

LAPORAN STUDI KASUS

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI DENGAN PNEUMOTORAKS

DI RUANG KENANGA RSUD Prof. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG

TANGGAL 03 S/D 08 JULI TAHUN 2017



IRMA SUMARNA LETTE

NIM : 142 111 054

SEKOLAH TINGGI KESEHATAN CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

2017

LAPORAN STUDI KASUS

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI DENGAN PNEUMOTORAKS

DI RUANG KENANGA RSUD Prof. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG

TANGGAL 03 S/D 08 JULI TAHUN 2017

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu

Persyaratan Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan



IRMA SUMARNA LETTE

NIM : 142 111 054

SEKOLAH TINGGI KESEHATAN CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

2017

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Pada Bayi Dengan Pneumotoraks di Ruang Kenanga RSUD Prof. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain, untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, 21 Agustus 2017



Irma Sumarna Lette

142 111 054

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah Ini dengan judul "**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI DENGAN PNEUMOTORAKS DI RUANG KENANGA RSUD PROF. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG**", untuk diajukan dalam seminar Karya Tulis Ilmiah Mahasiswi IRMA SUMARNA LETTE, NIM: 142 111 054 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Kupang, 2 Agustus 2017

Menyetujui,

Pembimbing I

Ummu Zakiah, SST, M.Keb

Pembimbing II

Yohana F. L. Ladjar, SST

Mengetahui

**Ketua
STIKes CHM-Kupang**



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

**Ketua
Program Studi D III Kebidanan
STIKes CHM-Kupang**

Ummu Zakiah, SST, M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI DENGAN PNEUMOTORAKS DI RUANG KENANGA RSUD PROF. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG”** telah disetujui dan diajukan dalam seminar Karya Tulis Ilmiah Mahasiswi IRMA SUMARNA LETTE, NIM: 142 111 054 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

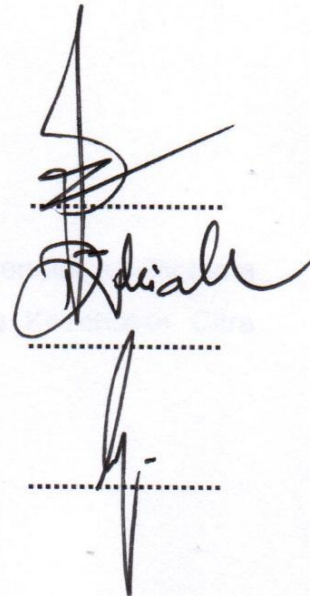
Kupang, 2 Agustus 2017

Panitia Penguji

Ketua : Florentianus Tat, S.Kp, M.Kes

Anggota : 1. Ummu Zakiah, SST, M.Keb


2. Yohana F. L. Ladjar, SST



Handwritten signatures of the review panel members, including the chair and two members, positioned to the right of their respective names.

Mengetahui

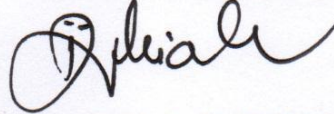
Ketua
STIKes CHM-Kupang



Official stamp of STIKes CHM-Kupang, featuring a circular logo with a cross and the text 'CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG' and 'STIKES CHM-KUPANG'.

drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua
Program Studi D III Kebidana
STIKes CHM-Kupang



Handwritten signature of Ummu Zakiah, SST, M.Ke

Ummu Zakiah, SST, M.Ke

BIODATA PENULIS

Nama : Irma Sumarna Lette

Tempat Tanggal Lahir : Besmarak, 19 Februari 1996

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Jln. HR. Koroh. KM 15 Desa Besmarak.

Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 2002 : SD Gmit Biupu
2. Tahun 2008 : SMP Negeri 2 Nekamese
3. Tahun 2011 : SMA Negeri 1 Nekamese
4. Tahun 2014-2017 : Sedang menyelesaikan pendidikan Diploma III di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang.

MOTTO

Yesaya 60:1

Bangkitlah, menjadi teranglah, sebab terangmu datang, dan kemuliaan TUHAN
terbit atasm.

Hagai 1:13

Maka berkatalah Hagai, utusan TUHAN itu, menurut pesan TUHAN kepada bangsa
itu, demikian: "AKU ini menyertai kamu, demikianlah firman TUHAN."

Ibrani12:12

Sebab itu kuatkanlah tangan yang lemah dan lutut yang goyah;

ABSTRAK

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Citra Husada Mandiri Kupang
Jurusan Kebidanan Kupang
Study Kasus, Agustus 2017

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI DENGAN PNEUMOTORAKS DI RUANG KENANGA
RSUD Prof. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 03 JULI S/D 08 JULI TAHUN
2017.

Latar belakang: Pneumotoraks adalah kondisi adanya udara di rongga pleura. Penyebabnya bisa terjadi secara spontan, karena trauma benda tumpul, benda tajam atau karena benturan pada daerah dada, dan bisa terjadi karena komplikasi dari penyakit paru yang mendahuluinya.

Tujuan: Dapat menerapkan Asuhan Kebidanan pada pasien bayi dengan pneumotoraks dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan Varney sehingga dapat menambah pengetahuan dan keterampilan di Ruang Kenanga Rsud Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

Metode penelitian: Populasi pada penelitian ini adalah anak sakit dan sampel pada penelitian ini adalah bayi dengan pneumotoraks di Ruang Kenanga Rsud Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

Kesimpulan: Berdasarkan hasil asuhan yang diberikan pada bayi dengan pneumotoraks, telah diterapkan asuhan kebidanan dengan menggunakan pendekatan manajemen varney yaitu pengkajian, analisa masalah dan diagnosa, antisipasi masalah potensial, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Kata Kunci: Bayi dengan Pneumotoraks.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas anugerah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Pneumotoraks Pada Bayi”. Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Ummu Zakiah, SST, M. Keb selaku Ketua Prodi Kebidanan dan pembimbing I yang dengan setia, sabar dan meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis serta memberikan masukan demi kesempurnaan karya tulis ini.
2. Ibu Yohana F. Ladjar, SST selaku dosen Wali Kelas dan pembimbing II yang dengan setia dan sabar telah meluangkan waktu, membimbing dan memberikan motivasi dalam menyelesaikan karya tulis ini.
3. Bapak drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini ini.
4. Ny. K. D. T dan keluarga atas kesediaan selaku responden atas pengambilan Laporan Tugas Akhir.
5. Dosen-dosen Prodi kebidanan dan staf STIKes CHMK yang telah mendukung dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
6. Ayah dan ibu tercinta, Papa Nerujuanus Z.A. Lette dan Mama Ruth S. Lette, serta kakakku tersayang Leslye Lette sudah banyak memberi masukan dan kekuatan dan adik-adikku Juan dan Chika. Perjuangan dan doa kalian membuatku mampu berdiri tegak hingga saat ini.
7. Keluarga Zion Breakthrough City: Mom Ros, sebagai pemimpin Rohani dan saudara-saudara rohani yang memberikan semangat dan doa.
8. Kakak Yupiter O. Leobisa, terima kasih buat doa, dan motivasinya.
9. Pdt. B.K Kapitan sekeluarga, Ibu Debora Kapitan sekeluarga, Bapak Marten Nenobesi sekeluarga, keluarga Abjena dan seluruh keluarga

yang tak dapat penulis sebutkan namanya satu per satu. Terima kasih atas doa dan dukungannya bagi penulis.

10. Kakak Gidalti Taebenu dan Frida Sinlae yang selalu memberi semangat dan doa, untuk saling menguatkan.

Semoga Tuhan Yesus membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan. Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca.

Kupang, Agustus 2017

Penulis

DAFTAR ISI

Judul	Halaman
Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam.....	ii
Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan Pembimbing.....	iv
Lembar Pengesahan Tim Penguji.....	v
Biodata Penulis.....	vi
Moto.....	vii
Abstrak.....	viii
Kata Pengantar.....	ix
Daftar Isi.....	xi
Daftar Lampiran.....	xiii
Daftar Singkatan.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Umum.....	3
1.4 Tujuan Khusus.....	3
1.5 Manfaat Penulisan.....	3
1.5.1 Secara Teoritis.....	3
1.5.2 Secara Praktis.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Tinjauan Teori.....	5
2.1.1 Deskripsi Pneumotoraks.....	5
2.1.2 Patogenesis Pneumotoraks.....	5
2.1.3 Etiologi Pneumotoraks.....	6
2.1.4 Tanda dan Gejala Pneumotoraks.....	7
2.1.5 Klasifikasi Pneumotoraks.....	7
2.1.6 Penilaian Klinis Pneumotoraks.....	10
2.1.7 Komplikasi Pneumotoraks.....	11
2.1.8 Penatalaksanaan Pneumotoraks.....	11

2.2 Asuhan Kebidanan Dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan Pada Bayi Dengan Pneumotoraks.....	13
2.2.1 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan.....	13
2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan.....	14
BAB III METODELOGI PENELITIAN.....	21
3.1 Desain Penelitian.....	21
3.2 Kerangka Kerja.....	21
3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	23
3.4 Populasi dan Sampel.....	23
3.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	24
3.6 Etika Penelitian.....	25
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	27
4.1 Hasil Penelitian.....	27
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	27
4.1.2 Hasil Penelitian Studi Kasus.....	28
4.1.3 Pembahasan.....	31
BAB V PENUTUP.....	36
5.1 Simpulan.....	36
5.2 Saran.....	36
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Surat Pengantar Pengambilan Data Awal/ Studi Kasus di Ruang Kenanga dan Instalasi Rekam Medik RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang

Surat Keterangan Selesai Studi Kasus di Ruang Kenanga dan Instalasi Rekam Medik RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang

Asuhan Kebidanan Pada Bayi dengan Pneumotoraks di Ruang Kenanga RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang

Catatan Perkembangan

Lembar Bukti Konsultasi KTI dengan Pembimbing I

Lembar Bukti Konsultasi KTI dengan Pembimbing II

Lembar Bukti Konsultasi revisi KTI dengan Penguji I

Lembar Bukti Konsultasi revisi KTI dengan Penguji II

Lembar Bukti Konsultasi revisi KTI dengan Penguji III

DAFTAR SINGKATAN

ANC	: Antenatal Care
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BPF	: Bronchopleural fistula
C	: Selsius
cm	: Senti meter
CPAP	: Continuous Positive Airway Pressure
D5	: Dextrose 5%
Depkes	: Depertemen Kesehatan
ICU	: Intensive care unit
IPPV	: Intermittent Positive Pressure Ventilation
IRT	: Ibu Rumah Tangga
ISPA	: Infeksi Saluran Pernapasan
Kg	: Kilo gram
KU	: Keadaan Umum
ML	: Mililiter
N	: Nadi
Nacl	: Natrium Klorida
NICU	: Neonatal Intensive Care Uni

NS	: Normal Saline
O2	: Oksigen
PPOK	: Penyakit Paru Obstruktif Kronis
PSP	: Pneumotoraks Spontan Primer
PSS	: Pneumotoraks Spontan Sekunder
RI	: Republik Indonesia
RR	: Pernapasan
S	: Suhu
SF	: Sulfas Ferrosus
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SP	: Pneumotoraks Sekunder
TT	: Tetanus Toksoid
TTV	: Tanda-tanda Vital
WSD	: Water Seal Drainase

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pneumotoraks adalah kondisi adanya udara di rongga pleura. Kondisi ini relatif umum dan dapat terjadi dalam berbagai penyakit dan pada individu dari segala usia. Pneumotoraks ditandai dengan dispnea dan nyeri dada yang berasal dari paru-paru maupun dinding dada yang disebabkan oleh adanya udara pada rongga pleura yang diikuti pecahnya bula. Pneumotoraks dapat dibagi menjadi Pneumotoraks Spontan Primer (PSP) dan Pneumotoraks Spontan Sekunder (PSS), serta traumatik dan iatrogenik. Pneumothoraks spontan adalah keadaan terdapatnya udara atau gas dalam rongga pleura yang dapat menyebabkan paru kolaps baik total maupun sebagian tanpa didahului adanya trauma sebelumnya. Disebut Pneumothoraks Spontan Primer (PSP) jika tidak terdapat latar belakang penyakit paru yang mendasari dan disebut Pneumothoraks Spontan Sekunder (PSS) bila terdapat latar belakang penyakit paru yang mendasari (Aulia, 2015).

