

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN AN. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS
MALFORMASI ANORECTAL DI RUANG OK CENTRAL
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

AVITA INTAN SAFITRI, S.Kep
NIM.2030016

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

**KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN AN. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS
MALFORMASI ANORECTAL DI RUANG OK CENTRAL
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners**



**Oleh :
AVITA INTAN SAFITRI S.Kep
NIM.2030016**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Avita Intan Safitri, S.Kep

Nim : 2030016

Tanggal Lahir : 05 Februari 1998

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 22 Juli 2021

Penulis

AVITA INTAN SAFITRI S.Kep.

NIM.2030016

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

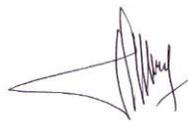
Nama : Avita Intan Safitri
NIM : 2030016
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan keperawatan Pada An. A Dengan Diagnosa Medis
Malformasi Anorectal di Ruang OK Central RSPAL Dr.
Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat
menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk
memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Surabaya, 22 Juli 2021

Pembimbing



Imroatul Farida, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03028

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 22 Juli 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Avita Intan Safitri, S.Kep

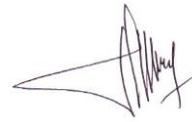
NIM : 2030016

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan An .A Dengan Diagnosa Medis *Malformasi Anorectal* Di Ok Central Rspal Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah Akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji 1 : **Imroatul Farida, S.Kep.,Ns.,M.Kep**
NIP. 03028



Penguji 2 : **Dedi Irwandi, S.Kep.,Ns.,M.Kep**
NIP. 03050



Penguji 3 : **Nuh Huda, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.MB**
NIP. 03.020



Mengetahui,
**KAPRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA**

Nuh Huda, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.MB
NIP. 03.020

Kata Pengantar

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI Dr.Ahmad Samsulhadi selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan Pratik untuk penyusunan karya ilmiah akhir
2. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB., selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Imroatul Farida, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Dedi Irwandi, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Penguji I yang dengan tulus dan ikhlas bersedia memberikan ilmu dalam penulisan serta arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materimateri kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar selama perkuliahan
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin
9. *Last but not least, I wanna thank me, for believing in me, for doing all this hard work, for having no days off, for never quitting, for just being me at all times.*

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya

Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 22 Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

COVER	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penulisan Karya Ilmiah akhir	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Penyakit	9
2.1.1 Pengertian	9
2.1.2 Etiologi	11
2.1.3 Manifestasi Klinis	13
2.1.4 Patofisiologi	13
2.1.5 Komplikasi.....	14
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	14
2.1.7 Penatalaksanaan	16
2.1.8 Prognosis penyakit.....	20
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Malformasi Anorectal.....	22
2.2.1 Pengkajian.....	22
2.2.2 Diagnosa	24
2.2.3 Intervensi.....	25
2.2.4 Implementasi	30
2.2.5 Evaluasi	31
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	34
3.1 Pengkajian	34
3.1.1 Data Dasar.....	34
3.1.2 Pemeriksaan Fisik	34
3.1.3 Pengkajian Pre, Intra, Post Operasi.....	34
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	39

3.2.1 Analisa Data Pre Operasi	39
3.2.2 Analisa Data Intra Operasi	40
3.3.3 Analisa Data Post Operasi.....	42
BAB 4 PEMBAHASAN	45
4.1Pengkajian	45
4.2 Pembahasan Diagnosa.....	48
BAB 5 PENUTUP.....	52
5.1 SIMPULAN	52
5.2 SARAN	53
DAFTAR PUSTAKA	55

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Diagnosa Keperawatan Pre Operasi.....	37
Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan Pre Operasi.....	37
Tabel 3.3 Implementasi & Evaluasi Pre Operasi	38
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan Intra Operasi	39
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan Intra Operasi.....	39
Tabel 3.6 Implementasi & Evaluasi Intra Operasi	39
Tabel 3.7 Diagnosa Keperawatan	40
Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan Intra Operasi.....	40
Tabel 3.9 Implementasi & Evaluasi Intra Operasi	40

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1	
Curiculum Vitae.....	56
LAMPIRAN 2	
Motto dan Persembahan	57
LAMPIRAN 3	
Standart Operasional Prosedure Relaksasi Nafas Dalam	58
LAMIRAN 4	
Standart Operational Prosedure Pemasangan ETT	60
LAMPIRAN 5	
Standart Operational Prosedure Pemasangan Intubasi	62

DAFTAR SINGKATAN

SINGKATAN

CV	: <i>Curriculum Vitae</i>
ETT	: <i>Endo Tracheal Tube</i>
KIA	: Karya Ilmiah AKhir
Ns	: <i>Ners</i>
PSARP	: <i>Posterior Sagital Anorecto Plasty</i>
SDKI	: Standara Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SPO	: Standar Prosedur Operasional

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Atresia ani atau banyak dikenal sebagai malformasi anorectal merupakan kelainan kongenital dimana anus tidak terbentuk secara sempurna sebagaimana anatomi tubuh pada umumnya (Pena A, Levitt MA, 2010). Pada umumnya keadaan atresia ani atau malformasi anorectal sendiri cenderung dijumpai pada bayi yang baru dilahirkan dengan perlunya tindakan bedah anak dengan tepat (Mohanty et al. 2018). Dengan adanya kelahiran yang memiliki kelainan kongenital secara tidak langsung akan memberikan dampak psikis untuk orang tua karena perlunya pengetahuan lebih tentang tindakan yang akan dilakukan sebagai upaya untuk memberikan asuhan terutama yang berfokus pada keadaan buang air besar pada bayi. Pada kondisi ini orang tua akan dihadapkan pada keadaan dimana bayi akan dilakukan tindakan pembuatan kolostomi untuk membantu pengeluaran sisa tinja yang ada. Menurut salah satu peneliti tindakan kolostomi merupakan satu satunya prosedur pembedahan invasif utama yang sangat perlu dilakukan untuk meminimalisir adanya komplikasi yang disebabkan karena kotoran yang tidak bisa keluar (Amanollahi O, Ketabchian S, 2016).

Kelahiran bayi dengan kelainan kongenital merupakan salah satu hal yang perlu diwaspadai karena memiliki angka mortalitas dan morbiditas yang cukup tinggi. Menurut WHO lebih dari 8 juta bayi di seluruh dunia setiap tahunnya lahir dengan kelainan bawaan. Di Amerika Serikat hampir 120.000 bayi lahir dengan kelainan

bawaan setiap tahun. Kelainan bawaan merupakan salah satu penyebab utama dari kematian bayi. Data WHO menyebutkan bahwa dari 2,68 juta kematian bayi, 11,3% disebabkan oleh kelainan bawaan (Kemenkes RI 2018). Berdasarkan data pada presentase jenis kelainan bawaan pada survei sentinel kelainan bawaan yang terjadi pada bulan September 2014 – bulan Maret 2018 didapatkan prosentase kelahiran dengan kelainan bawaan atresia ani sebanyak 9,7% (Kemenkes RI 2018).

Pada kehamilan dengan kelainan kongenital umumnya terjadi pada fase trimester pertama kehamilan pada proses pembentukan organ tubuh, adanya kelainan pada trimester sebelumnya akan mengakibatkan adanya ketidaknormalan pada trimester selanjutnya sehingga terjadi adanya gangguan dalam proses tumbuh kembang. Beberapa penyebab yang timbul dalam adanya gangguan pola tumbuh kembang saat kehamilan akan berujung pada kelainan kongenital. Faktor genetic menjadi salah satu kemungkinan besar untuk mewarisi gen yang memiliki kelainan (anomali). Faktor social ekonomi dan demografi juga merupakan salah satu faktor resiko yang penting dengan pertimbangan pada negara berkembang dengan prevalensi malnutrisi yang cukup tinggi dan paparan terhadap adanya paparan alcohol dan zat berbahaya pada kehamilan lainnya yang menjadi salah satu faktor resiko penting. Faktor lingkungan seperti paparan pestisida, obat terlarang, alcohol, tembakau, timbal, merkuri, dan bahan psikoaktif lainnya. Dan disertai dengan adanya faktor infeksi maupun status nutrisi dimana kurangnya konsumsi multivitamin yang menjadi salah satu penyebab tingginya resiko kelahiran bayi dengan kelainan kongenital (Kemenkes RI 2018). Kelainan kongenital dapat dideteksi dengan beberapa langkah, deteksi pada

masa kehamilan dimana dilakukan melalui riwayat kesehatan keluarga, deteksi pada masa kehamilan seperti pada pemeriksaan USG dimana pemeriksaan tersebut dapat mendeteksi kelainan struktur organ dan sindro down pada trimester kehamilan, dan yang terakhir adalah deteksi pada kehamilan yang tampak seperti *Atresia Ani/Malformasi Rectal, Anensefali, Celah Bibir dan Talipes/Club Foot* (Kemenkes RI 2018).

Sebagai care provider, perawat berperan memberi pelayanan asuhan keperawatan pada pasien yang membutuhkan sesuai dengan prinsip dan etika keperawatan. Dengan adanya potensi kelahiran dengan atresia ani / malformasi anorectal memerlukan penanganan dengan segera. Pada penanganan kelainan kongenital atresia ani akan sesegera mungkin dilakukan prosedur pembedahan invasive untuk meminimalisir komplikasi penyakit yang sudah ada (Kemenkes RI 2018). Pada proses pembedahan memerlukan proses yang panjang seperti salah satunya memerlukan pemeriksaan radiologi dimana pemeriksaan tersebut tidak dapat dilakukan dalam 24 jam pertama karena tidak adanya meconium yang keluar (Pena A, Levitt MA, 2010). Upaya awal dalam menangani kelainan kongenital atresia ani / malformasi anorectal adalah upaya prosedur pembedahan dengan pembuatan kolostomi dimana pembuatan saluran pembuangan di abdomen. Kolostomi yang dibuat pada kolon desenden atau sigmoid lebih menguntungkan karena proses pembersihan kolon akan menjadi lebih mudah (Pena A, Levitt MA, 2010). Pada prosedur pembedahan selanjutnya akan lebih dipersiapkan kembali saat anak dirasa lebih cukup umur untuk proses pembedahan pembentukan anus atau dalam istilah medis disebut dengan

PSARP (*Posterior Sagital Anorectoplasty*). Pada pasien yang telah terpasang kolostomi, prosedur pembedahan PSARP dilakukann setelah pemeriksaan distal kolostogram untuk menentukan lokasi pasti dari fistel dan rektum - melakukan proses ini tanpa kolostogram meningkatkan risiko terjadinya kerusakan pada vesika seminalis, prostat, uretra dan inervasi kandung kemih (Pena A, Levitt MA,2010).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakan masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut :

“Bagaimanaka pelaksanaan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien Atresia ani dengan tindakan PSARP (*Posterior Sagital Anorectoplasty*) di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien Atresia ani dengan tindakan PSARP (*Posterior Sagital Anorectoplasty*) di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien Atresia Ani dengan tindakan PSARP di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada masing-masing diagnosa Keperawatan pasien di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan Asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Karya Ilmiah Akhir

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

1. Secara Teoritis Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian morbidity, disability dan mortalitas pada pasien dengan kelahiran kelainan kongenital.
2. Secara Praktis
 - a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan kelainan kongenital (*atresia ani/ malformasi*)

anorectal) sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan gawat darurat di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat di gunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien dengan atresia ani serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

c. Bagi keluarga dan klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang bagaimana cara perawatan pasien dengan atresia ani yang memiliki kolostomi sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat.

d. Bagi penulis selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan kegawatdaruratan pasien dengan *atresia ani* sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

b. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutny

3. Sumber Data

a. Data Primer

Adalah data yang di peroleh dari pasien

b. Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

c. Studi Kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab yang telah ditentukan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi: 1) Konsep Malformasi Anorectal, 2) Konsep Asuhan Keperawatan Malformasi Anorectal, 3) Konsep Asuha Keperawatan

2.1 Malformasi Anorectal / Atresia Ani

2.1.1 Pengertian Malformasi Anorectal

Malformasi anorektal dalam dunia kedokteran disebut juga sebagai anus imperforata, atresia ani atau kelainan ektopik anal. Malformasi anorektal adalah kelainan kongenital yang meliputi anus, rektum, atau batas di antara keduanya. Malformasi anorektal termasuk kelainan-kelainan kongenital yang terjadi karena gangguan pemisahan kloaka menjadi rektum dan sinus urogenital. Pada kelainan bawaan anus umumnya tidak terdapat kelainan rektum, sfingter dan otot dasar panggul (Derbew M, Levitt MA, 2009).

Malformasi anorektal termasuk ke dalam sindroma VACTERL (defek Vertebra, malformasi anorektal, defek Cardiac, fistula Tracheo-Esofageal, anomaly Renal, abnormal Limb). Enam puluh sampai Sembilan puluh persen penderita dengan sindrom VACTERL mempunyai penyempitan atau blokade pada anus (malformasi anorektal). Malformasi anorektal bisa disertai dengan kelainan pada genital dan traktus urinaria (Solomon BD, 2011).

Malformasi anorektal atau atresia ani merupakan satu dari berbagai kelainan kongenital yang terjadi pada anak. Atresia ani (anus Imperforate) merupakan suatu keadaan lubang anus tidak memiliki lubang. Kata Atresia berasal dari bahasa Yunani yang memiliki arti tidak ada, dan trepsis yang artinya nutrisi atau makanan.

Menurut istilah kedokteran, atresia ani adalah merupakan keadaan tidak adanya atau tertutupnya lubang badan yang normal (Putra, 2012).

Atresia ani adalah kelainan kongenital atau bawaan yang menunjukkan keadaan seseorang tanpa anus atau anus yang tidak sempurna. Perkembangan terkini untuk mengatasi malformasi anorectal diantaranya yaitu terapi pembeahan yang sudah pernah dijumpai cut back sederhana hingga yang sering dikerjakan saat ini, yang disebut *posterior saggital anorectoplasty* (PSARP) (Lokananta & Rochadi, 2014).

2.1.2 Etiologi

Kegagalan atau ketidaksempurnaan dalam proses embriogenesis dapat menyebabkan terjadinya malaformasi pada jaringan atau organ. Perkembangan awal dari suatu jaringan atau organ tersebut berhenti, melambat atau menyimpang sehingga menyebabkan terjadinya suatu kelainan struktur yang menetap. Kelainan ini mungkin terbatas hanya pada satu daerah anatomi, mengenai seluruh organ, atau mengenai berbagai system tubuh yang berbeda (Effendi SH, Indrasanto E, 2009).

Kegagalan perkembangan yang lengkap dari septum urorektalis menghasilkan anomali letak tinggi atau supra levator. Sedangkan anomali letak rendah atau infra levator berasal dari defek perkembangan proktoderm dan lipatan genital. Pada anomali letak tinggi, otot levator ani perkembangannya tidak normal. Sedangkan otot sfingter eksternus dan internus dapat tidak ada atau rudimeter (Pena A, Levitt MA, 2008).

Etiologi malformasi anorektal belum diketahui penyebabnya, namun terdapat beberapa teori menyatakan bahwa malformasi anorektal dapat disebabkan karena beberapa hal diantaranya adalah : a. Kelainan genetic, b. ibu terpapar bahan toxic pada saat kehamilan, c. Infeksi, d. Malnutrisi. e. Terputusnya saluran pencernaan dari atas dengan daerah dubur, sehingga bayi lahir tanpa lubang dubur, f. Gangguan organogenesis dalam kandungan, g. Berkaitan dengan sindrom down, h. Dapat disebabkan oleh beberapa zat seperti ethinylthiorea, turunan asam retinoik dan adriamisin.

Menurut (Betz & Gowden, 2012) dalam buku saku keperawatan pediatrik edisi 7 menyebutkan beberapa etiologi atresia ani seperti :

- a. Adanya kegagalan pembentukan septum urorektal secara sempurna dikarenakan adanya gangguan pertumbuhan, fusi atau pembentukan anus dari tonjolan embrionik.
- b. Terputusnya saluran cerna bagian atas dengan dubur sehingga menyebabkan bayi lahir tanpa lubang anus.
- c. adanya gangguan organogenesis saat masa kehamilan penyebab atresia ani, biasanya kegagalan pertumbuhan bayi dalam kandungan saat berumur 12 minggu atau 3 bulan.
- d. Kongenital, dimana sfingter internal yang mungkin tidak memadai

2.1.3 Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala klinis pada penderita atresia ani menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) yaitu :

- a) Tidak keluarnya mekonium pada 24 jam pertama setelah kelahiran
- b) Bayi tidak dapat dilakukan pengecekan suhu melalui rektal.
- c) Pada umumnya mekonium keluar melalui sebuah fistula atau anus yang salah letaknya,
- d) danya distensi abdomen secara bertahap dan tanda - tanda obstruksi usus (bila tidak terdapat fistula)
- e) Pada umur 24-48 jam bayi mengalami muntah-muntah, f) Ditemukannya membrane anal pada pemeriksaan rectal touch, g) Distensi abdomen.

2.1.4 Patofisiologi

Normalnya, pada minggu ke-5 terjadi pemisahan rektum dengan sinus urogenital. Pada minggu ke-8 terjadi ruptur membran anus sehingga terdapat lubang di kulit anus. Malformasi anorektal terjadi karena terganggunya proses perkembangan organ atau adanya kelainan saat embriogenesis. Namun demikian, etiologinya belum diketahui secara pasti, diduga bersifat multifactorial (Tanto C, Budianto IR, 2010)

Kelainan dalam perkembangan proses-proses ini pada berbagai stase menimbulkan suatu spektrum anomali, kebanyakan mengenai saluran usus bagian bawah dan genitourinaria. Hubungan yang menetap antara bagian genitourinaria dan bagian rektum kloaka meimbulkan fistula (Sadler TW,2012)

2.1.5 Komplikasi

Ketelitian saat melakukan inspeksi perineal saat periode neonatus 24 jam pertama kehidupan sangat penting sebagai kunci untuk mendiagnosa banyak jenis dari malformasi anorektal. Walaupun pada pasien dengan malformasi anorektal letak rendah diagnosis tidak dapat langsung ditegakkan, namun pada saat anak sudah mulai bertumbuh (later age). Akibat keterlambatan diagnosa malformasi anorektal (>24 jam) berarti akan mengundur penatalaksanaan yang mana bisa memicu penambahan pembedahan dan komplikasi fungsional seperti: konstipasi yang kronis didapati pada pasien dengan keterlambatan diagnosis atau inkontinensia feses sampai dewasa tanpa menyadari penyebab yang sesungguhnya dari keluhan. Gejala seperti susah mengeluarkan feses, penambahan berat badan yang inadkuat, distensi abdomen, nyeri perineal, dan infeksi saluran kemih. Keterlambatan dalam mendiagnosa dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas (Statovci S, Grajčevci S, 2015).

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Terdapat beberapa pemeriksaan penunjang untuk mendiagnosa malformasi anorektal, seperti:

- a. Prone cross-table lateral view
- b. USG (Ultrasonography)

Pemeriksaan malformasi anorektal dengan menggunakan USG merupakan pemeriksaan yang cukup sederhana di rumah sakit. Dengan

pemeriksaan ini dapat ditentukan antara anal dan rektum yang buntu (Tanto C, Budianto IR, 2010).

c. Invertogram (knee chest position)

Pemeriksaan invertogram digunakan untuk menentukan hubungan antara ujung distal rektum dengan perineum. Pasien dibiarkan dalam posisi knee-chest selama 5-10 menit, kemudian dilakukan foto lateral. Apabila jarak rectum dan kulit 1cm disebut lesi letak tinggi (Tanto C, Budianto IR, 2010).

Sewaktu foto diambil, bayi diletakan terbalik (kepala dibawah) atau tidur telungkup, dengan sinar horizontal diarahkan ke trokanter mayor. Selanjutnya diukur jarak dari ujung udara yang ada diujung distal rektum ke tanda logam di perineum

d. MRI atau CT-scan

Pemeriksaan dengan menggunakan MRI (Magnetic Resonance Imaging) atau CT-scan (Computed Tomography) untuk mengevaluasi kompleks otot pelvis dan panggul (Tanto C, Budianto IR, 2010).

e. Urinalis

Pemeriksaan urinalisis dilakukan pada anak laki-laki untuk mengetahui fistel urin (mekoneum keluar melalui saluran kemih). Pada anak perempuan untuk tipe kloaka (saluran kemih, vagina dan rektum bermuara pada satu lubang di daerah kemaluan) (WHO,2005).

f. Pemeriksaan Lain

Dilakukan pemeriksaan lain karena anak dengan malformasi anorektal memiliki asosiasi dengan kelainan lainnya. Asosiasi VACTERL (vertebral, anal, cardiac, tracheal-esophageal, renal, limb) harus diselidiki pada setiap pasien dengan malformasi anorectal (Tanto C, Budianto IR, 2010).

Sedangkan menurut (Betz & Gowden, 2012) menjelaskan beberapa pemeriksaan penunjang lainnya adalah : a) Pemeriksaan radiologi, ini dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya obstruksi intestinal, b) sinar X abdomen, akan berguna untuk menentukan kejelasan gambar keseluruhan bowel serta mengetahui jarak pemanjangan kantung rectum dari sfingternya c) Pvelografi intra vena, menilai pelviokalis dan ureter, d) Pemeriksaan fisik rectum, biasanya akan dilakukan colok dubur atau lebih mudahnya dilakukan pengecekan suhu melalui anus.

