BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian.

1. Pengumpulan data, pada tanggal 20 April 2001.

   a. Identitas klien

      Nama Ny T, umur 58 tahun , jenis kelamin perempuan, pendidikan SMP, agama Islam, pekerjaaan Ibu rumah tangga, tanggal masuk rumah sakit 19 April 2001, diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik, No register : 726392.

   b. Keluhan Utama

      Klien mengatakan sesak nafas, perut terasa mual dan muntah 1 kali per hari.

   c. Riwayat Kesehatan

      1. Riwayat kesehatan lalu

         Klien mengatakan bahwa klien pernah opname 3 kali dengan penyakit yang sama seperti yang diderita saat ini yaitu gagal ginjal kronis, klien juga pernah menjalani operasi nefrotokmi 1998.

      2. Riwayat kesehatan sekarang

         Klien datang ke IRD RSUD. Dr. Soetomo Surabaya tanggal 19 April 2001 jam 22.00 wib dengan keluhan sesak nafas, perut terasa mual dan muntah sebanyak 1 kali perhari, sesak nafas

dirasakan semakin lama semakin berat dalam 10 hari yang lalu, klien lemas sehingga Dokter menyarankan untuk opname di ruang interne wanita.

3. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan bahwa di dalam keluarga baik ibu atau ayah tidak ada yang mengalami penyakit seperti yang di deritanya dan juga tidak ada yang mengalami penyakit keturunan seperti TB, Diabetes Melitus, Hipertensi, maupun penyakit menular seperti Hepatitis.

d. Pola-Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat.

Klien tidak mengetahui bahwasanya penyakit yang diderita adalah penyakit yang berbahaya sehingga diperlukan perawatan dan pengobatan bila klien sakit, klien berobat ke dokter.

Sebelum masuk rumah sakit klien mandi 2 kali tiap hari, gosok gigi 2 kali per hari, dan klien keramas 3 kali seminggu.

Saat masuk rumah sakit klien hanya diseka 2 kali tiap hari, klien tidak gosok gigi dan klien belum keramas.

2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Klien sebelum masuk rumah sakit hanya makan sedikit hanya 3 sampai 6 sendok dengan nasi, lauk dan sayur, minum air putih 4 sampai 5 gelas tiap hari.

Saat di rumah sakit klien mendapat diet TKRPRG dan tidak habis, hanya 1 sampai 2 sendok, karena klien merasa mual dan ingin muntah serta klien mengatakan makanan yang disediakan dari rumah sakit tidak enak. Klien minum air putih 3 sampai 5 gelas tiap hari.

3. Pola Aktifitas

Sebelum masuk rumah sakit setiap harinya klien di rumah saja dan hanya mengerjakan pekerjaan ringan seperti menyapu karena klien merasa cepat lelah.

Saat di rumah sakit klien hanya berbaring di tempat tidur dan senantiasa memerlukan bantuan untuk memenuhi kebutuhan sehari- hari seperti buang air besar maupun buang air kecil.

4. Pola Eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan buang air besar 1 kali tiap hari dengan konsisten lembek warna kuning kecoklatan, buang air kecil 2 sampai 3 kali tiap hari konsentrasi kuning jernih.

Saat di rumah sakit klien belum buang air besar dan klien buang air kecil 2 sampai 3 kali jumlah kurang lebih dari 400 cc per 24 jam warna kuning keruh.

5. Pola Tidur dan Istirahat

Klien sebelum masuk rumah sakit tidur malam 5 sampai 6 jam. Dan tidur siang 2 sampai 3 jam dengan memakai kipas angin.

Saat dirumah sakit klien tidur malam 4 sampai 5 jam dan sering bangun karena merasa resah sebab klien tidak biasa tanpa kipas angin jika tidur klien kadang mengigau.

