

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan disajikan hasil pengkajian tentang asuhan kebidanan yang dilakukan pada Ny. "R" dengan keputihan di BPM F. Sri Retnoningyas Surabaya. Pada bab pembahasan ini akan dijabarkan kesenjangan yang terjadi antara teori dengan pelaksanaan di lahan serta alternatif tindakan untuk mengatasi permasalahan dan menilai keberhasilan masalah dengan secara menyeluruh.

#### **4.1 Kehamilan**

Berdasarkan hasil pengkajian dari data subyektif didapatkan bahwa ibu mengalami keluhan keputihan berwarna putih susu namun tidak sampai berbau, tidak menimbulkan rasa gatal, tidak nyeri, dan jumlahnya sedikit pada usia kehamilan 36 minggu 6 hari yang semakin banyak saat ibu merasa kelelahan. Faktor penyebab keputihan yang dialami ibu adalah karena peningkatan hormone estrogen pada kehamilan, kurangnya personal hygiene ibu dan penggunaan celana dalam yang ketat. Pada usia kehamilan 38 minggu 1 hari keluhan keputihan ibu sudah teratasi setelah ibu melakukan upaya untuk mengatasi keputihan berupa tidak menggunakan celana dalam yang terlalu ketat. Menurut Marmi (2011), keputihan merupakan sekresi vagina dalam jumlah besar dengan konsistensi kental atau cair yang dimulai dari trimester pertama dan akan meningkat pada trimester tiga, sebagai bentuk dari peningkatan hiperplasi mukosa vagina karena terjadinya peningkatan kadar hormon estrogen yang menyebabkan kadar glikogen di vagina meningkat. Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi keputihan

fisiologis adalah sering mengganti celana dalam setelah buang air besar atau buang air kecil, memilih menggunakan celana yang longgar dan terbuat dari kain katun untuk menjaga kelembapan daerah kewanitaan, sebaiknya membilas vagina dari arah depan ke belakang (kearah anus). Berdasarkan kasus dan teori yang ada menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori, dimana keluhan ibu teratasi setelah melakukan upaya adaptasi untuk mengatasi keluhan yang dialami.

Ibu melakukan kunjungan ANC sebanyak 8 kali, 2 kali pada trimester I, 2 kali pada trimester II dan 4 kali pada trimester III. Menurut Kemenkes RI (2010), pemeriksaan kehamilan merupakan salah satu tahapan penting menuju kehamilan yang sehat. Pemeriksaan kehamilan dapat dilakukan melalui dokter atau bidan dengan minimal pemeriksaan empat kali selama kehamilan, yaitu satu kali pada saat trimester I (kehamilan hingga 12 minggu), trimester II (>12-24 minggu) dan minimal dua kali kontak pada trimester III (>24-36 minggu). Berdasarkan kasus dan teori yang ada tidak menunjukkan adanya kesenjangan, yaitu ibu melakukan pemeriksaan ANC pada trimester I, trimester II dan trimester III secara rutin.

Berat badan ibu sebelum hamil adalah 59 kg, tinggi badan 156 cm dengan IMT 24,27 kg/m<sup>2</sup>. Penimbangan Berat badan ibu di lakukan setiap pemeriksaan ANC pada Trimester I adalah 60 kg pada tgl 27 November 2017 Sampai dengan Trimester 3 berat badan ibu mencapai 74 kg pada tanggal 07 Juni 2018, Jumlah total penambahan berat badan ibu yaitu 15 kg. Menurut prawirohardjo (2014), kenaikan berat badan selama kehamilan dapat dihitung berdasarkan indeks masa tubuh wanita sebelum hamil, Rendah (<19,8)= 12,5- 18 kg, Normal (19,8-26,0)=

11,5 -16 kg, Tinggi (> 26,0- 29,0) = 7- 11,5 kg dan obesitas (> 29,0) =  $\leq$  7 kg. Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa kenaikan berat badan responden sesuai dengan standart IMT.

Hasil Pengukuran LILA yang di peroleh saat kontak pertama adalah 28 cm. Menurut Kemenkes RI (2010), pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Berdasarkan kasus dan teori yang ada tidak menunjukkan adanya kesenjangan dan responden tidak mengalami KEK.

Hasil pengukuran tekanan darah yaitu 110/70 mmHg. Menurut Kemenkes RI (2010), pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria). Berdasarkan kasus dan teori yang ada tidak menunjukkan adanya kesenjangan dan tekanan darah dalam batas normal.

