

BAB III
LAPORAN KASUS

A. DATA KASUS KELOLAAN

I. DATA UMUM PASIEN

Hari/ tgl pengkajian : 15 Mei 2023
Oleh : Awanah Megawati
Tempat : Puskesmas Air Hitam

1. IDENTITAS

a. Identitas Klien

Nama : Nn. Q
Umur : 12 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Belum bekerja
Status : Belum menikah
Suku/bangsa : Jawa/ Indonesia
Alamat : Sri Menanti, Lampung Barat
Diagnosa medis : Diare

b. Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn. S
Umur : 54 tahun
Jenis kelamin : Laki- laki
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Swasta
Suku/bangsa : Jawa /Indonesia
Alamat : Sri Menanti, Lampung Barat
Hubungan dengan klien : Ayah kandung

2. PENGKAJIAN

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 15 Mei 2023, klien mengatakan perut terasa nyeri seperti mulas, sampai dengan siang ini pukul 09.00 WIB klien sudah BAB lebih dari 4 kali dengan konsistensi cair. Klien mengatakan bahwa sehari sebelum diare, klien makan rujak yang dibuat bersama temannya saat temannya datang kerumah, klien tahu bahwa dia tidak bisa makan pedas tetapi memaksa karena sungkan, klien mengatakan makan rujak bersama temannya tanpa cuci tangan terlebih dahulu dengan menggunakan tangan telanjang atau tidak memakai sendok. Hasil saat pengkajian awal sebagai berikut:

Tekanan darah : 110/80mmHg

Nadi : 80 x/menit

Pernafasan : 22 x/menit

Suhu tubuh : 36,4°C

Berat badan : 46 kg

Bising usus : 16x/menit

3. Riwayat kesehatan lalu

a. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang)

Klien tidak pernah sakit apapun kecuali sakit perut yang dialami sekarang ini.

b. Kecelakaan

Klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan.

c. Pernah dirawat

Klien belum pernah dirawat inap untuk sakit apapun.

d. Alergi

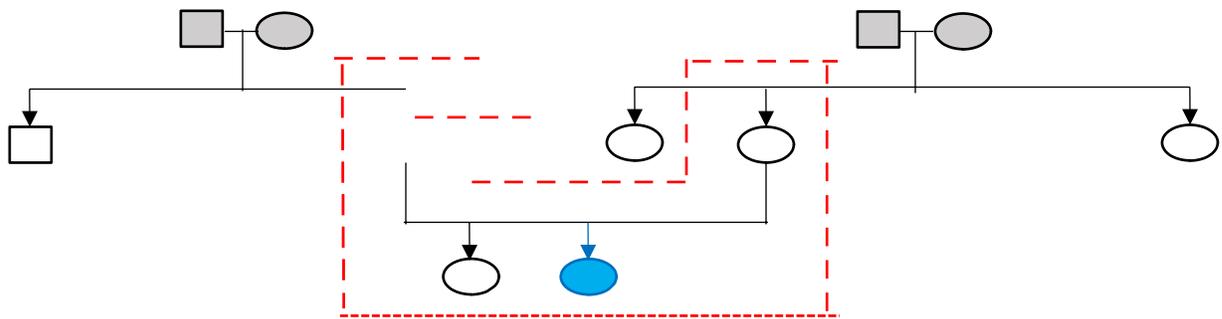
Klien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap apapun termasuk makanan, suhu, debu, dll.

e. Imunisasi

Klien mengatakan imunisasi lengkap.

4. Riwayat Kesehatan keluarga

a. Susunan kesehatan keluarga



■ ● : meninggal

□ : laki- laki ○

: perempuan

■ : klien/ Nn. Q

- - - - : tinggal serumah

b. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga

Klien mengatakan keluarga tidak memiliki keturunan penyakit tersebut.

c. Penyakit yang sedang diderita

Klien mengatakan keluarga tidak pernah memiliki sakit berat, termasuk hipertensi, diabetes melitus, dll.

5. Riwayat kesehatan lingkungan

a. Kebersihan rumah dan lingkungan

Berdasarkan hasil pengkajian secara objektif tampak kondisi rumah klien bersih, lantai kurang bersih karena lantai masih terbuat dari keramik, setiap sore hari selalu di pel, sirkulasi dan pencahayaan cukup.