Pneumotoraks spontan merupakan jenis pneumotoraks yang paling banyak ditemukan dengan kecenderungan semakin meningkat dan merupakan kegawatdaruratan paru. Angka kejadian *primary spontaneous pneumotoraks* (PSP) di Inggris adalah 24 per 100.000 penduduk untuk laki-laki dan 9,8 per 100.000 penduduk per tahun untuk perempuan. Kasus PSP di Amerika 7,4/100.000 per tahun untuk laki-laki dan 1,2/100.000 per tahun untuk perempuan sedangkan insiden PSS dilaporkan 6,3/100.000 untuk laki-laki dan 2/100.000 untuk perempuan. Sedangkan penelitian di Pakistan didapatkan kasus Pneumotoraks pada laki-laki sebanyak 63,58 % dan perempuan sebanyak 36,42%, sesuai penelitian didapatkan kasus pneumotoraks laki-laki 64,10% dan perempuan 35,90% dengan rerata 49 tahun pada penelitian Khan (Aulia, 2015).

Kejadian Pneumotoraks di Indonesia sulit diketahui karena episodenya banyak yang tidak diketahui, terjadi spontan dan tiba-tiba (Aulia, 2015). Pneumotoraks yang tidak bergejala, diperkirakan terjadi pada 1-2 % dari semua bayi baru lahir. Pneumotoraks lebih lazim

terjadi pada laki-laki daripada perempuan, dan pada bayi cukup bulan dan bayi lewat bulan dari pada bayi prematur. Insidennya bertambah pada bayi-bayi dengan penyakit paru, seperti aspirasi mekonium dan penyakit membran hialin; pada mereka yang menerima resusitasi kuat atau yang sedang mendapat bantuan ventilasi, terutama jika tekanan inspirasi tinggi atau bila menggunakan tekanan akhir ekspirasi yang ditingkatkan terus menerus (Behrman, 2000). Dampak pneumotoraks pada bayi adalah bayi mengalami kesulitan bernapas dan mengganggu peredaran darah di rongga dada. Pada keadaan ini, udara di sekeliling paru-paru harus segera dikeluarkan dengan bantuan sebuah jarum atau selang (Anonim, 2012).

Pada kejadian pneumotoraks bidan perlu menerapkan manajemen asuhan kebidanan yang meliputi: 1) pengumpulan data dasar. Pengumpulan data dasar dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital, dan pemeriksaan penunjang; 2) Interpretasi data dasar. Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap masalah atau menegakkan diagnosa berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan pada pengumpulan data dasar; 3) Identifikasi diagnosis dan antisipasi penangganya. Pada langkah ini bidan akan mengidentifikasi masalah potensial yang sudah diidentifikasi; 4) Menetapkan kebutuhan tindakan segera dan kolaborasi. Pada langkah ini bidan dituntut untuk melakukan identifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan, atau ditangani bersama oleh tim kesehatan; 5) Rencana asuhan. Pada langkah ini bidan harus merencanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya; 6) Pelaksanaan asuhan. Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien; 7) Evaluasi. Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam diagnosa dan masalah (Kemenkes) .

Data yang diperoleh di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang periode Januari 2016 s/d Juni 2017 jumlah pasien bayi

dengan masalah gangguan pernapasan hanya terdapat 2 kasus dengan angka kematian 0 dan salah satu masalah gangguan pernapasan adalah pneumotoraks. Pada kasus bayi Ny. K. D. T ditemukan saat pengkajian bahwa bayinya mengalami sesak napas.

Berdasarkan data di atas, maka penulis tertarik untuk membahas masalah pada anak dengan Pneumotoraks.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka dirumuskan masalah yaitu “Bagaimana Asuhan Kebidanan dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan pada Bayi dengan Pneumotoraks?”

1.3 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Kebidanan dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan pada Bayi dengan Pneumotoraks.

1.4 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian dan pengumpulan data pada bayi dengan Pneumotoraks
2. Menentukan interpretasi data dasar pada bayi dengan Pneumotoraks
3. Mengidentifikasi masalah potensial pada bayi dengan Pneumotoraks
4. Mengantisipasi tindakan bila perlu pada bayi dengan Pneumotoraks
5. Melaksanakan perencanaan asuhan secara menyeluruh pada bayi dengan Pneumotoraks
6. Melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana pada bayi dengan Pneumotoraks
7. Melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan pada bayi dengan pneumotoraks.

1.5 Manfaat Penulisan

1.5.1 Secara Teori

Hasil penulisan dapat digunakan untuk mengidentifikasi kasus pada bayi dengan pneumotoraks.

1.5.2 Secara Praktis

1. Bagi tenaga kesehatan
Hasil penulisan dapat dijadikan sebagai pedoman oleh bidan dan perawat dalam memberikan asuhan kebidanan pada bayi dengan pneumotoraks.
2. Bagi Institusi
 - a. Pendidikan
Dapat dijadikan sebagai referensi perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang.
 - b. Rumah Sakit
Hasil penulisan dapat dijadikan sebagai evaluasi pelayanan pasien bayi dengan pneumotoraks.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori

2.1.1 Deskripsi Pneumotoraks

Pneumotoraks adalah adanya udara yang terdapat antara pleura visceralis dan cavum pleura. Pneumotoraks dapat terjadi secara spontan atau karena trauma. Pada kondisi normal, rongga pleura tidak terisi udara sehingga paru-paru dapat leluasa mengembang terhadap rongga dada. Udara dalam kavum pleura ini dapat ditimbulkan oleh karena adanya robekan pleura visceralis sehingga saat inspirasi udara yang berasal dari alveolus akan memasuki kavum pleura. Pneumotoraks jenis ini disebut sebagai *closed pneumotorax*. Apabila kebocoran pleura visceralis berfungsi sebagai katup, maka udara yang masuk saat inspirasi tak akan dapat keluar dari kavum pleura pada saat ekspirasi. Akibatnya, udara semakin lama semakin banyak sehingga mendorong mediastum ke arah kontralateral dan menyebabkan terjadinya *tension pneumotorax* (Pratama, 2014).

Pneumotoraks disebabkan karena robeknya dinding dada dan pleura parietalis sehingga terdapat hubungan antara kavum pleura dengan dunia luar. Apabila lubang yang terjadi lebih besar $\frac{2}{3}$ diameter trakea maka udara cenderung lebih melewati lubang tersebut dibanding traktus respiratorius yang seharusnya. Pada saat inspirasi, tekanan dalam rongga dalam menurun sehingga udara dari luar masuk ke kavum pleura lewat lubang tadi dan menyebabkan kolaps pada paru ipsilateral. Saat ekspirasi, tekanan rongga dada meningkat, akibatnya udara dari kavum pleura keluar melalui lubang tersebut. Kondisi ini disebut sebagai *open pneumotorax* (Pratama, 2014).

2.1.2 Patogenesis

Udara dapat masuk ke dalam rongga pleura melalui lesi pada pleura, baik pleura visceralis ataupun parietalis. Trauma pada dinding dada dapat merobek dinding dada beserta pleura parietalis, dan akan terjadi pneumotoraks traumatik karena udara atmosfer

langsung menembus dinding dada dan masuk ke dalam rongga pleura. Jika lesi berada pada pleura viseralis, udara atmosfer yang masuk akan melewati saluran napas terlebih dahulu. Jika penyebab pneumotoraks tidak diketahui, kasusnya disebut sebagai pneumotoraks spontan, biasanya penderitanya laki-laki muda yang memiliki habitus lebih tinggi dan kurus. Jika pneumotoraks diketahui sebagai komplikasi suatu penyakit yang mendasarinya, kasus ini disebut sebagai pneumotoraks akibat penyakit tersebut (*secondary to pneumotorax to emphysema*) (Djojodibroto, 2016).

2.1.3 Etiologi Pneumotoraks

Menurut Alsegaf (2004), dalam Pratama, (2014) Terdapat beberapa jenis pneumotoraks yang dikelompokkan berdasarkan penyebabnya:

1. Pneumotoraks primer: terjadi tanpa disertai penyakit paru yang mendasarinya.
2. Pneumotoraks sekunder: merupakan komplikasi dari penyakit paru yang mendahuluinya.
3. Pneumotoraks traumatik: terjadi akibat cedera traumatik pada dada. Traumanya bisa bersifat menembus (luka tusuk, peluru atau benturan pada kecelakaan motor). Pneumotoraks juga bisa merupakan komplikasi dari tindakan medis tertentu (misal torakosentesis).

Pada bayi, pneumotoraks lebih lazim terjadi pada laki-laki daripada perempuan, dan pada bayi cukup bulan dan bayi lewat bulan dari pada bayi prematur. Insidennya bertambah pada bayi-bayi dengan penyakit paru, seperti aspirasi mekonium dan penyakit membran hialin; pada mereka yang menerima resusitasi kuat atau yang sedang mendapat bantuan ventilasi, terutama jika tekanan inspirasi tinggi atau bila menggunakan tekanan akhir ekspirasi yang ditingkatkan terus menerus (Behrman, 2000).

2.1.4 Tanda Dan Gejala Pneumotoraks

Menurut Price dan Wilson (2006), tanda dan gejala Pneumotoraks adalah sebagai berikut:

1. Dispnea (jika luas)
2. Nyeri pleuritik hebat
3. Trakea menjauhi sisi yang terkena pneumotorak
4. Takikardia
5. Sianosis (jika luas)
6. Pergerakan dada berkurang dan terhambat pada bagian yang terkena
7. Perkusi hipersonor di atas pneumotoraks
8. Perkusi meredup diatas paru yang kolaps
9. Suara napas berkurang.

