

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada BAB ini akan membahas hasil pengkajian selama melakukan asuhan kebidanan kehamilan usia ≥ 35 minggu, persalinan, nifas, dan neonatus pada Ny.H di PMB Evi Kusumawati Amd.Keb Surabaya. Pembahasan ini merupakan sebuah bagian dari laporan tugas akhir yang membahas tentang adanya kesenjangan antara teori yang ada dengan kasus yang nyata di lapangan yang ditemukan oleh penulis selama melakukan asuhan kebidanan *Continuity Of Care*.

4.1 Kehamilan

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pasien hamil G1P0000 Usia Kehamilan 35 minggu 5 hari di PMB Evi Kusumawati Amd.Keb Surabaya..dengan keluhan kram kaki sejak usia kehamilan 34 minggu 26 hari, yang dirasakan ibu dari paha sampai ke kaki dominan dirasakan di betis yang sering dirasakan ketika malam hari terjadi sekitar 2-3 menit. Menurut Syafrudin (2010) Kram kaki atau kejang otot kaki adalah berkontraksinya otot-otot betis atau telapak kaki yang terjadi secara tiba-tiba yang cenderung menyerang pada malam hari lamanya sekitar 1-2 menit. Berdasarkan keluhan yang dirasakan ibu telah sesuai dengan teori.Kram kaki pada kehamilan adalah masalah umum yang ditandai dengan kontraksi otot –otot kaki yang tiba-tiba, intens, menyakitkan, dan tidak disengaja pada wanita hamil yang tidak mengalami kram kaki akibat penyakit lain (hipotirodisme, sklerosis dll) yang terjadi pada pertengahan dan akhir kehamilan.

Dalam mengatasi keluhan kram kaki, ibu melakukan dengan memijat dan mengompres bagian kaki yang terasa kram dengan bantuan suami, pada kunjungan rumah pertama kram kaki sudah tidak dirasakan ibu setelah ibu rutin minum susu dan memperbanyak minum air putih, meninggikan kaki ketika tidur, merendam kaki dengan air hangat ketika terjadi kram, dan rutin olahraga di pagi hari, yang dilakukan ibu ini sesuai dengan yang diajarkan ketika pertama kali dilakukan pendampingan di PMB. Menurut Imam (2013) kram kaki dapat dikurangi dan dicegah dengan memijat otot yang kram, mandi atau merendam kaki dengan air hangat dan berjalan jalan ringan rutin setiap hari dan konsumsi makanan tinggi kalsium, Berdasarkan kasus penatalaksanaan yang dilakukan telah sesuai dengan teori. Konsumsi makanan yang tinggi kalsium akan memperkuat tulang dan persendian, memijat otot yang kram, merendam dengan air hangat dapat membantu merileksasikan otot kaki, dan olahraga ringan yang rutin dapat membuat otot kaki tidak kaku.

Selama kehamilan ibu melakukan pemeriksaan kehamilan 12 kali yaitu 1 kali di puskesmas dan 12 kali di bidan dan melakukan USG 1 kali. saat trimester pertama periksa ke bidan 4 kali, pada trimester kedua periksa ke bidan 4 kali dan ke puskesmas 1 kali dan pada trimester terakhir periksa ke bidan 4 kali. Menurut pengakuan ibu, bahwa ibu mempunyai riwayat penyakit tubercolosis sudah mendapat terapi obat dari puskesmas selama 6 bulan di tahun 2016 kemudian dilakukan tes dahak dan rotgen virus TB dinyatakan Non Reaktif. Menurut Widatiningsih (2017) kunjungan minimal ibu hamil yang telah disepakati WHO yaitu 1x pada trimester I (sebelum usia kehamilan 14 minggu), 1x pada trimester II (usia kehamilan 14-28 minggu), 2x pada trimester III (28-36 minggu dan

