

Lampiran 1. Izin Lokasi Pengambilan Studi Kasus

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNG KARANG
PRODI D III KEBIDANAN TANJUNG KARANG
Jl. Soekarno-Hatta No.1 Hajimena, Bandar Lampung

IZIN LOKASI PENGAMBILAN STUDI KASUS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Atit Setiawati, SST

Alamat : Jl. I Kibang Kec. Menggala Kab. Tulang bawang

Dengan ini menyatakan :

Nama : Ajeng Ayuningrum

NIM : 1815401084

Telah mengambil studi kasus kebidanan di PMB Atit Setiawati, SST sebagai salah satu syarat menyelesaikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi D III Kebidanan Tanjungkarang Politeknik Kesehatan Tanjungkarang.

Menggala, 17 Februari 2021

Pimpinan PMB Atit Setiawati



Atit Setiawati, SST

NIP.19741012200602017

Lampiran 2. Lembar Permintaan Menjadi Subyek

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNG KARANG
PRODI D III KEBIDANAN TANJUNG KARANG
Jl. Soekarno-Hatta No.1 Hajimena, Bandar Lampung

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI SUBYEK

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Lyana.
Umur : 25 tahun
Alamat : Jl. Koramil Lebu Dalem.

Selaku **SUAMI/KELUARGA/KLIEN***) telah mendapatkan penjelasan dan menyatakan bahwa saya bersedia untuk menjadi pasien dalam Laporan Tugas Akhir pada asuhan kehamilan dengan *Emesi sgravidarum*. Asuhan akan diberikan oleh mahasiswa yang bersangkutan yaitu:

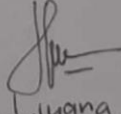
Nama : Ajeng Ayuningrum
NIM : 1815401084
Tingkat/Semester : III (tiga)/ VI (enam)

Menggala, 3 Maret 2021

Mahasiswa


Ajeng Ayuningrum

Klien


(.....Lyana.....)

Menyetujui,

Pembimbing Lahan



Atri Setiawati, SST

Lampiran 3. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNG KARANG
PRODI D III KEBIDANAN TANJUNG KARANG
Jl. Soekarno-Hatta No.1 Hajimena, Bandar Lampung

LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

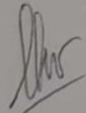
Nama : Lijana
Umur : 25 tahun
Alamat : Jl. Koramil Lebu Dalam.

Selaku **SUAMI/KELUARGA/KLIEN***) telah mendapatkan penjelasan,
memahami dan menyetujui terhadap tindakan yang akan diberikan, meliputi :
Menggunakan aromaterapi lemon untuk mengurangi *emesis gravidarum*

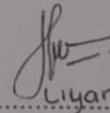
Menggala, 8 Maret 2021

Mahasiswa

Klien



Ajeng Ayuningrum



(.....Lijana.....)



Lampiran 4. SOP Mengurangi Emesis Gravidarum pada Ibu Hamil Trimester I

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MENGURANGI EMESIS GRAVIDARUM PADA IBU HAMIL TRIMESTER I	
Pengertian	Mual muntah merupakan keluhan umum pada kehamilan yang disebabkan oleh perubahan hormon saat hamil.
Intervensi	Pemberian aromaterapi lemon
Pengertian aromaterapi lemon	Minyak yang diperoleh dari kulit lemon yang harum dan memiliki konsentrasi tinggi serta mudah mengalami penguapan
Tujuan	Sebagai terapi nonfarmakologis untuk mengurangi emesis gravidarum
Indikasi	Diberikan pada klien yang mengalami mual muntah
Kontraindikasi	Klien yang memiliki alergi aromaterapi khususnya aromaterapi lemon
Subjek	Ny. L
Pelaksana	Ajeng Ayuningrum
Peralatan	1. Aromaterapi lemon 2. Diffuser 3. Air bersih
Prosedur	A. PREINTERAKSI
	1. Melakukan pemeriksaan catatan medis pasien
	2. Mengidentifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontraindikasi
	3. Menyiapkan alat dan bahan
	B. TAHAP KERJA
	1. Melakukan komunikasi terapeutik
	2. Menanyakan keluhan pasien
	3. Melakukan pengukuran skor Rhodes Index dengan anamnesa.
	4. Melakukan pemeriksaan fisik.

