingkungan tinggi. Kehilangan cairan melalui keringat meningkat di lingkungan yang panas karena tubuh berupaya untuk menghilangkan panas.

1. Gaya hidup

Faktor lain seperti diet, latihan, dan stress memengaruhi keseimbangan cairan, elektrolit, dan asam-basa. Individu yang mengalami malnutrisi berat mengalami penurunan kadar albumin serum dan dapat mengalami *edema* karena aliran osmotic cairan ke kompartemen pembuluh darah menjadi berkurang. Stress dapat meningkatkan metabolisme selular, kadar konsentrasi glukosa darah, dan kadar katekolamin. Selain itu, stress dapat meningkatkan produksi ADH, yang pada gilirannya menurunkan produksi urine. Seluruh respons tubuh terhadap stress adalah meningkatkan volume darah.

1. Diet

Diet dapat mempengaruhi asupan cairan. Asupan nutrisi yang tidak adekuat dapat mempengaruhi terhadap kadar albumin serum. Jika albumin serum menurun, cairan interstitial tidak bisa masuk ke pembuluh darah sehingga terjadi *edema*. (Mubarak, 2015)

1. Gambaran Asuhan Keperawatan Hipervolemia pada anak dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid

 Asuhan keperawatan menurut Tarwoto dkk (2015) adalah rangkaian kegiatan yang diberikan secara langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kaidah-kaidah keperawatan profesional, yang berdasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistik untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien. Asuhan keperawatan tidak dapat dilaksanakan tanpa proses keperawatan. Proses keperawatan adalah suatu metode asuhan keperawatan yang bersifat ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus menerus serta berkesinambungan. *American Nurse Association* (ANA) mengembangkan proses keperawatan dalam lima tahap yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, *implementasi*, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian pada hipervolemia pada anak dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid menurut Kyle T, (2014) adalah sebagai berikut:

1. Identitas pasien
2. Riwayat Kesehatan
	* 1. Keluhan utama

Penambahan berat badan, *edema*, Wajah sembab: Khususnya di sekitar *periorbital,* timbul saat bangun pagi, berkurang di siang hari, pembengkakan *abdomen* (*asites*), kesulitan pernafasan, *edema* mukosa usus menyebabkan: diare, *anoreksia*, absorpsi usus buruk, *letargi,* pucat, mudah lelah, kerentanan terhadap penyakit, tekanan darah normal atau sedikit menurun, perubahan urin: penurunan volume, gelap, berbau buah.

* + 1. Riwayat penyakit dahulu.

*Edema* masa *neonatus*, malaria, riwayat infeksi saluran kemih, riwayat terpapar bahan kimia.

* + 1. Riwayat penyakit sekarang.

Ajukan pertanyaan : urin berbau meyengat, *edema*, nyeri, darah dalam urin, kram, mual/muntah, demam, kenaikan berat badan, trauma, pejanan terhadap infeksi, massa pada *skrotum*, selangkangan dan *abdomen*.

* + 1. Riwayat kesehatan keluarga

 Karena kelainan gen *autosom resesif*, kelainan ini tidak dapat ditangani dengan terapi biasa dan bayi biasanya mati pada tahun pertama atau dua tahun setelah kelahiran. Riwayat batu ginjal, atau riwayat *enuresis* pada orang tua.

* + 1. Riwayat kehamilan dan persalinan

Adanya arteri umbilikus tunggal atau massa *abdomen*, abnormalitas kromosom, atau *malformasi kongenital*.

* + 1. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan.

 Tentukan usia keberhasilan *toilet training*, pola episode *inkontinensia* (mengalami megompol), dan rutinitas perawatan diri dalam melakukan kebersihan setelah eliminasi. Pehatikan adanya *mielomeningokel* atau gangguan spina lain yang dapat mempengaruhi kemampuan anak untuk berkemih.

1. Observasi adanya manifestasi Hipervolemia*.* Lakukan pengkajian fisik, termasuk pengkajian luasnya *edema*
	1. *Inspeksi*

 *Inspeksi* kulit terhadap adanya *edema* (umum atau *periorbital*), atau memar. Perhatikan adanya pucat pada kulit atau manifestasi *dismorfik* (bekaitan dengn masalah genetik). Dokumentasikan adanya *letargi*, keletihan, pernapasan cepat, *konfusi* atau keterlambatan perkembangan. Observasi area genetalia eksterna tehadap *ruam* popok pada bayi, urin menetes konstan, *disposisi* lubang uretra, lubang uretra kemerahan. Pada anak perempuan, perhatikan iritasi vagina atau penyatuan *labia.* Pada anak laki-laki, observasi kantong *skrotum* untuk menemukan pembesaran atau perubahan warna. Dengan anak berbaring datar, observasi *abdomen* untuk melihat adanya *distensi*, *asites*, atau kekenduran susunan otot *abdomen*.

* 1. *Auskultasi*

 Dengarkan secara cermat bunyi jantung, karena bising aliran dapat mucul pada anak yag *anemis*, yang megalami frekuensi jantung. Ukur tekanan darah menggunakan metode *auskultasi* dengan manset berukuran sesuai, perhatikan peningkatan atau peurunan tekanan darah. Pada anak yang mengalami *edema*, *auskultasi* paru secara cermat, perhatikan adanya suara tambahan. Perhatikan ketiadaan bising usus, karena itu dapat menandakan *peritonitis*. Pada Anak yang mendapat hemodialisis kronik, *auskultasi* *fistula* untuk mendegarkan bunyi *bruit* (temuan normal yang diharapkan)

* 1. *Perkusi*

 Perkusi *abdomen*. Perhatikan suara redup (suara redup biasanya terdengar pada limpa di margin kosta kanan, pada ginjal, dan pada 1 sampai 3 cm dibawah margin kosta kiri) kadung kemih yang penuh dapat terdengar redup saat *perkusi* diatas *simfisis pubis*.