6. Pola Persepsi dan Kognitif

Pengetahuan klien tentang penyakitnya kurang hal ini terbukti klien selalu tanya tentang penyakitnya serta klien tidak mematuhi anjuran tim medis dan kadang klien menolak, karena klien terlalu sensitif jika tidak sesuai dengan dirinya.

7. Pola Persepsi Diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak mempunyai harapan dan tidak mempunyai kekuatan lagi terbukti klien memperlihatkan penolakan dan klien merasa cemas dan takut tetapi klien berharap cepat sembuh dan dapat berkumpul kembali dengan keluarga di rumah.

8. Pola Hubungan dan Peran

Klien berperan sebagai nenek. Hubungan dengan keluarga anak serta cucu sangat baik sedangkan saat di rumah sakit klien berperan sebagai pasien yang memerlukan pengobatan dan perawatan. Hubungan dengan lingkungan rumah sakit dan perawat kurang baik.

9. Pola Reproduksi dan Seksual

Klien berjenis kelamin perempuan mempunyai anak 3 dan 8 cucu. Sebelum masuk rumah sakit dan saat di rumah sakit klien

sudah tidak lagi melakukan hubungan seksual 5 tahun yang lalu karena klien tidak menginginkan untuk itu.

10. Pola Penanggulangan stress

Sebelum masuk rumah sakit jika klien mempunyai masalah diceritakan pada salah satu anaknya .

Saat di rumah sakit klien merasa stess karena cemas dan takut, cara mengatasinya dengan menceritakan pada yang menunggunya.

11. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Klien beragama Islam, sebelum masuk rumah sakit klien menjalankan ibadah sholat .

Saat di rumah sakit klien tidak menjalankan ibadah sholat, klien hanya berdoa agar cepat sembuh.

e. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

Kesadaran compos mentis, keadaan lemah, tanda-tanda vital: tekanan darah 210/110mmHg, suhu 37° C, nadi 92 x/menit, respiratori rate24x/menit, tinggi badan 163 cm, berat badan 48 kg.

2. Kulit, Rambut,Kuku

Pada pemeriksaan warna kulit sawo matang, perubahan turgor kulit menurun, kulit gatal karena infeksi sesaat atau berulang adanya bintik merah kecil.

Pada pemeriksaan Rambut hitam ada putih, kusam dan rambut tipis, pada kuku tidak panjang bersih tipis dan rapuh.

3. Kepala, Leher

Pada pemeriksaan tidak ditemukan adanya benjolan maupun kelainan, bentuk simetris hanya klien mengeluh sakit pada kepala .

Pada leher tidak adanya pembesaran kelenjar tiroid, tidak adanya kaku kuduk, tidak ada kelainan dan tidak ada nyeri telan.

4. Mata

Pada pemeriksaan mata bentuk simetris skelera tidak icterus , konjungtiva tidak anemis, klien mengeluh pandangan agak kabur.

5. Telinga, Hidung, Mulut dan Tenggorokan

Pada pemeriksaan telinga bentuk simetris, tidak ada serumen, kebersihan cukup.

Pada hidung tidak ada kelainan seperti polip, pada mulut mukosa bibir kering, tidak stomatitis,

Pada Tenggorokan tidak ditemukan kelainan seperti nyeri telan

6. Thorax dan Abdomen

Pada pemeriksaan thorax bentuk simetris, pergerakan nafas sama,kadang-kadang terasa nyeri pada dada.

Pada Abdomen ditemukan distensi perut atau acites.

7. Sistem Respirasi

Pada pemeriksaan respiratori rate 24 x/menit. Klien mengalami sesak nafas, nafas pendek, pernafasan kusmaull (nafas lebih dalam) pada pemeriksaan auskultasi ada suara tambahan rales.

8. Sistem Kardiovaskuler

Pada pemeriksaan tekanan darah tinggi 210/110mm Hg., detak jantung reguler, nadi teraba lemah, acral hangat.

9. Sistem Genitourinaria

Keluaran urin menurun, berkurangnya frekwensi kencing,urin sedikit produksi urin 400 cc per 24 jam, warna urin kuning keruh.

