

Lampiran 1

Pernyataan Kesiediaan Menjadi Responden Penelitian

Dengan menandatangani lembar ini, saya :

Nama : puput
Umur : 33 thn
Alamat : Jl. Bofin RT 7/4, Cipayung

Memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Aromaterapi Lemon Dan Jahe Terhadap Penurunan Mual Muntah (Hiperemesis Gravidarum) Pada Ibu Hamil Trimester I di Kecamatan Cipayung" yang dilakukan oleh Sarah Maulida Dwi Hapsari mahasiswi Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana, Jakarta.

Saya telah dijelaskan bahwa jawaban kuesioner ini hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan saya secara sukarela bersedia menjadi responden penelitian ini.

Jakarta, 4 Juli 2023

Saksi



Ade B.

Yang Memberikan
Persetujuan



puput

Peneliti



Sarah Maulida D.H

Pernyataan Kesiediaan Menjadi Responden Penelitian

Dengan menandatangani lembar ini, saya :

Nama : Desi Indriani
Umur : 30 th.
Alamat : Jl. Kp. Kramat, Setu Cipayung RT 05/04

Memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Aromaterapi Lemon Dan Jahe Terhadap Penurunan Mual Muntah (Hiperemesis Gravidarum) Pada Ibu Hamil Trimester I di Kecamatan Cipayung" yang dilakukan oleh Sarah Maulida Dwi Hapsari mahasiswi Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana, Jakarta.

Saya telah dijelaskan bahwa jawaban kuesioner ini hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan saya secara sukarela bersedia menjadi responden penelitian ini.

Jakarta, 4 Juli 2023

Saksi

Yang Memberikan
Persetujuan


Desi Indriani

Peneliti



Sarah Maulida D.H

Lampiran 2



**Fakultas Keperawatan
Bhakti Kencana
University**

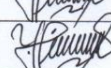
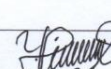
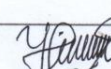
Jl. Soekarno Hatta No 754 Bandung
022 7830 760, 022 7830 768
bku.ac.id contact@bku.ac.id

12.03.00/FRM-03/

CATATAN BIMBINGAN PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Sarah Maulida Dwi Hapsari
NIM : 201FK08013
Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Aromaterapi
Lemon Dan Jahe Untuk Menurunkan Mual Muntah
(Hyperemesis Gravidarum) Pada Ibu Hamil Trimester I Di
Kecamatan Cipayung, Jakarta Timur

Nama Pembimbing : Yuli Astuti, SKM., M.Kes
: Umu Safari, S. Kep., M.KM

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Selasa / 28 - 05 - 23	Perimbangkan judul untuk perbaikan	
2	Jumat / 05 - 05 - 23	Tambahkan penyebab, angka kejadian di dunia, data dari wilayah, peran perawat preventif dan rehabilitatif, konsep relaksasi lemon dan jahe, kandungan yang terdapat dalam lemon dan jahe, cara kerja, Tujuan khusus, Perbaikan sumber penulisan jurnal, penastahan cover judul	
3	Senin / 15 - 05 - 23	Perbaikan sumber penulisan jurnal, upaya rehabilitatif, Tambahkan penelitian aroma terapi lemon dan jahe	
4	Senin / 22 - 05 - 23	Bab II : Tambahkan konsep kehamilan atau Tambahkan sumber referensi lain, Cara kerja, SOP, Perbandingan aromaterapi aplikasi, Implementasi & Pembuktian, Konsep evaluasi yang menggambarkan SOAP	

TERKENDALI

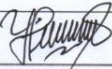
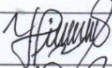
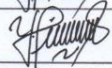
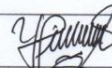
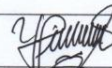
ASLI



12.03.00/FRM-03/

CATATAN BIMBINGAN PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Sarah Maulida Dwi Hapsari
NIM : 201FK08013
Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Aromaterapi
Lemon Dan Jahe Untuk Menurunkan Mual Muntah
(Hyperemesis Gravidarum) Pada Ibu Hamil Trimester I Di
Kecamatan Cipayung, Jakarta Timur
Nama Pembimbing : Yuli Astuti, SKM., M.Kes
: Uun Sufan, S.Kep., NKM

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
5	Minggu / 18 - 06 - 23	Tambahkan no kode Diagnosa kep. Intervensi di buat tabel dan tambahkan intervensi aroma terapi lemon & jahe pada Diagnosa kep.	
6	Selasa / 20 - 06 - 23	Bab III : pengertian studi kasus & penelitian deskriptif pilih salah satu kriteria inklusi dan eksklusi, definisi operasional HG dan aroma terapi, tambahkan instrumen yang digunakan	
7	Kamis / 22 - 06 - 23	Kriteria eksklusi dan definisi operasional aromaterapi	
8	Senin / 23 - 06 - 23	Perbaiki daftar pustaka dan penambahan halaman dan tambahkan lampiran	
9	Senin / 26 - 06 - 23	Perbaiki daftar pustaka dan perbaiki halaman	
10	Selasa / 27 - 06 - 23	Perbaiki kalimat, penggunaan huruf besar, perbaiki Subjek studi kasus	