2.1.5 Klasifikasi Pneumotoraks

Menurut Dewi (2011), klasifikasi pneumotoraks adalah sebagai berikut:

A. Berdasarkan penyebabnya pneumotoraks dapat dibagi menjadi dua yaitu:

1. Pneumotoraks spontan

Yaitu setiap pneumotoraks yang terjadi secara tiba-tiba. Pneumotoraks ini dapat diklasifikasikan lagi dalam dua jenis, yaitu:

- a. Pneumotoraks spontan primer

Pneumotoraks ini disebabkan oleh ruptur kista kecil udara subpleural di apeks ("blebs") tetapi jarang menyebabkan gangguan fisiologis yang signifikan. Biasanya menyerang laki-laki (L:P 5:1) muda (20-40 tahun) bertubuh tinggi tanpa penyakit paru penyebab. PSP merupakan jenis paling sering pada pneumotoraks (prevalensi 8/10/tahun pada orang dengan tinggi badan >1,9 m). Setelah PSP kedua, mungkin terjadi rekurensi (>60%). Pleurodesis untuk menyebabkan fusi pleura viseralis dan parietalis yang menggunakan tindakan

medis (misalnya insersi bleomisin atau talkum ke dalam pleura) atau pembedahan (misalnya abrasi lapisan pleura) dianjurkan (Ward, 2007).

b. Pneumotoraks spontan sekunder (SP)

SP dihubungkan dengan penyakit respirasi yang merusak arsitektur paru, paling sering bersifat (misalnya penyakit paru obstruktif kronik/PPOK, asma), fibrotik atau infeksi (misalnya pneumonia), dan kadang-kadang gangguan langka atau herediter (misalnya sindrom Marfan, fibrosis kistik). Insidensi SP meningkat seiring bertambahnya usia dan memberatnya penyakit paru penyebab. Pasien tersebut biasanya dirawat di rumah sakit karena meskipun SP kecil, pada pasien dengan cadangan respirasi yang berkurang, dapat terjadi komplikasi yang lebih serius daripada PSP besar. Pasien ICU dengan penyakit paru sangat beresiko mengalami SP karena tekanan tinggi ("barotrauma") dan distensi pada alveolar ("volutrauma") akibat ventilasi mekanis. Strategi ventilasi "protektif" yang menggunakan ventilasi bertekanan rendah, dengan volume terbatas mengurangi risiko tersebut (Ward, 2007).

2. Pneumotoraks traumatik (iatrogenik)

Yaitu pneumotoraks yang terjadi akibat trauma, baik trauma penetrasi maupun bukan, yang menyebabkan robeknya pleura, dinding dada maupun paru. Pneumotoraks jenis ini juga dapat diklasifikasikan lagi kedalam dua jenis, yaitu:

- a. Pneumotoraks traumatik non-iotrogenik, yaitu pneumotoraks yang terjadi karena jejas kecelakaan misalnya jejas pada dinding dada, barotrauma.
- b. Pneumotoraks traumatik iotrogenik, yaitu pneumotoraks yang terjadi akibat komplikasi dari tindakan medis. Pneumotoraks jenis inipun masih dibedakan menjadi dua, yaitu:
 - 1) Pneumotoraks traumatik iotrogenik aksidental.

Pneumotoraks traumatik iotrogenik aksidental adalah suatu pneumotoraks yang terjadi akibat tindakan medis karena kesalahan atau komplikasi dari tindakan tersebut, misalnya pada paracentesis dada, biopsi pleura.

2) Pneumotoraks traumatik iotrogenik artifisial (*deliberate*).

Adalah suatu pneumotoraks yang sengaja dilakukan dengan cara mengisikan udara ke dalam rongga pleura. Biasanya tindakan ini dilakukan untuk tujuan pengobatan, misalnya pada pengobatan tuberkulosis sebelum era antibiotik, maupun untuk menialai permukaan paru.

B. Berdasarkan jenis fistulanya, maka pneumotoraks dapat diklasifikasikan ke dalam tiga jenis, yaitu:

1. Pneumotoraks tertutup (Simple Pneumothorax)

Pada tipe ini, pleura dalam keadaan tertutup (tidak ada jejas terbuka pada dinding dada), sehingga tidak ada hubungan dengan dunia luar. Tekanan didalam rongga pleura awalnya mungkin positif, namun lambat laun berubah menjadi negatif karena diserap oleh jaringan paru disekitarnya. Pada kondisi tersebut paru belum mengalami re-ekspansi, sehingga masih ada rongga pleura, meskipun tekanan didalamnya sudah kembali negatif. Pada waktu terjadi gerakan pernapasan, tekanan udara di rongga pleura tetap negatif.

2. Pneumotoraks terbuka (*open pneumothorax*)

Yaitu pneumotoraks dimana terdapat hubungan antara rongga pleura dengan bronkus yang merupakan bagian dari dunia luar (terdapat luka terbuka pada dada). Dalam tekanan ini tekanan intrapleura sama dengan tekanan udara luar. Pada pneumotoraks terbuka tekanan intrapleura sekitar nol. Perubahan tekanan ini sesuai dengan perubahan tekanan yang disebabkan oleh gerakan pernapasan.

Pada inspirasi tekanan menjadi negatif dan pada waktu ekspirasi tekanan jadi positif. Selain itu, pada saat inspirasi

mediastinum dalam keadaan normal, tetapi pada saat ekspirasi mediastinum bergeser kearah sisi dinding dada yang terluka (*sucking wound*).

3. Pneumotoraks ventil (*tension pneumothorax*)

Adalah pneumotoraks dengan tekanan intrapleura yang positif dan makin lama makin tambah besar karena ada fistel di pleura viseralis yang bersifat ventil. Pada saat inspirasi udara masuk melalui trakea, bronkus serta percabangannya dan selanjutnya terus menuju pleura melalui fistel yang terbuka. Waktu ekspirasi udara di dalam rongga pleura tidak dapat keluar. Akibatnya tekanan di dalam rongga pleura makin lama makin tinggi dan melebihi tekanan atmosfer. Udara yang terkumpul dalam rongga pleura ini dapat menekan paru sehingga sering menimbulkan gagal napas.

C. Berdasarkan luasnya paru yang mengalami kolaps, maka pneumotoraks dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu:

- a. Pneumotoraks parsialis, yaitu pneumotoraks yang menekan pada sebagian kecil paru (<50% volume paru).
- b. Pneumotoraks totalis, yaitu pneumotoraks yang mengenai sebagian besar paru (>50% volume paru).

2.1.6 Penilaian Klinis Pneumotoraks

Menurut Ward (2007), sesak napas secara mendadak dan/atau nyeri pleuritik tajam menunjukkan suatu pneumotoraks. Sebagian besar PSP kecil (<30%) dan menimbulkan beberapa gejala selain nyeri. Tanda-tanda klinis mungkin sulit dideteksi, tetapi pada pneumotoraks yang lebih besar berkurangnya udara yang masuk dan perkusi hiper-resonan pada satu hemitoraks sangat khas dan dapat dihubungkan dengan takipnea dan sianosis. Gangguan kardiorespirasi dapat terjadi secara cepat pada pneumotoraks *tension* dan perlu segera didrainase.

Gambaran klinis menurut Corwin (2009), pada pasien dengan pneumotoraks adalah:

1. Nyeri mendadak di daerah dada akibat trauma pleura.

2. Pernapasan yang cepat dan dangkal (takipnea) serta dispnea umum terjadi.
3. Apabila pneumotoraks meluas, atau apabila yang terjadi adalah *tension pneumotorax* dan udara menumpuk di ruang pleura, jantung dan pembuluh besar dapat bergeser ke paru yang sehat sehingga dada tampak simetris. Deviasi trakea juga dapat terjadi.

2.1.7 Komplikasi Pneumotoraks

Menurut Corwin, (2009) ada 2 komplikasi pada pneumotoraks yaitu:

1. *Tension pneumotorax* dapat menyebabkan pembuluh darah kolaps, akibatnya pengisian jantung menurun sehingga tekanan darah menurun. Paru yang sehat juga dapat terkena dampaknya.
2. Pneumotoraks dapat menyebabkan hipoksia dan dispnea berat. Kematian dapat terjadi.

Menurut Williams, (2013) komplikasi pneumotoraks adalah gangguan paru dan gangguan sirkulasi yang fatal.

2.1.8 Penatalaksanaan Pneumotoraks

Terapi suportif segera meliputi analgesia dan penambahan oksigen. Pengobatan bergantung pada penyebab, ukuran, dan gejala. Pneumotoraks *tension* harus segera didrainase. PSP kecil (<30%) mudah diobservasi dan reabsorpsi spontan dikonfirmasi berdasarkan foto toraks pasien rawat jalan secara serial. PSP >30% dapat diaspirasi dengan jarum 16G pada ruang interkosta II di garis midklovikularis menggunakan siring 50 mL yang dihubungkan ke tap tiga jalur dan segel di bawah air. Setelah observasi semalaman, aspirasi yang berhasil dikonfirmasi berdasarkan re-ekspansi paru pada foto toraks berulang. Kadang-kadang, drainase selang interkosta diperlukan untuk PSP besar dengan gagal napas atau jika aspirasi tidak berhasil (Ward, 2007).

Pada umumnya, SP dan pneumotoraks traumatik selalu memerlukan perawatan di rumah sakit dan insersi drain toraks interkosta. Drain interkosta multipel mungkin diperlukan untuk memastikan re-ekspansi paru yang adekuat pada beberapa pasien

dengan pneumotoraks lokulata multipel. Pada pasien yang diberikan ventilasi secara mekanis, tekanan jalan napas yang tinggi atau volume tidal yang besar mendorong kebocoran persisten dan harus dihindari. Drain toraks kecil (16G) hampir selalu adekuat. Drain toraks besar menyakitkan dan tidak mempunyai manfaat yang signifikan (Ward, 2007).

Kebocoran drain persisten menunjukkan terjadinya fistula bronkopleura (*bronchopleural fistula*, BPF). Aliran tinggi, pengisapan dinding dengan tekanan 5-50 cmH₂O, dapat melawan pleura viseralis dan parietalis sehingga memungkinkan pleurodesis spontan. Fisioterapi dan pembersihan bronkial diperlukan untuk mempertahankan patensi jalan napas. Saran dini pada penatalaksanaan BPF secara bedah penting dilakukan. Torakoskopi dibantu video sama efektifnya dengan toraktomi saat mengoreksi BPF tetapi menyebabkan sedikit disfungsi respirasi (Ward, 2007).

Drain toraks diangkat bila foto toraks menunjukkan telah terjadi ekspansi paru dan tidak ada kebocoran udara yang melalui drain selama 24 jam. Drain sebaiknya tidak diklem sebelum dikeluarkan. Setelah analgesia yang adekuat, drain ditarik keluar bila pasien dalam inspirasi. Jahitan inversi sirkular dan kontinu di sekitar tempat drainase disatukan secara kuat (Ward, 2007).

Tabel 2.1. Penatalaksanaan Pneumotoraks (Ward, 2007)

Penatalaksanaan	Derajat kolaps		
	Komplet	Sedang	Kecil
Primer	Aspirasi/darin toraks	Aspirasi	observasi
Sekunder	Drain toraks	Drain toraks	Drain toraks
Traumatik/iatrogenik	Drain toraks	Drain toraks	Observasi/drain toraks

2.2 Asuhan Kebidanan Dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan Pada Bayi Dengan Pneumotoraks

2.2.1 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah dengan pengorganisasian pikiran dan tindakan-tindakan yang urut dan logis serta menguntungkan kedua belah pihak yaitu pasien dan tenaga kesehatan (Varney, 2007).

