

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini terdiri atas uraian tentang gagal ginjal kronik, kualitas hidup dan kepatuhan diet.

2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronik (GGK)

2.1.1 Definisi

Gagal ginjal kronik (*Chronic Kidney Disease/ CKD*) adalah gangguan fungsi ginjal yang *progresif dan irreversible*, dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Smeltzer & Bare, 2008). Black & Hawks (2005), mengungkapkan CKD sebagai penurunan fungsi jaringan ginjal secara *progresif* dimana massa ginjal yang masih ada tidak mampu lagi mempertahankan lingkungan internal tubuh. Menurut Nursalam (2006) *Chronic Kidney Disease (CKD)* merupakan kerusakan ginjal *progressif* yang berakibat fatal dan ditandai dengan uremia (urea dan limbah nitrogen lainnya yang beredar dalam darah serta komplikasinya jika tidak dilakukan dialisis atau *transplantasi* ginjal).

Berdasarkan beberapa pengertian menurut para ahli diatas dapat diambil kesimpulan bahwa gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi ginjal yang *irreversible* dan berlangsung lambat sehingga ginjal tidak mampu mempertahankan metabolisme tubuh, keseimbangan cairan dan elektrolit serta menyebabkan uremia yang memerlukan tindakan hemodialisis atau *trasplantasi* ginjal.

2.1.2 Etiologi

Menurut Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri,2011),penyebab gagal ginjal kronik paling banyak di Indonesia adalah hipertensi (34%), diabetes melitus (27%) dan glomerulo nefritis (14%) dan penyebab lainnya adalah infeksi ginjal dan batu ginjal.

2.1.3 Klasifikasi

National Kidney Foundation (2011) membagi 5 (lima) stadium penyakit ginjal kronik yang ditentukan melalui perhitungan nilai *Glomerular Filtration Rate* (GFR) meliputi:

1. Stadium I

Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat ($>90\text{ml}/\text{min}/1,73\text{ m}^2$). Fungsi ginjal masih normal tapi telah terjadi abnormalitas patologi dan komposisi dari darah dan urine.

2. Stadium II

kerusakan ginjal. Fungsi ginjal menurun ringan dan ditemukan abnormalitas patologi dan komposisi dari darah dan urine.

3. Stadium III

Penurunan GFR Moderat ($30\text{-}59\text{ml}/\text{min}/1,73\text{ m}^2$) . Tahapan ini terbagi lagi menjadi tahapan IIIA (GFR 45-59) dan tahapan IIIB (GFR 30-44). Pada tahapan ini telah terjadi penurunan fungsi ginjal sedang.

4. Stadium IV

Penurunan GFR Severe ($15\text{-}29\text{ ml}/\text{min}/1,73\text{ m}^2$). Terjadi penurunan fungsi ginjal yang berat. Pada tahapan ini dilakukan persiapan untuk terapi pengganti ginjal.

5. Stadium V

End Stage Renal Disease (GFR<15 ml/min/1,73m²), merupakan tahapan kegagalan ginjal tahap akhir. Terjadi penurunan fungsi ginjal yang sangat berat dan dilakukan terapi pengganti ginjal secara permanen.

2.1.4 Patofisiologi

Patofisiologi penyakit gagal ginjal pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarnya, terapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein yang normalnya dieksresikan kedalam urin tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan memengaruhi setiap system tubuh. Semakin banyak prodek timbunan sampah maka gejala akan semakin berat (Smeltzer & Bare, 2008)

System musculoskeletal termasuk salah satu system yang terpengaruh oleh penyakit ginjal ini. Dampak negative kegagalan ginjal pada otot rangka adalah kompleks sebagai akibat adanya peurunan perfusi otot, peredaran substrat dan katabolisme yang di pengaruhi banyak faktor seperti asidosis metabolic, kartikosteroid, *proinflammatory cytokines* dan penurunan aktivitas fisik (Adam et al, 2006).