* 1. *Palpasi*

 *Palpasi* *abdomen*. Perhatikan massa ginjal yang teraba (mengindikasikan pembesaran atau massa, karena biasanya ginjal sulit di*palpasi* pada bayi yang lebih besar atau pada anak). Perhatikan adanya massa *abdomen* atau kandung kemih yang terdistensi. Dokumenasikan nyeri tekan saat *palpasi* atau di sepanjang sudut *kostovertebrata*. *Palpasi skrotum* untuk megidetifikasi penurunan testis.

4) Bantu dengan prosedur diagnostik dan penguji misalnya: Analisa urin akan adanya protein, silinder, dan sel darah merah, Analisa gas darah untuk protein, serum (total perbandingan albumin/globulin, kolestrol) jumlah darah merah, natrium serum.

1. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap suatu masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk megidentifikasi respon klien individu, keluarga atau komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja DPP PPNI Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2017). Dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, hipervolemia termasuk kedalam kategori fisiologis dan subkategori nutrisi dan cairan. Penyebab dari hipervolemia adalah gangguan mekanisme regulasi. Menurut SDKI (2017) diagnosanya adalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

1. Perencanaan

 Rencana keperawatan merupakan metode komunikasi tentang asuhan keperawatan pada pasien yang memerlukan asuhan keperawatan berupa suatu perencanaan yang baik. Melalui hasil dari pengkajian perawat akan dapat mengidentifikasi dari suatu masalah sehingga perawat dapat menegakan prioritas menurut tingkat kebutuhan dasar pada manusia berdasarkan *Hirarki Maslow*:

1. Kebutuhan Fisiologis: udara, nutrisi, cairan, nyeri, mobilitas, eliminasi dan perawatan kulit.
2. Kebutuhan rasa aman nyaman: perlindungan, rasa takut, infeksi, suasana tempat tinggal, dan pakaian kasih sayang, seksualitas.
3. Kebutuhan harga diri: perasaan menghargai diri sendiri.
4. Aktualisasi diri yang merupakan kepuasan terhadap lingkungan.

 Rencana keperawatan pada pasien Sindrom Nefrotikdengan Hipervolemia:

Luaran : Keseimbangan cairan

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Tim Pokja DPP PPNI SIKI, (2018) : Manajemen Hipervolemia

Observasi :

1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (misal *ortopnea, dyspnea, edema,* JVP/CVP meningkat, refleks *hepatojugular* positif, suara npas tambahan)
2. Identifikasi penyebab hipervolemia
3. Monitor status hemodinamik (misal frekuensi jantung, tekanan darah), jika tersedia
4. Monitor intake dan output cairan
5. Monitor tanda hemokonsentrasi (misal kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)
6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (misal kadar protein dan albumin meningkat)
7. Monitor kecepatan infus secara ketat
8. Monitor efek samping diuretik (mis. *Hypotensi ortostatik*, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)

Terapeutik

1. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
2. Batasi asupan cairan
3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°

Edukasi

1. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg perhari
2. Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam
3. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan
4. Ajarkan cara membatasi cairan

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian diuretik
2. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik
3. Kolaborasi pemberian *Continuous Renal Replacement Theraphy* (CRRT) jika perlu.
4. Pelaksanaan

 Pelaksanaan menurut Tarwoto dkk, (2015) adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada *nursing order* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional sebagaimana terdapat dalam standar praktek keperawatan. Pelaksanaan keperawatan pasien hipervolemia pada Sindrom Nefrotik menyesuaikan kondisi pasien. Pelaksanaan pada hipervolemia yang mengacu pada SIKI, (2018) antara lain:

1. Memonitor cairan-cairan masuk dan cairan keluar
2. Mengukur/menimbang Berat Badan
3. Menganjurkan keluarga membatasi asupan cairan
4. Mengobservasi *edema*.
5. Berkolaborasi pemberian diuretik
6. Evaluasi

 Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Evaluasi yang diharapkan mengacu pada SLKI, (2019) pada Hipervolemia adalah:

1. Asupan cairan menurun
2. Haluaran urin meningkat
3. Kelembapan membran mukosa meningkat
4. Asupan makanan meningkat
5. *Edema* menurun
6. Tekanan darah membaik
7. Denyut nadi radial membaik
8. Turgor kulit membaik
9. Berat badan membaik
10. Dokumentasi

 Pengertian pendokumentasian keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat.

Teknik dokumentasi keperawatan merupakan cara menggunakan dokumentasi keperawatan dalam penerapan proses keperawatan. Pada dasarnya teknik dokumentasi keperawatan menggunakan SOAP yang meliputi:

S: Subjektif. Menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data pasien melalui *anamnesa*

O: Objektif. Menggambarkan pendokumentasian hasil analis dan fisik pasien , hasil laboratorium, dan tes diagnostik

A: *Assesment*. Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan.

P: *Planning*. Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan *assessment*

 Dokumentasi keperawatan mempunyai 3 prinsip yaitu: *Brevity*, *Legibility*, dan *Accuracy*. Prinsip-perinsip tersebut di atas menurut Setiadi (2012) dapat dijelaskan sebagai berikut:

* + - 1. *Brevity*

Dalam melakukan pendokumentasian setiap petugas/perawat harus *brevity*, *brevity* sendiri adalah ringkas, jadi kita dalam mencatat isi dokumentasi keperawatan harus ringkas dan tidak perlu memasukan kata-kata atau kalimat yang tidak penting dan mempunyai makna yang tidak sesuai. Dengan menuliskan catatatan yang ringkas dan mengenai inti masalah maka catatan dokumentasi akan mudah di pahami dan tidak memakan ruang dalam lembar yang tersedia.

* + - 1. *Legidibility*

*Legidibility* yaitu dimana dalam penulisan/pencatatan dokumentasi keperawatan harus mudah dibaca dan di pahami oleh perawat lain atau profesi lain yang ikut dalam proses pendokumentasian. Semisal ada istilah baru maka harus segera di diskusikan ke semua tim untuk menggunakan istilah tersebut.

* + - 1. *Accuracy*

*Accuracy* adalah sesuai dengan data yang ada pada klien. Jadi kita harus memasukan data pada dokementasi keperawatan harus benar dan sesuai dengan data baik identitas, laboratorium dan radiologi pada setiap klien. Ini adalah aspek yang sangat vital dan tidak boleh salah atau tertukar dengan klien lain.

