

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Defisit Pengetahuan Tentang Teknik Menyusui

1. Definisi Defisit Pengetahuan Tentang Teknik Menyusui

a. Menyusui

Menyusui adalah ibu yang memberikan susu kepada bayinya dengan Air Susu Ibu (ASI) dari payudaranya. Bayi menggunakan reflek menghisap untuk menelan susu. Keberhasilan menyusui tidak diperlukan dari pemakaian alat-alat khusus dan biaya yang mahal yang diperlukan hanyalah kesabaran, waktu, sedikit pengetahuan tentang menyusui dan dukungan dari lingkungan terutama suami (Rachmawati dan Kuntari, 2007).

b. Defisit Pengetahuan Tentang Teknik Menyusui

Defisit Pengetahuan Tentang Teknik Menyusui Adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan tata laksana yang diperlukan untuk menunjang cara pemberian ASI kepada bayi dengan perlekatan posisi ibu dan bayi dengan benar (Suradi, R dan Hegar , 2010). Pengetahuan ibu tentang teknik menyusui yang benar sangat penting sebab dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih menunjang keberhasilan ibu dalam pemberian ASI (Notoatmodjo, 2010)

2. Penyebab Defisit Pengetahuan Tentang Teknik Menyusui

Penyebab yang berpengaruh pada proses laktasi antara lain posisi dan fiksasi bayi yang benar pada payudara serta durasi menyusui. Banyak faktor yang menyebabkan pemberian ASI khususnya ASI eksklusif tidak terlaksana dengan baik. Salah satunya adalah masalah menyusui antara lain puting susu yang luka

dan masalah penempelan mulut bayi ke payudara. Sebagian besar ibu yang berhenti menyusui di minggu kedua setelah melahirkan bukan karena faktor fisik dan psikologi ibu melainkan karena masalah-masalah seperti adanya nyeri payudara saat menyusui, bayi sulit menghisap karena kesalahan posisi, serta penjadwalan pemberian ASI (Carlson, 2008).

3. Patofisiologi Laktasi

Dari segi fisiologi, kemampuan laktasi berhubungan dengan makanan, faktor endokrin dan faktor fisiologi (Marmi, 2012). Pada masa hamil terjadi perubahan payudara, terutama mengenai besarnya. Hal ini disebabkan oleh berkembangnya kelenjar payudara proliferasi sel-sel *duktus laktiferus* dan sel-sel kelenjar pembuatan air susu ibu. Proses proliferasi dipengaruhi oleh hormon yang dihasilkan plasenta, yaitu laktogen, prolaktin, kariogonadotropin, estrogen dan progesteron. Selain itu, perubahan tersebut disebabkan bertambah lancarnya peredaran darah pada payudara. Pada kehamilan lima bulan atau lebih, kadang-kadang dari ujung puting keluar cairan yang disebut kolostrum. Sekresi (keluarnya) cairan tersebut karena pengaruh hormon laktogen dari plasenta dan hormon prolaktin dari *hipofise*.

Keadaan tersebut adalah normal, meskipun cairan yang dihasilkan tidak berlebihan sebab meskipun kadar prolaktin cukup tinggi, pengeluaran air susu juga dihambat oleh hormon estrogen. Setelah persalinan kadar estrogen dan progesteron menurun dengan lepasnya plasenta, sedangkan prolaktin tetap tinggi sehingga tidak ada lagi hambatan terhadap prolaktin dan estrogen. Oleh karena itu, air susu ibu segera keluar. Biasanya, pengeluaran air susu dimulai pada hari kedua dan ketiga setelah kelahiran. Setelah persalinan, segera susukan bayi karena

akan memacu lepasnya prolaktin dari *hipofise* sehingga pengeluaran air susu bertambah lancar (Marmi, 2012).

a. Reflek-reflek yang sangat penting dalam proses laktasi sebagai berikut:

1. Reflek Prolaktin

Sewaktu bayi menyusu, ujung saraf peraba yang terdapat pada puting susu terangsang, rangsangan tersebut dibawa ke *hipotalamus* oleh *serabut afferent*, kemudian dilanjutkan ke bagian depan kelenjar *hipofise* yang memacu pengeluaran hormon prolaktin ke dalam darah. Melalui sirkulasi prolaktin memacu sel kelenjar memproduksi air susu.