setelah 36 minggu). Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standart yang terdiri dari timbang berat badan dan ukur tinggi badan yang dilakukan pada pertama kali kunjungan, ukur tekanan darah, ukur lingkar lengan atas yang dilakukan pertama kali kunjungan, ukur tinggi fundus uteri, penilaian DJJ, skrining status imunisasi saat kontak pertama ibu hamil, memberikan tablet tambah darah, periksa laboratorium rutin, tatalaksana kasus dan temu wicara. Berdasarkan hasil keteraturan kunjungan *Antenatal* ibu telah sesuai dengan teori dan pemeriksaan yang dilakukan pada setiap kali kunjungan *antenatal* telah sesuai dengan standart pelayanan ANC 10T. Keteraturan kunjungan *antenatal* bertujuan untuk mendeteksi secara dini kemungkinan adanya komplikasi selama kehamilan. Pada saat dilakukan pendampingan atau kunjungan rumah ibu hamil trimester III tidak sesuai dengan standart pelayana ANC, karena tidak dilakukan timbang berat badan dan pemeriksaan DJJ tetapi jarak antara kunjungan antenatal di bidan dan kunjungan rumah hanya berselang 2 hari dan hasilnya menunjukkan positif dalam batas normal dan kenaikan berat badan telah sesuai, ibu masih merasakan gerakan janin yang aktif sehingga kesejahteraan janin dan kenaikan berat badan ibu masih terpantau. Kenaikan berat badan selama kehamilan harus dipantau, kenaikan berat badan harus sesuai dengan IMT, jika kenaikan berat badan tidak sesuai akan menyebabkan kesulotan dalam persalinan yaitu jika kenaikan berat badan berlebih bisa terjadi makrosomia, jika kenaikan berat bdan kurang bisa menyebabkan BBLR, retensio plasenta dll. Pemantauan Djj sangat diperlukan untuk memantau kesejahteraan janin di dalam rahim, jika nilai Djj $>160x$ /menit

janin dikatakan stres dan bisa mengeluarkan mekonium yang menyebabkan air ketuban menyebabkan hipoksia janin. Jika DJJ <160xmenit

Berdasarkan hasil pemeriksaa didapatkan IMT ibu sebesar 16,44, pada trimester I terjadi penurunan berat badan dari awal periksa berat badan ibu 37 kg pada akhir trimester I menjadi 34 kg, sempat mengalami kenaikan kemudian turun secara signifikan, pada trimester II mengalami kenaikan 6 kg dan pada trimester III mengalami kenaikan 8 kg, total kenaikan berat badan ibu sampai akhir trimester III adalah 14 kg. Berdasarkan klasifikasi *Indeks Massa Tubuh* menurut WHO, jika IMT <18,50 dikatakan *Underweight*. Berdasarkan ambang batas IMT untuk wanita indonesia menurut Departemen Kesehatan yaitu dikatakan kurus jika <17, dikatakan normal jika IMT 17-23. Rekomendasi kenaikan berat badan ibu hamil pada dengan IMT rendah adalah 12,5 kg -18 kg di akhir trimester III (Widatiningsih dan Christin, 2017). Berdasarkan hasil pemeriksaan IMT ibu dikategorikan *Underweight* dan beresiko KEK, tetapi kenaikan berat badan ibu selama hamil telah sesuai dengan rekomendasi kenaikan berat badan berdasarkan IMT, sehingga resiko atau komplikasi yang ditimbulkan akibat KEK seperti BBLR, retensio plasenta, perdarahan saat persalinan dll, dapat dihindari dengan memenuhi kebutuhan nutrisi yang seimbang untuk ketercapaian kenaikan berat badan yang sesuai.

Berdasarkan pengukuran LILA ibu pada pertama pemeriksaan kehamilan didapatkan hasil 16 cm. Ambang batas LILA adalah 23,5-28,5 cm, apabila ukuran LILA <23,5 cm atau dibagian merah pita LILA artinya wanita tersebut memiliki resiko KEK dan diperkirakan akan melahirkan BBLR (Arisman, 2007). Dari hasil pemeriksaan ukuran LILA ibu termasuk dalam kategori KEK. Pengukuran LILA

menggambarkan tumbuh kembang jaringan lemak dan otot yang tidak berpengaruh oleh banyaknya cairan tubuh, pengukuran ini berguna untuk skrining malnutrisi protein dan status gizi ibu hamil.

