BAB IV
HASIL STUDI KASUS

Pada bab ini penulis memaparkan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan dengan intervensi manajemen muntah pada pasien anak gastroenteritis dengan nausea di Ruang Edelweis RSUD dr. M. Yunus Bengkulu. Sebelum melakukan asuhan keperawatan penulis telah mendapatkan surat rekomendasi dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu untuk pengambilan studi kasus di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu yang merupakan tempat pelaksanaan pengambilan kasus.

Implementasi keperawatan dilaksanakan mulai dari tanggal 22 April sampai 24 April 2025. Proses awal yang dilakukan penulis untuk menentukan responden dengan mengobservasi responden yang sesuai dengan kriteria inklusi. Setelah menemukan responden, penulis melakukan *informed concent* untuk menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur kegiatan dan kontrak kegiatan. Keluarga responden yang bersedia diminta untuk menandatangani lembar *informed consent* dan lembar bersedia jadi responden.

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

Implementasi keperawatan dimulai dengan pengkajian yang didapatkan dari wawancara pihak keluarga, perawat, data rekam medis pasien, observasi dan pemeriksaan fisik. Pada pasien pertama yaitu An. L dilakukan pengkajian pada tanggal 22 April 2025 dan dilakukan pelaksanaan implementasi keperawatan selama 3 hari terhitung dari 22 April sampai 24 April 2025. Pada pasien kedua yaitu An. F dilakukan pada tanggal 4 Maret 2025 dan dilakukan pelaksanaan implementasi keperawatan selama 3 hari terhitung dari 22 April sampai 24 April 2025. Setelah menyelesaikan proses asuhan keperawatan penulis mendapatkan surat telah selesai penulisan yang diberikan pihak RSUD dr. M. Yunus Bengkulu kepada penulis.

A. Hasil Pengkajian Keperawatan

1. Data Demografi

Tabel 4.1
Identitas Pasien

Karakteristik	An. L	An. F
Identitas Pasien	Seorang pasien An. L dengan nomor RM 899869, usia 4 tahun 7 bulan, tanggal lahir 11 Oktober 2020, beragama islam, beralamat di Kelurahan Amen, Lebong.	Seorang pasien An. F dengan nomor RM 899734, usia 5 tahun 4 bulan, tanggal lahir 20 Januari 2020, beragama islam, beralamat di Pekan Sabtu.

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

2. Riwayat Kesehatan

Untuk memastikan diagnosa beserta rencana keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dalam studi kasus ini, penulis melakukan pengkajian riwayat kesehatan yang mencakup keluhan utama, keluhan sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan dingnostik dan penatalaksanaan kolaborasi untuk menegakkan diangnosa keperawatan dan juga perancanaan yang akan dilakukan pada pasien dalam studi kasus.

Tabel 4.2
Gambaran Riwayat Kesehatan

No	Riwayat kesehatan	An. L	An. F
1	Keluhan Utama Masuk Rumah Sakit	An. L dibawa oleh keluarganya ke rumah sakit dengan keluhan mencret sudah 2 hari dengan frekuensi BAB >5 kali/hari, BAB cair tidak ada ampasnya, muntah sudah 2 hari dengan frekuensi muntah 4x/hari dan demam sudah 2 hari. Keluarga mengatakan keluhan dirasakan setelah klien memakan jajanan yang dibeli dari sekolah kakaknya.	An. F dibawa oleh keluarganya dengan keluhan mencret sudah 3 hari dengan frekuensi mencret >3 kali hari, BAB cair tidak ada ampasnya, muntah 3x/hari sudah hari ke 3. Keluarga mengatakan bahwa klien masih meminum susu formula 4-5x/hari dengan botol susu yang dicuci dengan air bersih namun tidak disikat dengan sikat khusus botol susu hanya dikocok saja dengan air panas.
2	Keluhan sekarang	Saat dilakukan pengkajian pada hari Selasa 22 April 2025 pukul 14.00 WIB didapatkan keluhan klien yaitu klien mengatakan sering merasa mual dan perasaan mual muncul tidak menentu dan hilang timbul, klien mengatakan tenggorokannya terasa tidak nyaman dan mulut terasa asam, ibu klien juga mengatakan klien menjadi kurang nafsu makan dan	Saat dilakukan pengkajian pada hari Selasa 22 April 2025 pukul 15.00 WIB klien mengatakan tidak mau makan karena mulut terasa tidak enak dan setiap mau makan terasa mual, durasi munculnya perasaan mual tidak menentu. Keluarga klien mengatakan klien sudah 2 x muntah dengan konsistensi muntah kuning kental tanpa