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan malformasi anorektal bergantung pada klasifikasinya.

1. Tata laksana umum

Tata laksana umum untuk anak dengan malformasi anorektal adalah sebagai berikut:

- a. Pasien dipuasakan.
- b. Cairan intravena, dapat diberikan kristaloid.
- c. Tata laksana kondisi yang mengancam hidup seperti infeksi, hipotermi, dan lain-lain. Antibiotik spectrum luas dapat diberikan.

- d. Edukasi kepada keluarga pasien mengenai prosedur operasi beberapa tahap dan lama, adanya kemungkinan infeksi dan operasi berulang, terjadi neurogenic bladder, dan inkontinensia alvi pasca-operasi (Behrman RE, Kliegman RM, 2010)

2. Tata laksana operatif

Pasien dengan kasus malformasi anorektal dirujuk ke spesialis bedah anak untuk mendapatkan tata laksana defenitif. Tata laksana operatif pada bayi laki-laki dan perempuan berbeda bergantung kepada jenis dan atau letak lesi.

a. Bayi laki-laki

- 1) Apabila pada pemeriksaan fisis didapatkan lesi letak rendah (fistula perineum, bucket handle, stenosis anal, anal membran, dan fistula midline raphe), kolostomi tidak diperlukan. Anak hanya memerlukan tindakan PSARP (Posterior Sagittal Anorectoplasty) minimal. Pada tindakan ini dilakukan pemisahan rectum dan hanya otot sfingter eksternus yang di belah.
- 2) Apabila didapatkan pasien dengan flat bottom atau ada mekonium di dalam urin atau udara pada kandung kemih, koostomi diperlukan sebelum operasi defenitif. Empat sampai delapan minggu setelahnya, PSARP dapat dikerjakan.
- 3) Apabila dari pemeriksaan klinis masih meragukan, invertogram dikerjakan. Apabila jarak kulit dan usus >1 cm, kolostomi perlu dilakukan sebelum PSARP (Tanto C, Budianto IR, 2010).

b. Bayi perempuan

- 1) Adanya kloaka pada bayi perempuan merupakan kondisi yang sangat serius dan diperlukan tindakan segera. Kolostomi, vesikostomi, dan vaginostomi mungkin dikerjakan. Apabila bayi tumbuh dengan keadaan baik, PSARVUP (Posterior Anorectoplasty & Vaginal-urethroplasty) akan dikerjakan enam bulan kemudian
- 2) Pasien dengan fistula agina/vestibular akan menjalani kolostomi diikuti dengan PSARP 4-8 minggu kemudian.
- 3) Pasien dengan fistula kutaneus/perineum menjalani minimal PSARP tanpa kolostomi pada masa neonatus sebagai terapi.
- 4) Pasien tanpa fistula yang tidak terhubung dengan genital atau perineum memerlukan invertogram (Sadler TW,2012)

c. Manajemen penanganan

Pada kasus lesi letak rendah (laki-laki dan perempuan), dilakukan prosedur perbaikan tunggal tanpa kolostomi. Terdapat tiga jenis pendekatan yang digunakan:

- a. Fistula terletak di lokasi normal. Dilatasi (businasi) saja biasanya bersifat kuratif
- b. Fistula terletak di anterior sfingter eksternus dengan jarak lubang ke pertengahan sfingter dekat. Pada kasus ini dilakukan PSARP minimal.
- c. Fistula terletak di anterior sfingter eksternus dengan jarak lubang ke pertengahan sfingter jauh. Pada kasus ini dapat

dilakukan limited PSARP dimana otot sfingter eksternus, serabut otot, dan kompleks otot dibedah, tetapi tidak membelah os. koksigeus.

Pada kasus letak sedang dan tinggi, diperlukan rekonstruksi yang terdiri dari tiga tahap:

- 1) Tahap 1: kolostomi. Pada tahap ini, kolon sigmoid dibagi utuh menjadi 2 bagian distal untuk mukosa fistula.
- 2) Tahap 2: prosedur pull through. Prosedur ini dilakukan 3-6 bulan setelah kolostomi. Dilakukan penarikan kantung rektal yang paling ujung ke posisi normal. PSARP (posteriosagital rektoanoplasti) merupakan prosedur yang paling sering digunakan. PSARP membelah otot sfingter eksternus, kompleks otot, dan os. koksigeus.
- 3) Tahap 3: penutupan kolostomi dan businasi. Dilatasi anus (businasi) dimulai 2 minggu setelah tahap 2 sampai ukuran businasi sudah tercapai sesuai usia baru dilakukan penutupan kolostomi (Tanto C, Budianto IR, 2010).

Menurut (Suriadi & Yuliani, 2010 dalam Kurniah, 2013) penatalaksanaan pada penderita atreia ani adalah sebagai berikut :

- a. Penatalaksanaan Medis
- b. Prosedur pembedahan, prosedur ini dapat dilakukan saat klien baru lahir sesuai dengan tingkat keparahan defek. Pada umumnya atresia ani dengan

anomaly letak tinggi akan dilakukan pembuatan kolostomi beberapa hari setelah lahir, bedah definitifnya yaitu anoplasty perienal atau prosedur penarikan perineum abdominal. Sedangkan untuk atresia ani letak rendah dapat dilakukan penarikan kantong rektal (Posterior Sagittal Anorectoplasty/ PSARP) melalui sfingter sampai ke lubang pada kulit anal dan apabila terdapat fistula maka fistula akan ditutup. Dan dilatasi anal, ini dapat dilakukan secara digital ataupun manual. Dilatasi anal dilakukan dua kali sehari selama 30 detik dalam jangka waktu 1-2 minggu menggunakan hegar dilator, ukuran dilator akan terus diganti ke ukuran yang lebih besar setiap minggunya.

- c. Pemberian cairan parenteral (KAEN 3B)
- d. Pemberian antibiotic guna mencegah infeksi pasca operasi seperti cefotaxime dan gramicin.

2.1.8 Prognosis

Penderita fistula perineum dan atresia rektum dari kedua jenis kelamin seharusnya mendapatkan hasil fungsional yang sangat baik setelah perbaikan cacatnya, seharusnya dapat kontinen sempurna. Penderita laki-laki dengan fistula bulbar rektouretra dan penderita dari kedua jenis kelamin dengan anus imperforata tanpa fistula juga mempunyai prognosis baik. Sekitar 80% mencapai kontinensi usus antara umur 3 dan 4 tahun. Sejumlah besar penderita kadang-kadang dapat menderita karena ada sedikit cecaran. Penderita laki-laki dengan fistula prostatika rektouretra mempunyai peluang sekitar 60% mencapai pengendalian usus pada umur 3 tahun.

Penderita laki-laki dengan fistula rektovesika mempunyai prognosis fungsional yang jelek. Hanya sekitar 20% mempunyai gerakan usus volunteer pada usia 3 tahun (Behrman RE, Kliegman RM, 2010). Sakrum yang abnormal biasanya berarti penderita tersebut akan menderita inkontinensi tinja, paling sering disertai dengan fistula rektovesika atau fistula rektoprostatika. Jarang didapatkan jenis cacat dengan prognosis baik, seperti fistula perineum atau fistula vestibuler, yang disertai dengan sakrum yang jelek.

Penderita dengan kloaka persisten yang saluran bersamanya kurang dari 3 cm mempunyai peluang sekitar 80% mengalami gerakan usus volunteer pada usia 3 tahun; kebanyakan miksi terkendali. Jika saluran bersama lebih panjang dari 3 cm, kebanyakan mengalami inkontinensia tinja dan membutuhkan kateterisasi sebentar-sebentar (intermittent) untuk mengosongkan kandung kencingnya. Penderita dengan kloaka persisten dengan saluran bersama lebih dari 3 cm biasanya mempunyai sakrum abnormal (Behrman RE, Kliegman RM, 2010).

Sejumlah besar penderita inkontinensia tinja dan kadang-kadang inkontinensia urin. Bila penderita ini cukup besar untuk aktif secara sosial, harus dilakukan suatu program medis untuk manajemen pengendalian usus dan urin. Penggunaan enema, supositoria, irigasi kolon, diet khusus, dan kadang-kadang obat-obatan untuk mengatur motilitas kolon akan memungkinkan mereka tetap bersih selama 24 jam, memperbaiki kualitas hidupnya. Penderita dengan inkontinensia tinja yang menderita diare berkepanjangan biasanya refrakter terhadap pengelolaan medis dan membutuhkan kolostomi permanen (Behrman RE, Kliegman RM, 2010).

Kebanyakan penderita yang harus dioperasi untuk memperbaiki malformasi anorektal akan mengalami berbagai tingkat konstipasi. Gejala-gejala ini lebih berat pada cacat yang lebih bawah dan yang lebih sederhana. Penderita yang mengalami kolostomi secara tidak memadai (putaran kolostomi yang memungkinkan keluarnya tinja dari bagian proksimal ke ujung distal usus) dapat mengalami konstipasi lebih parah. Penderita-penderita tersebut membutuhkan diet kaya serat dan kadang-kadang diberi pencahar untuk mengosongkan rektum setiap hari. Pengobatan medis yang tidak efektif dapat memperburuk masalah; rektosigmoid terus membesar dan pengosongan menjadi tidak efisien, menyebabkan tugas penanganan lebih sukar dilakukan (Behrman RE, Kliegman RM, 2010).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Malformasi Anorectal

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian yang dapat dilakukan oleh perawat untuk mendapatkan data objektif maupun subjektif dari ibu menurut (Dewi, 2013)

- a. Biodata : Nama, umur, alamat, tanggal lahir
- b. Keluhan utama : distensi abdomen
- c. Riwayat kesehatan
 - 1) Riwayat Kesehatan Sekarang : Muntah, perut kembung dan membuncit, tidak bisa buang air besar, meconium keluar dari vagina atau meconium terdapat dalam urin

- 2) Riwayat Kesehatan Dahulu : Klien mengalami muntah – muntah setelah 24-48 jam pertama kelahiran
- 3) Riwayat Kesehatan Keluarga : Merupakan kelainan kongenital bukan kelainan/ penyakit menurun sehingga belum tentu dialami oleh anggota keluarga yang lain.

d. Riwayat tumbuh kembang

- 1) Berat badan lahir abnormal
- 2) Kemampuan anak, baik motoric kasar, halus, kongnitif dan tumbuh kembang anak (pernah mengalami trauma saat sakit atau trauma lainnya)
- 3) Sakit kehamilan mengalami infeksi intrapartal

e. Pola nutrisi – Metabolik

Anoreksia, anak akan mengalami penurunan BB hingga malnutrisi. Hal ini umum terjadi pada penderita atresia ani post colostomy. Keinginan makan cenderung terganggu oleh mual dan muntah efek samping anastesi.

