

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Kesiapan Peningkatan Pengetahuan Tentang Teknik Menyusui Pada Ibu Nifas

1. Definisi ibu nifas

Masa nifas (puerperium) yaitu masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu. Periode postpartum adalah periode waktu selama 6-8 minggu setelah persalinan. Proses ini dimulai setelah selesainya persalinan dan berakhir setelah alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil atau tidak hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologi dan psikologi karena proses persalinan. Periode masa nifas merupakan waktu dimana ibu mengalami stress pasca persalinan, terutama pada ibu primipara.

2. Definisi kesiapan peningkatan pengetahuan tentang teknik menyusui

Kesiapan peningkatan pengetahuan tentang teknik menyusui adalah perkembangan informasi kognitif yang berhubungan dengan cara pemberian asi kepada bayi dengan perlekatan posisi ibu dan bayi yang benar cukup untuk memenuhi tujuan kesehatan yang dapat di tingkatkan (Rizki Ramadhan, 2015).

3. Penyebab kesiapan peningkatan pengetahuan tentang teknik menyusui

Penyebab yang berpengaruh pada proses menyusui antara lain posisi dan fiksasi bayi yang benar pada payudara serta durasi menyusui. Penyebab yang

mempengaruhi dalam pemberian ASI diantaranya usia ibu, pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pekerjaan ibu dan paritas ibu (Syamsul, 2016).

4. Tanda dan gejala kesiapan peningkatan pengetahuan tentang teknik menyusui

- a. Mengungkapkan minat dalam belajar tentang teknik menyusui
- b. Menjelaskan pengetahuan tentang teknik menyusui
- c. Mengambarkan pengalaman sebelumnya tentang teknik menyusui
- d. Perilaku sesuai dengan pengetahuan

5. Cara menyusui dengan teknik yang benar

Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar yaitu:

Menurut Marmi (2012), cara menyusui teknik yang benar adalah sebagai berikut:

a. Posisi menggendong

Bayi berbaring menghadap ibu, leher dan punggung atas bayi diletakkan pada lengan bawah lateral payudara. Ibu menggunakan tangan lainnya untuk memegang payudara jika diperlukan.

b. Posisi mengepit

Bayi berbaring atau punggung melingkar antara lengan dan samping dada ibu. Lengan bawah dan tangan ibu menyangga bayi, dan ia mungkin menggunakan tangan sebelahnya untuk memegang payudara jika diperlukan.

c. Posisi berbaring miring

Ibu dan bayi berbaring miring saling berhadapan. Posisi ini merupakan posisi yang paling aman bagi ibu yang mengalami penyembuhan dari proses persalinan melalui pembedahan.

6. Tahap teknik menyusui yang benar

a. Bayi diletakkan menghadap perut ibu atau payudara ibu :

- 1) Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
- 2) Bayi dipegang dengan 1 lengan, kepala bayi terletak di lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
- 3) Satu tangan bayi diletakkan di belakang badan ibu dan yang satu di depan.
- 4) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala).
- 5) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- 6) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
- 7) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah. Jangan menekan puting susu dan areolanya saja.
- 8) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut (rooting reflek) dengan cara:
 - a) Menyentuh pipi dengan puting susu atau,
 - b) Menyentuh sisi mulut bayi.

- c) Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting susu serta areola dimasukkan di mulut bayi
- d) Usahakan sebagian besar areola dapat masuk ke dalam mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak di areola. Setelah bayi mulai menghisap, payudara tak perlu dipegang atau disangga lagi. (Oliver, 2013)

B. Konsep Asuhan Keperawatan Kesiapan Peningkatan Pengetahuan Tentang Teknik Menyusui

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah paling kritis dalam proses keperawatan. Bila langkah ini tidak diselesaikan dalam cara berpusat-klien, perawat akan kehilangan kendali terhadap langkah proses keperawatan selanjutnya. Ada dua jenis pengkajian yaitu pengkajian skrining dan pengkajian mendalam. Keduanya membutuhkan pengumpulan data, keduanya mempunyai tujuan berbeda. Pengkajian skrining adalah langkah awal pengumpulan data dan mungkin yang paling mudah untuk di selesaikan (Nanda, 2018).