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

		minum serta klien juga muntah-muntah, frekuensi muntah ± 4 x dalam 24 jam, durasi muntah tidak menentu dan muntah berwarna agak kehijauan dan sedikit berampas, muntah klien sebanyak ½ gelas kaca. Ibu klien mengatakan klien demam naik turun disertai BAB cair > 3 x / hari. BAB berwarna agak kekuningan tanpa ampas. Klien tampak pucat, gelisah, rewel dan sering menelan air ludah. Hasil pengukuran mual muntah didapatkan poin 14 (mual muntah sedang)	ampas sebanyak ½ sampai 1 gelas belimbing. Keluarga klien mengatakan klien BAB cair sudah 4 kali dan klien sering menelan ludah. Klien tampak pucat, lemah dan lesu serta klien sering menelan ludah. Hasil pengukuran mual muntah didapatkan poin 10 (mual muntah sedang)
3	Riwayat kesehatan dahulu	Keluarga mengatakan sebelumnya klien tidak pernah masuk rumah sakit, tidak pernah mengalami gastroenteritis sebelumnya.	Keluarga mengatakan klien sebelumnya belum pemah mengalami gastroenteritis tetapi pemah mengalami demam biasa dan dibawa ke puskesmas. Klien juga baru pertama kalinya dirawat di rumah sakit
4	Riwayat kesehatan keluarga	Tidak ada keluarga yang mengalami sakit yang sama seperti klien	Tidak ada keluarga yang mengalami sakit yang sama seperti klien

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

3. Riwayat Kehamilan

Tabel 4.3
Riwayat Kehamilan

Riwayat kehamilan	An. L	An. F
Riwayat kehamilan dan persalinan	Klien merupakan anak ke-2 dari 3 bersaudara, semasa hamil ibu klien melakukan pemeriksaan antenatal secara rutin dan tidak memiliki komplikasi antenatal	Ibu klien mengatakan sewaktu hamil tidak pernah mengalami infeksi atau demam tinggi, ibu klien juga melakukan pemeriksaan kehamilan. secara rutin, sewaktu melahirkan tidak ada perdarahan, dan riwayat persalinan spontan.
Natal dan post natal	Jenis persalinan klien normal dengan berat badan lahir 3300 gram, lama persalinan 6 jam, waktu pecah ketuban +18 jam sebelum kelahiran, warna air ketuban kekuningan, umur kehamilan 9 bulan, tidak ada kelainan saat dilahirkan	Keadaan selama neonatal bayi normal tidak mengalami kejang-kejang. umur kehamilan 9 bulan, tidak ada kelainan saat dilahirkan maupun komplikasi lainnya. Berat badan lahir 3100 gram dengan waktu persalinan 19 jam.
Alergi	Keluarga mengatakan klien tidak ada alergi obat-obatan namun klien memiliki alergi makanan laut.	Keluarga klien mengatakan klien tidak ada alergi obat ataupun makanan.
Riwayat imunisasi	Riwayat imunisasi klien lengkap	Riwayat imunisasi klien lengkap
Pertumbuhan dan perkembangan	**Personal Sosial:**	**Personal Sosial:**

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

	Klien mampu mengambil makanan secara mandiri, dapat menyebutkan nama-nama temannya, dan saat tangan klien dibasahi dengan air klien dan mengeringkan tangannya sendiri meggunakan tissu. **Motorik Halus:** Saat dilakukan tes klien dan menggambar garis lurus yang panjang dan dapat menggambar orang-orangan secara sederhana. **Bahasa:** Saat mengobrol dengan klien, klien dapat nyambung dengan obrolan yang dilakukan serta klien dan menyebutkan warna-warna yang ditunjukkan menggunakan bahasa inggris dan dapat menyebutkan benda-benda yang ada disekitar klien **Motorik Kasar;** Ibu mengatakan klien sudah bisa berdiri dengan satu kaki lebih dari 3 detik, klien dan	Klien mampu mengambil makanan secara mandiri serta minum dengan cangkir sendiri, klien dapat menyebutkan nama-nama teman disekolahnya. **Motorik Halus:** Saat dilakukan tes klien dan menggambar garis lurus yang panjang dan dapat menggambar orang-orangan secara sederhana. **Bahasa:** Saat mengobrol dengan klien, klien dapat nyambung dengan obrolan yang dilakukan serta klien dan menyebutkan warna-warna yang ditunjukkan dan dapat menyebutkan benda-benda yang ada disekitar klien. **Motorik Kasar;** Ibu mengatakan klien sudah bisa berdiri dengan 1 kaki selama lebih dari 8 detik, klien mampu melompat dengan 1 kaki dan klien sudah bisa bermain bola kaki dengan ayahnya.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

	berlari dan lancar naik turun tangga dirumahnya.	