Untuk menilai kesejahteraan janin maka penulis melakukan pengukuran TFU pada pengkajian awal di dapatkan hasil 2 jari bawah prosesus xifoideus (31 cm) dengan TBJ 3100 gram, Pada kunjungan rumah pertama di dapatkan hasil 2 jari bawah prosesus xifoideus (31 cm) dengan TBJ 3100 gram, pada kunjungan rumah ke 2 di dapatkan 3 jari bawah prosesus xifoideus (30 cm) dengan TBJ 2945 gram. Menurut Varney (2010), perkiraan Tinggi Fundus Uteri yang di harapkan

pada berbagai minggu usia Gestasi, minggu ke 32 (3 jari di bawah prosesus xipoides), 36-38 (1 jari di bawah prosesus xipoides), 40 (2-3 jari di bawah prosesus xipoides, jika terjadi penurunan uterus (lightening)). Berdasarkan kasus dan teori yang ada tidak menunjukkan adanya kesenjangan, yaitu di dapatkan bahwa TFU semakin turun karena akibat penurunan bagian terbawah janin.

Untuk mengukur kesejahteraan janin selain TFU dan TBJ adalah DJJ, pada pengkajian awal di dapatkan hasil (148 x/menit), kunjungan rumah pertama (146 x/menit), pada kunjungan kedua (142 x/menit). Menurut Kemenkes RI (2010), DJJ di gunakan untuk mengkaji status bayi, frekuensi DJJ normal adalah 120-160 x/menit. Berdasarkan kasus dan teori yang ada tidak menunjukkan adanya kesenjangan, yaitu rata-rata DJJ masih dalam batas normal.

Berdasarkan kunjungan antenatal pada ibu hamil Trimester I ibu mendapatkan tablet Fe  $\pm$  20 tablet, pada trimester II ibu mendapatkan tablet Fe  $\pm$  20 tablet Fe dan pada saat Trimester III ibu mendapatkan tablet Fe  $\pm$  30. Jadi total tablet Fe yang dikonsumsi sebanyak 70 tablet dan akan dilanjutkan pada masa nifas. Menurut Kemenkes RI (2010), untuk mencegah anemia, setiap ibu hamil harus mendapatkan tablet zat besi minimal 90 tablet zat besi selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama. Berdasarkan kasus dan teori yang ada pemberian tablet Fe pada Ny. R terdapat kesenjangan karena jumlah tablet Fe yang seharusnya di konsumsi selama kehamilan berjumlah 90 tablet, tetapi responden hanya mengkonsumsi 70 tablet Fe, akan tetapi tablet Fe hanya sebagai penunjang karena zat besi juga bisa didapatkan dalam suplai makanan. Pada pola nutrisi ibu

makan 4 kali sehari dengan menu nasi, lauk pauk (ikan atau daging), sayuran (bayam, singkong, dan kangkung) dan secara klinis responden tidak didapatkan tanda-tanda anemia.

Pada kasus didapatkan data bahwa pada saat kehamilan trimester pertama ibu dilakukan pemeriksaan golongan darah dengan hasil golongan darah O, pemeriksaan Hb pada saat trimester I di dapatkan hasil 12,5 gr/dL dan pada trimester III didapat hasil 12,3 gr/dL, pemeriksaan PITC pada trimester I dengan hasil non reaktif, pemeriksaan HbsAg pada trimester I dengan hasil Non reaktif, pemeriksaan protein dan reduksi urine dengan hasil negative. Menurut kemenkes RI (2010), pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi sesuatu kegawatdaruratan, dengan waktu pemeriksaan pada saat trimester I. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb) ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan resiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV, serta pemeriksaan protein dan reduksi urine dilakukan minimal sekali pada trimester I untuk mengetahui adanya proteinuria yang menyebabkan preeklamsi dan adanya diabetes mellitus. Berdasarkan kasus dan teori yang ada tidak menunjukkan adanya kesenjangan,

ibu sudah melakukan pemeriksaan lab golongan darah, PITC, protein dan reduksi urine pada trimester I, pemeriksaan Hb pada trimester I dan trimester III.