10. Sistem Gastrointestinal

Klien merasa mual muntah, nafsu makan menurun, perut mengembung, bising usus 20x/menit.

11. Sistem Muskuloskeletal

Adanya kelemahan pada otot dan kekuatan otot hilang, tulang terasa sakit, tidak didapatkan faktor tidak adanya kelumpuhan, adanya bengkak di tangan dan jari jari tangan kanan kiri.

12. Sistem Endokrin

Tidak didapatkannya pembesaran kelenjar tiroid, adanya ketegangan vena jugularis.

13. Sistem Persyarafan

Tungkai bergerak-gerak rasa sakit, gatal pada kaki kadang-kadang otot mengalami kram dan bergerak-gerak, perhatian kurang, daya ingat berkurang. GCS 456.

f. Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium tanggal 19 April 2001

Hb	: 4,8 gr%
Urea N	:9,7 mg/dl
Kreatinin serum	: 15,2 mg/dl
Albumin	: 3,3 mg/dl
Hemoglobin	: 4,8 mg/dl
Lekosit	: 4,3 mg/dl Elektrolit Natrium : 133 meg/l
Trombosit	: 12,9 mg/dl
PCV	: 0,14
Elektrolit Kalium	: 5,56 meg/l

2. Analisa Data

a. Kelompok data pertama (tanggal 19 April 2001)

1. Data Subyektif

a Klien mengatakan sesak nafas semakin lama semakin berat .

b Klien mengatakan buang air kecil tidak` lancar dan sedikit.

2 .Data Obyektif

Klien tampak gelisah, nafas pendek respiratori rate 24x per menit, nafas kusmaull, adanya edema pada tangan dan jari –jari tangan, berat badan 48 kg, tekanan darah 210/110 mmHg, nadi 92x/menit, suhu 37°C produksi urine 400 cc/24 jam warna kuning keruh , bunyi nafas rales, pucat pada dasar kuku. Pemeriksaan laboratorium elektrolit natrium 133 meg/l

3 Masalah

Kelebihan volume cairan

4 Kemungkinan penyebab

Penurunan kemampuan ginjal untuk mengeluarkan air dan menahan natrium

b. Kelompok data kedua (tanggal 19 April 2001)

1. Data Subyektif

a. Klien mengatakan perut terasa mual dan ingin muntah.

b. Klien mengatakan nafsu makan menurun

c. Klien mengatakan makanan yang disediakan rumah sakit tidak enak.

2. Data Obyektif

Keadaan klien lemah, porsi makan yang disediakan tidak habis hanya 1 sampai 2 sendok, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, berat badan 48 kg, bibir kering.

3. Masalah

Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

4. Kemungkinan penyebab

Anoreksia, mual dan muntah.

c. Kelompok data ketiga (tanggal 19 April 2001)

1. Data Subyektif

a. Klien mengatakan jika melakukan pekerjaan yang agak berat terasa lelah sekali sehingga klien hanya melakukan pekerjaan yang ringan-ringan.

b. Klien mengatakan bahwa ia merasakan tidak berdaya dan tidak punya harapan untuk hidup.

2. Data Obyektif

Adanya kelemahan pada otot, kekuatan otot, hilang klien hanya berbaring di tempat tidur dan senantiasa memerlukan bantuan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti mandi, buang air besar,buang air kecil. Klien kadang memperlihatkan penolakan karena klien terlalu sensitif jika tidak sesuai dengan dirinya

3. Masalah

Ketidakberdayaan

4. Kemungkinan penyebab

Kehilangan perasaan terhadap kontroldan pembatasan gaya hidup.

d. Kelompok data keempat (tanggal 19 April 2001)

1. Data Subyektif

a. Klien mengatakan bahwa dirinya tidak mengerti tentang penyakitnya.

b. Klien selalu menanyakan bagaimana perawatannya.