* + - 1. Tersedia format untuk dokumentasi.
			2. Dokumentasi dilakukan oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung.
			3. Dokumentasi dibuat segera setelah melakukan tindakan.
			4. Catatan dibuat kronologis.
			5. Penulisan singkatan dilakukan secara umum.
			6. Mencantumkan tanggal, waktu tanda tangan, dan inisial penulis.
			7. Dokumentasi akurat, benar, komplit jelas, dapat dibaca dan ditulis dengan tinta.
			8. Tidak dibenarkan menghapus tulisan pada catatan menggunakan tip-ex. penghapus tinta atau bahan lainnya.

 Prinsip dokumentasi penulisan proses keperawatan menurut Rahmatia (2019) diantaranya:

1. Prinsip dokumentasi penulisan pengkajian:

Sistematis : pengkajian dari saat masuk rumah sakit sampai pulang.

Format tersusun dan berkesinambungan.

Terdiri dari pencatan pengumpulan data, terkelompok dan analisa data yang mendukung klien.

Ditulis secara jelas dan singkat.

Menuliskan identitas, waktu, tanggal, nama dan tanda tangan pelaksana pengkajian

Ikut aturan atau prosedur yang dipakai dan disepakati instansi.

1. Prinsip dokmentasi penulisan diagnosa :
2. Gunakan format PES untuk semua masalah aktual dan PE untuk masalah resiko.
3. Catat diagnosa keperawatan resiko dalam format keperawatan.
4. Mulai pernyataan diagnosis keperawatan dengan mengidentifikasi informasi tentang data untuk diagnosis keperawatan.
5. Masukkan diagnosis keperawatan ke dalam daftar masalah.
6. Hubungkan pada tiap-tiap diagnosa keperawatan ketika menemui masalah keperawatan.
7. Setiap pergantian jaga perawat, gunakan diagnosa keperawatan sebagai pedoman untuk pengkajian, tindakan dan evaluasi.
8. Menuliskan identitas, waktu, tanggal, dan tanda tangan pelaksana perumusan.
9. Prinsip dokmentasi penulisan intervensi :
10. Sebelum menuliskan rencana tindakan, kaji ulang semua data yang ada.
11. Daftar dan jenis masalah aktual resiko dan kemungkinan. Berikan prioritas utama pada masalah aktual yang mengancam kesehatan.
12. Tulis dengan jelas khusus, terukur, kriteria hasil yang diharapkan untuk menetapkan masalah bersama dengan klien. Tentukan ketrampilan kognitif, afektif dan psikomotor yang merupakan perhatian.
13. Alasan prinsip *specivity* untuk menuliskan diagnosa keperawatan.
14. Mulai rencana tindakan dengan menggunakan *action verb*. Catat tanda-tanda vital setiap pergantian dines.
15. Tulis rasional dari rencana tindakan.
16. Menuliskan identitas, waktu, tanggal, dan tanda tangan pelaksana.
17. Rencana tindakan harus dicatat sebagai hal yang permanen.
18. Klien dan keluarganya jika memungkinkan diikutkan dalam perencanaan.
19. Rencana tindakan harus sesuai dengan waktu yang telah ditentukan dan diusahakan untuk selalu diperbaharui.
20. Prinsip dokmentasi penulisan implementasi :
21. Merupakan dokumentasi dalam penerapan intervensi.
22. Gunakan bulpoint tertulis jelas, tulis dengan huruf cetak bila tulisan tidak jelas. Bila salah tidak boleh di tip-ex tetapi dicoret saja, dan ditulis kembali diatas atau disamping
23. Jangan lupa selalu menuliskan waktu, jam pelaksanaan dan tanda tangan pelaksana.
24. Jangan membiarkan baris kosong, tetapi buatlah garis ke samping untuk mengisi tempat yang tidak digunakan.
25. Dokumentasikan sesegera mungkin setelah tindakan dilaksanakan guna menghindari kealpaan (lupa).
26. Gunakan kata kerja aktif untuk menjelaskan apa yang dikerjakan.
27. Dokumentasikan bagaimana respon pasien terhadap tindakan yang dilakukan.
28. Dokumentasikan aspek keamanan, kenyamanan dan pengawasan infeksi dan lingkungan terhadap klien.
29. Dokumentasikan persetujuan keluarga untuk prosedur khusus dan tindakan invasif yang mempunyai resiko tambahan.
30. Dokumentasikan dengan jelas, lengkap dan bila perlu tuliskan ungkapan klien untuk memperjelas maksud.
31. Rujuk ke petunjuk, kebijakan dan prosedur rumah sakit untuk penggunaan format.
32. Prinsip dokmentasi penulisan Evaluasi :
33. Awali atau ikuti evaluasi dengan data pendukung.
34. Ikuti dokumentasi intervensi keperawatan dengan evaluasi formatif.
35. Gunakan evaluasi sumatif ketika pasien dipulangkan atau dipindahkan.
36. Catat evaluasi sumatif melalui pengkajian dan intervensi. Catat juga respon pasien.
37. Pernyataan evaluasi formatif dan sumatif dimasukkan kedalam catatan kesehatan.
38. Korelasikan data khusus yang ditampilkan dengan kesimpulan yang dicapai perawat.
39. Data pengkajian dan hasil yang diharapkan digunakan untuk mengukur perkembangan pasien

**B. Kerangka Teori**

Faktor yang mempengaruhi hipervolemia : Usia, suhu, diet, gaya hidup, jenis kelamin dan ukuran tubuh

Penatalaksanaan :

1. Pengkajian
2. Diagnosa
3. Perencanaan
4. Pelaksanaan
5. Evaluasi
6. **Hipervolemia**
7. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
8. Intoleransi aktivitas
9. Gangguan integritas kulit
10. Gangguan citra tubuh
11. Ketakutan
12. Resiko infeksi

Sindrom Nefrotik Resisten Steroid

Sindrom Nefrotik

|  |
| --- |
| Sindrom Nefrotik Sensitif Steroid |

Dampak yang ditimbulkan dari hipervolemia : Edema anasarka, gagal jantung, kerusakan integritas dan penyembuhan luka lama

 Gambar 2.3 kerangka konsep (Tim pokja DPP PPNI SDKI, 2017)

**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

1. **Jenis dan Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa/kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan Hipervolemia dengan Sindrom Nefrotik Resisren Steroid (SNRS) pada pasien anak.