4. Pemeriksaan fisik

Tabel 4.4
Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik	An. L	An. F
Keadaan umum	Pasien tampak lemah, rewel, gelisah, tingkat kesadaran composmentis GCS: E4V5M6, berat badan 13kg, tinggi badan 96 cm	Pasien tampak lemah, gelisah, dan menangis. Tingkat kesadaran composmentis GCS: E4V5M6, berat badan 16 kg, tinggi badan 108 cm
Kepala/leher	Wajah klien tampak pucat, *cephalhematom* tidak ada, telinga tidak terdapat kelainan, hidung utuh dan simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, RR 25 x/menit, mata klien simetris kiri dan kanan, mata klien bersih, sclera anikterik, mulut klien tampak sedikit kotor, bibir klien kering pecah-pecah dan mukosa mulut klien kering.	Wajah klien tampak pucat, *cephalhematom* tidak ada, telinga tidak terdapat kelainan, hidung utuh dan simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, RR 22 x/menit, mata klien simetris kiri dan kanan, mata klien bersih, sclera anikterik, mulut klien tampak sedikit kotor, bibir klien kering pecah-pecah dan mukosa mulut klien kering.
Dada/paru-paru	Bentuk dada simetris, suara nafas vesikuler, pernapasan spontan, RR 25 x/menit, Sp02 98%.	Bentuk dada simetris, suara nafas vesikuler, pernapasan spontan, RR 22 x/menit, Sp02 99%.
Jantung	Waktu pengisian kapiler (CRT) >3 detik, denyut nadi kuat dan teratur, frekuensi nadi 108 x/menit,	Waktu pengisian kapiler (CRT) < 2 detik, denyut nadi kuat dan teratur, frekuensi nadi 115 x/menit, bunyi

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

	bunyi jantung lup dup	jantung lup dup
Abdomen	**Inspeksi** bentuk abdomen simetris, warna kulit merata, tidak ada. pembesaran hepar dan lien **Auskultasi** terdengar bunyi usus di 4 kuadran dan terdengar paling kuat berada dikuadran 4, bising usus 28x/menit **Palpasi** tidak ada nyeri tekan pada abdomen **Perkusi** terdengar bunyi timpani pada abdomen kiri atas.	**Inspeksi** bentuk abdomen simetris, wama kulit merata, tidak ada pembesaran hepar dan lien. **Auskultasi** terdengar bunyi usus di 4 kuadran dan terdengar paling kuat berada dikuadran 4, bising usus 21/menit. **Palpasi** ada nyeri tekan pada bagian kuadran kiri bawah, tidak teraba pembesaran hepar dan lien. **Perkusi** terdengar bunyi timpani pada abdomen kiri atas
Ektremitas dan kulit	**Atas**: Wama kuku pucat, CRT >3 ekstermitas detik, kulit teraba hangat, pucat, nadi teraba kuat dan cepat, terpasang infus pump Kn3B 15 tpm **Bawah**: Warna kuku pucat, CRT 3 detik, pink, CRT >3 detik, ekstermitas terasa ekstermitas terasa hangat, suhu 37,7°C.	**Atas**: Warna kuku pucat, CRT >3 detik, ekstermitas terasa hangat, pucat, nadi teraba kuat dan cepat terpasang infus pump Kn3B 20 tpm **Bawah** warna kuku pucat, kulit hangat, nadi teraba kuat, suhu 38,1°C.
Genetalia	Anus berbentuk normal, tampak lesi disekitar anus, tampak kulit disekitar anus berwarna kemerahan	Anus berbentuk normal, anus tampak bersih, tidak terdapat kemerahan atau lesi disekitar kulit anus

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

5. Pemeriksaan penunjang
   a. Laboratorium

Tabel 4.5
Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang	An. L	An. F
Hematologi	Hasil pemeriksaan hematologi menunjukkan hemoglobin 12,6 g/dL dan hematokrit 37 vol% menunjukkan masih didalam rentang normal. Leukosit 11.000 /ul dan trombosit 273.000 /ul dalam batas normal, dengan leukosit melewati batas normal, dicurigai klien mengalami infeksi jika tidak ditangani.	Hasil pemeriksaan hematologi menunjukkan hemoglobin 11,8 g/dL dan hematokrit 35 vol% menunjukkan nilai hemoglobin mengalami penurunan hal ini dpaat dipicu karena gastroenteritis disertai muntah yang dialami oleh klien. Leukosit 11.000 /ul dan trombosit 415.000 /ul dalam batas normal, dengan leukosit melewati batas normal, dicurigai klien mengalami infeksi jika tidak ditangani.
Feses	Hasil pemeriksaan feses pada klien didapatkan hasil warna feses kuning kehijauan dengan konsistensi cair berlendir namun tidak bercampur darah, tidak terdapat nanah pada feses, tidak terdapat amoeba ataupun jamur pada feses klien, tidak terdapat telur cacing pada feses klien, hasil pemeriksaan menunjukkan pada feses klien terdapat bakteri.	Tidak dilakukan pemeriksaan feses
Natrium	Tidak dilakukan pemeriksaan elektrolit	Hasil pemeriksaan elektrolit pada klien didapatkan hasil natrium 135 mmol/L, kalium 3,1 mmol/L, chlorida 107 mmol/L. Hasil menunjukkan bahwa pada

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

		pemeriksaan elektrolit semua nilai dalam batas normal.