Prinsip-prinsip proses manajemen Kebidanan dalam Mufdlillah (2011) adalah sebagai berikut:

- a. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbarui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar.
- c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- d. Memberi informasi dan *support* sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
- e. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
- f. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individu.
- g. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
- h. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
- i. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Langkah I: Pengkajian

Pengkajian adalah langkah vital yang dipakai dalam menerapkan asuhan kebidanan pada pasien. Pada tahap ini semua data dasar dan informasi tentang pasien dikumpulkan dan dianalisa untuk mengevaluasi keadaan pasien (Varney, 2007).

a. Data Subjektif

Menurut Nursalam (2001), mengatakan bahwa data subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian yang meliputi:

1) Biodata:

- | | | |
|--------------------|---|--|
| Nama bayi | : | Tujuannya untuk mengetahui identitas bayi |
| Umur bayi | : | untuk mengetahui berapa umur bayi yang nanti akan disesuaikan dengan tindakan yang akan dilakukan. |
| Tanggal lahir bayi | : | untuk mengetahui kapan bayi lahir, sesuai atau tidak dengan perkiraan lahirnya. |
| Jenis kelamin | : | untuk mengetahui jenis kelamin bayi dan membedakan dengan bayi lainnya. |
| Alamat | : | untuk mengetahui gambaran tentang tempat dimana pasien tinggal. |
| Nama ibu/ayah | : | untuk mengetahui nama penanggung jawab. |
| Umur ibu/ayah | : | mengetahui umur penanggung jawab. |
| Agama | : | mengetahui agama/keyakinan apa yang dianut pasien. |
| Suku/bangsa | : | untuk mengetahui faktor pembawa ras yang berhubungan dengan suku bangsa. |
| Pendidikan | : | untuk mengetahui tingkat pendidikan |
| Pekerjaan | : | untuk mengetahui gambaran keadaan sosial ekonomi |
| Alamat | : | untuk mengetahui gambaran tentang tempat dimana pasien tinggal. |

2) Anamnesa pada ibu

a) Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan atau gejala yang menyebabkan pasien dibawa berobat yang disampaikan oleh orangtua ataupun anak (Matondang, 2009).

Pada anamnesis ditemukan pasien dengan pneumotoraks akan mengeluhkan kesulitan bernapas yang timbul mendadak dengan disertai nyeri dada, dan dapat disertai batuk (Bararah, 2013).

b) Riwayat persalinan

Untuk mengetahui tempat persalinan, penolong, jenis persalinan, lama persalinan dari kala I sampai kala IV, keadaan anak, jumlah air ketuban, dan adakah komplikasi dalam persalinan (Varney, 2002).

Menurut Hull, (2008) pneumotoraks pada bayi baru lahir dapat terjadi spontan tetapi juga merupakan komplikasi sindrom gawat napas dan aspirasi mekonium yang sering terjadi pada saat persalinan.

c) Riwayat keturunan kembar

Untuk mengetahui apakah ada anggota keluarga yang mempunyai keturunan kembar.

Depkes RI, (2009) mengatakan penyebab bayi lahir tidak langsung menangis terdapat pada bayi dengan lahir premature, bayi kembar, kelainan kongenital dan air ketuban bercampur mekonium.

b. Data objektif

Data ini sebagai penguat data subjektif yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung interpretasi data yang pemeriksaannya meliputi pemeriksaan dari kepala sampai kaki (Varney, 2007).

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum baik, sedang, lemah dari pasien (Saiffudin, 2002).

b) Kesadaran

Kesadaran ini meliputi (*composmentis*/ sadar penuh, *apatis*/acuh tak acuh dengan keadaan sekitarnya, *somnolen*/kesadaran yang mau tidur saja).

c) Mengetahui Tanda-tanda Vital menurut Saifuddin (2002), adalah:

1. Frekuensi pernapasan: waktu bayi tenang hitung pernapasan selama 60 detik. Frekuensi yang normal adalah 30-60 kali per menit.
2. Denyut jantung: hitung denyut jantung selama 60 detik, normalnya adalah 120-160 kali per menit.
3. Suhu: kisaran suhu bayi yang normal adalah 36,4°C-37,2°C.

Menurut Nettina, (2002) didapati pasien pneumotoraks mengalami sesak napas sedangkan menurut Price dan Wilson (2006) takikardi.

2) Pemeriksaan fisik

Menurut Saputro, (2012) pemeriksaan fisik pada bayi meliputi pemeriksaan:

- a. Kepala : ada luka atau tidak, bersih atau tidak, ada hidrosefalus atau tidak.
Ubun-ubun : berdenyut atau tidak.
- b. Muka : simetris atau tidak, sianosis atau tidak.
- c. Mata : nilai mata simetris atau tidak, oedeme atau tidak, periksa bagian sklera putih atau kuning dan konjungtiva apakah merah muda atau tidak.
- d. Telinga : untuk menilai adanya gangguan pendengaran atau tidak, simetris atau tidak, ada serumen atau tidak.
- e. Hidung : untuk mengetahui ada polip atau tidak, simetris atau tidak, ada secret atau tidak.
- f. Mulut : mulut bersih atau tidak, bibir simetris

- atau tidak, bibir sianosis atau tidak, untuk mengetahui mukosa mulut lembab atau kering, kemampuan refleks menghisap, ada pigmen atau tidak.
- g. Dada : untuk melihat simetris atau tidak, melihat gerakan dada, auskultasi bunyi jantung dan pernapasan.
 - h. Abdomen : untuk mengetahui distensi abdomen, defek pada dinding perut atau tali pusat dimana usus atau organ perut yang lain keluar, untuk melihat bentuk dari abdomen.
 - i. Ekstremitas : apakah ada oedema dan lesi atau tidak.
 - j. Punggung : tulang belakang rata atau bengkok (skoliosis).
 - k. Genetalia : apakah jenis kelamin normal atau tidak.
 - l. Anus : adakah lubang atau saluran genitourinasi.

Pemeriksaan fisik pada pasien dengan pneumotoraks ialah kelihatan sesak napas dan takikardi yang dapat disertai sianosis, deviasi trakea, ruang intrakostal melebar, perkusi hipersonor dan penurunan suara napas (Bararah, 2013).

3) Pemeriksaan penunjang

Foto torak dapat menunjukkan udara di rongga pleura dan kemungkinan pergeseran mediastum (Williams, 2011).

Gambaran paru yang kolaps ke arah hilus dengan rediolusen ke sebelah perifer (Bararah, 2013).

2. Langkah II: Interpretasi Data

Varney (2007) mengatakan bahwa pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi data yang besar atas data-data yang dikumpulkan.

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat selesai seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien.

a. Diagnosa kebidanan

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan (Varney, 2007).

Data Subjektif: kesulitan bernapas yang timbul mendadak dengan disertai nyeri dada, dan dapat disertai batuk (Bararah, 2013).

Data Objektif: sesak napas dan takikardi yang dapat disertai sianosis, deviasi trakea, ruang intrakostal melebar, perkusi hipersonor dan penurunan suara napas (Bararah, 2013).

Pemeriksaan penunjang:

Foto torak dapat menunjukkan udara di rongga pleura dan kemungkinan pergeseran mediastum (Williams, 2011).

Gambaran paru yang kolaps ke arah hilus dengan rediolusen ke sebelah perifer (Bararah, 2013).

Diagnosa Medis: Pneumothorax.

b. Masalah

Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau menyertai diagnosa dan tetap membutuhkan penanganan (Varney, 2007).

Menurut Ward, (2007) masalah pada pasien dengan Pneumotoraks adalah sesak napas.

3. Langkah III: Diagnosa Kebidanan dan masalah Potensial.

Untuk langkah ini penulis mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakuakn pencegahan, di samping mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa masalah potensial ini benar-benar terjadi (Varney, 2007).

Diagnosa potensial pada pasien dengan pneumotoraks menurut Corwin (2009) ialah tension pneumotorax yang dapat menyebabkan pembuluh darah kolaps, hipoksia dan dispnea berat.

4. Langkah IV: Antisipasi

Langkah ini mengidentifikasikan perlunya tindakan segera oleh bidan dan untuk dikonsultasikan segera, ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang sesuai dengan kondisi klien (Varney, 2007).

Penanganan segera dalam kasus ini adalah kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain seperti dokter spesialis anak (Saifuddin, 2002) dalam pemberian terapi oksigen dan terapi obat.

5. Langkah V: Perencanaan

Perencanaan merupakan penentuan apa yang harus dilakukan untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya dan mengatasi masalah kebidanan yang telah dirumuskan (Pusdiknakes, 2003).

Perencanaan untuk pasien dengan pneumotoraks menurut Kurniawan, (2013) adalah melakukan tindakan dekompresi yang terbagi menjadi dua yaitu:

- a) Menusukkan jarum melalui dinding dada
- b) Membuat hubungan dengan udara luar melalui kontra ventil.

6. Langkah VI: Pelaksanaan

Langkah ini merupakan pelaksanaan asuhan secara menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Pada saat tertentu bidan biasa berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain.

Menurut Kurniawan, (2013) penatalaksanaan untuk pneumotoraks ialah sebagai berikut:

a) Menusukkan jarum melalui dinding dada

Menusukkan jarum melalui dinding dada terus masuk rongga pleura, dengan demikian tekanan udara yang positif di rongga pleura akan berubah menjadi negatif karena mengalir keluar melalui jarum tersebut.

b) Membuat hubungan dengan udara luar melalui kontra ventil.

Pipa *water sealed drainage* (WSD): pipa khusus (toraks kateter) steril. Dimasukkan ke rongga pleura dengan perantaraan trokar atau dengan bantuan klem penjepit. Pemasukkan trokar dapat dilakukan melalui celah yang telah dibuat dengan bantuan insisi kulit disela iga ke-4 pada linea mid aksilaris atau pada linea aksilaris posterior.

Setelah trokar masuk, maka toraks kateter segera dimasukkan ke rongga pleura dan kemudia trokar dicabut, sehingga hanya kateter toraks yang masih tertinggal di rongga pleura. Selanjutnya ujung kateter toraks yang ada di dada dan pipa kaca WSD dihubungkan melalui pipa plastik lainnya. Posisi ujung pipa kaca yang berada dibotol sebaliknya berada 2 cm dibawah permukaan air supaya gelembung udara dapat dengan keluar melalui tekanan tersebut.

Penghisapan dilakukan terus menerus apabila tekanan intra pleura tetap positif. Penghisapan ini dilakukan dengan memberikan tekanan negatif sebesar 10-20 cmH₂O, dengan tujuan agar paru cepat mengembang. Apabila paru telah mengembang maksimal dan tekanan intra pleura sudah negatif kembali, maka sebelum dicabut dapat dilakukan uji coba terlebih dahulu dengan cara pipa dijepit atau ditekuk selama 24 jam. Apabila tekanan dalam rongga pleura kembali menjadi positif maka pipa belum bisa dicabut. Pencabutan WSD dilakukan pada saat pasien dalam keadaan ekspirasi maksimal.

7. Langkah VII: Evaluasi

Merupakan langkah terakhir untuk menilai keefektifan dari rencana asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan dalam masalah dan diagnosa (Varney, 2007).

Menurut Nugroho (2007), evaluasi keadaan penderita pneumotoraks dilihat dari : keadaan umum, kontrol rontgen dada serial untuk melihat pengembangan paru dan apakah ada cairan, serta evaluasi WSD untuk melihat apakah masih ada udara.