f. Pola Eliminasi

Dikarenakan penderita atresia ani tidak terdapat lubang pada anusnya hingga menyebabkan pasien tidak dapat mengeluarkan sisa metabolisme yang dapat menyebabkan kesulitan dalam defekas

g. Pola Aktivitas dan Latihan

Pola aktivitas dan Latihan ini dipertahankan guna menghindari terjadinya kelemahan otot

h. Pola Istirahat dan Tidur

Pada pasien atresia ani, pasien cenderung terganggu pola tidur dan istirahatnya dikarenakan rasa nyeri diarea insisi akibat prosedur operasi.

i. Pemeriksaan Fisik

Pada umumnya akan didapatkan hasil pemeriksaan fisik yaitu, anus tampak memerah, usus melebar, terkadang tampak ileus obstruktif, thermometer yang dimasukan kedalam anus akan tertahan, pada auskultasi terdengar hiperperistaltik, dan meconium tidak keluar dalam 24 jam setelah bayi lahir, tinja dalam urin dan vagina.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin akan muncul pada penderita atresia ani menurut (Nurarif & Kusuma, 2015)& (PPNI, 2017)

a. Pre Operasi

1) Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional ditandai dengan pasien tampak tegang, pasien tampak gelisah (SDKI/D.0080/180

Kategori : Psikologis

Subkategori : Integritas Ego

b. Intra Operasi

2) Resiko Aspirasi ditandai dengan Terpasang Endotracheal Tube (SDKI/D.0006/28)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Respirasi

c. Post Operasi

- 3) Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Efek agen farmakologis (anastesi) (SDKI/D.0001/18)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Respirasi

- 4) Resiko Perdarahan ditandai dengan Tindakan Pembedahan (SDKI/D.0012/42)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Sirkulasi

- 5) Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif ditandai dengan Trauma (D.0015)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Sirkulasi

- 6) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Program pembatasan gerak

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Aktivitas/Istirahat

2.2.3 Intervensi Keperawatan & Kriteria Hasil

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam

usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi 2012).

1) Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional ditandai dengan pasien tampak tegang, pasien tampak gelisah (SDKI/D.0080/180)

a. Luaran (Tim Pokja SLKI PPNI, 2019)

Luaran Utama : Tingkat Ansietas

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan

Tingkat Ansietas Menurun, dengan kriteria hasil : Perilaku gelisah

Menurun. Perilaku tegang Menurun

b. Intervensi (Tim Pokja SIKI PPNI 2018)

Intervensi utama : Reduksi Ansietas

a) Monitor tanda-tanda ansietas

b) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkembangkan kepercayaan

c) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan

c. Rasional :

a) Kenali penyebab kecemasan, pengakuan atas perasaan pasien memvalidasi perasaan dan mengkomunikasikan penerimaan perasaan tersebut.

b) Kesadaran akan lingkungan mendorong kenyamanan dan dapat mengurangi kecemasan

c) Pertahanan tidak terancam pasien mungkin akan merasa aman

(NANDA,2017)

2) Resiko Aspirasi ditandai dengan Terpasang Endotracheal Tube (SDKI/D.0006/28)

a. Luaran Utama : Tingkat Aspirasi

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan Tingkat Aspirasi Menurun dengan kriteria hasil : Tingkat Kesadaran Meningkat, Kemampuan Menelan Meningkat, Gelisah Menurun

b. Intervensi

Intervensi Utama : Manajemen Jalan Nafas Utama

a) Monitor status pernafasan

b) Pertahankan kepatenan jalan nafas

c) Lakukan penghisapan jalan nafas

d) Suction

c. Rasional :

a) Menurunkan resiko aspirasi atau obstruksi

b) Memaksimalkan oksigen untuk kebutuhan tubuh dan mencegah terjadinya hipoksia

c) Menurunkan resiko aspirasi

d) Memudahkan dan meningkatkan aliran secret (NANDA, 2017)

3) Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Efek agen farmakologis (anastesi) (SDKI/D.0001/18)

a. Luaran Utama : Bersihan Jalan Nafas

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1x1 jam diharapkan Bersihan Jalan Nafas Meningkat dengan kriteria hasil : Produksi sputum menurun

b. Intervensi

Intervensi Utama : Manajemen Jalan Nafas

- a) Monitor tanda-tanda vital
- b) Monitor bunyi nafas
- c) Suction
- d) Monitor sputum
- e) Berikan posisi miring ke kiri
- f) Pemberian alat bantu nafas simple mask

c. Rasional :

- a) Pemantauan dyspnea, sianosis yang merupakan tanda terjadinya gangguan nafas disertai dengan kerja jantung yang menurun
- b) Pemantauan bunyi nafas sebagai gangguan pernafasan
- c) Suction merupakan tindakan bantuan untuk mengeluarkan secret
- d) Mengetahui keluaran yang dikeluarkan
- e) Secara anatomi cairan berlebih dalam mulut akan keluar dengan sendirinya
- f) Pemberian oksigen untuk membantu pemenuhan oksigen

(NANDA,2017)

4) Resiko Perdarahan ditandai dengan Tindakan Pembedahan (SDKI/D.0012/42)

a. Luaran Utama : Tingkat Perdarahan

Setelah diberikan intervensi selama 1x30 menit diharapkan Perdarahan Menurun dengan kriteria hasil : Kognitif Meningkat

b. Intervensi

Intervensi Utama : Pencegahan Perdarahan

- a) Pertahankan bed-rest
- b) Terpasang tampon pada area post op (anus)
- c) Beri metode bedong pada ekstermitas bawah pasien

c. Rasional :

- a) Mengurangi pergerakan aktivitas berlebih
- b) Mengurangi perdarahan
- c) Meminimalisir pergerakan aktif ekstermitas bagian bawah

5) Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif ditandai dengan Trauma (D.0015)

a. Luaran Utama : Perfusi Perifer

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan Perfusi Perifer Meningkat dengan kriteria hasil : Denyut nadi perifer Meningkat, Warna kulit pucat Menurun

b. Intervensi

Intervensi Utama : Perawatan Sirkulasi

- a) Periksa sirkulasi perifer (eksternitas bawah)

- b) Hindari pemasangan infus dan pengambilan darah pada area tersebut
 - c) Berikan fleksibilitas dalam pembedongn
- c. Rasional
- a) Mengetahui pasokan suplai oksigen ke ekstermitas
 - b) Meminimalisir adanya phlebitis karena tekukan
 - c) Memaksimalkan oksigen pada organ terjaun dari jantung
- 6) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Program pembatasan gerak (D.0054)
- a. Luaran : Mobilitas Fisik
- Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Mobilitas Fisik Meningkat dengan kriteria hasil : Pergerakan ekstermitas Meningkat, Gerakan tidak terkondisi Menurun, Kecemasan Menurun
- b. Intervensi
- Intervensi Utama : Dukungan Ambulasi
- a) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
 - b) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan bantuan
 - c) Anjurkan melakukan ambulasi dini

2.2.4 Implementasi Keperawatan

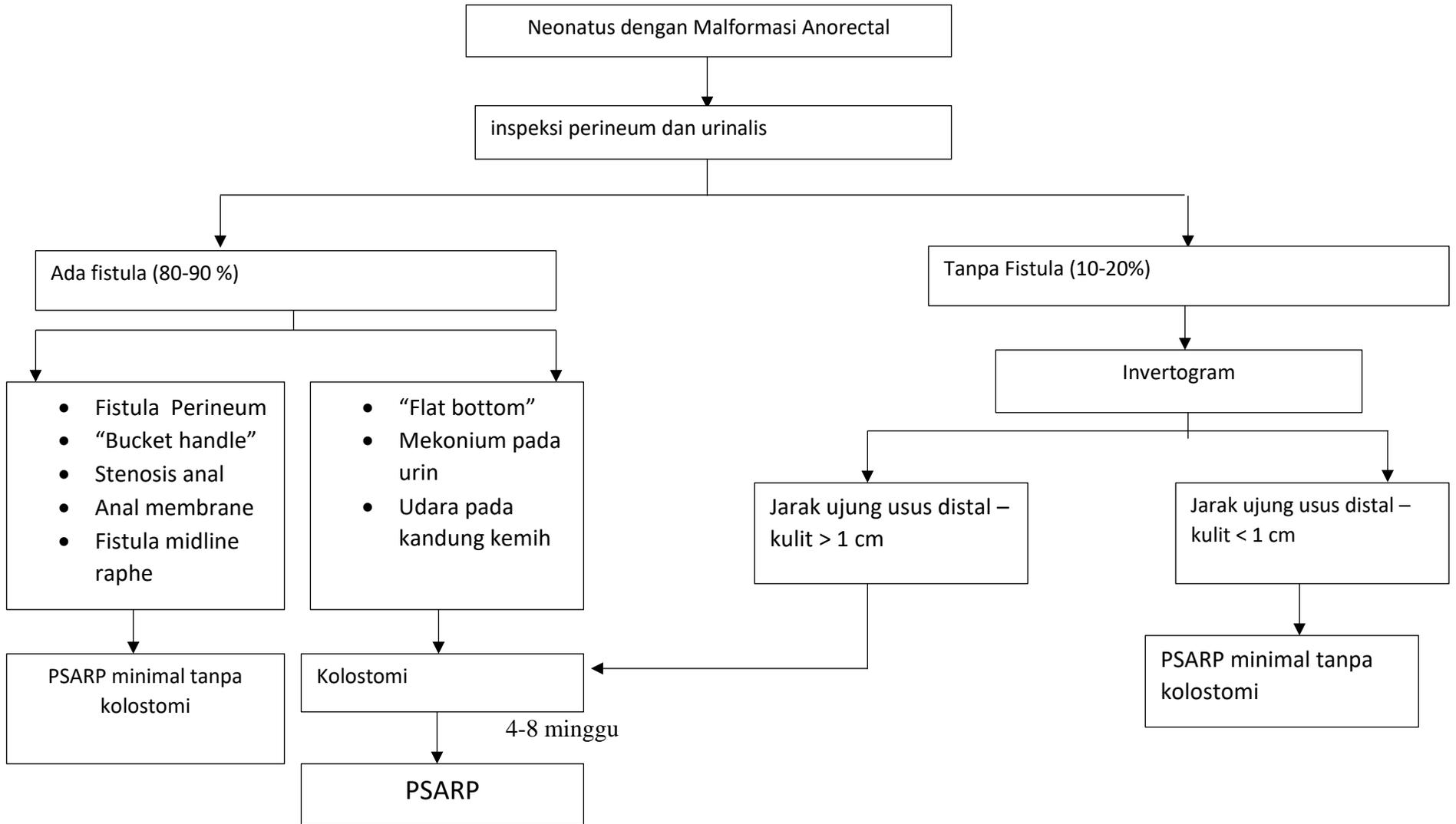
Tahap pelaksanaan merupakan tahap ke-4 dari proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan. Dalam

tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya fisik dan perlindungan terhadap klien, Teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien. Dalam pelaksanaan rencana tindakan terdapat 2 jenis yaitu : tindakan mandiri dan kolaborasi. (Hidayat, 2010)