Kurang energi kronis atau KEK merupakan keadaan dimana ibu menderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) yang mengakibatkan timbulnya kesehatan pada ibu secara relative (Helena, 2013). KEK disebabkan oleh zat gizi yang dikonsumsi kurang, mutunya rendah, dan zat gizi gagal diserap tubuh (Helena, 2013). Jenis antropometri yang digunakan untuk mengukur resiko KEK pada ibu hamil atau wanita usia subur adalah lingkaran lengan atas (LILA) ambang batas LILA adalah 23,5 cm, dan apabila kurang artinya mempunyai resiko KEK dan diperkirakan akan melahirkan BBLR (Arisman, 2009). Status gizi ibu hamil juga dapat dilihat *Indekx Masa Tubuh* (IMT), ibu hamil dengan berat badan dibawah normal akan melahirkan BBLR dan menimbulkan abnormalitas kehamilan. Tafsiran berat janin ibu diakhir kehamilan ialah 2790 gram, sesuai tafsiran berat janin tidak termasuk dalam kategori BBLR dan selama kehamilan ibu tidak ada komplikasi.

Dari hasil pengukuran tinggi fundus uteri ibu pada usia kehamilan 35 minggu 1 hari didapatkan hasil 27 cm, kemudian pada diukur kembali pada usia kehamilan 37 minggu 3 hari dengan hasil 28 cm, dan pada usia kehamilan 38 minggu 4 hari ukuran tinggi fundus uteri ibu naik menjadi 29 cm. Ukuran tinggi fundus uteri menurut Leopold pada usia kehamilan 34-36 minggu adalah 31-32 cm diatas simfisis, sedangkan pada usia kehamilan 36-38 minggu ukuran tinggi fundus uteri 32-33 cm diatas simfisis dan pada usia kehamilan 38-40 minggu ukuran tinggi fundus uterinya adalah 33-37 cm (Sari, Anggita dkk, 2015). Hasil

pengukuran tinggi fundus uteri ibu menunjukkan ketidaksesuaian dengan ukuran tinggi fundus uteri menurut Leopold, dimana ukuran tinggi fundus uteri ibu lebih kecil jika dilihat dari usia kehamilan ibu. Hal ini dipengaruhi oleh kenaikan berat badan ibu selama hamil dan perbedaan kecepatan pertumbuhan janin yang disebabkan oleh asupan nutrisi ibu selama hamil. Pada usia kehamilan 35-38 minggu ukuran tinggi fundus uteri ibu mengalami kenaikan 3 cm, sedangkan menurut Prawirohardjo (2014), pada usia kehamilan 36 minggu bagian terbawah janin akan terdorong memasuki segmen bawah rahim memasuki pelvis minor/panggul (*Engagement*) yang diikuti oleh penurunan fundus uteri. Kenaikan ukuran tinggi fundus uteri ibu pada usia kehamilan 36-38 minggu menunjukkan ketidaksesuaian dengan teori yang ada, dikarenakan ketika kepala sudah memasuki segmen bawah rahim ukuran tinggi fundus uteri berkurang atau tetap sama, akan tetapi hal tersebut tidak terjadi pada pemeriksaan TFU ibu, meskipun kepala sudah memasuki segmen bawah rahim tetapi masih diikuti dengan pertumbuhan dan perkembangan janin yang masih berlangsung pada kehamilan trimester III.