	5. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada pasien
	6. Memberi kesempatan klien untuk bertanya
	7. Mengatur posisi klien agar nyaman
	8. Menjaga privasi pasien
	9. Mencuci tangan
	10. Mencampurkan 100 ml air dengan 2 tetes aromaterapi lemon dalam diffuser
	11. Menyalakan diffuser
	12. Melakukan tindakan saat ibu merasakan mual selama 10-15 menit
	13. Menanyakan perasaan klien setelah menggunakan aromaterapi lemon
	14. Memberikan penjelasan kembali mengenai cara pembuatan dan penggunaan aromaterapi lemon
	15. Membersihkan alat
	16. Mencuci tangan
	C. TERMINASI
	1. Melakukan evaluasi hasil tindakan
	2. Menganjurkan klien untuk melakukan terapi secara mandiri di rumah.

Lampiran 5. Instrumen untuk Mengukur Mual dan Muntah

INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR MUAL DAN MUNTAH

(menggunakan *Rhodes Index Nausea Vomiting and Retching* (RINVR))

Nama : Ny. L
Tanggal : 8 Maret 2021
Pukul : 17.00

Petunjuk :

Beri salah satu tanda (x) pada kotak disetiap baris yang sesuai dengan kejadian yang dialami pasien.

No.	Pernyataan	Skala				
		7x/lebih	5-6 kali	3-4 kali	1-2 kali	Tidak muntah
1.	Pasien mengalami mual muntah sebanyak.... kali			X		
2.	Akibat retching, pasien mengalami penderitaan yang....	Tidak mengalami	Ringan X	Sedang	Berat	Parah
3.	Akibat muntah, pasien mengalami penderitaan yang....	Parah	Berat	Sedang	Ringan X	Tidak mengalami
4.	Pasien mengalami mual atau sakit diperut	Tidak mengalami	≤ 1 jam X	2-3 jam	4-6 jam	> 6 jam

	selama.....					
5.	Akibat mual- mual pasien mengalami penderitaan yang.....	Tidak mengalami	Ringan X	Sedang	Berat	Parah
6.	Setiap muntah, pasien mengalami muntahan sebanyak.....gelas	Sangat banyak (3 gelas/lebih)	Banyak (2-3 gelas)	Sedang (1/2-2 gelas) X	Sedikit (hampir ½ gelas)	Tidak mengeluark an apa-apa
7.	Pasien mengalami mual atau sakit perut sebanyak.... kali	7x/lebih	5-6 kali	3-4 kali X	1-2 kali	Tidak
8.	Paien mengalami muntah- muntah/muntah berat tanpa mengeluarkan apa-apa sebanyak.... kali	Tidak mengalami	1-2 kali	3-4 kali X	5-6 kali	7x/lebih

Skor = 12 (mual muntah sedang)

INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR MUAL DAN MUNTAH

(menggunakan *Rhodes Index Nausea Vomiting and Retching* (RINVR))

Nama : Ny. L

Tanggal : 11 Maret 2021

Pukul : 16.00

Petunjuk :

Beri salah satu tanda (x) pada kotak disetiap baris yang sesuai dengan kejadian yang dialami pasien.

N o.	Pernyataan	Skala				
		7x/lebih	5-6 kali	3-4 kali	1-2 kali	Tidak muntah
1.	Pasien mengalami mual muntah sebanyak.... kali				X	
2.	Akibat retching, pasien mengalami penderitaan yang....	Tidak mengalami	Ringan X	Sedang	Berat	Parah
3.	Akibat muntah, pasien mengalami penderitaan yang....	Parah	Berat	Sedang	Ringan X	Tidak mengalami
4.	Pasien mengalami mual atau sakit diperut selama.....	Tidak mengalami	≤ 1 jam X	2-3 jam	4-6 jam	> 6 jam
5.	Akibat mual-	Tidak	Ringan	Sedang	Berat	Parah

	mual pasien mengalami penderitaan yang.....	mengalami	X			
6.	Setiap muntah, pasien mengalami muntahan sebanyak.....gelas	Sangat banyak (3 gelas/lebih)	Banyak (2-3 gelas)	Sedang (1/2-2 gelas)	Sedikit (hampir ½ gelas) X	Tidak mengeluarkan apa-apa
7.	Pasien mengalami mual atau sakit perut sebanyak.... kali	7x/lebih	5-6 kali	3-4 kali	1-2 kali X	Tidak
8.	Paien mengalami muntah-muntah/muntah berat tanpa mengeluarkan apa-apa sebanyak.... kali	Tidak mengalami	1-2 kali X	3-4 kali	5-6 kali	7x/lebih

Skor = 8 (mual muntah ringan)

INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR MUAL DAN MUNTAH

(menggunakan *Rhodes Index Nausea Vomiting and Retching* (RINVR))

Nama : Ny. L

Tanggal : 13 Maret 2021

Pukul : 10.00

Petunjuk :

Beri salah satu tanda (x) pada kotak disetiap baris yang sesuai dengan kejadian yang dialami pasien.