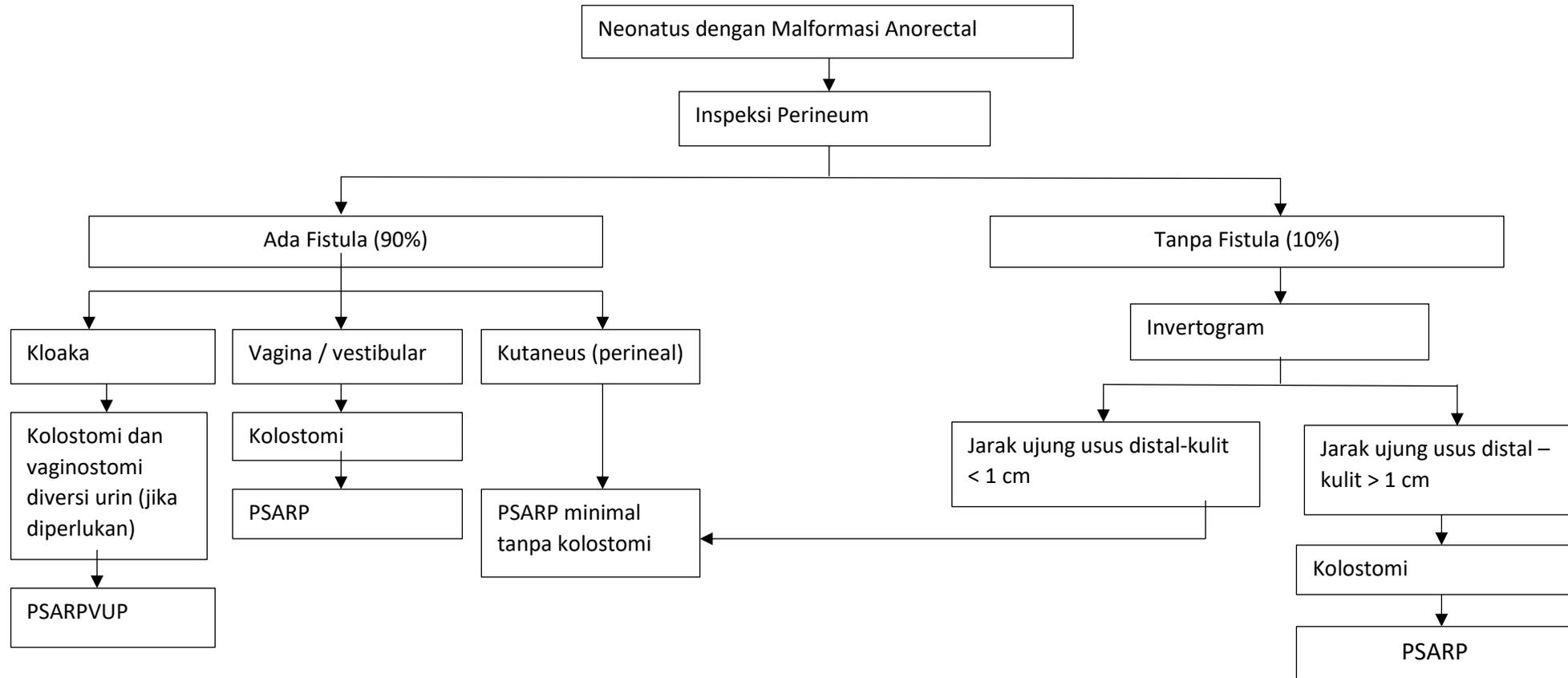
2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan yang terjadi pada keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012).

2.3 Web Of Cautions



Gambar 2. Algoritme Tata Laksana Malformasi Anorektal pada anak laki-laki (Pena A, Levitt MA, 2010)



Gambar 2. Algoritme Tata Laksana Malformasi anorektal pada Anak Perempuan (Pena A, Levitt MA, 2010)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada An. A dengan diagnosis medis Malformasi Anorectal meliputi : 1) Pengkajian, 2) Dianosa Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Dasar

An. A merupakan anak pertama dari pasangan Ny. A dan Tn. U yang berjenis kelamin laki-laki berusia (16 bulan), beragama Islam, yang tinggal di Dsn. pakis jajar/ Jawa Timur dengan nomer register XYZ.666. Pasien dirawat dengan dianosa medis Atresia ani yang akan drencanakan prosedur pembedahan PSARP (Posterior Sagital Anorectoplasty). Pasien masuk pada 1 April 2021 dengan permintaan opname melalui kelas URJ (unit rawat jalan) yang tela disetujui oleh ruma sakit pada tanggal 07 April 2021.

Keluhan utama pasien masuk rumah sakit adalah dikarenakan pasien mengalami kelahiran dengan kelainan kongenital atresia ani yang dimana pasien tidak memiliki lubang pada anus. Dalam riwayat penyakit sekarang pasien merupakan anak usia 16 bulan dengan kelainan kongenital yang datang ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pada tanggal 07 April 2021 Pasien telah masuk ruang rawat inap dengan rencana pembuatan anus (Posterior Sagital Anorectoplasty). Selama ini pasien menggunakan kolostomi sebagai alternative untuk mengeluarkan sisa makanan yang telah dicerna. Pada saat dikaji terhadap riwayat keluarga yang memiliki kelainan

kongenital ibu pasien menyanggah dan mengatakan tidak memiliki riwayat keluarga dengan kelahiran kelainan kongenital (atresia ani / malformasi anorectal)

3.1.2 Pemeriksaan Fisik :

Pada pemeriksaan fisik An. A didapati bahwa tampak merengek saat dilakukan pemeriksaan di poli. keadaan umum An. A baik, kesadaran composmentis, tekanan darah tidak terkaji, Nadi 100 kali per menit, suhu 36^o Celcius dan pernafasan sebanyak 28 kli per menit.

Gambaran umum terdapat adanya kolostomi pada area abdomen bagian kiri bawah dengan keadaan luka kolostomi berwarna merah, tepian luka kolostomi tampak lembab, kantong kolostomi didapati adanya sedikit sisa feses yang keluar namun tidak didapati tanda tanda terhadap adanya infeksi pada luka kolostomi. Pada sebelum tindakan prosedur pembedahan kantong kolostomi diganti dengan yang baru karena dikhawatirkan adanya sisa feses yang terdapat pada kantung kolostomi akan menginfeksi saat prosedur pembedahan dijalankan.

3.1.3 Pengkajian

1. Pre Operasi

Pada pengkajian pre operasi dimana pengkajian yang mulai dilakukan dari awal anamnesa di ruang poli anak hingga pasien tersebut berada di ruang OK Central. Pada pengkajian ini didapatkan bahwa keadan umum baik, kesadaran composmentis, total GCS : 15, tekanan darah tidak terkaji, nadi 100 kali per menit, suhu 36^o celcius, dan pernafasan 28 kali per menit. Pada pemeriksaan airway didapatkan pasien tidak ada sumbatan pada jalan nafas, tidak ada suara nafas tambahan saat bernafas, pada

pemeriksaan breathing pasien didapatkan bahwa pasien dapat bernafas secara normal dengan tanpa bantuan dengan frekuensi 28 kali per menit, pernafasan dilakukan tanpa menggunakan alat bantu nafas dan tidak ada penggunaan otot bantu nafas maupun tanda sianosis, Pada pemeriksaan sirkulasi didapatkan bahwa kecepatan nadi sebanyak 99 kaliper menit dengan irama regular ak didapatkan kelainan bunyi jantung, CRT < 2 detik dan telah terpasang infus D5 dengan 20 tpm. Pada pemeriksaan disability pasien menunjukkan bahwa pasien memiliki kesadaran composmentis dengan GCS : E : 4 V : 5 M : 6 dengan total : 15. Pada pemeriksaan antropometri didapatkan berat badan pasien : 9,9 kg dengan tinggi 77 cm. Didapatkan pemeriksaan laboratorium sebagai berikut : Hb : 12,1 (13,0-17), Leukosit : 14 (4000-10.000) , Trombosit : 340.000 mm³ (150.000-400.000), BUN : 6 mg/dL (10-24), Kreatininie: 0,5 mg/dL (0,6-1,5), SGOT : 38 U/I (0-50), SGPT : 13 U/I (0-50), Albumin : 3,97 mg/dL (3,40-4,80), Natrium : 139,5 mmol/L (135,0-147,0), Kalium : 3,88 mmol/L (3.00-5.00), Chlorida : 106,4 mmol/L (95,0-105,0) dan telah dilakukan rapid swab antigen dengan hasil negative, foto thorax terbaca normal dan foto rontgent berfokus pada lateral pelvis.

Rangkaian sebelum proses tindakan, keluarga pasien perlu menyetujui inform content yang telah disediakan (inform concent pembiusan dan inform concent pembedahan) dan pasien diharuskan untuk berpuasa terlebih dahulu. dengan demikian An. A terakhir makan pada pukul 22.00. Pada An. A didapatkan ASA 2 dengan advis dokter pemberian general anasthesi. Pada proses sign in : Pasien diberikan posisi supinasi litotomi Perawat melakukan positioning, yang dilanjut dengan proses penggunaan gowning dan gloving. Perawat memberikan desinfeksi dan pemasangan

duk lubang pada area anus pasien, pengecekan mesin dan obat anastesi dan pulse oximeter berfungsi dengan baik

2. Intra Operasi

Pada prosedur intra operasi dimana dimulai saat pasien telah masuk dalam kamar operasi dan dilanjutkan dengan pemeriksaan kelengkapan operasi. Prosedur pembedahan dilakukan oleh Dokter Bedah Anak, Perawat Sirkuler dengan bantuan Dokter anastesi dan perawat anastesi. jenis anastesi menggunakan general anastesi dengan suhu kamar 20o celsius dan kelembapan udara 60%. Side marking telah dilakukan dan di area anus dengan posisi operasi litotomi dengan nama prosedur pembedahan (Posterior Sagital Anorectoplasty). Dengan tindakan operasi Anastesi dimulai pada pukul 11.30 dengan jenis pembiusan general anastesi.. Desinfeksi kulit menggunakan provide iodine yang dilakukan di area anus. Dengan obat anastesi fentanyl 10 mcg dan roqulax 5mg dengan estimasi lama operasi selama 3 jam. Terpasang infus di tangan kanan dengan cairan D5 20 tpm dengan jenis operasi bersih terkontaminasi. obat selama anastesi profilaksis antibiotic cinam 300 gr. penggunaan instrumenn sebanyak 20, jumlah kassa selama operasi sebanyak 20, Depers 5, jarum 2 dan pisau 1. Pemantauan Vital Sign : Tekanan darah : - Nadi : 120x/i Rr : 28x/i, Suhu : 32oC, SPO2 : 100 %, Resp Mode : Terkontrol. Terpantau dengan pemasangan ETT.