TERKENDALI

ASLI



12.03.00/FRM-03/

CATATAN BIMBINGAN PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Sarah Maulida Dwi Hapsari
NIM : 201FK08013
Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Aromaterapi
Lemon Dan Jahe Untuk Menurunkan Mual Muntah
(Hyperemesis Gravidarum) Pada Ibu Hamil Trimester I Di
Kecamatan Cipayung, Jakarta Timur
Nama Pembimbing : Yuli Astuti, SKM., M.Kes
: Uum Safari, S. Keper., MKM

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
11	Rabu / 28-06-22	Tambahkan jenis dan alat dalam Pengumpulan data, Perbaikan sistematika Penulisan Kethu Mining, Perbaikan spasi	

TERKENDALI

ASLI



12.03.00/FRM-03/CAB.JKT

CATATAN BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Sarah Maulida Dwi Hapsari
NIM : 201FK08013
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Aromaterapi
Lemon Dan Jahe Untuk Menurunkan Mual Muntah
(Hyperemesis Gravidarum) Pada Ibu Hamil Trimester I Di
Kecamatan Cipayung, Jakarta Timur
Nama Pembimbing : Yuli Astuti,SKM.,M.Kes
Uum Safari, S.Kep.,MKM

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
12	Kamis, 3-8-2022	Perbaikan tabel pada bagian pengkajian, tambahkan data di bab 4 bagian pengkajian pada poin status sosial ekonomi, Rent abdomen, Pem. Risiko luar, dan penutupian sangkan, tambahkan rumusan dzig nosa dan data fokus serta analisis data, perbaiki tabel laporan hasil pengukuran PuRE.	
13	Minggu, 6-8-2023	Tambahkan data di bab 4 poin Pembahasan fisiologi tentang morning sickness, Tambahkan perbedaan antara kasus dan teori, tambahkan data pada poin Pembahasan fisiologi, tambahkan data pada bagian etiologi bab 5, tambahkan Faktor hambatan dalam setiap poin di bab 5, tambahkan diagnosa yang tidak muncul, tambahkan konsep intervensi aromaterapi, tambahkan teori tentang pemberian aromaterapi lemon dan jahe, tambahkan mekanisme aromaterapi.	

TERKENDALI

ASLI



12.03.00/FRM-03/CAB.JKT

CATATAN BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Sarah Maulida Dwi Hapsari
NIM : 201FK08013
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Aromaterapi
Lemon Dan Jahe Untuk Menurunkan Mual Muntah
(Hyperemesis Gravidarum) Pada Ibu Hamil Trimester I Di
Kecamatan Cipayung, Jakarta Timur
Nama Pembimbing : Yuli Astuti,SKM.,M.Kes
Uum Safari, S.Kep.,MKM

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
14.	Selasa, 8-8-2023	Tambahkan data pengkajian terkait mual muntah, tambahkan penjelasan pada poin pembahasan Fisiologi dan Etiologi bab 5	
15.	Kamis, 10-8-2023	Tambahkan penjelasan tentang mual muntahnya menurun dari sedang ke ringan, tambahkan penjelasan pada poin keterbatasan di bab 5, tambahkan data tentang vitamin Kalsium, tambahkan penjelasan pada bagian implementasi bab 6, tambahkan kesimpulan, perbaikan abstrak (definisi, prevalensi, implementasi, terapi komplementer pengobatan terkini)	
16.	Sabtu, 12-8-2023	penambahan foto lokasi pada bab 4, tambahkan data di poin Ren. rawt	
17.	Minggu, 13-8-2023	Tambahkan hambatan dalam setiap pengkajian, Diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi, perbaikan keterbatasan penelitian	

TERKENDALI

ASLI



12.03.00/FRM-03/CAB.JKT

CATATAN BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Sarah Maulida Dwi Hapsari
NIM : 201FK08013
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Aromaterapi
Lemon Dan Jahe Untuk Menurunkan Mual Muntah
(Hyperemesis Gravidarum) Pada Ibu Hamil Trimester I Di
Kecamatan Cipayung, Jakarta Timur
Nama Pembimbing : Yuli Astuti,SKM.,M.Kes
Uum Safari, S.Kep.,MKM

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
18.	Selasa, 15-8-2023	Tambahkan bagian kesimpulan dan saran, tambahkan kesimpulan pada bagian evaluasi kepg, ganti kalimat pengaruh dengan penanan, tambahkan atau perbaiki daftar pustaka	

TERKENDALI

ASLI

Lampiran 3

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMBERIAN AROMATERAPI UNTUK MENURUNKAN MUAL MUNTAH

Tujuan	1. Memberikan efek ketenangan, kesegaran, serta membantu ibu hamil mengatasi mual. 2. Untuk mengurangi reflek muntah pada ibu hamil
Peralatan	1. Humidifier  2. Air 250 ml  3. Aromaterapi essential oil lemon dan jahe  4. Lembar observasi
Prosedur pelaksanaan	1) Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 2) Menanyakan persetujuan atau kesiapan klien 3) Mencuci tangan 4) Atur posisi pasien nyaman mungkin, pastikan posisi pasien nyaman dan rileks 5) Buka tutup humidifier lalu isi dengan air sebanyak