2. Data Obyektif

a. Klien tampak cemas, takut dan kadang-kadangtidak mau mentaati perawatan dari rumah sakit dan anjuran dari tim medis.

b. Klien selalu menanyakan tentang penyakitnya.

3. Masalah

Inefektif penatalaksanaan terapeutik

4. Kemungkinan penyebab

Kurangnya pengetahuan dan informasi

3. Diagnosa Keperawatan

a. Kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan penurunan kemampuan ginjal untuk mengeluarkan air dan menahan natrium.

b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan anoreksia, mual, muntah.dan diet tidak enak

c. Ketidakberdayaan yang berhubungan dengan kehilangan perasaan terhadap kontrol dan pembatasan gaya hidup.

d. Resiko tinggi terhadap inefektif penatalaksanaan regimen terapeutik yang berhubungan dengan insufisiensi pengetahuan tentang kondisi, pembatasan diet, pencatatan tiap hari, terapi farmakologis dan tanda atau gejala komplikasi.

B. Perencanaan

1. Kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan penurunan kemampuan ginjal untuk mengeluarkan air dan menahan natrium.

a. Tujuan

Kebutuhan cairan seimbang dalam waktu 2x24 jam

b. Kriteria Hasil

1. Masukan dan haluaraan seimbang
2. Berat badan stabil
3. Bunyi nafas dan respiratori rate normal
4. Elektrolit dalam batas normal

c. Rencana Tindakan

1. Pantau dan dokumentasikan masukan dan haluaran tiap jam secara akurat
2. Timbang berat badan tiap hari.
3. Pantau peningkatan tekanan darah
4. Kaji edema perifer, distensi vena leher dan peningkatan sesak nafas
5. Anjurkan klien untuk berbaring dengan posisi semi fowler (setengah duduk)
6. Batasi cairan sesuai program, pemberian obat obat dengan makanan jika mungkin bagi cairan selama sehari.

d. Rasional

1. Dengan memantau dan mendokumentasikan, dapat menunjukkan bukti kelebihan cairan, sehingga memerlukan pembatasan berdasarkan haluaran urine.
2. Dengan menimbang berat badan tiap hari akan diketahui perubahannya karena klien dengan gagal ginjal kronis cenderung

mengalami fluktuasi berat badan, sehinngga membutuhkan evaluasi ulang yang sering terhadap keseimbangan cairan optimal.

3. Volume sirkulasi harus dipantau pada gagal ginjal untuk mencegah hipervolemia berat.
4. Dengan mengkaji edema perifer, distensi vena leher dan peningkatan sesak nafas dapat mengetahui gagal jantung kongestif.
5. Dengan menganjurkan posisi semi fowler dapat mengurangi sesak nafas
6. Dengan menurunnya fungsi massa nefron yang terus berkurang, ginjal kehilangan kemampuan untuk memekatkan urine dan mengeluarkan natrium serta air yang mengakibatkan hipovolemia.

2. Perubahan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan anoreksia,mual,muntah dan diet tidak enak

a. Tujuan

Kebutuhan nutrisi terpenuhi 2x24 jam

b. Kriteria Hasil

Nafsu makan meningkat

Klien akan menghubungkan pentingnya masukan nutrisi adekuat dan mentaati program diet yang diprogramkan

Klien tidak mual

Klien tidak muntah

c. Rencana Tindakan

1. Terapkan tujuan nutrisional dengan klien atau keluarga dan rencanakan perawatan untuk mencapainya
   a. Konsul ahli diet untuk bantuan pengkajian nutrisi pengidentifikasi tujuan nutrisi, meresepkan modifikasi dan memberikan intruksi nutrisi pada klien
   b. Pertegas intruksi diet dan berikan materi tertulis untuk intruksi verbal
2. Siapkan dan berikan dorongan higiene oral yang baik sebelum dan sesudah makan
3. Berikan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan dan bantu sesuai kebutuhan.
4. Periksa baki makan untuk mengetahui isinya dan dorong klien untuk makan
5. Anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering dalam keadaan hangat sesuai dengan diet yang diizinkan.
6. Dokumentasikan semua masukan cairan dan makanan
7. Evaluasi status nutrisi klien dan keefektifan diet dengan klien dan ahli diet.
8. Bekerja bersama klien untuk mengembangkan rencana untuk memasukkan diet yang diresepkan secara berhasil kedalam gaya hidup sehari-hari klien.