1. **Objek Penelitian**

Objek penelitian ini adalah satu kasus asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa tahun 2016.

1. **Lokasi dan waktu studi Dokumentasi**

Penelitian ini dilakukan di kampus Akper “YKY” Yogyakarta pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni yakni mulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah.

1. **Definisi operasional**

Adapun definisi operasional hipervolemia pada anak dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid dijelaskan pada tabel sebagai berikut :

Table 1.1 Definisi Operasional

|  |  |
| --- | --- |
| Variabel | Definisi operasional |
| Hipervolemia  | Kondisi dimana tubuh mengalami kelebihan cairan sehingga tubuh tidak dapat mengatur penyimpanan air dalam tubuh |

Sumber : Tim Pokja DPP PPNI SDKI, 2017

1. **Instrumen Penelitian**

Pada penelitian studi dokumentasi ini, instrumen yang digunakan adalah peneliti itu sendiri (Sugiyono, 2015). Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrumen penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data melakukan pengumpulan data, memilih kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

**F. Teknik pengumpulan data**

Teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut berupa data asuhan keperawatan yang terdapat di perpustakaan Akper ‘YKY” Yogyakarta berupa satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI tahun 2016, dengan teknik pengumpulan data sebagai berikut:

Pemilihan kasus KTI di perpustakaan Akper YKY Yogyakarta tahun 2016 dengan hipervolemi pada pasien anak Sindrom Nefrotik.

Mengambil salah satu kasus KTI pada tahun 2016 di perpustakaan Akper YKY Yogyakarta dengan hipervolemi pada pasien anak Sindrom Nefrotik.

Menetapkan kasus yang akan dilakukan penelitian.

**G. Analisa data**

Teknik Analisa data menggunakan teknik analisa deskriptif-kualitatif yaitu dengan cara:

Mengevaluasi dan mencermati kasus hipervolemia pada pasien SN untuk memperoleh data yang menunjang hipervolemia.

Diinterpretasikan askep terutama hipervolemi oleh peneliti. Langkah kedua setelah penulis menginterpretasikan data yaitu dengan menginterpretasikan data dimana penulis memberi arti dan signifikansi terhadap analisis yang dilakukan antar deskripsi-deskripsi data yang ada

Dibandingkan dengan teori atau artikel penelitin yang ada mengenai kasus hipervolemia pada SN.

Memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

**H. Etika Penulisan Studi Dokumentasi**

Etika penulisan yang digunakan dalam studi dokumentasi ini meliputi:

1. *Anonimity* (tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan)

Pada saat penulis mencantumkan nama pada Karya Tulis Ilmiah yang dibuat, penulis hanya mencantumkan inisial dan bukan nama terang yang bertujuan untuk menjaga kerahasiaan pasien.

2*. Confidentiality* (kerahasiaan)

Saat penulis melakukan penelitian, data yang penulis dapatkan hanya boleh dilihat atau dibaca dalam rangka pengobatan klien. Perawat maupun penulis tidak boleh menyebarluaskan.

* 1. **Alur Penelitian**

Surat Izin (Administrasi)

Analisis data

Pemilihan data berupa dokumen asuhan keperawatan

Membandingkan dengan teori dan hasil

Gambar 2.2 Alur penelitian

**BAB IV**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

* 1. **Hasil**

Pasien terdiaknosis penyakit Sindrom Nefrotik sejak tanggal 28 Agustus 2015. Dan kontrol rutin di poli anak. Pasien pernah rawat inap 2x, terakhir rawat inap di bangsal melati pada tanggal 20/05/2016 sampai tanggal 09/06/2016 karena bengkak seluruh tubuh. Sebelum masuk rumah sakit anak tampak lebih bengkak di bagian wajah dari biasanya. Pada tanggal 13/07/2016 kontrol di rumah sakit dr. Sardjito dengan keluhan BAK sedikit. Mulai kemarin hari Rabu, 13/07/2016 dan berat badan meningkat 13,5 menjadi 14,5. Setelah periksa darah dan urine pasien dianjurkan rawat inap karena hasil Albumin 1,56 dan protein urin (++++). Saat dilakukan pengkajian Orang tua pasien mengatakan BAK masih sedikit tapi sering, orang tua pasien juga mengatakan wajah anaknya masih bengkak tetapi sudah berkurang. Dari hasil pengkajian tersebut pasien mengalami kelebihan volume cairan/hipervolemia.

Kemudian intervensi yang dilakukan ke pasien dengan tujuan agar tidak ada tanda-tanda kelebihan cairan (*edema, asites*), berat badan kembali normal, tanda-tanda vital dalam batas normal, intervensinya antara lain monitoring intake dan outpot cairan, observasi perubahan *edema*, ukur BB setiap hari, anjurkan keluarga untuk membatasi asupan garam, monitor hasil laboratorium, kolaborasi pemberian obat deuretik dan pemeriksaan laboratorium, monitor *vital sign*.

Pelaksanaannya pada hari pertama yaitu memonitor cairan dan mengobservasi *edema* dengan hasil *balance* cairannya -122,5, mengukur berat badan dengan hasil 14,5 kg, menginjeksi furosemide dengan hasil furosemide 10 mg lewat tryway sudah masuk ke pasien, memonitor *vital sign* dengan hasil TD : 90/50 mmHg, S : 370C, N : 108 x/menit, RR : 24 x/menit dan yang terakhir menganjurkan keluarga untuk membatasi asupan garam.

