

Lampiran 1 - Standar Operasional Prosedur

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
PEMBERIAN MINUMAN JAHE UNTUK MENGURANGI MUAL MUNTAH
PADA KEHAMILAN TRIMESTER I DI PMB X
PROVINSI LAMPUNG

No	Langkah Pemberian Minuman Jahe
A	SIKAP DAN PERILAKU
1	Menyambut pasien, memberi salam, dan memperkenalkan diri
2	Menjelaskan maksud dan tujuan
3	Menanyakan kesiapan pasien
B	TINDAKAN YANG DILAKUKAN
1.	Mencuci tangan
2.	Menyiapkan 1 ruas jahe, 3 lembar daun mint, 15 gram gula merah atau 1 sendok makan, dan 400 ml air atau setara 2 gelas
3.	Mencuci bersih semua bahan lalu jahe di bakar dan di geprek
4.	Rebus 400 ml air lalu masukkan jahe yang sudah di geprek, tunggu sampai mendidih dan air menyusut menjadi 200 ml atau setara dengan 1 gelas
5.	Masukkan air rebusan jahe ke dalam gelas dan campur dengan 15 gram atau satu sendok makan gula merah lalu aduk, lalu campurkan 3 lembar daun mint dan minuman jahe siap disajikan
	Pasien meminum minuman jahe dan daun mint pada pagi hari dengan dosis satu gelas perhari.
C	TERMINASI
1.	Mencuci tangan
2.	Mengevaluasi keadaan pasien
3.	Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya
4.	Merapihkan alat
5.	Mencatat kegiatan pada lembar observasi

Lampiran 2 - Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL TERHADAP NY. DI

Anamnesa oleh :
Tanggal pengkajian :
Waktu :

SUBJEKTIF (S)

A. Identitas

	Istri	Suami
Nama :	:	:
Umur :	:	:
Agama :	:	:
Suku/Bangsa :	:	:
Pendidikan :	:	:
Pekerjaan :	:	:
Alamat :	:	:
No. HP :	:	:

B. Anamnesa

1. Alasan kunjungan :
2. Riwayat kehamilan saat ini :
 - 2.1. Riwayat menstruasi
 - a. Menarch
 - b. Siklus :
 - c. Lama :
 - d. Disminore :
 - e. Sifat darah :

- f. Banyaknya :
- g. HPHT :
(Haid pertama haid terakhir)
- h. TP :
- i. Usia kehamilan :

2.2. Tanda-tanda kehamilan (TM 1)

- a. Amenorrhea :
- b. Mual dan muntah :
- c. Tes kehamilan :
- d. Tanggal :

Gerakan fetus pertama kali dirasakan pada usia kehamilan

Pergerakan fetus dalam 24 jam terakhir

2.3. Pemeriksaan kehamilan

- a. Ya, dimana :
Oleh siapa :
Berapa kali :

2.4. Pengetahuan tentang tanda-tanda kehamilan

NO	Pengetahuan	Pengetahuan klien		Mengalami	
		Tahu	Tidak tahu	Ya	Tidak
1	Sakit kepala				
2	Pandangan kabur				
3	Mual muntah berlebih				
4	Gerakan janin berkurang				
5	Demam tinggi				
6	Keluar cairan pervaginam (KPD)				
7	Perdarahan terus menerus				

8	Bengkak pada ekstremitas				
---	--------------------------	--	--	--	--

2.5. Perencanaan KB setelah melahirkan

Jenis :

Tidak, alasan :

2.6. Persiapan persalinan (P4K) terdiri dari

a. Kepemilikan stiker P4K

Ada :

Tidak :

b. Persiapan tempat persalinan

Rencana penolong persalinan

Tenaga kesehatan :

Oleh siapa :

c. Pendamping persalinan :

d. Perencanaan Biaya persalinan

Sudah direncanakan :

e. Transportasi yang digunakan

Ada :

f. Golongan darah :

2.7. Keluhan yang dirasakan

a. Rasa lelah :

b. Mual-mual :

c. Malas beraktifitas :

d. Panas, menggigil :

e. Sakit kepala :

f. Penglihatan kabur :

g. Rasa nyeri atau panas BAK :

h. Rasa gatal pada vulva dan vagina dan sekitarnya :

i. Nyeri, kemerahan pada tungkai :

j. Lain-lain :