d. Rasional

1.a. Peresapan diet yang tepat penting dalam penatalaksanaan gagal ginjal kronis untuk mencegah toksisitas uremik ketidakseimbangan cairan elektrolitdan katabolisme.

b. Empati dan penguatan terhadap instruksi diet dapat meningkatkan kepatuhan terhadap pembatasan diet

2. Dengan menyiapkan Higiene oral, dapat meningkatkan selera makan.

3. Nafsu makan dirangsang pada waktu yang rileks dan menyenangkan.

4. Umpan balik positif untuk ketaatan diet dapat meningkatkan kepatuhan.

5. Dengan menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering dalam keadaan hangat untuk mengurangi rasa mual dan muntah.

6. Dokumentasi akurat penting untuk pengkajian status nutrisi.

7. Evaluasi kontinyu memungkinkan perubahan diet sesuai dengan kebutuhan nutrisi spesifik klien.

8. Kolaborasi memberikan kesempatan bagi klien melakukan kontrol cenderung meningkatkan kepatuhan.

3. Ketidakberdayaan yang berhubungan dengan kehilangan perasaan terhadap kontrol dan pembatasan gaya hidup.

a. Tujuan

Memahami dan mampu mengontrol perasaan 2x24 jam

b. Kriteria hasil

1. Mengidentifikasikan kekuatan pribadi
2. Mengidentifikasikan faktor-faktor yang dikontrolnya

c. Rencana Tindakan

1. Gali efek-efek kondisi pada hal pekerjaan, aktivitas, waktu luang, tanggung jawab peran, hubungan dan finansial.
2. Izinkan untuk berbagi kehilangan gaya hidup, kemandirian dan peran.
3. Bantu dalam mengidentifikasikan pola energi dan dalam menjadwalkan aktivitas sekitar pola ini.
4. Anjurkan klien untuk membuat keputusan yang mungkin meningkatkan kemampuan untuk mengatasi.
5. Bantu klien untuk menetapkan tujuan, menentukan pilihan dan memilih tindakan terbaik untuk diri sendiri.

d. Rasional

1. Penyakit dapat mempengaruhi secara negatif, konsep diri dan kemampuan klien untuk mencapai tujuan . secara spesifik keletihan gagal ginjal kronis dapat mempengaruhi kemampuan klien untuk bekerja dan bermain.
2. Klien dengan gagal ginjal kronis mengalami kehilangan formal diri mereka. Citra diri sebelumnya berubah secara negatif karena pembatasan gaya hidup, isolasi sosial, harapan tak terpenuhi dan ketergantungan orang lain

3. Penelaahan jadwal harian klien dapat membantu perawat dan klien merencanakan aktivitas yang meningkatkan perasaan makna diri dan martabat dan menjadwalkan periode istirahat yang tepat untuk mencegah kelelahan.
4. Konsep diri dapat ditingkatkan bila klien secara aktif mentaati keputusan berkenaan dengan kesehatan dan gaya hidup
5. Penelitian telah menunjukkan bahwa klien yang menyesuaikan tingkat aspirasi mereka untuk mencocokkan situasi baru mereka mempunyai kualitas hidup lebih tinggi.