Kelemahan otot pada penyakit gagal ginjal tahap akhir dimanifestasikan sebagai atrofi myofiber terdapat semua type serat. Diesel et al (dalam Adam et al, 2006), menunjukkan adanya siklus degenerasi, robeknya serat, type kelompok serat, kekacauan miofilamen dan adaya mitokondria abnormal pada otot pasien. Uremia myopathy dan neuropaty dengan inaktivitas merupakan respon yang penting kehilangan absolut kekuatan otot pada pasien (Knap et al, 2005; Adam et al, 2006)

2.1.5 Manifestasi Klinik

Pasien dengan gagal ginjal kronis akan memperlihatkan sejumlah tanda dan gejala sebagai akibat adanya uremia. Manifestasi klinik pada sistem muskuloskeletal adalah adanya *drop foot*. Nyeri tulang, fraktur, renal, osteodistrofi, kram otot. Pasien merasa pegal pada kaki, rasa semutan dan seperti terbakar terutama ditelapak kaki dan tremor. Pasien juga mengeluh mengalami kehilangan kekuatan otot, kelemahan dan hipotrofia otot (Smeltzer&Bare, 2008, Ignatavicius, 2006; Price, 2006).

2.1.6 Faktor yang mempengaruhi Gagal Ginjal Kronik

1. Infeksi uraktus urinarius
2. Obstruksi uraktus urinarius
3. Hipertensi
4. Gangguan perfusi / gagal aliran darah ginjal
5. Gangguan elektrolit
6. Pemakaian obat-obat nefrotoksis

2.1.7 Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronik

Penatalaksanaan gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi 2 (dua) tahap, yaitu tindakan hemodialisis atau transplantasi ginjal dan tindakan konservatif.

2.1.8 Komplikasi

Smeltzer (2001) menyebutkan bahwa komplikasi potensial GGK memerlukan pendekatan kolaborasi dalam perawatannya yang mencakup:

1. Hiperkalemi dapat menurunkan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme, dan masukan diet yang berlebihan.

2. Pericarditis, efusi pericardial, dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan analisis yang tidak adekuat
3. Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem renin-angiotensi-aldosteron
4. Anemia akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang sel darah merah, pendarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin dan kehilangan darah selama hemodialysis
5. Penyakit tulang serta kalsifikasi metastatic akibat retensi fosfat, kadar kalsium yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal, dan peningkatan kadar aluminium.

2.2 Hemodialisis

2.2.1 Definisi

Hemodialisis merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi dialisis (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal stadium terminal (ESRD) yang membutuhkan terapi jangka panjang atau terapi pengganti ginjal. Hemodialisis merupakan suatu proses yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh ketika ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut (Smeltzer & Bare, 2008).

2.2.2 Tujuan

Tujuan hemodialisis adalah untuk mengambil zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebihan. Terdapat tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis yaitu difusi, osmosis dan ultrafiltrasi. Pada hemodialisis, aliran darah yang penuh dengan toksin dan limbah nitrogen

dialihkan dari tubuh pasien ke dialiser tempat darah tersebut dibersihkan dan dikembalikan lagi kedalam tubuh pasien (Smeltzer dan Bare, 2008).

2.2.3 Indikasi hemodialisis

Pasien yang memerlukan hemodialisis adalah pasien GGK dan GGA untuk sementara sampai ginjalnya pulih kembali. Pasien-pasien tersebut dinyatakan memerlukan hemodialisis apabila terdapat indikasi :

1. BUN > 100 mg/dl (BUN = 2,14 x nilai ureum)
2. Ureum > 200 mg% dan keadaan pasien gawat uremia, asidosis metabolik berat, hiperkalemia, perikarditis, efusi, edema paru ringan atau berat.
3. Kreatinin > 100 mg%
4. Hiperkalemia > 17 mg/liter
5. Asidosis metabolik dengan pH darah < 7,2
6. Preparat (gagal ginjal dengan kasus bedah)
7. Sindrom kelebihan cairan
8. Intoksikasi obat jenis barbiturat

2.2.4 Tindakan konservatif

Tujuan pengobatan pada tahap ini adalah untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif. Pengobatan antara lain: pengaturan diet protein, kalium, natrium dan cairan.

1. Tinggi protein

Protein tinggi untuk mempertahankan keseimbangan nitrogen dan mengganti asam amino yang hilang selama dialysis, kebutuhan protein biasanya 60-80gr/hari, dan dilonggarkan sampai 1,2 g/kg BB ideal/hari apabila penderita mendapatkan pengobatan dialisis teratur, protein hendaknya bernilai biologi tinggi

2. Cukup karbohidrat, yaitu 55-75 % dari kebutuhan energy total
3. Lemak normal, yaitu 15-30% dari kebutuhan energy total
4. Diet rendah kalium

Hiperkalemia biasanya merupakan masalah pada gagal ginjal lanjut. Asupan kalium dikurangi. Diet yang dianjurkan adalah 8-17 mg/kgBB/hari atau 40-80 mEq/hari Penggunaan makanan dan obat-obatan yang tinggi kaliumnya dapat menyebabkan hiperkalemia.