Kemudian catatan perkembangannya adalah memonitor *Vital Sign* dengan hasil TD : 90/50 mmHg, S : 370C, N : 108 x/menit, RR : 24 x/menit, menghitung *balance* cairan dengan hasil -1075, menganjurkan keluarga membatasi asupan garam, menginjeksi obat furosemid 10 mg lewat IV line, berkolaborasi pemeriksaan urin dengan hasil Protein urin (++), mengukur berat badan dengan hasil berat badan 13,75 Kg, mengukur tanda tanda vital dengan hasil TD :90/60 mmHg, RR : 25 x/menit, N : 109 x/menit, S : 36,50C. Evaluasi yang dicapai adalah masalah teratasi sebagian dengan pasien diperbolehkan pulang maka lanjutkan intervensi dengan *discharge planning*.

**B. Pembahasan**

Dari hasil studi dokumentasi, hasil kasus yang dilakukan pada tanggal 14-16 Juli 2016 di dapatkan sejumlah data pengkajian dari An A yang menderita Sindrom Nefrotik Resisten Steroid berupa An A yang berusia 4 tahun berjenis kelamin perempuan megalami kelebihan volume cairan, dimana orang tua pasien mengatakan anaknya sulit untuk BAK dan juga mengatakan wajah anaknya tampak bengkak. Hasil pemeriksaan laboratorium An A adalah hipoalbuminemia (1,56 g/L) dan proteinuria (4+) dan pemeriksaan fisik mengalami *edema* derajat 2. Hasil pemeriksaan fisik, antara lain Mata An A simetris, tampak *odema* paebra (+/+)

Pemeriksaan laboratorium yang didapatkan dari studi dokumentasi ada yang tidak dilakukan yaitu pemeriksaan Analisa Gas Darah. Prabakaran (2017) menyatakan pemeriksaan Analisa Gas Darah perlu dilakukan karena dapat digunakan untuk memantau hasil perawatan yang sebelumnya diterapkan kepada pasien.

Menurut penulis tanda dan gejala yang sering muncul pada pasien dengan hipervolemia sudah sesuai dengan teori dari SDKI (2017) antara lain pembengkakan atau *edema, oliguria* dan terjadi ganguan hasil pemeriksaan laboratorium pada pemeriksaan albumin dan protein. Kemudian dari kasus yang didapat wajah An A tampak bengkak, menurut Nilawati (2012) dapat terjadi karena diakibatkan protein yang hilang lewat urin sehingga mengakibatkan hipoalbuminemia, selanjutnya terjadi penurunan tekanan onkotik plasma yang mengakibatkan perpindahan cairan dari ruang intravaskular ke ruang interstisial akhirnya mengakibatkan *edema*.

*Edema* yang terjadi pada penyakit ginjal karena cairan tidak dapat dibuang melalui ginjal dan dapat ditemukan pada pergelangan kaki, skrotum dan atau daerah periorbital di wajah. Derajat terjadinya *edema* meliputi derajat 1 yaitu dengan menekan sedalam 2 mm lalu akan kembali dengan cepat, derajat 2 menekan lebih dalam yaitu 4 mm dan akan kembali dalam waktu 10-15 detik, derajat 3 menekan sedalam 6 mm akan kembali dalam waktu lebih dari 1 menit dn tampak bengkak, dan yang terakhir derajat 4 menekan lebih dalam lagi sampai 8 mm akan kembali dalam waktu 2-5 menit dan tampak sangat bengkak dan nyata (Willy, 2019).

Tanda dan gejala lain yang muncul menurut tim pokja DPP PPNI SDKI (2017) antara lain *dyspnea* dan *ortopnea* namun dari hasil kasus yang didapatkan *dyspnea* dan *ortopnea* tidak muncul karena anak tidak mengalami gangguaan pernafasan *dyspnea* dan *ortopnea*.

Diagnosa keperawatan utama yang muncul pada data yang didapat yaitu Hipervolemia. Menurut penulis diagnosa hipervolemia sudah tepat ditegakkan sebagai diagnosa utama karena sudah sesuai dengan batasan karakteristik. Hal ini sesuai dengan teori dari SDKI (2017) yang menyatakan bahwa hipervolemia/kelebihan volume cairan merupakan peningkatan volume cairan intravascular, interstisial, dan atau intraselular yang disebabkan oleh gangguan mekanisme regulasi. Di dukung penelitian yang dilakukan oleh Charles (2016) yang menyatakan pasien dengan Sindrom Nefrotik biasanya mengalami *edema* dan kelelahan.

Perencanaan keperawatan pada data dokumen An A selama 3 shift 3 hari yang dilakukan sudah mengacu pada tujuan yang telah ditetapkan, walaupun dihari kedua pasien diperbolehkan pulang karena keadaannya sudah membaik. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Rahmatia (2019) yang menyatakan tulis dengan jelas khusus, terukur, kriteria hasil yang diharapkan untuk menetapkan masalah bersama dengan klien.

Perencanaannya adalah dengan melakukan monitoring intake dan output cairan, observasi perubahan *edema*, ukur BB setiap hari, anjurkan keluarga untuk membatasi asupan garam, monitor hasil laboratorium, kolaborasi pemberian obat diuretik dan pemeriksaan laboratorium. Penelitian yang dilakukan Maya (2011) meyatakan bahwa pada pasien dengan Sindrom Nefrotik intevensi keperawatan harus pengaturan cairan, ini karena pada pasien dengan Sindrom Nefrotik telah mengganggu keseimbangan volume cairan. Selain pengaturan volume cairan untuk mecapai keseimbangan cairan tubuh juga dilakukan tindakan kolaboratif untuk pemberian terapi diuretik (furosemid). Itu juga harus menjadi pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang perawatan untuk klien di rumah Menurut penulis intervensi yang telah dilakukan penulis sebelumnya sudah sesuai dengan intervensi pada kasus hipervolemia secara umum.