	250 ml. 6) Teteskan minyak essensial lemon dan jahe dengan perbandingan 3 tetes : 3 tetes ke dalam humidifier, kemudian tutup humidifier 7) Tancapkan kabel humidifier ke stop kontak, atur kecepatan keluarnya uap pada humidifier. 8) Anjurkan klien untuk menghirup uap aromaterapi selama 5-10 menit dan rileks serta beri afirmasi positif pada pasien 9) Setelah terapi selesai bersihkan alat dan atur posisi nyaman untuk klien. 10) Evaluasi serta dokumentasi
--	---

Lampiran 4

Prodi D3 Keperawatan UBK Jakarta

Nama Mahasiswa : _____

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL

A. PENGKAJIAN

Tanggal masuk : _____
Ruang /Kelas : _____
Tgl. Pengkajian : 04-07-2023

Jam Masuk : _____
No. Kamar : _____
Jam : _____

1. Identitas

Nama Pasien : M. P
Umur : 31 thn
Suku/Bangsa : Sunda
Agama : Islam
Pendidikan : SL
Pekerjaan : IRT
Alamat/Telp : Jl. Bohn RT 07/04
Cipinung
Status Perkawinan : kawin
Kawin : 1 kali

Nama Suami : Tn. H
Umur : 37 thn
Suku/Bangsa : Sunda
Agama : Islam
Pendidikan : SL
Pekerjaan : Karyawan swasta
Alamat/Telp : Jl. Bohn RT 07/04
Cipinung
Lama Perkawinan : 7 tahun

2. Resume (Ditulis sejak klien masuk rumah sakit sampai dengan sebelum pengkajian dilakukan oleh mahasiswa meliputi : data fokus, masalah keperawatan, tindakan keperawatan mandiri serta kolaborasi dan evaluasi secara umum)

M. P datang ke PKM Keperawatan Cipinung pada tanggal 4 Juli 2023 jam 09.00
dituntut oleh suaminya untuk melakukan pemeriksaan kehamilan dengan keluhan mual kurang
lebih 6 kali, muntah dengan frekuensi 3-4 kali, hant nafsu makan dengan
diagnosa GIPDAO.

2. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama (saat ini):

M. P mengatakan mual kurang lebih 6 kali jika muntah
yang tidak sedap, muntah dengan frekuensi 3-4 kali dan hant nafsu makan

b. Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT : 20-05-2023

Taksiran Persalinan : 06-03-2024

Usia kehamilan sekarang : 5 minggu

c. Riwayat Obstetric : G : 1 P 0 A 0 AH

d. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Kehamilan						Persalinan	Anak			
Anak ke	Umur Kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Komplikasi Nifas	Jenis	BB	PB	Kondasi & umur sekarang

Melaksanakan KB : Ya ☒ Tidak ☐

Bila ya, jenis kontrasepsi apa yang digunakan : ☐ IUD ☐ Pili

☐ Suntik ☐ Implant ☐ Lain-lain ; sebutkan _____

Sejak kapan menggunakan kontrasepsi : _____

Masalah yang terjadi : _____

Rencana yang akan datang : _____

e. Riwayat Imunisasi TT : ya/tidak, Bila ya : _____

Berapa kali diberikan : _____

Usia kehamilan pemberian imunisasi : _____

f. Riwayat Penyakit Lalu : _____

Tidak ada riwayat penyakit lalu

g. Riwayat Penyakit Keluarga :

☒ Diabetes mellitus

☐ Jantung

☐ Hipertensi

☐ Lain-lain, sebutkan _____

h. Riwayat Kebiasaan Sehari-hari Sebelum dan Selama Hamil :

1) Pola nutrisi/cairan

Frekuensi makan : ? x/hari

Jenis makanan : Protein, karbohidrat, lemak

Nafsu makan : baik ☐ tidak nafsu makan, alasan : Mual ☒

Mual/muntah : ya ☒ tidak ☐

Keluhan di perut : ya ☐ tidak, bila ya sebutkan : _____

Alergi/toleransi makanan : ada ☐ tidak ada, bila ada sebutkan _____

Masalah mengunyah/menelan : ya ☐ ☒ tidak, bila ya sebutkan:

Pantang makanan : ya ☐ ☒ tidak, bila ya, sebutkan:

BB sebelum hamil : 65 TB : 163 Cm

BB saat ini : 63 TB : 163 Cm

2) Pola eliminasi :

a) BAB

Frekuensi : 2 x/hari

Keluhan : tidak ada

b) BAK

Frekuensi : 5-10 x/hari

Keluhan : tidak ada

3) Personal Hygiene

a) Mandi

Frekuensi : 2 x/hari

b) Oral hygiene

Frekuensi : 3 x/hari

c) Rambut

Frekuensi : 2 x/minggu/hari

4) Pola aktifitas/istirahat dan tidur

Jenis pekerjaan : Mengurus rumah tangga

Waktu bekerja : ☒ pagi ☐ sore ☐ malam

Lama bekerja : 2-3 jam

Hobi : Masak, membaca buku

Pembatasan karena kehamilan/kondisi : Mengangkat barang

Kegiatan waktu luang : Istirahat dan berkumpul bersama keluarga

Keluhan dalam beraktifitas : Tidak ada

Aktifitas kehidupan sehari-hari : ☒ mandiri ☐ tergantung

Tidur siang : ☒ ya ☐ tidak

Lama tidur : 2-3 jam

Keluhan/masalah tidur : Tidak ada

Kebiasaan sebelum tidur : Tidak ada

5) Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan :

a) Merokok : ☐ ya ☒ tidak

Frekuensi : - Jumlah : -

Lama pemakaian : -

b) Minuman keras : ☐ ya ☒ tidak

Frekuensi : - Jumlah : -

Lama pemakaian : -

c) Ketergantungan obat : ☐ ya ☒ tidak

Frekuensi : - Jumlah : -

Lama pemakaian : -

g) Pola seksualitas

Masalah seksualitas : ☐ ya ☒ tidak, bila ya sebutkan : _____

i. Riwayat Psikososial :

Perencanaan kehamilan : direncanakan

Perasaan pasien & keluarga tentang kehamilan : senang dan terharu

Kesiapan mental menjadi ibu : sudah siap menjadi seorang ibu

Cara mengatasi stress : lihatin anak nonton tv atau bekerja rumah

Tinggal dengan : Orang tua

Peran dalam struktur keluarga : Ibu rumah tangga

Kesanggupan dan pengetahuan dalam merawat bayi : Ibu sanggup merawat bayinya secara mandiri

Harapan dari kehamilan/perawatan ini : bayi dan Ibu dalam keadaan sehat

Faktor kebudayaan yang mempengaruhi kesehatan : _____

j. Status Sosial Ekonomi :

Penghasilan per bulan : ☐ Rp 250.000 – Rp 500.000

☐ Rp 500.000 – Rp 750.000 ☐ Rp.750.000 – Rp 1.000.000

☒ > Rp 1.000.000

Pengeluaran per bulan : Rp 3.000.000 – 4.000.000

Jaminan kesehatan : BKJS

4. Pengkajian Fisik

a. Sistem Kardiovaskuler/Sirkulasi :

Nadi : 94 x/menit : Irama : ☒ teratur ☐ tidak teratur

Denyut : ☐ lemah ☒ kuat

Tekanan darah : 100/60 mmHg, Suhu : 36,5°C x/menit

Temperatur kulit : ☐ pucat ☐ cyanosis ☐ kemerahan

Pengisian kapiler : 4-2 /detik

Edema : ☐ ya ☒ tidak

☐ Muka ☐ tungkai bawah ☐ periorbita

Konjungtiva : _____ Sklera : _____

Riwayat penyakit jantung : ya/tidak, bila ya sebutkan : _____

Keluhan : _____

b. Sistem Pernafasan

Jalan nafas : ☒ bersih ☐ sumbatan ☐ sputum ☐ lendir

☐ darah ☐ lidah

Pernafasan : ☐ sesak ☒ tidak ☐ dengan aktifitas ☐ tanpa aktifitas

Frekuensi : 20 x/menit, Irama : ☒ teratur ☐ tidak teratur

Riwayat bronchitis : ya/tidak, Asma : ya/tidak, TBC : ya/tidak,

Suara nafas : ☐ bronkhovesikuler ☐ ronchi ☐ wheezing

☒ vesikuler/normal

Keluhan : _____

c. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut

Gigi : ☐ caries ☒ tidak

Stomatitis : ☐ ya ☒ tidak

Lidah : kotor ☐ ya ☒ tidak

Memakai gigi palsu : ☐ ya ☒ tidak

Bau mulut : ☐ ya ☒ tidak

Muntah

Isi : ☒ makanan ☐ cairan ☐ darah

Warna : ☒ sesuai warna makanan ☐ coklat ☐ kuning ☐ hitam

Mual : ☐ ya ☒ tidak

Nafsu makan : ☐ baik ☒ kurang ☐ meningkat

Nyeri daerah perut : ☐ ya ☒ tidak Lokasi : _____

Rasa penuh di perut : ☐ ya ☒ tidak

Bentuk tubuh

Membran mukosa : lambung

Lingkar lengan atas : 24 cm

Kebiasaan BAB : 2 x/hari

Warna feses : ☒ kuning ☐ coklat ☐ hitam ☐ putih

Hemoroid : ☐ ada ☒ tidak

d. Neurosensori

Status mental : ☒ orientasi ☐ disorientasi

Memakai kaca mata : ☐ ya ☒ tidak

Alat Bantu dengar : ☐ ya ☒ tidak

Gangguan bicara : ☐ ya ☒ tidak

Serangan pingsan/pusing : ☐ ya ☒ tidak

Sakit kepala : ☐ ya ☒ tidak

Kesemutan/kebas/kelemahan : ☐ ya ☒ tidak, bila ya, lokasi : _____

e. Sistem Endokrin

Gula darah : 89 mg/dl

f. Sistem Urogenital

BAK

Pola rutin : 6-10 x/hari ☒ terkontrol ☐ tidak terkontrol

Jumlah : _____ cc urin aseton -

Warna : ☒ kuning ☐ kuningkeruh/kecoklatan

Rasa sakit pada waktu BAK : ☐ ya ☒ tidak

Distensi kandung kemih : ☐ ya ☒ tidak

g. Sistem Integumen

Turgor kulit : ☒ baik elastis ☐ sedang ☐ buruk

Warna kulit : ☒ pucat ☐ sianosis ☐ kemerahan

Keadaan kulit : ☒ baik ☐ tdp lesi ☐ insisi operasi

☐ bercak merah ☐ kloasma gravidarum ☐ ptekie

☐ terdapat luka bakar ☐ dekubitus

Kebersihan kulit : ☒ bersih ☐ kotor

Kedadaan rambut : ☒ bersih ☐ kotor

h. Sistem Muskuloskeletal :