Pada proses Time out : Menyebutkan nama dan peran masing-masing seluruh anggota tim. perawat mempersiapkan prosedur pembedahan dengan memfokuskan pada area operasi. Dokter bedah anak akan memulai insisi pada area anus dengan pisau.

Dokter bedah anak dibantu dengan perawat sirkuler melakukan prosedur pembedahan dengan memperhatikan perdarahan. Guna mengurangi pendarahan menggunakan diatermi. Dalam prosedur tindakan pemberian profilaksis antibiotic cinam 300 gr dalam 30 menit sebelumnya. Estimasi lama waktu operasi 3 jam dengan perkiraan kehilangan darah 40cc.

Sign Out : Anastesi selesai pada pukul 14.30 dengan jumlah kassa sebanyak 20 (lengkap), depers 5 (lengkap), jarum 2 (lengkap), pisau 1 (lengkap) dengan jumlah instrument 20 (lengkap). Dengan evaluasi output cairan (urine) sebanyak 100 cc dengan cairan masuk 1 kolf cairan D5 dan 100cc cairan D51/2 Ns.

3. Post Operasi

Pada post operasi didapatkan pengkajian bahwa pasien keluar dari kamar operasi pada pukul 15.00 dengan estimasi waktu lama operasi 3 jam. Pada pengkajian ini dilakukan pada saat pasien telah ada di ruang recovery room. Pada pengkajian ini didapatkan hasil pemeriksaan bahwa airway terdapat suara nafas tambahan (gurgling), pada pemeriksaan breathing pasien didapatkan bahwa pasien mendapatkan bantuan pernafasan simple mask 4 liter per menit dan posuasi sims. Pada pemeriksaan sirkulasi setelah kondisi operasi maka frekuensi nadi 100 kali per menit dengan irama jantung regular dan tidak ada kemainan jantung. Pada pengkajian disability didapatkan kondisi pasien tersedasi. Pada hal ini keluarga dihadirkan untuk mendampingi anaknya dan menunggu proses pemulihan untu kembali dibawa ke ruang rawat inap.

3.2 Diagnosa keperawatan

3.2.1 Analisa Data Pre operatif

Tabel 3.1 Diagnosis Keperawatan Pre Operatif pada An. A dengan Diagnosa Medis Malformasi Anorectal / Atresia Ani

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	Ds : Ibu pasien menenangkan dengan digendong Do : 1. Pasien menangis 2. Pasien tampak gelisah 3. Pasien tampak tegang	Krisis Situasional	Ansietas SDKI/D.0080/180

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan Pre Operatif pada An. A dengan Diagnosa Medis Malformasi Anorectal / Atresia Ani

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	Anisetas berhubungan dengan Krisis Situasional	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan Tingkat Ansietas Menurun, dengan kriteria hasil : 1. Perilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegang menurun SLKI/L.09093/132	1. Monitor tanda-tanda ansietas 2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 3. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan	1. Mengetahui perubahan kondisi emosional pasien 2. Memberikan ruang pada pasien agar percaya dan tidak takut pada tenaga kesehatan 3. Memberikan rasa nyaman pada pasien akibat hospitalisasi

Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan Pre Operatif pada An. A dengan Diagnosa Medis Malformasi Anorectal / Atresia Ani

No	Tanggal	No. Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2	12/04/21	2	1. Memonitor tanda-tanda ansietas 2. Memberikan lingkungan yang aman dan nyaman untuk pasien 3. Berada didekat pasien untuk menenangkan	S : Pasien menangis O : Pasien menangis dengan keadaan sekitar A : Masalah ansietas belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	Avita

Berdasarkan pada standart diagnosa keperawatan yang ada dan stase yang sedang dijalankan dalam keperawatan kegawatdaruratan maka kami hanya berfokus pada sistem terkait keperawatan kegawatdaruratan. Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional didasarkan pada keadaan anak yang masih bayi dan harus menjalankan prosedur pembedahan pembuatan anus. Dengan perolehan data subjektif yang menunjukkan bahwa ibu pasien menenangkan dengan cara digendong dan ditunjukkan dengan data diagnose pasien tampak menangis, pasien tampak gelisah dan pasien tampak tegang.

3.2.2 Analisa Data Intra Operasi

Tabel 3.4 Diagnosis Keperawatan Intra Operatif pada An. A dengan Diagnosa Medis Malformasi Anorectal / Atresia Ani

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
2	Faktor Resiko	-	Resiko Aspirasi SDKI/D.0006/28

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan Intra Operatif pada An. A dengan Diagnosa Medis Malformasi Anorectal / Atresia Ani

No	DIAGNOSA	TJUAN & KRITERIA HASIL	Intervensi	Rasional
1.	Resiko Aspirasi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan Tingkat Aspirasi Menurun dengan kriteria hasil :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status pernafasan 2. Pertahankan kepatenan jalan nafas 3. Suction 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meminimalisir kegawatdaruratan pernafasan 2. Memfasilitasi kebutuhan oksigen pasien 3. Meminimalisir penumpukan cairan

Tabel 3.6 Implementasi & Evaluasi Keperawatan Intra Operatif pada An. A dengan Diagnosa Medis Malformasi Anorectal / Atresia Ani

No	Tanggal	No Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2	12/04/21	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV 2. Memonitor pola nafas 3. Monitor nafas tambahan 4. Memberikan posisi semi 	<p>S : - O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantuan pernafasan O2 simple mask 4 lpm 2. RR : 28x/i 3. SPO2 : 100% <p>A : Masalah Resiko Aspirasi belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Resiko Aspirasi dilanjutkan</p>	Avita

Pada saat intra operasi banyak kemungkinan yang terjadi seperti pada halnya resiko terhadap aspirasi yang dimana pada general anasthesi dipasangkan ett dan dilakukan intubasi. Sistem pernafasan dialihkan pada ventilasi untuk memaksimalkan prosedur pembedahan. Pada intra operasi sangat diminimalkan untuk terjadinya pendarahan karena pertimbangan balance cairan yang ada .

3.3.3 Anlisa Data Post Operasi

Tabel 3.7 Diagnosa Keperawatan Post Operatif pada An. A dengan Diagnosa Medis Malformasi Anorectal / Atresia Ani

No.	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
4.	Ds : - Do : 1. Pasien tampak gelisah 2. Batuk tidak efektif 3. Terdengar gurgling 4. Jenis anastesi :General Anastesi 5. Pengaturan positioning 6. Pemantauan alat bantu nafas	Efek farmakologis (anastesi) agen	Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif SDKI/D.0001/18
5.	Faktor Resiko : Tindakan Pembedahan	-	Risiko Perdarahan SDKI/D.0012/42
6.	Faktor Resiko : Trauma	-	Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif SDKI/D.0015/48

Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan & Kriteria Hasil Post Operatif pada An. A dengan Diagnosa Medis Malformasi Anorectal / Atresia Ani

No	DIAGNOSA	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
3.	Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Efek Agen Farmakologis (anastesi) SDKI/D.0001/18	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1x1 jam diharapkan Bersihkan Jalan Nafas Meningkatkan dengan kriteria hasil :	1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor bunyi nafas 3. Suction 4. Monitor sputum	1. Mengetahui adanya perubahan kegawatan pada kondisi kesehatan 2. Mendeteksi adanya

		<p>1. Produksi sputum menurun</p> <p>SLKI/L.01001/18</p>	<p>5. Berikan posisi miring kekiri</p> <p>6. Pemberian alat bantu nafas simple mask</p>	<p>sumbatan dan upaya penanganan</p> <p>3. Sebagai upaya pengambilan secret yang ada</p> <p>4. Mengetahui jenis secret berupa cairan atau darah</p> <p>5. Mempermudah pengeluaran cairan berlebih bila ada</p> <p>6. Memberikan bantuan upaya nafas</p>
4.	<p>Risiko Perdarahan berhbungan dengan Tindakan Pembedahan (pembuatan anus/PSARP)</p> <p>SDKI/D.0012/42</p>	<p>Setelah diberikan intervensi selama 1x30 menit diharapkan :</p> <p>Perdarahan Menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Kognitif Meningkat</p> <p>SLKI/L.02017/147</p>	<p>1. Pertahankan bed-rest</p> <p>2. Terpasang tampon pada area post op (anus)</p> <p>3. Beri metode bedong pada ekstermitas bawah pasien</p> <p>SIKI/I.02067/283</p>	<p>1. Meminimalisir upaya gerak aktif anak</p> <p>2. Memberikan tahanan pada luka post op untuk meminimalisir fungsi anatomi</p> <p>3. Memberikan upaya meminimalisir gerak aktif</p>
5	<p>Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubngan dnegan Trauma (Prosedur Pembedahan)</p>	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan Perfusi Perifer Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Denyut nadi perifer Meningkat</p> <p>2. Warna kulit pucat Menurun</p>	<p>1. Periksa sirkulasi perifer (eksternitas bawah)</p> <p>2. Hindari pemasangan infus dan pengambilan darah pada area tersebut</p>	<p>1. Mengetahui reflek normal ekstermitas bawah perifer</p> <p>2. Meminimalisir adanya perdarahan pada pembuluh darah akibat daerah</p>

		SLKI/L.02011/84	3. Berikan fleksibilitas dalam pembedongan	pemasangan yang kurang efektif 3. Memberikan ruang gerak pada pasien
			SIKI/I.02079/345	

Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan & Evaluasi Keperawatan Post Operatif pada An. A dengan Diagnosa Medis Malformasi Anorectal / Atresia Ani

No	Tanggal	No Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
3	12/04/21	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV 2. Memonitor bunyi nafas 3. Memberikan tindakan suction 4. Memonitor sputum 5. Memberikan posisi miring pada kepala pasien 6. Memberikan bantuan pernafasan 	<p>S: Pasien tampak menangis O : - Pasien dapat menangis - Sputum terangkat saat di suction</p> <p>A: Masalah bersihan jalan nafas belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	Avita
4	12 April 2021	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan posisi supinasi 2. Memberi tanpon pada anus pasien 3. Membedong areak kaki pasien 	<p>S : Pasien mulai bergerak aktif O : terpasang bedong pada area ekstermitas A: Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	avita
5	12 April 2021	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor nadi perifer 2. Mempertahankan area yg dibedong 3. Longgarkan sesekali bedongan, bila perlu 	<p>S : - O : 1. terpsang bedong 2. mempertahankan tamponade</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	avita

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada An. A dengan diagnose atresia ani atau malformasi anorectal di ok central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yan dilaksanakan 1 April 2021 sesuai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan kegawatdaruratan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada An. A dengan melakukan anamnesa kepada pasien, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

1. Identitas

Data didapatkan dari pasien bernama An. A, berjenis kelamin laki-laki berusia 16 bulan dan telah memiliki kolostomi sebagai saluran pembuangan feses yang akan direncanakan prosedur pembedahan pembuatan anus atau PSARP (Posterior Sagital Anorectoplasty). Penatalaksanaan operasi malformasi anorektal ada 3 tahap yaitu pembuatan kolostomi, pembuatan saluran anus atau PSARP (posterior sagital ano recto plasty), dan yang terakhir tutup kolostomi (Betz & Sowden, 2009 dalam (Nurhayati, Mardhiyah, and Adistie 2017). Malformasi anorectal atau atresia ani cenderung lebih sering dialami oleh kelahiran bayi laki-laki dengan prosentase sebesar 57% (Chatterjee SK, 1993 dalam (Mohanty et al. 2018). Dalam terjadinya

malformasi anorectal atau atresia ani memiliki beberapa faktor, salah satu faktor yang memiliki pengaruh besar adalah faktor genetic dimana faktor genetic memiliki peran utama karena adanya kelainan pada kromosom sehingga menyebabkan mutase langka pada gen terkait yang berbeda dan dapat menyebabkan fenotipe yang sama (Khanna Kashish, 2018).