2. Reflek Aliran (*let down reflek*)

Rangsangan yang ditimbulkan bayi saat menyusu diantar sampai bagian belakang kelenjar *hipofise* yang akan melepaskan hormon oksitosin masuk ke dalam aliran darah. Oksitosin akan memacu otot-otot polos yang mengelilingi alveoli dan duktus berkontraksi sehingga memeras air susu dari alveoli, duktus dan sinus menuju puting susu.

3. Reflek Menangkap (*Rooting Reflek*)

Jika disentuh pipinya, bayi akan menoleh ke arah sentuhan.

4. Reflek Menghisap

Reflek menghisap pada bayi akan timbul jika puting merangsang langit-langit

5. Reflek Menelan

Air susu yang penuh dalam mulut bayi akan ditelan sebagai pernyataan reflek menelan dari bayi. Pada saat bayi menyusu, akan terjadi peregangan puting susu dan areola untuk mengisi rongga mulut (Marmi, 2012).

4. Tanda dan Gejala Dengan Defisit Pengetahuan Tentang Teknik Menyusui

Tanda yang terjadi adalah bendungan ASI antara lain (Wiknjosastro, 2010) :

1. Payudara keras dan panas pada saat diraba
2. Suhu Badan Ibu Naik
3. Putting susu datar dan dalam hal ini dapat menyukarkan bayi untuk menyusui
4. Kadang – kadang pengeluaran air susu ibu terhalang.

Gejala bendungan ASI antara lain (Sarwono, 2010):

1. Terjadinya pembekakan payudara bilateral dan secara palpasi terasa keras.
2. Kadang-kadang terasa nyeri serta disertai peningkatan suhu badan ibu, tetapi tidak terdapat tanda-tanda kemerahan dan demam.

5. Cara Menyusui Dengan Teknik Yang Benar

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

1) 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.

2) 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.

3) 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 Tata Laksana Teknik Menyusui Yang Benar

Menurut (Marmi, 2012), tahap dan tata laksana teknik menyusui yang benar adalah sebagai berikut:

1) Posisi badan ibu dan badan bayi

- a. Ibu harus duduk atau berbaring dengan santai.
- b. Pegang bayi pada belakang bahunya, tidak pada dasar kepala.
- c. Putar seluruh badan bayi sehingga menghadap ke ibu.
- d. Rapatkan dada bayi dengan dada ibu atau bagian bawah payudara ibu.
- e. Tempelkan dagu bayi pada payudara ibu.
- f. Dengan posisi ini maka telinga bayi akan berada dalam satu garis dengan leher dan lengan bayi.
- g. Jauhkan hidung bayi dari payudara ibu dengan cara menekan pantat bayi dengan lengan ibu bagian dalam.

2) Posisi mulut bayi dan puting susu ibu

- a. Keluarkan ASI sedikit oleskan pada puting dan areola.
- b. Pegang payudara dengan pegangan seperti membentuk huruf C yaitu payudara dipegang dengan ibu jari dibagian atas dan jari yang lain menopang dibawah atau dengan pegangan seperti gunting (puting susu dan areola dijepit oleh jari telunjuk dan jari tengah seperti gunting) dibelakang areola.

- c. Sentuh pipi atau bibir bayi untuk merangsang rooting reflek (reflek menghisap).
- d. Tunggu sampai mulut bayi terbuka lebar dan lidah menjulur kebawah.
- e. Dengan cepat dekatkan bayi ke payudara ibu dengan menekan bahu belakang bayi bukan belakang kepala.
- f. Posisikan puting susu di atas bibir atas bayi dan berhadaphadapan dengan hidung bayi.
- g. Kemudian arahkan puting susu keatas menyusuri langit-langit mulut bayi.
- h. Usahkan sebagian besar areola masuk ke mulut bayi, sehingga puting susu berada diantara pertemuan langit-langit yang keras (*palatum durum*) dan langit-langit yang lunak (*palatum molle*). Lidah bayi akan menekan dinding bawah payudara dengan gerakan memerah sehingga ASI akan keluar.
- i. Setelah bayi menyusu atau menghisap payudara dengan baik, payudara tidak perlu dipegang atau disangga lagi.
- j. Beberapa ibu sering meletakkan jarinya pada payudara dengan hidung bayi dengan maksud untuk memudahkan bayi bernafas.
- k. Dianjurkan tangan ibu yang bebas untuk mengelus-elus bayi.
- l. Posisi dan perlekatan menyusui terdapat berbagai macam posisi menyusui. cara menyusui yang tergolong biasa dilakukan adalah dengan duduk, berdiri atau berbaring.