Kesulitan dalam pergerakan : ☐ ya ☒ tidak

Ekstremitas : tungkai : ☒ simetris ☐ tidak

Oedema : ☐ ya ☒ tidak Varices : ☐ ya ☒ tidak

Reflek

patella : tidak

h. Dada dan Axilla

Mammae membesar : ☒ ya ☐ tidak

Areola mammae : biru tua ceklek

Papila mammae : inveted/datar/exverted

Kolostrum keluar : ☐ ya ☒ tidak

i. Perut/Abdomen

1) Inspeksi

Membesar : _____ arah : _____

Linea : Alba/Nigra

Striae : Albicans/Lividae

Luka bekas operasi : ☐ ya ☐ tidak

2) Palpasi :

Leopold I : TFU : _____ cm

TFU berisi : _____

Leopold II : Kanan : _____

Kiri : _____

Leopold III : _____

Leopold IV : tangan konvergen/sejajar/divergen

Taksiran berat badan janin : _____

Kontraksi : _____

3) Auskultasi

DJJ : Punctum maksimum : _____

Frekuensi : _____ x/menit, teratur/tidak

j. Pemeriksaan Panggul Luar

Lingkar Panggul : 95 cm

5. Pemeriksaan Penunjang

NY P tidak dilakukan pemeriksaan penunjang

6. Penatalaksanaan

- Mengonsumsi obat yaitu tablet Fe dan vit kalsium

- Ms T akan diberikan anamnesis lenan dan jake untuk menurunkan

- Mual muntah

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL

A. PENGKAJIAN

Tanggal masuk :	_____	Jam Masuk :	_____
Ruang /Kelas :	_____	No. Kamar :	_____
Tgl. Pengkajian :	04 - 07 - 2023	Jam :	_____

1. Identitas

Nama Pasien :	M. D	Nama Suami :	Tn. T
Umur :	30 thn	Umur :	33 thn
Suku/Bangsa :	Betawi	Suku/Bangsa :	Jawa
Agama :	Islam	Agama :	Islam
Pendidikan :	SLA	Pendidikan :	SMK
Pekerjaan :	IRT	Pekerjaan :	Wirausaha
Alamat/Telp :	Jl. Iq. Kramat	Alamat/Telp :	Jl. Iq. Kramat
RT 05/04 Cipanas		RT 05/04 Cipanas	
Status Perkawinan :	Kawin	Lama Perkawinan :	5 tahun
Kawin :	1 kali		

2. Resume (Ditulis sejak klien masuk rumah sakit sampai dengan sebelum pengkajian dilakukan oleh mahasiswa meliputi : data fokus, masalah keperawatan, tindakan keperawatan mandiri serta kolaborasi dan evaluasi secara umum)
- My D datang ke PKM beresahan Cipanas pada tanggal 4 Juli 2023 jam 10.00 dituntun oleh suaminya untuk melakukan pemeriksaan kehamilan dengan keluhan mual muntah lebih 7 kali, muntah dengan frekuensi 3-4 kali, tidak nafsu makan dengan diagnosis GIPDA

2. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama (saat ini):

My D mengatakan mual muntah lebih 7 kali jika menaruh bau

Makanan yg terlalu manis, muntah dengan frekuensi 3-4 kali dan tidak nafsu makan

b. Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT : 27 - 05 - 2023

Taksiran Persalinan : 04 - 03 - 2024

Usia kehamilan sekarang : 5 minggu

c. Riwayat Obstetrik : G : 1 P : 0 A : 0 H : _____

d. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Anak ke	Kehamilan		☐ Persalinan ☐		Komplikasi		Anak			
	Umur Kehamilan	Penyakit	Jenis	Penolong			Jenis	BB	PB	Kondisi & umur sekarang

Melaksanakan KB : Ya ☐ Tidak ☒

Bila ya, jenis kontrasepsi apa yang digunakan : ☐ IUD ☐ Pil

☐ Suntik ☐ Implant ☐ Lain-lain ; sebutkan _____

Sejak kapan menggunakan kontrasepsi : _____

Masalah yang terjadi : _____

Rencana yang akan datang : _____

e. Riwayat Imunisasi TT : ya/tidak, Bila ya : _____

Berapa kali diberikan : _____

Usia kehamilan pemberian imunisasi : _____

f. Riwayat Penyakit Lalu :

Tidak ada riwayat penyakit lalu

g. Riwayat Penyakit Keluarga : Tidak ada riwayat penyakit keluarga

☐ Diabetes mellitus

☐ Jantung

☐ Hipertensi

☐ Lain-lain, sebutkan _____

h. Riwayat Kebiasaan Sehari-hari Sebelum dan Selama Hamil :