4.2. Persalinan

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 16 Desember 2017 pukul 07.00 WIB Ibu datang ke PMB Evi Kusumawati mengeluh kenceng-kenceng yang semakin sering, kenceng-kenceng dirasakan sejak pukul 02.00 WIB dan pada pukul 05.00 WIB keluar lendir bercampur darah dan ibu tidak merasakan adanya rembesan air ketuban. Ketika persalinan sudah dekat akan terjadi his Persalinan yang teratur His persalinan menyebabkan rasa nyeri di perut, keluar lendir bercampur darah karena adanya pembukaan serviks, dan pengeluaran darah dari robeknya

pembuluh darah waktu serviks membuka, His yang semakin teratur ini menyebabkan *Dilatasi* dan *Effacement* (Mutmainnah dkk, 2017). Berdasarkan kasus dengan teori, keluhan yang dirasakan ibu menandakan bahwa ibu sudah mengalami tanda-tanda timbulnya persalinan dan persalinan akan segera berlangsung.

Pada kala I fase laten berlangsung selama 4 jam, dan pada fase aktif berlangsung 3 jam 45 menit. Menurut JNPKR (2017) fase laten berlangsung 6-8 jam dan pada fase aktif rata-rata kecepatan pembukaan 1 cm/jam sehingga ± 6 jam pada primigravida. Berdasarkan hasil pemeriksaan dan teori tidak sesuai, pada kasus nyata pembukaan serviks lebih cepat dikarenakan beberapa faktor yaitu His yang adekuat dan ada kepercayaan di kalangan masyarakat untuk memberikan air bekas cucian kaki ibunya, rumput fatimah dan air dari orang pintar.

Pada kala II dimulai dari pembukaan lengkap hingga lahirnya bayi berlangsung 21 menit, diberikan asuhan sayang ibu dengan membimbing ibu untuk melakukan teknik relaksasi yang benar, cara meneran yang benar, memberikan makan dan minum disela his, mengajurkan suami atau keluarga untuk mendampingi, setelah sudah ada tanda gejala persalinan kala II, ibu dipimpin untuk meneran dan 16 menit kemudian bayi lahir spontan kepala perempuan, menangis kuat, tonus otot baik langsung dikeringkan. Menurut Mutmainnah dkk (2017) persalinan kala II dimulai dari pembukaan serviks 10 cm hingga lahirnya bayi, proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Kondisi nyata dan teori pada kala II tidak sesuai pada lama persalinan, hal ini terjadi karena his adekuat, dan antara *passanger*, *passage* dan *power* telah sesuai sehingga persalinan terjadi lebih cepat.

Pada kala III dilakukan penatalaksanaan manajemen aktif kala III dan 5 menit kemudian plasenta lahir spontan lengkap bagian fetal-maternal, selaput dapat disatukan, jumlah kotiledon ± 20 cm, insersi tali pusat sentralis, panjang tali pusat ± 18 cm dan jumlah perdarahan ± 200 cc. Segera setelah plasenta lahir diikuti dengan adanya semburan darah yang cukup banyak sampai ± 200 cc. Menurut JNPKR (2017) kala III dimulai dari lahirnya bayi berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput berlangsung selama ± 15 menit. Berdasarkan kasus dan teori ditemukan ketidaksesuaian, dimana plasenta lahir lebih cepat pada kasus dan terjadi perdarahan 200 cc, tetapi jika dalam teori dikatakan perdarahan jika > 500 cc, padahal jika melihat kondisi langsung di lahan jumlah darah ± 200 cc sudah menunjukkan suatu keadaan yang berbahaya dan memerlukan tindakan segera.

Pada kala IV dilakukan observasi 2 jam postpartum yaitu setiap 15 menit pada 1 jam pertama, dan setiap 30 menit 1 jam kedua bertujuan untuk memantau tanda-tanda vital, kontraksi uterus, volume kandung kemih, jumlah perdarahan dan mendokumentasikannya ke lembar partograf. Menurut JNPKR (2017) selama 2 jam pertama pasca persalinan sangat penting untuk memantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus uteri, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua. Berdasarkan tindakan yang dilakukan dan teori telah sesuai, pemantauan kala IV sangat penting dilakukan karena kematian ibu akibat perdarahan pascapersalinan terjadi dalam 4 jam pertama setelah kelahiran bayi.