4. Resiko tinggi terhadap inefektif penatalaksanaan regimen terapeutik yang berhubungan dengan insufiensi pengetahuan tentang kondisipembatasan diet, pencataan setiap hari, terapi farmakologis, tandadan gejala, komplikasi, kunjungan evaluasi dan sumber komunitas.
   a. Tujuan

      Inefektif penatalaksanaan regimen terapeutik tidak terjadi 2x24 jam
   b. Kriteria Hasil

      1. Klien mengerti tentang penyakit, regimen terapeutik dan pengobatan alternatif masa mendatang.
      2. Klien mampu dan siap untuk belajar menghambat keletihan dan stress.

c. Rencana Tindakan

1. Dorong klien untuk mengungkapkan ansietas, rasa takut dan pertanyaan.
2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat membantu memperkirakan ketidak patuhan karenanya kurang pengetahuan, ketidakpatuhan di rumah sakit, kegagalan untuk mencerap sifat keseriusan atau kekronisan gangguan, keyakinan bahwa kondisi akan hilang dengan sendirinya.
3. Libatkan orang terdekat dalam sesi penyuluhan, anjurkan mereka untuk memberikan dukungan tanpa bertindak sebagai polisi.
4. Bantu klien untuk mengidentifikasikan berat badan ideal atau yang diinginkannya.
5. Ajarkan klien untuk mencatat berat badan dan haluaran perkemihan setiap hari.
6. Jelaskan tanda dan gejala keseimbangan elektrolit dan pentingnya mengawasi dan melaporkannya.
7. Ajarkan klien tindakan untuk menurunkan resiko infeksi saluran perkemihan dengan cara :
   a. Lakukan higiene dengan tepat setelah toileting untuk mencegah kontaminasi dari saluran perkemihan.
   b. Minum jumlah maksimum cairan yang diizinkan untuk mencegah statis perkemihan.

8. Beri penguatan terhadap pentingnya mematuhi pembatasan diet dan cairan dan perawatan tindak lanjut.
9. Konsul dengan ahli diet mengenai rencana cairan dan diet keseluruhan.

d. Rasional

1. Mengenali rasa takut terhadap kegagalan untuk belajar adalah penting untuk keberhasilan penyuluhan.
2. Menunjukkan dengan terbuka adanya hambatan pada kepatuhan dapat membantu meminimalkan atau menghilangkan hambatan ini.
3. Orang terdekat harus menyadari tentang rencana tindakan sehingga mereka dapat mendukung klien, bersikap polisi pada klien dapat merusak hubungan positif.
4. Dengan menetapkan tujuan yang dapat dicapai dapat membantu memperbaiki kepatuhan.
5. pengukuran berat badan dan haluaran urine setiap hari memungkinkan klien memantau status cairannya sendiri dan membatasi masukan cairan berdasarkan status tersebut.
6. Deteksi dini ketidakseimbangan elektrolit.
7. Infeksi berulang dapat menyebabkan kerusakan ginjal lanjut.
8. Kepatuhan menurunkan resiko komplikasi.
9. Konsultasi mungkin diperlukan untuk instruksi khusus.

C. Pelaksanaan

Setelah rencana keperawatan disusun kemudian dilanjutkan dengan pelaksanaan yaitu melaksanakan apa yang telah direncanakan.

1. Diagnosa keperawatan pertama (tanggal 19 April 2001)

   Kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan penurunan kemampuan ginjal untuk mengeluarkan air dan menahan natrium.

   a. Memantau dan mendokumentasikan masukan dan haluaran tiap jam secara akurat. Respon, klien mematuhi apa yang dilakukan perawat dalam melakukan tindakan.

   b. 48 kg. Menimbang berat badan klien tiap hari. Respon, berat badan klien

   c. Memantau tekanan darah, Respon, tekanan darah 210/110mmHg, nadi 92 x/menit, suhu 37 C, Respirasi rate 24x/menit.

   d. Menganjurkan klien untuk berbaring dengan posisi semi fowler, Respon, klien mengatakan sesak nafas berkurang dan lebih nyaman.

   e. Mengkaji edema perifer, distensi vena leher dan peningkatan sesak nafas.Respon, adanya edema di jari-jari tangan kanan kiri dan terjadi peningkatan sesak nafas respirasi rate 24x/menit.

   f. Membatasi cairan sesuai program, pemberian obat-obat dengan makanan jika mungkin bagi cairan selama sehari. Respon , output dan input seimbang.