2.8. Penapisan kehamilan

- a. Riwayat SC :
- b. Perdarahan pervaginam :
- c. Persalinan kurang bulan (UK<37 Minggu) :
- d. Ketuban pecah disetasi meconium yang kental :
- e. Ketuban pecah lama :
- f. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan
(< 37 minggu) :
- g. Ikterus :
- h. Anemia berat :
- i. Infeksi :
- j. Pre eklamsi :
- k. TFU 40 cm/lebih :
- l. Gawat janin :
- m. Primipara dalam fase aktif kala 1 persalinan
Kepala janin 5/5 :
- n. Presentasi bukan kepala :
- o. Presentasi ganda :
- p. Kehamilan ganda (gameli) :
- q. Tali pusat menumbung :
- r. Syok :

2.9. Diet atau makanan

Sebelum hamil

- Pola makan dalam sehari :
- Jenis makanan sehari-hari :

Setelah hamil

- Pola makan dalam sehari-hari :
- Jenis makanan sehari-hari :

2.10. Pola eliminasi

Sebelum hamil

a. BAK

Frekuensi :

Warna :

b. BAB

Frekuensi :

Konsistensi :

Warna :

Setelah hamil

a. BAK

frekuensi :

Warna :

b. BAB

Frekuensi :

Konsistensi :

Warna :

2.11. Aktivitas sehari-hari

Sebelum hamil

a. Pola istirahat dan tidur :

b. Seksualitas :

c. Pekerjaan :

Setelah hamil

a. Pola istirahat dan tidur :

b. Seksualitas :

c. Pekerjaan :

2.12. Personal hygiene

a. Mandi :

b. Frekuensi mengganti pakaian :

2.13. Status imunisasi

Imunisasi TT	Ya	Tidak	Keterangan
TT1			
TT2			
TT3			
TT4			
TT5			

3. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

N O	Tahun partus	Temp at partus	Usia keham ilan	Jenis partus	Pen olon g	kelainan			Anak			Asi eksklusif			Riwayat KB yang digunakan
						Hml	prts	nf s	L/ P	B B	P B	ya	tida k	Alasan tidak ASI	
1.															
2.															
3.															

4. Riwayat kesehatan

4.1 Riwayat penyakit yang pernah atau sedang diderita:

- a. Jantung :
- b. Hipertensi :
- c. DM :
- d. Asma :
- e. Hepar :
- f. Anemia berat :
- g. PMS dan HIV/ AIDS :

4.2 Prilaku kesehatan

- a. Penggunaan alcohol / obat-obat sejenisnya :
- b. Pengkonsumsian jamu :
- c. Merokok :
- d. Vulva hygiene :

6. Riwayat social

6.1.Kehamilan ini direncanakan :

6.2.Status pernikahan

Menikah :

Jumlah :

Lama :

6.3.Susunan keluarga yang tinggal serumah

No.	Jenis kelamin	Umur	Hubungan	Pendidikan	Pekerjaan	Ket

6.4.Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamian,persalinan dan nifas:

7. Riwayat kesehatan keluarga (penyakit jantung, pembekuan darah, darah tinggi, diabet, dll) :

OBJEKTIF

A. PEMERIKSAAN UMUM

1. Keadaan umum :
2. Keadaan emosional :
3. Vital sign : TD : R:
N : T:
4. TB :
5. BB Sekarang :
BB sebelum hamil :
6. LILA :

B. PEMERIKSAAN FISIK

1. Kepala
 - a. Rambut
Kebersihan :
Warna :
Kekuatan akar :
 - b. Muka :
 - c. Mata
Kelopak mata :
Konjungtiva :
Sclera :
 - d. Hidung :
 - e. Telinga :
 - f. Mulut dan gigi
Bibir :
Gigi :
Gusi :
 - a. Kelenjar thyroid :
 - b. Kelenjar getah bening :
 - c. Vena jugularis :

2. Dada

- a. Jantung :
- b. Paru-paru :
- c. Payudara
 - Pembesaran :
 - Putting susu :
 - Pengeluaran ASI :
 - Simetris :
 - Benjolan :
 - Rasa nyeri :
 - Hiperpigmentasi :