1) Pola nutrisi/cairan

Frekuensi makan : 3 x/hari

Jenis makanan : Protein, Karbohidrat, Lemak

Nafsu makan : baik ☐ ☒ tidak nafsu makan, alasan : mual

Mual/muntah : ya ☒ tidak ☐

Keluhan di perut : ya ☐ tidak, bila ya sebutkan : _____

Alergi/toleransi makanan : ada ☐ tidak ada, bila ada sebutkan _____

Masalah mengunyah/menelan : ya ☐ ☒ tidak, bila ya sebutkan:

Pantangan makanan : ya ☐ ☒ tidak, bila ya, sebutkan:

BB sebelum hamil : 75 TB : 163 Cm

BB saat ini : 73 TB : 163 Cm

2) Pola eliminasi :

a) BAB

Frekuensi : 2 x/hari

Keluhan : tidak ada

b) BAK

Frekuensi : ± 8 x/hari

Keluhan : tidak ada

3) Personal Hygiene

a) Mandi

Frekuensi : 2 x/hari

b) Oral hygiene

Frekuensi : 3 x/hari

c) Rambut

Frekuensi : 2-3 x/minggu x/hari

4) Pola aktifitas/istirahat dan tidur

Jenis pekerjaan : Mengurus rumah tangga

Waktu bekerja : ☒ pagi ☐ sore ☐ malam

Lama bekerja : ± 3-4 jam

Hobi : Jalan-jalan

Pembatasan karena kehamilan/kondisi : mengonsumsi banyak lemak

Kegiatan waktu luang : manajemen rumah dan bersahabat

Keluhan dalam beraktifitas : Tidak ada

Aktifitas kehidupan sehari-hari : ☒ mandiri ☐ tergantung

Tidur siang : ☒ ya ☐ tidak

Lama tidur : 2 jam

Keluhan/masalah tidur : tidak ada

Kebiasaan sebelum tidur : tidak ada

5) Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan :

a) Merokok : ☐ ya ☒ tidak

Frekuensi : - Jumlah : -

Lama pemakaian : -

b) Minuman keras : ☐ ya ☒ tidak

Frekuensi : - Jumlah : -

Lama pemakaian : -

c) Ketergantungan obat : ☐ ya ☒ tidak

Frekuensi : - Jumlah : -

Lama pemakaian : -

6) Pola seksualitas

Masalah seksualitas : ☐ ya ☒ tidak, bila ya sebutkan : _____

i. Riwayat Psikososial :

Perencanaan kehamilan : direncanakan

Perasaan pasien & keluarga tentang kehamilan : Senang atas kehamilannya

Kesiapan mental menjadi ibu : Sangat siap menjadi seorang ibu

Cara mengatasi stress : berjalan-jalan

Tinggal dengan : TMG dan tidak pisah dengan orang tua

Peran dalam struktur keluarga : Ibu rumah tangga

Kesanggupan dan pengetahuan dalam merawat bayi : Sangat mampu merawat bayi secara mandiri

Harapan dari kehamilan/perawatan ini : lahir di cukup bulan dan bayi sehat

Faktor kebudayaan yang mempengaruhi kesehatan : _____

j. Status Sosial Ekonomi :

Penghasilan per bulan : ☐ Rp 250.000 – Rp 500.000

☐ Rp 500.000 – Rp 750.000 ☐ Rp 750.000 – Rp 1.000.000

☒ > Rp 1.000.000

Pengeluaran per bulan : Rp 3.000.000

Jaminan kesehatan : BPKS

4. Pengkajian Fisik

a. Sistem Kardiovaskuler/Sirkulasi :

Nadi : 90 x/menit : Irama : ☒ teratur ☐ tidak teratur

Denyut : ☐ lemah ☒ kuat

Tekanan darah : 115/65 mmHg, Suhu : 36,8°C x/menit

Temperatur kulit : ☐ pucat ☐ cyanosis ☐ kemerahan

Pengisian kapiler : < 2 /detik

Edema : ☐ ya ☒ tidak
☐ Muka ☐ tungkai bawah ☐ periorbita

Konjungtiva : _____ Sklera : _____

Riwayat penyakit jantung : ya/tidak, bila ya sebutkan : _____

Keluhan : _____

b. Sistem Pernafasan

Jalan nafas : ☒ bersih ☐ sumbatan ☐ sputum ☐ lendir
☐ darah ☐ lidah

Pernafasan : ☐ sesak ☒ tidak ☐ dengan aktifitas ☐ tanpa aktifitas

Frekuensi : 18 x/menit, Irama : ☒ teratur ☐ tidak teratur

Riwayat bronchitis : ya/tidak, Asma : ya/tidak, TBC : ya/tidak,

Suara nafas : ☐ bronkhovesikuler ☐ ronchi ☐ wheezing

☒ vesikuler/normal

Keluhan : _____

c. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut

Gigi : ☐ caries ☒ tidak
 Stomatitis : ☐ ya ☒ tidak
 Lidah : kotor ☐ ya ☒ tidak
 Memakai gigi palsu : ☐ ya ☒ tidak
 Bau mulut : ☐ ya ☒ tidak