Pada 1 jam pertama kala IV ibu diberikan vitamin A 200.000 IU bersama dengan multivitamin yang segera diminum oleh ibu setelah makan. WHO

merekomendasikan pemberian vitamin A 200.000 IU sebanyak 2 kali dalam selang waktu 24 jam pada ibu pascapersalinan untuk memperbaiki kadar vitamin A pada ASI dan mencegah terjadinya lecet puting susu serta dapat meningkatkan daya tahan tubuh ibu terhadap infeksi perlukaan/laserasi selama persalinan (JNPKR, 2017). Asuhan yang diberikan tentang pemberian vitamin A telah sesuai dengan teori, vitamin A memiliki peranan penting dalam sistem pengelihan, pertumbuhan, perkembangan fisik serta fungsi imunitas, defisiensi vitamin A dapat meningkatkan resiko buta senja dan sejumlah gangguan pengelihan lainnya.

Dilakukan asuhan bayi baru lahir yaitu setelah 1 jam IMD dilakukan timbang berat badan, ukur panjang badan, jaga kehangatan bayi, Memberikan salep mata tetrasiklin 1% pada kedua mata, disuntikkan vitamin K1 1 Mg *intramuskular*, di paha kiri *anterolateral* 1 jam setelah bayi kontak kulit dengan ibu untuk mencegah perdarahan BBL akibat desifiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL dan diberikan imunisasi Hepatitis B 0,5 ml intramuskuler di paha kanan *anterolateral* kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin A dan bisa diberikan 2-12 jam, pemberian imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B pada bayi terutama jalur penularan lewat ibu. Pada penatalaksanaan diatas telah sesuai dengan langkah APN, vitamin K sangat diperlukan oleh bayi supaya tidak terjadi perdarah di otak, dan pemberian imuniasai HB0 1-2 hari setelah lahir untuk deteksi dini infeksi virus penyebab hepatitis B karena bayi baru lahir kekebalan tubuhnya masih rentan.

4.3 Nifas

Pada 6 jam pertama masa nifas keluhan ibu adalah perutnya masih terasa mulas dan timbul rasa nyeri pada sekitar pinggul, bahu, leher, dan lengan. Diberikan KIE penyebab dari keluhan yang dirasakan ibu dan mengajarkan ibu untuk mobilisasi dini dan mengompres hangat serta massase lembut untuk memberikan rasa nyaman dan rileks. Menurut Handayani dan Esti (2016) rasa nyeri pada pinggul terjadi karena penurunan hormon relaksin yang menyebabkan ligamen dan tulang rawan pelvis kembali ke posisi tidak hamil dan pada dinding abdomen yang meregang saat kehamilan terjadi pemisahan otot rektus dan abdomen (*diastasis rekti*) dan akan mengalami kelelahan pada otot bahu, leher, dan lengan akibat dari proses persalinan yang akan berlangsung 1-2 hari pertama. Keluhan yang dirasakan ibu merupakan hal yang fisiologis dan telah sesuai dengan teori perubahan fisik dan adaptasi fisiologis masa nifas pada sistim *muskuluskeletal* dan asuhan yang diberikan telah sesuai, mobilisasi dini sangat dibutuhkan untuk melemaskan otot –otot yang kaku.

Hasil pemeriksaan TFU ibu saat 6 jam masa nifas yaitu 2 jari dibawah pusat. Menurut Maritalia (2017) pada pemeriksaan fisik yang dilakukan secara palpasi didapat bahwa tinggi fundus uteri akan berada setinggi pusat segera setelah janin lahir, sekitar 2 jari dibawah pusat setelah plasenta lahir. Hasil pemeriksaan TFU telah sesuai dengan teori yang hal ini terjadi karena terjadi reorganisasi, dan pengeluaran decidua dan eksfoliasi tempat perlekatan plasenta sehingga terjadi penurunan ukuran dan bentuk uterus.