2. Keluhan dan Riwayat Penyakit

Keluhan utama pada pasien adalah keadaan dimana pasien tidak memiliki lubang anus sejak lahir. Keadaan malformasi anorectal / atresia ani merupakan masalah bedah pediatrik yang umum dengan insiden 1:1500 hingga 1:5000 kelahiran hidup dan laki-laki lebih banyak (Holschneider A, 2005 dalam Khanna Kashish, 2018). Pada riwayat penyakit sebelumnya An. A pernah menjalankan prosedur pembedahan pembuatan kolostomi pada usia kurang dari 1 minggu. Menurut (Freeman,1986 dalam Mohanty,2018) anorektum harus berada pada posisi sedini mungkin sehingga stimulasi yang tepat dapat mencapai korteks selama tahap kritis perkembangan koneksi sinaptik dan ini dapat dicapai dengan melakukan pembedahan definitif sesegera mungkin setelah lahir.

3. Pemeriksaan Pre Operatif

Pemeriksaan pre operatif didapatkan hasil pemerikaan tanda – tanda vital kesaran umum : baik, kesadaran composmentis, GCS : E: 4 V: 5 M: 6 dengan perolehan total : 15, tekanan darah : tidak terkaji, nadi : 100 kali per menit, suhu 36° celcius, dan pernafasan 28 kali per menit, berat badan : 9,9 kg, tinggi badan 77 cm. Dengan keadaan

pengkajian jalan nafas, pernafasan, sirkulasi, dan disability dalam keadaan yang terkontrol. Tindakan PSARP (Posterior Sagital Anorectoplasty) tidak disarankan dilakukan pada pasien yang sakit kritis atau memiliki hubungan kantong usus besar dan adanya anomali terkait seperti atresia esofagus (Mohanty,2018).

4. Pemeriksaan Intra Operatif

Didapatkan pemantauan saat pelaksanaan intra operasi terpasang infus di tangan kanan dengan cairan D5 20 tpm dengan jenis operasi bersih terkontaminasi. obat selama anastesi profilaksis antibiotic cinam 300 gr. penggunaan instrumenn sebanyak 20, jumlah kassa selama operasi sebanyak 20, Depers 5, jarum 2 dan pisau 1. Pemantauan Vital Sign : Tekanan darah : - Nadi : 120x/i Rr : 28x/i, Suhu : 32oC, SPO2 : 100 %, Resp Mode : Terkontrol. Terpantau dengan pemasangan ETT. Semua pasien menjalani PSARP Primer dari DeVries dan Pena⁶tanpa kolostomi di bawah anastesi umum. Ligasi fistula dilakukan sesuai rekomendasi deVries dan Pena. Kantong rektal dimobilisasi dengan baik, dan anastomosis bebas tegangan dengan kulit anus dilakukan. Komplikasi intraoperatif dicatat (Mohanty, 2018).

5. Pemeriksaan Post Operatif

Pada pemeriksaan post operasi didapatkan hasil pengkajian bahwa pada jalan nafas terdapat suara nafas tambahan, pernafasan dibantu dengan menggunakan simple mask dengan konsentrasi 4 liter per menit, dan diberikan posisi sims, sirkulasi didapati frekuensi nadi 100 kali per menit, irama jantung regular dan tidak ada kelainan jantung, pada disability didapati bahwa keadaan umum pasien tersedasi oleh pemberian general

anasthesi dengan tetap mempertahankan subutubuh pasien yang diselimuti menggunakan selimut tebal. Pasca operasi bayi dirawat dalam posisi lateral dan terus diberikan cairan IV dan nil secara oral selama 24-48 jam. Antibiotik intravena yang sama dilanjutkan sampai hari ke 7. Setelah bayi mulai mengeluarkan mekonium, luka dibilas dengan larutan povidone iodine dan salep povidone iodine dioleskan secara lokal. Per kateter uretra disimpan selama 7-10ⁱⁿⁱhari pasca operasi. Komplikasi awal pasca operasi seperti ekskoriasi perineum, infeksi luka, dehiscence luka, kandung kemih neurogenik dicatat (Mohanty,2018).

4.2 Diagnosis Keperawatan

4.2.1 Dianosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada An. A dengan diagnosis *malformasi anorectal / atresia ani* disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI PPNI 2017).

1. Anisetas berhubungan dengan Krisis Kondisional

Data dianosa keperawatan diangkat berdasarkan pengkajiann yang diperoleh pada data subjektif dimana dalam keadaan tersebut ibu pasien tampak menenangkan anaknya pada saat awal masuk ruang persiapan operasi dan didukung dengan data objektif pasien tampak menangis, pasien tampak gelisah, dan pasien tampak tegang.

Menurut asumsi penulis wajar bila anak memang menangis dan enggan berpisah dengan ibunya setelah berada diruangan yang terpisah. Dampak hospitalisasi

pada anak sangat erat kaitannya yang mengakibatkan anak menjadi rewel dan terus menangis.

2. Resiko Aspirasi

Diagnosa resiko aspirasi adalah keadaan dimana besar sekali resiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau benda padat ke dalam saluran trakeobronkial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran pernafasan (Tim Pokja SDKI PPNI 2017).

Menurut asumsi penulis bahwa pasien dengan tindakan operasi dan dilakukan intubasi akan cenderung mengakibatkan adanya trauma organ tubuh yang dilalui sebagai media pemasangan ETT dan OPA. Penggunaan alat dan sarana instrument akan tetap disesuaikan dengan siapa yang dipasangkan, tindakan apa yang dilakukan dan umur pasien. Hal ini menjadi penting karena menentukan tingkat keberhasilan prosedur tindakan operasi.

3. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Efek Agen Farmakologis

Setelah pasien telah selesai menjalankan prosedur operasi didapatkan pengkajian bahwa pasien tampak gelisah, pasien mengalami batuk tidak efektif, terdengar adanya gurgling, dan penggunaan alat bantu nafas. Berdasarkan pengertiannya bersihan jalan nafas tidak efektif meruakan kondisi dimana ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan nafas untuk pertahanan jalan nafas yang tetap paten.

Menurut asumsi penulis bahwa saat post operasi pasien dengan pelepasan alat intubasi cenderung mengalami gangguan bersihan jalan nafas dikarenakan adanya alat yang masuk dan tahanan balon ETT yang cukup lama sehingga memiliki dampak terhadap organ yang menjadi sarana pemasangan alat.

4. Risiko Perdarahan berhubungan dengan Tindakan Pembedahan (pembuatan anus/PSARP)

Diagnosa Resiko Perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan dimana dilakukannya pembuatan anus agar kembali memiliki anatomi fisiologi yang fungsional. Pada luka post operasi memerlukan waktu pemulihan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya. Resiko perdarahan dapat terjadi apabila karena beberapa faktor yang salah satunya adanya gerak aktif yang tidak disengaja yang dapat berpotensi meningkatkan resiko perdarahan. Hal ini sangat memerlukan pemantauan orang sekitar untuk tetap mengkondisikan tampon yang berada di anus sebagai penahan perdarahan.

5. Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Trauma (Prosedur Pembedahan)

Pada diagnose keperawatan risiko perifer tidak efektif dapat dibuktikan dengan adanya bebatan pada area ekstermitas yang menyebabkan aliran darah dari jantung mengalami penurunan. Penurunan aliran darah dari jantung kearah daerah ekstermitas bawah dapat mengakibatkan adanya rasa kebas dan kesemutan. Hal tersebut sangat dikhawatirkan mengarah pada perfusi perifer tidak efektif . Menurut beberapa peneliti

pemberian bedong yang terlalu kuat pada ikatan area ekstermitas bawah akan mempengaruhi bentuk tulang dan akan menyebabkan kurangnya pasokan darah yang terdapat di jantung dengan kaya akan oksigen ke area kaki.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis malformasi anorectal di Ruang OK Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1 Simpulan

1. Hasil pengkajian didapatkan pasien terjadi kelainan kongenital malformasi anorectal atau atresia ani yang merupakan keadaan dimana tidak adanya lubang anus. Pasien telah dilakukan tindakan kolostomi sebelumnya dan pada umur 16 bulan ini pasien telah dilakukan tindakan prosedur pembedahan PSARP (*Posterior Sagital Anorectoplasty*).
2. Dari diagnose malformasi anorectal didapatkan diagnosa keperawatan pada pre operasi : ansietas, intra operasi : resiko aspirasi dan post operasi : bersihan jalan nafas tidak efektif, resiko perdarahan, resiko perfusi perifer tidak efektif
3. Intervensi Keperawatan pada An. A dengan diagnosis medis malformasi anorectal disesuaikan dengan diagnose keperawatan dengan kriteria hasil : tingkat ansietas menurun, tingkat aspirasi menurun, bersihan jalan nafas meningkat, perdarahan menurun, dan perfusi perifer menurun.
4. Implementasi keperawatan pada An. A dengan diagnosa medis malformasi anorectal disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ada : ansietas berhubungan dengan krisis situasional dengan selalu berada didekat pasien,

resiko resipasi berhubungan dengan terpasang ett dengan selalu memperhatikan tekanan balon ett, bersihan jalan nafs tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi) dengan pemberian tindakan suction, resiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan (PSARP) dengan pemberian tamponade, resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan trauma (prosedur pembedahan) dengan terpasangnya bedong pada area ekstermitas.