Muntah

Isi : ☒ makanan ☐ cairan ☐ darah
 Warna : ☒ sesuai warna makanan ☐ coklat ☐ kuning ☐ hitam
 Mual : ☒ ya ☐ tidak
 Nafsu makan : ☐ baik ☒ kurang ☐ meningkat
 Nyeri daerah perut : ☐ ya ☒ tidak Lokasi : _____
 Rasa penuh di perut : ☐ ya ☒ tidak
 Bentuk tubuh : _____
 Membran mukosa : leukoplakia
 Lingkar lengan atas : 26 cm
 Kebiasaan BAB : 2 x/hari
 Warna feses : ☒ kuning ☐ coklat ☐ hitam ☐ putih
 Hemoroid : ☐ ada ☒ tidak

d. Neurosensori

Status mental : ☒ orientasi ☐ disorientasi
 Memakai kaca mata : ☐ ya ☒ tidak
 Alat Bantu dengar : ☐ ya ☒ tidak
 Gangguan bicara : ☐ ya ☒ tidak
 Serangan pingsan/pusing : ☐ ya ☒ tidak
 Sakit kepala : ☐ ya ☒ tidak
 Kesemutan/kebas/kelemahan : ☐ ya ☒ tidak, bila ya, lokasi : _____

e. Sistem Endokrin

Gula darah : 96 mg/dl

f. Sistem Urogenital

BAK
 Pola rutin : 5-8 x/hari ☒ terkontrol ☐ tidak terkontrol
 Jumlah : _____ cc urin aseton _____
 Warna : ☒ kuning ☐ kuningkeruh/kecoklatan
 Rasa sakit pada waktu BAK : ☐ ya ☒ tidak
 Distensi kandung kemih : ☐ ya ☒ tidak

g. Sistem Integumen

Turgor kulit : ☒ baik elastis ☐ sedang ☐ buruk
 Warna kulit : ☒ pucat ☐ sianosis ☐ kemerahan
 Keadaan kulit : ☒ baik ☐ tdp lesi ☐ insisi operasi
☐ bercak merah ☐ kloasma gravidarum ☐ ptekie
☐ terdapat luka bakar ☐ dekubitus
 Kebersihan kulit : ☒ bersih ☐ kotor

Kedadaan rambut : ☒ bersih ☐ kotor

h. Sistem Muskuloskeletal :

Kesulitan dalam pergerakan : ☐ ya ☒ tidak

Ekstremitas : tungkai : ☒ simetris ☐ tidak

Oedema : ☐ ya ☒ tidak Varices : ☐ ya ☒ tidak

Reflek

patella : tytik

h. Dada dan Axilla

Mammae membesar : ☒ ya ☐ tidak

Areola mammae : berwarna coklat keselapan

Papila mammae : inveted/datar/exverted

Kolostrum keluar : ☐ ya ☒ tidak

i. Perut/Abdomen

1) Inspeksi

Membesar : _____ arah : _____

Linea : Alba/Nigra

Striae : Albicans/Lividae

Luka bekas operasi : ☐ ya ☐ tidak

2) Palpasi :

Leopold I : TFU : _____ cm

TFU berisi : _____

Leopold II : Kanan : _____

Kiri : _____

Leopold III : _____

Leopold IV : tangan konvergen/sejajar/divergen

Taksiran berat badan janin : _____

Kontraksi : _____

3) Auskultasi

DJJ : Punctum maksimum : _____

Frekuensi : _____ x/menit, teratur/tidak

j. Pemeriksaan Panggul Luar

Lingkar Panggul : 98 cm

5. Pemeriksaan Penunjang

ny. 0 tidak dilakukan pemeriksaan penunjang

6. Penatalaksanaan

- Konsumsi obat yaitu tablet Fe dan Vit. kalsium
- Ny. D akan diberikan aromaterapi, lena dan jale untuk menurunkan mual muntah

Lampiran 5

LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN MUAL MUNTAH DENGAN SKALA PUQE

Nama Responden : N3 - P
Umur : 33 thn

NO	PERTANYAAN	NILAI				
1	Dalam 24 jam terakhir berapa lama anda merasakan mual atau tidak nyaman pada perut?	Tidak sama sekali	1 jam atau kurang	2-3 jam	4-6 Jam	≥ 6 jam
	Sebelum				✓	
	Hari ke I			✓		
	Hari ke II			✓		
	Hari ke III			✓		
	Hari ke IV		✓			
	Hari ke V		✓			
	Hari ke VI		✓			
	Hari ke VII	✓				
2	Dalam 24 jam terakhir berapa kali anda merasakan muntah?	Tidak muntah	1-2 kali	3-4 kali	5-6 kali	≥ 7 kali
	Sebelum			✓		
	Hari ke I			✓		
	Hari ke II		✓			
	Hari ke III		✓			
	Hari ke IV		✓			
	Hari ke V		✓			
	Hari ke VI		✓			
	Hari ke VII	✓				
3	Dalam 24 jam sudah berapa kali anda muntah kering atau tidak mengeluarkan apapun ?	Tidak pernah	1-2 kali	3-4 kali	5-6 kali	≥ 7 kali
	Sebelum		✓			
	Hari ke I		✓			
	Hari ke II		✓			
	Hari ke III		✓			
	Hari ke IV	✓				