Menurut Mubarak (2015) pengukuran BB setiap hari dan monitor kesadaran penting dilakukan karena peningkatan atau penurunan 1 kg berat badan setara dengan penambahan atau pengeluaran 1 liter cairan yang dapat membahayakan pasien. Lalu melaukan monitoring intake dan output, menurut penulis juga penting dilakukan karena asupan yang bebas dapat menyebabkan beban sirkulasi berlebihan. Menurut Suharyanto (2009) aturan yang dipakai untuk menentukan banyaknya asupan cairan yaitu jumlah urin yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir di tambah 500 ml (IWL). Kemudian observasi perubahan *edema* menurut penulis sangat penting dilakukan karena untuk mengetahui seberapa dalam *edema* yang dialami pasien. Menurut Doengoes (2009) observasi *edema* penting karena untuk mengkaji *ascites* dan karena merupakan sisi umum *edema*. Sedangkan kolaborasi pemberian obat diuretik menurut penulis harus dilakukan karena dapat mengurangi *edema*.

Peran keluarga sangat penting dan harus diperhatikan. Orang tua atau keluarga sebaiknya ikut serta dalam keputusaan pengobatan, oleh karena itu kerjasama dengan tim kesehatan diperlukan dengan cara keluarga diberikan edukasi tentang perjalanan penyakit dan tata laksananya (husein, 2017). Jika anak diberikan prednisone oleh dokter maka anak akan diizinkan untuk minum sebanyak mungkin dan tanda pertama bahwa anak kambuh adalah kembalinya protein dalam urin, peran keluarga yaitu dapat mengantarkan anaknya untuk rutin melakukan pemeriksaan urin secara teratur (Galih, 2020). Peran keluarga tersebut diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan dalam melakukan pembatasan asupan cairan.

 Dari SIKI (2018), intervensi studi kasus yang didapat ada beberapa yang tidak dilakukan ke pasien antara lain monitor kecepatan infus secara ketat, menurut Nur (2012) perlu dilakukan agar cairan yang didapatkan tidak lebih dari jumlah yang dibutuhkan. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40⸰ juga tidak ditemukan didata studi dokumentasi karena dari data pemeriksaan pasien tidak mengalami sesak nafas. Intervensi identifikasi penyebab hipervolemia juga tidak ditemukan didata, seharusnya intervensi tersebut dilakukan karena dapat digunakan untuk merencanakan pengobatan selanjutnya yang sesuai dengan etiologi hipervolemia tersebut. Monitor efek samping diuretik tidak ditemukan didata sedangkan intervensi tersebut perlu dilakukan agar tidak terjadi pemberian diuretik yang berlebihan. Dan kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik menurut Rismawati (2012) perlu dilakukan karena mengingat kalium merupakan fungsi utama elektrolit mayor dalam tubuh.

Pelaksanaan keperawatan yang didapat dari kasus hipervolemia adalah dengan memonitor intake dan output cairan, mengobservasi perubahan *edema*, mengukur BB setiap hari, meganjurkan keluarga untuk membatasi asupan garam, memonitor hasil laboratorium, berkolaborasi pemberian obat diuretik dan pemeriksaan laboratorium. Terapi yang didapat dari data studi dokumentasi, klien diberikan obat furosemid 10 mg/12 jam IV dan *Methylprednisolone* 25 mg/24 jam oral. Hal tersebut sesuai dengan penelitian dari Trihono (2015) yang menyatakan bahwa terapi lini pertama untuk edema pada Sindrom Nefrotik adalah diuretik kuat (*loop diuretic*), yang biasa diberikan yaitu Furosemid. Mekanisme kerja furosemid yaitu menghambat kotransport Na-K2Cl pada *ascendending limb* di lengkung henle, sehingga meningkatkan eliminasi natrium, kalium, dan klorin. Untuk terapi kortikosteroid menurut Meriyani (2014) dapat mengurangi kadar protein dalam urin dan memperbaiki kondisi *edema*. Efek samping akibat terapi kortikosteroid adalah *moonface*, *gastritis*, pubertas yang tertunda, hipertensi dan *stomatitis*. Didukung penelitian dari Andrea (2017) menyatakan bahwa pengobatan *edema* nefrotik pada anak-anak, terlepas dari keparahannya, melibatkan pembatasan natrium, diuretik dan infus albumin. Pelaksanaan tersebut sudah sesuai dengan teori yang mengacu pada intervensi dari SIKI 2018.

Evaluasi dari masalah hipervolemia adalah masalah teratasi sebagian, dimana didapatkan data subjektif keluarga pasien mengatakan akan membatasi asupan garam, kemudian data objektifnya pasien sudah tidak tampak *edema*, protein urin (++), berat badan 13,75 kg. Menurut penulis hal tersebut sudah sesuai dimana pasien sudah tidak tampak *edema*, BB menurun dari awal masuk, dan protein urin berkurang. Dan hal tersebut sejalan dengan hasil evaluasi dari asuhan keperawatan pada kedua klien dengan masalah pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit yang dilakukan oleh Ni Komang (2019) di ruang Alamanda RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2019 dalam 3 hari menunjukkan perubahan yaitu *edema* berkurang, albumin dalam darah bertambah, protein pada urin berkurang dengan diberikannya intervensi sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI 2018) serta menggunakan terapi baik farmakologis dan non farmakologi.

Pendokumentasian pada pengkajian sudah sesuai dimana menurut Rahmatia (2019) pengkajian terdiri dari pencatan pengumpulan data, terkelompok dan analisa data yang mendukung klien. Penulisan diagnosis pada kasus An A sudah sesuai menurut Rahmatia (2019) yaitu dengan menggunakan format PES untuk semua masalah aktual dan PE untuk masalah resiko. Pendokumentasian keperawatan di setiap intervensi oleh penulis sebelumnya kurang sesuai dimana penulis sebelumnya tidak menuliskan waktunya dan penulisan kolaborasi tidak lengkap, tidak ada nama, dosis, waktu, dan rute obat. Hal tersebut sesuai dengan penelitian dari Setiadi (2012) yang menyatakan bahwa pencatatan harus akurat/*accuracy*, menulis catatan selalu dimulai dengan menulis tanggal, waktu dan dapat dipercaya secara faktual.