5. Evaluasi Keperawatan pada An. A dengan diagnose medis malformasi anorectal disesuaikan dengan diagnose keperawatan yaitu : ansietas, resiko aspirasi, bersihan jalan nafas tidak efektif, resiko perdarahan, resiko perfusi perifer tidak efektif dapat teratasi sesuai dengan tujuan keperawatan yang telah ditetapkan. Evaluasi pada ruang operasi akan berakhir di ruang recovery room dan akan dipersiapkan untuk pemindahan di ruangan rawat inap.

5.2 Saran

Sesuai dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam gerak aktif anak yang sedang dianjurkan untuk pembatasan gerak guna mengurangi resiko perdarahan
2. Bagi Rumah Sakit hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal. Pada ruangan juga sangat diperlukan komunikasi efektif sehingga meminimalisir terjadinya ketidaktepatan pemahaman informasi

3. Bagi perawat OK Central hendaknya lebih bisa mengestimasi waktu penjadwalan yang telah disesuaikan dengan list pembedahan harian
4. Bagi penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah akhir ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya

DAFTAR PUSTAKA

- Amanollahi O, Ketabchian S. One-stage vs. three- stage repair in anorectal malformation with rectoves- tibular fistula. *African J Paediatr Surg* 2016;13:20
- Betz, L. C., & Gowden, L. A. (2012). *Buku Saku Keperawatan Pediatrik ed.7*. Jakarta: ECG.
- Dewi, V. N. (2013). *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika.
- K. Khanna, S. Sharma, N. Pabalan et al. (2018). A review of genetic factors contributing to the etiopathogenesis of anorectal malformations.
- Kemenkes RI. (2018). InfoDATIN: Kelainan bawaan. *Pusat Data Dan Informasi Kemeterian Kesehatan RI*, 1–6.
- Kurniah, A. (2013). *Analisa Praktik Klinik Keperawatan Kesehatan Masyarakat Perkotaan pada Klien Atresia Ani di Lt 3 Utara RSUP Fatmawati*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Lokananta, I., & Rochadi. (2014). *Malformasi Anorectal*. Sub Devision of Pediatric Surgery Dpt, Sardjito Hospital, 1-7.
- Kemenkes RI. 2018. “InfoDATIN: Kelainan Bawaan.” *Pusat Data dan Informasi Kemeterian Kesehatan RI*: 1–6.
- Mohanty, Pramod Kumar, Arun Kumar Dash, Hiranya Kishore Mohanty, and Gadadhar Sarangi. 2018. “To Assess the Morbidity, Mortality and Short-Term Outcome of Primary Psarp in Male Babies With High and Intermediate Anorectal Malformations.” *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare* 5(36): 2628–34.
- Nurhayati, Dede, Ai Mardhiyah, and Fanny Adistie. 2017. “The Quality of Life of Toddler Post Colostomy in Bandung.” *NurseLine Journal* 2(2): 166.
- Setiadi. 2012. *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan; Teori Dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Tim Pokja SDKI PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Cetakan 3. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

LAMPIRAN 1

CURRICULUM VITAE

Nama : Avita Intan safitri, S.Kep

Nim : 2030016

Program Studi : Ners (Ns)

Tempat, tanggal lahir : Kediri, 05- Februari-1998

Agama : Islam

Email : Intansafvita@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita Tahun 2004
2. SDN 1 SUKO Tahun 2010
3. SMP YPM 4 BOHAR Tahun 2013
4. SMK 10 NOPEMBER SIDOARJO Tahun 2016

LAMPIRAN 2

MOTTO & PERSEMBAHAN

MOTTO

“TERIMAKASIH BANYAK, DIRI SENDIRI”

PERSEMBAHAN

1. Terima kasih kepada Allah SWT yang telah memebrikan nikmat serta hidayah bagi saya untuk dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Terima kasih kepada orang tua yang telah berjuang dan memberikan semangat, doa, dukungan kepada saya, dan dana sehingga karya ilmiahakhir saya dapat selesai dengan tepat waktu.
3. Terima kasih kepada ibu dosen pembimbing yang telah membimbing saya hingga saat ini untuk dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
4. Terimakasih banyak untuk diri sendiri sudah mau berjuang sejauh ini ditengah pandemi, pertahanan kita hebat, kita kuat dan sehat.
5. Terima kasih kepada teman-teman Prodi S1 angkatan 22 yang telah memberi semangat dan dukungan sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini.
6. Terima kasih kepada teman-teman yang telah berpartisipasi dan memberikan dukungan kepada saya hingga terselesainya Karya Ilmiah Akhir ini.

LAMPIRAN 3

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

TEKNIK MENGATASI ANSIETAS RELAKSASI NAFAS DALAM

A. Pengertian

Merupakan metode efektif untuk mengurangi kecemasan pada pasien yang mengalami kecemasan yang berujung ketegangan ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi. Ada tiga hal yang utama dalam teknik relaksasi

1. Posisikan pasien dengan tepat
2. Pikiran beristirahat
3. Lingkungan yang tenang

B. Tujuan

Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeriIndikasi :Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri kronis

C. Prosedur pelaksanaan :

1. Tahap prainteraksi
 - a. Membaca status pasien
 - b. Mencuci tangan
 - c. Menyiapkan alat
1. Tahap orientasi
 - a. Memberikan salam teraupetik
 - b. Validasi kondisi pasien
 - c. Menjaga privacy pasien
 - d. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga
2. Tahap kerja
 - a. Ciptakan lingkungan yang tenang
 - b. Usahakan tetap rileks dan tenang

- c. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3
- d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks
- e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
- f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks

2. Tahap Kerja

- h. Usahakan agar tetap konsentrasi
- i. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
- j. Latihan dilakukan dalam 2 sesi yaitu pada pagi hari pukul 09.00 dan siang hari pukul 13.00. setiap sesi latihan nafas dalam dilakukan sebanyak 3 kali.

3. Tahap terminasi

- a. Evaluasi hasil kegiatan
- b. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- c. Akhiri kegiatan dengan baik
- d. Cuci tangan

4. Dokumentasi

- a. Catat waktu pelaksanaan tindakan
- b. Catat respon pasien
- c. Paraf dan nama perawat juga

LAMPIRAN 4

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

PEMASANGAN ETT (ENDOTRACHEAL TUBE)

A. Pengertian

Pemasangan Endotracheal Tube (ETT) atau intubasi adalah memasukkan pipa jalan nafas buatan ke dalam trachea melalui mulut. Tindakan intubasi baru dapat dilakukan bila : cara lain untuk membebaskan jalan nafas (airway) gagal, perlu memberikan nafas buatan dalam jangka panjang, ada resiko besar terjadi aspirasi baru.

B. Tujuan

1. Membebaskan jalan nafas
2. Untuk pemberian pernafasan mekanik (dengan ventilator)

C. Kebijakan :

Tindakan Pemasangan ETT (Endotracheal Tube) dilakukan apabila terjadi kegawatan atau komplikasi pada tindakan anestesi (Peraturan Direktur RS Jiwa Daerah Surakarta tentang Kebijakan Instalasi)

D. Prosedur :

1. Posisikan pasien telentang dengan kepala ekstensi
2. Petugas mencuci tangan
3. Petugas memakai masker dan sarung tangan
4. Lakukan suction jika diperlukan
5. Lakukan intubasi
 - a. Buka blade, pegang tangkai laringoskop dengan tenang

- b. Buka mulut pasien
- c. Masukkan blade pelan-pelan menyusuri dasar lidah, ujung blade sudah di pangkal lidah, geser lidah pelan-pelan ke arah kiri
- d. Angkat tangkai laringoskop ke depan sehingga menyangkut ke seluruh lidah ke depan sehingga rona glottis terlihat
- e. Ambil pipa ETT sesuai ukuran yang sudah ditentukan sebelumnya
- f. Masukkan dari sudut mulut kanan arahkan ujung ETT menyusur ke rima glottis masuk ke celah pita suara
- g. Dorong pelan sehingga seluruh balon STT di bawah pita suara
- h. Cabut stylet
- i. Tiup balon ETT sesuai volumenya
- j. Cek dengan stetoskop dan dengarkan aliran udara yang masuk lewat ETT apakah sama antara paru kanan dan kiri
- k. Fiksasi ETT dengan plester
- l. Hubungkan ETT dengan konektor sumber oksigen
- m. Cuci tangan sesudah melakukan intubasi

E. Unit Terkait :

1. Intalasi Gawat Darurat
2. Instalasi Rawat Jalan
3. Instalasi Rawat Inap
4. Instalasi Tumbuh Kembang Anak

LAMPIRAN 5

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

PEMASANGAN INTUBASI

A. Pengertian

Intubasi endotrakeal merupakan tindakan medis berupa memasukan tabung endotrakeal melalui mulut atau hidung untuk menghubungkan udara luar dengan kedua paru

B. Tujuan

1. Membebaskan jalan nafas
2. Untuk pemberian pernafasan mekanis (dengan ventilator)

C. Kebijakan

Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Kecamatan Jawilan Nomor : 800/071/PKM/I/2018 tentang Pelayanan Klinis.

D. Alat dan Bahan

1. Laryngoscope set
2. Endotracheal tube sesuai ukuran (pria dan wanita)
3. Spuit 10 cc
4. Plester
5. Suction
6. Megil forcepe
7. Stetoscope
8. Jelly khusus pemasangan ETT dari nasal

E. Prosedur

1. Posisi pasien terlentang dengan kepala ekstensi
2. Petugas mencuci tangan
3. Petugas memakai masker dan sarung tangan
4. Petugas melakukan suction
5. Petugas melakukan intubasi dan menyiapkan ventilator
6. Petugas membuka blade pegang tangkai laryngoscope dengan tenang
7. Petugas membuka mulut pasien kemudian masukkan blade perlahan menyusuri dasar lidah ujung blade, sudah sampai dipangkal lidah geser lidah perlahan ke arah kiri
8. Petugas mengangkat tangkai laryngoscope
9. kedepan sehingga menyangkut ke seluruh lidah kedepan sehingga rona glotis terlihat
10. Petugas mengambil pipa ETT sesuai ukuran yang sudah ditentukan Petugas memasukkan dari sudut mulut kanan
11. arahkan ujung ETT menyusur ke rima glottis masuk ke celah pita suara kemudian dorong pelan sehingga seluruh balon ETT dibawah pita suara lalu cabut stylet
12. Petugas meniup balon ETT sesuai volumenya. Cek adakah suara keluar dari pipa ETT dengan menghentak dada pasien dengan ambu bag
13. Petugas mengecek ulang dengan stetoskop dan mendengarkan aliran udara yang masuk lewat ETT apakah sama antara paru kanan dan kiri kemudian fiksasi ETT dengan plester

14. Petugas menghubungkan ETT dengan konektor sumber oksigen
15. Petugas mencuci tangan sesudah melakukan intubasi
16. Petugas mencatat respon pernafasan pasien pada mesin ventilator

F. Unit Kerja Terkait

1. Ruang Gawat darurat
2. Ruang Rawat Inap