- b. Kemungkinan terjadinya bahaya
Klien mengatakan tidak ada bahaya dirumah.

II. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL (DATA FOKUS)

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

a. Persepsi klien tentang kesehatan diri

Sebelum sakit, klien mengatakan mampu beraktivitas dengan lancar. Saat sakit, klien mengatakan mampu beraktivitas dengan lancar.

b. Pengetahuan dan persepsi klien tentang penyakit dan perawatannya

Sebelum sakit, klien mengatakan tidak mengetahui penyakit yang dideritanya. Saat sakit, klien mengatakan hanya tau bahwa diare adalah sering BAB namun tidak paham dengan bagaimana cara merawatnya.

c. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan

Sebelum sakit, klien mengatakan sering berjalan kaki dan terkadang senam. Saat sakit, klien mengatakan hanya di rumah karena merasa lemas.

d. Kemampuan klien untuk mengontrol kesehatan

Sebelum sakit, klien mengatakan biasanya berolahraga demi menjaga kesehatan. Saat sakit, klien mengatakan sementara ini tidak bisa melakukan olahraga.

e. Kebiasaan hidup

Sebelum sakit, klien mengatakan selalu bangun pagi karena selesai shalat subuh mengantar ibunya ke pasar untuk berjualan

Saat sakit, klien mengatakan untuk sementara tidak bisa membantu ibunya dikarenakan badannya masih lemas dan rasa ingin BAB.

f. Faktor sosioekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

Sebelum sakit, klien mengatakan memiliki BPJS jadi saat berobat ke Puskesmas tidak membayar.

Saat sakit, klien mengatakan memiliki BPJS jadi saat berobat ke Puskesmas tidak membayar.

2. Pola Nutrisi dan metabolik

a. Pola makan

Klien mengatakan sebelum sakit dan saat sakit, klien makan sehari 3x sehari, dengan porsi sedang, makanan selalu habis.

Saat sakit, klien mengatakan tidak nafsu makan, makan sehari hanya 2x sehari, dengan porsi kecil, makanan selalu tidak habis, seringkali masih sisa.

b. Apakah keadaan sakit saat mempengaruhi pola minum

Klien mengatakan tidak terganggu pola minumannya, sehari 8 gelas karena bagi klien minum itu penting untuk mempercepat kesembuhan penyakitnya

c. Makanan yang disukai klien

Klien mengatakan suka makanan berkuah, terkadang juga suka mengonsumsi junkfood fastfood seperti burger, kebab, seblak, cilok, dll

d. Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut yang mempengaruhi diet

Klien mengatakan tidak pernah diet, ketika mau makan dan minum klien selaluberdoa dan mencuci tangan.

e. Kebiasaan mengonsumsi vitamin/obat penambah nafsu makan

Klien mengatakan tidak pernah mengonsumsi suplemen penambah nafsumakan atau obat-obatan tertentu.

f. Keluhan dalam makan

Sebelum sakit, klien mengatakan tidak memiliki keluhan dalam makan seperti mual atau muntah.

Saat sakit, klien mengatakan tidak nafsu makan karena setiap perut terisimakanan rasa ingin BAB selalu ada.

g. Adakah penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir. Sebelum sakit : BB klien 45 kg

Saat sakit : BB klien 45 kg

BB tidak ada penurunan sebelum dan saat ini IMT : $(BB : TB^2) = (45 : 154) = 19,0$ (normal)

BB ideal : $(TB-100) - ((TB-100) \times 10\%) = (154-100) - ((54) \times 10\%) = 48,6\text{kg}$

Kebutuhan kalori orang dewasa perempuan adalah 2500 kalori.

h. Pola minum

Klien mengatakan sebelum sakit dan saat sakit, klien minum lebih dari 8 gelas sehari.

i. Bila klien terpasang infus berapa cairan yang masuk dalam sehari
Klien tidak dipasang infus karena klien berada di rumah

j. Adanya keluhan demam

Klien tidak mengeluhkan adanya demam, suhu normal $36,4^{\circ}\text{C}$.

3. Pola eliminasi

a. Eliminasi feses

Sebelum sakit, klien mengatakan BAB sehari sekali pada saat bangun tidur setelah shalat subuh berjamaah. Feses lembek padat, bau khas, warna kuning.

