

## BAB III

### LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

#### A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas pasien	Penanggung Jawab:
Nama : Ny. S	Nama : Tn. S
Umur : 56 tahun	Umur : 43 tahun
Pendidikan : SD	Pendidikan : S1
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga	Pekerjaan : Pegawai Swasta
Status perkawinan : Kawin	Alamat : Jembrana
Agama : Hindu	
Suku : Bali	
Alamat : Jembrana	
No. RM : 20.00.xx	
Tanggal pengkajian : 9 April 2026 pukul 14.00 WITA	
Sumber Informasi : Pasien, rekam medis	

#### 2. Alasan dirawat

##### a. Alasan ke Rumah Sakit

Ny. S datang ke RSUD Bali Mandara pada Kamis, 9 April 2026 pukul 08.00 WITA untuk menjalani kemoterapi seri ke lima atau setiap 21 hari sebagai bagian dari terapi kanker payudara yang sedang dijalannya.

##### b. Keluhan saat dikaji

Pada saat pengkajian post kemoterapi Kamis, 9 April 2026 pukul 14.00 WITA, Ny. S mengatakan sebelum dan saat menjalani kemoterapi kondisinya baik dan tidak ada keluhan. Namun, satu jam setelah kemoterapi Ny. S mulai mengeluh

mual dan merasa ingin muntah, mengalami *retching* sebanyak 5-6x. Ny. S mengatakan tenggorokan terasa tidak nyaman, mulut terasa asam, serta sering mengeluarkan dan menelan saliva karena produksi liur yang meningkat. Ny. S juga mengatakan badan terasa lemas, tampak pucat, dan nafsu makan menurun sehingga aktivitas sehari-hari menjadi terganggu akibat rasa mual yang dirasakan. Setelah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, didapatkan hasil TD: 104/66 mmHg, N: 110x/menit, RR: 22 x/menit, SpO2: 99%, suhu: 36,5<sup>0</sup>C kesadaran: composmentis dan KU: lemah.

### 3. Riwayat kesehatan

#### a. Riwayat kesehatan sekarang

Ny. S mengatakan awal mula mengetahui adanya kelainan yaitu mengeluh terdapat benjolan tanpa nyeri di payudara kanan dan menjalar ke ketiak dan lengan kanan atas, sudah sejak tahun lalu, namun baru berani memeriksakan diri ke rumah sakit tujuh bulan yang lalu yaitu pada 11 September 2025 di RSUD Negara. Ny. S kemudian diberikan obat, namun setelah obat habis keluhan tak kunjung membaik, Ny. S mengatakan masih merasakan adanya benjolan pada payudara kanan, dengan keluhan kesemutan yang merambat ke lengan kanan hingga ke punggung.

Pada tanggal 19 September 2025 Ny. S kembali memeriksakan diri ke rumah sakit yang sama untuk pemeriksaan lebih lanjut. Ny. S disarankan untuk melakukan USG pada tanggal 9 Oktober 2025, dari hasil USG tersebut ditemukan terdapat jaringan yang dicurigai tumor, pasien lalu disarankan untuk melakukan biopsi pada tanggal 18 Oktober 2025. Setelah tindakan biopsi, didapatkan diagnose medis yaitu *invasive lobular carcinoma grade 2*. Ny. S kemudian di berikan rujukan ke RSUD Bali Mandara untuk melakukan pengobatan lebih lanjut. Setelah dipikirkan dengan

matang dan berunding bersama keluarga, Ny. S datang ke Poli Bedah Onkologi RSUD Bali Mandara pada tanggal 20 Oktober 2025 untuk menjalani pemeriksaan dan pengobatan selanjutnya. Pada tanggal 27 Oktober 2025, Ny. S dijadwalkan untuk melakukan kemoterapi pertama di Ruang Kemoterapi, obat yang didapatkan yaitu paclitaxel 230 mg dan doxorubicin 80 mg. Saat ini Ny. S hanya di berikan antiemetik Sucralfat 3x5 ml/hari atau jika mengalami muntah lebih lanjut.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Ny. S memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 3 tahun yang lalu, terkontrol dan rutin minum obat amlodipine 10 mg 1x1 tablet. Riwayat penyakit kronis seperti diabetes mellitus dan gangguan jantung serta paru disangkal.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Ny. S mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama yaitu Kanker payudara selain dirinya. Riwayat penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes mellitus dan penyakit jantung disangkal.

4. Riwayat obstetri dan ginekologi

Ny. S mengatakan menstruasi pada usia 13 tahun, tidak ada keluhan saat menstruasi selama lima sampai enam hari tiap siklus, siklus menstruasi teratur yaitu 28-30 hari. Ny. S mengatakan menikah hanya sekali, memiliki tiga anak dan ketiga anaknya lahir aterm pervaginam. Ny. S mengatakan pernah menggunakan alat kontrasepsi sebagai upaya mengatur jarak kehamilan. Jenis kontrasepsi yang pernah digunakan adalah kontrasepsi hormonal. Namun, saat ini Ny. S sudah tidak menggunakan alat kontrasepsi dari 2 tahun yang lalu setelah suaminya meninggal.