Hari ke V	✓				
Hari ke VI	✓				
Hari ke VII	✓				
TOTAL :					
KESIMPULAN :					

Keterangan :

Skor :

- 1 : Tidak ada sama sekali keluhan
- 2 : Kurang atau sama dengan 1 jam 1-2 kali
- 3 : 2-3 jam/3-4 kali
- 4 : 4-6 jam/ 5-6 kali
- 5 : Lebih dari 6 jam/ lebih dari 7 kali

PUQE skor :

- a. ≤ 6 = Mual dan muntah ringan
- b. 7 - 12 = Mual dan muntah sedang
- c. 13 - 15 = Mual dan muntah berat

**LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN MUAL MUNTAH DENGAN
SKALA PUQE**

Nama Responden : Mj . D
Umur : 30 thn

NO	PERTANYAAN	NILAI				
1	Dalam 24 jam terakhir berapa lama anda merasakan mual atau tidak nyaman pada perut?	Tidak sama sekali	1 jam atau kurang	2-3 jam	4-6 Jam	≥ 6 jam
	Sebelum				✓	
	Hari ke I			✓		
	Hari ke II			✓		
	Hari ke III			✓		
	Hari ke IV		✓			
	Hari ke V		✓			
	Hari ke VI		✓			
	Hari ke VII	✓				
2	Dalam 24 jam terakhir berapa kali anda merasakan muntah?	Tidak muntah	1-2 kali	3-4 kali	5-6 kali	≥ 7 kali
	Sebelum			✓		
	Hari ke I			✓		
	Hari ke II		✓			
	Hari ke III		✓			
	Hari ke IV		✓			
	Hari ke V		✓			
	Hari ke VI	✓				
	Hari ke VII	✓				
3	Dalam 24 jam sudah berapa kali anda muntah kering atau tidak mengeluarkan apapun ?	Tidak pernah	1-2 kali	3-4 kali	5-6 kali	≥ 7 kali
	Sebelum			✓		
	Hari ke I			✓		
	Hari ke II		✓			
	Hari ke III	✓				
	Hari ke IV	✓				

Hari ke V	✓				
Hari ke VI	✓				
Hari ke VII	✓				
TOTAL :					
KESIMPULAN :					

Keterangan :

Skor :

- 1 : Tidak ada sama sekali keluhan
- 2: Kurang atau sama dengan 1 jam 1-2 kali
- 3: 2-3 jam/3-4 kali
- 4: 4-6 jam/ 5-6 kali
- 5: Lebih dari 6 jam/ lebih dari 7 kali

PUQE skor :

- a. ≤ 6 = Mual dan muntah ringan
- b. 7 - 12 = Mual dan muntah sedang
- c. 13 - 15 = Mual dan muntah berat

Lampiran 6

LEMBAR OBSERVASI UNTUK MENGETAHUI SKALA PUQE ATAU SKOR MUAL MUNTAH

Nama Responden : M. P.

Umur : 33 thn

No	Hari/Tanggal	Sebelum diberikan aromaterapi lemon dan jahe	Sesudah diberikan aromaterapi lemon dan jahe
1	Selasa, 01/07 23	9	8
2	Rabu, 05/07 23	8	7
3	Kamis, 06/07 23	8	7
4	Jum'at, 07/07 23	7	5
5	Sabtu, 08/07 23	7	5
6	Minggu, 09/07 23	7	5
7	Senin, 10/07 23	7	3

Keterangan :

Skor :

- 1 : Tidak ada sama sekali keluhan
- 6 : Kurang atau sama dengan 1 jam 1-2 kali
- 7 : 2-3 jam/3-4 kali
- 8 : 4-6 jam/ 5-6 kali
- 9 : Lebih dari 6 jam/ lebih dari 7 kali

PUQE skor :

- d. ≤ 6 = Mual dan muntah ringan
- e. 7 - 12 = Mual dan muntah sedang
- f. 13 - 15 = Mual dan muntah berat

**LEMBAR OBSERVASI UNTUK MENGETAHUI SKALA PUQE ATAU
SKOR MUAL MUNTAH**

Nama Responden : N.Y.D

Umur : 30 thn

No	Hari/Tanggal	Sebelum diberikan aromaterapi lemon dan jahe	Sesudah diberikan aromaterapi lemon dan jahe
1	Selasa, 04/07 23	10	9
2	Rabu, 05/07 23	8	7
3	Kamis, 06/07 23	7	6
4	Jumat, 07/07 23	7	5
5	Sabtu, 08/07 23	7	5
6	Minggu, 09/07 23	7	4
7	Senin, 10/07 23	7	3

Keterangan :

Skor :

- 1 : Tidak ada sama sekali keluhan
- 6: Kurang atau sama dengan 1 jam 1-2 kali
- 7: 2-3 jam/3-4 kali
- 8: 4-6 jam/ 5-6 kali
- 9: Lebih dari 6 jam/ lebih dari 7 kali

PUQE skor :

- d. ≤ 6 = Mual dan muntah ringan
- e. 7 - 12 = Mual dan muntah sedang
- f. 13 - 15 = Mual dan muntah berat

Lampiran 7

DOKUMENTASI

1. Ny. P



2. Ny. D