Saat sakit, klien mengatakan sampai dengan pukul 10.00 klien sudah BAB lebih dari 4 kali dengan konsistensi cair.

b. Pola BAK

Klien mengatakan sebelum sakit dan saat ini, BAK 4-5 kali dalam sehari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan nyeri saat/ setelah BAK.

4. Pola aktifitas dan latihan

Klien mengatakan sebelum sakit dan saat sakit klien masih mampu melakukan semua aktifitas secara mandiri (mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah, kontinen, makan)

Nilai indek katz A (semua aktivitas dilakukan secara mandiri tanpa terkecuali)

No	Aktivitas	Dibantu	Mandiri
1	Mandi	-	√
2	Berpakaian	-	√
3	Ke toilet	-	√
4	Berpindah	-	√
5	Kontinen	-	√
6	Makan	-	√

5. Pola Istirahat dan Tidur

a. Kebiasaan Tidur

Sebelum sakit, klien mengatakan tidur 7-8 jam di malam hari, tidur siang 1-2jam.

Saat sakit, klien mengatakan tidur 7-8 jam di malam hari, tidak tidur siang.

b. Kesulitan tidur

Klien mengatakan tidak ada keluhan atau kesulitan dalam tidur.

6. Pola Kognitif-Preseptual sensori

a. Keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensasi (penglihatan, pendengaran)

Klien mengatakan sebelum sakit dan saat sakit, tidak ada keluhan pada panca inderanya

b. Kemampuan kognitif

Klien mengatakan sebelum sakit dan saat ini, tidak ada kemampuan kognitif yang terganggu, semua berjalan dengan normal

c. Kesulitan yang dialami

Sebelum sakit, klien mengatakan tidak ada keluhan terkait kesehatannya. Saat sakit, klien mengatakan khawatir dengan kondisinya saat ini.

d. Presepsi terhadap nyeri

Sebelum sakit, klien tidak ada gangguan rasa nyaman nyeri.

Saat ini, klien mengatakan merasa perutnya sakit dengan karakteristik:

P : proses infeksi

Q : seperti diremas-remas

R : abdomen

S : skala 6

T : terus menerus

7. Pola persepsi diri dan konsep diri

a. Persepsi diri

Klien mengatakan dirinya adalah gadis yang kuat, tidak akan menyerah dengan penyakit yang ada, klien tetap berusaha beraktivitas meskipun harus bolak balik kamar mandi/ WC

b. Status emosional

Klien mengatakan sakit bukanlah sesuatu yang harus ditanggapi dengan emosi, justru nanti badannya akan semakin sakit jika ditambah emosi, cukup di syukuri, berdoa dan berusaha agar cepat sembuh

c. Konsep diri :

1) Citra diri / body image

Sebelum sakit, klien merasa tubuhnya kuat, segar, dan sehat

Saat sakit, klien mengatakan masih kurang dalam menjaga kebersihan diri

2) Identitas

Klien mengatakan dirinya adalah seorang anak, yang memiliki 3 bersaudara, klien adalah anak nomor dua/ anak tengah.

3) Peran

Klien adalah seorang anak, saat ini sedang berusaha menjalani aktivitas sebagai calon mahasiswa dan seorang pekerja sekaligus

4) Ideal diri

Klien mengatakan menjadi seorang perempuan harus kuat, karena di era global seperti saat ini menjadi bodoh atau pintar adalah sebuah pilihan yang harus dipilih oleh setiap orang dengan berbagai resiko dan perjuangan.

5) Harga diri

Klien mengatakan dirinya adalah seorang yang suka bertanggung jawab atas dirinya sendiri, klien mengatakan dalam hidup harus berjuang untuk mempertahankan harga diri dengan baik.

8. Pola mekanisme koping

a. Bagaimana klien dalam mengambil keputusan

Klien selalu mempertimbangkan masukan dan saran dari orang sekitar terutama keluarga seperti ibu, ayah, kakak dan adiknya

b. Yang dilakukan jika menghadapi masalah

Klien mengatakan saat dalam masalah hendaknya selalu tabah dengan tetap berusaha dan banyak istighfar

c. Bagaimana upaya klien menghadapi masalahnya sekarang

Klien mengatakan sudah berusaha untuk minum obat entrostop yang beli diwarung namun belum mampet juga BAB nya.

d. Menurut klien apa yang dilakukan perawat atau petugas medis agar klien merasanyaman

Klien mengatakan semua petugas medis sudah barang tentu melakukan yang terbaik untuk pasiennya karena sudah menjadi panggilan jiwa mereka sebagai malaikat tak bersayap istilahnya.