Pendokumentasian evaluasi dari kasus yang didapat menurut penulis sudah sesuai karena penulis sebelumnya sudah menuliskan taggal, waktu dan menggunakan SOAP. Namun juga ada beberapa yang kurang sesuai dengan prinsip pendokumentasian antaralain penulis sebagian tidak menuliskan evaluasi proses dan di evaluasi hasil *planning* nya tidak dituliskan secara menyeluruh *planning* apa saja yang akan dilakukan. Menurut Nurjanah (2013) evaluasi dibagi menjadi dua yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan khusus dan tujuan umum yang telah ditentukan. Hal ini menunjukkan bahwa pendokumentasian keperawatan berdasarkan keakuratan evaluasi pada kasus hipervolemia yang didapat kurang akurat. Dan menurut Rahmatia (2019) Pernyataan evaluasi formatif dan sumatif dimasukkan kedalam catatan kesehatan.

Pelaksanaan dari kasus yang didapat pada kasus hipervolemia menurut penulis terdapat beberapa hal yang tidak sesuai dengan prinsip pendokumentasian, antara lain penulis sebelumnya tidak melakukan tanda tangan disetiap tindakan yang telah dilakukkan dan di pelaksanaan tertulis injeksi furosemide 10 mg lewat thriway namun di intervensi tidak dituliskan. Pendokumentasian asuhan keperawatan anak tidak lengkap disebabkan oleh beberapa hal. Menurut Siswanto (2013) perawat terkadang inkonsisten dalam mendokumentasikan waktu pelaksanaan tindakan, tanda tangan setiap kegiatan perawat, simbol dan singkatan dalam dokumentasi masih belum dilakukan dengan konsisten.

Dokumentasi proses asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap dan sesuai standar. Apabila kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar (Pancaningrum, 2015). Dan harus disertai dengan nama jelas pada setiap hal yang telah dilakukan dan bubuhi tanda tangan. Dan menurut Fajri (2011) pendokumentasian harus lengkap dimana pencatatan harus semua pelayanan yang diberikan tanggapan perawat/klien dan pendokumentasian memerlukan kejelasan agar kejelasan dan keobjektifan dari data-data yang ada bukan merupakan data fiktif dan samar yang dapat menimbulkan kerancuan.

Penelitian ini telah dilaksanakan sesuai dengan prosedur ilmiah, namun demikian masih memiliki keterbatasan dan kelemahan. Keterbatasan antara lain metode yang dilakukan dengan studi dokumentasi sehingga tidak memungkinkan untuk memperoleh data secara primer di Rumah Sakit. Untuk kelemahannya sendiri data yang diperoleh merupakan data sekunder dimana data yang diperoleh dari orang lain sehingga penulis tidak bisa menggubah data yang diterima, penelitian yang digunakan menggunakan penelitian studi dokumentasi dimana penulis tidak melakukan penelitian secara langsung sehingga penulis tidak dapat mengklarifikasi kebenarannya, berdasarkan analisa data ada beberapa data yang dituliskan secara tidak lengkap seperti penambahan berat badan pada pasien tidak tertera waktu penambahan berat badannya dan data lain yang kurang akurat yaitu pada penulisan pemeriksaan laboratorium tidak dituliskan satuannya. Sedangkan untuk kelebihannya antaralain waktu penelitian berbeda dengan sebelumnya yaitu lebih panjang selama 3 bulan, Jumlah sampel yang diteliti hanya satu sehingga lebih fokus untuk diteliti.

**BAB V**

**PENUTUP**

**A. Kesimpulan**

Adapun kesimpulan dari studi dokumentasi yang telak dilaksanakan yaitu :

1. Hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian hipervolemia pada pasien An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS) antara lain didapatkan data pengkajian yang sebagian sudah sesuai dengan batasan karakteristik.
2. Hasil studi dokumentasi mengenai penegakan diagnosa keperawatan hipervolemia pada pasien An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS) antara lain hipervolemia pada kasus An A sudah tepat ditegakkan sebagai diagnosis karena definisi dan kriteria sudah sesuai teori yakni pada buku SDKI (2017).
3. Hasil dari rencana keperawatan hipervolemia pada pasien An. A denganSindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS) antara lain secara umum rencana tindakan dibuat berdasarkan tujuan dan rencana tindakan sesuai dengan kriteria hasil yang ingin dicapai. Intervensi yang ditemukan di studi dokumentasi sebagian sudah sesuai dengan teori.
4. Hasil dari studi dokumentasi mengenai pelaksanaan hipervolemia pada pasien An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS) antara lain pelaksanaan sebagian sesuai dengan teori.
5. Hasil dari studi dokumentasi mengenai evaluasi keperawatan hipervolemia pada pasien An. A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid (SNRS) antaralain selama perawatan 3 x 24 jam masalah teratasi sebagian dengan haisl BB menurun, proteinuria berkurang, edema tidak ada.

Hasil dokumentasi hipervolemia pada pasien An. A dengan Sindrom NefrotikResisten Steroid (SNRS) antaralain Pada pengkajian sudah sesuai, Penulisan diagnosis pada kasus An A sudah sesuai, intervensi dan implmentasi kurang sesuai, evaluasi dari kasus yang didapat menurut penulis sudah sesuai karena data yang didapat sudah tertera tanggal, waktu dan menggunakan SOAP. Namun juga ada beberapa yang kurang sesuai dengan prinsip pendokumentasian antaralain data yang didapat tidak mencantumkan evaluasi proses dan di evaluasi hasil *planning*nya tidak dituliskan secara menyeluruh *planning* apa saja yang akan dilakukan selanjutnya.

Faktor penghambat pada studi dokumentasi ini antara lain metode yang dilakukan dengan studi dokumentasi sehingga tidak memungkinkan untuk memperoleh data secara primer di Rumah Sakit. Untuk kelemahannya sendiri data yang diperoleh merupakan data sekunder dimana data yang diperoleh dari orang lain sehingga penulis tidak bisa menggubah data yang diterima dan tidak dapat mengklarifikasi kebenarannya, Sedangkan untuk kelebihannya antaralain waktu penelitian berbeda dengan sebelumnya yaitu lebih panjang selama 3 bulan, Jumlah sampel yang diteliti hanya satu sehingga lebih fokus untuk diteliti.