Selama kehamilan ibu sudah mendapatkan KIE tentang penyebab keputihan dan menjelaskan penanganan agar keputihan berkurang. Upaya mengurangi keputihan dengan mengajarkan ibu untuk menjaga kebersihan genetalia dengan cara mencuci vagina dari arah depan kearah belakang dan setelah itu di keringkan, membersihkan dengan air bersih, sering mengganti celana dalam, menggunakan celana dalam dengan bahan yang mudah menyerap keringat seperti kain katun. Berdasarkan pada hasil evaluasi sudah sesuai antara teori dan kasus, ibu merasakan keputihan dapat berkurang bahkan sudah teratasi setelah melakukan upaya mengatasi keluhan pada usia kehamilan 38 minggu 1 hari. Menurut Kemenkes RI (2010), pemberian KIE efektif dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menurun, tes HIV di daerah tertentu (resiko tinggi), inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, imunisasi, peningkatan kesehatan intelegensi pada kehamilan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa KIE yang didapat oleh ibu sudah terpenuhi menurut standarnya.

## 4.2 Persalinan

Pada tanggal 17 Juni 2018 pukul 08.30 WIB pada proses persalinan ibu mengatakan perutnya kenceng-kenceng semakin sering dan keluar lendir bercampur darah. Menurut Manuaba (2010), tanda-tanda persalinan adalah sebagai berikut: Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek, terjadi pengeluaran lendir atau lendir bercampur darah, ketuban pecah, terdapat perubahan serviks (perlunakan serviks, pendataran serviks, pembukaan serviks). Keluhan yang dirasakan ibu adalah hal yang wajar di rasakan oleh ibu menjelang persalinan dan keluhan ini merupakan tanda dan gejala persalinan, kenceng-kenceng akan berakhir ketika bayi sudah lahir.

Pada pengkajian data objektif di dapatkan data HIS 2x/10'/30" proses pembukaan servik pada ibu saat di periksa VT Ø 2 cm, eff 50%, ketuban utuh, presentasi kepala, hodge II, hal ini termasuk fase laten. Kemudian dilakukan pemeriksaan jam 11.00 WIB karena ibu merasa ada cairan jernih yang keluar dari vagina, pada pemeriksaan didapatkan data HIS 4x/10'/40" di periksa VT Ø 8cm, eff 75%, ketuban pecah spontan jernih, presentasi kepala, tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil janin, penurunan kepala hodge III. 1 jam kemudian dilakukan pemeriksaan kembali karena ibu sudah ada dorongan untuk meneran dan kenceng-kencengnya semakin sering, pada pemeriksaan didapat data HIS 4x/10'/45" di periksa VT Ø 10 cm, eff 100%, ketuban sudah pecah, presentasi kepala, tidak teraba bagian terkecil janin, hodge 1V. Menurut Depkes RI (2010), persalinan kala I pembukaan dibagi atas 2 fase, yaitu fase laten dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara

bertahap, berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm, fase aktif terjadi penurunan bagian terbawah janin, frekuensi dan lama kontraksi uterus meningkat. (kontraksi uterus dianggap adekuat bila terjadi 3 kali atau lebih dalam 10 menit lama 40 detik/lebih) lama persalinan pada primi  $\pm 12$  jam dan multi  $\pm 8$  jam. Pada kasus Ny. R datang dengan pembukaan 2 cm dan di observasi lama kala I dapat di simpulkan bahwa 6 jam lagi pembukaan sudah lengkap, tetapi pada kasus hanya berlangsung 3 jam 30 menit untuk mencapai pembukaan lengkap, karena setiap individu berbeda-beda dalam menghadapi persalinan dan juga karena kekuatan kontraksi makin lama dan makin sering sehingga kepala bayi cepat turun ke bawah dan menyebabkan proses pembukaan semakin cepat dan semakin bertambah.

Tahap persalinan pada kala II di mulai dari adanya tanda dan gejala kala II pada ibu sudah ada dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka, keluar lendir darah semakin banyak, DJJ 145 kali/menit, his 4x/ 10' /45". Hasil pemeriksaan dalam di dapat pembukaan 10 cm, eff 100%, ketuban (-), presentasi kepala, ubun-ubun kecil, molase 0, tidak teraba bagian kecil janin, hodge IV. Berdasarkan kasus ibu dilakukan episiotomi karena perineum kaku. Selanjutnya dilakukan asuhan sayang ibu dan pertolongan persalinan sesuai dengan mekanisme persalinan, bayi lahir spontan belakang kepala, jenis kelamin perempuan. Menurut Depkes RI (2010), kala II disebut juga sebagai kala pengeluaran, sehingga proses kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai kelahiran bayi. Menurut Prawirohardjo (2014), dianjurkan untuk melakukan episiotomi pada primigravida dan multigravida dengan perinium kaku.