a. Identitas

Identitas klien berisi tentang : Nama, Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Suku, Agama, Alamat, No. Medical Record, Nama Suami, Umur, Pendidikan, Pekerjaan , Suku, Agama, Alamat, Tanggal Pengkajian.

b. Keluhan utama

Hal-hal yang dikeluhkan saat ini dan alasan meminta pertolongan.

c. Riwayat haid

Umur Menarche pertama kali, Lama haid, jumlah darah yang keluar, konsistensi, siklus haid, hari pertama haid terakhir, perkiraan tanggal partus.

d. Riwayat perkawinan

Kehamilan ini merupakan hasil pernikahan ke berapa ?Apakah perkawinan sah atau tidak, atau tidak direstui orang tua ?

e. Riwayat obstetri

1) Riwayat kehamilan

Berapa kali dilakukan pemeriksaan ANC, Hasil Laboratorium : USG, Darah, Urine, keluhan selama kehamilan termasuk situasi emosional dan impresi, upaya mengatasi keluhan, tindakan dan pengobatan yang diperoleh.

2) Riwayat persalinan

a) Riwayat persalinan lalu : Jumlah Gravida, jumlah partal, dan jumlah abortus, umur kehamilan saat bersalin, jenis persalinan, penolong persalinan, BB bayi, kelainan fisik, kondisi anak saat ini.

b) Riwayat nifas pada persalinan lalu : Pernah mengalami demam, keadaan lochia, kondisi perdarahan selama nifas, tingkat aktifitas setelah melahirkan, keadaan perineal, abdominal, nyeri pada payudara, kesulitan eliminasi, keberhasilan pemberian ASI, respon dan support keluarga.

c) Riwayat persalinan saat ini : Kapan mulai timbulnya his, pembukaan, bloody show, kondisi ketuban, lama persalinan, dengan episiotomi atau tidak, kondisi perineum dan jaringan sekitar vagina, dilakukan anastesi atau tidak, panjang tali pusat, lama pengeluaran placenta, kelengkapan placenta, jumlah perdarahan.

d) Riwayat New Born : apakah bayi lahir spontan atau dengan induksi/tindakan khusus, kondisi bayi saat lahir (langsung menangis atau tidak), apakah membutuhkan resusitasi, nilai APGAR skor, Jenis kelamin Bayi, BB, panjang badan, kelainan kongnital, apakah dilakukan bonding attachment secara dini dengan ibunya, apakah langsung diberikan ASI atau susu formula.

e) Riwayat KB & perencanaan keluarga

Kaji pengetahuan klien dan pasangannya tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, kebutuhan kontrasepsi yang akan datang atau rencana penambahan anggota keluarga dimasa mendatang.

f) Riwayat penyakit dahulu

Penyakit yang pernah diderita pada masa lalu, bagaimana cara pengobatan yang dijalani, dimana mendapat pertolongan. Apakah penyakit tersebut diderita sampai saat ini atau kambuh berulang-ulang ?

g) Riwayat psikososial-kultural

Adaptasi psikologi ibu setelah melahirkan, pengalaman tentang melahirkan, apakah ibu pasif atau cerewet, atau sangat kalm. Pola koping, hubungan dengan suami, hubungan dengan bayi, hubungan dengan anggota keluarga lain, dukungan social dan pola komunikasi termasuk potensi keluarga untuk memberikan perawatan kepada klien. Adakah masalah perkawinan, ketidak mampuan merawat bayi baru lahir, krisis keluarga. Blues : Perasaan sedih, kelelahan, kecemasan, bingung dan mudah menangis. Depresi : Konsentrasi, minat, perasaan kesepian, ketidakamanan, berpikir obsesif, rendahnya emosi yang positif, perasaan tidak berguna, kecemasan yang berlebihan pada dirinya atau bayinya. Kultur yang

dianut termasuk kegiatan ritual yang berhubungan dengan budaya pada perawatan post partum, makanan atau minuman, menyendiri bila menyusui, pola seksual, kepercayaan dan keyakinan, harapan dan cita-cita.

h. Riwayat kesehatan keluarga.

Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit yang diturunkan secara genetic, menular, kelainan congenital atau gangguan kejiwaan yang pernah diderita oleh keluarga.

i. Profil keluarga

Kebutuhan informasi pada keluarga, dukungan orang terdekat, sibling, type rumah, community setting, penghasilan keluarga, hubungan social dan keterlibatan dalam kegiatan masyarakat.

j. Kebiasaan sehari-hari

- 1) Pola nutrisi : pola menu makanan yang dikonsumsi, jumlah, jenis makanan (Kalori, protein, vitamin, tinggi serat), frekuensi, konsumsi snack (makanan ringan), nafsu makan, pola minum, jumlah, frekuensi,.
- 2) Pola istirahat dan tidur : Lamanya, kapan (malam, siang), rasa tidak nyaman yang mengganggu istirahat, penggunaan selimut, lampu atau remang-remang atau gelap, apakah mudah terganggu dengan suara-suara, posisi saat tidur (penekanan pada perineum).
- 3) Pola eliminasi : Apakah terjadi diuresis, setelah melahirkan, adakah inkontinensia (hilangnya infolunter pengeluaran urin), hilangnya kontrol blas, terjadi over distensi blass atau tidak atau retensi urine karena rasa talut luka episiotomi, apakah

perlu bantuan saat BAK. Pola BAB, frekuensi, konsistensi, rasa takut BAB karena luka perineum, kebiasaan penggunaan toilet.

- 4) Personal Hygiene : Pola mandi, kebersihan mulut dan gigi, penggunaan pembalut dan kebersihan genitalia, pola berpakaian, tata rias rambut dan wajah.
- 5) Aktifitas : Kemampuan mobilisasi beberapa saat setelah melahirkan, kemampuan merawat diri dan melakukan eliminasi, kemampuan bekerja dan menyusui.
- 6) Rekreasi dan hiburan : Situasi atau tempat yang menyenangkan, kegiatan yang membuat fresh dan relaks.
- 7) Kebutuhan Belajar : Persepsi klien tentang keadaan masalah kesehatannya saat ini dan bagaimana mereka menaruh perhatian terhadap masalahnya dapat memberikan informasi kepada perawat tentang seberapa jauh pengetahuan mereka mengenai masalahnya dan pengaruhnya terhadap kebiasaan aktivitas sehari-hari. Informasi ini dapat memberi petunjuk kepada perawat untuk memberi arahan yang tepat serta sumber-sumber lain yang dapat digunakan oleh klien.

k. Sexual

Bagaimana pola interaksi dan hubungan dengan pasangan meliputi frekuensi koitus atau hubungan intim, pengetahuan pasangan tentang seks, keyakinan, kesulitan melakukan seks, kontinuitas hubungan seksual.

l. Konsep Diri

1) Body Image

Gambaran diri / citra tubuh adalah sikap atau cara pandang ibu terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar. Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang

ukuran, bentuk, fungsi penampilan dan potensi tubuh saat ini dan masa lalu yang secara berkesinambungan di modifikasi dengan pengalaman baru setiap individu.

2) Self Ideal

Ideal diri adalah persepsi ibu tentang bagaimana ia harus berperilaku berdasarkan standart, aspirasi, tujuan atau penilaian personal tertentu.

3) Self Ectem

Harga diri adalah penilaian ibu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik prilaku seseorang sesuai dengan ideal diri

4) Role Perfomense

Peran adalah sikap dan prilaku nilai serta tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat

5) Self Identity

Identitas adalah pengorganisasian prinsip dari kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan, kesinambungan, konsistensi, dan keunikan individu.

m. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Tingkat energi, self esteem, tingkat kesadaran.

2) BB, TB, LLA, Tanda Vital normal (RR konsisten, Nadi cenderung bradi cardy, suhu 36,2-38, Respirasi 16-24)

3) Kepala : Rambut, Wajah, Mata (conjunctiva), hidung, Mulut, Fungsi pengecap; pendengaran, dan leher.