N o.	Pernyataan	Skala				
		7x/lebih	5-6 kali	3-4 kali	1-2 kali	Tidak muntah
1.	Pasien mengalami mual muntah sebanyak.... kali				X	
2.	Akibat retching, pasien mengalami penderitaan yang....	Tidak mengalami X	Ringan	Sedang	Berat	Parah
3.	Akibat muntah, pasien mengalami penderitaan yang....	Parah	Berat	Sedang	Ringan	Tidak mengalami X
4.	Pasien mengalami mual atau sakit diperut selama.....	Tidak mengalami	≤ 1 jam X	2-3 jam	4-6 jam	> 6 jam
5.	Akibat mual-	Tidak	Ringan	Sedang	Berat	Parah

	mual pasien mengalami penderitaan yang.....	mengalami X				
6.	Setiap muntah, pasien mengalami muntahan sebanyak.....gelas	Sangat banyak (3 gelas/lebih)	Banyak (2-3 gelas)	Sedang (1/2-2 gelas)	Sedikit (hampir ½ gelas) X	Tidak mengeluarkan apa-apa
7.	Pasien mengalami mual atau sakit perut sebanyak.... kali	7x/lebih	5-6 kali	3-4 kali	1-2 kali X	Tidak
8.	Paien mengalami muntah-muntah/muntah berat tanpa mengeluarkan apa-apa sebanyak.... kali	Tidak mengalami	1-2 kali X	3-4 kali	5-6 kali	7x/lebih

Skor = 5 (mual muntah ringan)

Lampiran 6. Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI
MUAL DAN MUNTAH PADA IBU HAMIL

Hari	Aromaterapi Lemon		Makan Sedikit Tapi Sering	
	Dilakukan	Tidak Dilakukan	Dilakukan	Tidak Dilakukan
Ke-1	✓		✓	
Ke-2	✓		✓	
Ke-3	✓		✓	
Ke-4	✓		✓	
Ke-5	✓		✓	
Ke-6	✓		✓	

Lampiran 7. Lembar Penilaian

LEMBAR PENILAIAN
MUAL DAN MUNTAH PADA IBU HAMIL

Data karakteristik responden

Nama : Ny. L

Umur : 25 tahun

Alamat : Jl. Koramil Lebu Dalem

No.	Sebelum di Beri Aromaterapi				Setelah di Beri Aromaterapi			
	Tanggal	Frekuensi			Tanggal	Frekuensi		
		Mual	Retching	Muntah		Mual	Retching	Muntah
1.	8/3/2021	3-4	3-4	3-4	9/3/2021	3	2	3
2.					10/3/2021	2	2	3
3.					11/3/2021	2	2	2
4.					12/3/2021	2	1	2
5.					13/3/2021	1	1	1