6. Cara Pengamatan Teknik Menyusui Yang Benar

Menurut (Marmi, 2012), apabila bayi telah menyusui maka akan memperlihatkan tanda-tanda sebagai berikut:

1. Bayi tampak tenang
2. Badan bayi menempel pada perut ibu
3. Mulut bayi terbuka lebar
4. Dagu bayi menempel pada payudara ibu
5. Sebagian areola masuk kedalam mulut bayi, areola bawah lebih banyak yang masuk
6. Bayi nampak menghisap kuat dengan irama perlahan
7. Puting susu tidak terasa nyeri
8. Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus
9. Kepala bayi agak menengadah

7. Masalah Dengan Defisit Pengetahuan Tentang Teknik Menyusui

Dampak dari cara atau teknik menyusui yang salah pada ibu yaitu ibu akan mengalami gangguan proses fisiologis setelah melahirkan, seperti puting susu lecet dan nyeri, saluran ASI tersumbat, payudara bengkak bahkan bisa sampai terjadi mastitis atau abses payudara dan sebagainya.

a. Payudara bengkak (Engorgement)

Payudara terasa lebih penuh/ tegang dan nyeri sekitar hari ketiga atau keempat sesudah melahirkan akibat statis di vena dan pembuluh limfe, tanda bahwa ASI mulai banyak disekresi. Sering terjadi pada payudara yang elastisitasnya kurang. Bila tidak dikeluarkan, ASI menumpuk pada payudara sehingga aerola mammae menjadi lebih menonjol, puting lebih datar dan sukar

diisap bayi. Kulit payudara Nampak lebih merah mengkilat, ibu demam, dan payudara terasa nyeri sekali.

b. Saluran ASI tersumbat (Obstruktive Duct)

Terjadi sumbatan pada satu atau lebih saluran air susu yang dapat disebabkan tekanan jari waktu menyusui. pemakaian BH terlalu ketat, maupun komplikasi payudara bengkak yang berlanjut sehingga ASI dalam saluran air susu tidak segera dikeluarkan dan menjadi sumbatan.

c. Radang payudara (Mastitis)

Timbul reaksi sistemik seperti demam, terjadi 1-3 minggu setelah persalinan sebagai komplikasi sumbatan saluran air susu. Biasanya diawali dengan putingsusu lecet/ luka. Gejala yang biasa diamati kulit merah, payudara lebih keras, serta nyeri dan berbenjol-benjol

d. Abses payudara

Terjadi sebagai komplikasi mastitis akibat meluasnya peradangan. Sakit ibu tampak lebih parah, payudara lebih merah mengkilat, benjolan tidak sekeras mastitis, tapi lebih penuh atau bengkak berisi cairan. (Proverawati, Atikah, Rahmawati, 2010)

8. Pencegahan Untuk Defisit Pengetahuan Tentang Teknik Menyusui

Terapi dan Pengobatan Menurut (Prawirohardjo, 2014) adalah:

- a. Menganjurkan ibu untuk tetap menyusui bayinya
- b. Menganjurkan ibu untuk melakukan post natal breast care
- c. Melakukan pengompresan dengan air hangat sebelum menyusui dan kompres dingin sesudah menyusui untuk mengurangi rasa nyeri
- d. Menggunakan BH yang menopang
- e. Memberikan parasetamol 500 mg untuk mengurangi rasa nyeri dan menurunkan panas.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Defisit Pengetahuan Tentang Teknik Menyusui

1. Pengkajian

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, umurkehamilan 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.
- f. 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.
- g. 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 ?
- h. 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, ketidakmampuan 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.

i. Riwayat kesehatan keluarga

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

j. Profil keluarga

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

k. 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, freguensi, 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, tatarias 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.

l. 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. Pengetahuan pasangan kapan dimulai hubungan intercourse pasca partum (dapat dilakukan setelah luka episiotomy membaik dan lochia terhenti, biasanya pada akhir minggu ke 3). Bagaimana cara memulai hubungan seksual berdasarkan pengalamannya, nilai yang dianut, fantasi dan emosi, apakah dimulai dengan bercumbu, berciuman, ketawa, gestures, mannerism, dress, suara. Pada saat hubungan seks apakah menggunakan lubrikasi untuk kenyamanan. Posisi saat koitus, kedalaman penetrasi penis. Perasaan ibu saat menyusui apakah memberikan kepuasan seksual. Faktor-faktor pengganggu ekspresi seksual : bayi menangis, perubahan mood ibu, gangguan tidur, frustrasi yang disebabkan penurunan libido.