3. Abdomen

- a. Bekas luka operasi :
 - Pembesaran :
 - Benjolan :
 - Pembesaran lien dan liver:
 - Linea :
 - Tumor :
- b. Posisi uterus
 - Leopold 1 :
 - Leopold 2 :
 - Leopold 3 :
 - Leopold 4 :
 - TFU Mc Donald :
 - DJJ :
 - Punctum maximum :
 - TBJ (Rumus Niswander) :
- Posisi punggung :
- Nyeri ketuk pinggang :

4. Ekstremitas

- | | |
|-------------------|---|
| Ekstremitas atas | : |
| Oedem | : |
| Kemerahan | : |
| Varises | : |
| Ekstremitas bawah | : |
| Oedem | : |
| Kemerahan | : |
| Varies | : |
| Reflek patella | : |
5. Anogenital
- | | |
|------------------------|---|
| Perineum | : |
| Vulva dan vagina | : |
| Pengeluaran perpaginam | : |
| Kelenjar bartholini | : |
| Anus | : |

C. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Laboratorium
- | | |
|----------------|---|
| Hb | : |
| Golongan darah | : |
| Hepatitis | : |
| HIV | : |
| Hib | : |
| Protein | : |
| Glukosa | : |
2. Radiologi / USG / dll :

ANALISA

- | | |
|-------------------|---|
| a. Diagnosa | : |
| b. Diagnosa janin | : |
| c. Masalah | : |

PENATALAKSANAAN

Lampiran 3 - Kuesioner Untuk Mengukur Mual Dan Muntah

INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR MUAL DAN MUNTAH

(menggunakan rhodes index nausea vomiting and retching (RINVR))

Nama :

Tanggal :

Pukul :

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					
2.	Akibat retching, pasien mengalami penderitaan yang....	Tidak mengalami	Ringan	Sedang	Berat	Parah
3.	Akibat muntah, pasien mengalami penderitaan	Parah	Berat	Sedang	Ringan	Tidak mengalami

	yang....					
4.	Pasien mengalami mual atau sakit diperut selama.....	Tidak mengalami	≤ 1 jam	2-3 jam	4-6 jam	> 6 jam
5.	Akibat mual-pasien mengalami penderitaan yang.....	Tidak mengalami	Ringan	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)	Sedikit (hampir $\frac{1}{2}$ gelas)	Tidak mengeluarkan apa-apa
7.	Pasien mengalami mual atau sakit perut sebanyak.... kali	7x/lebih	5-6 kali	3-4 kali	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	5-6 kali	7x/lebih

Skor(diisi oleh peneliti)

Lampiran 4 - Petunjuk Pengisian Kuesioner untuk Mengukur Mual Muntah

PETUNJUK PENGISIAN INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR MUAL DAN MUNTAH

(menggunakan rhodes index nausea vomiting and retching (RINVR))

1. Perhatikan petunjuk pada instrument!
2. Tulislah nama inisial pasien, tanggal, dan waktu.
3. Beri tanda silang (X) bila ditemukan tanda atau gejala yang ditemukan pada tabel pada diri pasien.
4. Keterangan isi tabel:
 - a. Pada baris 1, bila pasien mengalami mual muntah, beri tanda silang (X) pada kolom yang sesuai dengan frekuensi mual muntah yang terjadi pada pasien.
 - 0, jika pasien tidak muntah
 - 1, jika pasien muntah 1-2 kali
 - 2, jika pasien muntah 3-4 kali
 - 3, jika pasien muntah 5-6 kali
 - 4, jika pasien muntah 7x/lebih
 - b. Pada baris 2, jika pasien mengalami *retching* (muntah tanpa produksi), perhatikan perubahan kondisi yang terjadi pada pasien.

Keterangan:

 - 0, tidak mengalami, yaitu jika tidak terjadi perubahan pada kondisi pasien
 - 1, ringan yaitu jika terjadi sedikit perubahan pada diri pasien (lemah)
 - 2, sedang yaitu jika terjadi perubahan pada diri pasien, lemah, wajah agak pucat.
 - 3, berat, yaitu pasien tampak lebih lemah, wajahnya pucat, dan tampak sedih.

4, parah yaitu jika terjadi perubahan besar pada kondisi pasien, pasien sangat lemah, wajahnya pucat, dan tampak sedih bahkan sampai meneteskan air mata.