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif yang dapat menghasilkan data deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian Kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dll. Secara holistik, dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode ilmiah (Moleong, 2005; 6 dalam Kuntjojo 2009; 15,14)

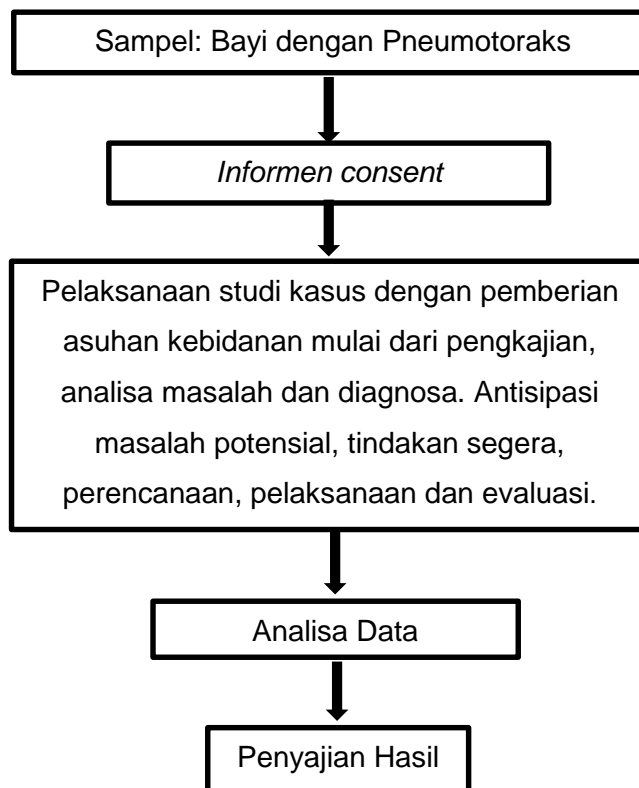
Studi kasus merupakan metode penelitian yang mampu membawa pemahaman tentang isu yang kompleks dan dapat memperkuat pemahaman tentang pengetahuan yang telah diketahui sebelumnya (Doodley, 2005 dalam Bukit, 2014; 4)

Oleh karena itu, penelitian ini merupakan gambaran Asuhan Kebidanan pada Bayi dengan Pneumotoraks di Ruang Kenangan RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

3.2 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisa datanya (Hidayat, 2010).

Kerangka kerja dalam penelitian bayi dengan pneumotoraks adalah sebagai berikut:



Gambar 3.2 Kerangka kerja penelitian kasus bayi dengan Pneumotoraks

3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi studi kasus merupakan tempat dimana pengambilan kasus tersebut dilaksanakan (Notoatmodjo, 2005). Lokasi penelitian dilaksanakan di Ruanagan Kenanga RSUD. Prof. W. Z. Johannes Kupang tanggal 03 Juli 2017.

3.4 Populasi dan Sampel

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Jadi, populasi tidak hanya terbatas pada orang, tetapi juga benda-benda alam yang lain. Populasi juga bukan sekadar jumlah yang ada pada objek/subjek yang dipelajari, tetapi

meliputi seluruh karakteristik/sifat yang dimiliki oleh objek/subjek tersebut (Sugiyono, 2004 dalam Hidayat, 2011). Populasi pada penelitian ini adalah bayi/anak sakit di ruang Kenanga RSUD. Prof. W. Z. Johannes Kupang.

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Dalam penelitian kebidanan, kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, dimana kriteria tersebut menentukan dapat dan tidaknya sampel yang tersebut digunakan. Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian dapat mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman dalam menentukan kriteria inklusi (Nurasalam, 2003 dalam Hidayat, 2011). Menurut Hidayat (2011), kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian yang penyebabnya antara lain:

- a. Adanya hambatan etik
- b. Menolak menjadi responden
- c. Terdapat keadaan yang tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian
- d. Terdapat keadaan atau penyakit yang mengganggu pengukuran maupun interpretasi hasil penelitian.

Sampel pada penelitian ini adalah bayi dengan pneumotoraks di ruang Kenanga RSUD. Prof. W. Z. Johannes Kupang.

3.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

Teknik atau metode merupakan cara peneliti untuk mengumpulkan data yang akan dilakukan dalam penelitian. Sebelum melakukan pengumpulan data, perlu dilihat alat ukur pengumpulan data agar dapat memperkuat hasil penelitian. Alat ukur pengumpulan data tersebut antara lain dapat berupa kuesoner/angket, observasi, wawancara atau gabungan kegiatannya (Hidayat, 2011). Metode pengumpulan data yang

digunakan pada studi kasus ini adalah metode observasi (pengamatan).

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan mengadakan pengamatan secara langsung kepada Responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti. Dalam metode observasi ini, instrumen yang dapat digunakan, antara lain: lembar observasi, panduan pengamatan (observasi) atau lembar *checklist* (Hidayat, 2011).

3.6 Etika Penelitian

Masalah etika penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Menurut Hidayat (2011) masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut:

1. Informed Consent

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan Responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

2. Anonimity (tanpa nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama

Responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Kerahasiaan (confidentiality)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian studi kasus dilakukan di ruangan Kenanga, RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, Propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT).

1. Ketenagakerjaan di ruang Kenanga
 - 1) Tenaga kesehatan berjumlah 16 orang.

Terdiri dari 12 perawat, 4 dokter jaga. Sistem kerja petugas kesehatan di ruang Kenanga terbagi dalam 3 shift jaga, yakni jaga pagi (pukul 07.00-14.00), siang (pukul 14.00-21.00) dan malam (pukul 21.00-07.00).
2. Fasilitas di ruang Kenanga

Fasilitas yang tersedia di ruang Kenanga terdiri dari:

 - 1) 6 ruang perawatan yang di bagi menjadi ruangan A, B, C, D, E, dan F.
 - 2) Kulkas tempat penyimpanan obat-obatan 1 buah
 - 3) Lemari obat-obatan 1 buah.
 - 4) Troli 2 buah untuk tempat penyimpanan alat pemeriksaan vital sign, gunting, plester, alcohol, larutan klorin, safety box, tempat sampah medik dan non medik.

4.1.2 Hasil Penelitian Studi Kasus

1) Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari selasa, 3 Juli 2017 pada pukul 21.30 wita, di ruang Kenanga RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang.

I. Pengkajian

Nama Mahasiswa : Irma Sumarna Lette

NIM : 142 111 054

Ruangan : Kenanga

II. Data Subjektif

Pengkajian dilakukan pada ibu bayi yaitu Ny. K. D. T umur 22 tahun, agama Kristen Protestan, suku Alor, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan IRT, alamat rumah Pasir Panjang RT 009/ RW 003. Ibu mengatakan anaknya sesak napas dan batuk berlendir. Sebelumnya anak pernah mengalami gangguan napas sejak lahir. Selama hamil ibu memeriksakan kehamilannya sebanyak 6x, terapi obat yang didapat: SF, Vitamin C dan kalsium, selama hamil ibu pernah mengalami keputihan dan tidak mendapatkan imunisasi Tetanus toksoid. Usia kehamilan ibu aterm saat akan melahirkan. Ibu melahirkan anak kembar dengan cara seksio sesarea, keadaan anak saat lahir, tidak langsung menangis, tempat lahir di Rumah Sakit Siloam, penolong dokter, berat badan anak saat lahir 2,9 kg. Orang tua kandung yang mengasuh anak dan hubungan anak dengan anggota keluarga baik. Sejak lahir bayi minum susu formula, dan nafsu minum baik, BAB dan BAK normal bayi normal.

III. Data objektif

Keadaan umum pada bayi lemah, kesadaran composmentis, vital sign Suhu: 36,4°C, Nadi: 128x/menit, pernapasan: 31x/menit, sesak napas, dan batuk berlendir.

Hasil pengkajian fisik wajah oval, pucat dan tidak oedema. Mata konjungtiva pucat.

Hasil foto torak: cor terdesak ke hemithorax kiri, volume hemithorax kanan agak meingkat, tampak bayangan lusen avaskular di hemithorax kanan disertai collaps paru kanan,

corakan bronkovaskular paru kiri normal, hilus kiri tersuperposisi bayangan jantung, sinus kostofrenik dan diafragma kiri baik, mediastum superior tidak melebar dan tulang-tulang tampak intak.

2) Interpretasi data dasar

Berdasarkan hasil pengkajian data subyektif, data obyektif dan hasil foto Torak di atas, maka ditegakkan sebuah diagnosa kebidanan yaitu Bayi Ny. K. D. T usia 3 bulan dengan sesak napas.

Data subyektif pendukung diagnosa yaitu ibu mengatakan pasien mengalami susah bernapas dan batuk berlendir.

Data obyektif pendukung diagnosa yaitu keadaan lemah, sesak napas, dan batuk berlendir.

Data Penunjang cor terdesak ke hemithorax kiri, volume hemithorax kanan agak meingkat, tampak bayangan lusen avaskular di hemithorax kanan disertai collaps paru kanan, corakan bronkovaskular paru kiri normal, hilus kiri tersuperposisi bayangan jantung, sinus kostofrenik dan diafragma kiri baik, mediastum superior tidak melebar dan tulang-tulang tampak intak.

3) Diagnosa kebidanan dan masalah potensial

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan masalah potensial yang akan terjadi pada bayi adalah tension pneumotoraks, hipoksia dan dispnea berat.

4) Tindakan segera

Pantau pola pernapasan dan Kolaborasi dengan dokter, lakukan pemasangan oksigen dan memberikan terapi obat infus D51/4 NS, cefotaxime dan gentamicin.

5) Perencanaan Asuhan

- a. Informasikan pada keluarga tindakan yang akan dilakukan. **Rasional:** keluarga pasien bisa mengetahui dan mengerti semua tindakan yang akan dilakukan.
- b. Lakukan observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital. **Rasional:** merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien.
- c. Pertahankan O2 nasal. **Rasional:** Untuk terpenuhinya kebutuhan O2 dan bayi tidak sesak napas.

- d. Lakukan fisioterapi dada dan punggung. **Rasional:** membantu menghilangkan eksudat dan lendir agar mudah keluar melalui batuk dan pengisapan lendir.
- e. Layani nebulisasi. **Rasional:** untuk mengencerkan sekret agar mudah dikeluarkan.
- f. Berikan motivasi pada orang tua untuk selalu mendampingi anaknya. **Rasional:** Keberadaan orang tua dapat membantu mengurangi kecemasan anak.
- g. Kolaborasi dengan dokter. **Rasioanal:** untuk membantu dalam memberikan terapi yang tepat pada pasien.
- h. Minta persetujuan keluarga untuk tindakan toraksintesis. **Rasional:** untuk mengeluarkan udara yang ada dalam kavum pleura menggunakan WSD (*Water Seal Drainase*).