9. Pola seksual-reproduksi

a. Bagaimana pemahaman klien tentang fungsi seksual Klien mengatakan sedikit tahu tentang ilmu sexiologi.

b. Adakah gangguan hubungan seksual disebabkan berbagai kondisi Klien mengatakan belum menikah.

10. Pola peran-hubungan dengan orang lain

a. Kemampuan klien dalam berkomunikasi

Klien mengatakan tidak ada hambatan komunikasi verbal

b. Siapa orang yang terdekat dan lebih berpengaruh pada klien

Klien mengatakan orang yang paling berpengaruh dalam hidupnya adalah ibunya

c. Kepada siapa klien meminta bantuan bila mempunyai masalah

Klien mengatakan selain kepada Allah, klien biasanya mengadu ke keluarga

d. Adakah kesulitan dalam keluarga Klien mengatakan tidak ada.

11. Pola nilai dan kepercayaan

a. Bagaimana klien menjalankan kegiatan agama atau kepercayaan Klien mengatakan selalu shalat wajib, terkadang juga shalat sunah.

b. Masalah yang berkaitan dengan aktifitasnya tersebut selama dirawat

Klien mengatakan aktivitas sedikit terganggu karena perut sering merasa mulas

- c. Adakah keyakinan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan Klien mengatakan tidak ada.
- d. Adakah pertentangan nilai/keyakinan/kebudayaan pada pengobatan yang dijalani Klien mengatakan tidak ada.

III. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

1. Kesadaran

Pengkajian CGS : E:4, V:5, M:6 Tingkat Kesadaran : Composmentis

2. Penampilan: Lemah

3. Vital sign

TD : 110/80mmHg

Nadi : 80 x/menit

Pernafasan : 22 x/menit

Suhu tubuh : 36,4°C

Berat badan : 46 kg

Bising usus : 16x/menit

4. Kepala, bentuk kepala mesocephal, warna rambut hitam, bersih, tidak ada massa, dan tidak ada nyeri tekan. Mata, simetris, pupil isokor, sclera tidak ikterik, conjunctiva tidak anemis, dan tidak ada nyeri tekan.
5. Hidung, tidak ada polip, tidak ada pembengkakan, tidak ada secret, tidak ada cuping hidung.
6. Telinga, simetris, tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa dan klien tidak perlu disentuh ketika dipanggil.
7. Mulut dan tenggorokan, mukosa mulut agak kering, tidak sianosis, lidah tidak sulit untuk digerakkan, dan tidak ada gangguan menelan.

8. Dada

Jantung

Inspeksi : tidak tampak ictus cordis

Palpasi : ictus cordis teraba pada ICS 5 midclavicula

Perkusi : pekak

Auskultasi : s1 s2 regular, lub dub
 Paru- paru
 Inspeksi : simetris, tidak ada benjolan
 Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan
 Perkusi : sonor
 Auskultasi : vesikuler

9. Abdomen

Inspeksi : tidak tampak lesi
 Auskultasi : bising usus 16x/menit
 Perkusi : tympani
 Palpasi : ada nyeri tekan

10. Genetalia didapatkan area genetial bersih, tidak ada tanda- tanda infeksi, tidak terpasang kateter, tidak ada hemoroid.

11. Ekstremitas atas dan bawah

Kuku pendek dan bersih, tidak ada oedem, tidak menggunakan alat bantu gerak, pergerakan normal, tidak terpasang infus.

5	5
5	5

12. Kulit, didapatkan kulit bersih, warna sawo matang, turgor kulit baik, kulit tidak kering, tidak ada edema.

13. Data penunjang

Pengobatan dengan obat oral secara mandiri beli di warung terdekat (pil entrostop)

B. ANALISA DATA

No	Data Fokus	Masalah	Etiologi
1	DS: klien mengatakan sering merasa mulas, sudah BAB lebih dari 4kali dalam sehari dengan konsistensi cair DO: klien tampak lemas, BU: 16x/menit	Diare (D.0020)	proses infeksi (SDKI D.0020)
2	DS: klien mengatakan tidak ada nafsu makan karena perut terasa kram melilit selalu ingin BAB DO: klien tampak tidak menghabiskan makanannya, membrane mukosa pucat	Defisit nutrisi (D.0019)	Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
3	DS : klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakit diare DO : - klien tampak belum mampu menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik - klien tampak bertanya tentang masalah yang dihadapi	Defisit pengetahuan(D.0111)	Kurangnya terpapar informasi

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN PRIORITAS (SDKI)

1. Diare berkaitan dengan malabsorpsi (D.0020)
2. Defisit nutrisi berkaitan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (D.0019)
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi (D.0111)

D. RENCANA INTERVENSI KEPERAWATAN

TGL	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
15 Mei 2023	(SDKI- D.0020) Diare berhubungan dengan proses infeksi	(SLKI- L.04033) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam Diharapkan : SLKI : Eliminasi Fekal Ekspetasi : Membaik Dengan kriteria hasil - Konsistensi feses membaik - Frekuensi defekasi membaik - Peristaltik usus membaik	<p>Manajemen diare</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Identifikasi penyebab diare (mis, inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointertinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stress, efek obat-obatan, pemberian botol susu) 8. Identifikasi riwayat pemberian makanan 9. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 10. Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis, takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun) 11. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 12. Monitor jumlah pengeluaran diare 13. Monitor keamanan penyajian makanan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Berikan asupan cairan oral (mis, larutan garam gula, oralit, pedalyte, renalyte) 15. Berikan cairan intravena (mis, ringer asetat, ringer laktat), jika perlu 16. Berikan seduhan daun jambu biji untuk menurunkan frekuensi diare <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 18. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI 19. Ajarkan cara pemberian daun jambu biji menggunakan leaflet <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 20. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis, loperamide, defenoksilat) 21. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis, atapulgit, smektit, krolin-pektin)

E. HASIL IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

NO	Tanggal/ Waktu	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1	16 Mei 2023 09.00 wib	(SDKI- D.0020) Diare berhubungan dengan proses infeksi	<p>Manajemen diare</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab diare (mis, inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointertinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stress, efek obat-obatan, pemberian botol susu) 2. Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan 3. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 4. Memonitor tanda dan gejala hypovolemia (mis, takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun) 5. Memonitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 6. Memonitor jumlah pengeluaran diare 7. Memonitor keamanan penyediaan makanan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Memberikan asupan cairan oral (mis, larutan garam gula, oralit, pedialyte, renalyte) 9. Memberikan cairan intravena (mis, ringer asetat, ringer laktat), jika perlu 10. Memberikan seduhan daun jambu biji untuk menurunkan frekuensi diare <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 12. Mengajarkan cara pemberian seduhan daun jambu biji menggunakan leaflet <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis, loperamide, defenoksilat) 14. Kolaborasi pemberian obat penguat feses (mis, atapulgit, smektit, krolin-pektin) 	<p>S:</p> <p>klien mengatakan sering merasa mulas, sudah BAB lebih dari 4kali dalam sehari dengan konsistensi cair. Ibu klien mengatakan anak mau seduhan daun jambu biji tetapi hanya sedikit</p> <p>O :</p> <p>✓ Keadaan umum</p> <p>:</p> <p>✓ Lemah</p> <p>✓ klien tampak lemas, BU: 16x/menit.</p> <p>A : Masalah sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p>

2	15 Mei 2023 09.00 wib	(SDKI- D.0020) Diare berhubungan dengan proses infeksi	<p>Manajemen diare</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 2. Memonitor tanda dan gejala hypovolemia (mis, takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun) 3. Memonitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 4. Memonitor jumlah pengeluaran diare 5. Memonitor keamanan penyajian makanan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Memberikan cairan intravena (mis, ringer asetat, ringer laktat), jika perlu 7. Memberikan seduhan jambu biji untuk menurunkan frekuensi diare <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Mengajarkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 9. Mengajarkan cara pemberian seduhan daun jambu biji menggunakan leaflet <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis, loperamide, defenoksilat) 11. Kolaborasi pemberian obat penguat feses (mis, atapulgit, smektit, krolin-pektin) 	<p>S:</p> <p>klien mengatakan mual berkurang, sudah BAB 3 kali dalam sehari dengan konsistensi berampas. Ibu klien mengatakan anak mau minum seduhan daun jambu biji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Keadaan umum : Lemah ✓ klien tampak masih lemas, BU: 16x/menit. <p>A : Masalah sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p>
---	-----------------------------	---	---	---