6. Terapi pengobatan

Tabel 4.6
Terapi Pengobatan

Inisial Klien	Nama Obat
An. L	Infus kaen 3B diberikan 15 tpm setiap hari untuk memelihara keseimbangan elektrolit dan air untuk pasien yang tidak cukup memperolehnya dari makanan.
	Ondansetron diberikan 2 x 2 mg sebagai antiemetik untuk membantu mengurangi gejala mual dan muntah pada klien
	Gentamicin 2 x 2 mg sebagai antibiotik untuk mencegah dan mengobati penyakit karena infeksi bakteri
	Paracetamol infus diberikan 3 x 100 ml digunakan untuk mengurangi demam yang dialami oleh klien
	L-Bio diberikan 2 x 1/hari untuk melindungi sistem pencernaan dan memperbaiki fungsi normal saluran pencernaan ketika mengalami kondisi diare
	Zinc sirup 2 x 1/hari, berfungsi mempercepat penyembuhan klien, mengurangi jumlah diare/hari, dan mempercepat peningkatan berat badan setelah diare.
	Cobazim 2 x 1000/hari, berfungsi untuk membantu memperbaiki nafsu makan pada klien
	Oralit diberikan setiap klien BAB. Fungsinya pengganti cairan tubuh yang hilang akibat diare, muntah berkepanjangan, demam, atau kondisi penyebab dehidrasi lainnya pada klien
An. F	Paracetamol infus diberikan 3 x 100 ml digunakan untuk mengurangi demam yang dialami oleh klien
	L-Bio diberikan 3 x 1/hari untuk melindungi sistem pencernaan dan memperbaiki fungsi normal saluran pencernaan ketika mengalami kondisi diare
	Zinc sirup 1 x 20 mg/hari, berfungsi mempercepat penyembuhan klien, mengurangi jumlah diare/hari, dan mempercepat peningkatan berat badan setelah diare.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

B. Analisa Data

Tabel 4.7
Analisa Data

No	Nama pasien	Data Senjang	Etiologi	Masalah
1	An. L	DS : - Klien mengatakan sering merasa mual - Klien mengatakan perasaan mual muncul tidak menentu dan hilang timbul - Klien mengatakan tenggorokannya terasa tidak nyaman - Klien mengatakan mulut terasa asam - Keluarga mengatakan klien muntah-muntah sudah 4 kali sebanyak ½ gelas belimbing, muntah yang keluar berwarna kehijauan dan berampas - Keluarga mengatakan klien tidak mau makan dan minum DO : - Klien tampak pucat - Klien tampak sering menelen air liur - Skala mual muntah 14 (mual muntah sedang)	Iritasi lambung	Nausea
2	An. F	DS: - Klien mengatakan mulutnya terasa tidak enak	Iritasi lambung	Nausea

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

		- Klien mengatakan mual setiap makan - Klien mengatakan perasan mual timbul tidak menentu - Keluarga mengatakan klien muntah sudah 3 kali dengan konsistensi muntah kuning kental tanpa ampas sebanyak ½ sampai 1 gelas belimbing. - Keluarga mengatakan anak tidak mau makan DO : - Klien tampak lemah - Klien tampak sering menelan ludah - Klien tampak pucat - Skala mual muntah 10 (mual muntah sedang)		

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

C. Rencana Keperawatan

Tabel 4.8

Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	INTERVENSI KEPERAWATAN		RASIONAL
		TUJUAN /KRITERIA HASIL (*NOC/SLKI*)	RENCANA TINDAKAN (*NIC/SIKI*)	
1.	Nausea b.d Iritasi Lambung **Gejala & Tanda Mayor** Subjektif 1. Mengeluh mual 2. Merasa ingin muntah 3. Tidak berminat makan Objektif *(Tidak tersedia)* **Gejala & Tanda Minor** Subjektif	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien: **SLKI: Tingkat Nausea** **Ekspetasi : Menurun** **Level:** □1 Meningkat □2 Cukup meningkat □3 Sedang □4 Cukup menurun □5 Menurun **Dengan Kriteria hasil:** 1. Keluhan mual menurun 2. Perasaan ingin muntah	**SIKI: Manajemen Muntah** **Observasi** 1. Identifikasi karakteristik muntah (mis. warna, konsistensi, adanya darah, waktu, frekuensi dan durasi) 2. Periksa volume muntah Identifikasi riwayat diet (mis. makanan yang disuka, tidak disukai, dan budaya) 3. Identifikasi faktor penyebab muntah (mis. pengobatan dan prosedur)	1. Mengetahui kondisi pasien dari karakteristik muntah 2. Membantu mengidentifikasi tanda-tanda dehidrasi pada pasien 3. Untuk memudahkan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan keluhan pasien.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