5. Diet rendah natrium

Diet natrium yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/hari atau 1-2gr/hari. Asupan natrium yang terlalu longgar dapat mengakibatkan retensi cairan, edema perifer, edema paru, hipertensi dan gagal jantung kongestif.

6. Pengaturan cairan

Cairan di batasi yaitu jumlah urin/24 jam ditambah 200-750 ml. Cairan yang diminum penderita gagal ginjal tahap akhir harus diawasi dengan seksama. Parameter yang tepat untuk diikuti selain data asupan dan pengeluaran yang dicatat dengan tepat adalah pengukuran Berat Badan Harian. Asupan yang bebas dapat menyebabkan beban sirkulasi menjadi berlebihan dan edema. Sedangkan asupan yang terlalu rendah dapat menyebabkan dehidrasi, hipotensi dan gangguan fungsi ginjal. Aturan yang dipakai untuk menentukan banyaknya asupan cairan adalah : jumlah urine yang dikeluarkan selama 24 jam + 500 ml (IWL). Asupan cairan perlu regulasi yang hati-hati dalam gagal ginjal kronik, karena rasa haus pasien merupakan panduan yang tidak dapat diyakini mengenai keadaan hidrasi pasien (Wilson, 2006).

7. Bila nafsu makan kurang, berikan suplemen enteral yang mengandung energy dan protein tinggi.

Berat badan dibawah berat badan ideal akan muncul gejala dehidrasi misalnya hipotensi, kram, hipotensi postural dan pusing. Berat badan diatas berat badan ideal akan muncul tanda dan gejala kelebihan cairan, misalnya edema dan sesak nafas. Tanda seperti ini akan muncul bila kenaikan berat badan pasien lebih dari 2 kg. Akumulasi cairan yang dapat ditoleransi adalah 1-2 kg selama periode interdialitik (Cahyaning, 2009).

2.3 Konsep *Self Care*

2.3.1 Pengertian *Self Care*

Keperawatan mandiri (*selfcare*) menurut orem adalah suatu pelaksanaan kegiatan yang diprakarsai dan dilakukan oleh individu itu sendiri untuk memenuhi kebutuhan guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya sesuai keadaan, baik sehat maupun sakit (Britz & dunn, 2010). Kemampuan melakukan kegiatan dalam memenuhi kebutuhan individu dengan mempertahankan kesehatan dan kesempurnaan baik bio, psiko, sosial, dan spiritual. Perawatan diri mandiri tingkah laku yang dipelajari, dipengaruhi meta paradigma tentang individu, kesehatan, lingkungan, keperawatan (Alligood, 2011).

Konsep Orem telah memaparkan secara jelas, sesungguhnya setiap individu dengan keadaan dan usia tertentu sesuai dengan kondisi dasarnya memiliki naluri serta kemampuan tubuh untuk dapat merawat, melindungi, mengontrol, meminimalisir serta mengelola dampak negatif guna dapat

menjalankan hidup secara optimal untuk hidup dan sehat, pemulihan dari sakit atau trauma atau coping dan dampaknya (Nurhidayah, 2007).

Self care dalam konteks penyakit kronis merupakan hal yang sangat kompleks, dan sangat di butuhkan untuk keberhasilan manajemen serta control dari penyakit kronis tersebut ((Larsen & Lubkin, 2009). *Self care* dapat digunakan sebagai teknik pemecahan masalah dalam kaitannya dengan kemampuan coping dan kondisi *stressful* karena penyakit kronis.

2.3.2 Faktor Pendukung Dan Penghambat Pasien Penyakit Ginjal Kronik

Dalam Memenuhi *self care*

Faktor pendukung dan penghambat yang muncul pada saat seseorang melakukan tindakan pemenuhan kebutuhan dapat mempengaruhi hasil pencapaian kondisi tubuh secara optimal. Pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis perlu menganalisa dari pengalamannya agar dapat mengontrol faktor pendukung dan penghambat yang terjadi sebagai bentuk upaya dalam mempertahankan kondisi tubuh (Villar, Wellstred, Chandra & Roger, 2010 ; Noorzji,2011).

Ghaddar S (2012) mengembangkan sebuah model terkait karakteristik individu yang dikategorikan sebagai faktor prediktor kemampuan *self care* pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis, yaitu :

a. Usia

Perbedaan tingkat kemampuan *self care* dapat disebabkan karena pengaruh usia, hal ini berhubungan dengan berbagai keterbatasan maupun kerusakan fungsi sensori yang dimiliki setiap individu. Penelitian yang dilakukan oleh De Geest *et. al.* (2004) dalam Anita (2012) yaitu terjadi penurunan

kemampuan belajar dan mendemonstrasikan aktivitas *self care* pada pasien yang mengalami gangguan kronik sebagai akibat penurunan fungsi sensori. Selain itu bertambahnya usia berpengaruh terhadap perkembangan disfungsi organ sebagai akibat upaya tubuh untuk mempertahankan homeostasis.

Usia lanjut dibagi menjadi 3 (tiga) grup yaitu usia lanjut muda (60-74 tahun), usia lanjut (75-85 tahun) dan usia sangat lanjut (>85 tahun). Sedangkan Syamsiah N. (2011) mengklasifikasikan usia menjadi usia dewasa muda (21-40 tahun), usia dewasa menengah (40-65 tahun) dan usia lanjut (.65 tahun) Gerontologis dalam Karavidas, Lazaros, Tsiachris & Pyrgakis (2010). Siagian (2001 dalam Rohman 2007) menyatakan bahwa umur berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas, yang berarti bahwa semakin meningkat umur seseorang, akan semakin meningkat pula kedewasaannya atau kematangannya baik secara teknis, psikologis maupun spiritual, serta akan semakin mampu melaksanakan tugasnya. Umur yang semakin meningkat akan meningkatkan pula kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, berfikir rasional, mengendalikan emosi, toleran dan semakin terbuka terhadap pandangan orang lain termasuk pula keputusannya untuk mengikuti program-program terapi yang berdampak pada kesehatannya.

Azwar (2005) dalam Syamsiah (2011) menyatakan dua hipotesisnya terkait dengan usia dan pembentukan sikap dan perilaku. Hipotesis pertama mengenai adanya tahun-tahun tertentu dalam kehidupan dimana individu sangat rawan terhadap persuasi. Hipotesis ini menyatakan

bahwa sikap akan terbentuk secara kuat dalam tahun-tahun ini dan stabil untuk jangka waktu lama. Hipotesis kedua beranggapan bahwa semakin lama (tua) individu akan semakin tahan terhadap persuasi. Dalam hipotesis ini dinyatakan bahwa orang akan lebih rawan terhadap persuasi sewaktu masih muda dan kemudian dengan bertambahnya usia akan semakin kuat dan kurang peka sehingga lebih stabil sampai usia tengah baya dimana orang mencapai puncak keteguhan sikapnya.

Berdasarkan hasil penelitian DOPPS (*Dialysis Outcomes dan Practise Pattern Study*), usia muda menjadi prediktor peluang untuk ketidapatuhan yang lebih tinggi dibandingkan usia yang lebih tua terutama untuk melewatkan sesi hemodialisis, memperpendek waktu dialysis, IDWG berlebihan dan hiperphospatemia (Kamerrer, 2007). Penelitian klasik lama oleh Levinson dalam Berk, (2007) telah mengidentifikasi fase-fase perkembangan dewasa awal dan tengah berikut ini (Perry & Potter, 2005) :

- 1) Awal transisi dewasa (usia 18 sampai 20), ketika seseorang berpisah dari keluarga dan merasakan kebebasan.
- 2) Memasuki dunia kedewasaan (usia 21 sampai 27), ketika seseorang menyiapkan dan mencoba karier dan gaya hidup.
- 3) Masa transisi (usia 28 sampai 32), ketika seseorang secara besar-besaran memodifikasi aktivitas kehidupannya dan memikirkan tujuan masa depan.
- 4) Masa tenang (usia 33 sampai 39), ketika seseorang mengalami stabilitas yang lebih besar.

5) Tahun keberhasilan (usia 40 sampai 65) waktu untuk pengaruh maksimal, membimbing diri sendiri dan menilai diri sendiri.

b. Jenis kelamin

Beberapa studi yang memperlihatkan adanya perbedaan yang berkaitan dengan gender dalam hal cara berfungsinya intelek cenderung terlalu melebih-lebihkan hasil temuan mereka. Hasil dari studi yang tidak memperlihatkan perbedaan gender biasanya tidak diterbitkan atau hasil temuannya kurang diperhatikan (Gage & Berliener, 1992 dalam Rohman, 2007). Oleh karena itu, mengenai sejauh mana hasil pembelajaran itu dipengaruhi oleh perbedaan gender hingga kini masih terus dipertanyakan dan dikaji. Laki-laki dan perempuan sudah pasti berbeda. Berbeda dalam cara berespon, bertindak dan bekerja didalam situasi yang mempengaruhi setiap segi kehidupan, misalnya dalam hubungan antar manusia, intuisi perempuan cenderung ditampakkan dengan nada suara dan air muka yang lembut, sedangkan laki-laki cenderung tidak peka terhadap tanda-tanda komunikasi tersebut. Dalam hal navigasi perempuan cenderung mengalami kesulitan untuk menemukan jalan, sedangkan laki-laki lebih kuat pengenalan arahnya. Sementara itu, dalam bidang kognitif, perempuan lebih unggul di bidang bahasa dan verbalisasi, sedangkan laki-laki menunjukkan kelebihan dalam kemampuan mengenali ruang dan matematika.

Laki-laki dan perempuan memperlihatkan budaya sosial yang berbeda satu sama lain. Mereka menggunakan simbol, sistem kepercayaan, dan cara-cara yang berbeda untuk mengekspresikan dirinya. Johnson

(2000) dalam Rohman (2007) misalnya mencontohkan bahwa perempuan cenderung mampu untuk menjadi pendengar yang baik dan dapat langsung menangkap fokus permasalahan dalam diskusi dan tidak terfokus pada diri sendiri. Mereka cenderung lebih banyak menjawab, dan lebih peka terhadap orang lain. Sementara laki-laki disisi lain lebih pandai memimpin diskusi. Sikap inipun baik untuk digunakan dalam mengambil keputusan terhadap dirinya termasuk permasalahan kesehatan untuk dirinya. Riset menunjukkan jenis kelamin perempuan memiliki prediktor yang kuat untuk ketidakpatuhan terutama untuk IDWG berlebihan (Saran et. al. 2003 dalam Kamerrer, 2007).

c. Tingkat pendidikan

Perbedaan tingkat pendidikan seseorang sering dihubungkan dengan pengetahuan. Seseorang yang berpendidikan tinggi diasumsikan lebih mudah menyerap informasi sehingga dapat membawa seseorang kedalam perilaku yang positif seperti dalam hal mengembangkan kemampuan dan kualitas pribadinya (Gibson, 2011).

Beberapa bukti menunjukkan bahwa tingkat pendidikan pasien berperan dalam kepatuhan, tetapi memahami instruksi pengobatan dan pentingnya perawatan mungkin lebih penting daripada tingkat pendidikan pasien (Krueger et al, 2005 dalam Kamerrer, 2007).

d. Penghasilan keluarga

Penghasilan sering dikaitkan dengan status sosial ekonomi seseorang. Bagi banyak pasien dewasa yang hidup dalam kondisi sosial

ekonomi rendah serta tidak memiliki pendapatan tambahan selain gaji, akan mengalami kesulitan dalam beberapa aspek *self care*.

Misalnya berhubungan dengan kepatuhan terhadap diet rendah garam, dan mengikuti program terapi sesuai anjuran (Moser & Watkins, 2008). *Self care* yang kurang akan menyebabkan pasien menjalani hospitalisasi dan ini akan berefek terhadap pembiayaan selama pasien dirawat di rumah sakit.

e. Dukungan keluarga

Keluarga merupakan faktor eksternal yang memiliki hubungan paling kuat dengan pasien. Keberadaan keluarga mampu memberikan motivasi yang sangat bermakna pada pasien disaat pasien memiliki berbagai permasalahan perubahan pola kehidupan yang demikian rumit, menjenuhkan dengan segala macam program kesehatan.

f. *stage of motivaton*

Motif seringkali diartikan dengan istilah dorongan. Dorongan atau tenaga tersebut merupakan gerak jiwa dan jasmani untuk berbuat. Jadi motif tersebut merupakan suatu *driving force* yang menggerakkan manusia untuk bertingkah- laku, dan di dalam perbuatannya itu mempunyai tujuan tertentu. Beberapa pengertian motivasi yaitu : Menurut Syamsiah (2011) motivasi adalah pemberian atau penimbulan motif, dapat pula diartikan hal atau keadaan menjadi motif.

Dapat disimpulkan bahwa motivasi adalah merupakan sejumlah proses - proses psikologikal, yang menyebabkan timbulnya, diarahkannya, dan terjadinya persistensi kegiatan- kegiatan sukarela (*volunter*) yang

diarahkan ke tujuan tertentu, baik yang bersifat internal, atau eksternal bagi seorang individu, yang menyebabkan timbulnya sikap antusiasme dan persistensi. Penelitian membuktikan bahwa motivasi yang kuat memiliki hubungan yang kuat dengan kepatuhan (Kamerer, 2007).

2.3.3 Framework Orem Theory

1. Nursing Agency (Agen Keperawatan)

Nursing Agency adalah karakteristik orang yang mampu memenuhi status perawat dalam kelompok – kelompok sosial. “tersedianya perawatan bagi individu laki – laki, wanita, dan anak atau kumpulan manusia seperti keluarga – keluarga, memerlukan agar perawat memiliki kemampuan khusus yang memungkinkan mereka memberikan perawatan yang akan menggantikan kerugian akan bantuan dalam mengatasi tuntutan kesehatan atau hubungan perawatan mandiri – kesehatan atau perawatan *dependen deficit* bagi orang lain. Kemampuan yang khusus merupakan agen keperawatan (Alligood, 2014).

2. Self-Care Agency

Self Care agency adalah kemampuan atau kekuatan yang dimiliki oleh seseorang individu untuk mengidentifikasi, menetapkan, mengambil keputusan dan melaksanakan *self care* (Aligood & Tomey, 2006; Taylor & Renpenning, 2011). Orem mengidentifikasi sepuluh factor dasar yang mempengaruhi *self care agency* yaitu usia, gender, tahap perkembangan, tingkat kesehatan, pola hidup, system pelayanan kesehatan, seimtem keluarga, dan lingkungan eksternal, sosio kultural, keterdapatan (Aligood & Tomey, 2006)

Self Care agency perlu di tingkatkan oleh individu karena pelaksanaan *Self Care* membutuhkan pembelajaran, pengetahuan, motivasi dan skill (Taylor &

Renpenning, 20011). *Self Care agency* mengacu pada kemampuan kompleks dalam melaksanakan *self care*. Contoh dari *Self Care agency* antara lain pengetahuan tentang jenis makanan, pengetahuan tentang menjaga jalan nafas yang bebas, dan penggunaan system bantuan untukbersihan jalan nafas (Baker & Denyes, 2008). Kesadaran akan kebutuhan mendapatkan pengetahuan dan kemampuan untuk mencari pengetahuan akan mempengaruhi tindakan yang di ambil oleh seseorang individu (Taylor & Renpenning, 2011).

berdasarkan teori keperawatan self care yang dikemukakan oleh Dorothea Orem, manusia pada dasarnya mempunyai kemampuan dalam merawat dirinya sendiri yang di sebut *Self Care agency*. *Self Care agency* dapat berubah setiap waktu yang di pengaruhi oleh:

- 1) Factor predisposisi (*predisposing factor*)
 - a. Pengetahuan,
 - b. Sikap
 - c. Keyakinan
 - d. Pendidikan
 - e. Pekerjaan
- 2) Factor pemungkin (*Enabling Faktor*)
 - a. Sarana prasarana
 - b. Jarak dengan pelayanan kesehatan
- 3) Factor pendorong (*Reiforcing Faktor*)
 - a. Dukungan keluarga
 - b. Kelompok, tenaga kesehatan.

Ketika terjadi defisit perawatan diri peran perawatan sebagai *Nersing Agency* membantu untuk memaksimalkan kemampuan pelaksanaan perawatan diri.

3. *Therapeutik self – care demand* (permintaan perawatan sendiri)

Self – care demand adalah totalitas upaya – upaya perawatan sendiri yang ditampilkan untuk beberapa waktu agar menemukan syarat – syarat perawatan mandiri dengan cara menggunakan metode – metode yang valid dan berhubungan dengan perangkat – perangkat operasi atau penanganan (Peixoto, 2008).

4. *Self – care* (Perawatan sendiri)

Self – care adalah suatu kontribusi berkelanjutan orang dewasa bagi eksistensinya, kesehatannya dan kesejahteraannya. Perawatan sendiri adalah latihan aktivitas yang individu – individunya memulai dan menampilkan kepentingan mereka dalam mempertahankan individu, kesehatan dan kesejahteraan (Alligood, 2011).

5. *Self – care defisit*

Self – care defisit adalah hubungan antara *self – care agency* dengan *self care demand* yang di dalamnya *self care agency* tidak cukup mampu memenuhi *self care demand*.

2.3.4 Tipe Sistem Keperawatan Orem

Orem mengemukakan ada 3 tipe sistem keperawatan :

1. Sistem bantuan secara penuh (*Wholly Compensatory System*)

Wholly Compensatory System merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan bantuan secara penuh pada pasien dikarenakan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan perawatan secara mandiri yang memerlukan

bantuan dalam pergerakan, pengontrolan, dan ambulasi serta adanya manipulasi gerakan (Alligood, 2011).

Tindakan perawat dalam sistem ini adalah menyelesaikan therapeutik *self – care* klien, kompensasi ketidakmampuan dalam memenuhi *self – care*, mendukung dan melindungi klien (Alligood, 2011, Natallie, 2010)

2. Sistem Bantuan Sebagian (*Partially Compensatory System*)

Partially Compensatory System Merupakan sistem dalam pemberian perawatan diri sendiri secara sebagian saja dan ditujukan kepada pasien yang memerlukan bantuan secara maksimal.

Tindakan perawat dalam sistem ini adalah menjalankan sebagian kegiatan *self care*, kompensasi ketidakmampuan dalam memenuhi *self – care*, membantu sesuai dengan kebutuhan

3. Sistem Supportif dan Educatif (*Supportive Educative System*)

Supportive Educative System merupakan sistem bantuan yang diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan pasien mampu memerlukan perawatan secara mandiri.

Tindakan perawat dalam sistem ini adalah melakukan dan menyelesaikan *self – care*, mengatur latihan dan mengembangkan kemampuan *self – care* (Sweering & Kauffman, 2010).

2.4 Manajemen Diet Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisa

2.4.1 Pengertian diet pada GGK dengan Hemodialisa

Diet yang diberikan pada pasien dengan penurunan fungsi ginjal tahap akhir dengan terapi pengganti, jika hasil tes klien kreatinin < 15 ml/ menit.

2.4.2 Penerapan Manajemen Diet

1. Mengidentifikasi masalah yang ada pasien gagal ginjal berkaitan dengan manajemen diet yang telah di anjurkan dengan wawancara menggunakan kuesioner.
2. Memberikan penerapan bagaimana manajemen diet pada pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani hemodialis, sesuai dengan masalah yang sudah di temukan pada saat mengidentifikasi masalah. Masalah yang di temukan pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemoiasa adalah resiko ketidak seimbangan volume cairan:

NOC:

Ketidakseimbangan cairan

1. Tekanan darah normal sistol 90-120, diastol < 80
2. Denyut nadi radial normal (60-100x/ menit)
3. Keseimbangan intake dan output 24 jam, yaitu jumlah cairan yang masuk dengan yang keluar seimbang

NIC

Minajemen Elektrolit dan Cairan

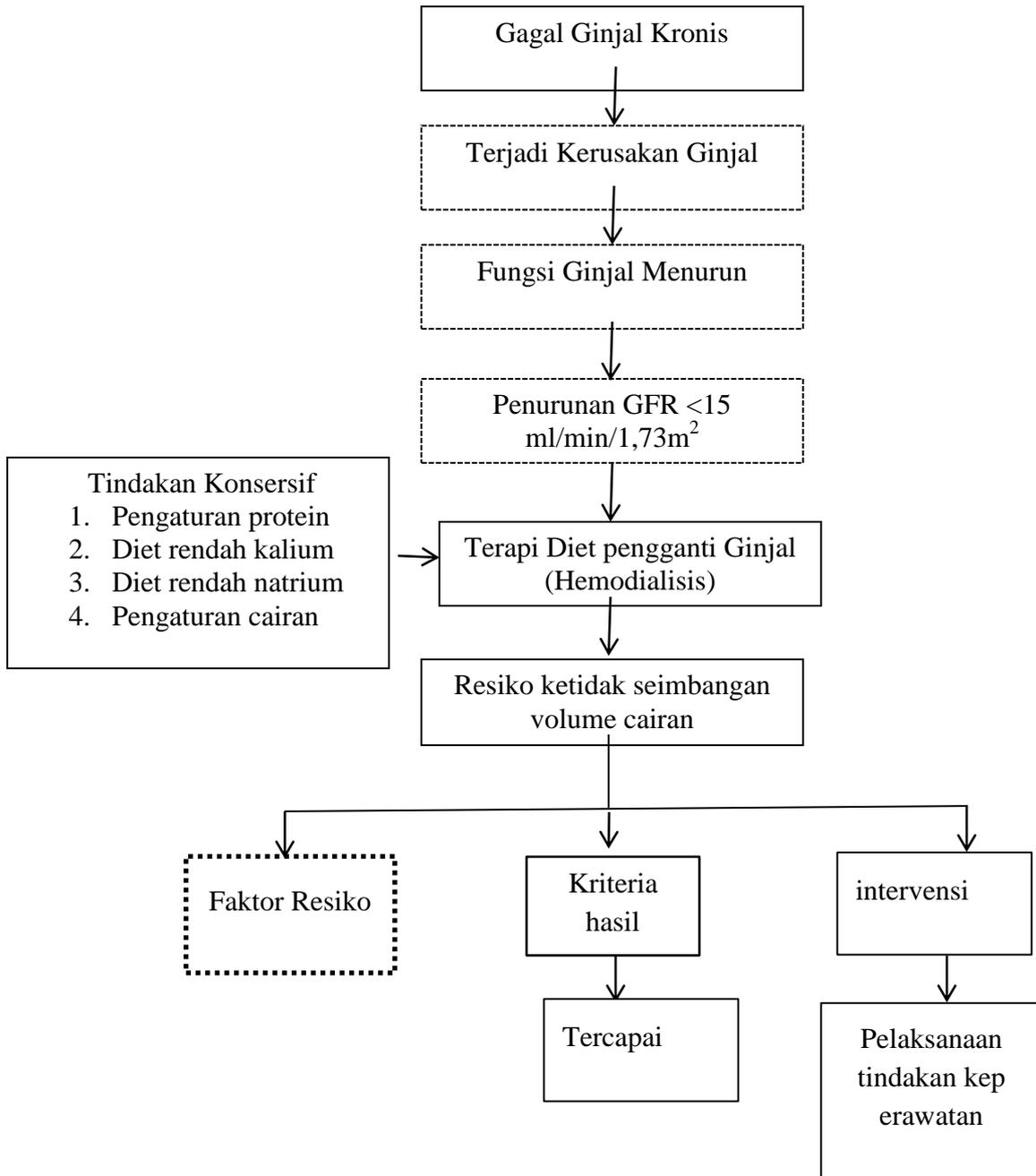
- 1) Anjurkan Batasi cairan yang sesuai
Cairan dibatasi, yaitu jumlah urine/24 jam ditambah 500 ml
- 2) Anjurkan untuk memantau adanya tanda dan gejala retensi cairan
Yaitu terjadi Odema, sesak, dll
- 3) Berikan diet yang tepat untuk cairan tertentu atau pada ketidak seimbangan elektrolit (misalnya: rendah sodium, cairan dibatasi, ginjal, dan tidak menambahkan garam)

Diet pada gagal ginjal dengan hemodiasa yaitu

- a. Energi Cukup 30-35 kkal/kg BBI/hari
 - b. Protein Tinggi , untuk mempertahankan keseimbangan nitrogen dan mengganti amino yang hilang selama dialysis yaitu 1-1,2 gr/kgBBI/hari, dan 50 % protein nabati.
 - c. Karbohidrat cukup yaitu 55-75% dari kebutuhan tubuh
 - d. Batasi garam terutama bila ada penimbunan air dalam jaringan tubuh (edema) dan tekanan darah tinggi.
 - e. Kalium dibatasi terutama bila urin kurang dari 400 ml atau kadar kalium darah lebih dari 5,5 m Eq/L Jumlah asupan cairan = jumlah urin 24 jam + (500 ml – 750 ml).
 - f. Cairan dibatasi, yaitu jumlah urine/24 jam ditambah 500 ml
- 4) Instruksikan pasien mengenai alasan untuk pembatasan cairan.
3. Evaluasi

Setelah di berikan penerapan bagaimana manajemen diet yang di anjurkan bagi pasien gagal ginjal kronik dengan hemodiasa, apakah penegetahuan pasien mengenai manajemen diet bertambah dan di terapkan. Dengan memberikan kuesioner manajemen diet yang sama.

Kerangka Konsep



Keterangan : Diteliti :

Tidak diteliti : ,

Arah hubungan variabel : →