Pada pemeriksaan genitalia keluar *lokhea rubra* dengan bentuk darah segar, bercampur lendir dan sisa selaput ketuban dan tampak ada sisa mekonium

dari vagina. Menurut Maritalia (2017) vagina merupakan tempat keluarnya lokhea yang dikeluarkan dari cavum uteri yang karakteristiknya berbeda dari hari ke hari disesuaikan dengan perubahan pada dinding uterus dan sebagai akibat dari penurunan kadar hormone esterogen dan progesteron, *lokhea* yang dikeluarkan pada hari ke 1-2 dinamakan lokhea rubra yang terdiri dari darah segar bercampur, sisa-sisa selaput ketuban, sel desidua, sisa-sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekonium. Berdasarkan hasil pemeriksaan dan teori telah sesuai bahwa pada hari ke 1-2 vagina mengeluarkan darah nifas yang dinamakan *lokhea rubra*, jika pengeluaran lokhea ini disertai dengan bau yang tidak enak, dan menyengat perlu diwaspadai adanya tanda-tanda infeksi masa nifas.

Kunjungan nifas ke-2 dilakukan pada hari ke-2 nifas di PMB, didapatkan hasil pemeriksaan ibu dan bayi dalam kondisi baik. Dilakukan pemeriksaan fisik terfokus mulai dari payudara didapatkan hasil tidak ada benjolan abnormal, tidak ada bendungan ASI, ASI keluar di kedua payudara ibu, pemeriksaan abdomen didapatkan TFU di pertengahan pusat dan syimpisis, pemeriksaan genitalia didapatkan keluar lokhea rubra dari vagina. Menurut Maritalia (2017) tinggi fundus uteri pertengahan pusat dan simfisis pada hari ke-5. Berdasarkan hasil pemeriksaan dan teori tidak sesuai, penurunan tinggi fundus uteri lebih cepat dibandingkan dengan teori yang ada, hal ini dikarenakan kontraksi uterus baik sehingga proses involusi uterus terjadi dengan cepat.

Berdasarkan program nasional masa nifas kunjungan nifas dilakukan pada 6-8 jam setelah bayi lahir, 6 hari setelah melahirkan, 2 minggu setelah melahirkan dan 2 minggu setelah melahirkan. Kunjungan yang dilakukan tidak sesuai dengan program tersebut. Hanya dilakukan kunjungan pada 6 jam pertama masa nifas,

dan kunjungan ulang pada 2 hari masa nifas. Hal ini dikarenakan pada hari ke -3 ibu memutuskan untuk pulang ke madura dengan alasan ibu ingin dekat dengan kedua orang tuanya. Masa nifas ibu tetap dalam pemantauan dan pendampingan melalui komunikasi via telfon dan media sosial lain. Selama di madura mulai dari nifas 2 hari sampai nifas 6 minggu ibu melakukan kontrol nifas ke bidan sebanyak 2 kali, 1 kali pada minggu ke-1 setelah tali pusat bayi terlepas dan kontrol kedua pada minggu ke-6 untuk imunisasi BCG. Selama masa nifas ibu tidak mengalami keluhan, nafsu makannya meningkat dan ibu mengatakan dia merasa senang menjalani perannya sebagai ibu dan ibu sampai minggu ke-6 masa nifas tetap memberikan ASI eksklusif.

4.4 Neonatus

Kunjungan neonatus 6 jam pertama, didapatkan bayi sudah buang air kecil, jumlah urin tidak bisa diukur dikarenakan memakai pampres, serta bayi sudah buang air besar berwarna hijau kehitam hitaman. Menurut Maternity (2018) neonatus harus buang air kecil dalam 48-72 jam setelah lahir dengan jumlah urin sekitar 20-30 ml/hari dan mekonium yang ada dalam usus besar akan segera dikeluarkan dalam waktu 24 jam, feses yang pertama berwarna hijau kehitam-hitaman, keras, dan mengandung empedu. BAK lebih cepat dari teori, tetapi seharusnya bayi baru lahir tidak langsung dipakaikan pampers melainkan popok kain supaya frekuensi dan volume BAK dapat terukur. BAB bayi telah sesuai dengan teori, Beberapa jam setelah bayi bayi lahir mengeluarkan mekonium dikarenakan pengosongn makanan pada lambung bayi terjadi 24 jam setelah diberikan ASI, dan ASI diberikan segera setelah lahir melalui IMD.