4) Breast : Pembesaran, simetris, pigmentasi, warna kulit, keadaan areola dan puting susu, stimulation nepple erexi. Kepenuhan atau pembengkakan, benjolan, nyeri, produksi laktasi/kolostrum. Perabaan pembesaran kelenjar getah bening diketiak.

5) Abdomen : teraba lembut , tekstur Doughy (kenyal), musculus rectus abdominal utuh (intact) atau terdapat diastasis, distensi, striae. Tinggi fundusuterus, konsistensi (keras, lunak, boggy), lokasi, kontraksi uterus, nyeri, perabaan distensi blas.

6) Genetalia : Lihat struktur, regangan, uedema vagina, keadaan liang vagina (licin, kendur/lemah) adakah hematom, nyeri, tegang. Perineum : Keadaan luka episiotomy, echimosis, edema, kemerahan, eritema, drainage. Lochia (warna, jumlah, bau, bekuan darah atau konsistensi , 1-3 hr rubra, 4-10 hr serosa, > 10 hr alba), Anus : hemoroid dan trombosis pada anus.

7) Muskuloskeletal : Tanda Homan, edema, tekstur kulit, nyeri bila dipalpasi, kekuatan otot.

n. Pemeriksaan Laboratorium

1) Darah : Hemoglobin dan Hematokrit 12-24 jam post partum (jika Hb < 10 g% dibutuhkan suplemen FE), eritrosit, leukosit, Trombosit.

2) Klien dengan Dower Kateter diperlukan culture urine.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosis yang terkait pada penelitian ini menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Tabel 1
Diagnosis Keperawatan Kesiapan Peningkatan Pengetahuan

Kesiapan Peningkatan Pengetahuan	
Kategori	Perilaku
Subkategori	Penyuluhan dan Pembelajaran
Definisi	
Perkembangan informasi kognitif yang berhubungan dengan topik spesifik cukup untuk memenuhi tujuan kesehatan dan dapat di tingkatkan	
Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif	Objektif
1. Mengungkapkan minat dalam belajar	1. Perilaku sesuai dengan pengetahuan
2. Menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik	
3. Mengambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik	
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif (tidak tersedia)	Objektif (tidak tersedia)
Kondisi klinis terkait	
Perilaku upaya peningkatan kesehatan	

(Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2016)

3. Intervensi keperawatan

Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek- aspek yang dapat di observasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau

komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2
Perencanaan Keperawatan Kesiapan Peningkatan Penegtahuan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan/Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
(1)	(2)	(3)
Kesiapan Peningkatan Pengetahuan Tentang Teknik Menyusui	Tingkat pengetahuan meningkat Dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang teknik menyusui meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat	Edukasi Kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

(1)	(2)	(3)
5. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	6. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	<p>Terapiutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya
		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan hidup bersih dan sehat

(Sumber : (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tahap ketika perawat melakukan tindakan sesuai dengan rencana keperawatan dalam perawatan. Implementasi yang dikategorikan serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi bersama, pasien, keluarga, dan seluruh anggota kesehatan untuk membantu dalam mengatasi masalah kesehatan pasien sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang sudah disiapkan. Dalam proses ini perawat melakukan hubungan interpersonal dengan pendekatan terapeutik kepada pasien untuk mengatasi masalah kesehatan pasien (Wartonah, 2015).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan fase akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan (Wartonah, 2015). Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan (Deswani, 2011). Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planing).

Adapun komponen SOAP yaitu S (*Subjektif*) dimana perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (*Objektif*) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien dan yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan, A (*Assesment*) adalah interpretasi dari data subjektif dan objektif, P (*Planing*) adalah

perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Wartona, 2015). Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan masalah yang pasien hadapi yang telah di buat pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil.

Adapun evaluasi dari tindakan keperawatan mengenai asuhan keperawatan pada ibu nifas dengan kesiapan peningkatan pengetahuan tentang teknik menyusui yaitu pengetahuan ibu bertambah mengenai teknik menyusui dan perawatan payudara.