m. 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 Ecteen

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.

n. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan Umum : Tingkat energi, self esteem, tingkat kesadaran.
- 2) BB, TB, LLA, Tanda Vital normal (RR konsisten, Nadi cenderung bradycardic, 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 fundus

uterus, 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 hematoma, 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.

o. 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. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Carpenito, 2000)

Diagnosa keperawatan yang terkait pada ibu postpartum menurut (SDKI, 2016) :

a. Menyusui berhubungan dengan kurang pengetahuan dan informasi tentang teknik menyusui.

3. Intervensi keperawatan

Perencanaan merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan yang meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang diidentifikasi pada diagnose keperawatan.

Diagnosa: Menyusui berhubungan dengan kurang pengetahuan dan informasi tentang teknik menyusui.

1. Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 20 menit diharapkan dengan kriteria hasil (NOC) :

- a. Mengungkapkan pemahaman tentang cara dan teknik menyusui yang benar
 - b. Ibu mampu mendemonstrasikan perawatan payudara
- #### 2. Intervensi (NIC)
- a. Mengkaji pengetahuan dan pengalaman klien tentang menyusui.
 - b. Memberikan informasi, verbal dan tertulis, mengenai fisiologis dan keuntungan teknik menyusui, perawatan puting dan payudara, keuntungan diet khusus, dan factor – factor yang memudahkan atau mengganggu keberhasilan menyusui.
 - c. Mendemonstrasikan *breast care* dan pantau kemampuan klien untuk melakukan secara teratur
 - d. Mengajarkan cara mengeluarkan ASI dengan benar, cara menyimpan, cara transportasi sehingga bisa diterima oleh bayi
 - e. Memberikan dukungan dan semangat pada ibu untuk melaksanakan pemberian Asi eksklusif

- f. Memberikan penjelasan tentang tanda dan gejala bendungan payudara, infeksi payudara
- g. Menganjurkan keluarga untuk memfasilitasi dan mendukung klien dalam pemberian ASI
- h. Mendiskusikan tentang sumber-sumber yang dapat memberikan informasi/memberikan pelayanan KIA

4. Implementasi

Menurut (Lyer (1996) dalam (Nursalam, 2008) , implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. (Nursalam, 2008) Implementasi dilakukan pada diagnosa keperawatan prioritas yang pertama yaitu: mengkaji pasien tingkat pengetahuan dan pengalaman klien tentang menyusui , memberikan informasi, verbal dan tertulis, mengenai fisiologis dan keuntungan menyusui, perawatan puting dan payudara, dan factor – factor yang memudahkan atau mengganggu keberhasilan menyusui, demonstrasikan *breast care* dan pantau kemampuan klien untuk melakukannya secara teratur, mengajarkan cara mengeluarkan ASI dengan benar, cara menyimpan, cara transportasi sehingga bisa diterima oleh bayi, memberikan dukungan dan semangat pada ibu untuk melaksanakan pemberian Asi eksklusif, memberikan penjelasan tentang tanda dan gejala bendungan payudara, infeksi payudara, menganjurkan keluarga untuk memfasilitasi dan mendukung klien dalam pemberian ASI, mendiskusikan tentang sumber-sumber yang dapat memberikan informasi/memberikan pelayanan KIA.

5. Evaluasi

Menurut (Ignatavicius dan Beyne (1994) dalam (Nursalam, 2008), evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi dan implementasinya. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa, perencanaan, dan implementasi intervensi.

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP yang operasional dengan pengertian :

1. S: adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh ibu dan keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan
2. O: adalah keadaan objektif yang didefinisikan oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif setelah implementasi keperawatan
3. A: adalah analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif klien yang dibandingkan dengan kriteria dan standar yang telah ditentukan mengacu pada rencana keperawatan
4. P: adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

Adapun evaluasi dari tindakan keperawatan mengenai Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas Dengan Pemenuhan Defisit Pengetahuan Tentang Teknik Menyusui yaitu Pengetahuan Ibu Bertambah Mengenai Teknik Menyusui dan Perawatan Payudara.