- c. Pada baris 3, bila pasien mengalami muntah, perhatikan perubahan kondisi yang terjadi pada pasien

Keterangan:

0, tidak mengalami, yaitu jika tidak terjadi perubahan pada kondisi pasien

1, ringan yaitu jika terjadi sedikit perubahan pada diri pasien (lemah)

2, sedang yaitu jika terjadi perubahan pada diri pasien, lemah, wajah agak pucat.

3, berat, yaitu pasien tampak lebih lemah, wajahnya pucat, dan tampak sedih.

4, parah yaitu jika terjadi perubahan besar pada kondisi pasien, pasien sangat lemah, wajahnya pucat, dan tampak sedih bahkan sampai meneteskan air mata.

- d. Pada baris 4, bila pasien mengalami mual, dengan keterangan:

0, jika pasien tidak mengalami mual

1, jika pasien mengalami mual ≤ 1 jam

2, jika pasien mengalami mual 2-3 jam

3, jika pasien mengalami mual 4-6 jam

4, jika pasien mengalami mual > 6 jam

- e. Pada baris 5, bila pasien mengalami mual, perhatikan perubahan kondisi yang terjadi pada pasien.

Keterangan:

0, tidak mengalami, yaitu jika tidak terjadi perubahan pada kondisi pasien

1, ringan yaitu jika terjadi sedikit perubahan pada diri pasien (lemah)

2, sedang yaitu jika terjadi perubahan pada diri pasien, lemah, wajah agak pucat.

3, berat, yaitu pasien tampak lebih lemah, wajahnya pucat, dan tampak sedih.

4, parah yaitu jika terjadi perubahan besar pada kondisi pasien, pasien sangat lemah, wajahnya pucat, dan tampak sedih bahkan sampai meneteskan air mata.

- f. Pada baris 6, perhatikan jumlah keluaran (makanan atau cairan) yang keluar dari tubuh pasien dengan gelas ukur 300 cc.

Keterangan:

0, jika pasien tidak mengeluarkan apa-apa

1, jika produksi muntah pasien sedikit (hampir $\frac{1}{2}$ gelas)

2, jika produksi muntah pasien sedang (1/2-2 gelas)

3, jika produksi muntah pasien banyak (2-3 gelas)

4, jika produksi muntah pasien sangat banyak (3 gelas/lebih)

- g. Pada baris 7, jika pasien mengalami mual, beri tanda silang pada kolom yang sesuai dengan jumlah frekuensi mual yang dialami pasien.

Keterangan:

0, jika pasien tidak mengalami mual

1, jika pasien mengalami mual 1-2 kali

2, jika pasien mengalami mual 3-4 kali

3, jika pasien mengalami mual 5-6 kali

4, jika pasien mengalami mual 7x/lebih

- h. Pada baris 8, jika pasien mengalami *retching* (muntah tanpa produksi), beri tanda silang (X) pada kolom yang sesuai dengan jumlah frekuensi *retching* yang dialami pasien.

Keterangan:

0, jika pasien tidak mengalami

1, jika pasien mengalami *retching* 1-2 kali

2, jika pasien mengalami *retching* 3-4 kali

3, jika pasien mengalami *retching* 5-6 kali

4, jika pasien mengalami *retching* 7x/lebih

Lampiran 5 - Izin Lokasi Pengambilan Studi Kasus

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

IZIN LOKASI PENGAMBILAN STUDI KASUS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Jilly Punnica, Amd.Keb

Alamat : Serdang, Tanjung Bintang, Lampung Selatan

Dengan ini menyatakan bahwa:

Nama : Elya Safitri

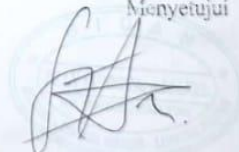
NIM : 1815401082

Tingkat/Semester : III (Tiga)/VI (Enam)

Telah mengambil studi kasus kebidanan di PMB Jilly Punnica, Amd.Keb sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi DIII Kebidanan Tanjungkarang Politeknik Kesehatan Tanjungkarang.