Berdasarkan kasus dan teori ibu dilakukan episiotomi karena ibu termasuk multigravida dengan perineum kaku, sehingga untuk mempercepat proses persalinan ibu dilakukan episiotomi dan kala II terjadi secara spontan dalam waktu 15 menit.

Setelah lahir bayi dilakukan IMD diletakkan diatas dada ibu namun IMD hanya berlangsung 30 menit, belum berhasil karena ibu merasa tidak nyaman pasca melahirkan dan meminta bayinya untuk dipindahkan. Menurut Nurasih (2012), inisiasi menyusui dini (IMD) adalah proses menyusui sendiri segera setelah lahir. Hal ini merupakan kodrat dan anugrah dari tuhan yang sudah disusun untuk kita. Melakukannya juga tidak sulit, hanya membutuhkan waktu sekitar 1 hingga 2 jam. IMD ini dilakukan dengan cara langsung meletakkan bayi yang baru lahir didada ibunya dan membiarkan bayi merayap untuk menemukan puting susu ibu untuk menyusui. Inisiasi menyusui dini (IMD) perlu dilakukan karena mengingat untuk meningkatkan *bounding attachment* antara ibu dan bayi, namun dalam kondisi tertentu IMD mungkin tidak dapat dilakukan seperti persalinan dengan komplikasi tertentu sehingga membutuhkan penanganan segera. Berdasarkan kasus dan teori bayi hanya melakukan IMD sekitar 30 menit dan belum berhasil karena ibu merasa tidak nyaman pasca persalinan.

Proses kala III dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta berlangsung selama 10 menit. Dilakukan manajemen aktif kala III, plasenta lahir spontan dengan jumlah darah  $\pm 250$ cc setara dengan 2-3 pembalut penuh. Menurut Depkes RI (2010), kala III disebut juga sebagai kala pengeluaran Uri, biasanya plasenta lepas dalam 5-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan

tekanan pada fundus uteri. Menurut kasus dan teori yang sudah ada kala III termasuk fisiologis karena plasenta lahir dalam waktu 10 menit secara spontan.

Pada asuhan kala IV berlangsung selama 2 jam, yaitu 1 jam pertama selama 15 menit dan 1 jam kedua selama 30 menit mulai dari lahirnya plasenta sampai persalinan berakhir. Menurut Depkes RI (2010), kala IV dikatakan fisiologis jika pengawasan dilakukan 1-2 jam setelah uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan nifas. Dari data di atas antara kasus dengan teori tidak terdapat kesenjangan karena pada kala IV dilakukan pengawasan selama 2 jam nifas.

Pada proses persalinan, semua tindakan dalam perencanaan hampir seluruhnya dapat dilaksanakan tetapi pada 60 langkah APN tidak dapat seluruhnya dilakukan. Berikut hal-hal yang tidak dapat terlaksana dalam 60 langkah APN: seperti pada petugas kesehatan tidak menggunakan APD secara lengkap yaitu penutup kepala, kaca mata google dan sepatu boot pada proses persalinan. Menurut Depkes RI (2010), tindakan pencegahan infeksi tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Memakai sarung tangan mengenakan perlengkapan pelindung pribadi (penutup kepala, kaca mata, masker, celemek, sepatu boot, dll) dapat melindungi penolong terhadap percikan yang dapat menkontaminasi dan menyebar penyakit. Berdasarkan fakta di lahan dan teori terdapat ketidaksesuaian yaitu petugas tidak menggunakan APD secara lengkap pada proses persalinan dimana petugas hanya menggunakan sarung tangan, masker, dan celemek saja dikarenakan kelalaian dari petugas itu sendiri. Hal ini akan berdampak pada perlindungan terhadap bahaya

bagi tenaga kesehatan itu sendiri. Maka disarankan untuk wajib menggunakan APD lengkap saat menolong persalinan agar terhindar dari resiko terinfeksi penyakit. Selain itu, pemberian imunisasi yaitu pemberian imunisasi Hepatitis B di lahan dilakukan pada saat bayi akan pulang atau usia bayi 24 jam. Menurut Depkes RI (2010), pada imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1 atau saat bayi berumur 2 jam. Berdasarkan kasus dan teori di atas terdapat adanya kesenjangan, tetapi pemberian imunisasi hepatitis B masih dalam rentang waktu yang ditetapkan oleh Kemenkes RI (2017) yaitu imunisasi hepatitis B dapat diberikan pada usia 0-7 hari.

