

LAMPIRAN

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPURWODADI
PRODI D III KEBIDANAN TANJUNGPURWODADI

Jl. Soekarno-Hatta No.1, Hajimena, Bandar Lampung

IZIN LOKASI PENGAMBILAN STUDI KASUS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Siti Rusmiati, SST
Alamat : Desa Purwodadi Dalam, Kec.Tanjung Sari,
Kab. Lampung Selatan

Dengan ini menyatakan bahwa:

Nama : Intan Suci Sugiyono
NIM : 1815401039
Tingkat/Semester : III (Tiga)/VI (Enam)

Telah mengambil studi kasus kebidanan di PMB Siti Rusmiati, SST sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi DIII Kebidanan Tanjungpurwodadi Politeknik Kesehatan Tanjungpurwodadi.

Lampung Selatan, 10 April 2021

Menyetujui



Siti Rusmiati, SST

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

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI SUBYEK

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. Munita Andriani
Umur : 23 tahun
Alamat : Desa Purwodadi Dalam, Kec. Tanjung Sari,
Kab. Lampung Selatan

Menyatakan bahwa saya bersedia untuk menjadi pasien dalam Laporan Tugas Akhir (LTA) untuk diberikan asuhan kebidanan persalinan. Asuhan akan diberikan oleh mahasiswa yang bersangkutan yaitu:

Nama : Intan Suci Sugiyono
NIM : 1815401039
Tingkat/Semester : III (Tiga)/VI(Enam)

Lampung Selatan, 05 April 2021

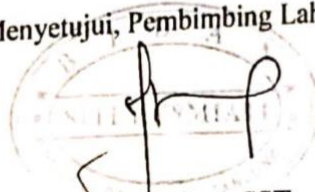
Mahasiswa,


Intan Suci Sugiyono

Klien,


Munita Andriani

Menyetujui, Pembimbing Lahan,


Siti Rusmiati. SST

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

LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Ayah : Tn.Rudi Susilo

Umur : 25 tahun

Nama ibu : Ny. Munita Andriani

Umur : 23 Tahun

Alamat : Desa Purwodadi Dalam, Kec.Tanjung Sari,
Kab. Lampung Selatan

Menyatakan bahwa saya telah diberikan penjelasan dan penatalaksanaan mengenai pelaksanaan terapi Hypnobrastfeeding untuk meningkatkan produksi ASI.

LampungSelatan, 27 Februari 2021

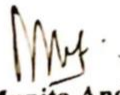
Mahasiswa,

Ibu/Orang tua

Ayah/Orang tua



Intan Suci Sugiyono



Munita Andriani



Rudi Susilo

Menyetujui,
Pembimbing Lahan


Siti Rusmiati. SST

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

LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Ayah : Tn.Rudi Susilo

Umur : 25 tahun

Selaku (SUAMI/KELUARGA/KLIEN)* telah mendapat penjelasan, memahami dan menyetujui terhadap tindakan yang akan diberikan. Meliputi:

1. Melakukan terapi Hypnobreastfeeding

Terhadap (ISTRI/KELUARGA/YANG BERSANGKUTAN)*:

Nama :Ny. Munita Andriani

Umur :23 tahun


Alamat :Desa Purwodadi Dalam, Tanjung Sari,
Lampung Selatan

Lampung Selatan, 05 April 2021

Mahasiswa,

Klien,

Suami/Keluarga,


Intan Suci Sugivono


Munita Andriani


Rudi Susilo

Mengetahui/ Menyetujui
Pembimbing Lahan


Siti Rusmiati SST

SOPHYPNOBREASTFEEDING

NO.	SOP	<i>HYPNOBRESFEEDING</i>
1.	PENGERTIAN	Upaya alami menggunakan energi bawah sadar agar proses menyusui berjalan dengan aman dan lancar, dengan caramemasukkan kalimat-kalimat afirmasi atau sugesti positif disaat ibu dalamkeadaan sangat rileks atau sangat berkonsentrasi pada suatu hal/keadaan <i>hypnosis</i> sehingga Ibu dapat menghasilkan ASI yang mencukupi untuk kebutuhan tumbuh kembang bayi .
2.	TUJUAN	Untuk menjadikan aktivitas menyusui sebagai suatu kegiatan yang mudah, sederhana danmenyenangkan.
3.	INDIKASI	Terapi ini dilakukan pada klien yang nifas dengan tingkat ASI yang belum mencukupi kebutuhan bayi.
4.	KONTRA INDIKASI	Hypnobreastfeeding tidak bisa dilakukan pada orang yang mengalami gangguan yang menyebabkan mereka tidak bisa mengikuti instruksi atau tidak kooperatif, misalnya gangguan kognitif berat dan gangguan psikotik. Kontraindikasi relatif lainnya adalah disabilitas fisik atau penyakit fisik yang berat.
5.	LINGKUNGAN	Suasana nyaman benar-benar harus tercipta saat terapi <i>hypno-breastfeeding</i> . Lingkungan sekitar harus dapatmembantu ibu menciptakan suasana nyaman .Rungan yang digunakan harus bersih, ada ventilasi, dan tenang.
6.	PERSIAPAN PASIEN	Persiapkan secara menyeluruh tubuh tubuh bersih fit dan nyaman, pikiran dan jiwa agar prosespemberian ASI sukses dengan cara memposisikan pasien senyaman mungkin dan sesuai dengan kemauan pasien (bisa duduk atau berbaring)
7.	PERSIAPAN ALAT	-CD afirmasi -Matras -Lilin aroma terapi
8.	CARA KERJA	Dengan memutarakan cd afirmasi hypnobreastfeeding yang isinya adalah: Pertama: Relaksasi otot mulai dari puncak kepala sampai telapak kaki,termasuk wajah, bahu kiri

		<p>dan kanan, kedua lengan, daerah dada,perut, pinggul, sampai kedua kaki.</p> <p>Kedua: Relaksasi napas mencapai kondisi relaks adalah dengan caratarik napas panjang melalui hidung dan hembuskan keluar pelanpelanmelalui hidung atau mulut (fokuskan pernapasan di perut).Lakukan selama beberapa kali sampai ketegangan mengendur danberangsur hilang.</p> <p>Ketiga: Relaksasi pikiran. Seringkali pikiran seseorang berkelana jauh dari raganya. Untuk itu, belajarlh memusatkan pikiran agar beradadi tempat yang sama dengan raga. Salah satu cara dengan berdiamdiri atau meditasi dengan mengosongkan pikiran dan memejamkanmata dengan napas yang lambat, mendalam dan teratur selamabeberapa saat. Mulailah memberi sugesti positif. Contoh kalimat sugestiatau afirmasi, misalnya “ASI saya cukup untuk bayi saya sesuaidengan kebutuhannya” atau “saya selalu merasa tenang dan rilekssaat mulai memerah”</p> <p>Keempat: Memastikan apakah ibu sudah mulai tenang dan nyaman serta bisa menerima sugesti positif yang dilakukan dengan tes suara</p> <p>Kelima: Mengakhiri sesi terapi hypnobreastfeeding dengan mulai mengembalikan kesadaran ibu ke keadaan semula</p>
9.	HASIL	<p>Evaluasi repon pasien Beri reinforcement positif Lakukan kontak untuk kegiatan selanjutnya Mengakhiri kegiatan dengan baik</p>

DOKUMENTASI