6) Pelaksanaan Asuhan

- a. Menginformasikan pada keluarga tindakan yang akan dilakukan. Keluarga mengerti dengan tindakan yang akan diberikan pada bayi.
- b. Melakukan observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital. pemeriksaan telah dilakukan dengan hasil KU: lemah, kesadaran :composmentis, suhu: 36,4°C, nadi: 128x/menit, pernapasan: 31x/menit.
- c. Mempertahankan O₂ nasal. O₂ nasal sudah dipertahankan dengan pemberian 2 liter per menit.
- d. Melakukan fisioterapi dada dan punggung. fisioterapi dada dan punggung sudah dilakukan oleh dokter jaga.
- e. Melayani nebulisasi. Nebulisasi sudah dilakukan dengan baik.
- f. Memberikan motivasi pada orang tua untuk selalu mendampingi anaknya. orang tua sudah mendampingi anaknya. Melakukan Kolaborasi dengan dokter.
- g. Kolaborasi sudah dilakukan.
- h. Meminta kepada keluarga untuk tindakan toraksintesis. Keluarga setuju dengan saran perugas kesehatan.

7) Evaluasi

Tanggal 3 Juli 2017, pukul 08.00 wita lakukan pemeriksaan, hasil pemeriksaan data subyektif: orang tua mengatakan sesak nafas anaknya berkurang, masih batuk berlendir, bayi minum susu formula. Data obyektif: keadaan lemah, kesadaran composmentis, tampak pucat, sesak napas berkurang, batuk berlendir, minum susu formula, infus D5 ¼ NS, Suhu: 36,4 °C, nadi: 128x/menit, pernapasan: 31x/menit, terapi injeksi, luka bekas operasi hernia tertutup kasa steril. Hasil foto torak cor terdesak ke hemithorax kiri, volume hemithorax kanan agak meningkat, tampak bayangan lusen avaskular di hemithorax kanan disertai collaps paru kanan, corakan bronkovaskular paru kiri normal, hilus kiri tersuperposisi bayangan jantung, sinus kostofrenik dan diafragma kiri baik, mediastum superior tidak melebar dan tulang-tulang tampak intak.

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada by. Ny. K. D. T dengan diagnosa pneumotoraks dilakukan selama 4 hari, mulai tanggal 3 Juli sampai tanggal 7 Juli 2017. Pada tanggal 8 Juli 2017 pasien diperbolehkan pulang oleh dokter spesialis anak dalam keadaan sehat.

4.1.3 Pembahasan

Pembahasan dalam bab ini saya akan membahas mengenai asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan menurut 7 langkah Varney, pada bayi dengan pneumotoraks di ruangan Kenanga RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang tanggal 3 Juli 2017, mulai dari pengkajian, interpretasi data dasar, diagnosa potensial, antisipasi masalah potensial, tindakan segera, perencanaan dan evaluasi.

1. Pengkajian

a. Data subyektif

Ibu mengatakan anaknya mengalami sesak napas dan batuk berlendir.

Pada anamnesis ditemukan pasien dengan pneumotoraks akan mengeluhkan kesulitan bernapas yang timbul mendadak

dengan disertai nyeri dada dan dapat disertai batuk (Bararah, 2013).

Berdasarkan fakta dan teori diatas penulis menemukan bahwa bayi mengalami kesulitan bernapas dan batuk berlendir.

b. Data obyektif

Keadaan lemah, kesadaran composmentis, tampak pucat, sesak napas, batuk berlendir, Suhu: 36,4 °C, nadi: 128x/menit, pernapasan: 31x/menit.

Menurut Price dan Wilson (2006), dikatakan pada pasien dengan pneumotoraks ditemukan dispnea (jika luas), takikardia, dan suara napas berkurang.

Pemeriksaan Penunjang: Pada tanggal 3 Juli 2017 sesuai hasil foto thoraks bayi didiagnosa pneumotoraks dextra oleh dokter.

Hasil foto torak cor terdesak ke hemithorax kiri, volume hemithorax kanan agak meingkat, tampak bayangan lusen avaskular di hemithorax kanan disertai collaps paru kanan, corakan bronkovaskular paru kiri normal, hilus kiri tersuperposisi bayangan jantung, sinus kostofrenik dan diafragma kiri baik, mediastum superior tidak melebar dan tulang-tulang tampak intak.

Foto torak dapat menunjukkan udara di rongga pleura dan kemungkinan pergeseran mediastum (Williams, 2011).

Gambaran paru yang kolaps ke arah hilus dengan rediolusen ke sebelah perifer (Bararah, 2013).

Penulis menemukan pada kasus pneumotoraks bayi mengalami sesak napas, batuk berlendir dan sesuai hasil foto torak yaitu collaps pada paru kanan.

2. Interpretasi data dasar

Menurut Ward, dkk (2007) masalah pada pasien dengan Pneumotoraks adalah sesak napas.

Penulis menemukan analisa masalah yang dibuat berdasarkan data subyektif dan obyektif adalah masalah bayi dengan Pneumotoraks dan mengalami sesak napas.

3. Diagnosa kebidanan dan masalah potensial

Diagnosa Potensial pada bayi dengan pneumotoraks menurut Corwin (2009) ialah tension pneumotorax. Tension pneumotoraks adalah pneumotoraks yang disertai peningkatan tekanan intra thoraks yang semakin lama semakin bertambah yang dapat menyebabkan pembuluh darah kolaps, hipoksia dan dispnea berat.

Peneliti menemukan pada kasus bayi dengan pneumotoraks didapati bayi mengalami sesak napas (dispnea).

4. Tindakan segera

Menurut Hull, Johnston (2008) tindakan segera yang dilakukan adalah dengan melakukan oksigenasi.

Penulis menemukan tindakan segera yang diberikan untuk bayi dengan pneumotoraks adalah kolaborasi dengan dokter spesialis anak dalam memberikan terapi oksigen 1 liter per menit untuk membantu bayi mengatasi sesak napas, infus D51/4 NS, cefotaxime dan gentamicin.

5. Perencanaan

Perencanaan untuk pasien dengan pneumotoraks ialah :

1. Informasikan kepada keluarga tindakan yang akan dilakukan.
Informasi yang jelas membuat keluarga mengerti dan kooperatif dengan tindakan yang akan diberikan.
2. Monitor keadaan umum dan tanda-tanda vital.
Monitor keadaan umum dan tanda-tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien.
3. Pertahankan O₂
Menurut Speer (2008) mengatakan pemberian Oksigen bertujuan untuk memenuhi kebutuhan O₂ dan bayi tidak sesak napas
4. Lakukan fisioterapi dada dan punggung.
Menurut Speer (2008) tujuan fisioterapi dada adalah untuk membantu menghilangkan eksudat dan lendir agar mudah keluar melalui batuk dan pengisapan lendir.
5. Layani nebulisasi
Menurut Nururiyanie (2016) Nebolizer bertujuan untuk mengencerkan dahak agar mudah dikeluarkan.

6. Motivasi orang tua/keluarga untuk selalu mendampingi anak
Menurut Speer (2008) Keberadaan orang tua dapat membantu mengurangi kecemasan anak.
7. Kolaborasi dengan dokter
Untuk membantu dalam memberikan terapi pada pasien.
8. Minta persetujuan keluarga untuk tindakan toraksintesis
Untuk mengeluarkan udara dari dalam paru-paru melalui WSD (*Water Seal Drainase*).

6. Penatalaksanaan

Pelaksanaan yang dilakukan pada bayi dengan pneumotoraks ialah:

1. Menginformasikan kepada keluarga tindakan yang akan dilakukan.
Keluarga mengerti dengan tindakan yang akan dilakukan pada bayi dan mendampingi bayi saat tindakan perawatan diberikan.
2. Melakukan monitor keadaan umum dan tanda-tanda vital.
Pemeriksaan telah dilakukan dengan hasil ku: lemah, kesadaran: composmentis, suhu: 36,4°C, nadi: 128x/menit, pernapasan: 31x/menit.
3. Mempertahankan O₂ nasal.
O₂ nasal sudah dipertahankan dengan pemberian 1 liter per menit.
4. Fisioterapi dada dan punggung sudah dilakukan dan keluarga membantu petugas dalam mengatur posisi bayi.
5. Melayani nebolisasi.
Nebolisasi dilakukan dengan cairan NaCl 0,9% 3cc.
Nebolisasi tidak berjalan baik karena anak aktif bergerak.
6. Meminta orang keluarga selalu mendampingi anaknya.
Orang keluarga mengerti dan bersedia mendampingi anaknya.
7. Kolaborasi dengan dokter telah dilakukan dan terapi yang diberikan adalah oksigen 1 liter per menit untuk membantu bayi mengatasi sesak napas, infus D51/4 NS, cefotaxime

150 mg dan gentamicin 10 mg.

8. Keluarga setuju untuk pemasangan WSD (*Water Seal Drainage*) di ruang operasi tanggal 4 Juli 2017.

7. Evaluasi

Bayi Ny. K.D.T masuk ruang Kenanga jam 14.30 Wita dengan keadaan umum sangat lemah, kesadaran composmentis, tampak pucat, BB: 3,5 kg, TTV: S: 38°C N: 120x/menit RR: 40x/menit, terpasang O2 5 liter per menit dengan diagnosa post op herniotomi. Selama perawatan di ruang Kenanga bayi di dapati mengalami Pneumotoraks Dextra lewat hasil pemeriksaan foto thoraks pada tanggal 3 Juli 2017. Setelah bayi didiagnosa mengalami pneumotoraks dokter meminta persetujuan keluarga untuk dilakukan toraksintesis untuk mengeluarkan udara dari kavum pleura. Keluarga setuju dan menandatangani surat persetujuan tindakan toraksintesis. Pada tanggal 04 Juli 2017 pasien akan dilakukan toraksintesis di ruang operasi tapi karena persediaan peralatan medis yang tidak lengkap dimana selang yang dibutuhkan untuk tindakan pemasangan *Water Seal Drainage* tidak ada yang berukuran kecil sehingga penatalaksanaan toraksintesis dilakukan dengan menggunakan spuit 50cc dan udara yang dikeluarkan adalah 30cc. Keesokan harinya bayi sudah tidak menggunakan oksigen nasal dan kondisi bayi sudah tampak baik. Pada tanggal 8 Juli 2017 bayi sudah sehat dan diperbolehkan pulang oleh dokter spesialis anak.

BAB V

PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasarkan apa yang penulis dapatkan dalam studi kasus dan pembahasan pada asuhan kebidanan pada Bayi dengan Pneumotoraks di RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, maka penulis dapat menyimpulkan:

1. Pengkajian didapatkan keluhan utama ibu mengatakan anaknya sesak napas, dan batuk berlendir. Data obyektif keadaan lemah, kesadaran composmentis, tampak pucat, sesak napas, batuk berlendir, Suhu: 36,4 °C, nadi: 128x/menit, pernapasan: 31x/menit.
2. Analisa masalah dan diagnosa pada bayi dengan pneumotoraks, masalah yang terjadi adalah pasien mengalami susah bernapas.
3. Antisipasi masalah potensial yang mungkin terjadi adalah hipoksia dan dispnea berat.
4. Antisipasi yang dilakukan yaitu melakukan kolaborasi dengan dokter spA dalam pemberian terapi.
5. Pada perencanaan didapat manajemen asuhan kebidanan yang diberikan telah sesuai kebutuhan pasien.
6. Pada pelaksanaan didapat tindakan yang telah direncanakan sesuai manajemen asuhan kebidanan Pneumotoraks.
7. Evaluasi pada pasien didapatkan pasien dalam keadaan lemah, tampak pucat, dan telah dilakukan tindakan Nebolisasi, mempertahankan O2 dan terapi obat-obatan sesuai instruksi dokter.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis memberikan beberapa saran yang bermanfaat:

1. bagi tenaga kesehatan
 - a. Tenaga kesehatan dapat mengidentifikasi tanda-tanda bayi dengan pneumotoraks sehingga dapat melakukan antisipasi dan tindakan segera dalam merencanakan asuhan kebidanan.
 - b. Tenaga kesehatan dapat meningkatkan pelayanan yang profesional pada pasien.