5. Pola fungsional kesehatan

a. Pola manajemen kesehatan dan persepsi kesehatan

Ny. S memahami bahwa dirinya sedang menjalani pengobatan kanker payudara dan rutin mengikuti program kemoterapi sesuai jadwal yang ditentukan. Ny. S memiliki keinginan untuk sembuh dan kooperatif selama menjalani perawatan. Ny. S juga mematuhi anjuran tenaga kesehatan terkait pengobatan dan perawatan di rumah.

b. Pola metabolik dan nutrisi

Ny. S mengeluh mual setelah menjalani kemoterapi, merasa ingin muntah, dan mengalami penurunan nafsu makan. Ny. S menyatakan rasa asam di mulut dan tidak berminat untuk makan karena rasa mual yang dirasakan. Tampak peningkatan produksi saliva, sering menelan, dan wajah terlihat pucat. Kondisi ini menyebabkan asupan nutrisi menjadi menurun.

c. Pola eliminasi

Pola eliminasi Ny. S tidak mengalami gangguan. Ny. S dapat buang air kecil dan buang air besar secara mandiri dengan frekuensi yang normal sesuai kebiasaan. Namun warna urine dan feses berubah karena efek obat kemoterapi.

d. Pola aktivitas dan latihan

Ny. S masih mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, namun aktivitas menjadi sedikit terbatas karena rasa lemas dan ketidaknyamanan akibat mual post kemoterapi. Ny. S lebih banyak beristirahat untuk mengurangi keluhan yang dirasakan.

e. Pola istirahat dan tidur

Istirahat dan tidur Ny. S cukup, meskipun terkadang terganggu oleh rasa tidak nyaman akibat mual. Ny. S berusaha beristirahat lebih banyak untuk memulihkan kondisi tubuh setelah menjalani kemoterapi.

f. Pola persepsi - kognitif

Ny. S dalam keadaan sadar penuh, mampu berkomunikasi dengan baik, serta dapat menjawab pertanyaan dengan tepat. Ny. S dapat mengenali dan mengungkapkan keluhan yang dirasakan, terutama mual, keinginan muntah, dan penurunan nafsu makan. Ny. S mengeluhkan daya ingat berkurang dan mudah lupa terhadap hal-hal kecil.

g. Pola konsep diri - persepsi diri

Ny. S menerima kondisi penyakitnya meskipun terkadang merasa khawatir terhadap proses pengobatan dan kondisi kesehatannya. Ny. S mengatakan terkadang kurang percaya diri dengan kondisi saat ini seperti rambutnya yang rontok dan perubahan bentuk tubuhnya.

h. Pola hubungan dan peran

Ny. S memiliki hubungan yang baik dengan keluarga. Keluarga memberikan dukungan emosional, membantu dalam perawatan, serta mendampingi pasien selama menjalani pengobatan.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

Ny. S dapat memahami perubahan kondisi fisik yang dialaminya akibat penyakit dan pengobatan. Untuk sementara, kebutuhan seksual bukan menjadi prioritas utama karena fokus pada proses penyembuhan.

j. Pola toleransi terhadap stress-koping

Ny. S berusaha menghadapi penyakit dengan sabar dan menerima kondisi yang dialami. Saat merasa cemas atau tidak nyaman, Ny. S biasanya berbagi cerita dengan keluarga atau orang terdekat. Dukungan keluarga membantu pasien dalam mengatasi stres selama menjalani pengobatan.

k. Pola keyakinan-nilai

Ny. S meyakini bahwa pengobatan dan doa merupakan bagian penting dalam proses kesembuhan. Ny. S tetap menjalankan ibadah sesuai keyakinannya dan menjadikan spiritualitas sebagai sumber kekuatan dalam menghadapi penyakit.

6. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Ny. S tampak lemah, tampak pucat, tidak nyaman akibat mual yang dirasakan kesadaran, kesadaran *composmentis* GSC 15 (E4, V5, M6), keadaan umum lemah. Posisi pasien lebih sering berbaring. TTV: Tekanan darah: 104/66 mmHg, Nadi: 110 x/menit, Respirasi: 22 x/ menit, SpO<sub>2</sub>: 99%, suhu: 36,5<sup>0</sup>C.

b. Pemeriksaan *head to toe*

1) Kepala dan wajah

Pada pemeriksaan kepala, bentuk kepala simetris, kulit kepala tampak bersih dan tidak terdapat lesi maupun benjolan. Rambut tidak tampak karena pasien mengalami kerontokan rambut (*alopecia*) sebagai efek samping dari terapi kemoterapi yang sedang dijalani. Mata simetris, konjungtiva tampak pucat, sklera anikterik. Pupil isokor, refleks cahaya positif kanan dan kiri. Tidak ada sekret, hidung tampak bersih. Bibir tampak kering, pasien mengeluh rasa asam dimulut,

tidak nyaman di tenggorokan dan merasa mual. Ny. S tampak sering menelan karena mual dan saliva meningkat. Tidak terdapat lesi pada rongga mulut.

#### 2) Leher

Leher simetris, tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dan tidak terdapat peningkatan tekanan vena jugularis.

#### 3) Dada

Pada pemeriksaan dada, terdapat benjolan tanpa nyeri di payudara kanan dan menjalar ke ketiak serta lengan kanan atas. Terdapat luka bekas operasi biopsy di payudara kanan namun sudah pulih. Pada payudara kiri, bentuk normal, tidak ditemukan benjolan. Pergerakan dinding dada kanan dan kiri sama. Frekuensi napas 22x/menit, irama teratur. Suara napas vesikuler, tidak terdengar suara napas tambahan seperti wheezing atau ronki. Bunyi jantung S1 (Lub) dan S2 (Dub) terdengar jelas, irama teratur. Nadi teraba cepat dengan frekuensi 110x/menit.