### **4.3 Nifas**

Hasil yang didapatkan dari data subyektif yaitu pada ibu nifas ibu mengalami mulas pada perut dan ibu merasakan nyeri pada luka jahitan. Menurut Varney (2010), keluhan yang sering dirasakan ibu nifas adalah mulas setelah lahir (*after pains*), pembesaran payudara, keringat berlebih, nyeri perineum, dan cemas. Rasa mules yang di rasakan oleh ibu merupakan hal yang normal yang selalu di alami oleh ibu nifas, sebab mulas tersebut merupakan efek yang di timbulkan dari kontraksi uterus yang mengecil kebentuk semula dalam keadaan tidak hamil dan nyeri pada luka jahitan yang timbul adalah karena adanya luka syaraf yang terputus dan di jahit, proses penyembuhan luka akan cepat bila ibu menjaga pola kebersihan dan pola makan. Berdasarkan teori dan kasus, perut

mulas dan nyeri pada luka jahitan yang dirasakan ibu merupakan keluhan yang fisiologis.

Pada kasus ibu sudah mendapatkan kapsul vitamin A (200.000 IU) 2 jam setelah melahirkan dan diberikan pada saat ibu akan pulang. Selama perawatan di BPM ibu tidak mengalami perdarahan, tidak merasa pusing atau lemas, ibu sudah BAK setelah 3 jam postpartum, tekanan darah ibu dalam batas normal yaitu 110/70 mmHg. Menurut Dinkes Prov. Jatim (2012), pemberian vitamin A pada ibu nifas diberikan 2 kapsul, kapsul pertama diberikan setelah melahirkan dan kapsul kedua diberikan setelah 24 jam setelah pemberian kapsul yang pertama. Menurut Dinkes RI (2010), menyarankan vitamin A di berikan sebanyak 2 kali dengan dosis 200.000 IU pada ibu nifas untuk memperbaiki kadar vitamin A pada ASI dan meningkatkan daya tahan tubuh ibu. Berdasarkan kasus dan teori diatas ibu sudah mendapatkan vitamin A sesuai dengan standart Dinkes.

Pada nifas 6 hari di dapatkan hasil bahwa ibu tidak ada keluhan nafsu makan, tidak ada gangguan dalam pola eliminasi dan hasil pemeriksaan fisik: konjungtiva merah muda, ASI keluar lancar, puting tidak lecet, TFU pertengahan pusat-symphisis, UC keras, loche sanguinolenta, luka jahitan masih basah, sudah menyatu dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Ibu mengatakan bahwa sejak lahir bayinya hanya mendapatkan ASI saja, dan ibu berniat untuk melanjutkan hingga bayi usia 6 bulan, sehingga bisa sukses dalam pemberian ASI eksklusif. Pada nifas 14 hari di dapatkan hasil, ibu mengatakan tidak ada keluhan. Pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil konjungtiva merah muda, ASI keluar lancar, puting tidak lecet, TFU sudah tidak teraba, lochea serosa, luka jahitan sudah

menyatu dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Menurut Kemenkes RI (2017), kunjungan nifas dilakukan minimal 3 kali dengan rincian sebagai berikut: kunjungan 1 yaitu 6 jam-3 hari nifas untuk memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, mencegah perdarahan, konseling pencegahan perdarahan dan konseling pemberian ASI awal. Kunjungan 2 yaitu 4-28 hari nifas untuk memastikan involusi uterus berjalan normal, memastikan kebutuhan nutrisi ibu terpenuhi, tidak terdapat masalah ASI dan menyusui, mengevaluasi adanya tanda bahaya masa nifas dan konseling perawatan bayi baru lahir. Kunjungan 3 yaitu 29-42 hari nifas untuk menanyakan ibu penyulit yang dialaminya selama masa nifas, dan konseling KB secara dini. Berdasarkan kasus dan teori tidak ditemukan adanya kesenjangan dan ibu telah mendapatkan asuhan sesuai dengan standart yang ada.