Lampung Selatan, 2 Februari 2021

Menyetujui



Bidan Jilly Punnica, A.Md.,Keb

Lampiran 6 - Lembar Permintaan Menjadi Subjek

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

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI SUBJEK

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. Ikfi Jamiati

Umur : 28 tahun

Alamat : Desa Serdang, Kecamatan Tanjung Bintang Lampung Selatan

Menyatakan bahwa saya bersedia untuk menjadi pasien asuhan kehamilan dengan emesis gravidarum. Asuhan akan diberikan oleh mahasiswa yang bersangkutan yaitu :

Nama : Elya Safitri

NIM : 1815401082

Tingkat / Semester : III (Tiga) / VI (Enam)

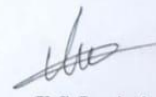
Lampung, 2 Maret 2021

Mahasiswa



Elya Safitri

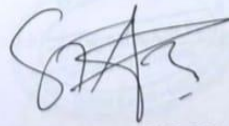
Klien,



Ikfi Jamiati

Menyetujui

Pembimbing Lahan Praktik



Jilly Punnica, A.Md.,Keb

Lampiran 7 - Lembar Persetujuan (Informed Consent)

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPURWOREJO
PRODI DIII KEBIDANAN TANJUNGPURWOREJO
Jl. Soekarno-Hatta No.1, Hajimena, Bandar Lampung

LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tn. Slamet Riyadi

Umur : 26 tahun

Alamat : Desa Serdang, Kecamatan Tanjung Bintang Lampung Selatan

Selaku (SUAMI/KELUARGA/KLIEN) telah mendapatkan penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan yang akan diberikan meliputi : Asuhan Kebidanan pada ibu hamil dengan upaya mengatasi emesis gravidarum menggunakan minuman jahe dan daun mint.

Terhadap (ISTRI/KELUARGA/YANG BERSANGKUTAN) :

Nama : Ny. Ikfi Jamiati

Umur : 28 tahun

Alamat : Desa Serdang, Kecamatan Tanjung Bintang Lampung Selatan

Lampung, 2 Maret 2021

Mahasiswa



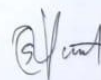
Elva Safitri

Klien



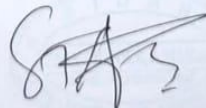
Ikfi Jamiati

Suami/Keluarga,



Slamet Riyadi

Menyetujui
Pembimbing Lahan Praktik



Jilly Punnica, A.Md.,Keb

Lampiran 8 – Kuesioner Hari Ke-1

INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR MUAL DAN MUNTAH

(menggunakan rhodes index nausea vomiting and retching (RINVR))

Nama : Ny. I
Tanggal : 1 Maret 2021
Pukul : 16.00 WIB

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	Sedang X	Berat	Parah
3.	Akibat muntah, pasien mengalami penderitaan yang....	Parah	Berat	Sedang X	Ringan	Tidak mengalami
4.	Pasien	Tidak	≤ 1 jam	2-3 jam	4-6 jam	> 6 jam

	mengalami mual atau sakit diperut selama.....	mengalami	X			
5.	Akibat mual-mual pasien mengalami penderitaan yang.....	Tidak mengalami	Ringan	Sedang X	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 mengeluarkan 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 X	3-4 kali	5-6 kali	7x/lebih

Skor 14 (diisi oleh peneliti)

Lampiran 9 – Kuesioner Hari Ke-5

INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR MUAL DAN MUNTAH

(menggunakan rhodes index nausea vomiting and retching (RINVR))

Nama : Ny. I
Tanggal : 5 Maret 2021
Pukul : 08.00 WIB

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	X	Sedang	Berat	Parah
3.	Akibat muntah, pasien mengalami penderitaan yang....	Parah	Berat	Sedang	X	Tidak mengalami
4.	Pasien	Tidak	≤ 1 jam	2-3 jam	4-6 jam	> 6 jam

	mengalami mual atau sakit diperut selama.....	mengalami	X			
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)	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 (diisi oleh peneliti)

Lampiran 10 – Kuesioner Hari Ke-9

INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR MUAL DAN MUNTAH

(menggunakan rhodes index nausea vomiting and retching (RINVR))

Nama : Ny. I
Tanggal : 9 Maret 2021
Pukul : 08.30 WIB

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	Tidak mengalami X
4.	Pasien	Tidak	≤ 1 jam	2-3 jam	4-6 jam	> 6 jam

	mengalami mual atau sakit diperut selama.....	mengalami	X			
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)	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 X	1-2 kali	3-4 kali	5-6 kali	7x/lebih

Skor 6 (diisi oleh peneliti)

Lampiran 11- Dokumentasi