**B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis menyampaikan saran antara lain :

* + - 1. Bagi Akademi keperawatan YKY Yogyakarta

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi dalam penelitian yang selanjutnya, yang terkait dengan masalah seperti hipervolemia pada pasien Sindrom Nefrotik.

* + - 1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya dapat menggunakan atau mencari metode penelitian lain seperti metode penelitian sekunder. Apabila peneliti selanjutnya ingin menggunakan metode kualitatif agar mencari referensi sebanyak-banyaknya

**DAFTAR PUSTAKA**

Berek, Stefanus E. 2016.*Studi kasus asuhan keperawatan pada An Z Dengan gangguan system Perkemihan : Sindrom Nefrotik Di Ruang 7B RSUD Saiful Anwar Malang*. KTI thesis. Stikes Maharani Malang

Betz & Sowden. 2009*. Buku Saku Keperawatan Pediatri, edisi 5*. Jakarta : EGC

Doenges, M., Moorhouse, M. 2015*. Manual diagnosis keperawatan, rencana, intervensi & dokumentasi asuhan keperawatan*. Jakarta : EGC.

Kharisma, Y. 2017. *Tinjauan Umum Penyakit Sindrom Nefrotik*. Karya Tulis Ilmiah, Universitas Islam Bandung

Kyle, T. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Pediatri edisi 2 vol:3*. Jakarta: EGC

Kozier, B. et al. 2010. *Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik. 7th edn, Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC

Manokharan, Prabakaran. 2017. *Analisis Gas Darah dan Aplikasinya di Klinik*. Thesis, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

Nilawati, GAP. 2012. *Profil Sindrom Nefrotik Pada Ruang Perawatan Anak RSUP Sanglah Denpasar. Sari pediatri, 14(4), 269-272* .

Nurarif, Amin H & Kusuma, Hardi. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC Jilid 2*. Jakarta : EGC

Nurjannah I. 2012. *Diagnostic Reasoning Dalam Proses Keperawatan*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta

Nuryani, Nurul. 2014. *Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Rsud Dr.Soekardjo Kota Tasikmalaya*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, ISSN:2337-585X, Vol.3, No.1

PancaningrumD. 2015*. Sistem Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit.* Pasca Sarjana Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Prastanti, dhian Wahyu dan fajri. 2012. Hubungan Kelengkapan Dokumentassi Keperawatan dengan Mutu Pelayanan Keperawatan Di Ruang Melati RSUD Prof. Margono Soekarjo Purwokerto. Thesis, Universitas Muhamadiyah Purwokerto

Pratiwi, Ni Komang Dian. 2019. *Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Cairan Dan Elektrolit Pada Anak Dengan Penyakit Sindrom Nefrotik Di Ruang Alamanda Rsud Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019.*Diploma thesis, Poltekkes Tanjungkarang

Raharja, Indra N A. 2014. *Profil Sindrom Nefrotik Di Poliklinik Anak RSUP Fatmawati.* Laporan Penelitian Program Studi Pendidikan Dokter, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta

Rismala, Maya Oktaviyanti. 2011. *Pengaturan Cairan Sebagai Intervensi Keperawatan Untuk Mengatasi Overhidrasi Pada An. F Dengan Sindrom Nefrotik Studi Kasus di Ruang Anak 7 B RSU dr. Saiful Anwar Malang.* Other thesis, University of Muhammadiyah Malang.

Riyadi, Rahmat. 2016. *Askep pada pasien An A dengan Sindrom Nefrotik Resisten Steroid di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr Sardjito Yogyakarta*. KTI D III Keperawatan, Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta

Setiadi. 2012. *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan Praktik*. Yogyakarta : Graha Ilmu

Siburian, A. 2012. *Analisis Praktik Klinik Keperawatan Anak Kesehatan Masyarakat Pada Pasien Sindrom Nefrotik.* Karya Ilmiah Akhir Ners, Universitas Indonesia

Sitanggang, Rahmatia. 2019. *Prinsip-prinsip pendokumentasian Asuhan Keperawatan*. Website : https//osf.io/W6r2t/download/?format=pdf

Sugiyono. 2013. *Metode penenlitian kuantitatif, kualitatif* dan R & D. Bandung: Alfabeta

Supratti. 2016. *Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju, Indonesia.* Jurnal Kesehatan ManarangVolume 2, Nomor 1

Tarwonto, Wartonah. 2015. *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

The Italian Society for Pediatric Nephrology (SINePe). 2017. *Consensus document on the management of nephrotic syndrome in children: Part I - Diagnosis and treatment of the first episode and the first relapse* *43: 41*

Tim pokja SDKI. 2017. *Standar Diagnosa Keperaawatan Indonesia (SDKI)* dan *Indikator Diagnostik*. Jakarta : Dewan pengurus PPNI.

Tim pokja SLKI. 2019. *Standar Luaran Keperaawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta : Dewan pengurus PPNI.

Tim pokja SIKI. 2018. *Standar Intervensi Keperaawatan Indonesia (SIKI)*. Jakarta : Dewan pengurus PPNI.

Trihono PP, Alatas H, Tambunan T, Pardede SO. 2012. *Konsesus tata laksana sindrom nefrotik idiopatik pada Anak , Unit Kerja Koordinasi Nefrologi Ikatan Dokter Anak Indonesia*. Jakarta : Badan penerbit IDAI

Wati, Nur Ekma. 2012. *Asuhan Keperawatan Pada An.A Dengan Gangguan Sistem Nefrologi : Sindroma Nefrotik Di Ruang Mina Rs Pku Muhammadiyah Surakarta.* Diploma thesis, Universitas Muhammadiyah Surakarta.

**DAFTAR LAMPIRAN**

1. LAMPIRAN 1 Jadwal Kegiatan
2. LAMPIRAN 3 Data kasus Sindrom Nefrotik Resisten Steroid
3. LAMPIRAN 4 Lembar Bimbingan

**JADWAL KEGIATAN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | JENIS KEGIATAN | FEBRUARI | MARET | APRIL | MEI | JUNI | JULI |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| 1 | Studi pendahuluan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Mengajukan judul proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Penyusunan proposal KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Seminar Proposal KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Penyusunan KTI  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Seminar Hasil |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |