



BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Gagal Ginjal Kronik (GGK)

Gagal Ginjal Kronik Menurut Prince & Wiwik Sulistyaningsih dan Cholina Trisa Siregar, 2019 : berpendapat bahwa penyakit ginjal Kronis merupakan gangguan fungsi ginjal yang terjadi ketika tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah. Kerusakan ginjal ini mengakibatkan masalah pada kemampuan dan kekuatan tubuh yang menyebabkan aktivitas kerja terganggu, tubuh menjadi mudah lelah dan lemas sehingga akan berdampak pada kualitas hidup pasien.

Penyakit gagal ginjal kronik adalah kondisi yang terjadinya karena penurunan kemampuan ginjal dalam mempertahankan keseimbangan di dalam tubuh. Penyakit gagal ginjal kronik satu dari beberapa penyakit yang tidak menular, dimana proses perjalanan penyakitnya membutuhkan waktu yang lama sehingga terjadi penurunan fungsinya dan tidak dapat kembali ke kondisi semula (Siregar, 2020).

Menurut Muttaqin & Sari (Dalam Damanik, 2020 : 80), berpendapat bahwa gagal ginjal kronik merupakan suatu gejala klinis karena penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, gagal ginjal juga menyebabkan kematian apabila tidak dilakukan terapi pengganti, karena kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme dan elektrolit.



Penyakit ginjal merupakan salah satu penyakit kronik yang paling banyak menyerang warga dunia. Siapapun dapat terserang penyakit ginjal, tanpa memandang usia ataupun ras. Salah satunya adalah gagal ginjal kronik yaitu terjadi kerusakan ginjal secara perlahan - lahan dalam waktu lebih dari tiga bulan atau bahkan sampai bertahun-tahun dan juga merupakan akibat terminal destruksi jaringan dan kehilangan fungsi ginjal yang berlangsung berangsur - angsur. Keadaan ini dapat pula terjadi karena penyakit yang progresif cepat disertai awitan mendadak yang menghancurkan nefron dan menyebabkan kerusakan ginjal yang ireversibel (Dila et al., n.d.2018)

2.1.2 Faktor – faktor atau penyebab terjadinya gagal ginjal kronik

Berikut faktor – faktor yang menyebabkan terjadinya gagal ginjal kronik menurut (Kronik et al., 2018).

a. Usia

Semakin bertambah usia, semakin berkurang fungsi ginjal dan berhubungan dengan penurunan kecepatan ekskresi glomerulus dan memburuknya fungsi tubulus. Penurunan fungsi ginjal dalam skala kecil merupakan proses normal bagi setiap manusia seiring bertambahnya usia, namun tidak menyebabkan kelainan atau menimbulkan gejala karena masih dalam batas-batas wajar yang dapat ditoleransi ginjal dan tubuh.

b. Jenis kelamin

Secara klinik laki-laki mempunyai risiko mengalami gagal ginjal kronik 2 kali lebih besar daripada perempuan. Hal ini dimungkinkan karena perempuan lebih memperhatikan kesehatan dan menjaga pola



hidup sehat dibandingkan laki-laki, sehingga laki-laki lebih mudah terkena gagal ginjal kronik dibandingkan perempuan. Perempuan lebih patuh dibandingkan laki-laki dalam menggunakan obat karena perempuan lebih dapat menjaga diri mereka sendiri serta bisa mengatur tentang pemakaian obat.

c. Riwayat merokok

Perokok aktif maupun pasif secara bermakna meningkatkan risiko kejadian gagal ginjal kronik terminal. Efek merokok fase akut yaitu meningkatkan pacuan simpatis yang akan berakibat pada peningkatan tekanan darah, takikardi, dan penumpukan katekolamin dalam sirkulasi. Pada fase akut beberapa pembuluh darah juga sering mengalami vasokonstriksi misalnya pada pembuluh darah koroner, sehingga pada perokok akut sering diikuti dengan peningkatan tahanan pembuluh darah ginjal sehingga terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus dan fraksi filter.

d. Riwayat hipertensi

Pasien dengan riwayat penyakit hipertensi mempunyai risiko mengalami gagal ginjal kronik 3,2 kali lebih besar dari pada pasien tanpa riwayat penyakit hipertensi. Peningkatan tekanan darah berhubungan dengan kejadian penyakit ginjal kronik.

e. Riwayat Diabetes Melitus

Penyakit diabetes melitus adalah penyakit mikrovaskuler, diantaranya nefropati diabetika yang merupakan penyebab utama gagal ginjal terminal. Berbagai teori tentang patogenesis nefropati seperti



peningkatan produk glikosilasi dengan proses nonenzimatik yang disebutm(Advanced Glucosylation End Products), peningkatan reaksi jalur poliol (polyol pathway), glukotoksisitas, dan protein kinase C memberikan kontribusi pada kerusakan ginjal.

f. Riwayat mengkonsumsi analgesik/OAINS

Beberapa bukti epidemiologi menunjukkan bahwa ada hubungan antara penggunaan obat analgetik dan OAINS secara berlebihan dengan kejadian kerusakan ginjal atau nefropati. Nefropati analgetik merupakan kerusakan nefron akibat penggunaan analgetik. Penggunaan obat analgetik dan OAINS untuk menghilangkan rasa nyeri dan menekan radang bengkak dengan mekanisme kerja menekan sintesis prostaglandin. Akibat penghambatan sintesis prostaglandin menyebabkan vasokonstriksi renal, menurunkan aliran darah ke ginjal, dan potensial menimbulkan iskemia glomerular.

2.1.3 Patofisiologi

Secara ringkas patofisiologis penyakit ginjal kronik dimulai pada fase awal gangguan, keseimbangan cairan penanganan garam, serta penimbunan zat-zat sisa masih bervariasi dan bergantung pada bagian ginjal yang sakit. Sampai fungsi ginjal turun kurang dari 25% normal, manifestasi klinis penyakit ginjal kronik mungkin minimal karena nefron-nefron sisa yang sehat mengambil alih fungsi nefron yang rusak. Nefron yang tersisa meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsi, dan sekresi, serta mengalami hipertrofi (Arif mutaqin dkk, 2017).



Seiring dengan makin banyaknya nefron yang mati, maka nefron yang tersisa menjalankan fungsi yang semakin berat sehingga nefron-nefron tersebut ikut rusak. Sebagian dari siklus kematian ini tampaknya berkaitan dengan tuntutan pada nefron-nefron yang ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein. Pada saat penyusutan progresif nefron-nefron, terjadi pembentukan jaringan parut 18 dan aliran darah ginjal akan berkurang. Pelepasan renin akan meningkat bersama dengan kelebihan beban cairan sehingga dapat menyebabkan hipertensi. Hipertensi akan memperburuk kondisi penyakit ginjal, dengan tujuan agar terjadi peningkatan filtrasi protein-protein plasma. Kondisi akan bertambah buruk dengan semakin banyak terbentuk jaringan parut sebagai respon dari kerusakan nefron dan secara progresif fungsi ginjal menurun drastis dengan manifestasi penumpukan metabolit-metabolit yang seharusnya dikeluarkan dari sirkulasi sehingga akan terjadi sindrom uremia berat yang memberikan banyak manifestasi pada setiap organ tubuh (Dila et al., n.d.2018).

2.1.4 Tanda dan gejala

Tanda dan gejala gagal ginjal kronik yang bisa mengenai berbagai macam sistem tubuh diantaranya : gangguan pada sistem gastrointestinal contohnya, vomitus, anoreksia, mual, mulut berbau amonia, gastritis erosive serta cegukan. Gangguan pada kulit seperti, kulit kekuningan dan berwarna pucat, ekimosis, gatal-gatal serta terlihat adanya bekas-bekas garukan akibat gatal. Gangguan pada sistem darah seperti, anemia, gangguan fungsi trombosit dan trombositopenia, gangguan fungsi leukosit menyebabkan penurunan imunitas, terjadi pembengkakan pada wajah,



perut, tangan, kaki, frekuensi berkurang ketika buang air kecil, serta nafas sesak. Gangguan pada sistem kardiovaskuler seperti, gagal jantung, perikarditis, hipertensi, gangguan pada irama jantung serta edema. Gangguan pada sistem endokrin seperti, penurunan libido, gangguan pada menstruasi, dan amenore (Setyaningsih, 2019).

2.1.5 Komplikasi

Menurut (Andrianti,2020), komplikasi gagal ginjal kronik terdiri dari :

- a. Hiperkalemi terjadi karena adanya penurunan katabolisme, ekskresi, asidosis metabolik serta masukan diit yang berlebihan.
- b. Perikarditis terjadi karena adanya efusi pericarditis serta tamponade jantung yang mengakibatkan retensi produksi sampah uremik serta dialysis tidak adekuat.
- c. Hipertensi terjadi karena adanya retensi cairan dalam natrium dan malfungsi sistem renin angiotensin, serta aldosteron.
- d. Anemia terjadi karena adanya penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, hingga perdarahan gastrointestinal akibat dari iritasi.
- e. Penyakit tulang serta klasifikasi metastatic yang disebabkan oleh retensi fosfat kadar kalium serum yang rendah.

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan diagnostik pada sistem ginjal menurut (Setyaningsih, 2019) yaitu :

- a. Hemoglobin pemeriksaan darah ini digunakan untuk memeriksa kadar



- protein yang ada di dalam sel darah merah. Nilai normalnya: untuk pria 14-18 g/dl, dan untuk perempuan 12-16 g/dl
- b. Albumin pemeriksaan darah ini digunakan untuk memeriksa fungsi organ ginjal. Nilai normalnya : 3,4-5,4 g/dl.
 - c. Nitrogen Urea Darah (BUN) pemeriksaan darah ini mengukur urea. Nilai normalnya : 5-25 mg/dl.
 - d. pemecahan otot yang diekskresikan oleh ginjal. Perbandingan nilai normal BUN/kreatinin yaitu 10:1. Nilai normal : serum 0,5-1,5 mg/dl.
 - e. Klirens Kreatinin pemeriksaan urine 24 jam untuk mengidentifikasi disfungsi ginjal dan memonitor fungsi ginjal. Nilai normal : 85-135/menit.
 - f. Sistasin C pemeriksaan darah ini dapat digunakan untuk alternatif pemeriksaan kreatinin guna melakukan skrining dan memonitor ginjal pada orang 13 yang diduga mengalami penyakit ginjal. Sistain C merupakan inhibitor proteinase sistein yang disaring oleh ginjal.
 - g. CT Scan Ginjal CT scan digunakan untuk mengevaluasi ukuran ginjal, tumor, abses, massa suprarenal dan obstruksi.
 - h. Sistometogram (CMG, cystometogram) / (Sistogram berkemih)
Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengevaluasi kapasitas kandung kemih dan fungsi neuromuskular kandung kemih, tekanan uretra, dan penyebab disfungsi kandung kemih.
 - i. GFR terukur (estimated GFR, EGFR) GFR terukur dianggap sebagai cara yang paling akurat mendeteksi perubahan fungsi ginjal. Nilai normal : 90-120 ml/menit.



- j. IVP (intravenous pyelogram) IVP merupakan pemeriksaan radiologi yang dilakukan untuk memvisualisasikan seluruh saluran ginjal untuk mengidentifikasi ukuran, bentuk, dan fungsi ginjal yang abnormal.
- k. MRI ginjal MRI digunakan untuk memvisualisasikan ginjal dengan mengkaji gelombang frekuensi radio dan perubahan medan magnetik yang ditunjukkan pada layar komputer.
- l. Scan kandung kemih ultrasonik portabel pemeriksaan ini digunakan untuk mendapatkan informasi mengenai urine residual.
- m. Erteriogram atau angiogram ginjal pemeriksaan radiologi ini dilakukan untuk memvisualisasikan pembuluh darah ginjal guna mendeteksi stenosis arteri renalis, trombosis atau embolisme ginjal, tumor, kista.
- n. Biopsi ginjal biopsi ginjal dilakukan untuk menentukan penyebab penyakit ginjal, mencegah terjadinya metastasis kanker ginjal, atau bila ada penolakan dengan transplantasi ginjal.
- o. Scan ginjal pemeriksaan ini dilakukan untuk mengevaluasi aliran darah, lokasi, ukuran, dan bentuk ginjal, serta untuk mengkaji perfusi ginjal dan produksi urine.
- p. Ultrasonografi ginjal pemeriksaan non invasif dilakukan untuk mendeteksi massa ginjal atau perirenal, mengidentifikasi obstruksi, dan mendiagnosis kista ginjal.
- q. Urine residual (postvoiding residual urine) pemeriksaan urine residual dilakukan untuk mengukur jumlah urine yang tersisa dalam kandung kemih setelah berkemih.



2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut (Andrianti, 2020) penatalaksanaan yang dapat diberikan pada gagal ginjal kronik, ialah :

- a. Optimalkan dan pertahankan keseimbangan cairan serta garam Pada beberapa pasien, pemberian furosemid dalam dosis besar (250-1000mg/hari) atau diuretik loop diperlukan guna mencegah terjadinya kelebihan cairan. Sedangkan untuk pasien yang lain mungkin membutuhkan suplemen natrium klorida dan natrium bikarbonat oral.
- b. Diet tinggi kalori dan rendah protein diet dengan tinggi kalori dan rendah protein (20-40 gr/hari) mampu mengatasi gejala nausea, anoreksia serta uremia. Dengan menghindari masakan berlebih dari kalium dan garam.
- c. Kontrol hipertensi Pada pasien penderita penyakit ginjal disertai hipertensi, keseimbangan garam serta cairan diatur sendiri tanpa adanya ketergantungan pada tekanan darah.
- d. Kontrol keseimbangan cairan elektrolit untuk mencegah terjadinya hiperkalemia, hindari masukan diuretik hemat kalium, kalium yang besar, serta obat-obatan yang berhubungan dengan ekskresi kalium.
- e. Mencegah penyakit tulang hiperfostatemia di kontrol dengan menggunakan obat yang dapat meningkatkan fosfat seperti, aluminium hidroksida (300-1800 mg) atau kalsium karbonat (500- 3000 mg) pada saat setiap makan.
- f. Deteksi dini serta terapi infeksi pada pasien uremia harus di terapi lebih ketat sebagai pasien imunosupuratif.
- g. Modifikasi terapi obat dengan fungsi ginjal berbagai macam obat- obatan



harus diturunkan dosisnya karena metabolik toksik pada ginjal misalnya, analgesic opiate. Dialisis biasanya digunakan pada gagal ginjal dengan gejala klinis yang jelas, meski telah dilakukan terapi konservatif atau terjadi komplikasi.

- h. Deteksi terapi komplikasi awasi kemungkinan ensefalopati pericarditis, neuropati perifer, uremia, hiperkalemia meningkat,
- i. Kelebihan volume cairan yang meningkat, infeksi yang mengancam jiwa, sehingga diperlukannya dialysis.
- j. Dialysis dan program transplantasi segera dipersiapkan sesudah dideteksi adanya gagal ginjal kronik, indikasi dilakukan dialysis dan program transplantasi.

2.2 Konsep Dasar Edukasi

2.2.1 Pengertian edukasi

Edukasi dalam arti formal adalah suatu proses penyampaian bahan atau materi pendidikan oleh pendidik kepada sasaran pendidikan guna mencapai perubahan perilaku (tujuan). Edukasi kesehatan sangat penting untuk menunjang program-program kesehatan yang lain. Untuk memilih metode edukasi harus memperhatikan subjek edukasi apakah itu merupakan individu, kelompok, masyarakat/massa serta harus mempertimbangkan pendidikan formal. Cara belajar insan aktif (CBIA) dan ceramah merupakan metode edukasi yang diberikan untuk kelompok besar, lebih dari 15 orang, metode ini sesuai untuk sasaran/subjek yang berpendidikan tinggi/rendah (Notoatmodjo, 2018)



Edukasi kesehatan merupakan suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu dengan cara bujukan, himbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran dan sebagainya melalui kegiatan yang disebut pendidikan atau penyuluhan kesehatan. Pendidikan atau penyuluhan kesehatan tersebut mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap penelitian dan peningkatan kesehatan. Edukasi kesehatan dilaksanakan melalui penyuluhan massa, kelompok atau interpersonal yang tujuan akhirnya adalah agar individu, kelompok atau masyarakat berada dalam kondisi derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Sulistyori, 2020).

2.2.2 Tujuan Edukasi Kesehatan

Pendidikan kesehatan menurut (Notoatmodjo, 2018) memiliki tujuan berdasarkan tiga faktor berikut :

- a. Predisposisi dalam hal ini edukasi atau promosi kesehatan ditunjukan untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan baik dirinya sendiri, keluarganya, maupun masyarakat.

1) Enabling

Faktor pemungkin (enabling) ini berupa fasilitas atau prasarana kesehatan, maka bentuk edukasi kesehatan adalah memberdayakan masyarakat agar mereka mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan bagi mereka.



2) Reinforcing

Dalam faktor ini menyangkut sikap dan perilaku tokoh masyarakat dan tokoh agama, serta petugas, termasuk petugas kesehatan, maka tujuan utama dari edukasi kesehatan ini adalah agar sikap dan perilaku petugas kesehatan dapat menjadi teladan contoh, atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat berperilaku hidup sehat.

2.2.3 Jenis – jenis edukasi

Menurut (Oktarina et al., 2020) Seperti yang sudah sedikit dijelaskan di atas bahwa edukasi memiliki tiga jenis yaitu edukasi formal, non formal, dan edukasi informal. Berikut penjelasan dari jenis- jenis edukasi adalah :

a. Formal

Proses pembelajaran ini umum diselenggarakan di sekolah dan ada peraturan yang berlaku serta harus ditaati ketika sedang mengikuti proses pembelajaran tersebut, lalu ada pihak terkait yang mengawasi proses pembelajaran di sekolah. Di Indonesia, pendidikan formal yang bisa ditempuh oleh setiap individu adalah mulai dari jenjang SD, SMP, dan SMA, hingga pendidikan tinggi.

b. Non Formal

Edukasi non formal biasanya banyak ditemukan di lingkungan tempat tinggal, contohnya terdapat tempat pendidikan baca tulis Al Qur'an di masjid, lalu kursus-kursus yang banyak terdapat di lingkungan seperti kursus mobil, kursus musik, dan kursus-kursus lain.



c. Informal

Sedangkan edukasi informal adalah jalur pendidikan yang terdapat di keluarga dan lingkungan sekitar rumah. Di dalam edukasi informal terdapat proses pembelajaran secara mandiri dan dilakukan atas dasar kesadaran serta rasa tanggung jawab yang dimiliki. Hasil dari pendidikan informal telah diakui sama dengan pendidikan formal dan non formal serta digagas oleh pemerintah meliputi : anak harus dididik dari lahir hingga dewasa, pendidikan awal dimulai dari keluarga. Keluarga merupakan tahap edukasi yang sangat penting, karena banyak anak sekarang dikarenakan keluarganya berantakan sehingga sangat mempengaruhi pendidikan dalam sekolah.

2.2.4 Manfaat edukasi

Menurut (Notoatmodjo, 2018) ada beberapa manfaat edukasi yang dapat kita ketahui, berikut ini manfaat edukasi adalah :

- a. Mencerdaskan kehidupan bangsa untuk membangun peradaban negara.
- b. Memberikan pengetahuan luas tentang apa yang dipelajari.
- c. Mengembangkan kepribadian manusia menjadi lebih bermartabat.
- d. Mengembangkan bakat yang telah dimiliki sehingga lebih berpotensi.
- e. Memperbaiki kesalahan seseorang agar menjadi lebih baik.
- f. Membekali manusia untuk menyongsong masa depan yang cerah.

2.3 Konsep Nutrisi Pada Gagal Ginjal Kronik

2.3.1 Pengertian nutrisi pada gagal ginjal kronik.

Menurut (Andrianti, 2020) diet nutrisi yang baik pada pasien gagal ginjal kronik adalah sebuah metode yang mengatur asupan makanan dan



minuman yang masuk ke dalam tubuh.

2.3.2 Tujuan diberikan diet pada penderita gagal ginjal kronik.

- a. Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit
- b. Menghindari terjadinya penumpukan cairan di dalam tubuh
- c. Pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari
- d. Pasien terhindar dari penyakit komplikasi gagal ginjal kronik

2.3.3 Macam – Macam diet penderita gagal ginjal kronik dengan hemodialisa

- a. Diet Rendah Kalium dan Natrium

Ginjal normal akan membuang kelebihan kalium dan natrium dalam tubuh namun pasien dengan CKD biasanya mengalami penurunan kemampuan tersebut sehingga dapat mengakibatkan penimbunan kalium dalam darah. Makanan tinggi kalium di antara adalah : Pisang, pepaya, alpukat, bayam, bawang putih dan kembang kol

- b. Diet Rendah Cairan

Pada pasien hemodialisis mudah terjadi penumpukan cairan yang berlebih karena fungsi ekskresi ginjal yang terganggu. Tips mengurangi rasa haus :

- 1) Kurangi konsumsi garam
- 2) Menghisap es batu
- 3) Mengunyah permen yang keras
- 4) Mandi agar badan segar
- 5) Tambahkan rempah saat memasak karena garam diurangi.
- 6) Diet Rendah Fosfor dan Tinggi Kalsium



- 7) Jika Ginjal tidak berfungsi baik, kelebihan fosfor tidak bisa di buang. Kadar fosfor yang tinggi dapat menurunkan kadar kalsium di tulang dan melepaskannya ke darah, sehingga kadar kalsium dalam darah meningkat. Ini akan menyebabkan tulang rapuh, gatal-gatal dan tulang nyeri. Hal yang dapat di lakukan : Konsumsi obat pengikat fosfor makanan tinggi fosfor antara lain : Susu, keju, es krim, coklat, roti gandum, kacang- kacangan, kedelai, kuning telur dan sarden

2.3.4 Tips mengatur Diet Menurut PENEFRI

- a. Makanlah secara teratur, porsi kecil tapi sering, 5-6 kali sehari
- b. Makanan tinggi energi seperti madu ataupun sirup yang di anjurkan. Bila hipertensi perlu mengurangi garam dan makanan yang di awetkan
- c. Bila jumlah air kencing kurang dari normal, maka perlu membatasi cairan yang berasal dari makanan dan minuman

2.4 Konsep Keluarga

2.4.1 Definisi keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan, ikatan emosional dan mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga. Duval dan Logan (2017), mengatakan keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan pertumbuhan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap anggota keluarganya. Dari hasil analisis Walls keluarga sebagai unit yang perlu dirawat, boleh jadi tidak diikat oleh hubungan darah atau hukum,



tetapi berfungsi sedemikian rupa sehingga mereka menganggap diri mereka sebagai suatu keluarga (Andrianti, 2020).

Dapat disimpulkan dari pengertian di atas bahwa keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan perkawinan, kelahiran, adopsi dan boleh jadi tidak diikat oleh hubungan darah dan hukum yang tinggal di suatu tempat dibawah satu atap dengan keadaan saling ketergantungan dan memiliki kedekatan emosional yang memiliki tujuan mempertahankan budaya, meningkatkan pertumbuhan fisik, mental, emosional serta sosial sehingga menganggap diri mereka sebagai suatu keluarga. Keluarga dapat terjadi karena :

- a. Ikatan persekutuan (perkawinan/kesepakatan)
- b. Hubungan (darah/adopsi/kesepakatan)
- c. Tinggal bersama dalam satu atap (serumah)
- d. Ada peran masing-masing anggota keluarga
- e. Ikatan emosional

2.4.2 Ciri-Ciri Keluarga

Menurut Robert MacIver dan Charles Horton :

- a. Keluarga merupakan hubungan perkawinan
- b. Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara
- c. Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama (*nomenclatur*) termasuk perhitungan garis keturunan
- d. Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota



anggota yang berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak

- e. Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.

2.4.3 Tipe keluarga

Pembagian tipe ini bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan :

- a. Secara tradisional

- 1) Keluarga inti (*Nuclear family*)

Adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunan atau adopsi atau keduanya.

- 2) Keluarga besar (*Extended family*)

Adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi)

- b. Secara modern, berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokan tipe keluarga selain diatas adalah :

- 1) *Tradisional Nuclear*

Keluarga inti (ayah, ibu dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah.

- 2) *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama atau hasil dari perkawinan baru, satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah.



3) *Middle Age/Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang, istri dirumah, kedua-duanya bekerja dirumah, anak-anak meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/ meniti karir.

4) *Dyadic Nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja dirumah.

5) *Single Parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal dirumah atau diluar rumah.

6) *Dual Carrier*

Yaitu suami istri atau keduanya orang karir dan tanpa anak.

7) *Commuter Married*

Suami istri atau keduanya orang karir dan tinggal erpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

8) *Single Adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk menikah.

9) *Three Generation*

Yaitu 3 generasi atau lebih tinggal dalam satu rucera

10) *Institusional*

Yaitu anak-anak atau orang dewasa tinggal dalam suatu panti

11) *Communal*

Yaitu satu rumah yang terdiri dari dua atau lebih pasangan yang



mono gami dengan anak-anaknya dan bersama - sama dalam penyediaan fasilitas.

12) *Group Marriage*

Yaitu satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

13) *Unmarried Parent and Child*

Yaitu ibu anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi

14) *Cohibing Couple*

Yaitu dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

15) *Gay and Lesbian Family*

Yaitu keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berkelamin sama.

2.4.4 Struktur Keluarga

Menurut Hernilawati (2013) struktur keluarga meliputi :

1. Patrilineal

Adalah keluarga yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun dari garis ayah.

2. Matrilineal

Adalah keluarga yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun dari garis ibu

3. Matrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah



istri. Patrilokal Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

4. Keluarga Kawin

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar dari pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

5. Fungsi Pokok Keluarga

Dukungan keluarga menurut Francis dan Satiadarma (2014) merupakan bantuan atau sokongan yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga lainnya dalam rangka menjalankan fungsi-fungsi yang terdapat dalam sebuah keluarga. (Prinda, 2010). Dalam buku Hernilawati (2013) menyebutkan beberapa fungsi keluarga menurut para ahli, diantaranya:

a. Friedman (2013)

Secara umum fungsi keluarga adalah sebagai berikut :

1. Fungsi afektif

Fungsi afektif adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

2. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar ruma



3. Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

4. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

5. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan

Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

2.4.5 Peran Keluarga

Peran adalah sesuatu yang diharapkan secara normatif dari seseorang dalam situasi sosial tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan. Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Jadi peranana keluarga menggambarkan seperangkat perilaku inteerpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat. Dalam Hernilawati (2013) menyebutkan menurut UU Kesehatan No 23 tahun 1992 pasal 5 menyebutkan “Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga dan lingkungan”. Dari pasal diatas jelas



bahwa keluarga berkewajiban menciptakan dan memelihara kesehatan dalam upaya meningkatkan tingkat derajat kesehatan yang optimal.

Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing antara lain adalah :

a. Ayah

Ayah sebagai pemimpin keluarga mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung atau pengayom, pemberi rasa aman bagi setiap anggota keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.

b. Ibu

Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anak, pelindung keluarga dan juga sebagai pencari nafkah tambahan keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.

c. Anak

Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, sosial, mental dan spiritual.

2.4.6 Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Friedman (2013) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu:

a. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya

Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka



apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan meminta bantuan orang lain disekitar keluarganya.
- c. Keluarga mampu memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianyayang terlalu muda. Perawatan ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau ke pelayanan kesehatan untuk meemroleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
- d. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan rumah yang dapat meningkatkan kesehatan.
- e. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan setempat.

2.4.7 Tugas Perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga adalah proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga. Perkembangan keluarga meliputi perubahan pola interaksi



dan hubungan antara anggota keluarga yang disepanjang waktu. Perkembangan ini terbagi menjadi beberapa tahap dan dalam kurun waktu tertentu. Pada setiap tahapnya keluarga memiliki tugas perkembangan yang harus dipenuhi agar tahapan tersebut dapat dilalui dengan sukses.

Keluarga perkembangan keluarga menurut Evelyn Duvall memberikan pedoman untuk memeriksa serta menganalisis perubahan dan perkembangan tugas-tugas dasar yang ada dalam keluarga selama siklus kehidupan mereka. Tingkat perkembangan keluarga ditandai oleh usia anak yang tertua. Keluarga dengan anak pertama berbeda dengan keluarga dengan anak remaja. Berikut tahap-tahap perkembangan keluarga disertai dengan fungsi atau tugas perawat pada setiap tahap perkembangan (Friedman, 2013).

- a. Tahap I : Pasangan baru atau keluarga baru (bergaining family).
 - 1) Keluarga baru dimualai pada saat masing-masing individu, yaitu suami dan istri membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing, secara psikologis mereka sudah memiliki keluarga baru. Suami dan istri yang membentuk keluarga baru tersebut perlu mempersiapkan kehidupan yang baru keduanya membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi sehari-hari. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini yaitu : Membina hubungan intim dan kepuasan bersama
 - 2) Menetapkan tujuan bersama
Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial.



3) Merencanakan anak (KB)

Menyesuaikan diri dengan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.

Peran perawat pada keluarga ini adalah selain melakukan kegiatan asuhan keperawatan, perawat juga melakukan konsultasi. Misalnya konsultasi tentang KB, perawatan prenatal dan komunikasi. Kurangnya informasi tentang berbagai hal tersebut dapat menimbulkan masalah seksual, emosional, rasa takut atau cemas, rasa bersalah dan kehilangan yang tidak direncanakan.

b. Tahap II : Keluarga dengan kelahiran anak pertama (child bearing family)

Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan (2,5 tahun). Kehamilan dan kelahiran bayi perlu dipersiapkan oleh pasangan suami istri melalui beberapa tugas perkembangan yang penting. kelahiran bayi pertama memberi perubahan yang besar dalam keluarga, sehingga pasangan harus beradaptasi dengan perannya untuk memenuhi kebutuhan bayi. masalah yang sering dihadapi adalah pasangan merasa diabaikan karena fokus perhatian kedua pasangan tertuju pada bayi. Suami merasa belum siap menjadi ayah atau sebaliknya istri belum siap menjadi ibu. Tugas perkembangan pada masa ini adalah :

- 1) Persiapan menjadi orang tua
- 2) Membagi oeran dan tanggung jawab



- 3) Menata ruang untuk anak atau mengembangkan suasana rumah yang menyenangkan
- 4) Mempersiapkan biaya atau dana child bearing
- 5) Menfasilitasi role learning anggota keluarga
- 6) Bertanggung jawab memenuhi kebutuhan bayi sampai balita
- 7) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin

Fungsi perawat dalam tahap ini adalah melakukan perawatan dan konsultasi terutama bagaimana merawat bayi, mengenali gangguan kesehatan bayi secara dini dan cara mengatasinya, imunisasi. tumbuh kembang anak, interaksi keluarga, keluarga berencana serta pemenuhan kebutuhan anak terutama pada ibu yang bekerja.

c. Tahap III : Keluarga dengan anak prasekolah (family with preschool)

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Pada tahap ini orang tua beradaptasi terhadap kebutuhan-kebutuhan dan minat dari anak prasekolah dan meningkatkan pertumbuhannya. Kehidupan keluarga pada tahap ini sangat sibuk dan anak sangat bergantung pada orang tua. Kedua orang tua harus mengatur waktunya sedemikian rupa sehingga kebutuhan anak, suami istri, dan pekerjaan dapat terpenuhi.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah :

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti: kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman
- 2) Membantu untuk bersosialisasi



- 3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat, baik didalam maupun diluar lingkungan keluarga (keluarga lain maupun lingkungan sekitar)
- 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak (tahap paling repot)
- 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga
- 7) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh kembang anak.

Fungsi perawat pada tahap ini adalah melakukan perawatan dan penyuluhan kepada orang tua tentang penyakit serta kecelakaan yang biasanya terjadi pada anak-anak. Sibling rivalry, tumbuh kembang anak, keluarga berencana, peningkatan kesehatan dan mensosialisasikan anak.

- d. Tahap IV : keluarga dengan anak usia sekolah (families withschool children)

Tahap ini dimulai saat anak tertua memasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini umumnya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk Selain aktivitas disekolah, masing- masing anak memiliki aktivitas dan minat sendiri. Demikian pula orang tua yang mempunyai aktivitas yang berbeda dengan anak. Untuk itu orang tua dan anak perlu bekerjasama untuk mencapai tugas perkembangan. Berikut adalah tugas perkembangan pada fase ini.

- 1) Memberikan perhatian tentang kegiatan social anak,pendidikan dan semangat belajar.



- 2) Tetap mempertahankan hubungan yang harmonis dalam perkawinan
- 3) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
- 4) Menyediakan aktivitas untuk anak
- 5) Menyesuaikan pada aktivitas komunitas dengan mengikut sertakan anak

Fungsi perawat pada tahap ini adalah melakukan perawatan dan konsultasi, baik dalam keluarga maupun di sekolah. Misalnya pada anak yang mengalami gangguan kesehatan, perawat bekerjasama dengan guru dan orang tua anak.

e. Tahap V : Keluarga dengan anak remaja (families with teenager)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai pada usia 19-20 tahun, pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya. Tujuan keluarga adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa. Tahap ini merupakan tahapan yang paling sulit, karena orang tua melepas otoritas dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Anak harus mempunyai otoritas sendiri yang berksitan dengan peran dan fungsinya. Seringkali muncul konflik antara orang tua dan remaja, karena remaja menginginkan kebebasan untuk melakukan aktivitasnya, sementara orang tua perlu menciptakan komunikasi yang terbuka, menghindari kecurigaan dan permusuhan sehingga hubungan orang tua dan remaja tetap harmonis. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut :



- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah bertambah dewasa dan meningkat otonominya.
- 2) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga
- 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua, hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan
- 4) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.

Fungsi perawat pada tahap ini adalah mengarahkan keluarga pada peningkatan dan pencegahan penyakit, penyuluhan tentang penyakit kardiovaskuler pada usia lanjut, penyuluhan tentang obat-obatan terlarang minuman keras, seks, pencegahan kecelakaan pada remaja serta membantu terciptanya komunikasi yang lebih efektif antara orangtua dan anak remajanya.

f. Tahap VI : Keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan

Tahap ini dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini bergantung pada jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orangtua. Tujuan utama pada tahap ini adalah organisasi kembali keluarga untuk tetap berperan dalam melepas anaknya untuk hidup sendiri. Keluarga mempersiapkan anaknya yang tertua untuk membentuk keluarga sendiri dan tetap membantu anak terakhir untuk lebih mandiri. Saat semua anak meninggalkan rumah pasangan perlu menata ulang dan membina hubungan suami istri seperti pada fase awal. Orang tua akan



merasa kehilangan peran dalam merawat anak dan merasa kosong karena anak-anaknya sudah tidak tinggal serumah lagi. Guna mengatasi keadaan ini orang tua perlu melakukan aktivitas kerja, meningkatkan peran sebagai pasangan dan tetap memelihara hubungan dengan anak. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini diantaranya adalah sebagai berikut :

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan
- 3) Membantu orang tua suami istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua
- 4) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya , menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga, berperan suami istri kakek dan nenek menciptakan lingkungan rumah yang menjadi contoh bagi anak-anaknya.

Fungsi perawat pada tahap ini adalah sebagai pemberi konsultasi penyakit penyakit yang dapat timbul misalnya penyakit kronis atau faktor faktor predisposisi seperti kolesterol tinggi obesitas hipertensi menopause serta peningkatan kesehatan dan pola hidup sehat yang juga perlu diperhatikan

g. Tahap VII : Keluarga usia pertengahan

Tahapan ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Beberapa pasangan pada fase ini akan dirasakan sulit karena masalah usia lanjut. Perpisahan dengan anak dan perasaan gagal sebagai orang



tua pada tahap ini semua anak meninggalkan rumah maka pasangan berfokus untuk mempertahankan kesehatan dengan berbagai aktivitas, pola hidup sehat, diet seimbang, olahraga rutin, menikmati hidup dan mengisi waktu dengan pekerjaan. Pasangan juga mempertahankan hubungan dengan teman sebaya dan keluarga anaknya dengan cara mengadakan pertemuan keluarga antar generasi atau anak cucu sehingga pasangan dapat merasakan kebahagiaan sebagai kakek nenek. Hubungan antar pasangan perlu semakin diarahkan dengan memperhatikan ketergantungan dan kemandirian masing-masing pasangan. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain :

- 1) Mempertahankan kesehatan
- 2) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam arti mengolah minat sosial dan waktu santai
- 3) Memulihkan hubungan antara generasi muda dengan generasi tua
- 4) Keakraban dengan pasangan hubungan atau kontak dengan anak atau keluarga persiapan masa tua atau pensiun dan meningkatkan keakraban pasangan.

Fungsi perawat pada tahap ini adalah melaksanakan perawatan dan konsultasi yang terkait dengan upaya peningkatan kesehatan seperti kebutuhan istirahat yang cukup, aktivitas yang ringan sesuai dengan kemampuan nutrisi yang baik berat badan yang sesuai dan sebagainya.

- h. Tahap VIII : Keluarga usia lanjut (terakhir perkembangan keluarga)
Dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun berlanjut salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal. Proses usia lanjut



dan pensiun merupakan realitas yang tidak dapat dihindari karena berbagai proses restore dan kehilangan. Yang harus dialami keluarga tersebut adalah berkurangnya pendapatan kehilangan berbagai hubungan social, kehilangan pekerjaan serta perasaan menurunnya produktivitas dan fungsi kesehatan. Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga dalam tahun ini usia lanjut umumnya lebih dapat beradaptasi tinggal di rumah sendiri daripada tinggal bersama anaknya. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut :

- 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
- 2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik, dan pendapatan
- 3) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat
- 4) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
- 5) Mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi meneruskan untuk memahami eksistensi mereka penelaahan dan integrasi hidup.

Fungsi perawat pada fase ini adalah melakukan perawatan pada orangtua terutama terhadap penyakit-penyakit kronis dari fase akut sampai rehabilitasi, memperhatikan dan meningkatkan kesehatan seperti nutrisi, , istirahat, pemeriksaan mata gigi dan pencegahan kecelakaan di rumah (Friedman, 2013).

2.5 Konsep asuhan keperawatan keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam praktek keperawatan yang diberikan kepada klien sebagai anggota



keluarga pada tatanan komunitas dan fan menggunakan proses keperawatan, berpedoman pada standart keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan WHO (2019).

Keperawatan keluarga komprehensif merupakan suatu proses yang kompleks, sehingga memerlukan pendekatan yang logis dan sistematis dalam bekerja dengan keluarga dan individu anggota keluarga, pendekatan ini adalah proses keperawatan. Menurut Yura dan Waslah (1988), “proses keperawatan adalah inti dan esensi keperawatan, merupakan pusat dari semua tindakan keperawatan, dapat diterapkan pada semua tatanan didalam kerangka konseptual-teoritis” (Friedman, 2013).

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal pelaksanaan asuhan keperawatan, agar diperoleh data pengkajian yang akurat dan sesuai dengan keadaan keluarga. Sumber informasi dari tahapan pengkajian dapat menggunakan metode wawancara keluarga, observasi fasilitas rumah, pemeriksaan fisik pada anggota keluarga dan data sekunder. Hal-hal yang perlu dikaji dalam keluarga adalah :

a. Data umum

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi:

- 1) Nama kepala keluarga
- 2) Alamat dan nomor telephone
- 3) Pekerjaan kepala keluarga
- 4) Pendidikan kepala keluarga
- 5) Komposisi keluarga dan genogram



- 6) Tipe keluarga
 - 7) Suku bangsa
 - 8) Agama
 - 9) Status sosial ekonomi keluarga
 - 10) Aktifitas reaksi keluarga
- b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga meliputi :
- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti
 - 2) Tahap keluarga yang belum terpenuhi yaitu menjelaskan mengenai tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.
 - 3) Riwayat keluarga inti yaitu menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang bisa digunakan keluarga serta pengalaman-pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.
 - 4) Riwayat keluarga sebelumnya yaitu dijelaskan mengemai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihaka suami dan istri.
- c. Pengkajian lingkungan
- 1) Karakteristik rumah
 - 2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW
 - 3) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
 - 4) Sistem pendukung keluarga



d. Struktur keluarga

- 1) Pola komunikasi keluarga yaitu menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga
- 2) Struktur kekuatan keluarga yaitu kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku.
- 3) Struktur peran yaitu menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.
- 4) Nilai atau norma keluarga yaitu menjelaskan mengenai nilai dan norma yang di anut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

e. Fungsi keluarga:

- 1) Fungsi afektif, yaitu perlu dikaji gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan di miliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lain.
- 2) bagaimana kehangatan tercapai pada anggota keluarga dan bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.
- 3) Fungsi sosial, yaitu perlu mengkaji bagaimana berinteraksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku.
- 4) Fungsi perawatan kesehatan, yaitu menjelaskan sejauh mana pengetahuan keluarga mengenal sehat sakit. Kesanggupan keluarga dalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat



dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga, yaitu mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan kesehatan pada anggota keluarga yang sakit.

- 5) Menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan yang terdapat di lingkungan setempat.
- f. Pemenuhan tugas keluarga.
Hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana kemampuan keluarga dalam mengenal, mengambil keputusan dalam tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
- g. Stress dan coping keluarga
 - 1) Stressor jangka pendek dan jangka panjang
 - a) Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dilakukan keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 5 bulan.
 - b) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.
 - c) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor
 - 2) Strategi coping yang digunakan keluarga bila menanggapi permasalahan
 - 3) Strategi adaptasi fungsional yang digunakan bila menghadapi permasalahan



h. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan oleh semua anggota keluarga. Metode yang digunakan pada pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik di klinik. Harapan keluarga yang dilakukan pada akhir pengkajian, menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

2.5.2 Perumusan diagnosa keperawatan keluarga

Diagnosa keperawatan keluarga merupakan perpanjangan dari diagnosa ke sistem keluarga dan subsistemnya serta merupakan hasil dari pengkajian keperawatan. Diagnosa keperawatan keluarga termasuk masalah kesehatan aktual dan potensial dengan perawat warga yang memiliki kemampuan dan mendapatkan lisensi untuk menanganinya berdasarkan pendidikan dan pengalaman Friedman (2013). Diagnosa keperawatan keluarga keputusan klinis mengenai individu, keluarga, atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis data secara tepat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya. Diagnosa keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap masalah dalam tahap perkembangan keluarga, fungsi-fungsi keluarga, koping keluarga, baik yang bersifat aktual, resiko maupun sejahtera dimana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama dengan keluarga. Berdasarkan kemampuan, dan sumber daya keluarga Mubarak (2009).



Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian. Komponen diagnosa keperawatan meliputi problem atau masalah, etiologi atau penyebab, sign atau tanda selanjutnya dikenal dengan PES.

- a. Problem atau masalah (P)
- b. Etiologi atau penyebab (E)
- c. Sign atau tanda (S)

1) Diagnosa resiko tinggi (ancaman kesehatan).

Sudah ada data menunjang namun belum terjadi gangguan terapi mendapatkan bantuan pemecahan dari tim kesehatan atau keperawatan. Faktor-faktor resiko untuk diagnosis resiko dan resiko tinggi memperlihatkan keadaan dimana kerentanan peningkatan terhadap klien atau kelompok. Faktor ini membedakan klien atau kelompok resiko tinggi dari yang lainnya pada populasi yang sama yang mempunyai resiko.

2) Diagnosa potensial (keadaan sejahtera atau wellness).

Suatu keadaan jika keluarga dalam keadaan sejahtera, Kesehatan keluarga dapat diingatkan. Diagnosis keperawatan sejahtera mencakup faktor yang berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat. Perawat dapat memperkirakan kemampuan atau potensi keluarga dapat ditingkatkan kearah yang lebih baik. Daftar diagnosa keperawatan yang muncul pada gagal ginjal kronik dalam keluarga :

- a) Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan edukasi kesehatan (D.0115)

Gejala dan tanda :

Data subjektif: mengungkapkan tidak memahami kesehatan yang



di derita, mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan.

Data objektif : Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat, aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat

- b) Kesiapan peningkatan coping keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenali masalah (D.0090)

Gejala dan tanda :

Data subjektif : Anggota keluarga menetapkan tujuan untuk meningkatkan gaya hidup sehat, anggota keluarga menetapkan sasaran untuk meningkatkan kesehatan, anggota keluarga mengidentifikasi pengalaman yang mengoptimalkan kesejahteraan, anggota keluarga berupaya menjelaskan dampak krisis terhadap perkembangan, anggota keluarga mengungkapkan minat dalam membuat kontak dengan orang lain yang mengalami situasi yang sama.

Data objektif : -

- c) Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenali masalah kesehatan (D.0111)

Gejala dan tanda :

Data subjektif : -

Data objektif : menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku yang berlebihan (PPNI, 2016).



2.5.3 Prioritas masalah keperawatan keluarga

Setelah di analisis, kemungkinan perawat menemukan lebih dari satu masalah. Mengingat keterbatasan kondisi dan sumber daya yang dimiliki oleh keluarga maupun perawat, maka masalah-masalah tersebut tidak dapat ditangani sekaligus. Oleh karena itu, perawat kesehatan masyarakat dapat menyusun prioritas masalah kesehatan keluarga. Menurut Bailo (2017) prioritas masalah kesehatan keluarga dengan menggunakan proses skoring sebagai berikut :

Tabel 2 1. Skorsing Masalah Keperawatan Keluarga.

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah		1
	1. Tidak/kurang sehat	3	
	2. Ancaman kesehatan	2	
	3. Krisis dan keadaan sejahtera	1	
2.	Kemungkinan masalah dapat di ubah		2
	1. Dengan mudah	2	
	2. Hanya sebagian	1	
	3. Tidak dapat	0	
3.	Potensi masalah untuk dicegah		1
	1. Tinggi	3	
	2. Cukup	2	
	3. Tidak dapat	1	
4.	Menonjolnya masalah		1
	1. Masalah berat, harus segera ditangani	2	
	2. Ada masalah, tapi tidak perlu ditangani	1	
	3. Masalah tidak dirasakan	0	

Proses skorsing dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan dengan cara berikut ini :

- Tentukan skor untuk setiap kriteria yang telah dibuat
- Selanjutnya skor dibagi dengan angka tertinggi yang di kalikan dengan bobot

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{Bobot}$$



- c. Jumlahkan skor untuk semua kriteria, skor tertinggi adalah 5 sama dengan seluruh bobot.

Menyangkut sifat dan beratnya masalah yang akan timbul dapat dikurangi atau dicegah. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam menentukan skor kriteria potensi masalah bisa dicegah adalah sebagai berikut:

1. Kepelikan dari masalah

Berkaitan dengan beratnya penyakit atau masalah, prognosis penyakit atau kemungkinan mengubah masalah. Umumnya makin berat masalah tersebut semakin sedikit kemungkinan untuk mengubah atau mencegah sehingga makin kecil potensi masalah yang akan timbul.

2. Lamanya masalah

Hal ini berkaitan dengan jangka waktu terjadinya masalah tersebut. Biasanya lamanya masalah mempunyai dukungan langsung dengan potensi masalah bila dicegah.

3. Menonjolnya masalah

Merupakan cara keluarga melihat dan menilai masalah mengenai beratnya masalah serta mendesaknya masalah untuk diatasi. Hal yang perlu diperhatikan dalam memberikan skor pada kriteria ini, perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga tersebut melihat masalah. Dalam hal ini, jika keluarga menyadari masalah dan merasa perlu untuk menangani segera, maka harus diberi skor yang tinggi.

2.5.4 Perencanaan

Perencanaan keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, rencana intervensi serta dilengkapi dengan rencana evaluasi yang memuat



kriteria dan standart. Tujuan dirumuskan secara spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, rasional dan menunjukkan waktu. Rencana intervensi permulaan meliputi intervensi yang bersifat sportif edukatif dan langsung kearah sasaran, sedangkan pada tingkat lanjut, meliputi sejumlah intervensi terapi keluarga yang lebih bersifat psikososial dan tidak langsung.

- a. Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan edukasi kesehatan

Tujuan: Setelah dilakukan kunjungan selama kurang 2 minggu masalah manajemen kesehatan keluarga diharapkan meningkat. Kriteria hasil : melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat, menerapkan program perawatan meningkat, aktivitas hidup sehari – hari efektif memenuhi tujuan kesehatan meningkat.

Intervensi :

- 1) Dukungan koping keluarga :
 - a) Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini
 - b) Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga
 - c) Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien
 - d) Hargai dan dukungan mekanisme koping adaptif yang digunakan
 - e) Informasikan kemajuan kondisi pasien secara berkala
 - f) Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia
- 2) Dukungan keluarga merencanakan keperawatan :
 - a) Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan



- b) Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan bersama keluarga
 - c) Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga
 - d) Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan
 - e) Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga
 - f) Informasikan kesehatan yang ada dilingkungan keluarga
 - g) Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
 - h) Anjurkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga.
- 3) Koordinasi diskusi keluarga
- a) Identifikasi gangguan kesehatan setiap anggota keluarga
 - b) Libatkan keluarga dalam mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat
 - c) Berikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit
 - d) Anjurkan anggota keluarga dalam memanfaatkan sumber-sumber yang ada dalam masyarakat
- b. Kesiapan peningkatan koping keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenali masalah

Tujuan : setelah dilakukan tindakan perawatan selama 2 minggu kunjungan di harapkan status koping keluarga membaik.

Kriteria hasil : status koping keluarga : keterpaparan informasi meningkat, perilaku sehat membaik, perilaku bertujuan membaik.

Intervensi :

- 1) Dukungan koping keluarga :



- a) Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini
 - b) Identifikasi beban prognosis secara psikologis
 - c) Identifikasi pemahaman tentang keputusan keperawatan setelah pulang
 - d) Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan
 - e) Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga
 - f) Informasikan kemajuan pasien secara berkala
- 2) Promosi coping
- a) Identifikasi pemahaman keluarga mengenai proses penyakit yang di deritanya
 - b) Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial
 - c) Diskusikan perubahan peran yang di alami
 - d) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
 - e) Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
 - f) Anjurkan keluarga terlibat
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam mengenali masalah kesehatan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kurang lebih 2 minggu kunjungan masalah tingkat pengetahuan membaik.

Kriteria hasil : tingkat pengetahuan : perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat, kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai



dengan topik meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, persepsi keliru terhadap masalah menurun.

Intervensi :

1) Edukasi Kesehatan :

- a) Identifikasi kesehatan dan kemampuan menerima informasi
- b) Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat
- c) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- d) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan
- e) Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya
- f) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.
- g) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- h) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku bersih dan sehat (PPNI T. P., 2016).

2.5.5 Implementasi

Pelaksanaan atau implementasi adalah serangkaian tindakan keperawatan pada keluarga berdasarkan pada perencanaan sebelumnya.

Tindakan keperawatan keluarga mencakup :

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan
- b. Menstimulasi keluarga memutuskan cara perawatan yang tepat.
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
- d. Membantu keluarga menemukan cara untuk lingkungan yang baik.



- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

2.5.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi proses keperawatan berlangsung atau menilai dari respon klien disebut evaluasi proses, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut sebagai evaluasi hasil (Hidayat, 2016). Evaluasi tindakan berdasarkan diagnosa yang muncul :

- a. Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan edukasi kesehatan.

Evaluasi : Manajemen kesehatan meningkat

- a) kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat
- b) aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat.
- b. Kesiapan peningkatan koping keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenali masalah

Evaluasi : Status koping keluarga membaik :

- a) keterpaparan informasi meningkat



- b) perilaku sehat membaik
- c) perilaku bertujuan membaik.
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam mengenali masalah kesehatan

Evaluasi : Tingkat pengetahuan membaik :

- a) perilaku sesuai anjuran meningkat
- b) verbalisasi minat dalam belajar meningkat
- c) kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
- d) kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat
- e) pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
- f) persepsi keliru terhadap masalah menurun



SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok bahasan : Diet untuk pasien gagal ginjal kronik

Sub Pokok Bahasan : Tujuan diet untuk pasien gagal ginjal kronik, bahan makanan yang dianjurkan bahan makanan tidak dianjurkan dibatasi.

1. Tujuan Pembelajaran Umum (T I U)

Setelah dilakukan penyuluhan selama 1 x 10 menit, diharapkan klien mampu memahami tentang diet untuk pasien hemodialisa

2. Tujuan Pembelajaran Khusus (T I K)

Setelah diberi penyuluhan selama 1 x 10 menit, diharapkan klien dapat

- a. Menjelaskan pengertian gagal ginjal kronik
- b. Menyebutkan penyebab gagal ginjal kronik
- c. Menyebutkan gejala gagal ginjal kronik
- d. Menyebutkan tujuan diet untuk pasien gagal ginjal akut atau kronik
- e. Menyebutkan bahan makanan yang dianjurkan
- f. Menyebutkan makanan yang tidak dianjurkan atau dibatasi

3. Metode dan Media

- a. Metode yang digunakan adalah ceramah dan tanya jawab/diskusi
- b. Media yang digunakan leaflet

4. Proses Edukasi:

No	Komunikator	Komunikan	Waktu
1	Pre Interaksi Memberi salam dan memperkenalkan diri	Menjawab salam	5 menit
2	Menjelaskan tujuan penyuluhan dan tema penyuluhan	Mendengarkan	



1	Isi Menjelaskan pengertian gagal ginjal kronik	Mendengarkan	10 menit
2	Menyebutkan penyebab gagal ginjal kronik	Menjawab	
3	Menyebutkan gejala gagal ginjal kronik		
4	Menyebutkan tujuan diet untuk pasien gagal ginjal akut / kronik		
5	Menyebutkan bahan makanan yang dianjurkan		
6	Menyebutkan makan yang tidak dianjurkan atau dibatasi		
5	Penutup Memberikan Pertanyaan akhir sebagai evaluasi	Menjawab	5 menit
6	Menyimpulkan bersama-sama hasil kegiatan penyuluhan	Mendengarkan	
7	Menutup penyuluhan dan mengucapkan salam	Menjawab salam	

5. Evaluasi

Prosedur : Post test

Jenis tes : Pertanyaan secara

lisan Butir – butir

pertanyaan :

- Sebutkan definisi gagal ginjal kronik ?
- Sebutkan apa saja penyebab gagal ginjal kronik ?
- Sebutkan tanda gejala pada penyakit gagal ginjal kronik ?
- Bagaimana penatalaksanaan pada penderita gagal ginjal kronik ?
- Bagaimana cara memberikan perawatan di rumah pada keluarga yang menderita gagal ginjal kronik ?



- f. Apa saja jenis makanan yang di perbolehkan di berikan pada penderita gagal ginjal kronik ?
- g. Apa tujuan di berikan diet yang baik pada penderita gagal ginjal kronik ?



MATERI PENYULUHAN DIET UNTUK PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK

A. Pengertian gagal ginjal kronik

Gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi ginjal yang menurun secara cepat dan fungsi tersebut tidak dapat kembali seperti semula, yaitu dimana ginjal mengalami kegagalan dalam mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit (Rendi, Clevo M., 2019)

B. Penyebab gagal ginjal kronik

1. Kurang minum
2. Minuman beralkohol
3. Minuman bersoda
4. Tekanan darah tinggi
5. Infeksi penyakit
6. Pola makan dan gaya hidup yang tidak sehat
7. Penyakit bawaan
8. Batu saluran kencing

C. Tanda dan gejala gagal ginjal kronik

1. Sakit kepala
2. Sesak nafas, oedema paru, hipertensi, oliguria, anuria, oedema ekstremitas
3. Mual, muntah, pucat, kulit kering, anemia



4. Gejala dini seperti lemah, sakit kepala, berat badan menurun, lelah, dan nyeri pinggang
5. Gejala lanjut seperti nafsu makan menurun, mual disertai muntah, sesak nafas baik di waktu ada kegiatan atau tidak, bengkak yang disertai lekukan, gatal-gatal pada kulit, dan kesadaran menurun
(Rendi, Clevo M., 2019)

D. Penatalaksanaan gagal ginjal kronik

1. Observasi keseimbangan cairan antara yang masuk dan yang keluar (input - output)
2. Batasi cairan yang masuk
3. Cuci darah (hemodialisis)
4. Operasi
5. Pengambilan batu
6. Transplantasi ginjal (cangkok ginjal)
7. Nutrisi
8. Obat-obatan

E. Perawatan gagal ginjal kronik di rumah

Pengaturan diet tinggi kalori, rendah protein, rendah natrium, rendah kalium. Gambar diet rendah protein ; gagal ginjal kronik ; Gangguan ginjal kronik; CKD; Chronic Kidney Disease

1. Jenis makanan yang di perbolehkan
 - a. Bahan makanan sumber karbohidrat : Nasi, bihun, jagung, madu, permen



- b. Bahan makanan sumber protein : Telur, daging, ikan, ayam, susu rendah protein
 - c. Bahan makanan sumber lemak : Minyak jagung, minyak kacang tanah
 - d. Bahan makanan sumber vitamin, adalah semua sayuran dan buah-buahan dengan pengolahan khusus, yaitu: Kupas buah atau sayur, potong-potong lalu cuci dengan air mengalir Letakkan dalam mangkok, tambahkan air hangat sampai sayur dan buah terendam, rendam selama kurang lebih 2 jam (banyaknya air kurang lebih 10 kali bahan makanan) Buang air rendaman Bilas dengan air mengalir masak sayur dan buah. Buah dapat dimasak sebagai setup atah cocktail (uang air rebusan buah)
2. Jenis makanan yang tidak diperbolehkan
 - a. Bahan makanan sumber karbohidrat : Umbi-umbian (kentang, singkong, ubi, talas, dan lain - lain)
 - b. Bahan makanan sumber protein : Kacang-kacangan dan hasil olahannya (tempe, tahu, dan lain-lain)
 - c. Bahan makanan sumber lemak : Minyak kelapa, santan, lemak hewan
 - d. Bahan makanan sumber vitamin dan minera
 - e. Sayuran dan buah-buahan tinggi kalium pada pasien yang memiliki kadar kalium tinggi dalam darah.

(Almatsier, 2016)



F. Tujuan diet pada pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik adalah :

1. Mencapai dan mempertahankan status gizi optimal dengan memperhitungkan sisa fungsi ginjal, agar tidak memberatkan kerja ginjal
2. Mencegah dan menurunkan kadar ureum darah yang tinggi (uremia)
3. Mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit
4. Mencegah dan mengurangi progresifitas gagal ginjal, dengan memperlambat turunnya laju filtrasi glomerulus Pada penderita gagal ginjal kronik sering terjadi mual, muntah, anoreksia, dan gangguan lain yang menyebabkan asupan gizi tidak adekuat atau tidak mencukupi. Syarat pemberian diet pada gagal ginjal kronik adalah :
 - a. Energi cukup, yaitu 35 kkal/kg BB
 - b. Protein rendah, yaitu 0,6 - 0,75 gr/kg BB
 - c. Lemak cukup, yaitu 20 - 30 % dari kebutuhan total energi, diutamakan lemak tidak jenuh ganda
 - d. Karbohidrat cukup, yaitu kebutuhan energi total dikurangi yang berasal dari protein dan lemak
 - e. Natrium dibatasi, apabila ada hipertensi, oedema, asites, oliguria, atau anuria. Banyak natrium yang diberikan antara 1 - 3 gr
 - f. Kalium dibatasi (60 - 70 mEq) apabila ada hiperkalemia (kalium darah > 5,5 mEq), oliguria, atau anuria
 - g. Cairan dibatasi, yaitu sebanyak jumlah urine sehari ditambah

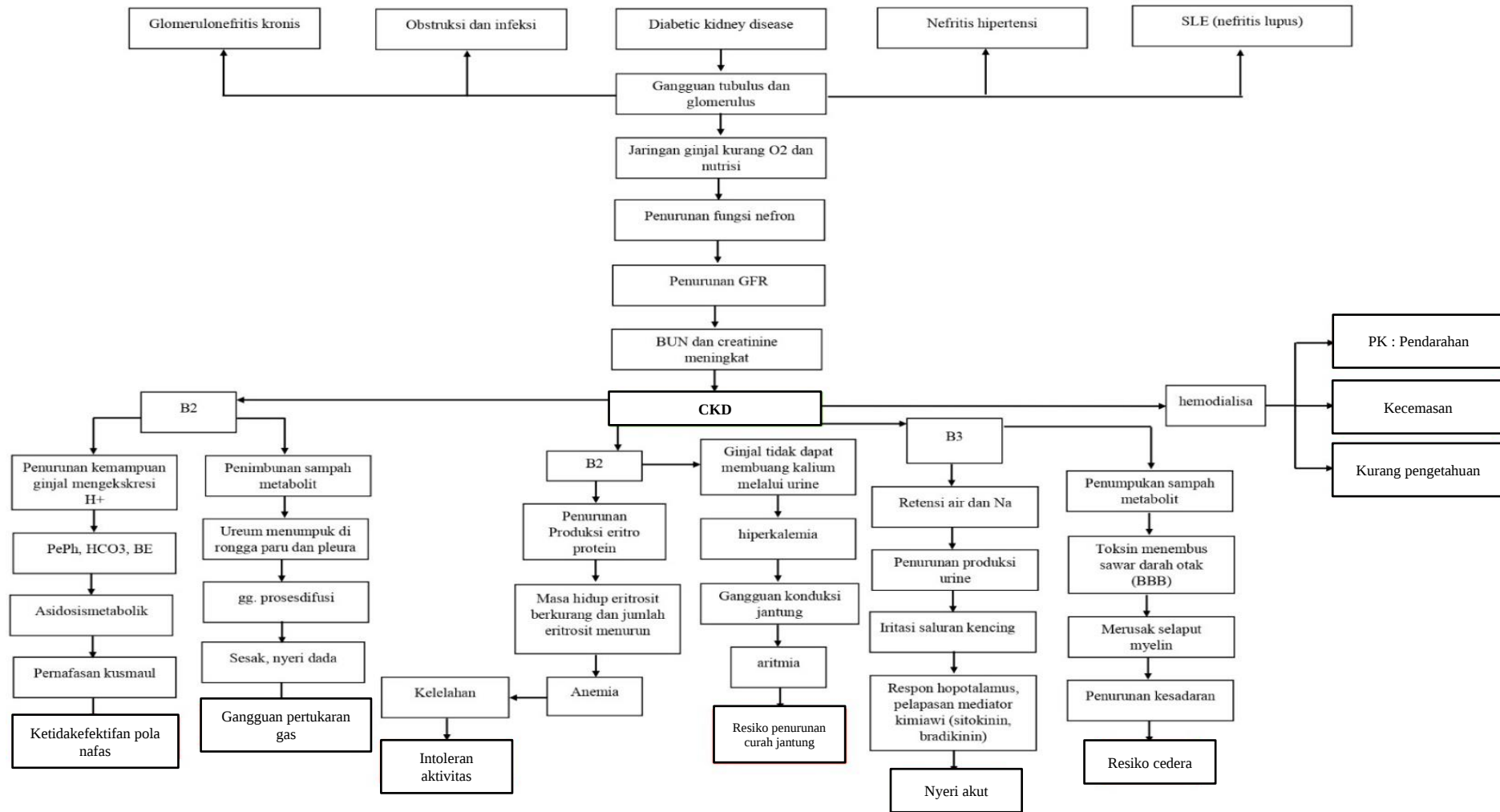


dengan pengeluaran cairan melalui keringat dan pernapasan ($\pm$ 500 ml)

- h. Vitamin cukup, bila perlu berikan suplemen pridoksin, asam folat, vitamin C, dan vitamin D
- i. Diet yang diberikan menurut berat badan pasien, yaitu :
 - 1. Diet Rendah Protein I 30 gr protein diberikan kepada pasien dengan berat badan 50 kg
 - 2. Diet Rendah Protein II 35 gr protein diberikan kepada pasien dengan berat badan 60 kg
 - 3. Diet Rendah Protein III 40 gr protein diberikan kepada pasien dengan berat badan 65 kg

Karena kebutuhan gizi pasien penyakit gagal ginjal kronik sangat bergantung pada keadaan dan berat badan perorangan, maka jumlah protein yang diberikan dapat lebih tinggi atau lebih rendah daripada standar. Untuk protein dapat ditingkatkan dengan memberikan asam amino esensial murni (Almatsier, 2016)

2.6 Pathway



Gambar 2.6. 1. Pathway Gagal Ginjal Kronik

2.7 Review Jurnal

Tabel Jurnal Picot

No.	Populasi	Intervensi	Outcome	Time	Jurnal
1.	7 Responden yang tidak patuh dalam penerapan edukasi tentang kepatuhan diet pada penderita pasiengagal ginjal kronik	Edukasi tentang kepatuhan diet pada pasien gagal ginjal kronik	Hasil pengkajian sebelum dilakukan edukasi dengan teknik wawancara Ny.Y tidak patuh dengan pelaksanaan diet asupan protein, cairan, natrium, kalium, dan fosfat pasien gagal ginjal kronik dan sesudah dilakukan edukasi tentang separuh dari Ny.Y cukup patuh dalam melaksanakan diet. dalam melaksanakan diet asupan protein, cairan, natrium, kalium, dan fosfat pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa harus benar-benar dipatuhi dan dilaksanakan.	17 Juni 2022	Hubungan kepatuhan diet dan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo
2.	50 Responden yang kurang paham dalam penerapan pemberian cairan	Tidak terdapat intervensi	Hasil dari peneliti bahwa sebelum di berikan edukasi tentang pendidikan kesehatan terhadap kepatuhan dalam memberikan asupan cairan pada pasien yang menderita gagal ginjal kronik pengetahuan separuhnya (50%) dalam kategori kurang dan setelah diberikan pendidikan kesehatan pada hampir seluruhnya (42,5%) dalam kategori baik.	1 Maret 2020	Pemberdayaan keluargatentang asuhap cairan pada pasien gagal ginjal kronik Tigarunggu Kabupaten Simalungun
3.	24 Responden tidak patuh terhadap diet pada pasiengagal ginjal kronik	Tidak terdapat intervensi	Hasil dari peneliti menunjukkan bahwa sebelum diberikan edukasi kesehatan berbasis family Supportpasien gagal ginjal kronik yang kurang patuh sebesar 24 responden (50,0%) dan sesudah diberikan edukasi kesehatan berbasis family Supportsebagian besar responden yaitu 34 responden (70,8 %) patuh dalam pembatasan diit cairan	21 Juni 2019	Edukasi kesehatan berbasisi family support terhadap kepatuhan diit cairan pasien gagal ginjal kronik



4.	30 Responden tidak patuh dalam kepatuhan asupan nutrisi di RSUD Dr.Saiful Anwar Malang	Tidak intervensi	terdapat	Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 3,3% asupan protein pasien berlebih. berdasarkan hasil observasi dalam penelitian ini asupan protein berlebih disebabkan karena pasien mengkonsumsi makanan luar rumah sakit. Hal ini menggambarkan kurang patuhnya pasien terhadap diet yang diberikan.	3 September 2019	Efektifitas asuhan gizi terhadap kepatuhan asupan natrium pada pasien hipertensi dengan gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang
5.	Ada 10 responden yang pengetahuannya kurang terhadap penerapan gizi di RSUD Panembahan Senopati Bantul.	Tidak intervensi	terdapat	Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum diberi edukasi gizi pengetahuan masing-masing kelompok sama ($p=0,584$). Peningkatan pengetahuan media leaflet modifikasi $p=0,004$ ($<0,05$).	20 Oktober 2018	Pengaruh penggunaan leaflet gagal ginjal kronik yang dimodifikasi terhadap pengetahuan keluarga pasien gagal ginjal kronik di RSUD Panembahan Senopati Bantul.
6	Terdapat 90 responden yang pengetahuannya kurang tentang diet cairan dan nutrisi pada pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RSUD Kabupaten Indramayu	Tidak intervensi	terdapat	Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pengetahuan pasien tentang diet cairan dan nutrisi sebanyak 74 (82,2%) responden yang memiliki pengetahuan dalam kategori baik.	2 Agustus 2019	Pengetahuan pasien tentang diet cairan dan nutrisi pada pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RSUD Kabupaten Indramayu Tahun 2019



7	Pasien gagal ginjal kronik menjalani hemodialisa tahun berjumlah responden	ginjal yang pada 2020 8	Tidak intervensi	terdapat	Hasil survey mengungkapkan bahwa data citra diperoleh secara demografis karakteristik responden mayoritas berjenis kelamin laki-laki (62,5 %) , responden usia 45-50 tahun (75 %) , pendidikan terakhir SMP (50 %) , bekerja sebagai buruh tani (62,5 %) , kepatuhan diet (75 %) dan menjalani lama hemodialisis > 12 bulan (75 %) .	3 April 2020	Gambaran kepatuhan diet pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa rawat jalan di RSUD Laten Kabupaten Pati tahun 2020
8	Penelitian menggunakan responden dengan menggunakan <i>teknik total sampling</i>	ini 50	Tidak intervensi	terdapat	Hasil penelitian didapatkan 72,5% responden tidak patuh terutama pada pasien yang hemodialisa lebih dari 6 bulan	26 Maret 2019	Pengaruh kepatuhan diet pada pasien gagal ginjal kronik di unit hemodialisa Rumah Sakit Sumber Waras