2. Diagnosa keperawatan kedua (tanggal 19 April 2001)

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan anoreksia, mual dan muntah.

a. Menerapkan tujuan nutrisional dengan klien atau keluarga dan merencanakan perawatan untuk mencapainya.

1. Mengkonsulkan ahli gizi untuk bantuan pengkajian nutrisi, mengidentifikasi tujuan nutrisi, meresepkan modifikasi diet dan memberikan instruksi nutrisi pada klien.Respon, diet klien TKRPRG.

a. Mempertegas instruksi diet dan memberikan materi untuk instruksi verbal.

b. Menyiapkan dan memberikan dorongan higiene oral yang baik sebelum dan sesudah makan. Respon, klien memperhatikan dan mencoba melakukan yang dianjurkan perawa,dan klien mengatakan ada selera untuk makan .

c. Memberikan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan dan membantu sesuai kebutuhan. Respon, klien merasa nyaman karena terciptanya lingkungan yang bersih.

d. memeriksa baki makan untuk mengetahui isinya dan mendorong klien untuk makan. Respon, klien mau makan walaupun tidak semua porsi habis tetapi ada perubahan, habis 3-5 sendok.

e. Menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering dalam keadaan hangat sesuai dengan diet yang diizinkan.

f. Mendokumentasikan semua masukan cairan dan makanan. Respon, dicatat semua masukan maupun haluaran cairan karena fungsi ginjal terganggu.

g. Mengevaluasi status nutrisi klien dan keefektifan diet dengan klien dan ahli diet. Respon, Diet klien harus diberikan dan sesuai dengan kebutuhan klien.

h. Melakukan kerja sama dengan klien untuk mengembangkan rencana memasukkan yang telah diresapkan secara berhasil kedalam gaya hidup sehari-hari klien.Respon, klien mau bekerja sama dan mematuhi apa yang dianjurkan tim medis.

3. Diagnosa keperawatan ketiga

Ketidakberdayaan yang berhubungan dengan kehilangan perasaan terhadap kontrol dan pembatasan gaya hidup.

a. Menggali efek- efek kondisi dalam hal pekerjaan, aktivitas waktu luang, tanggung jawab peran, hubungan dan finansial.

b. .Mengizinkan untuk berbagi kehilangan gaya hidup kemandirian dan peran. Respon, klien menceritakan keadaan dirinya tentang perannya dan gaya hidupnya.

c. Membantu dalam mengidentifikasikan pola energi dan dalam menjadwalkan aktivitas ekitar pola ini. Respon, klien menjadwal aktivitasnya.

d. Menganjurkan klien untuk membuat keputusan yang mengikuti meningkatkan kemampuan untuk mengatasi.Respon, klien mampu mengatasi perasaannya.

e. membantu klien untuk menetapkan tujuan, menentukan pilihan dan memilih tindakan terbaik untuk diri sendiri. Respon , klien mampu menentukan tujuan dan tindakanyang terbaik bagi dirinya.

4. Diagnosa keperawatan keempat (tanggal 19 April 2001)

Resiko tinggi terhadap inefektif penatalaksanaan regimen terapeutik yang berhubungan dengan insufisiensi pengetahuan tentang kondisi, pembatasan diet, pencatatan setiap hari, terapi farmakologis dan tanda atau gejala komplikasi

a. Mendorong klien untuk mengungkapkan ansietas, rasa takut dan pertanyaan. Respon , klien mengatakan bahwa dirinya cemas akan penyakitnya dan menanyakan tentang penyakitnya serta mengungkapkan bahwa ia ingin cepat pulang.