#### 4) Abdomen

Abdomen datar dan simetris. Bising usus terdengar normal yaitu 15x/menit. Tidak terdapat distensi abdomen. Pada palpasi ditemukan nyeri tekan pada epigastrium dan tidak terdapat maupun massa atau pembesaran organ. Pasien mengeluh mual dan muntah pasca kemoterapi. Tidak ditemukan *ascites* atau penumpukan cairan berlebih dalam rongga perut.

#### 5) Genetalia

Ny. S mengatakan tidak ada keluhan pada sistem reproduksi atau perkemihan, seperti nyeri, lesi, gatal, keputihan maupun keluhan saat berkemih. Berdasarkan anamnesis, tidak terdapat masalah pada area genetalia.

6) Anus

Ny. S mengatakan tidak ada keluhan pada anus, seperti nyeri, lesi, perdarahan dan hemoroid.

7) Ekstremitas

Ekstremitas atas dan bawah simetris, tidak terdapat edema dan varises. Kekuatan otot baik, namun pasien tampak lemas. Akral hangat, pengisian kapiler kurang dari dua detik.

8) Integumen

Kulit pasien tampak pucat, bersih, dan teraba hangat. Turgor kulit baik, elastisitas kembali cepat, serta kelembapan kulit cukup. Tidak terdapat lesi, ruam, luka, edema, maupun perdarahan spontan. Pengisian kapiler kurang dari dua detik, menandakan perfusi perifer baik. Rambut tidak tampak karena *alopecia* akibat kemoterapi. Kuku tampak bersih dan tidak sianosis.

7. Diagnosa medis yaitu *Carcinoma mammae dextra grade 2*

8. Data penunjang

**Tabel 4.**

**Data Penunjang Keperawatan Nausea dengan Terapi Akupresur ST36 (Zusanli) Pada Ny. S Post Kemoterapi di RSUD Bali Mandara Tahun 2026**

---

a. Pemeriksaan laboratorium	Tanggal 18/102025 Lokasi: <i>Mammae Dextra</i> Cara Perolehan: <i>Biopsi Insisi</i> Keterangan klinik: Tumor <i>mamae dextra</i> , sups, ganas, T3N2Mx Makroskopik: Diterima satu tempat sediaan bertuliskan ID pasien, berisi satu potongan jaringan berukuran 2,2 x 1,8 x 1 cm. pada irisan tampak tumor <i>infiltrative</i> diantara jaringan lemak, berwarna putih, konsistensi padat kenyal. Jaringan cetak seluruhnya dalam dua kaset.
-----------------------------	---

---

	<p>Mikroskopik:</p> <p>Sediaan berasal dari tumor <i>mamae dextra</i>, tersusun atas sel-sel epitel neoplastic dengan N/C ratio meningkat, inti pleomorfik, sebagian kromatin inti kasar dengan anak inti <i>prominent</i>, sebagian <i>hiperkromatik</i>, membrane inti irregular. Ditemukan mitosis 9/10 hpf. Sel-sel epitel <i>neoplastic</i> tersebut sebagian membentik pola single file dan sebagian lainnya menunjukkan pola sarang-sarang solid serta fokus-fokus <i>torgetoid pattern</i>, <i>invasive</i> diantara jaringan ikat dan jaringan lemak. Infiltrasi limfosit tumor (TIL) derajat sedang, tidak ditemukan kesan invasi <i>limfovaskular</i> pada sediaan ini</p> <p>Kesimpulan: <i>Mamae dextra</i>, <i>biopsi insisi</i> yaitu <i>invasive lobular carcinoma grade 2</i></p>
b. USG	<p>Tanggal 09/10/2025</p> <p>Pemeriksaan USG <i>mammae</i> kanan:</p> <p>Jaringan kutis dan subkutis dalam batas normal. Tampak <i>parenchym mammae</i> normal. Tampak massa solid <i>ireguler</i> batas tidak tegas <i>hypoechoic</i> dengan tepi angulate arah jam 9 <i>mammae</i> kanan ± 3cm dari <i>nipple</i>, ukuran ± 3,20 x 1,58 x 3,00 cm. Pada DCUS tampak peningkatan <i>vascularisis</i> perilensi. Tidak tampak klasifikasi maupun distorsi jaringan. Tidak tampak penebalan kulit maupun retraksi <i>papilla</i>.</p> <p><i>Axilla</i>:</p> <p>Tampak pembesaran kelenjar <i>axilla</i> kanan, hilar fat (+) ukuran ± 2,63 x 0,85 cm.</p> <p>Kesan:</p> <p><i>Masa solid hypoechoic</i> tepi angulate batas tidak tegas arah jam 9 <i>mammae</i> kanan, <i>sups maligna</i>. <i>Non-suspicious lymphadenopathy axilla</i> kanan.</p>
c. Pemeriksaan imunohistokimia	<p>Tanggal 13/11/2025</p> <p>Data awal: Diagnosis PA yaitu <i>Invasive Lobular Caecinoma Grade 2</i></p> <p>Hasil Imunohistokimia:</p> <p>ER positif/terwarnai ± 80% pada inti sel tumor (intensitas sedang sampai kuat).</p> <p>PR negatif/tidak terwarnai pada inti sel tumor.</p> <p>HER2 rendah (score 1+)/terwarnai dengan intensitas lemah sampai sedang, tidak melingkar utuh pada membran sel tumor, jumlah ≥ 10%.</p>

K167 positif/terwarnai  $\pm$  30% pada inti sel tumor  
(intensitas kuat)

## B. Diagnosis Keperawatan

Penegakan diagnosis keperawatan yang sistematis dilakukan berdasarkan dua tahapan yaitu analisis data dan perumusan diagnosis pada pasien kanker payudara.