Lampiran 8. Dokumentasi

1. 8 Maret 2021

	IBU	SUAMI/KELUARGA
NAMA	Ellyana	Poon Ariadi
NIK		
PEMBAYARAN		
NOL. KON.		
FASRES TK 1		
FASRES BUKURAN		
GOL. DARAH	O	O
TINGG. 1	170 cm	170 cm
TINGG. 2	170 cm	170 cm
TINGG. 3	170 cm	170 cm
TINGG. 4	170 cm	170 cm
TINGG. 5	170 cm	170 cm
TINGG. 6	170 cm	170 cm
TINGG. 7	170 cm	170 cm
TINGG. 8	170 cm	170 cm
TINGG. 9	170 cm	170 cm
TINGG. 10	170 cm	170 cm
TINGG. 11	170 cm	170 cm
TINGG. 12	170 cm	170 cm
TINGG. 13	170 cm	170 cm
TINGG. 14	170 cm	170 cm
TINGG. 15	170 cm	170 cm
TINGG. 16	170 cm	170 cm
TINGG. 17	170 cm	170 cm
TINGG. 18	170 cm	170 cm
TINGG. 19	170 cm	170 cm
TINGG. 20	170 cm	170 cm
TINGG. 21	170 cm	170 cm
TINGG. 22	170 cm	170 cm
TINGG. 23	170 cm	170 cm
TINGG. 24	170 cm	170 cm
TINGG. 25	170 cm	170 cm
TINGG. 26	170 cm	170 cm
TINGG. 27	170 cm	170 cm
TINGG. 28	170 cm	170 cm
TINGG. 29	170 cm	170 cm
TINGG. 30	170 cm	170 cm
TINGG. 31	170 cm	170 cm
TINGG. 32	170 cm	170 cm
TINGG. 33	170 cm	170 cm
TINGG. 34	170 cm	170 cm
TINGG. 35	170 cm	170 cm
TINGG. 36	170 cm	170 cm
TINGG. 37	170 cm	170 cm
TINGG. 38	170 cm	170 cm
TINGG. 39	170 cm	170 cm
TINGG. 40	170 cm	170 cm
TINGG. 41	170 cm	170 cm
TINGG. 42	170 cm	170 cm
TINGG. 43	170 cm	170 cm
TINGG. 44	170 cm	170 cm
TINGG. 45	170 cm	170 cm
TINGG. 46	170 cm	170 cm
TINGG. 47	170 cm	170 cm
TINGG. 48	170 cm	170 cm
TINGG. 49	170 cm	170 cm
TINGG. 50	170 cm	170 cm
TINGG. 51	170 cm	170 cm
TINGG. 52	170 cm	170 cm
TINGG. 53	170 cm	170 cm
TINGG. 54	170 cm	170 cm
TINGG. 55	170 cm	170 cm
TINGG. 56	170 cm	170 cm
TINGG. 57	170 cm	170 cm
TINGG. 58	170 cm	170 cm
TINGG. 59	170 cm	170 cm
TINGG. 60	170 cm	170 cm
TINGG. 61	170 cm	170 cm
TINGG. 62	170 cm	170 cm
TINGG. 63	170 cm	170 cm
TINGG. 64	170 cm	170 cm
TINGG. 65	170 cm	170 cm
TINGG. 66	170 cm	170 cm
TINGG. 67	170 cm	170 cm
TINGG. 68	170 cm	170 cm
TINGG. 69	170 cm	170 cm
TINGG. 70	170 cm	170 cm
TINGG. 71	170 cm	170 cm
TINGG. 72	170 cm	170 cm
TINGG. 73	170 cm	170 cm
TINGG. 74	170 cm	170 cm
TINGG. 75	170 cm	170 cm
TINGG. 76	170 cm	170 cm
TINGG. 77	170 cm	170 cm
TINGG. 78	170 cm	170 cm
TINGG. 79	170 cm	170 cm
TINGG. 80	170 cm	170 cm
TINGG. 81	170 cm	170 cm
TINGG. 82	170 cm	170 cm
TINGG. 83	170 cm	170 cm
TINGG. 84	170 cm	170 cm
TINGG. 85	170 cm	170 cm
TINGG. 86	170 cm	170 cm
TINGG. 87	170 cm	170 cm
TINGG. 88	170 cm	170 cm
TINGG. 89	170 cm	170 cm
TINGG. 90	170 cm	170 cm
TINGG. 91	170 cm	170 cm
TINGG. 92	170 cm	170 cm
TINGG. 93	170 cm	170 cm
TINGG. 94	170 cm	170 cm
TINGG. 95	170 cm	170 cm
TINGG. 96	170 cm	170 cm
TINGG. 97	170 cm	170 cm
TINGG. 98	170 cm	170 cm
TINGG. 99	170 cm	170 cm

RINGKASAN PELAYANAN KESEHATAN DOKTER SPESIALIS		
Tanggal Periksa, Stamp, dan Paraf	IP = 30 - 9 - 21 Keluhan, Pemeriksaan, Tindakan T.P. 41 = 23 - 12 - 20	Tanggal Kembali
1/21	Kidney to sh. to 110/70 52 kg	1/27
5/2 - 21	kid, med, mikel, pemeriksaan T.O. 90/60 56 kg	1/27
8/2 21	Mual, muntah. T.O. 90/80 mmHg	1/27
8/3 21	perut - muntah. Perut mng T.M. 100/80 56 kg	1/27



2. 11 Maret 2021



3. 13 Maret 2021