	1. Merasa asam dimulut 2. Sensasi panas/dingin 3. Sering menelan Objektif 1. Saliva meningkat 2. Pucat 3. Diaphoresis 4. Takikardia 5. Pupil dilatasi	menuruh 3. Frekuensi menelan meningkat 4. Pucat menurun 5. Jumlah saliva meningkat	**Terapeutik** 4. Kontrol faktor lingkungan penyebab muntah (mis. bau tak sedap, suara, dan simulasi visual yang tidak menyenangkan) 5. Atur posisi untuk mencegah aspirasi 6. Berikan dukungan fisik saat muntah (mis. membantu membungkuk atau menundukkan kepala) **Edukasi** 7. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengelola muntah (mis. biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) **Kolaborasi** 8. Kolaborasi pemberian antiemetik,	4. Membantu agar pasien merasa lebih nyaman dan diharapkan muntah dapat berkurang 5. Mengurangi risiko masuknya partikel makanan/cairan ke dalam paru-paru. 6. Agar pasien lebih leluasa untuk mengeluarkan muntahnya 7. Efektif untuk mengurangi ketegangann otot dan mengurangi stress pada pasien 8. Menghambat proses

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

			jika perlu **EBN :** 1. Aromaterapi lemon (Yağmur *et al.*, 2023) 2. Terapi menggambar (Rasmita *et al.*, 2024) 3. Terapi musik (Dyna, 2020)	penghantaran sinyal mual dan muntah di otak **EBN** 1. Aromaterapi lemon dapat menenangkan sistem limbik di otak, yang terkait dengan emosi dan hormon, sehingga membantu mengurangi rasa mual dan muntah. 2. Terapi distraksi dapat membantu mengurangi stress dan juga mengurangi gejala mual muntah 3. Musik dapat membantu mengurangi tingkat keparahan mual dan muntah, serta memberikan efek positif pada suasana hati dan emosi pasien.

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

D. Implementasi dan Evaluasi keperawatan

Tabel 4.9
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan An. L Hari Pertama

Nama Pasien : An. L	**Diagnosa Keperawatan: Nausea b.d Iritasi Lambung**
Ruangan : Edelweis	
Hari/Tanggal : Selasa/ 22 April 2025	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul: 13.45 WIB S : - Klien mengatakan sering merasa mual (cukup meningkat) - Klien mengatakan perasaan mual muncul tidak menentu (cukup meningkat) - Klien mengatakan mulut terasa asam (cukup meningkat) - Keluarga mengatakan klien muntah-muntah sudah 4 kali sebanyak ½ gelas belimbing, muntah yang keluar berwarna kehijauan dan berampas - Keluarga mengatakan klien tidak mau makan dan minum	Pukul: 14.00-14.40 WIB 1. Melakukan pengkajian karakteristik muntah 2. Melakukan pemeriksaan volume muntah 3. Menentukan faktor penyebab muntah 4. Memberikan posisi semifowler untuk mencegah aspirasi 5. Menganjurkan keluarga klien untuk membantu membungkuk atau menundukkan kepala klien saat	Pukul: 14.00-14.40 WIB 1. Muntah klien berwarna kekuningan tidak disertai darah, frekuensi muntah berulang dalam beberapa jam dengan durasi muntah ± 5 menit 2. Sekali muntah ± ½ sampai 1 gelas kaca 3. Muntah dapat disebabkan karena inflamasi pada saluran pencernaan 4. Klien tampak nyaman dengan posisi semifowler 5. Keluarga mengatakan akan melakukannya saat klien muntah	Pukul: 19.00 WIB S : - Klien masih mengeluh mual (cukup meningkat) - Klien mengatakan lidah masih terasa asam (cukup meningkat) - Klien mengatakan perasaan mual masih hilang timbul (cukup meningkat) - Keluarga klien mengatakan klien sempat muntah lagi sebanyak 1 kali - Keluarga mengatakan klien masih susah makan dan hanya mneghabiskan ¼ porsi makanan dari RS

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

O : - Klien tampak pucat (cukup meningkat) - Klien tampak sering menelen air liur (cukup meningkat) - Poin skala mual muntah 14 (mual muntah sedang) A : Tingkat nausea cukup meningkat P : Lakukan intervensi SIKI: Manajemen muntah no 1, 2, 3, 5 dan EBN 1-3	muntah 6. Memberikan aromaterapi lemon 7. Memberikan terapi musik klasik 8. Memberikan terapi distraksi menggambar	6. Aromaterapi diberikan klien dapat menerima terapi 7. Terapi musik klasik *Piano Concerto No. 21 Adante* diberikan 8. Terapi menggambar diberikan	- Kleuarga mengatakan klien masih enggan untuk banyak minum O : - Klien tampak lemah (cukup meningkat) - Klien tampak pucat (cukup meningkat) - Klien tampak masih sering menelan ludah (cukup meningkat) A : Tingkat nausea cukup meningkat P : Intervensi manajemen muntah dilanjutkan nomor 1, 2, 5, 6, 7 dan EBN 1-3.