2. Bagi institusi

a. Pendidikan

Dapat memberikan peningkatan kualitas pendidikan kebidanan dan keperawatan khususnya dalam kasus bayi dengan pneumotoraks.

b. Rumah sakit

a) Dapat meningkatkan kualitas pelayanan di RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang terutama pada bayi dengan pneumotoraks.

b) Dapat meningkatkan kelengkapan alat untuk penanganan pasien dengan pneumotoraks.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. (2012). Naskah Publikasi: **Buku Saku Dokter**. <https://bukusakudokter.org/2012/11/05/pneumotoraks/>. Diakses tanggal 13 September 2017, pukul 24. 49 WITA.
- Aulia. (2015). Naskah Publikasi: **Management of Spontaneous Pneumothorax Sinistra in Elderly**. http://jukeunila.com/wp-content/uploads/2015/11/san_ggiani-fix-recheck.pdf. Diakses tanggal 11 Agustus 2017, pukul 06. 52 WITA.
- Bararah, (2013). **Asuhan Keperawatan**. Jakarta. Prestasi Pustaka Raya.
- Behrman, (2000). **Ilmu Kesehatan Anak**. Jakarta. EGC.
- Bukit, S. (2014). Naskah Publikasi: **Studi Kasus**. <http://bdkmedan.Kemendag.go.id/wp-content/uploads/13.-STUDI-KASUS.pdf>. Diakses tanggal 11 Agustus 2017, pukul 16. 57 WITA.
- Corwin, E. J. (2009). **Buku Saku Patofisiologi**. Jakarta. Buku Kedokteran EGC
- Depkes RI., 2009. **Sistem Kesehatan Nasional**. Jakarta.
- Dewi, L. M. (2011). Naskah Publikasi: <https://www.slideshare.net/syita/referat-pneumothorax>. Diakses tanggal 04 September 2017, pukul 20. 09 Wita.
- Djojodibroto. (2016). **Respirologi**. Jakarta. Buku Kedokteran EGC.
- Hidayat, A. A. A. (2011). **Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisis Data**. Jakarta. Salemba Medika.
- Hull, David (2008). **Dasar-Dasar Pediatri**. Jakarta. EGC.
- Judarwanto, (2007). **Tanda dan Gejala Gangguan Perkembangan Fungsi Motorik, Motorik Oral dan Gangguan Perilaku yang Sering Dikaitkan pada Anak dengan Gangguan Bicara dan Bahasa**. <http://speechclinic.wordpress.com/2009/04/25/>. Diakses 18 Agustus 2017, jam 08. 16 WITA.

- Kemenkes. (t.t). Naskah Publikasi. https://www.slideshare.net/pjj_kemenkes/ma_najemen-kebidanan. Diakses tanggal 05 September 2017, pukul 12. 17 Wita.
- Kuntjojo. (2009). Naskah Publikasi. **Metodologi Penelitian**. <https://ebekunt.files.wordpress.com/2009/04/metodologi-penelitian.pdf>. Diakses tanggal 11 Agustus 2017, pukul 06. 16 WITA.
- Kurniawan. (2013). Naskah Publikasi: **Catamenial Pneumothorax**. <https://www.slideshare.net>mobile>> Diakses tanggal 29 Agustus 2017, pukul 15. 40 WITA.
- Matondang, (2009). **Diagnosa Fisik pada Anak**. Jakarta. CV. Sagun Seto
- Mufdilah, dkk.2012. Konsep Kebidanan. Yogyakarta : Nuha Medika
- Nettina, S. M. (2002). **Pedoman Praktik Keperawatan**. Jakarta. EGC.
- Notoadmojo. (2005). **Metodologi Penelitian Kesehatan**. Jakarta. Rineka Cipta.
- Nugroho. (2007). Naskah Publikasi: **Pengelolaan Penderita Pneumotoraks Spontan yang Dirawat Inap Di Rumah Sakit Di Semarang Selama Periode 2000-2006**. <http://eprints.undip.ac.id/22319/1/Antonio.pdf>. Diakses tanggal 09 Juli 2017, pukul 21. 56 WITA.
- Nursalam. 2001. **Proses dan Dokumentasi Keperawatan; Proses dan Praktek**. Jakarta. Salemba Merdeka.
- Nururiyanie, D. (2016). Naskah Publikasi: **Bijak Menggunakan Nebolizer di Rumah**. <http://farmasi.ugm.ac.id/files/piotribun/2016-10-30-414626Bijak-Menggunakan-Nebulizer-di-Rumah.pdf>. Diakses tanggal 11 Agustus 2017, pukul 06.56 WITA.
- Pratama, V. D. (2014). Naskah Publikasi: **Penatalaksanaan Fisioterapi pada Kasus Pneumotoraks Dextra di RSU PKU Muhammadiyah**. <http://eprints.ums.ac.id/39668/1/03%20HALAMAN%20DEPAN.pdf>. Diakses tanggal 11 Agustus 2017, pukul 06. 43 WITA.

- Price, Wilson. (2006). **Patofisiologi**. Jakarta. Buku Kedokteran EGC
- Pusdiknakes. (2003). **Asuhan Kebidanan Post Partum**. Jakarta. Pusdiknakes.
- Saifudin. (2002). **Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal**. Jakarta. Bina Pustaka.
- Saputro. (2012). Naskah Publikasi. **Asuhan Keperawatan Pada An. F Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Diare Cair Akut Di Bangsal Edelweiss Rsud Pandan Arang Boyolali**. Eprints.ums.ac.id/20263/14/NASKAH_PUBLIKASI.pdf. Diakses tanggal 21 September 2017, pukul 20. 47 WITA.
- Speer. (2008). **Rencana Asuhan Keperawatan Pediatrik**. Jakarta. Buku Kedokteran EGC
- Varney, Helen (2007). **Buku Ajar Asuhan Kebidanan**. Jakarta. EGC.
- Ward, dkk. (2007). **Sistem Respirasi**. Jakarta. Erlangga.
- Williams. (2013). **Kapita Selektta Penyakit dengan Implikasi Keperawatan**. Jakarta. EGC.



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
 Jl. DR. Moch Hatta No. 19 Kupang Telp (0380) – 833614. Fax (0380) 832892
 Website : www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id email : rsudjohannes@gmail.com
 KUPANG Kode Pos : 85111

SURAT PENGANTAR

Nomor : 411 / DIKLIT / VII / 2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nurlaila Lanja, S.Kep.Ners.
 Jabatan : Kepala Bidang Pengembangan
 NIP/Pangkat Gol. : 19641211 198703 2 016 / Pembina (IV-a).

Menerangkan bahwa :

Nama : Irma Sumarna Lette
 Jenis Kelamin : Perempuan
 NIM : 142 111 054
 Asal Fak./Jur./Univ. : STIKes CHMK Prodi DIII Kebidanan.

Yang akan melaksanakan Pengambilan Data Awal / Studi Kasus di Ruang:
Kenanga dan Instalasi Rekam Medik RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang,
 selama 1 (satu) bulan, terhitung mulai tanggal 4 s/d 31 Juli 2017, dengan judul :

**“Asuhan Kebidanan Pada Bayi Umur Tiga Bulan Dengan Pneumonia
 Di Ruang Kenanga RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang”.**

Demikian Surat Pengantar ini dibuat, atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Acc 10/7/17
 Fwid [Signature]

Kupang, 7 Juli 2017
 RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang,
 Kepala Bidang Pengembangan

[Signature]
Nurlaila Lanja, S.Kep.Ners

Pembina

NIP. 19641211 198703 2 016

.NB. tolong laksanakan data jwb px pneumothorax,
 1 tahun terakhir. Tks.



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
 Jl. DR. Moch Hatta No. 19 Kupang Telp (0380) – 833614.Fax (0380) 832892
 Website : www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id email : rsudjohannes@gmail.com
 KUPANG Kode Pos : 85111

SURAT KETERANGAN SELESAI STUDI KASUS

Nomor : RSUD / 070 / Um. *FII* / VIII / 2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nurlaila Lanja, S.Kep.Ners.
 Jabatan : Kepala Bidang Pengembangan
 NIP/Pangkat Gol. : 19641211 198703 2 016 / Pembina (IV/a).

Menerangkan bahwa :

Nama : Irma Sumarna Lette
 Jenis Kelamin : Perempuan
 NIM : 142 111 054
 Asal Fak./Jur./Univ. : STikes CHMK Prodi D3 Kebidanan.

Benar-benar telah selesai melakukan Pengambilan Data Awal/Studi Kasus di Ruang Kenanga dan Instalasi Rekam Medik RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, selama tiga (3) minggu, terhitung mulai tanggal 07 s/d 27 Juli 2017, dengan Judul :

"Asuhan Kebidanan Pada Bayi dengan Pneumotoraks di RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang".

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 27 Juli 2017
 RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang
 Kepala Bidang Pengembangan

Nurlaila Lanja, S.Kep.Ners.
 Pembina
 NIP. 19641211 198703 2 016

ASUHAN KEBIDANAN

8) Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari selasa, 3 Juli 2017 pada pukul 21.30 wita, di ruang Kenanga RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang.

IV. Pengkajian

Nama Mahasiswa : Irma Sumarna Lette

NIM : 142 111 054

Ruangan : Kenanga

V. Data Subjektif

1. Biodata

Bayi yaitu Ny. K. D. T umur 22 tahun, agama Kristen Protestan, suku Alor, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan IRT, alamat rumah Pasir Panjang RT 009/ RW 003.

2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan anaknya sesak napas dan batuk berlendir.

3. Riwayat Antenatal

Selama hamil ibu memeriksakan kehamilannya sebanyak 6x, terapi obat yang didapat: SF, Vitamin C dan kalsium, selama hamil ibu pernah mengalami keputihan dan tidak mendapatkan imunisasi Tetanus toksoid.

4. Riwayat Natal

Usia kehamilan ibu aterm saat akan melahirkan. Ibu melahirkan anak kembar dengan cara seksio sesarea,

keadaan anak saat lahir, tidak langsung menangis, tempat lahir di Rumah Sakit Siloam, penolong dokter, berat badan anak saat lahir 2,9 kg.

5. Riwayat Imunisasi

Bayi belum mendapatkan imunisasi.

6. Riwayat Sosial

Orang tua kandung yang mengasuh anak dan hubungan anak dengan anggota keluarga baik.

7. Pemenuhan Keutuhan Dasar

Sejak lahir bayi minum susu formula, dan nafsu minum baik.

8. Eliminasi

BAB dan BAK normal.

VI. Data objektif

Keadaan umum pada bayi lemah, kesadaran composmentis, vital sign Suhu: 36,4°C, Nadi: 128x/menit, pernapasan: 31x/menit, sesak napas, dan batuk berlendir.

