LAMPIRAN

Lampiran 1

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGKARANG

PRODI D III KEBIDANAN TANJUNGKARANG

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

IZIN LOKASI PENGAMBILAN KASUS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :Rubiyati, A.Md.Keb

Alamat :Desa Sindang Sari Kec. Tanjung Bintang Lampung Selatan

Dengan ini menyatakan bahwa:

Nama : Fifi Aprilia

NIM : 1915401020

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

Telah mengambil kasus kebidanan di PMB Rubiyati, A.Md..Keb sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan ahli madya kebidanan pada program studi D III Kebidanan Tanjungkarang Politeknik Kesehatan Tanjung karang.

Sindang Sari 2022

Pimpinan PMB Rubiyati

Rubiyati, A.Md.Keb

Lampiran 2

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGKARANG

PRODI D III KEBIDANAN TANJUNGKARANG

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

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI SUBYEK

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ny.J

Umur : 19 tahun

Alamat : Sindang Sari

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

Nama : Fifi Aprilia

NIM : 1915401020

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

Sindang Sari, 2022

Mahasiswa Klien

Fifi Aprilia **Juna**

Menyetujui

Pembimbing Lahan,

Rubiyati, A.Md.Keb

Lampiran 3

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

LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tn.A

Umur : 23 tahun

Alamat : Sindang Sari

Selaku Suami/Keluarga/Klien telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan yang akan diberikan, meliputi: Asuhan kebidanan pada ibu menyusui dengan ketidaklancaran produksi ASI.

Terhadap (ISTRI/KELUARGA/YANG BERSANGKUTAN):

Nama : Ny. J

Umur : 19 tahun

Alamat : Desa Sindang Sari Kec. Tanjung Bintang Kab. Lampung Selatan

Sindang Sari, 2022

Mahasiswa	Klien	Suami/Keluarga
Fifi Aprilia	**Juna**	**Ari**

Menyetujui
Pembimbing Lahan,

Rubiyati, A.Md.Keb

Lampiran 4

LEMBAR KUISIONER KELANCARAN PENGELUARAN ASI PADA IBU MENYUSUI

Petunjuk Pengisian Kuisioner

a. Bacalah dengan teliti setiap pernyataan. Jawablah pernyataan sesuai dengan keadaan Anda yang sesungguhnya. Apabila terdapat pernyataan yang tidak dimengerti, Anda dapat menanyakannya kepadakami.

b. Pilihlah satu jawaban dengan memberi tanda centang (√) pada kolom yang telahdisediakan

c. Dalam kuesioner ini tidak terdapat penilaian benar atau salah, sehingga terdapat jawaban yang dianggap salah. Semua jawaban dianggap benar jika Anda memberikan jawaban sesuai dengan keadaan Andasebenarnya.

No.	Persyaratan	Ya	Tidak
	Bayi		
1.	Buang air kecil minimal selam 24 jam 6-8 kali		-
2.	Karakteristik BAK, warna urin kuning jernih		-
3.	Frekuensi BAB 2-5 kali perhari		-
4.	Warna dan Karakteristik BAB, berwarna kuning keemasan, tidak terlalu encer dan tidak terlalu pekat	√	
5.	Jumlah jam tidur bayi yang cukup ASI selama 2-4 jam	√	
6.	Berat badan bayi sesuai usia		-
	Ibu		
7.	Payudara tegang karena terisi ASI		-
8.	Ibu rileks		-
9.	Let down reflex baik		-
10.	Frekuensi menyusui > 8 kali sehari	√	

11.	Ibu menggunakan kedua payudara bergantian	√	
12.	Posisi perlekatan benar		-
13.	Putting tidak lecet		-
14.	Ibu menyusui bayi tanpa jadwal	√	
15.	Ibu terlihat memerah payudara Karena payudara penuh		-
16.	Payudara kosong setelah bayi menyusu sampai kenyang dan tidur		-

Lampiran 5

LEMBAR OBSERVASI PRODUKSI ASI

No	Uraian	Pengeluaran ASI								
		sebelum pemberian ekstrak jintan hitam	Selama diterapkan							sesudah pemberian jintan hitam
			Hari Ke -1	Hari ke-2	Hari ke-3	Hari ke-4	Hari ke-5	Hari ke-6	Hari ke-7	
Bayi										
1.	Frekuensi BAK minimal 6-8 kali selama 24 jam	0	0	0	0	0	0	1	1	1
2.	Karakteristik BAK, warna urin kuning jernih	0	0	0	1	1	1	1	1	1
3.	Frekuensi BAB 2-5 kali perhari	0	0	0	0	1	1	1	1	1
4.	Warna dan karakteristik BAB berwarna kuning keemasan,tidak terlalu encer dan tidak terlalu pekat	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5.	jumlah tidur bayi yang cukup	1	1	1	1	1	1	1	1	1

	ASI selama 2-4 jam									
6.	Berat badan bayi sesuai usia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Jumlah	2	2	2	3	4	4	5	5	5
Ibu										
7.	Payudara tegang karena terisi ASI	0	0	0	0	0	1	1	1	1
8.	Ibu rileks	0	0	0	0	1	1	1	1	1
9.	Let down reflex baik	0	0	0	0	0	1	1	1	1
10.	Frekuensi menyusui > 8 kali sehari	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11.	Ibu menggunakan kedua payudara bergantian	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12.	Posisi perlekatan benar	0	0	1	1	1	1	1	1	1
13.	Putting tidak lecet	0	0	0	0	0	0	0	1	1
14.	Ibu menyusui bayi tanpa jadwal	1	1	1	1	1	1	1	1	1

15.	Ibu terlihat memerah payudara karena payudara penuh	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16.	Payudara kosong setelah bayi menyusu sampai kenyang dan tertidur	0	0	0	0	0	1	1	1	1
	JUMLAH	3	3	4	4	5	8	8	9	9

Keterangan Nilai Jawaban :

0 = Tidak

1 = Ya

Total Nilai Score :

Indikator bayi :

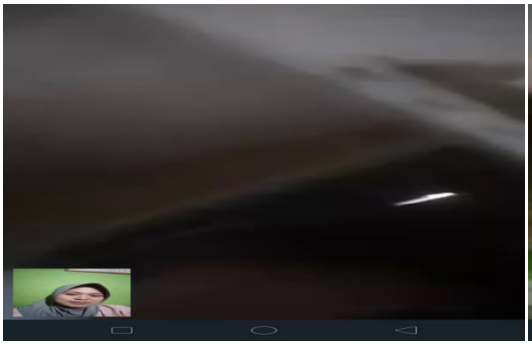
≥ 4 = Lancar

< 4 = Tidak Lancar

Indikator Ibu

≥ 5 = Lancar

< 5 = Tidak lancar

Lampiran 6

DOKUMENTASI