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

Tabel 4.10
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan An. L Hari Kedua

Nama Pasien : An. L	**Diagnosa Keperawatan: Nausea b.d Iritasi Lambung**
Ruangan : Edelweis	
Hari/Tanggal : Rabu/ 23 April 2025	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul: 13.55 WIB S : - Klien masih mengeluh mual (cukup meningkat) - Keluarga mengatakan klien masih muntah-muntah (cukup meningkat) - Keluarga mengatakan klien masih mengeluhkan lidahnya terasa pahit (cukup meningkat) - O : - Klien tampak lemah (cukup meningkat) - Klien tampak pucat (cukup meningkat) - Klien tampak sering menelen air liur (cukup meningkat)	Pukul: 14.00-14.40 WIB 1. Melakukan pemeriksaan karakteristik muntah 2. Melakukan pemeriksaan volume muntah 3. Memberikan posisi semifowler untuk mencegah aspirasi 4. Menganjurkan keluarga klien untuk membantu membungkuk atau menundukkan kepala klien saat muntah 5. Memberikan aromaterapi lemon 6. Memberikan terapi musik klasik	Pukul: 14.00-14.40 WIB 1. Muntah klien berwarna kuning dan sedikit berampas, muntah tidak disertai darah, frekuensi muntah berulang dalam beberapa jam dengan durasi muntah ± 5 menit 2. Sekali muntah ± ½ sampai 1 gelas kaca 3. Klien tampak nyaman dengan posisi semifowler 4. Keluarga mengatakan sudah melakukannya saat klien muntah 5. Aromaterapi diberikan klien dapat menerima terapi 6. Terapi musik klasik *Piano*	Pukul: 19.00 WIB S : - Klien masih mengeluh mual sesekali (sedang) - Klien mengatakan lidah masih terasa asam (cukup meningkat) - Keluarga klien mengatakan klien muntah 1 kali namun yang dikeluarkan hanya lendir bening tidak berampas (sedang) O : - Klien tampak lemah (sedang) - Klien sudah tidak pucat (sedang) - Klien masih sering menelan air liur (sedang) - Klien tenang dan kooperatif

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

A : Tingkat nausea cukup meningkat P : Lanjutkan intervensi SIKI: Manajemen muntah nomor 1, 2, 3, 5 dan EBN no 1-3	7. Memberikan terapi distraksi menggambar	*Concerto No. 21 Adante* diberikan 7. Terapi menggambar diberikan	(sedang) A : Tingkat nausea sedang P : Intervensi SIKI: Manajemen muntah dilanjutkan nomor 1, 2, 3, 5 dan EBN no 1-3

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

Tabel 4.11
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan An. L Hari Ketiga

Nama Pasien : An. L	**Diagnosa Keperawatan: Nausea b.d Iritasi Lambung**
Ruangan : Edelweis	
Hari/Tanggal : Kamis/ 24 April 2025	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul: 13.55 WIB S : - Klien mengatakan perasaan mual sudah jarang muncul (sedang) - Keluarga mengatakan klien masih muntah-muntah namun sudah jarang (sedang) - Keluarga mengatakan klien sudah mau makan (sedang) - Keluarga mengatakan klien masih mengeluhkan lidahnya terasa pahit (sedang) O : - Klien tampak pucat (sedang)	Pukul: 14.00-14.40 WIB 1. Melakukan pemeriksaan karakteristik muntah 2. Melakukan pengecekan volume muntah 3. Memberikan posisi semifowler untuk mencegah aspirasi 4. Menganjurkan keluarga klien untuk membantu membungkuk atau menundukkan kepala klien saat muntah 5. Memberikan aromaterapi lemon	Pukul: 14.00-14.40 WIB 1. Muntah klien berwarna bening cair dan tidak berampas, muntah tidak disertai darah, frekuensi muntah jarang untuk berulang, durasi muntah ± 5 menit 2. Sekali klien muntah ± ½ gelas kaca 3. Klien tampak nyaman dengan posisi semifowler 4. Keluarga mengatakan sudah melakukannya saat klien muntah 5. Aromaterapi diberikan klien	Pukul: 19.00 WIB S : - Klien mengatakan masih terasa mual sesekali (cukup menurun) - Klien mengatakan lidah sudah tidak pahit lagi (cukup menurun) - Keluarga klien mengatakan klien belum ada muntah (menurun) O : - Klien tampak lemah (cukup menurun) - Klien tampak tenang dan