Hasil pengkajian fisik wajah oval, pucat dan tidak oedema.

Mata konjungtiva pucat.

Hasil foto torak: cor terdesak ke hemithorax kiri, volume hemithorax kanan agak meingkat, tampak bayangan lusen avaskular di hemithorax kanan disertai collaps paru kanan, corakan bronkovaskular paru kiri normal, hilus kiri tersuperposisi bayangan jantung, sinus kostofrenik dan diafragma kiri baik, mediastum superior tidak melebar dan tulang-tulang tampak intak.

9) Interpretasi data dasar

Berdasarkan hasil pengkajian data subyektif, data obyektif dan hasil foto Torak di atas, maka ditegakkan sebuah diagnosa kebidanan yaitu Bayi Ny. K. D. T usia 3 bulan dengan sesak napas.

Data subyektif pendukung diagnosa yaitu ibu mengatakan pasien mengalami susah bernapas dan batuk berlendir.

Data obyektif pendukung diagnosa yaitu keadaan lemah, sesak napas, dan batuk berlendir.

Data Penunjang cor terdesak ke hemithorax kiri, volume hemithorax kanan agak meingkat, tampak bayangan lusen avaskular di hemithorax kanan disertai collaps paru kanan, corakan bronkovaskular paru kiri normal, hilus kiri tersuperposisi bayangan jantung, sinus kostofrenik dan diafragma kiri baik, mediastum superior tidak melebar dan tulang-tulang tampak intak.

10) Diagnosa kebidanan dan masalah potensial

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan masalah potensial yang akan terjadi pada bayi adalah tension pneumotoraks, hipoksia dan dispnea berat.

11) Tindakan segera

Pantau pola pernapasan dan Kolaborasi dengan dokter, lakukan pemasangan oksigen dan memberikan terapi obat infus D51/4 NS, cefotaxime dan gentamicin.

12) Perencanaan Asuhan

- i. Informasikan pada keluarga tindakan yang akan dilakukan.
Rasional: keluarga pasien bisa mengetahui dan mengerti semua tindakan yang akan dilakukan.
- j. Lakukan observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital.
Rasional: merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien.
- k. Pertahankan O₂ nasal. **Rasional:** Untuk terpenuhinya kebutuhan O₂ dan bayi tidak sesak napas.
- l. Lakukan fisioterapi dada dan punggung. **Rasional:** membantu menghilangkan eksudat dan lendir agar mudah keluar melalui batuk dan pengisapan lendir.
- m. Layani nebulisasi. **Rasional:** untuk mengecerkan sekret agar mudah dikeluarkan.
- n. Berikan motivasi pada orang tua untuk selalu mendampingi anaknya. **Rasional:** Keberadaan orang tua dapat membantu mengurangi kecemasan anak.
- o. Kolaborasi dengan dokter. **Rasioanal:** untuk membantu dalam memberikan terapi yang tepat pada pasien.
- p. Minta persetujuan keluarga untuk tindakan toraksintesis.
Rasional: untuk mengeluarkan udara yang ada dalam kavum pleura menggunakan WSD (*Water Seal Drainase*).

13) Pelaksanaan Asuhan

- i. Menginformasikan pada keluarga tindakan yang akan dilakukan.
Keluarga mengerti dengan tindakan yang akan diberikan pada bayi.

- j. Melakukan observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital. pemeriksaan telah dilakukan dengan hasil KU: lemah, kesadaran :composmentis, suhu: 36,4°C, nadi: 128x/menit, pernapasan: 31x/menit.
- k. Mempertahankan O2 nasal. O2 nasal sudah dipertahankan dengan pemberian 2 liter per menit.
- l. Melakukan fisioterapi dada dan punggung. fisioterapi dada dan punggung sudah dilakukan oleh dokter jaga.
- m. Melayani nebolisasi. Nebolisasi sudah dilakukan dengan baik.
- n. Memberikan motivasi pada orang tua untuk selalu mendampingi anaknya. orang tua sudah mendampingi anaknya. Melakukan Kolaborasi dengan dokter.
- o. Kolaborasi sudah dilakukan.
- p. Meminta kepada keluarga untuk tindakan toraksintesis. Keluarga setuju dengan saran perugas kesehatan.

14) Evaluasi

Tanggal 3 Juli 2017, pukul 08.00 wita lakukan pemeriksaan, hasil pemeriksaan data subyektif: orang tua mengatakan sesak nafas anaknya berkurang, masih batuk berlendir, bayi minum susu formula. Data obyektif: keadaan lemah, kesadaran composmentis, tampak pucat, sesak napas berkurang, batuk berlendir, minum susu formula, infus D5 ¼ NS, Suhu: 36,4 °C, nadi: 128x/menit, pernapasan: 31x/menit, terapi injeksi, luka bekas operasi hernia tertutup kasa steril. Hasil foto torak cor terdesak ke hemithorax kiri, volume hemithorax kanan agak meningkat, tampak bayangan lusen avaskular di hemithorax kanan disertai collaps paru kanan, corakan bronkovaskular paru kiri normal, hilus kiri tersuperposisi bayangan

jantung, sinus kostofrenik dan diafragma kiri baik, mediastum superior tidak melebar dan tulang-tulang tampak intak.

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada by. Ny. K. D. T dengan diagnosa pneumotoraks dilakukan selama 4 hari, mulai tanggal 3 Juli sampai tanggal 7 Juli 2017. Pada tanggal 8 Juli 2017 pasien diperbolehkan pulang oleh dokter spesialis anak dalam keadaan sehat.

CATATAN PERKEMBANGAN

4 Juli 2017

- S: Napas cepat berkurang, minum Pasi 60 cc/3-4 jam.
- O: Keadaan umum: lemah, kesadaran: composmentis, retraksi dinding dada berkurang, hasil foto thoraks: Pneumotoraks, O2 terpasang 1 liter per menit, infus D5 ¼ 9 tetes per menit.
- A: Bersihkan jalan nafas tidak efektif.
- P: Monitor tanda-tanda vital
 Atur posisi tidur semi fowler/ekstensi
 Pertahankan pemberian O2
 Lakukan fisioterapi dada
 Pertahankan cairan parenteral sesuai kebutuhan pasien
 Pertahankan teknik aspetik
 Persiapan ke OK untuk pemasangan WSD
 Lanjutkan tahap sesuai instruksi dokter

5 Juli 2017

- S: Orang tua mengatakan anak sesak berkurang
- O: Ku: lemah. Akral hangat, nadi kuat, tidak panas, sesak berkurang, terpasang infus D5 ¼ NS, minum PASI dalam posisi di pangku, suhu: 36,6° C, nadi 120x/menit, pernapasan: 44x/menit.
- A: Gangguan pola nafas
 Bersihkan jalan nafas tidak efektif
- P: Mengobservasi TTV dan KU pasien
 Atur posisi tidur semifowler/ekstensi
 Pertahankan cairan parenteral
 Lakukan fisioterapi dada
 Pertahankan tekni aseptik dan septik sebelum dan sesudah melakukan tindakan
 Beri anak minum PASI hati-hati dalam posisi dipangku
 Lanjutkan tindakan kolaborasi sesuai instruksi dokter

6 Juli 2017

- S: Orang tua mengatakan anak sesak berkurang, susu habis 60 cc 3-4 jam, tidak panas
- O: Ku: lemah, tidak sesak, tidak panas, terpasang infus D51/4 NS, minum susu formula.
- A: Gangguan pola napas teratasi
- P: Observasi tanda-tanda vital
Kaji pola napas
Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan
Motivasi orang tua untuk selalu berada di dekat pasien.

7 Juli 2017

- S: Tidak sesak, minum PASI 60 cc/3 jam di habiskan
- O: KU: lemas, akral hangat, suhu: 37,1°C, nadi: 120x/menit, pernapasan: 30x/menit, minum susu formula dihabiskan 60 cc, infus terpasang D5 ¼ 10 tetes per menit mikro.
- A: Gangguan pola napas teratasi
- P: Monitor tanda-tanda vital
Kaji pola nafas
Atur posisi ekstensi
Pencegahan tekni aseptik
Layani sesuai instruksi dokter



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia**

LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswi : Irma Lette
NIM : 142111054
Pembimbing I : Ummu Zakiah, SST, M.Keb

NO	Hari/Tanggal	Topik yang di konsul	Catatan Pembimbing	Paraf	Ket
1.	Senin, 03/07/17	Judul.	Paraf Bab 5.	<i>[Signature]</i>	
2.	Selasa, 17/07/2017.	BAB I	- Paraf Bab	<i>[Signature]</i>	
3.	Rabu, 20/07/2017.	Revisi BAB I BAB II	- Ceklap dengan referensi dai man - Dulu (s) BAB III - Paraf Bab II	<i>[Signature]</i>	
4.	Rabu, 28/07/2017	BAB III	Paraf paraf	<i>[Signature]</i>	
5.	Rabu, 02/08 2017.	BAB IV BAB V	Masih belum : bagi tidak ulpt ASI paraf paraf dan konsider	<i>[Signature]</i>	



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG

(STIKes CHM-K)

PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN

JL. MANAFE NO. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Irma S. Lette

NIM : 142 111 054

Pembimbing I : Ummu Zakiah, SST, M.Keb

No	Hari/Tanggal	Materi Pembimbing	Saran Pembimbing	Paraf
1.			Revisi abstrak Suzuki ² , jayar	Ummu Zakiah
2.			ace	Ummu Zakiah
3.				
4.				
5.				



**TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia**

LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswi : Irma S. Lette
 NIM : 142111054
 Pembimbing II : Yohana F. Ladjar, SST





NO	Hari/Tanggal	Topik yang di konsul	Catatan Pembimbing	Paraf	Ket
1.	Jumat 11/8/2017	BAB IV	Revisi bab IV		
2.	Senin 14/8-2017.	Bab 2 & 4	Revisi		
3.	Rabu 16/8-2017	Bab 2 & 4	Revisi sumber buku, Paragraf Daftar Pustaka.		
4	Jumat 18/8-2017.		Lengkapi		
5	Selasa 22/8-2017.		ACC siap ujian		



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI REVISI STUDI KASUS

Nama Mahasiswi : Irma S. Lette
NIM : 142111054
Penguji : Florentianus Tat, S.Kp, M.Kes

NO	Hari/Tanggal	Topik yang di konsul	Catatan Pembimbing	Paraf
				
				
				
				



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI REVISI STUDI KASUS

Nama Mahasiswi : Irma S. Lette
NIM : 142111054
Pembimbing I : Ummu Zakiah, SST., M.Keb



NO	Hari/Tanggal	Topik yang di konsul	Catatan Pembimbing	Paraf
			Revisi	<i>[Signature]</i>
	12/9/17		ace	<i>[Signature]</i>



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia**

LEMBAR KONSULTASI REVISI STUDI KASUS

Nama Mahasiswi : Irma S. Lette
NIM : 142111054
Pembimbing II : Yohana F. L. Ladjar, SST

NO	Hari/Tanggal	Topik yang di konsul	Catatan Pembimbing	Paraf
1.			Perbaikan Penulisan Askebnya ?	
2.	26/9-2017		Dalam bimbingan harus ada Askeb lampiran tdk pakai halaman.	
			ACC	