Berdasarkan hasil pemeriksaan pada 6 jam postpartum didapatkan tali pusat masih basah, pada hari ke-2 tali pusat masih sedikit basah, tidak menunjukkan adanya infeksi, pada usia 6 hari tali pusat terlepas sendiri. Normalnya tali pusat berwarna putih kebiruan pada hari pertama, mulai kering dan mengkerut/mengecil dan akhirnya lepas setelah 7-8 hari (Nur, 2010). Berdasarkan hasil pemeriksaan dan teori tidak sesuai dimana tali pusat lebih cepat lepas daripada teori yang sudah ada, hal ini bisa karena cara perawatan tali pusat yang benar sehingga tidak ada tanda-tanda infeksi dan asupan nutrisi bayi terpenuhi sehingga mempercepat pelepasan tali pusat.

Berat neonatus saat lahir adalah 2800 gram. Bayi sangat aktif menyusu dan ibu sudah berkomitmen untuk ASI eksklusif, pada saat kontrol ulang ke bidan di madura pada 1 minggu setelah lahir berat badan bayi menjadi 3000 gram. Kemudian kontrol ke bidan pada umur 6 minggu berat badan bayi naik secara signifikan menjadi 4200 gram. Berdasarkan kenaikan berat badan minimal pada kartu menuju sehat (KMS) pada neonatus umur 1 bulan kenaikan berat badan minimalnya adalah 800 gram, pada usia 2 bulan 900 gram (Kemenkes RI, 2017). Penambahan berat badan bayi telah sesuai dengan kartu menuju sehat (KMS) yang telah dijadikan pedoman kenaikan berat badan bayi seluruh indonesia.

Berdasarkan hasil pengamatan dan anamnesis bayi aktif menyusu, ketika selesai menyusu, bayi langsung tertidur pulas serta bayi jarang rewel atau menangis dengan durasi lama. ASI ibu keluar lancar dari kedua payudara, ibu berkomitmen untuk memberikan ASI eksklusif. ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja sejak bayi dilahirkan sampai usia 6 bulan. Pada satu kali menyusu, terdapat 2 macam ASI yang diproduksi yaitu foremilk yang berwarna kuning,

mengandung protein, laktosa, vitamin, mineral dan sedikit lemak, berfungsi untuk memenuhi kebutuhan cairan dan Handmilk berwarna lebih putih mengandung lemak 4-5 kali lebih banyak, berfungsi untuk membuat bayi lebih kenyang (Sukma, 2017). Aktivitas bayi menyusui yang aktif dan bayi menjadi tenang dan langsung tertidur pulas karena bayi mendapatkan manfaat ASI secara maksimal yaitu mendapat foremilk dan handmilk sekaligus.

Kunjungan neonatus dilakukan 2 kali kunjungan yaitu kunjungan pertama dilakukan pada saat 6 jam setelah bayi lahir dan kunjungan kedua dilakukan pada neonatus hari ke-2 di PMB. Pada kasus ini tidak dilakukan kunjungan neonatal ke rumah pemantauan dan pendampingan neonatal berikutnya dilakukan via telfon dan Whatsapp. Kunjungan nonatal dilakuan pada 1-24 jam setelah bayi lahir, 2-6 hari setelah bayi lahir, dan pada 6 minggu pertama bayi lahir (Maternity dkk, 2018). Berdasarkan kunjungan neonatal yang dilakukan tidak sesuai dengan kunjungan neonatal yang ditentukan berdasarkan teori hal ini dikarenakan bayi dan ibu pada hari ke -3 setelah persalinan pulang ke madura, tetapi meskipun demikian bayi tetap dalam pemantauan tenaga kesehatan dan ibu sangat kooperatif ketika diberikan KIE serta mempunyai kesadaran untuk memeriksakan bayinya ke tenaga kesehatan di madura.