Poltekkes Bengkulu

- Klien tampak lemah dan lesu (sedang) - Klien tampak sudah jarang menelan ludah (sedang) A : Tingkat nausea sedang P : Lanjutkan intervensi SIKI: Manajemen muntah nomor 1, 2, 3, 5 dan EBN no 1-3	6. Memberikan terapi musik klasik 7. Memberikan terapi distraksi menggambar	dapat menerima terapi 6. Terapi musik klasik *Piano Concerto No. 21 Adante* diberikan 7. Terapi menggambar diberikan	kooperatif (cukup menurun) - Klien tampak sudah tidak menelan ludah (menurun) - Poin skala mual muntah 9, mual muntah sedang (cukup menurun) O: Tingkat nausea cukup menurun P : Intervensi manajemen munta nomor 1, 2, 3, 5 dilanjutkan oleh perawat ruangan dan EBN no 1-3 dilanjutkan oleh keluarga di Rumah Sakit

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

Tabel 4.12
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan An. F Hari Pertama

Nama Pasien : An. F	**Diagnosa Keperawatan: Nausea b.d Iritasi Lambung**
Ruangan : Edelweis	
Hari/Tanggal : Selasa/ 22 April 2025	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul: 15.00 WIB S: - Klien mengatakan mulutnya terasa tidak enak (cukup meningkat) - Klien mengatakan mual setiap makan (cukup meningkat) - Klien mengatakan perasan mual timbul tidak menentu(cukup meningkat) - Keluarga mengatakan klien muntah sudah 3 kali dengan konsistensi muntah kuning kental tanpa ampas sebanyak ½ sampai 1 gelas belimbing (cukup meningkat) - Keluarga mengatakan anak tidak mau makan (cukup meningkat)	Pukul 15.15-15.55 WIB 1. Melakukan pemeriksaan karakteristik muntah 2. Melakukan pengecekan volume muntah 3. Mencari tahu faktor penyebab muntah 4. Memberikan posisi semifowler untuk mencegah aspirasi 5. Menganjurkan keluarga klien untuk membantu membungkuk atau menundukkan kepala klien saat	Pukul 15.15-15.55 WIB 1. Muntah klien berwarna bening tidak disertai darah, tidak berampas, frekuensi muntah berulang dalam beberapa jam dengan durasi muntah ± 5 menit 2. Sekali muntah ± ½ sampai 1 gelas kaca 3. Muntah disebabkan karena inflamasi pada saluran pencernaan 4. Klien tampak nyaman dengan posisi semifowler 5. Keluarga mengatakan akan melakukannya saat klien muntah	Pukul: 19.30 WIB S : - Klien mengatakan mulut masih terasa asam (cukup meningkat) - Klien mengatakan masih mual setiap ingin makan (cukup meningkat) - Keluarga klien mengatakan klien ada muntah 1 kali dengan konsistensi muntah kental kekuningan tanpa ampas (cukup meningkat) - Keluarga mengatakan klien masih tidak mau makan dan minum (cukup meningkat)

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

O : - Klien tampak lemah (cukup meningkat) - Klien tampak sering menelan ludah (cukup meningkat) - Skala mual muntah 10, mual muntah sedang (cukup meningkat) A : Tingkat nausea cukup meningkat P : Lanjutkan intervensi SIKI: Manajemen muntah nomor 1, 2, 3, 5 dan EBN no 1-3	muntah 6. Memberikan aromaterapi lemon 7. Memberikan terapi musik klasik 8. Memberikan terapi distraksi menggambar	6. Aromaterapi diberikan klien dapat menerima terapi 7. Terapi musik klasik *Piano Concerto No. 21 Adante* diberikan 8. Terapi menggambar diberikan	O : - Klien tampak lemah (cukup meningkat) - Klien tampak pucat (cukup meningkat) - Klien tampak rewel dan menangis (cukup meningkat) - Klien masih sering menelan air liur (cukup meningkat) A : Tingkat nausea cukup meningkat P : Intervensi manajemen muntah dilanjutkan nomor 1, 2, 5, 6, 7 dan EBN 1-3.

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

Tabel 4.13
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan An. F Hari Kedua