### 1. Analisis data

Tabel 5.

**Analisis Data Keperawatan Nausea dengan Terapi Akupresur  
ST36 (Zusanli) Pada Ny. S Post Kemoterapi  
di RSUD Bali Mandara Tahun 2026**

Data 1	Etiologi 2	Masalah Keperawatan 3
<b>Data Subjektif:</b>	Kondisi klinis terkait:	<b>Nausea (D.0076)</b>
a. Pasien mengeluh mual	Kanker payudara	
b. Pasien merasa ingin muntah	↓ Efek agen farmakologis	
c. Mengalami <i>retching</i> sebanyak 5-6x	(obat kemoterapi: paclitaxel dan doxorubicin)	
d. Pasien mengatakan tidak nyaman pada tenggorokannya	↓ Iritasi mukosa gastrointestinal	
e. Merasa asam dimulut	↓ Pelepasan Serotonin	
f. Pasien mengatakan sering menelan	↓ Aktivasi <i>Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ)</i>	
g. Pasien mengatakan badan terasa lemas	↓ <b>Nausea</b>	
h. Pasien mengatakan nafsu makan menurun		
i. Pasien mengatakan tidak berminat makan		

<b>Data</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Masalah Keperawatan</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Data Objektif:</b>		
a. Pasien tampak pucat		
b. Produksi saliva tampak meningkat		
c. Hasil pemeriksaan nadi: 110x /menit (takikardia)		

## **2. Rumusan diagnosis keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisis data, maka diagnosis keperawatan yang dapat dirumuskan yaitu nausea (D.0076), berhubungan dengan efek agen farmakologis (obat kemoterapi: paclitaxel dan doxorubicin), dibuktikan dengan pasien mengeluh mual, merasa ingin muntah, mengeluh *retching* sebanyak 5-6x, mengatakan tidak nyaman pada tenggorokannya, tidak berminat makan, merasa asam dimulut, sering menelan, saliva meningkat, tampak pucat dan hasil pemeriksaan nadi yaitu 110x /menit (takikardia).

### C. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien Ny. S berfokus pada diagnosis keperawatan nausea sebagai berikut:

**Tabel 6.**

**Rencana Keperawatan Nausea dengan Terapi Akupresur  
ST36 (Zusanli) Pada Ny. S Post Kemoterapi  
di RSUD Bali Mandara Tahun 2026**

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	2	3	4
<p><b>Nausea (D.0076)</b> berhubungan dengan efek agen farmakologis (obat kemoterapi: paclitaxel dan doxorubicin), dibuktikan dengan pasien mengeluh mual, merasa ingin muntah, mengeluh <i>retching</i> sebanyak 5-6x, mengatakan tidak nyaman pada tenggorokannya, tidak berminat makan, merasa asam dimulut, sering menelan, saliva meningkat,</p>	<p><b>Tingkat Nausea (L.08065)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan dalam tiga kali kunjungan selama 50 menit maka diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nafsu makan meningkat (5)</li> <li>2. Keluhan mual menurun (5)</li> <li>3. Perasaan ingin muntah</li> </ol>	<p><b>Intervensi utama 1. Manajemen Mual (I.03117)</b> Observasi a. Identifikasi pengalaman mual dampak mual terhadap kualitas hidup (nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) c. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual d. Monitor mual (frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) e. Monitor asupan nutrisi dan kalori Terapeutik a. Kendalikan faktor</p>	<p><b>Intervensi utama 1. Manajemen Mual (I.03117)</b> Observasi a. Mengetahui karakteristik, pemicu, dan respons pasien terhadap mual sehingga intervensi dapat disesuaikan b. Membantu menilai sejauh mana mual memengaruhi kualitas hidup pasien c. Membantu mengetahui efektivitas terapi yang telah diberikan d. Membantu mengevaluasi perkembangan kondisi pasien</p>

<b>Diagnosis Keperawatan (SDKI)</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)</b>	<b>Intervensi Keperawatan (SIKI)</b>	<b>Rasional</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
tampak pucat dan hasil pemeriksaan nadi yaitu 110x /menit (takikardia).	menurun (5) 4. Perasaan asam dimulut menurun (5) 5. Frekuensi menelan menurun (5) 6. Jumlah saliva menurun (5) 7. Pucat membaik (5) 8. Takikardia membaik (5)	lingkungan penyebab mual (bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) b. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual c. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik d. Berikan cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu Edukasi a. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup b. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian obat antiemetik (Sucralfat 5 ml)	e. Membantu mendeteksi risiko kekurangan nutrisi akibat mual dan muntah Terapeutik a. Membantu mengurangi stimulasi pada pusat muntah b. Membantu meningkatkan kenyamanan pasien c. Membantu meningkatkan toleransi makan d. Membantu mempertahankan hidrasi Edukasi a. Membantu mengurangi kelelahan dan meningkatkan kondisi fisik pasien b. Membantu mengurangi rangsangan yang dapat memicu mual Kolaborasi a. Membantu menghambat rangsangan pada pusat muntah

<b>Diagnosis Keperawatan (SDKI)</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)</b>	<b>Intervensi Keperawatan (SIKI)</b>	<b>Rasional</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
			sehingga mual dapat berkurang
		<b>2. Manajemen Muntah (I.03118)</b>	<b>2. Manajemen Muntah (I.03118)</b>
		Observasi	Observasi
		a. Identifikasi karakteristik muntah (warna, konsistensi, adanya darah, waktu, frekuensi dan durasi)	a. Membantu menentukan tingkat keparahan muntah
		b. Periksa volume muntah	b. Menilai kehilangan cairan dan elektrolit
		c. Identifikasi faktor penyebab muntah (pengobatan kemoterapi)	c. Membantu menentukan intervensi yang sesuai untuk mengurangi atau mencegah muntah
		d. Monitor efek muntah secara menyeluruh	d. Membantu mendeteksi dampak muntah dalam kehidupan sehari-hari
		Terapeutik	Terapeutik
		a. Kontrol faktor lingkungan penyebab muntah (bau tak sedap, suara, dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan)	a. Membantu mengurangi rangsangan muntah
		b. Atur posisi untuk mencegah aspirasi	b. Membantu mencegah aspirasi
		c. Pertahankan kepatenan jalan napas	c. Membantu mencegah obstruksi akibat muntahan

<b>Diagnosis Keperawatan (SDKI)</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)</b>	<b>Intervensi Keperawatan (SIKI)</b>	<b>Rasional</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>d. Bersihkan mulut dan hidung</li> <li>e. Berikan dukungan fisik saat muntah (membantu membungkuk atau menundukkan kepala)</li> <li>f. Berikan kenyamanan selama muntah (kompres dingin di dahi, atau sediakan pakaian kering dan bersih)</li> <li>g. Berikan cairan yang tidak mengandung karbonasi setelah muntah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>d. Meningkatkan kenyamanan pasien</li> <li>e. Membantu pasien merasa lebih aman dan nyaman selama muntah</li> <li>f. Membantu mengurangi ketidaknyamanan pasien</li> <li>g. Membantu mengganti cairan tubuh yang hilang dan mengurangi iritasi lambung</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan membawa kantong plastik untuk menampung muntah</li> <li>b. Anjurkan memperbanyak istirahat</li> <li>c. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengelola</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memudahkan pasien saat muntah terjadi secara tiba-tiba</li> <li>b. Membantu mengurangi kelelahan dan meningkatkan pemulihan kondisi tubuh pasien</li> <li>c. Membantu mengurangi rangsangan mual dan muntah</li> </ul>

<b>Diagnosis Keperawatan (SDKI)</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)</b>	<b>Intervensi Keperawatan (SIKI)</b>	<b>Rasional</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
		<p>muntah (akupresur ST36)</p> <p><b>Intervensi pendukung</b></p> <p><b>1. Terapi Akupresur (I.06209)</b></p> <p>Observasi</p> <p>a. Periksa kontraindikasi (kontusio, jaringan parut, infeksi, penyakit jantung)</p> <p>b. Periksa tempat yang sensitif untuk dilakukan penekanan dengan jari</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Tentukan titik akupresur ST36 (<i>Zusanli</i>), sesuai dengan hasil yang dicapai (empat jari dibawah lutut, lateral tibia)</p> <p>b. Perhatikan isyarat verbal atau nonverbal untuk menentukan lokasi yang diinginkan</p> <p>c. Rangsang titik akupresur</p>	<p><b>Intervensi Pendukung</b></p> <p><b>1. Terapi Akupresur (I.06209)</b></p> <p>Observasi</p> <p>a. Mencegah terjadinya cedera atau komplikasi selama tindakan akupresur dilakukan</p> <p>b. Menentukan area yang aman dan nyaman sehingga terapi dapat dilakukan secara efektif</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Membantu memberikan stimulasi optimal pada titik meridian</p> <p>b. Menentukan lokasi penekanan yang paling nyaman dan efektif bagi pasien</p> <p>c. menggunakan tekanan yang memadai membantu meningkatkan</p>


<b>Diagnosis Keperawatan (SDKI)</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)</b>	<b>Intervensi Keperawatan (SIKI)</b>	<b>Rasional</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
		dengan ibu jari dengan kekuatan tekanan yang memadai	stimulasi saraf sehingga keluhan mual dan muntah dapat berkurang
		d. Tekan titik ST36 sekitar tiga menit atau mual menurun	d. Membantu memberikan efek relaksasi
		e. Lakukan penekanan pada kedua ekstremitas	e. Membantu memberikan stimulasi yang seimbang
		f. Lakukan akupresur setiap satu kali dalam sehari atau setiap kali mual dan muntah masih dirasakan	f. Membantu memberikan stimulasi yang seimbang sehingga efek terapi lebih optimal
		Edukasi	f. Mempertahankan efek terapeutik dan mengurangi kekambuhan keluhan
		a. Anjurkan untuk rileks	Edukasi
		b. Ajarkan keluarga atau orang terdekat melakukan akupresur secara mandiri	a. Membantu meningkatkan kenyamanan dan efektivitas terapi akupresur
		Kolaborasi	b. Meningkatkan dukungan keluarga terhadap pasien
		a. Kolaborasi dengan terapis yang tersertifikasi	Kolaborasi
			a. Membantu memastikan tindakan akupresur dilakukan dengan teknik yang benar, aman, dan efektif



#### D. Implementasi Keperawatan



Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang sudah ditetapkan. Implementasi keperawatan pada Ny. S dilakukan pada Jumat, 10 April 2026 hingga Minggu, 12 April 2026 di tempat kediaman pasien dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah disusun. Data implementasi selengkapnya terlampir.



Tabel 7.




**Implementasi Keperawatan Nausea dengan Terapi Akupresur  
ST36 (*Zusanli*) Pada Ny. S Post Kemoterapi  
di RSUD Bali Mandara Tahun 2026**



Hari/ Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
Jumat, 10 April 2026  Pukul 07.30 WITA	1. Memposisikan pasien <i>semi fowler</i> 2. Memonitor vital sign 3. Mengidentifikasi pengalaman mual 4. Memonitor mual dan muntah (frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) 5. Memonitor efek muntah secara menyeluruh	DS: Ny. S nyaman dengan posisi <i>semi fowler</i> , mengatakan merasa mual, ingin muntah dan merasa pusing, mengatakan tidak nyaman pada tenggorokan, dan merasa asam di mulut. Ny. S mengatakan masih mengalami retching dengan durasi ± setiap dua sampai tiga jam sebanyak 5-6x, hal tersebut berpengaruh pada aktifitas sehari-harinya DO: Ny. S tampak lemah dan pucat, tampak mual dan sering menelan saliva. Skor mual berdasarkan <i>Rhodes Index Nausea Vomiting and Retching</i> (RINVR): 16 termasuk dalam kategori mual muntah sedang. Dari	 Lidya




Hari/ Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
		hasil pemeriksaan vital sign: TD: 100/57 mmHg N: 112x/ menit RR: 22x/ menit SpO <sub>2</sub> : 98% Suhu: 36,6 <sup>0</sup> C	
Pukul 07.40 WITA	6. Menganjurkan membawa kantong plastik untuk menampung muntah  7. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (nafsu makan, aktivitas)	DS: Ny. S mengatakan mual yang dirasakan menyebabkan tidak nafsu makan dan hanya makan dua sampai tiga sendok makan sehingga ia merasa lemas DO: Ny. S tampak pucat dan lemas, lingkungan sekitar Ny. S tampak nyaman ditempati, tidak ada hal yang mengganggu kenyamanan dan keamanan pasien sertra keluarga Ny. S tampak sudah menyediakan kantong plastik untuk menampung muntahan	 Lidya
Pukul 07.45 WITA	8. Mengidentifikasi antiemetik untuk mencegah mual dan muntah  9. Mengontrol faktor lingkungan penyebab mual dan muntah (bau tak sedap atau suara)	DS: Ny. S mengatakan mual berkurang hanya saat diberikan obat antiemetik saja, yaitu Sucralfate 5 ml (satu sendok takar) sebelum makan, Ny. S mengatakan nyaman dengan lingkungan di sekitarnya, namun jika terdapat bau menyengat	 Lidya



Hari/ Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
		akan memperberat kondisi mualnya DO: Lingkungan tampak nyaman dan bersih	
Pukul 07.47 WITA	10. Memeriksa kontraindikasi (penyakit jantung) 11. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan terapi akupresur ST36 (Zusanli) 12. Mengajukan dan mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengelola mual dan muntah (akupresur ST36)	DS: Ny. S mengatakan paham dengan tujuan dan prosedur tindakan terapi akupresur ST36 (Zusanli) dan Ny. S mengatakan tidak memiliki kontraindikasi untuk menjalani kemoterapinya DO: Tidak tampak luka, memar pada titik akupresur yang akan diberikan, tampak kooperatif dan paham dengan anjuran untuk menggunakan Teknik nonfarmakologis dalam mengelola mual dan muntah (akupresur ST36)	 Lidya
Pukul 07.50 WITA	13. Mengajukan untuk rileks 14. Memberikan terapi akupresur ST36 sesuai dengan SOP 15. Menentukan titik akupresur, sesuai dengan hasil yang dicapai (empat jari dibawah lutut, lateral tibia) 16. Menekan titik akupresur dengan ibu jari dengan kekuatan tekanan yang memadai	DS: Ny. S mengatakan sedikit sakit saat pertama kali dilakukan penekanan DO: Perawat telah menyesuaikan titik terapi dan tekanan pada akupresur yang diberikan, tampak rileks dan nyaman selama tindakan. Akupresur dilakukan selama tiga menit pada kedua ekstremitas bawah dengan gerakan memutar searah jarum jam	 Lidya



Hari/ Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
	<p>17. Menekan titik ST36 sekitar tiga menit atau mual menurun</p> <p>18. Melakukan penekanan pada kedua ekstremitas</p> <p>19. Melakukan akupresur setiap satu kali dalam sehari, setiap merasakan mual</p>		
Pukul 07.55 WITA	<p>20. Memonitor mual dan muntah</p> <p>21. Mengidentifikasi karakteristik muntah</p> <p>22. Memeriksa volume muntah</p>	<p>DS: Ny. S mengatakan masih merasa mual dan masih ada rasa ingin muntah, mengalami retejing satu kali selama lima menit, hanya keluar air liur berwarna bening saja namun sedikit kental, masih merasa pusing, tidak nyaman pada tenggorokan, dan masih merasa asam di mulut</p> <p>DO: Ny. S tampak masih lemah dan pucat, tampak mual dan sering menelan saliva. Dari hasil pemeriksaan vital sign: TD: 108/60 mmHg N: 102 x/menit RR: 22 x/menit SpO<sub>2</sub>: 98% Suhu: 36,5<sup>0</sup>C</p>	 Lidya
Pukul 08.00 WITA	<p>23. Memonitor asupan nutrisi dan kalori</p> <p>24. Menganjurkan untuk makan sedikit-sedikit tapi sering</p>	<p>DS: Ny. S mengatakan makan hanya empat sendok saja dan tidak bisa menghabiskan</p>	 Lidya


Hari/ Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
		makanannya karena masih merasakan mual DO: Ny. S tampak tidak mampu menghabiskan makanannya dan nafsu makan Ny. S tampak masih buruk	
Pukul 08.10 WITA	25. Mengatur posisi untuk mencegah aspirasi 26. Mempertahankan kepatenan jalan napas 27. Membersihkan mulut dan hidung 28. Memberikan dukungan fisik saat muntah (membantu membungkuk atau menundukan kepala) 29. Memberikan kenyamanan selama muntah (menyediakan pakaian kering dan bersih) 30. Mengidentifikasi karakteristik muntah (warna, konsistensi, adanya darah, waktu, frekuensi dan durasi) 31. Memeriksa volume muntah	DS: Ny. S megatakan masih ada rasa ingin muntah DO: Ny. S diberikan posisi fowler untuk mencegah aspirasi, Ny. S tampak lemah dan pucat, tampak mual, dan ingin mengeluarkan muntahan namun hanya keluar air liur saja, tidak ada sumbatan pada mulut dan hidung pasien tampak bersih serta pakaian Ny. S tampak kering dan bersih	 Lidya
Pukul 08.18 WITA	32. Memberikan cairan (air minum) setelah muntah	DS: Tidak ada DO: Ny. S tampak mau minum air hangat yang diberikan ± 250 ml	 Lidya
Pukul 08.20 WITA	33. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup	DS: Tidak ada DO: Ny. S tampak beristirahat	

Hari/ Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
Sabtu, 11 April 2026 Pukul 07.30 WITA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor vital sign</li> <li>2. Memonitor mual dan muntah (frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)</li> <li>3. Mengidentifikasi karakteristik muntah</li> </ol>	<p>DS: Ny. S mengatakan masih merasa mual dan masih ada rasa ingin muntah namun masih bisa ditahan, pusing sudah berkurang, tidak nyaman pada tenggorokan, dan rasa asam di mulut sudah mulai berkurang</p> <p>DO: Pasien tampak masih lemah dan pucat, masih sering menelan saliva, skor mual berdasarkan <i>Rhodes Index Nausea Vomiting and Retching</i> (RINVR): 13 termasuk dalam kategori mual muntah sedang. Dari hasil pemeriksaan vital sign: TD: 138/82 mmHg N: 90 x/menit RR: 20 x/menit SpO<sub>2</sub>: 99% Suhu: 36,6<sup>0</sup>C</p>	 Lidya
Pukul 08.05 WITA	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Memonitor asupan nutrisi dan kalori</li> <li>5. Memonitor cairan</li> </ol>	<p>DS: Ny. S mengatakan masih ada rasa mual saat makan dan telah menghabiskan hampir satu porsi makanan</p> <p>DO: Nafsu makan Ny. S tampak mulai membaik, sudah menghabiskan ¼ botol aqua besar (375 ml)</p>	 Lidya

Hari/ Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
Pukul 08.10 WITA	<p>6. Memposisikan pasien semi fowler</p> <p>7. Menganjurkan untuk rileks</p> <p>8. Memberikan terapi akupresur ST36 sesuai dengan SOP</p> <p>9. Menentukan titik akupresur, sesuai dengan hasil yang dicapai (empat jari dibawah lutut, lateral tibia)</p> <p>10. Menekan titik akupresur dengan ibu jari dengan kekuatan tekanan yang memadai</p> <p>11. Menekan titik ST36 sekitar tiga menit atau mual menurun</p> <p>12. Melakukan penekanan pada kedua ektremitas</p>	<p>DS: Ny. S mengatakan bersedia diberikan terapi akupresur ST36 (<i>Zusanli</i>)</p> <p>DO: Perawat telah menyesuaikan titik terapi dan tekanan pada akupresur yang diberika, Ny. S tampak rileks selama tindakan. Akupresur dilakukan selama tiga menit pada kedua ekstremitas bawah dengan gerakan memutar searah jarum jam</p>	 Lidya
Pukul 08.18 WITA	<p>13. Mengidentifikasi pengalaman mual</p>	<p>DS: Ny. S mengatakan rasa mual yang dirasakan sudah berkurang, tetapi masih ada rasa yang kurang nyaman pada tenggorokan</p> <p>DO: Pasien tidak tampak mual</p>	 Lidya
Pukul 08.20 WITA	<p>14. Memonitor mual dan muntah</p> <p>15. Memberikan air hangat</p>	<p>DS: Ny. S mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler, Ny. S mengatakan masih ada rasa mual dan ingin muntah namun masih bisa ditahan</p>	 Lidya

Hari/ Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
		DO: Ny. S tampak lebih fresh dan tampak minum air hangat sebanyak 250 ml	
Minggu, 12 April 2026 Pukul 08.00 WITA	1. Memonitor vital sign 2. Mengidentifikasi pengalaman mual dan muntah	DS: Ny. S mengatakan tidak ada rasa ingin muntah kemarin sore hingga saat ini, rasa mual sudah berkurang, rasa tidak nyaman pada tenggorokan, dan rasa asam di mulut sudah mulai berkurang, tidak merasa pusing lagi DO: Ny. S tampak lebih segar, hasil pemeriksaan vital sign: TD: 122/80 mmHg N: 86 x/menit RR: 20 x/menit SpO <sub>2</sub> : 99% Suhu: 36,7 <sup>0</sup> C	 Lidya
Pukul 08.30 WITA	3. Memosisikan pasien semi fowler 4. Menganjurkan untuk rileks 5. Memberikan terapi akupresur ST36 sesuai dengan SOP 6. Menentukan titik akupresur, sesuai dengan hasil yang dicapai (empat jari dibawah lutut, lateral tibia) 7. Menekan titik akupresur dengan ibu jari dengan kekuatan	DS: Ny. S mengatakan bersedia diberikan terapi akupresur ST36 ( <i>Zusanli</i> ) DO: Perawat telah menyesuaikan titik terapi dan tekanan pada akupresur yang diberikan selama tiga menit pada kedua ekstremitas bawah dengan gerakan memutar searah jarum jam, Ny. S tampak rileks dan nyaman selama tindakan	 Lidya

Hari/ Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
	tekanan yang memadai		
	8. Menekan titik ST36 sekitar tiga menit atau mual menurun		
	9. Melakukan penekanan pada kedua ekstremitas		
Pukul 08.42 WITA	10. Memonitor mual dan muntah (frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)	DS: Ny. S mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler Ny. S mengatakan masih ada rasa mual namun tidak ada rasa ingin muntah dan rasa asam di mulut sudah mulai berkurang	 Lidya
	11. Memberikan air hangat	DO: Ny. S tampak lebih segar dan wajah sudah tidak pucat lagi, frekuensi menelan sudah berkurang, skor mual berdasarkan <i>Rhodes Index Nausea Vomiting and Retching</i> (RINVR): 6 termasuk dalam kategori mual muntah ringan. Ny. S tampak minum air hangat sebanyak 250 ml	
Pukul 08.46 WITA	12. Memonitor asupan nutrisi dan kalori	DS: Ny. S mengatakan sudah tidak ada rasa mual saat makan, telah menghabiskan satu porsi makanan	 Lidya
		DO: Nafsu makan Ny. S tampak mulai membaik	


Hari/ Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
Pukul 08.50 WITA	13. Mengajarkan keluarga atau orang terdekat melakukan akupresur secara mandiri	DS: Keluarga mengatakan paham dan bersedia melakukan akupresur ST36 ( <i>Zusanli</i> ) kepada Ny. S jika keluhan mual muntahnya kembali muncul DO: Keluarga Ny. S tampak kooperatif dan memperhatikan perawat saat melakukan terapi akupresur ST36 ( <i>Zusanli</i> )	 Lidya

## E. Evaluasi Keperawatan

Hasil dari evaluasi asuhan keperawatan pada Ny. S setelah diberikan intervensi terapi akupresur ST36 (*Zusanli*) disajikan pada tabel tujuh berikut.

**Tabel 8.**

**Evaluasi Keperawatan Nausea dengan Terapi Akupresur ST36 (*Zusanli*) Pada Ny. S Post Kemoterapi di RSUD Bali Mandara Tahun 2026**

Hari/ Tanggal/ Jam	No Diagnosis	Profesi	Evaluasi	Paraf
Minggu, 12 April 2026  Pukul 08.50 WITA	1	Perawat	<p><b>S:</b> Ny. S mengatakan mual, rasa ingin muntah, rasa tidak nyaman di tenggorokan, rasa asam di mulut dan keluhan sering menelan sudah menurun</p> <p><b>O:</b> Ny. S tampak tidak pucat dan lebih baik dari sebelumnya, frekuensi saliva dan menelan tampak sudah menurun, nafsu makan tampak membaik dan frekuensi nadi membaik (86x/menit). Skor mual berdasarkan <i>Rhodes Index Nausea Vomiting and Retching</i> (RINVR) yaitu 6 termasuk dalam kategori mual muntah ringan</p> <p><b>A:</b> Tingkat nausea menurun dan masalah teratasi</p> <p><b>P:</b> Kontrol ke Poli Bedah Onkologi tanggal 27 April 2026 untuk pemeriksaan DL pasca kemoterapi dan rencana</p>	 Lidya

---

kemoterapi berikutnya, lanjutkan obat Sucralfate 5 ml (satu sendok takar sebelum makan), jika keluhan mual dan rasa ingin muntah muncul kembali serta lanjutkan terapi akupresur ST36 (*Zusanli*) sesuai dengan prosedur selama mual dan muntah

---