#### **4.4 Bayi Baru Lahir**

Ibu telah melahirkan anaknya yang ke-2 dengan usia kehamilan 38 minggu 1 hari. Bayi lahir pada tanggal 17 Juni 2018 pukul 12.15 WIB, Jenis kelamin perempuan, menangis kuat, gerak aktif, dan kulit kemerahan dengan BB 3.300 gram dan PB 50 cm. Bayi telah mendapatkan asuhan BBL normal, yaitu menjaga kehangatan bayi, IMD segera setelah bayi lahir, pemberian salep mata dan vitamin K1 dan pemberian imunisasi Hepatitis B

Pada pemeriksaan bayi baru lahir usia 6 jam didapatkan keadaan umum baik, suhu 36,5° C, nadi 132 x/menit, pernafasan 44 x/menit, berat badan 3300 gram, panjang badan 50 cm, Lingkar kepala 34 cm, lingkar dada 33 cm, LILA 11 cm, reflek hisap baik, tidak sesak, tidak sianosis, abdomen tidak kembung, tali

pusat basah, tidak ada perdarahan, tidak ada tanda-tanda infeksi, BAK (+) BAB (+), menyusu (+), ikterus(-) serta pemeriksaan fisik dalam batas normal. Pada saat bayi usia 6 hari di dapatkan hasil keadaan umum baik, berat badan bayi 3400 gram. Pemeriksaan fisik: kulit kemerahan, tidak ada kelainan pada mata, hidung mulut dan telinga, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada retraksi dada, tali pusat sudah lepas, dan tidak ada tanda infeksi, gerak aktif dan tidak ada kelainan pada ekstremitasnya dan tidak ada masalah pada pola eliminasi. Pada saat bayi usia 14 hari didapatkan hasil keadaan umum bayi baik, tidak ikterus, TTV: nadi 132x/menit, Suhu 36,5<sup>0</sup>C, Pernafasan 46 x/menit, berat badan bayi saat ini: 3500 gram. Bayi menyusu dengan baik, tidak ada masalah pada pola eliminasi. Menurut Kemenkes RI (2017), kunjungan neonatal dilakukan minimal 3 kali yaitu, kunjungan Neonatal 1 pada usia 6-48 jam setelah bayi lahir untuk mempertahankan suhu tubuh bayi, melakukan pemeriksaan fisik, memberikan imunisasi hepatitis B. Kunjungan neonatal 2 pada usia 3-7 hari, untuk menjaga tali pusat dalam keadaan kering, menjaga kebersihan bayi, pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan terjadi infeksi, konseling ASI eksklusif, masalah pemberian ASI dan pencegahan hipotermi. Kunjungan neonatal 3 pada usia 8-28 hari untuk pemeriksaan fisik, menjaga kebersihan bayi, menjaga suhu tubuh bayi, konseling pemberian ASI dan ASI eksklusif, memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir dan imunisasi. Berdasarkan kasus dan teori yang ada tidak terdapat adanya kesenjangan, kondisi bayi dalam keadaan normal, tidak ada tanda bahaya baru lahir, tidak ada tanda infeksi, kenaikan berat badan bayi pada minggu pertama dan kedua membuktikan

bahwa kebutuhan nutrisi bayi melalui ASI sudah terpenuhi dan asuhan yang diberikan telah sesuai dengan standart.

Bidan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI secara tidak terjadwal atau *on demand*. Menurut Kemenkes RI (2010), menyatakan bahwa pemberian ASI secara eksklusif selama 6 bulan merupakan salah satu perawatan yang di anjurkan pada bayi baru lahir. Sedangkan menurut Prawirohardjo (2014) pemberian ASI secara eksklusif selama 6 bulan dapat memenuhi 100% kebutuhan bayi, pada usia 6-12 bulan ASI masih merupakan makanan utama bayi karena dapat memenuhi 60-70% kebutuhan bayi dan perlu ditambah makanan pendamping ASI berupa makanan lumat sampai lunak, diatas 12 bulan ASI saja hanya memenuhi sekitar 30% kebutuhan bayi dan makan padat sudah menjadi makanan utama. Namun, ASI tetap dianjurkan sampai usia 2 tahun sesuai dengan firman Allah dalam Al-Qur'an surat Al-Baqorah:233, yang artinya "Dan ibu-ibu hendaklah menyusui anak-anaknya selama 2 tahun penuh, bagi yang ingin menyusui secara sempurna".