Nama Pasien : An. F	**Diagnosa Keperawatan: Nausea b.d Iritasi Lambung**
Ruangan : Edelweis	
Hari/Tanggal : Rabu/ 23 April 2025	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul: 15.00 WIB S : - Klien mengatakan mulutnya terasa asam (cukup meningkat) - Klien mengatakan mual setiap makan (cukup meningkat) - Keluarga mengatakan frekuensi muntah sudah berkurang (cukup meningkat) - Keluarga mengatakan klien masih tidak mau makan (cukup meningkat) O : - Klien tampak lemah (cukup meningkat) - Klien tampak pucat (cukup meningkat)	Pukul: 15.05-15.45 WIB 1. Mengidentifikasi karakteristik muntah 2. Melakukan periksaan volume muntah 3. Memberikan posisi semifowler untuk mencegah aspirasi 4. Menganjurkan keluarga klien untuk membantu membungkuk atau menundukkan kepala klien saat muntah 5. Memberikan aromaterapi lemon 6. Memberikan terapi musik klasik	Pukul: 15.05-15.45 WIB 1. Muntah klien berwarna bening tidak disertai darah, tidak berampas, frekuensi muntah berulang dalam beberapa jam dengan durasi muntah ± 5 menit 2. Sekali muntah ± ½ gelas kaca 3. Klien tampak nyaman dengan posisi semifowler 4. Keluarga mengatakan akan melakukannya saat klien muntah 5. Aromaterapi diberikan klien dapat menerima terapi 6. Terapi musik klasik *Piano Concerto No. 21 Adante*	Pukul: 19.30 WIB S : - Klien mengatakan mulut masih terasa asam (sedang) - Klien mengatakan masih mual setiap ingin makan (sedang) - Keluarga klien mengatakan klien belum ada muntah (sedang) - Keluarga mengatakan klien mau makan sedikit-sedikit (sedang) O : - Klien tampak lemah (sedang) - Klien tampak pucat (sedang) - Klien tampak sudah jarang menelan air ludah (sedang)

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

- Klien tampak sering menelan ludah (cukup meningkat) A : Tingkat nausea cukup meningkat P : Lanjutkan intervensi SIKI: Manajemen muntah nomor 1, 2, 3, 5 dan EBN no 1-3	7. Memberikan terapi distraksi menggambar	diberikan 8. Terapi menggambar diberikan	A : Tingkat nausea sedang P : Lanjutkan intervensi SIKI: Manajemen muntah nomor 1, 2, 3, 5 dan EBN no 1-3

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

Tabel 4.14
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan An. F Hari Ketiga

Nama Pasien : An. F	**Diagnosa Keperawatan: Nausea b.d Iritasi Lambung**
Ruangan : Edelweis	
Hari/Tanggal : Kamis/ 24 April 2025	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul: 15.55 WIB S : - Klien mengatakan mulutnya sudah tidak terasa asam (cukup menurun) - Klien mengatakan rasa mual sudah jarang muncul (sedang) - Keluarga mengatakan frekuensi muntah sudah berkurang (sedang) - Keluarga mengatakan klien sudah mau makan sedikit-sedikit (sedang) O : - Klien tampak lemah (sedang) - Klien tampak sering menelan ludah (sedang) A : Tingkat nausea sedang	Pukul: 16.00-16.40 WIB 1. Mengidentifikasi karakteristik muntah 2. Melakukan periksaan volume muntah 3. Memberikan posisi semifowler untuk mencegah aspirasi 4. Menganjurkan keluarga klien untuk membantu membungkuk atau menundukkan kepala klien saat muntah 5. Memberikan aromaterapi lemon 6. Memberikan terapi musik klasik	Pukul: 16.00-16.40 WIB 1. Muntah klien berwarna bening tidak disertai darah, tidak berampas, frekuensi muntah sudah berkurang dengan durasi muntah ± 3 menit 2. Sekali muntah ± ½ gelas kaca 3. Klien tampak nyaman dengan posisi semifowler 4. Keluarga mengatakan akan melakukannya saat klien muntah 5. Aromaterapi diberikan klien dapat menerima terapi 6. Terapi musik klasik *Piano Concerto No. 21 Adante*	Pukul: 19.40 WIB S : - Klien mengatakan mulut tidak terasa asam lagi (menurun) - Klien mengatakan masih mual sesekali (cukup menurun) - Keluarga klien mengatakan klien belum ada muntah (menurun) - Keluarga mengatakan klien sudah mau makan (menurun) - Keluarga klien mengatakan klien mampu menghabiskan 1 porsi makanan dari RS (menurun) O : - Klien tampak lemah (cukup

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

P : Lanjutkan intervensi SIKI: Manajemen muntah nomor 1, 2, 3, 5 dan EBN no 1-3	7. Memberikan terapi distraksi menggambar	diberikan 7. Terapi menggambar diberikan	menurun) - Klien sudah tidak sering menelan air ludah (menurun) - Poin skala mual muntah 6, mual muntah ringan (menurun) A : - Keluhan mual cukup menurun - Perasaan ingin muntah cukup menurun - Frekuensi menelan saliva cukup menurun - Pucat menurun - Jumlah saliva cukup menurun O : Tingkat nausea cukup menurun P : Intervensi manajemen munta nomor 1, 2, 3, 5 dilanjutkan oleh perawat ruangan dan EBN no 1-3 dilanjutkan oleh keluarga di Rumah Sakit

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu


Kemenkes
Poltekkes Bengkulu