b. Mengidentifikasikan faktor-faktor yang dapat membantu memperkirakan ketidakpatuhan karena kurang pengetahuan.Respon, klien mengerti akan efek dari penyakitnya jika ia tidak patuh terhadap aturan atau anjuran tim medis.

c. Melibatkan orang terdekat dalam sesi penyuluhan dan menganjurkan mereka untuk memberikan dukungan tanpa bertindak sebagai polisi. Respon, keluarga membantu dan megajak klien dengan lembut tanpa menyinggung klien.

d. Membantu klien untuk mengidentifikasikan berat badan ideal atau yang diinginkan. Respon, klien berusaha mencoba mau menikkan berat badan yang ideal.

e. Mengajarkan klien un tuk mencatat berat badan dan haluaran perkemihan setiap hari. Respon, klien mau mencatat.

f. Menjelaskan tanda dan gejala ketidakseimbangan elektrolit dan pentingnya mengawasi dan melaporkan. Respon, klien memperhatikan dan memahami sehingga ia melaporkan.

g. Mengajarkan klien tindakan untuk menurunkan resiko infeksi saluran perkemihan dengan cara :

1. Melakukan higiene dengan tepat setelah toileting untuk mencegah kontaminasi dan saluran perkemihan.
2. Menganjurkan minum jumlah maximum cairan yang didzinkan untuk mencegah status perkemihan. Respon, klien melakukan higiene dengan tepat dan mentaati minum jumlah cairan yang diizinkan

h. Memberi penguatan terhadap pentingnya mematuhi pembatasan diet dan cairan dan perawatan tindak lanjut. Respon, klien semakin yakin akan pentingnya diet , cairan dan perawatan tindak lanjut.

i. Mengkonsulkan dengan ahli diet mengenai rencana cairan dan diet keseluruhan.Respon, diet gagal ginjal kronik TKRPRG (tinggi kalori rendah protein rendah garam).

D. Evaluasi

Evaluasi merupakan catatan perkembangan yang menyangkut pengumpulan data subyektif dan obyektif yamg menunjukkan apakah tujuan klien tercapai atau belum dan rencana selanjutnya dari pelaksanaan yang telah penulis lakukan, penulis dapat mengevaluasi sebagai berikut:

1. Diagnosa keperawatan 1 (tanggal 21 April 2001)

   S : Klien mengatakan sesak nafas berkurang,

   Klien mengatakan buang air kecil lancar

   O : Klien tampak tenang,respiratori rate 20x/menit,tekanan darah 140/100, nadi 80x/menit,tidak ada suara tambahan nafas, jari-jari tangan masih edema.

   A: Masalah teratasi sebagian

   P : Rencana tindakan dilanjutkan

2. Diagnosa keperawatan 2 (tanggal 21 April 2001)

   S : Klien mengatakan tidak mual dan tidak muntah serta nafsu makan meningkat.

   O : Porsi makanan yang disediakan habis 3 sampai 5 sendok, berat badan 48 kg, tekanan darah 140/110 mmHg.

A: Masalah teratasi sebagian

P: Rencana tindakan dilanjutkan

3. Diagnosa keperawatan 3 (tanggal 21 April 2001)

S : Klien mengatakan faham dan mampu mengontrol perasaan

O : Klien mampu mengambil keputusan yang terbaik bagi dirinya, mampu menjadwal aktivitas yang diinginkannya, dan mampu mengatasi masalah yang dihadapinya.

A : Masalah teratasi

P : Rencana di hentikan

4. Diagnosa keperawatan 4 (tanggal 21 April 2001)

S : Klien mengerti tentang penyakitnya dan perawatannya serta manfaat pengobatanya.

O : Klien rilex, klien tampak tenang, klien mampu menjawab saat diberi pertanyaan tentang penyakitnya, tekanan darah 140/100mmHg, nadi 80x/menit, suhu 37 ° C, respiratori rate 20x/menit.

A : Masalah teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan