

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK  
D DENGAN *MALFORMASI ANORECTAL POST OP TUTUP*  
KOLOSTOMI H1 DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN  
RASA AMAN DAN NYAMAN DI PAVILIUN  
ADE IRMA SURYANI RSPAD  
GATOT SOEBROTO  
TAHUN 2023**

**KARYA TULIS ILMIAH**



**Disusun Oleh**

**Ananda Niky Rindiani  
NIM. 2036060**

**YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA  
STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO  
PRODI DIII KEPERAWATAN  
2023**

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK  
D DENGAN *MALFORMASI ANORECTAL POST OP TUTUP*  
KOLOSTOMI H1 DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN  
RASA AMAN DAN NYAMAN DI PAVILIUN  
ADE IRMA SURYANI RSPAD  
GATOT SOEBROTO  
TAHUN 2023**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Ujian Akhir  
Program D3 Keperawatan



**Disusun Oleh**

**Ananda Niky Rindiani**

**NIM. 2036060**

**YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA  
STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO  
PRODI DIII KEPERAWATAN  
2023**

## **PERNYATAAN TENTANG ORIGINALITAS**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Ananda Niky Rindiani

NIM : 2036060

Program Studi : D3 KEPERAWATAN

Angkatan : 2020

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiat dalam penulisan tugas akhir saya yang berjudul:

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK D  
DENGAN *MALFORMASI ANORECTAL* POST OP TUTUP  
KOLOSTOMI H1 DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN  
RASA AMAN DAN NYAMAN DI PAVILIUN  
ADE IRMA SURYANI RSPAD  
GATOT SOEBROTO  
TAHUN 2023**

Apabila dikemudian hari saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi yang ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jakarta, 12 Juli 2023

Yang menyatakan,

Materai

Rp.10.000

(Ananda Niky Rindiani)

2036060

# **LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING**

Karya Tulis Ilmiah

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK D  
DENGAN *MALFORMASI ANORECTAL* POST OP TUTUP  
KOLOSTOMI H1 DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN  
RASA AMAN DAN NYAMAN DI PAVILIUN  
ADE IRMA SURYANI RSPAD  
GATOT SOEBROTO  
TAHUN 2023**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa, disetujui dan siap untuk dipertahankan dihadapan tim penguji pada Program Studi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Jakarta, 12 Juli 2023

Menyetujui  
Pembimbing

(Ns. Titik Setiyaningrum, S.Kep.,M.Kep)  
NIDN / NIDK . 0308058607

**LEMBAR PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK D  
DENGAN *MALFORMASI ANORECTAL* POST OP TUTUP  
KOLOSTOMI H1 DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN  
RASA AMAN DAN NYAMAN DI PAVILIUN  
ADE IRMA SURYANI RSPAD  
GATOT SOEBROTO  
TAHUN 2023**

Telah disetujui dan diperiksa, untuk dipertahankan di depan Tim Penguji KTI  
Prodi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Penguji I

Penguji II

Ns. Titik Setyaningrum, S.Kep.,M.Kep  
NIDN 0308058607

Ns. Ratu Lia Huslianti S.Kep  
NIP 197709271999032002

Mengetahui  
Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Didin Syaefudin, S.Kp., MARS  
NIDK. 8995220021

## **RIWAYAT HIDUP**

Nama : Ananda Niky Rindiani

Tempat, Tanggal Lahir : Jakarta, 07 September 2002

Agama : Islam

Alamat : Gg. Bima No. 100 Kelurahan Makasar

Kecamatan Makasar Jakarta Timur



Riwayat Pendidikan :

1. SDN Kenari 08 Pagi sampai 2010
2. SDN Lubang Buaya 04 Pagi Lulus Tahun 2014
3. SMPN 272 Jakarta Lulus Tahun 2017
4. SMA Angkasa 2 Jakarta Lulus Tahun 2020
5. STIKes RSPAD Gatot Soebroto Prodi D3 Keperawatan Lulus Tahun 2023

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan tugas akhir dengan judul ” **Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak D dengan Malformasi Anorectal Post Op Tutup Kolostomi H1 dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman di Paviliun Ade Irma Suryani RSPAD Gatot Soebroto**”. Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RSPAD Gatot Soebroto. Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa terselesaikannya karya tulis ilmiah ini berkat bimbingan, bantuan dan kerjasama serta dorongan berbagai pihak sehingga dapat terselesaikan dengan baik. Pada kesempatan ini dengan segala hormat peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. Didin Syaefudin, S.Kp., M.A.R.S selaku Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program studi D3 Keperawatan
2. Ns. Ita, S.Kep.M.Kep, selaku ketua program studi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan program studi D3 Keperawatan
3. Ns. Titik Setiyaningrum, S.Kep.,M.Kep, selaku dosen pembimbing dan penguji I saya dalam karya tulis ilmiah ini
4. Ns. Ratu Lia Huslianti, S.Kep selaku dosen penguji II dalam sidang karya tulis ilmiah ini
5. KAUR beserta Staff Lantai I Paviliun Ade Irma Suryani RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan informasi dan bimbingan selama proses pengambilan kasus
6. An. D beserta keluarga yang telah bekerjasama dan selalu bersikap kooperatif selama pelaksanaan asuhan keperawatan
7. Orangtua saya, Kapten Chb Sumani dan Ibu Adrina, serta saudara kandung saya Anindita Luna Rindiani, Andhara Arsyia Rindhani, Anindira Arsy

8. Rindiani yang selalu memberikan doa beserta dukungan penuh baik secara moril maupun materil kepada saya selama menjalani masa pendidikan
9. Sahabat seperjuangan saya dalam menempuh pendidikan dan tempat bertukar cerita (PaSu) Maharani Dwi Putri, Indriyani Lestari, Suci Andayani Harefa, Reva Wafi Anadiah, Siti Padilah Yulia Utami
10. Sahabat kecil yang sudah menjadi keluarga saya (Lambe Apart) Dona Gita Ramadhani, Lisda Apriliana, Ika Rachmah Putri, Nisa Debby Septiani, Isra Yunita Muhammad
11. Teman-teman Kost Haryanto Annisa Ramadhanty, Puput Faryanti, Sinta Berliana yang senantiasa memenuhi kebutuhan saya selama di kost
12. Rekan-rekan seperjuangan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah bimbingan Bu Titik yang selalu memberikan dukungan
13. Rekan-rekan Angkatan 36 yang telah berjuang bersama-sama selama masa pendidikan

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan penelitian dan penyusunan tugas akhir ini. Saya sadari bahwa penelitian dan penyusunan tugas akhir ini jauh dari sempurna, namun saya berharap bermanfaat kiranya penelitian dan penyusunan tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Jakarta, 12 Juli 2023  
Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA  
ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik STIKes RSPAD Gatot Soebroto, saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : ANANDA NIKY RINDIANI  
NIM : 2036060  
Program Studi : D3 Keperawatan  
Jenis Karya : Tugas Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKes RSPAD Gatot Soebroto **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK D  
DENGAN *MALFORMASI ANORECTAL* POST OP TUTUP  
KOLOSTOMI H1 DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN  
RASA AMAN DAN NYAMAN DI PAVILIUN  
ADE IRMA SURYANI RSPAD  
GATOT SOEBROTO  
TAHUN 2023**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini STIKes RSPAD Gatot Soebroto berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta  
Pada tanggal : 12 Juli 2023

Yang menyatakan

([Ananda Niky Rindiani])

## ABSTRAK

Nama : Ananda Niky Rindiani

Program Studi : D3 Keperawatan

Judul : Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak D dengan *Malformasi Anorectal* Post Op Tutup Kolostomi H1 dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman di Paviliun Ade Irma Suryani RSPAD Gatot Soebroto

**Latar Belakang** : *Atresia ani*, yang kini dikenal sebagai *malformasi anorectal* (MAR) adalah suatu kelainan kongenital yang menunjukkan keadaan tanpa anus yang tidak sempurna. Berdasarkan catatan register di Lantai I Paviliun Ade Irma Suryani RSPAD Gatot Soebroto berdasarkan data 6 bulan terakhir yaitu bulan November – April 2023 jumlah pasien anak dengan kasus MAR yaitu 20 kasus. **Desain Studi Kasus** yang penulis pakai adalah deskriptif. **Metode** yang digunakan teknik wawancara, dokumentasi, observasi, dan pemeriksaan fisik. **Hasil** Studi kasus ini yaitu didapatkan pada anak D dengan *malformasi anorectal*, hari ke 1 didapatkan hasil objektif skala FLACC 3, gelisah menurun, merengek menurun ditandai dengan bayi tampak tenang dan tersenyum. Hari ke 2 didapatkan hasil objektif skala FLACC 2 ditandai dengan bayi tampak rileks Hari ke 3 didapatkan hasil objektif FLACC 1 ditandai dengan bayi tampak rileks, bayi tampak senang dengan gerakan mudah. Setelah diberikan distraksi boneka tangan dan memeluk/ mendekap bayi pada anak dengan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis teratasi.

**Kata Kunci**: *Malformasi Anorectal*, Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman, Distraksi Boneka Tangan, Teknik Relaksasi Memeluk/Mendekap

## **ABSTRACT**

*Name : Ananda Niky Rindiani*

*Study Program : D3 Nursing*

*Title : Application of Nursing Care in Pediatric Patient D with Anorectal Malformation Post Op Close HI Colostomy in Meeting the Needs of a Sense of Security and Comfort at Ade Irma Suryani Pavilion Gatot Soebroto Hospital*

**Background:** *atresia, now known as anorectal malformation (MAR) is a congenital disorder that indicates an imperfect state without an anus. Based on register records on the first floor of the Ade Irma Suryani Pavilion of Gatot Soebroto Hospital, based on data from the last 6 months, namely November – April 2023, the number of pediatric patients with MAR cases is 20 cases. **The Case Study** design that the author uses is descriptive. **The methods** used are interview, documentation, observation, and physical examination techniques. **The results** of this case study were obtained in child D with anorectal malformation, day 1 obtained objective results FLACC scale 3, decreased restlessness, decreased whine characterized by the baby looking calm and smiling. Day 2 obtained objective results FLACC 2 scale characterized by babies looking relaxed Day 3 obtained objective results FLACC 1 characterized by babies looking relaxed, babies seemed happy with easy movements. After being given hand puppet distractions and hugging / cuddling babies in children with the need for a sense of security and comfort in acute pain associated with physiological injury agents resolved.*

**Keywords:** *Anorectal Malformation, Fulfillment of Security and Comfort Needs, Hand Puppet Distraction, Hugging/Cuddling Relaxation Technique*

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN TENTANG ORIGINALITAS .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING .....</b>	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>v</b>
<b>RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS .....</b>	<b>ix</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>x</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xvi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Studi Kasus .....	4
D. Manfaat Studi Kasus .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>5</b>
A. Konsep Tumbuh Kembang .....	5
B. Konsep Malformasi Anorektal (MAR) .....	6
C. Konsep Teoritis Asuhan Keperawatan Malformasi Anorectal .....	9
E. Konsep Nyeri .....	19
F. Penerapan Intervensi Keperawatan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman .....	20
<b>BAB III METODE DAN HASIL STUDI KASUS.....</b>	<b>22</b>
A. Jenis dan Studi Kasus.....	22
B. Subyek Studi Kasus.....	22
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	22

E. Fokus Studi Kasus.....	23
F. Instrumen Studi Kasus .....	23
G. Metode Pengumpulan Data Studi Kasus.....	23
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>25</b>
A. Hasil Studi Kasus .....	25
B. Diagnosa Keperawatan.....	27
C. Intervensi Keperawatan.....	27
D. Implementasi Keperawatan.....	28
E. Evaluasi Keperawatan.....	29
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>31</b>
A. Kesimpulan .....	31
B. Saran.....	32
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>33</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Konsep Malformasi Anorektal (MAR) .....	7
--	---

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Skala Nyeri FLACC.....	29
----------------------------------	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi .....	40
Lampiran 2 Format Asuhan Keperawatan Anak .....	41
Lampiran 3 Lembar Observasi.....	60
Lampiran 4 Format KPSP .....	63
Lampiran 5 Satuan Acara Pembelajaran.....	64
Lampiran 6 Leaflet.....	71

# BAB I

## PENDAHULUAN

Pada bab ini penulis akan menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan. Pada asuhan keperawatan anak pada klien D dengan *Malformasi Anorectal Post Op Tutup Kolostomi H1* di Lantai 1 Paviliun Ade Irma Suryani RSPAD Gatot Soebroto.

### A. Latar Belakang Masalah

*Atresia ani* atau anus *inperforadis* adalah suatu keadaan lubang anus tidak berlubang. *Atresia* berasal dari bahasa Yunani, yaitu “a” yang berarti tidak ada dan “*trepis*” yang artinya nutrisi atau makanan Sitiata, (2012). *Atresia ani*, yang kini dikenal sebagai *malformasi anorectal* (MAR) adalah suatu kelainan kongenital yang menunjukkan keadaan tanpa anus yang tidak sempurna. *Malformasi anorectal* merupakan kelainan kongenital yang sering kita jumpai pada kasus bedah anak Irene, (2017). *Malformasi anorectal* (MAR) merupakan *malformasi septum urorektal* secara *parsial* atau lengkap akibat perkembangan *abnormal hindgut*, *allantois* dan *duktus mulleri*. *Malformasi anorectal* merupakan spektrum penyakit yang luas melibatkan anus dan rektum serta *traktus urinarius* dan genitalia (Irene, 2017).

Insiden MAR pada situasi global, 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. Salah satu penyebab utama kematian bayi adalah kelainan bawaan. Data WHO menyebutkan bahwa dari 2,68 juta kematian bayi, 11,3% dikarenakan oleh kelainan bawaan. Dalam Kementerian Kesehatan RI Pusat Data dan Informasi 2018, menurut data *Global Report on Birth Defects* yang dipublikasikan oleh *March of Dimes Birth Defect Foundation* di wilayah Asia Tenggara, Indonesia merupakan peringkat ke 4 terbanyak prevalensi bayi dengan kelainan bawaan yaitu 1000 kelahiran hidup terdapat 59,3% bayi dengan kelainan bawaan. Kementerian kesehatan sudah melakukan surveilans sentinel kelainan bawaan di rumah sakit sejak September 2014 hingga Maret 2018 pada 28 rumah sakit di

18 provinsi dimana terdapat 108 bayi yang mengalami kelainan kongenital, dimana kejadian *malformasi anorectal* termasuk ke dalam peringkat ke 5 terbanyak dalam jenis kelamin bawaan Insidensi MAR 1 dari setiap 5000 kelahiran dan rasio terjadinya MAR ini lebih sering pada laki-laki daripada perempuan (1,4 : 1 hingga 1,6 : 1) Titania, (2022).

Hasil surveilans dari *website* kemenkes di Indonesia, pada periode September 2014 – Maret 2018 terdapat 1.085 bayi dengan kelainan bawaan. Kasus *malformasi anorectal* dilaporkan 9,7% kasus, yaitu urutan kelima dari kelainan bawaan tersering Pricilia, (2022). Berdasarkan catatan register di Lantai I Paviliun Ade Irma Suryani RSPAD Gatot Soebroto berdasarkan data 6 bulan terakhir yaitu bulan November – April 2023 jumlah pasien anak dengan kasus MAR yaitu 20 kasus.

Salah satu solusi untuk mengatasi *Malformasi Anorectal* atau *Atresia ani* yaitu dengan dilakukannya tindakan pembedahan melalui 3 tahapan yaitu yang pertama pembuatan kolostomi segera setelah lahir, kedua dilakukannya *Posterior Sagittal Anorectal Plasty* (PSARP) untuk pembuatan anus, tahapan selanjutnya yaitu pelebaran anus atau businasi. Setelah lubang anus sesuai dengan ukuran yang diharapkan, maka akan dilakukan penutupan kolostomi, sehingga pasien dapat buang air besar melalui anus buatan. Para penderita atresia ani umumnya akan menunjukkan tanda dan gejala dalam hitungan waktu 24 jam sampai 48 jam pertama, berupa perut kembung, muntah, mekonium tidak keluar pada 24 jam sampai 48 jam pertama, serta tidak dapat buang air besar (BAB). Tanda dan gejala yang membedakan antara penderita laki-laki dan perempuan ialah terjadinya *fistel*, pada bayi perempuan sering terjadi *fistel rektourinarial* Dewi, (2013). Pada anak post operasi *malformasi anorectal* akan mengalami gangguan rasa aman dan nyaman berupa nyeri.

Kebutuhan rasa aman merupakan kebutuhan yang ada pada tingkat kedua setelah kebutuhan fisiologi terpenuhi. Kebutuhan rasa aman adalah suatu keadaan yang membuat seseorang aman, terhindar dari bahaya yang dapat menimbulkan cedera. Dampak yang terjadi jika pasien tidak terpenuhi kebutuhan rasa amannya yaitu pasien dapat mengalami cedera. Hal ini membutuhkan peran perawat untuk memenuhi kebutuhan rasa aman pasien

dengan cara distraksi. Peran perawat salah satunya sebagai pendidik. Melalui pengajaran perawat pada pasien, perawat dapat memberikan informasi sehingga dapat mempengaruhi terpenuhinya kebutuhan rasa aman dan nyaman Raditya, (2013).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Aylin, (2021) yang berjudul “*The Effect of Finger Puppets on Postoperative Pain in Children: A Randomized Controlled Trial*” bahwa terdapat pengaruh distraksi dengan penurunan tingkat nyeri pada bayi. Oleh karena itu dalam kasus ini perawat dapat menerapkan tindakan distraksi terhadap klien. Distraksi adalah metode atau teknik yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri dengan mengalihkan perhatian klien. Terdapat beberapa macam jenis distraksi diantaranya distraksi visual, distraksi pendengaran, distraksi sentuhan, distraksi pernafasan, distraksi imajinasi terbimbing, distraksi intelektual. Tindakan yang dilakukan pada kasus ini yaitu distraksi visual. Cara yang digunakan pada teknik ini adalah dengan mengalihkan perhatian pada hal-hal yang disukai melihat pemandangan, gambar-gambar atau boneka. Boneka tangan merupakan salah satu benda yang efektif dapat digunakan sebagai alat distraksi. Bentuknya yang lucu dan dapat digerakkan bebas oleh perawat dapat dijadikan permainan yang diarahkan unruk mengalihkan rasa nyeri dan takut pada anak (Siti, 2013).

Penulis melakukan wawancara kepada orangtua klien yaitu anak lebih rewel dan sering menangis setelah dilakukan tindakan operasi penutupan kolostomi, orangtua mengatakan jika An. D menangis maka orangtua menggendong dan mendekapnya. Perawat juga telah memberikan edukasi kepada orangtua cara menenangkan anak dengan cara dipeluk dan digendong.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus yang berjudul “Penerapan Asuhan Keperawatan pada pasien Anak D dengan *Malformasi Anorectal Post Op Tutup Kolostomi H1* dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman di Paviliun Ade Irma Suryani RSPAD Gatot Soebroto”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas rumusan masalah pada karya tulis ilmiah ini adalah Bagaimanakah penerapan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada An. D dengan *Malformasi Anorectal Post Op Tutup Kolostomi* dalam masalah nyeri di Paviliun Ade Irma Suryani Lantai I RSPAD Gatot Soebroto?

## **C. Tujuan Studi Kasus**

Tujuan dalam karya tulis ilmiah ini adalah menggambarkan penerapan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada An. D dengan *Malformasi Anorectal Post Op Tutup Kolostomi* di Paviliun Ade Irma Suryani Lantai I RSPAD Gatot Soebroto.

## **D. Manfaat Studi Kasus**

Makalah ilmiah ini diharapkan memberikan manfaat bagi :

### 1. Orangtua

Menambah pengetahuan orangtua meningkat dan mampu melakukan teknik distraksi pengalihan nyeri dengan boneka tangan dan tindakan mendekap/memeluk bayi pada pasien dengan *Malformasi Anorectal Post Op Tutup Kolostomi*

### 2. Bagi pengembangan ilmu teknologi dan keperawatan

Menambah ilmu dalam meningkatkan penanganan nyeri dengan penerapan distraksi visual.

### 3. Penulis

Menjadi perbandingan untuk penulis selanjutnya agar bisa menambahkan subjek atau sampel studi kasus guna mengetahui seberapa efektif tindakan keperawatan yang dilakukan dalam kasus *Malformasi Anorectal*.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Tumbuh Kembang**

Pertumbuhan merupakan perubahan yang bersifat kuantitatif (dapat diukur) perubahan ukuran tubuh dan bagiannya seperti peningkatan jumlah sel, jaringan, struktur, dan sistem. Sebagai contoh pertumbuhan fisik seseorang dengan bertambahnya tinggi badan, berat badan, kepadatan tulang, dan struktur gigi dan polanya dapat diprediksikan. Tahap pertumbuhan yang paling cepat terjadi pada usia prenatal, bayi dan usia remaja Delaune dikutip oleh (Arif, 2019).

Perkembangan merupakan suatu pola yang teratur terkait perubahan struktur, pikiran, perasaan, atau perilaku yang dihasilkan dari proses pematangan, pengalaman, pembelajaran. Perkembangan adalah sebuah proses yang dinamis dan berkesinambungan seiring berjalannya kehidupan, ditandai dengan serangkaian kenaikan, kondisi konstan, dan penurunan Taylor et al. dikutip oleh (Arif, 2019).

Secara umum anak usia dini dikelompokkan dalam usia (0-1 tahun), (2-3 tahun), (4-6 tahun) dengan karakteristik anak usia (0-1 tahun) sebagai berikut (Asyifa, 2020) :

##### **1. Usia 0-1 tahun**

Usia ini merupakan masa bayi, tetapi perkembangan fisik mengalami kecepatan yang sangat luar biasa, paling cepat dibandingkan usia selanjutnya. Berbagai karakteristik anak usia bayi dapat dijelaskan sebagai berikut.

- a. Mempelajari perkembangan motorik mulai dari berguling, merangkak, duduk, berdiri, dan berjalan.
- b. Mempelajari keterampilan menggunakan panca indra seperti melihat, mengamati, meraba, mendengar, mencium dan mengecap dengan memasukkan setiap benda ke mulutnya.

c. Mempelajari komunikasi sosial. Bayi yang baru lahir telah siap melaksanakan kontak sosial dengan lingkungannya. Komunikasi responsif dari orang dewasa akan mendorong dan memperluas respon verbal dan non verbal bayi.

## **B. Konsep Malformasi Anorektal (MAR)**

### **1. Definisi**

Atresia ani atau anus imperforata disebut sebagai *malformasi anorectal*, adalah suatu kelainan kongenital tanpa anus atau dengan anus tidak sempurna, termasuk *Agenesis ani*, *Agenesis rekti*, dan *Atresia rekti* Kartono dikutip oleh Rudi, (2013). Menurut Aretti, (2019) *Malformasi Anorectal* adalah suatu kelainan kongenital yang menunjukkan keadaan tanpa anus atau dengan anus yang tidak sempurna. *Malformasi Anorectal* berarti kelainan tidak terdapatnya lubang, tertutup atau konstiksi pada anus. Dalam dunia kedokteran disebut juga sebagai anus *imperforata*, *atresia ani* atau kelainan ektopik anal (Fitri, 2016).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, penulis menyimpulkan bahwa *Malformasi Anorectal* yaitu kelainan kongenital pada anus atau anus tidak sempurna yang sudah terjadi saat bayi berada di dalam kandungan.

### **2. Patofisiologi**

Penyebab *atresia ani* sampai saat ini masih belum jelas, namun Salsabila dalam kutipan Tara, (2022) menyebutkan bahwa *malformasi anorectal* disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu adanya ketidakmampuan dalam membentuk invaginasi kloaka dengan sempurna karena mengalami gangguan proses pertumbuhan, penggabungan, atau masalah pada pembentukan anus dari tonjolan embrionik, kegagalan proses perkembangan dan pertumbuhan anak saat di dalam kandungan berumur 3 bulan, terputusnya saluran pencernaan bagian atas dengan anal sehingga menyebabkan anak lahir tanpa mempunyai lubang anus, aspek genetik, ada gangguan pada proses invaginasi kloaka menjadi sistem saluran pencernaan dan sistem genitourinari akibat gangguan perkembangan pemisahan saluran urogenital pada usia bayi di dalam kandungan minggu ke 5 sampai ke 7.



- c. Komplikasi jangka panjang : eversi mukosa anal dan *stenosis* (akibat konstriksi jaringan perut dianastomosis).
- d. Masalah atau kelambatan yang berhubungan dengan toilet *training*.
- e. Inkontinensia (akibat stenosis awal atau impaksi)
- f. Prolaps mukosa anorektal.
- g. Fistula kambuhan (karena ketegangan diare pembedahan dan infeksi).

## 6. Penatalaksanaan

### a. Penatalaksanaan Medis

Menurut Holschneider dalam jurnal keperawatan Irene, (2017). Tindakan kolostomi merupakan prosedur yang ideal untuk penatalaksanaan awal *malformasi anorectal*. Kemudian dilanjut tindakan *Posterior Sagittal Anorectoplasty* yaitu operasi pembuatan anus yang memberikan beberapa keuntungan dalam operasi *fistula rektourinaria* maupun *rektrovaginal* dengan cara membelah otot dasar *pelvis*, *sling* dan *sfringter*. PSARP dibagi menjadi tiga yaitu : minimal, *limited* dan *full* PSARP.

### b. Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut Ngastiyah dalam kutipan Rudi, (2013) bisa juga dilaksanakan penanganan secara preventif antara lain :

- 1) Kepada ibu hamil hingga kandungan menginjak usia tiga bulan untuk berhati-hati terhadap obat-obatan, makanan awetan dan alkohol yang dapat meningkatkan resiko terjadi *atresia ani*.
- 2) Memeriksa lubang dubur bayi saat baru lahir karena jiwanya terancam jika sampai tiga hari tidak diketahui mengidap atresia ani karena hal ini dapat berdampak feses atau tinja akan tertimbun hingga mendesak paru-parunya.
- 3) Pengaturan diet yang baik dan pemberian laktulosa untuk menghindari konstipasi

## 7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Betz dikutip oleh Dina, (2021) ada beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan yang bertujuan untuk memastikan diagnosis diantaranya :

- a. Pemeriksaan Radiologi  
Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya obstruksi intestinal.
- b. Sinar X pada abdomen  
Pemeriksaan ini dilakukan untuk menentukan kejelasan gambaran keseluruhan bowel serta untuk mengetahui jarak pemanjangan kantung rektum dan sfingternya.
- c. CT-Scan  
Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada lesi atau tidak.
- d. Pvelografi intravena  
Pemeriksaan ini digunakan untuk mengecek pelviokalis dan ureter.
- e. Pemeriksaan pada Rektum  
Pemeriksaan ini biasanya akan dilakukan colok dubur atau lebih gampangnya dilakukan pengecekan suhu melalui anus.
- f. Rongenogram Abdomen dan Pelvis  
Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengkonfirmasi apakah *fistula* yang berhubungan dengan *trankus* atau tidak

## C. Konsep Teoritis Asuhan Keperawatan Malformasi Anorectal

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah bagian dari suatu komponen proses keperawatan sebagai suatu usaha yang dilakukan perawat dalam menggali permasalahan yang ada pada pasien, meliputi pengumpulan data tentang status kesehatan pasien yang dilakukan dengan sistematis, menyeluruh atau komprehensif, akurat, singkat dan berlangsung dengan berkesinambungan. Ada dua tipe saat melakukan pengkajian yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari hasil wawancara pada pasien sebagai suatu pendapat terhadap situasi maupun kejadian. Adapun data objektif yaitu data yang diobservasi dan diukur oleh perawat. Tarwoto, (2015). Menurut Dewi dikutip oleh Avita, (2021) pengkajian pada *malformasi anorectal* sebagai berikut :

- 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 bisabuang air besar, mekonium keluar dari vagina atau mekonium 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 motorik kasar, halus, kognitif 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 defekasi.

g. Pola Aktivitas dan Latihan

Pola aktivitas dan latihan ini dipertahankan guna menghindari terjadinya kelemahan otot\

#### h. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien atresia ani, pada umumnya pola tidur dan istirahatnya cenderung terganggu dikarenakan rasa nyeri di area insisi akibat prosedur operasi

#### i. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik pasien atresia ani yaitu, anus tampak memerah, usus melebar, terkadang tampak ileus obstruktif, thermometer yang dimasukkan kedalam anus akan tertahan, pada auskultasi terdengar hiperperistaltik, dan mekonium tidak keluar dalam 24 jam setelah bayi lahir, tinja dalam urin vagina.

### 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges dikutip oleh Cindy, (2022) Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien serta respon terhadap masalah aktual dan resiko tinggi.

Diagnosa keperawatan menurut SDKI dikutip oleh Dina, (2021)

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Konstipasi berhubungan dengan aganglionik
- c. Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif
- d. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)
- e. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

### 3. Perencanaan/Intervensi Keperawatan

Menurut Wahid, (2021) intervensi keperawatan merupakan suatu tindakan langsung kepada pasien yang dilaksanakan oleh perawat, yang ditujukan kepada kegiatan yang berhubungan dengan prognosis, mempertahankan kesehatan pasien. SIKI, (2018)

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Frekuensi nadi membaik
- 2) Pola nafas membaik
- 3) Keluhan nyeri menurun

- 4) Meringis menurun
- 5) Gelisah menurun
- 6) Kesulitan tidur menurun

Intervensi utama (manajemen nyeri) :

#### Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi responsi nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- g) Monitor efek samping penggunaan analgetik

#### Terapeutik

- a) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

#### Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

#### Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
- b. Konstipasi berhubungan dengan aganglionik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun
- 2) Distensi abdomen menurun
- 3) Konsistensi feses membaik
- 4) Frekuensi defekasi membaik

## Intervensi

## Observasi

- a) Periksa tanda dan gejala
- b) Periksa pergerakan usus dan karakteristik feses
- c) Identifikasi faktor risiko konstipasi

## Edukasi

- a) Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan
- b) Anjurkan peningkatan asupan cairan jika tidak ada kontraindikasi
- c) Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi

## Terapeutik

- a) Anjurkan diet tinggi serat
- b) Lakukan massage abdomen jika perlu
- c) Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu
- d) Berikan enema atau irigasi jika perlu

## Kolaborasi

- a) Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu

## c. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tujuan : Setelah tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Kekuatan nadi meningkat
- 2) Turgor kulit meningkat
- 3) Output urin meningkat
- 4) Dispnea menurun
- 5) Edema perifer menurun

## Intervensi

## Observasi

- a) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, hau, lemah)

b) Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

- a) Hitung kebutuhan cairan
- b) Berikan posisi modified trendelenburg
- c) Berikan asupan cairan oral
- d) Edukasi
- e) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- f) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak
- g) Kolaborasi
- h) Kolaborasi pemberian cairan IV isotons (mis. NaCl, RL)
- i) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
- j) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. Albumin, plasmanate)
- k) Kolaborasi pemberian produk darah

d. Risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis (keinginan untuk makan)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi terpenuhi dengan kriteri hasil :

- 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- 2) Berat Badan atau IMT meningkat
- 3) Frekuensi makan meningkat
- 4) Nafsu makan meningkat
- 5) Perasaan cepat kenyang menurun

Intervensi

Observasi

- a) Monitor asupan dan keluarannya cairan serta kebutuhan kalori

Terapeutik

- a) Timbang BB secara rutin
- b) Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai
- c) Lakukan kontak perilaku (mis. Target BB, tanggung jawab perilaku)

- d) Didampingi ke kamar mandi untuk pengamatan perilaku memuntahkan kembali makanan
  - e) Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku
  - f) Berikan konsekuensi jika tidak mencapai target sesuai kontrak
    - Edukasi
      - a) Anjurkan membuat catatan harian tentang pperasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis. pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan)
      - b) Ajarkan pengaturan diet yang tepat
      - c) Ajarkan keterampilan koping untuk penyelesaian masalah perilaku makan
        - Kolaborasi
          - a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target BB kebutuhan kalori dan pilihan makanan
- e. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
- Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan glukosa derajat infeksi menurun dengan kriteria hasil :
- 1) Demam menurun
  - 2) Kemerahan menurun
  - 3) Nyeri menurun
  - 4) Bengkak menurun
- Intervensi
- Observasi
- a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan iskemik
    - Terapeutik
      - a) Batasi jumlah pengunjung
      - b) Berikan perawatan kulit pada daerah edema
      - c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
      - d) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

#### Edukasi

- a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- b) Ajarkan cara memeriksa luka
- c) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

#### Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

### **4. Implementasi Keperawatan**

Menurut Tarwoto, (2015) implementasi keperawatan adalah suatu intervensi yang telah direncanakan. Tindakan keperawatan ini terdiri dari tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan yang lain. Sedangkan tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan pada hasil keputusan bersama seperti dokter, dan tenaga medis lainnya.

### **5. Evaluasi Keperawatan**

Tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnose keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan, evaluasi merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan (Dermawan, 2012).

- a. Evaluasi formatif hasil observasi dan Analisa perawat terhadap Tindakan keperawatan.
- b. Evaluasi sumatif rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan status Kesehatan sesuai waktu pada tujuan, ditulis pada catatan perkembangan.

## **D. Konsep Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman**

### **1. Definisi**

Menurut Ruminem, (2021) Rasa aman adalah kondisi bebas dari cedera fisik dan psikologis. Kenyamanan/ rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketrentaman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Kenyamanan dipandang secara holistik mencakup empat aspek yaitu : fisik, sosial, psikospiritual, dan lingkungan.

### **2. Prinsip Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman**

Menurut Ruminem, (2021) Kenyamanan dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu :

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- b. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya.

### **3. Faktor – Faktor yang berhubungan dengan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman**

Potter dalam kutipan Ruminem, (2021) menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi keamanan dan keselamatan meliputi :

#### **a. Emosi**

Kondisi psikis dengan kecemasan, depresi, dan marah akan mudah mempengaruhi keamanan dan kenyamanan

#### **b. Status Mobilisasi**

Status fisik dengan keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya resiko cedera.

c. Gangguan Persepsi Sensori

Adanya gangguan persepsi sensori akan mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan

d. Keadaan Imunitas

Daya tahan tubuh kurang memudahkan terserang penyakit

e. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran yang menurun, pasien koma menyebabkan respon terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur

f. Informasi atau Komunikasi

Gangguan komunikasi dapat menimbulkan informasi tidak diterima dengan baik

g. Gangguan Tingkat Pengetahuan

Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya

h. Penggunaan Antibiotik yang Tidak Rasional

Antibiotik dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok

i. Status Nutrisi

Keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat beresiko terhadap penyakit tertentu

j. Usia

Pembedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak – anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri

k. Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya

l. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi

## E. Konsep Nyeri

### 1. Definisi

Menurut Perdossi dalam kutipan Rizaldi, (2016) Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial, atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut.

### 2. Klasifikasi Nyeri

Menurut Rizaldi, (2016) Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan durasi waktu, etiologi, dan intensitas.

#### a. Berdasarkan durasi (waktu terjadinya)

##### 1) Nyeri Akut

Nyeri akut didefinisikan sebagai nyeri yang dirasakan seseorang selama beberapa detik sampai dengan 6 bulan.

##### 2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama 6 bulan atau lebih.

#### b. Berdasarkan etiologi (penyebab timbulnya nyeri)

##### 1) Nyeri nosiseptik

Merupakan nyeri yang terjadi karena adanya rangsangan/stimulus mekanis ke nosiseptor.

##### 2) Nyeri neuropatik

Nyeri yang terjadi karena adanya lesi atau disfungsi primer pada sistem saraf.

##### 3) Nyeri inflamatorik

Nyeri yang timbul akibat adanya proses inflamasi.

##### 4) Nyeri campuran

Nyeri yang etiologinya tidak jelas antara nosiseptif maupun neuropatik atau nyeri memang timbul akibat rangsangan pada nosiseptor maupun neuropatik.

### 3. Asesmen Nyeri

Asesmen nyeri adalah suatu tindakan melakukan penilaian rasa sakit/nyeri pada pasien. Menurut Rizaldi, (2016) Sumber utama perlu atau tidak dilakukannya asesmen adalah dari hasil skrining. Pada pasien anak – anak skrining nyeri dapat dilakukan dengan bertanya pada orangtua. Pertanyaan yang diajukan adalah apakah anak tersebut pernah mendeskripsikan adanya nyeri atau perilaku yang mengindikasikan nyeri.

*Face Leg Activity Cry Consolability Pain Scale (FLACC)* merupakan asesmen nyeri yang digunakan pada anak – anak dengan memperhatikan ekspresi wajah, pergerakan kaki, aktivitas anak, tangisan anak, dan kemampuan anak untuk ditenangkan. Indikasi FLACC digunakan untuk menilai derajat dan intensitas nyeri pada anak setelah usia 1 bulan sampai dengan 7 tahun, terutama anak yang mengalami gangguan kognitif atau anak yang tidak sesuai dinilai dengan format lain (Rizaldi, 2016).

## **F. Penerapan Intervensi Keperawatan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman**

### **1. Pengaruh Distraksi Boneka Tangan terhadap Masalah Keperawatan Nyeri Akut Pasca Operasi pada Anak**

Asuhan keperawatan pada anak *Malformasi Anorectal* pasca operasi tutup kolostomi dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman dengan masalah nyeri akut dapat diberikan tindakan distraksi pengalihan dengan boneka tangan, Frekuensi pemberian dilakukan sebanyak 2 kali sehari dengan durasi 15-20 menit. Tindakan distraksi ini diberikan 30 menit sebelum pemberian analgetik guna mengetahui keefektifan tindakan distraksi pengalihan boneka tangan terhadap penurunan nyeri. Selama 3 hari tindakan pemberian distraksi untuk masalah nyeri akut pada pasien berkurang, dengan karakteristik klien tampak senang, berhenti menangis, dan meringis menurun. Menurut Koller dalam kutipan Yasinta, (2021) distraksi dapat mengalihkan fokus anak ke hal yang lebih menarik sehingga menghambat kemampuan anak untuk mempersepsikan

rangsangan nyeri. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Aylin, (2021) yang berjudul “*The Effect of Finger Puppets on Postoperative Pain in Children: A Randomized Controlled Trial*” permainan boneka tangan efektif dalam menghilangkan rasa sakit pasca operasi pada anak. Orangtua merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi rasa sakit pada anak selama periode pasca operasi, karena hanya orangtua yang dapat merefleksikan kecemasan pada anak.

## **2. Pengaruh Pelaksanaan Tindakan Memeluk/Mendekap Bayi terhadap Nyeri Akut pada Anak dengan *Malformasi Anorectal* Post Op Tutup Kolostomi**

Menurut Tiara, (2020) Nyeri merupakan pengalaman emosi dan sensori yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual serta potensial. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Tiara dkk, (2020) yang berjudul “Respon dan Pengelolaan Nyeri pada Bayi Saat Imunisasi di Wilayah Kerja Puskesmas Haurpanggung” Tindakan pengelolaan nyeri relaksasi dengan mendekap/memeluk bayi atau disebut juga *bounding attachment*. *Bounding attachment* dengan memeluk/mendekap bayi efektif dari segi penurunan skala nyeri maupun waktu yang diperlukan, secara psikologis *bounding attachment* membuat bayi cenderung mendapatkan kasih sayang karena lebih tenang dan nyaman Tiara, (2020). Pada kasus ini penulis memberikan tindakan relaksasi mendekap/ memeluk bayi bersamaan dengan tindakan distraksi boneka tangan dan dilakukan 30 menit sebelum pemberian analgetik guna mengetahui keefektivan tindakan relaksasi mendekap/memeluk bayi terhadap penurunan nyeri. Selama 3 hari tindakan pemberian distraksi untuk masalah nyeri akut pada pasien berkurang, dengan karakteristik klien tampak senang, berhenti menangis, dan meringis menurun.

## **BAB III**

### **METODE DAN HASIL STUDI KASUS**

#### **A. Jenis dan Studi Kasus**

Jenis karya tulis ilmiah pada makalah ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus. Studi kasus merupakan jenis penelitian kualitatif yang mendalam tentang individu, kelompok, institusi, dan sebagainya dalam waktu tertentu. Tujuan studi kasus adalah berusaha menemukan makna, meneliti proses, serta memperoleh pengertian dan pemahaman yang mendalam serta utuh dari individu, kelompok, atau situasi tertentu (Sugiarto, 2017).

Studi kasus ini dilakukan dengan tujuan menggambarkan bagaimanakah penerapan tindakan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada An. D dengan *Malformasi Anorectal Post Op Tutup Kolostomi H1* di Paviliun Ade Irma Suryani RSPAD Gatot Soebroto.

#### **B. Subyek Studi Kasus**

Subyek studi kasus yang dikaji dalam studi adalah klien An. D dengan *Malformasi Anorectal Post Op Tutup Kolostomi H1* yang berusia 10 bulan dan berjenis kelamin perempuan, sudah dirawat 2 hari dan ibu klien bersedia menjadi responden.

#### **C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus**

##### **1. Lokasi Studi Kasus**

Lokasi pelaksanaan studi kasus di Lantai I Paviliun Ade Irma Suryani RSPAD Gatot Soebroto yang beralamat di Jl. Abdul Rahman Saleh Raya, Kelurahan Senen, Kecamatan Senen, Jakarta Pusat.

##### **2. Waktu Pelaksanaan Studi Kasus**

Waktu pelaksanaan dalam melakukan studi kasus ini yakni 3 hari dimulai pada tanggal 11 sampai dengan 13 April 2023

### **E. Fokus Studi Kasus**

Studi kasus ini berfokus pada Penerapan Asuhan Keperawatan pada An. D dengan *Malformasi Anorectal* Post Tutup Kolostomi Hari Pertama dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman di Paviliun Ade Irma Suryani Lantai I RSPAD Gatot Soebroto.

### **F. Instrumen Studi Kasus**

Instrumen yang digunakan penulis dalam studi kasus ini adalah;

1. Format pengkajian anak
2. Alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari *thermometer (nursing kit)*
3. Timbangan
4. Stetoskop
5. Lampiran lembar observasi
6. Satuan Acara Pembelajaran (SAP)
7. Leaflet

### **G. Metode Pengumpulan Data Studi Kasus**

Dalam pengumpulan data untuk menyusun laporan karya tulis ilmiah pada pasien An. D dalam penerapan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman menggunakan teknik pengumpulan data dengan cara sebagai berikut :

1. Observasi

Pengumpulan data dilakukan selama 3 hari pada tanggal 11 sampai 13 April 2023. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi terhadap klinis yang dialami oleh An. D data dapat ditemukan dengan melakukan interaksi secara langsung antara perawat dengan orangtua klien.

2. Wawancara (Anamnesa)

Pengumpulan data dilakukan dengan cara tanya jawab sesuai dengan data yang diperlukan. Jenis wawancara dilakukan dengan teknik aloanamnesa yaitu pada orangtua klien mengenai alasan anak masuk RS, riwayat penyakit keluarga dan wawancara tenaga medis lainnya yang bertugas di ruang perawatan anak Paviliun Ade Irma Suryani RSPAD Gatot Soebroto.

### 3. Pemeriksaan Fisik

Teknik pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh penulis pada An. D yaitu (IPPA) Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi. Menurut Margarita, (2015) Inspeksi memeriksa bagian tubuh pasien dengan cara melihat, Palpasi adalah melakukan tindakan meraba dengan satu atau dua tangan atau jari tangan, Perkusi adalah mendengarkan bunyi dari hasil ketukan jari kirta pada bagian tubuh pasien, sedangkan Auskultasi adalah mendengarkan bunyi yang berasal dari dalam tubuh biasanya dengan menggunakan stetoskop.

### 4. Studi Literatur

Pengumpulan data dilakukan dengan cara menggali sumber-sumber pengetahuan melalui buku - buku, jurnal – jurnal referensi mengenai asuhan keperawatan pada *Malformasi Anorectal Post Op Tutup Kolostomi*, internet dengan sumber terpercaya, dan literatur lain yang berkaitan dengan Malformasi Anorectal.

### 5. Studi Dokumentasi

Pengumpulan data dilakukan melalui sumber – sumber informasi yang bisa dilihat dari catatan rekam medik yang berisi tentang catatan perkembangan pasien terinterasi, hasil pemeriksaan diagnostik berupa radiografi lopografi, pemeriksaan laboratorium.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Studi Kasus

Pengambilan data dilakukan pada tanggal 11 April 2023 pukul 10.00 WIB. Pasien An. D masuk ke rumah sakit pada tanggal 8 April 2023. Pasien An. D dirawat di Paviliun Ade Irma Suryani Lantai 1 RSPAD Gatot Soebroto.

Bayi masuk melalui poli bedah anak RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 6 April 2023 dengan diagnosa *Malformasi Anorectal* sudah dilakukan tindakan pembuatan kolostomi 3 hari setelah lahir di RS Koja pada 9 juni 2022 di bagian abdomen kiri. Pasien rujukan dari RS Koja dan sudah operasi pembuatan anus atau PSARP di RSPAD Gatot Soebroto pada oktober 2022. Bayi datang dengan rencana tutup kolostomi yang akan dilakukan pada tanggal 11 April 2023, lalu pasien berada di ruang perawatan lantai 1 Paviliun Ade Irma Suryani pada tanggal 8 April 2023. Untuk rencana tutup kolostomi tersebut dilakukan pada tanggal 11 April 2023 pada pukul 08.45 sampai dengan 10.00 WIB. Telah dilakukan tindakan pemeriksaan TTV dengan hasil Nadi 122x/menit, RR 30x/menit, suhu 36,4°C. Didapatkan BB 7,14 kg dan PB 69 cm.

##### 1. Pengkajian

Dari pengkajian pada tanggal 11 April 2023 pukul 10.00 WIB. Pada kasus ini diperoleh dengan cara melakukan pengamatan atau observasi secara langsung, wawancara, pemeriksaan, dan catatan medis. Dari data pengkajian tersebut didapat

##### a. Identitas Pasien

Klien An. D jenis kelamin perempuan, usia 10 bulan, lahir di Jakarta 06 Juni 2022, suku bangsa Betawi, No. Rekam Medis 01119211, Agama Islam, alamat di Jl. Cemara Blok I Gg. II No. 16 RT. 005/016 Koja Jakarta Utara.

Penanggung jawab klien yaitu ibu klien Ny. D, usia 35 tahun, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, Agama Islam, Suku bangsa Betawi.

Setelah dilakukan pengkajian pada An. D didapatkan keluhan sebagai berikut :

- 1) Ibu bayi mengatakan bayi sering menangis pasca operasi, dengan dilihat bayi tampak mengernyit dan merengek. Menurut Faisal, (2017) pendekatan lain untuk menegakkan diagnosa nyeri pada bayi adalah pendekatan perilaku, yang sering diamati adalah perilaku tangis, ekspresi wajah dan gerak anggota badan. Menurut penulis mengernyit dan merengek merupakan salah satu ekspresi wajah ketika bayi mengalami nyeri.
- 2) Hasil pemeriksaan skala *Face, Leg, Activity, Cry, Consolability* (FLACC) bayi didapatkan Face menyeringai, mengerutkan dahi, tampak tidak tertarik (kadang - kadang) dengan skor 1. *Legs* posisi normal atau santai dengan skor 0. *Activity* menggeliat, tidak bisa diam, tegang, dengan skor 1. *Cry* merintih, merengek dengan skor 1. *Consolability* dapat ditenangkan dengan sentuhan, pelukan, bujukan, dan dapat dialihkan dengan skor 1. Jadi total skor keseluruhan skala FLACC bayi adalah 4. Menurut Rizaldi, (2016) *Face Leg Activity Cry Consolability Pain Scale* (FLACC) merupakan asesmen nyeri yang digunakan pada anak – anak dengan memperhatikan ekspresi wajah, pergerakan kaki, aktivitas anak, tangisan anak, dan kemampuan anak untuk ditenangkan. Menurut Nursalam dikutip oleh Rika, (2015) Anak akan bereaksi terhadap rasa nyeri dengan menyeringai wajah, menangis, mengatupkan gigi, menggigit bibir, membuka mata dengan lebar. Hal ini dirasakan karena anak belum bisa bicara apa yang dia rasakan.
- 3) Hasil pemeriksaan radiologi radiografi lopografi didapatkan hasil abnormal yaitu atresia ani, jarak antara ujung distal rectum dengan marker anal dimple +/- 0,85 cm. Colon sigmoid dan rectum di distal

dari stoma intak, tak tampak fistula tract. Kaliber colon sigmoid di dekat muara stoma distal +/- 1,61 cm. Kaliber colon descendens di dekat muara stoma proksimal +/- 1,45 cm. Pada hal ini dalam Salsabila pada kutipan Tara, (2022) Atresia ani disebabkan karena gangguan proses pertumbuhan, penggabungan, atau masalah pada pembentukan anus dari tonjolan embrionik, kegagalan proses perkembangan dan pertumbuhan anak saat di dalam kandungan berumur 3 bulan.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada An. D maka diagnosa keperawatan prioritas yang ditemukan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Menurut Argi, (2013) pada nyeri pasca bedah disebabkan oleh rangsangan mekanik yaitu luka (insisi) dimana insisi ini akan merangsang mediator – mediator kimia dari nyeri. Diagnosa ini ditandai dengan data yang ditemukan, yaitu data subjektif ibu bayi mengatakan bayi sering menangis pasca operasi dengan *provokes post op* tutup kolostomi, *radiation* abdomen kiri, skala FLACC 4.

## **C. Intervensi Keperawatan**

Pada perencanaan penulis menyusun rencana keperawatan sesuai dengan intervensi utama, penulis mengambil nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Menurut SIKI (2018) intervensi utama nyeri akut ada 2 dan intervensi pendukung ada 36. Perencanaan sesuai masalah keperawatan pada klien sebagai berikut :

1. Berikan teknik nonfarmakologi (mis. distraksi, relaksasi, terapi bermain). Menurut Rika, (2019) Teknik distraksi merupakan intervensi yang sering digunakan untuk mengurangi nyeri pada anak. Dimana teknik ini bertujuan agar anak teralihkan dari rasa sakit yang dirasakannya. Pada kasus An. D teknik distraksi yang diberikan oleh penulis yaitu pengalihan nyeri dengan boneka tangan dan tindakan mendekap/memeluk bayi.
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri pada orangtua bayi dengan teknik nonfarmakologi berupa tindakan distraksi pengalihan nyeri dengan boneka

tangan dan tindakan memeluk/mendekap bayi. Menurut Mayasari, (2016) tujuan menjelaskan strategi meredakan nyeri agar pasien atau orangtua mengerti cara meredakan nyeri. Penulis memberikan implementasi ini selama 3 x 24 jam dalam sehari penulis memberikan implementasi ini sebanyak 2 kali dan dilakukan 30 menit sebelum tindakan pemberian analgetik yang bertujuan agar orangtua bayi mengetahui tindakan yang harus dilakukan kepada bayi saat bayi menangis/merengek karena nyeri dan mengetahui keefektifan tindakan distraksi pengalihan boneka tangan dan teknik relaksasi mendekap/ memeluk bayi terhadap penurunan nyeri.

3. Kolaborasi pemberian analgetik paracetamol IV 3 x 100 mg Menurut Nuruliyanti, (2020) pemberian analgetik bertujuan untuk membantu proses penyembuhan pasien pasca operasi/ mengurangi nyeri.
4. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Menurut Nuruliyanti, (2020) mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri bertujuan untuk mengetahui lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi. Status kesehatan yang baik menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari Yustiana dikutip oleh (Riskiya, 2022).

Hasil implementasi dilakukan berdasarkan intervensi yang telah disusun dari diagnosa yang ditegakkan dalam studi kasus. Semua perencanaan terlaksana dengan baik tanpa ada kendala karena adanya dukungan dari keluarga dalam mengaplikasikan tindakan tersebut. Implementasi yang digunakan penulis pada anak dengan *malformasi anorectal* post tutup kolostomi, yaitu :

1. Memberikan teknik nonfarmakologi (mis. teknik distraksi boneka tangan dan tindakan relaksasi mendekap/memeluk bayi) yang rasionalnya untuk

- mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien. Penulis memberikan teknik distraksi boneka tangan dan memeluk/ mendekap bayi secara bersamaan.
2. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan teknik nonfarmakologi yaitu teknik distraksi boneka tangan dan tindakan relaksasi mendekap/memeluk bayi. yang rasionalnya memberikan pemahaman teknik meredakan nyeri pada pasien.
  3. Berkolaborasi pemberian analgetik paracetamol IV 3 x 100 mg yang rasionalnya membantu proses penyembuhan pasien pasca operasi/ untuk mengurangi nyeri.
  4. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dengan skala FLACC yang rasionalnya mengetahui lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri. Berikut adalah tabel lembar observasi skala nyeri FLACC.

**Tabel 4.1 Skala Nyeri FLACC**

NO	WAKTU	SEBELUM					SKOR	SESUDAH					SKOR
		F	L	A	C	C		F	L	A	C	C	
1.	Selasa 11 April 2023	1	0	1	1	1	4	1	0	1	0	1	3
2.	Rabu, 12 April 2023	1	0	1	0	1	3	1	0	0	0	1	2
3.	Kamis, 13 April 2023	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	1

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa skala FLACC tertinggi sebelum diberikan yaitu 4 dan setelah diberikan yaitu 1. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian teknik distraksi boneka tangan dan memeluk/ mendekap bayi efektif diberikan pada anak usia toddler.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap

yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik Yustiana dikutip oleh (Riskiya, 2022).

Evaluasi formatif yang dilakukan penulis pada kasus ini pada hari pertama didapatkan hasil objektif skala FLACC 3, gelisah menurun, merengek menurun ditandai dengan bayi tampak tenang dan tersenyum hasil subjektif ibu mengatakan bayi sudah jarang menangis. Hari kedua didapatkan hasil objektif skala FLACC 2 ditandai dengan bayi tampak rileks dengan hasil subjektif ibu bayi mengatakan bayi tampak tenang dan sudah bisa tertawa. Hari ketiga didapatkan hasil objektif FLACC 1 ditandai dengan bayi tampak rileks, bayi tampak senang dengan gerakan mudah dan hasil subjektif didapatkan ibu bayi mengatakan bayi sudah tidak menangis.

Evaluasi keperawatan pada An. D dalam masalah kebutuhan rasa aman dan nyaman secara umum dapat dilihat dari kemampuan anak dalam mengatasi nyeri yang dibuktikan dengan teralihnya fokus anak kepada boneka tangan dan relaksasi mendekap/memeluk terhadap kualitas nyeri. Evaluasi Sumatif pada kasus ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, didapatkan hasil objektif keluhan nyeri menurun dengan skala FLACC 1, gelisah menurun ditandai dengan bayi lebih rileks hasil subjektif ibu mengatakan bayi sudah tidak menangis dengan *Assesment* masalah teratasi. *Planning* intervensi dihentikan dengan *discharge planning* penulis memberikan informasi pada keluarga tentang manajemen pengelolaan nyeri pada bayi dengan cara distraksi boneka tangan dan tindakan memeluk/mendekap saat bayi menangis.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

##### **1. Pengkajian**

Data yang didapat dari hasil pengkajian pada klien An. D usia 10 bulan dengan keluhan utama ibu mengatakan bayi nya rewel dan sering menangis pasca operasi, dan usaha ibu saat bayi nya menangis yaitu mendekap dan memeluk bayi nya. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum An. D adalah rewel dan gelisah. Pengukuran tanda – tanda vital Nadi 122x/menit, RR 30x/menit, suhu 36,4°C. berat badan 7,14 kg, panjang badan 69 cm, serta lingkar lengan atas 18 cm.

##### **2. Diagnosa**

Diagnosa keperawatan utama yang ditemukan oleh penulis pada An. D Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis. Karya Tulis Ilmiah ini penulis hanya merumuskan satu diagnosa keperawatan yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada klien.

##### **3. Intervensi**

Intervensi keperawatan pada An. D dengan nyeri akut dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri akut teratasi. Intervensi yang diambil penulis pada kasus ini adalah intervensi utama manajemen nyeri dengan intervensi pendukung.

##### **4. Implementasi**

Implementasi yang dilakukan berdasarkan diagnosa keperawatan pada An. D dengan masalah nyeri akut yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, memberikan teknik nonfarmakologi (mis. distraksi, relaksasi, terapi bermain), menjelaskan strategi meredakan, berkolaborasi pemberian analgetik paracetamol IV 3 x 100 mg.

Faktor pendukung dalam memberikan penerapan tindakan distraksi pada klien An. D adalah klien dan keluarga kooperatif dan menerima tindakan

keperawatan yang telah diberikan oleh penulis dan perawat ruangan sehingga tidak ada hambatan bagi penulis dalam memberikan implementasi.

## 5. Evaluasi

Evaluasi pada karya tulis ilmiah ini dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan setiap selesai melakukan tindakan Evaluasi sumatif dilakukan 3 hari dengan hasil terhadap proses yang dilakukan untuk mengetahui perkembangan pada kondisi An. D setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari maka masalah keperawatan utama nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil frekuensi nadi membaik, pola nafas membaik, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun.

## B. Saran

### 1. Orangtua

Penulis berharap pengetahuan orangtua meningkat dan mampu melakukan teknik distraksi pengalihan nyeri dengan boneka tangan dan tindakan mendekap/memeluk bayi pada pasien dengan *Malformasi Anorectal*.

### 2. Pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Penulis berharap hasil studi kasus ini dapat menambah keluasan ilmu dan terapan teknologi dalam meningkatkan penanganan nyeri dengan penerapan distraksi.

### 3. Penulis

Penulis berharap karya tulis ini menjadi perbandingan untuk penulis selanjutnya agar bisa menambahkan subjek atau sampel studi kasus guna mengetahui seberapa efektif tindakan keperawatan yang dilakukan dalam kasus *Malformasi Anorectal*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Argi, V. (2013). *Pengaruh Aroma Terapi Lavender Terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Pasca Operasi di Rumah Sakit Dustira Cimahi*. Jurnal Keperawatan Sudirman.
- Arif, R. M. (2019). *Tumbuh Kembang Anak Usia Pra Sekolah*. Padang: Andalas University Press.
- Asyifa, I. (2020). *Pertumbuhan dan Perkembangan Anak: Bayi, Balita, dan Usia Prasekolah*. Bogor: Lindan Bestari Anggota IKAPI.
- Avita, I. S. (2021). *Asuhan Keperawatan An. A dengan Diagnosa Medis Malformasi Anorectal di Ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya*.
- Aylin Kurt, M. S. (2021). *The Effect of Finger Puppets on Postoperative Pain in Children : A Randomized Controlled Trial*. *Clinical and Experimental Health Sciences*.
- Cindy. (2022). *Penerapan Pengalihan Distraksi Visual pada An. G dengan Akut Leukimia Limfoblastik dalam Penurunan Tingkat Nyeri Akut di Ruang Ade Irma Suryani Lantai 2 RSPAD Gatot Soebroto*. Jakarta.
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan*. Jakarta; EGC.
- Dewi, V. N. (2013). *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dina, H. (2021). *Asuhan Keperawatan pada An. R dengan Malformasi Anorectal Post Recolostomi Et-Causa Post Posterior Sagittal Anorecto Plasy di Ruang Baitunnisa 1 RS Islam Sultan Agung Semarang*.
- Faisal, L. (2017). *Klasifikasi Aktivitas Gerakan Bayi Setelah Operasi Berbasis Motion Vecttor Menggunakan Support Vector Machine*. Surabaya.
- Fitri, F. R. (2016). *Hubungan Keterlambatan Diagnosis dengan Komplikasi pada Penderita Malformasi Anorektal di RSUP HAM*.
- Irene, L. (2017). *Malformasi Anorectal*. Jurnal Kedokteran.
- Margarita, R. (2015). *Pedoman Keterampilan Medik*. Surabaya: Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair (AUP).
- Mayasari. (2016). *Pentingnya Pemahaman Manajemen Nyeri Non farmakologi bagi seorang perawat*. jurnal wawasan kesehatan.
- Nuruliyanti. (2020). *Asuhan Keperawatan pada lansia dengan masalah nyeri akut*.
- Pricilia, L. V. (2022). *Karakteristik Pasien Malformasi Anorektal pada anak di RSUP dr. Mohammand Husein Palembang*.
- Raditya, W. H. (2013). *Hubungan Peran Perawat sebagai Edukator dengan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso*.
- Rika, K. (2019). *Pengaruh cerita menggunakan boneka tangan terhadap skala nyeri pada anak prasekolah saat dilakukan tindakan invasif di RSUD Al Ihsan* . Jurnal Ilmu Kesehatan.
- Rika, S. (2015). *Pengaruh Teknik Distraksi Menonton Kartun Animasi Terhadap Skala Nyeri Anak Usia Prasekolah Saat Pemasangan Infus di Instalasi Rawat Inap Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang*. Ners Jurnal Keperawatan.

- Riskiyya, O. (2022). *Penerapan Asuhan Keperawatan pada An. K dengan Bronkopneumonia dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenisasi di Lantai 2 Paviliun Ade Irma Suryani RSPAD Gatot Soebroto.*
- Rizaldi, T. (2016). *Pengkajian Nyeri.* Yogyakarta: Betha Grafika.
- Rudi, H. (2013). *Penanganan Kejadian Atresia Ani pada Anak.* Jurnal Keperawatan Notokusumo Vol 1 No. 1.
- Ruminem. (2021). *Konsep Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman.*
- Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).* (2018). Jakarta: PPNI.
- Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).* (2018). Jakarta: PPNI.
- Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).* (2018). Jakarta: PPNI.
- Siti, M. (2013). *Pengaruh Distraksi Boneka Tangan Terhadap Skor Nyeri pada Bayi Usia 9 Bulan yang diberi Imunisasi Campak.*
- Sitiata, R. P. (2012). *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita untuk Keperawatan dan Kebidanan.* Banguntapan Jogjakarta: D-Medika.
- Tara, M. (2022). *Asuhan Keperawatan Perioperatif pada Pasien Atresia Ani dengan Tindakan Reseksi dan Anastomosis di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung.*
- Tarwoto, W. &. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 5.* Jakarta: Salemba Medika.
- Tiara, W. E. (2020). *Respon dan Pengelolaan Nyeri pada Bayi Saat Imunisasi Pentabio di Wilayah Kerja Puskesmas Haurpanggung.*
- Titania, I. (2022). *Karakteristik Pasien Malformasi Anorektal di RSUD Raden Mattaher Jambi.*
- Titania, I. (2022). *Karakteristik Pasien Malformasi Anorektal di RSUD Raden Mattaher Jambi.*
- Wahid, A. i. (2021). *Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan.* Trans Info Media.
- Yasinta, A. E. (2021). *Pengaruh Permainan Boneka Tangan dan Kompres Dingin tentang Pengurangan Tingkat Nyeri dan Kecemasan dalam Menjalani Pemasangan Infus di Ruang Perawatan RS Sumbawa.* Jurnal Kebijakan Manajemen Kesehatan.

Wahid, A. i. (2021). *Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan*. Trans Info Media.

Yasinta, A. E. (2021). *Pengaruh Permainan Boneka Tangan dan Kompres Dingin tentang Pengurangan Tingkat Nyeri dan Kecemasan dalam Menjalani Pemasangan Infus di Ruang Perawatan RS Sumbawa*. Jurnal Kebijakan Manajemen Kesehatan.







# LAMPIRAN





3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

a. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran (dilakukan hanya pada anak-anak dengan kasus-kasus tertentu (kelainan kongenital) atau pada neonatus dan bayi)

Antenatal

- 1) Kesehatan ibu waktu hamil :
- |                          |                                     |           |
|--------------------------|-------------------------------------|-----------|
| Tidak                    | Ya                                  |           |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ada       |
| a) Hipertensi Gravidarum | <input type="checkbox"/>            | tidak ada |
| b) Perdarahan pervagina  | <input checked="" type="checkbox"/> | tidak ada |
| c) Anemia                | <input checked="" type="checkbox"/> | tidak ada |
| d) Penyakit Infeksi      | <input checked="" type="checkbox"/> | tidak ada |
| e) Pre Eklamsi / Eklamsi | <input type="checkbox"/>            | tidak ada |
| f) Gangguan kesehatan    | <input checked="" type="checkbox"/> | tidak ada |
- 2) Pemeriksaan Kehamilan :
- |                          |                                     |                                |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Tidak                    | Ya                                  |                                |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | teratur                        |
| a) Teratur               | <input checked="" type="checkbox"/> | teratur                        |
| b) Diperiksa oleh        | <input checked="" type="checkbox"/> | bidan                          |
| c) Tempat pemeriksaan    | <input checked="" type="checkbox"/> | bidan                          |
| d) Hasil pemeriksaan     | <input checked="" type="checkbox"/> | normal                         |
| e) Imunisasi             | <input type="checkbox"/>            | BCG, polio, DPT, balne compact |

3) Riwayat Pengobatan selama Kehamilan :

tidak ada

Masa Natal

- 1) Usia kehamilan saat Kelahiran : 37 minggu
- 2) Cara persalinan
- a) Normal  normal
- b) Tidak
- 3) Dilolong oleh : bidan
- 4) Keadaan bayi saat lahir : gangguan kesehatan
- 5) BB, PB, Lingkar kepala waktu lahir : 3,4 kg, 50 cm, 35 cm
- 6) Pengobatan yang didapat :

Neonatal

- 1) Cacat kongenital : asma mi
- 2) Ikterus : sudah sembuh setelah lahir
- 3) Kejang : tidak ada
- 4) Paralisis : tidak ada
- 5) Perdarahan : tidak ada
- 6) Trauma persalinan : tidak ada
- 7) Penurunan BB :
- 8) Pemberian minum/ASI : ASI eksklusif
- 9) Lain-lain :

b. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Apakah ada gangguan dalam proses tumbuh kembang anak (Jelaskan)

tidak dapat BAB dengan normal melalui anus

c. Penyakit-penyakit yang pernah diderita

tidak ada

d. Pernah dirawat di Rumah Sakit

operasi pemenuhan kolostomi 5 hari setelah lahir di RSUD

e. Obat-obatan

tidak ada

f. Tindakan (misalnya : operasi)

operasi pemenuhan kolostomi dan ASAP

- g. Alergi tidak ada
- h. Keobesitas tidak ada
- i. Imunisasi BCC, polio, DPT, campak
- j. Kebiasaan sehari-hari (keadaan sebelum dirawat) bermain

1) Pola pemenuhan nutrisi :

- a) ASI dan atau susu buatan :
- (1) Lamanya pemberian : Asi belum tidak pernah
- (2) Waktu pemberian : 2 jam sekali
- (3) Jenis susu buatan : tidak ada
- (4) adakah kesulitan : tidak ada
- b) Makanan padat :
- (1) Kapan mulai diberikan : usia umur 6 bln
- (2) Cara pemberian : dilapuk
- c) Vitamin :
- (1) Jenis vitamin : tidak ada
- (2) Berapa lama diberikan : tidak ada
- d) Pola makan dan minum :
- (1) Frekuensi makan : Pagi, sore 2x sehari
- (2) Jenis makanan : bubur
- (3) Makanan yg disenangi : bubur
- (4) Alergi makanan : tidak ada
- (5) Kebiasaan makan :
- (a) Makan bersama keluarga : di rumah
- (b) Makan sendiri : di rumah
- (c) Disusapi oleh : ibu
- (d) Di : di rumah
- (6) Waktu makan : Pagi, sore
- (7) Jumlah minum / hari : 2 jam sekali
- (8) Frekuensi umum : 2 jam sekali

2) Pola Tidur :

- a) Lamanya tidur siang / malam : 2 jam
- b) Kelainan waktu tidur : tidak ada
- c) Kebiasaan anak menjelang tidur :
- (1) Membaca : tidak ada
- (2) Mendengar cerita : tidak ada
- (3) Lain-lain : tidak ada
- d) Kebiasaan yang membuat anak nyaman saat tidur : Sendi malam

3) Pola aktifitas / Latihan / OR / bermain / hoby :

tidak ada

4) Pola kebersihan diri :

- a) Mandi : 2 X / hari
- (1) Frekuensi : 2 X / hari
- (2) Sabun :  tidak  ya
- (3) Bantuan :  tidak  ya, oleh ibu/rt/en
- b) Oral Hygiene :
- (1) Frekuensi : 2 X / hari
- (2) Waktu :  pagi  sore  malam  setelah makan
- (3) Cara :  sendiri  dibantu
- (4) Menggunakan pasta gigi :  ya  tidak

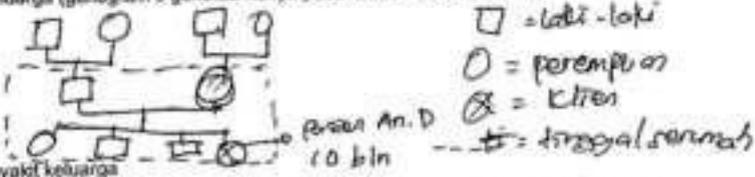
- c) Cuci Tangan :  X / minggu  
 (1) Frekuensi : ..... X / minggu  
 (2) Sampuh :  sendiri  dibantu  
 d) Berpakain :  sendiri  dibantu

- 5) Pola Eliminasi :
- a) BAB : *tidak lancar*  
 (1) Frekuensi : ..... X / hari  
 (2) Waktu :  pagi  siang  sore  malam  tidak tentu  
 (3) Warna : .....  
 (4) Bau : .....  
 (5) Konsistensi : .....  
 (6) Cara : .....  
 (7) Keluhan : .....  
 (8) Penggunaan laxatif / pencemar : .....  
 (9) Kebiasaan pada waktu BAB : .....  
 b) BAK : *tidak lancar*  
 (1) Frekuensi : ..... X / hari  
 (2) Warna : .....  
 (3) Keluhan yang berhubungan dengan BAK : .....  
 (4) Kebiasaan ngompol : .....

- 6) Kebiasaan lain :
- a) Menggigit jari : .....  
 b) Menggigit kuku : .....  
 c) Menghidap jari : .....  
 d) Mempermainkan genital : .....  
 e) Mudah marah : .....  
 f) Lain-lain : .....  
 7) Pola Asuh : *dituntut oleh ibunya*

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

- a. Susunan Keluarga (genogram 3 generasi hanya pada kasus - kasus tertentu)



- b. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit	Ayahibu	Saudara kandung	Anggota keluarga lain
1. Penyakit yang pernah diderita	<i>tidak ada</i>	<i>tidak ada</i>	<i>tidak ada</i>
2. Penyakit yang sedang diderita	<i>tidak ada</i>	<i>tidak ada</i>	<i>tidak ada</i>
3. Analisa faktor penyakit (gigit, jantung, DM, hipertensi, kanker, gangguan mental, alergi dll)	<i>tidak ada</i>	<i>tidak ada</i>	<i>tidak ada</i>

- c. Coping keluarga : *keluarga menaruh perhatian dan dukungan dari orang tua, melakukan kegiatan kean dan dapat diandalkan*  
 d. Sistem Nilai : *tidak ada sistem nilai yang berkembang dan terdapat*  
 e. Spiritual : *kepercayaan*

5. Riwayat Kesehatan Lingkungan

- a. Resiko Bahaya Kecelakaan  
 1) Rumah : dekat dengan Jalan Raya  
 2) Lingkungan rumah : rumah KEMAN PENDIDIK
- b. Polusi  
 Kemungkinan bahaya akibat polusi : .....
- c. Tempat bermain : .....

6. Riwayat Kesehatan Sekarang

- a. Riwayat Penyakit Sekarang  
 Tgl. mulai sakit : 06/06/03 Pukul : .....
- Keluhan utama : post op pasca operasi fistul kolostomi
- 1) Terjadinya : pasca op  
 2) Lamanya : 3 hari  
 3) Faktor pencetus : post fistul kolostomi  
 4) Upaya untuk mengurangi : di rawat dir RS dan rekresi  
 5) Cara waktu masuk : rujukan RS Djam
- Dikirim oleh : Dokter  Puskesmas  RS   
 Lain-lain

b. Pengukuran fisik secara fungsional

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
(Disal keluhan klien atau keluarga saat ini / saat pengkajian) - low body temperature bagy sering - low body temperature bagy mid - dan muntah sudah 5x - low body temperature yang disertai low pulse 50 dan tekanan darah	1) Data klinik : a) Suhu : 36°C b) Nadi : 102 x/mnt c) Pernafasan : 20 x/mnt d) Tek. Darah : (di bawah normal) e) Kesadaran : alert f) Nyeri : abdomen kiri
2) Nutrisi dan metabolisme a) Nafsu makan (menyukai) - low body temperature b) Penurunan & peningkatan BB - tidak ada c) Diet : tidak ada d) Kulit : (1) Perubahan warna : pucat (2) Gangguan penyembuhan : tidak ada e) Intake dalam sehari : (1) Makan : (2) Minum : (3) Lain-lain : tidak ada f) Mual : tidak ada g) Dysphagia : tidak ada h) Muntah : 5x 10 cc - jumlah :	2) Nutrisi dan metabolisme a) Mukosa mulut : (1) Warna : merah (2) Lesi : tidak ada (3) Kelambatan : tidak ada (4) Kelainan palatum : tidak ada (5) Bibir : (6) Gusi : kemerahan (7) Lidah : bersih b) Gigi : (1) Kelengkapan gigi : tidak ada (2) Karang gigi : tidak ada (3) Karies : tidak ada c) Obesitas : tidak ada d) Kulit : (1) Integritas : normal (2) Turgor : normal (3) Tekstur : normal f) Sonde NGT : tidak dipasang
3) Respirasi / sirkulasi a) Pernafasan : (1) Sesak napas : tidak ada	3) Respirasi / Sirkulasi : a) Suara pernafasan : vesikuler b) Batuk : tidak ada

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
(2) Sputum : <i>tidak ada</i> (3) Batuk : <i>tidak ada</i> b) Sirkulasi : <i>tidak ada</i> (1) Sakit dada : <i>tidak ada</i> (2) Udemia : <i>tidak ada</i>	c) Batuk darah : <i>tidak ada</i> d) Sputum : <i>tidak ada</i> e) Ikterus : <i>tidak ada</i> f) Sianosis : <i>tidak ada</i> g) Penggunaan otot bantu nafas : <i>tidak ada</i> h) Pernafasan cuping hidung : <i>tidak ada</i> i) Edema : <i>tidak ada</i> j) Palpitasi : <i>tidak ada</i> k) Pengisian kapiler : <i>2 detik</i> G) Temperatur suhu : <i>36°C</i>
4) Eliminasi a) Abdomen : <i>tidak ada</i> (1) Kembung : <i>tidak ada</i> (2) Mulas : <i>tidak ada</i> (3) Sakit nyeri : <i>tidak ada</i> b) BAB (1) Bau : <i>tidak ada</i> (2) Warna : <i>tidak ada</i> (3) Lendir : <i>tidak ada</i> (4) Diare : <i>tidak ada</i> (5) Konsistensi : <i>tidak ada</i> (6) Frekuensi : <i>tidak ada</i> c) BAK (1) Jumlah : <i>tidak ada</i> (2) Frekuensi : <i>tidak ada</i> (3) Sakit : <i>tidak ada</i> (4) Nocturia : <i>tidak ada</i> (5) Dysuria : <i>tidak ada</i> (6) Hematuria : <i>tidak ada</i> (7) Inkontinensia : <i>tidak ada</i>	4) Eliminasi a) Abdomen (1) Lemas : <i>tidak ada</i> (2) Tegang/kaku : <i>tidak ada</i> (3) Kembung : <i>tidak ada</i> (4) Bising usus : <i>6 x / menit</i> (5) Lingk. Perut : <i>42 cm</i> b) BAB (1) Bau : <i>tidak ada</i> (2) Warna : <i>tidak ada</i> (3) Lendir : <i>tidak ada</i> (4) Konsistensi : <i>tidak ada</i> (5) Mefena : <i>tidak ada</i> (6) Frekuensi : <i>tidak ada</i> c) BAK (1) Kepekatan : <i>tidak ada</i> (2) Warna : <i>tidak ada</i> (3) Bau : <i>tidak ada</i> (4) Karakter : <i>tidak ada</i> (5) Lain-lain : <i>tidak ada</i> (6) Frekuensi : <i>tidak ada</i> d) Rectum / Anus (1) Itiasi : <i>tidak ada</i> (2) Atresia ani : <i>tidak ada</i> (3) Prolaps : <i>tidak ada</i> (4) Lain - lain : <i>tidak ada</i>
5) Aktivitas / Latihan a) Tingkat kekuatan / Ketahanan : <i>tidak ada</i> b) Kemampuan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari : <i>tidak ada</i> c) Adanya kekakuan pergerakan sendi : <i>tidak ada</i> d) Rasa nyeri pada sendi : <i>tidak ada</i>	5) Aktivitas / Latihan a) Keseimbangan berjalan : <i>normal</i> b) Kekuatan menggenggam : <i>normal</i> (1) Tangan Kiri : <i>normal</i> (2) Tangan Kanan : <i>normal</i> c) Bentuk kaki : <i>normal</i> d) Dolor kaki : <i>tidak ada</i> e) Kelemahan : <i>tidak ada</i> f) Kojang : <i>tidak ada</i> g) Lain-lain : <i>tidak ada</i>
6) Sensori persepsi : <i>tidak ada</i> a) Pendengaran : <i>normal</i> b) Penglihatan : <i>normal</i> c) Penciuman : <i>normal</i> d) Perabaan : <i>normal</i> e) Pengecap : <i>normal</i>	6) Sensori persepsi (sesuaikan dengan kasus) a) Reaksi terhadap rangsangan : <i>normal</i> b) Orientasi : <i>normal</i> c) Pupil : <i>normal</i> d) Konjungtiva/warna : <i>normal</i> e) Pendengaran : <i>normal</i> f) Penglihatan : <i>normal</i> g) Lain - lain : <i>tidak ada</i>
7) Konsep diri : <i>tidak ada</i>	7) Konsep diri : <i>tidak ada</i>

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
Apakah penyakit tersebut mempengaruhi pasien? <i>(tidak mengganggu fungsi tidur)</i>	c) Perilaku : <i>tidak ada</i>
b) Tidur / Istirahat a) Jika tidur apakah merasa menyakit <i>tidak ada</i> b) Masalah atau gangguan waktu tidur <i>tidak ada</i>	B) Tidur / Istirahat a) Tanda-tanda kurang tidur : <i>tidak ada</i> b) Lain - lain : <i>tidak ada</i>
d) Seksualitas / Reproduksi a) Wanita : <i>belum</i> (1) Menstruasi : ..... (2) Penderitaan buah dada : <i>belum</i> b) Pria : (1) Tidak dapat ereksi : ..... (2) Sakit pada waktu BAK : .....	4) Seksualitas / Reproduksi a) Wanita (1) Benjolan pada buah dada : ..... b) Pria (1) Kelainan skrotum : ..... (2) Hyposphadia : ..... (3) Fimosis : ..... (4) Lain - lain : .....

- c. Dampak Hospitalisasi  
1) Pada Anak : *bayi sedang memonitori karena luka post op*  
2) Pada Keluarga : *cepat melihat keadaan bayi*

- d. Tingkat Pertumbuhan dan Perkembangan Saat Ini
- |               |  |
|---------------|--|
| BB            | : <i>7,19 kg</i>                                   |
| TB / PB       | : <i>69 cm</i>                                     |
| LK            | : <i>43 cm</i>                                     |
| LP            | : <i>43 cm</i>                                     |
| LLA           | : <i>18 cm</i>                                     |
| Motorik kasar | : <i>kepala tegak, berdiri sendiri</i>             |
| Motorik halus | : <i>memegang mainan</i>                           |
| Bahasa        | : <i>mengucapkan suara sendiri dan bersengutan</i> |
| Sosialisasi   | : <i>saat bermain sendiri</i>                      |

7. Pengkajian Risiko Jatuh pada Anak (Skala Humpty Dumpty)

Parameter	Kriteria	Skala	Skor
Umur	Di bawah 3 tahun	4	4
	3 - 7 tahun	3	
	7 - 12 tahun	2	
	>12 tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki-laki	2	1
	Perempuan	1	
	Kelainan Neurolog	4	
Diagnosa	Perubahan dalam oksigen (masalah saluran napas, dehidrasi, anemia, aritmia, sinkop/sakit kepala)	3	1
	Kelainan psikis / perilaku	2	
	Diagnosis lain	1	
	Tidak sadar terhadap keterbatasan	3	
Gangguan Kognitif	Lupa keterbatasan	2	3
	Mengetahui kemampuan diri	1	
	Riwayat jatuh dari tempat tidur saat dirawat	4	
	Pasien menggunakan alat bantu/brosmebel	3	
Faktor Lingkungan	Pasien berada di tempat tidur	2	2
	Di luar ruang rawat	1	
	Dalam 24 jam	3	
	Dalam 48 jam	2	
Respon terhadap Operasi / Obat Penenang / Efek Anestesi	>48 jam	1	3
	Bermacam-macam obat yang digunakan: obat sedatif (kecuali pasien ICU yang menggunakan sedasi dan paralisis), hipnotik, barbiturat, kolinergik, antidepressan, laksan/stimulan, ritmik	3	
Penggunaan Obat			1

Salah satu dari penggabalan di atas	2	
Penggabalan lain	1	
<b>SKOR TOTAL</b>		<b>43</b>

Skor asesmen risiko jatuh: (skor minimal 7, skor maksimal 23)

Skor 7-11 : risiko rendah

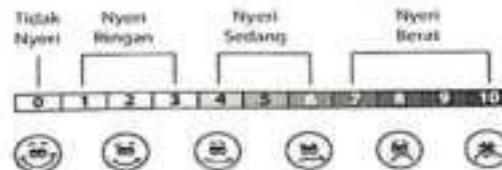
Skor > 12 : risiko tinggi

### 8. Pengkajian Nyeri

Skala FLACC ( untuk bayi usia 2 bulan hingga anak usia 7 tahun)

Kategori	Skor			Nilai
	0	1	2	
Face (wajah)	Tidak ada ekspresi khusus, senyum	Menyeringai, mengerutkan dahi, tampak tidak tertarik (kadang-kadang)	Dagu gemetar, genulu berulung (sering)	1
Leg (kaki)	Posisi normal atau santai	Gelisah, tegang	Menendang, kaki tertekuk	0
Activity (aktivitas)	Berbaring tenang, posisi normal, gerakan mudah	Mengelat, tidak bisa diam, tegang	Kaku atau tegang	1
Cry (menangis)	Tidak menangis	Meringis, merengok, kadang-kadang mengedip	Terus menangis, berteriak	1
Consolability (Kemampuan Consoal)	Stres	Dapat ditenangkan dengan sentuhan, pelukan, bungkam, dapat ditibikan	Sering mengeluh, sulit ditibikan	1
Jumlah				<b>4</b>

Skala Numerik ( untuk anak usia di atas 7 tahun)



- Nyeri kronis, lokasi: \_\_\_\_\_ Frekuensi: \_\_\_\_\_ Durasi: \_\_\_\_\_
- Nyeri akut, lokasi: \_\_\_\_\_ Frekuensi: \_\_\_\_\_ Durasi: \_\_\_\_\_

### 9. Kebutuhan Komunikasi Dan Edukasi

Edukasi diberikan kepada:  Pasien  Keluarga (Hubungan dengan pasien: 16v)

Bicara:  Normal  Gejala awal gangguan bicara, kapan: \_\_\_\_\_

Bahasa sehari-hari:  Indonesia:  Aktif /  Pasif  Daerah, jelaskan: Jakarta

Inggris:  Aktif /  pasif  Lainnya, jelaskan: \_\_\_\_\_

Hambatan Edukasi ( untuk usia > 6 tahun)

Terdapat hambatan dalam pembelajaran:

- Tidak  Ya,  Pendengaran  Penglihatan  Kognitif  Fisik
- Budaya  Emosi  Bahasa  Lainnya: \_\_\_\_\_



Kesediaan menerima informasi:  Ya  Tidak

Kebutuhan edukasi (pilih topik edukasi pada kotak yang tersedia):

- Diagnosa dan manajemen penyakit  Obat-obatan/terapi
- Diet dan nutrisi
- Tindakan keperawatan  Prinsip manajemen rehabilitasi
- Manajemen nyeri
- Lain-lain, sebutkan: \_\_\_\_\_

**10. Skrining Gizi Anak (Berdasarkan Metode Strong Kids)**

(Lingkari skor sesuai dengan jawaban, total skor adalah jumlah skor yang diingkari)

No	Parameter	Skor
1.	Apakah pasien tampak kurus?	0
	a. Tidak	
	b. Ya	
2.	Apakah terdapat penyakit atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diare kronik (lebih dari 2 minggu)</li> <li>• Penyakit Jantung Bawah</li> <li>• Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV)</li> <li>• Kanker</li> <li>• Penyakit hati kronik</li> <li>• Penyakit ginjal kronik</li> <li>• TB Paru</li> <li>• Luka bakar luas</li> <li>• Lain-lain (berdasarkan pertimbangan dokter)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelainan anatomi daerah mulut yang menyebabkan kesulitan makan (misal: bibir sumbing)</li> <li>• Trauma</li> <li>• Kelainan metabolisme bawaan</li> <li>• Retardasi motorik</li> <li>• Kebutaan/pemendapan</li> <li>• Rencana/pasien operasi mayor (misal: laparotomi, torakotomi)</li> <li>• Terpapar sinar</li> </ul>
	a. Tidak	0
	b. Ya	1
3.	Apakah terdapat salah satu dari kondisi berikut? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diare <math>\geq 5</math> kali/hari atau muntah <math>&gt; 3</math> kali/hari dalam seminggu terakhir</li> <li>• Asupan makanan berkurang selama 1 minggu terakhir</li> </ul>	1
	a. Tidak	0
	b. Ya	1
4.	Apakah terdapat penurunan berat badan atau tidak ada penambahan berat badan (dari = 1 tahun) selama beberapa minggu/bulan terakhir?	0
	a. Tidak	0
	b. Ya	1
<b>Total Skor</b>		<b>3</b>

Bila skor  $\geq 2$  dan / atau pasien dengan diagnosis / kondisi khusus dilakukan pengkajian lanjut oleh Tim Terapi Gizi (TTG)

**11. Pemeriksaan Penunjang**

(pemeriksaan diagnostik yang menunjang masalah)

Uji Lab	Normal	Albumin 4.8	(nilai normal)
HB: 11.6	12.0-16.0/dL	Glukosa 95	(nilai normal)
HT: 35	37.7-47.7		(nilai normal)
Eritrosit = 4.3	4.5-6.0/dL		(nilai normal)
Leukosit = 9610	4200-10800/L		(nilai normal)
trombosit = 602.000	150.000 - 400.000/L		

**12. Penatalaksanaan**

(Therapi / pengobatan termasuk diet yang menunjang masalah)

- Amoxicillin oral IV 100mg
- Amoxicillin IV 3x200mg
- Mefenidazolo IV 5x100mg
- Pancefamol IV 3x100mg
- DX 1/4 15 ml/jam

**Hasil Radiologi**

- Adanya air-jarak antara ujung distal rectum dgn marker anal dimple +/- 0,8cm
- colon sigmoid distektum distal dari stoma intak, tak tampak fistula tract.
- Kaliber colon sigmoid di dekat muara stoma distal +/- 1.6 cm
- kaliber colon descendens di distal

13. Data Fokus  
 Nama Klien / Umur  
 No. Kamar / Ruang  
 Cp. 1.A

An. D  
 104 / PAIS-L-1

Data Subyektif	Data Obyektif
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu bayi mengatakan bayi sering mendefesi pasca op</li> <li>- Ibu bayi mengatakan bayi muntah sudah 5x pasca op</li> <li>- Ibu bayi mengatakan bayi di pasatkan selama 3 hari pasca op dan nu nifi hanya dalam aliran lusus.</li> <li>- J = post op tutup karotid</li> <li>- R = abdomen kiri</li> <li>- S = 3</li> <li>- RT FACE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bayi tampak mengernyitkan dahi</li> <li>- bayi tampak merengsek</li> <li>- TV</li> <li>- N = 122 X / mnt SPO<sub>2</sub> = 100%</li> <li>- S = 36,4 ° RR = 20 X / mnt</li> <li>- BB = 7,14 kg</li> <li>- BB normal 8,5 kg</li> <li>- Ganda dentasi - 1, 26 kg</li> <li>- PB = 69 cm</li> <li>- LLA = 18 cm</li> <li>- Intake</li> <li>- lusus 0,5 l / a 25 ml / jam</li> <li>- 0,25 x 20 jam</li> <li>- 600 cc</li> <li>- Aminofuson pced 150 mg</li> <li>- Antibiotik 2 x 250 mg = 0,75 cc</li> <li>- Metro Midazole 3 x 100 mg = 0,3 cc</li> <li>- Paracetamol 3 x 100 mg = 0,3 cc</li> <li>- 751,35 cc</li> <li>- Output</li> <li>- muntah = 50 cc</li> <li>- Uti = 2 x 500 cc = 600 cc</li> <li>- IWL = (30 - 150 (kter)) x BB</li> <li>- (30 - 1) x 7,14</li> <li>- = 207,06 cc</li> <li>- Balance cairan Intake - output</li> <li>- 751,35 - 650 = 101,35</li> <li>- Entrost 2,3</li> <li>- HB = 116 Leupost 0,10</li> <li>- HT = 55 A / unit 0,8</li> <li>- Trombosit 607.000 0,10 cc</li> </ul>

14. Analisa Data

Nama Klien / Umur : Pa - D  
 No. Kamar / Ruang : 109 / PAIS LI  
 Cp. 1-B

No.	Data	Masalah	Etiologi
	<p>(Klinis)</p> <p>mutosa bibir pucat                      flake mata merah                      kongestiva mukosa</p> <p>(dit)</p> <p>tidak ada</p>		
3.	<p>PS :</p> <p>OO = terdapat luka                      post op tutup colostomy</p> <p>- R = tidak ada kemerahan</p> <p>E = tidak ada lepuh</p> <p>E = tidak ada perdarahan/                      kelainan disekitar luka</p> <p>D = tidak ada keluar                      cairan dari luka</p> <p>A =</p> <p>- Leukosit 2610</p>	<p>RISK</p> <p>INFEK</p>	<p>EFEK prosedur</p> <p>INFEK</p>

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

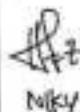
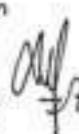
Nama Klien / Umur : An. D  
 No. Kamar / Ruang : 104 / PAIS LT. 1

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Paraf & Nama jelas
1.	(dicih berdasarkan prioritas masalah) Nyeri Akut b.d Agen Pencedera fisik	11/09 23	13/09 23	<i>[Signature]</i> NPM
2.	Risiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan (mual, muntah)	11/09 23	11/09 23	<i>[Signature]</i> NPM
3.	Risiko infeksi b.d defekt prosedur invasif	11/09 23	13/09 23	<i>[Signature]</i> NPM

**C. RENCANA KEPERAWATAN**

(Meliputi tindakan keperawatan independen dan interdependen)

Nama Klien / Umur : AN. P  
 No. Kamar / Ruang : 104 / PAIS U-1

Tanggal	No.	Diagnosa Keperawatan (PES)	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Paraf & nama jelas
11/04/23	1.	Nyeri Akut b.d Agon Penderita fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x dalam 24 jam diharapkan nyeri menurun dari EIT - 1. keluhan nyeri menurun (S) 2. menanggapi nyeri menurun (S)	Observasi Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Terapeutik - analgesik - nonfarmakologi (mis. distraksi, relaksasi, tempa, acupunctura) Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgesik parasetamol IV - 3x setiap 4 jam - setelah selesai - monitor nyeri	 Niky
	2.	Risiko defisit nutrisi b.d tidak mampu mencerna makanan (mual, muntah)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x dalam 24 jam diharapkan status nutrisi terpenuhi dari EIT - 1. BB meningkat (S)	Observasi - monitor nafsu makan dan keluhan mual/muntah serta catan serta kebutuhan kalium Terapeutik - Timbang BB secara rutin Kolaborasi - kolaborasi pemberian nutrisi dan oral IV amimonium pect 1x 150cc DS 1/4 25ml/ga	
	3.	Risiko infeksi b.d efek prosedur infesi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x dalam 24 jam diharapkan risiko infeksi tidak terjadi dengan tanda 1. tanda infeksi tidak terjadi 2. hasil laboratorium	Observasi - monitor TTV - kaji tanda infeksi Terapeutik - berikan perawatan WKA Kolaborasi - kolaborasi pemberian antibiotik 3x 150mg - Mampidazole	

D. PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien / Umur : ATI. D  
 No. Kamar / Ruang : 104 / PAIS. CT. 1

Hari, Tanggal Waktu	No. Dx.	Tindakan Keperawatan dan Hasil	Paraf dan Nama Jelas
4/04 23 10:40 11.00	3- 1-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• monitor TV                      Hasil = <math>S = 36.9^{\circ}C</math>  <math>N = 12x/mnt</math>  <math>SpO_2 = 100\%</math>  <math>RR = 20x/mnt</math></li> <li>• mengidentifikasi karakteristik, dasar, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri                      Hasil = p = post op tulip orotomi                      R = abdomen kiri                      S = 3</li> </ul>	
11.10	1-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• menjelaskan strategi meredakan nyeri pada ibu laki (memberikan konsep tentang dan memeluk bayi saat bayi menangis)</li> </ul>	
11.30	1-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• menjelaskan teknik distraksi untuk mengurangi nyeri (memberikan konsep tentang dan mengayunkan bayi untuk memeluk bayi)</li> </ul>	
12.00	1-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berkolaborasi terkait pemberian analgetik per 1x100 mg secara iv                      Hasil = obat masuk lancar tanpa hambatan</li> <li>• Berkolaborasi pemberian nutrisi dari ceta iv amnio pusing fixed 150 cc dan D5 1/4 25 ml/jam                      Hasil = obat masuk lancar tanpa hambatan</li> </ul>	
13.00	3-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berkolaborasi terkait pemberian antibiotik 2x150mg dan metronidazole 3x100mg</li> </ul>	
13.10	2-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengaji tanda infeksi                      Hasil = tidak ada tanda infeksi</li> </ul>	
14.00	2-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• menimbang BB secara rutin, mengukur PB dan LLA                      Hasil = BB = 7,1 kg PB = 63cm LLA = 23cm</li> <li>• monitor asupan dan keluaran cairan serta kebutuhan kalori                      Hasil = intake mpas D5 1/4 = 600 cc                      Aminopurion fixed = 150 cc                      Antibiotik 3x 250 mg = 0,75 cc                      Metronidazole = 0,3 cc                      PCR = 0,3 cc  <math>\frac{1000}{951,35 cc}</math></li> </ul>	
		Output muntah 50 cc	

D. PELAKSANAAN (CATATAN KEPERAWATAN)

Nama Klien / Umur : An. D  
 No. Kamar / Ruang : 109 / DAS LT.1

Hari, Tanggal Waktu	No. Dx.	Tindakan Keperawatan dan Hasil	Paraf dan Nama jelas
12/09 23.00	3.	memonitor TTV Hasil = S = 36.2°C SPO2 = 100% N = 124x/mnt RR = 24x/mnt	
09.00	1.	mengidentifikasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri Hasil = P. post op rtup coloproxy R. abdomen kiri S = 2	
10.00	1.	menjelaskan strategi meredakan nyeri pada ibu bayi (memberikan bantal tangan dan memeluk bayi saat bayi menangis dengan media leaflet Hasil = ibu bayi menerima informasi dan leaflet yg sudah diberikan	
11.00	2.	menimbang BB secara rutin Hasil = BB = 7,13 kg	
11.30	3.	mengkaji tanda infeksi Hasil = tidak ada infeksi, tidak terdapat tanda infeksi	
12.00	1.	Berkolaborasi terkait pemberian analgesik PCT 5x100 mg secara IV Hasil = obat masuk lancar tanpa hambatan	
12.05	3.	Berkolaborasi pemberian antibiotik 5x150 mg dan metronidazol 200 mg secara IV Hasil = obat masuk lancar tanpa hambatan	
12.08	1.	memberikan teknik distraksi untuk mengurangi nyeri (memberikan bantal tangan dan mengayunkan bayi untuk memeluk bayi) Hasil = bayi tampak tenang dan sudah tidak menangis	
13.00	2.	memonitor asupan daneluaran cairan serta keseimbangan cairan Hasil = Intake Intake DS 1/4 = 600 cc Aminofison = 150 cc Analgesik = 200 cc Output = muntah PCT = 0,3 cc urin = 100 cc	

Waktu	No	Tindakan dan hasil	Sign
14.00	3.	memonitor TTV Hasil = S = 36,4°C RR = 22x/mnt N = 18x/mnt SpO2 = 100%	HP
15.00	1.	memberikan teknik nonfarmakologi meredakan nyeri dengan teknik distraksi (memberikan bola tangan pada bangsi) Hasil = Bangsi tampak tertawa dan bermain bola tangan	HP
18.00	1.	Berkolaborasi terkait pemberian analgesik secara IV PCP 3x100 mg Hasil = didelegasikan perawat ruangan	HP
	3.	Berkolaborasi terkait pemberian antibiotik IV amoxicillin 3x250mg dan metronidazole 3x100 mg Hasil = didelegasikan perawat ruangan	HP
21.00	3.	memonitor TTV Hasil = didelegasikan perawat ruangan	
24.00	2.	Berkolaborasi terkait pemberian nutrisi dengan cara IV amnifusion paed 1x1500 D5 1/2 25 ml/gam Hasil = didelegasikan perawat ruangan	
	3.	Berkolaborasi terkait pemberian antibiotik IV 3x250 mg dan metronidazole 3x100mg Hasil = didelegasikan perawat ruangan	
	1.	Berkolaborasi terkait pemberian analgesik secara IV PCP 3x100mg Hasil = didelegasikan perawat ruangan	

E. EVALUASI

Nama Klien / Umur : ... An. D  
 No. Kamar / Ruang : ... 109 / PAIS-11

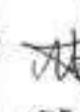
No. Dx.	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (Mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama jelas
1.	11/09 23	C = Ibu bayi mengatakan bayi sudah bangun Melenyap P = post operasi kolostomi R = abdomen kiri S = 3 K <sub>2</sub> UAC A = masalah toleransi sekresi P = intervensi dilanjutkan	<i>[Signature]</i>
2.	11/09 23	S = Ibu bayi mengatakan bayi sudah tidak menangis tapi masih muntah O = BB 7 kg A = masalah toleransi sekresi P = intervensi dilanjutkan	<i>[Signature]</i>
3.	11/09 23	S = O = terdapat Luka post-op di abdomen kiri Leukosit = 9610 tidak ada tanda infeksi A = masalah toleransi sekresi P = intervensi dilanjutkan	<i>[Signature]</i>

E. EVALUASI

Nama Klien / Umur : Am D  
 No. Kamar / Ruang : 102 / Patis Lt 1

No. Dx.	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (Mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama jelas
1.	12/09/23	S = Ibu bangi mengatakan bangi target datang P = post hip kolostomi R = abdomen kiri GRAFTACE = 2 A = masalah perfusi jaringan P = intervensi dilanjutkan	 Niky
2.	12/09/23	S = Ibu bangi mengatakan bangi sudah tidak masalah O = tidak ada masalah A = masalah perfusi P = intervensi dihentikan	 Niky
3.	12/09/23	S = terdapat luka post op di abdomen kiri - tidak ada tanda infeksi A = masalah perfusi P = intervensi dilanjutkan sesuai rencana	 Niky

Nama Klien / Umur : ..... An. D  
 No. Kamar / Ruang : ..... 102 / MRS. CT 1

No. Dx.	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi Hasil (SOAP) (Mengacu pada tujuan)	Paraf dan Nama Jelas
1.	13/09 23	<p>S = Ibu bangi mengatakan bangi fangat lempang dan sudah tidak ada patah tulang di bagian atas lengan kiri</p> <p>R = Abdomen kiri S = L</p> <p>O = bangi fangat rilets</p> <p>A = masalah teratasi</p> <p>P = intervensi dihentikan</p>	 NRSY
2.	13/09 23	<p>S = Ibu bangi mengatakan bangi sudah tidak muntah</p> <p>O = tidak ada muntah</p> <p>A = masalah teratasi</p> <p>P = intervensi dihentikan</p>	 NRSY
3.	13/09 23	<p>S = -</p> <p>O = terdapat luka patup di abdomen kiri          - tidak ada tanda vital</p> <p>A = masalah teratasi</p> <p>P = intervensi dihentikan</p>	 NRSY

Lampiran 3 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI PENILAIAN NYERI PENGARUH TINDAKAN DISTRAKSI  
BONEKA TANGAN dan MEMELUK/MENDEKAP BAYI TERHADAP  
PENURUNAN NYERI PADA PENDERITA MALFORMASI  
ANORECTAL POST TUTUP KOLOSTOMI DI  
PAVILIUN ADE IRMA SURYANI  
RSPAD GATOT SOEBROTO

1. Nama : An. D
2. Usia : 10 bulan
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Tanggal/ waktu penelitian :

Skor nyeri ditentukan dengan jumlah masing - masing kategori

- 1-3 nyeri ringan  
4-6 nyeri sedang  
7-10 nyeri berat

NO	KATEGORI	SKOR			TOTAL
		0	1	2	
1	Face (Wajah)	Tidak ada ekspresi khusus, senyum	Menyeringai, mengerutkan dahi, tangkap tidak tertarik (kadang-kadang)	Dagu gemetar, gigi gemetak (sering)	1
2	Leg (Kaki)	Normal, rileks	Gelisah, tegang	Menendang, kaki tertekuk	0
3	Activity (aktivitas)	Bertarung tenang, posisi normal, gerakan mudah	Menggeliat, tidak bisa diam tegang	Kaku atau tegang	1
4	Cry (menangis)	Tidak menangis	Merintih, merengek, kadang - kadang mengeluh	Terus menangis, berteriak	0
5	Consolability (konsabilitas)	Rileks	Dapat ditenangkan dengan sentuhan, pelukan, bimbingan, dapat dialihkan	Sering menguh, sulit dibujuk	1
SKOR TOTAL					

**LEMBAR OBSERVASI PENILAIAN NYERI PENGARUH TINDAKAN DISTRAKSI  
BONEKA TANGAN dan MEMELUK/MENDEKAP BAYI TERHADAP  
PENURUNAN NYERI PADA PENDERITA MALFORMASI  
ANORECTAL POST TUTUP KOLOSTOMI DI  
PAVILJUN ADE IRMA SURYANI  
RSPAD GATOT SOEBROTO**

1. Nama : An. D  
 2. Usia : 10 bulan  
 3. Jenis kelamin : Perempuan  
 4. Tanggal/ waktu penelitian :

Skor nyeri ditentukan dengan jumlah masing – masing kategori

1-3 nyeri ringan  
 4-6 nyeri sedang  
 7-10 nyeri berat

NO	KATEGORI	SKOR			TOTAL
		0	1	2	
1	Face (Wajah)	Tidak ada ekspresi khusus, senyum	Menseringni, menggerakkan dahi, tampak tidak tertarik (kadang-kadang)	Dagu gemetar, gigi gemetak (sring)	1
2	Leg (Kaki)	Normal, rileks	Gelisah, tegang	Menendang, kaki tertekuk	0
3	Activity (aktivitas)	Berbaring tenang, posisi normal, gerakan mudah	Mengeliat, tidak bisa diam tegang	Kaku atau tegang	0
4	Cry (menangis)	Tidak menangis	Merintih, mengengok, kadang – kadang mengeluh	Terus menangis, berteriak	0
5	Consolability (konsabilitas)	Rileks	Dapat ditenangkan dengan sentuhan, pelukan, bujukan, dapat dialihkan	Sring mengeluh, sulit dibujuk	1
SKOR TOTAL					

**LEMBAR OBSERVASI PENILAIAN NYERI PENGARUH TINDAKAN DISTRAKSI  
BONEKA TANGAN dan MEMELUK/MENDEKAP BAYI TERHADAP  
PENURUNAN NYERI PADA PENDERITA MALFORMASI  
ANORECTAL POST TUTUP KOLOSTOMI DI  
PAVILIUN ADE IRMA SURYANI  
RSPAD GATOT SOEBROTO**

1. Nama : An. D
2. Usia : 10 bulan
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Tanggal/ waktu penelitian :

Skor nyeri ditentukan dengan jumlah masing – masing kategori

1-3 nyeri ringan  
4-6 nyeri sedang  
7-10 nyeri berat

NO	KATEGORI	SKOR			TOTAL
		0	1	2	
1	Face (Wajah)	Tidak ada ekspresi khusus, senyum	Menyeringai, mengerutkan dahi, tampak tidak tertarik (kadang-kadang)	Duga gemetar, gigi gemetak (sering)	0
2	Leg (Kaki)	Normal, rileks	Gelisah, tegang	Menendang, kaki tertekuk	0
3	Activity (aktivitas)	Berbaring tenang, posisi normal, gerakan mudah	Menggeliat, tidak bisa diam tegang	Kaku atau tegang	0
4	Cry (menangis)	Tidak menangis	Merintih, merengek, kadang – kadang mengeluh	Terus menangis, berteriak	0
5	Consolability (konsabilitas)	Rileks	Dapat ditenangkan dengan sentuhan, pelukan, bjujukan, dapat diabaikan	Sering mengeluh, sulit dibujuk	1
SKOR TOTAL					

Lampiran 4 Format KPSP

KPSP PADA BAYI UMUR 9 BULAN

Alat dan bahan yang dibutuhkan:

- wol merah - Kain
- 2 kubus - Mainan

		YA	TIDAK
<b>Bayi Terlentangkan</b>			
1	Pada posisi bayi terlentang, pegang kedua tangannya lalu tarik perlahan-lahan ke posisi duduk. Dapatkah bayi mempertahankan lehernya secara kaku seperti gambar di sebelah kiri?  Jawab: TIDAK bila kepala bayi jatuh kembali seperti gambar sebelah kanan.		✓
<b>Bayi dipangku ibunya/pengasuh di tepi meja periksa</b>			
2	Tarik perhatian bayi dengan memperlihatkan wol merah, kemudian jatuhkan ke lantai. Apakah bayi mencoba mencarinya? Misalnya mencari di bawah meja atau di belakang kursi?		✓
3	Taruh 2 kubus di atas meja, buat agar bayi dapat memungut masing-masing kubus dengan masing-masing tangan dan memegang satu kubus pada masing-masing tangannya		✓
4	Taruh kismis di atas meja. Dapatkah bayi memungut dengan tangannya benda-benda kecil seperti kismis, kacang-kacangan, potongan biskuit, dengan gerakan miring atau menggerapai seperti gambar? 		✓
5	Tertakkan suatu mainan yang digantarkannya di luar jangkauan bayi, apakah ia mencoba mendapatkannya dengan mengulurkan lengan atau badannya?	Sosialisasi dan Kemandirian	✓
<b>Tanya Ibu/Pengasuh</b>			
6	Apakah pernah melihat bayi memindahkan mainan atau kue kering dari satu tangan ke tangan yang lain? Benda-benda panjang seperti sendok atau keranjang bertangan tidak ikut dinilai		✓
7	Apakah bayi dapat makan kue kering sendiri?	Sosialisasi dan Kemandirian	✓
8	Pada waktu bayi bermain sendiri dan ibu diam-diam datang berdiri di belakangnya, apakah ia menengok ke belakang seperti mendengar kedatangan anda? Suara keras tidak ikut dihitung. Jawab YA hanya jika anda melihat reaksinya terhadap suara yang perlahan atau bunyi.	Bicara dan Bahasa	✓
<b>Bayi dipangku pemeriksa</b>			
9	Jika anda mengangkat bayi melalui ketiak ke posisi berdiri, dapatkah ia menyangga sebagian berat badan dengan kedua kakinya? Jawab YA bila ia memikul berat dan sebagian berat badan bertumpu pada kedua kakinya.		✓
10	Tanpa dihangga oleh bantal, kursi atau dinding, dapatkah bayi duduk sendiri selama 60 detik? 		✓
<b>TOTAL</b>			8 2

Lihat Algoritme untuk interpretasi dan Tindakan  
Prinsip untuk Aspek Perkembangan dengan jawaban "Tidak"

Gerak Kasar

*Lampiran 5 Satuan Acara Pembelajaran*

**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)  
MANAJEMEN PENGELOLAAN NYERI**



**DISUSUN OLEH :  
ANANDA NIKY RINDIANI  
2036060  
III B**

**YAYASAN BHAKTI KARYA HUSADA  
STIKES RSPAD GATOT SOEBROTO  
PRODI DII KEPERAWATAN  
JAKARTA  
2023**

## SATUAN ACARA PEMBELAJARAN

Topik	: Manajemen Pengelolaan Nyeri dengan Teknik Memeluk Bayi
Sasaran	: Keluarga Klien
Hari/Tanggal	: Rabu, 12 April 2023
Waktu	: 30 Menit
Tempat	: Paviliun Ade Irma Suryani Lt. 1 Kamar 104
Penyuluhan	: Ananda Niky Rindiani (Mahasiswa STIKes RSPAD Gatot Soebroto)

---

### A. Tujuan Pembelajaran Umum:

Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit, keluarga pasien diharapkan mampu memahami cara mengontrol nyeri secara non farmakologi dengan teknik memeluk bayi.

### B. Tujuan Pembelajaran Khusus:

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan selama 30 menit diharapkan keluarga pasien mampu :

1. Menjelaskan Pengertian Nyeri
2. Menyebutkan Klasifikasi Nyeri
3. Menyebutkan Tanda Gejala Nyeri
4. Menyebutkan Manajemen Nyeri Secara Nonfarmakologi
5. Menyebutkan Prosedur Teknik Distraksi Boneka Tangan
6. Menyebutkan Prosedur Teknik Memeluk Bayi

### C. Materi:

1. Pengertian Nyeri
2. Klasifikasi Nyeri
3. Tanda Gejala Nyeri
4. Manajemen Nyeri Secara Nonfarmakologi
5. Prosedur Teknik Distraksi Boneka Tangan
6. Prosedur Teknik Memeluk Bayi

#### D. Strategi Pembelajaran

NO	URAIAN KEGIATAN	METODE	MEDIA	WAKTU
1.	<b>Pendahuluan :</b> a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menyampaikan tujuan d. Mengemukakan kontrak waktu	Ceramah	Lisan	5 Menit
2.	<b>Pembahasan :</b> a. Menjelaskan Pengertian Nyeri b. Menjelaskan Klasifikasi Nyeri c. Menjelaskan Tanda dan Gejala Nyeri d. Menjelaskan Pencegahan Nyeri e. Menjelaskan Teknik Memeluk Bayi  <b>Penutup :</b> a. Melakukan evaluasi	Ceramah	Leaflet	20 Menit
3.	b. Menyampaikan kesimpulan materi c. Memberikan salam penutup	Tanya jawab	Lisan	10 Menit

#### E. Evaluasi (Terlampir)

Bentuk Evaluasi : Lisan  
Waktu : 4 Menit  
Jumlah : 5 Soal  
Jenis Soal : Essay

#### F. Sumber:

Alimul, dkk. (2019). Pengantar kebutuhan dasar manusia 1. Jakarta: Salemba Medika.

Kyle, T & Carman, S. (2015). Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Edisi 2. Jakarta : EGC. Copyright © 2013 Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins

## **URAIAN MATERI PENCEGAHAN PRIMER PADA ANEMIA**

### **A. Pengertian Nyeri**

Nyeri merupakan pengalaman yang sangat individual dan subjektif yang dapat mempengaruhi semua orang di semua usia. Nyeri dapat terjadi pada anak-anak dan orang dewasa. Penyebab nyeri yaitu proses penyakit, cedera, prosedur, dan intervensi pembedahan (Kyle, 2015).

### **B. Klasifikasi Nyeri**

Berikut adalah klasifikasi tingkatan dalam nyeri:

1. Nyeri akut adalah sensasi jangka pendek kurang 3 bulan yang menyadarkan kita akan adanya cedera. Seringkali nyeri diabaikan dan hanya dianggap sebagai gejala, bukan sebagai penyakit yang harus diobati sehingga menjadi nyeri kronis.
2. Nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Sistem saraf anda menerima sinyal rasa sakit dan nyeri yang konstan dari tubuh selama berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Nyeri kronis dapat menimbulkan rasa terbakar, mati rasa, rasa seperti diiris atau ditusuk. Hal ini terjadi karena kerusakan pada saraf.

### **C. Tanda dan Gejala Nyeri**

1. Suara :
  - a. Menangis
  - a. Merintih
  - b. Menarik/menghembuskan nafas
2. Ekspresi Wajah :
  - a. Meringis
  - b. Menggigit lidah, mengatupkan gigi
  - c. Tertutup rapat/membuka mata atau mulut
  - d. Menggigit bibir
3. Pergerakan Badan :
  - a. Kegelisahan
  - b. Otot tegang
4. Interaksi Sosial :
  - a. Berfokus pada aktivitas untuk mengurangi nyeri

### **D. Manajemen Nyeri**

#### **1. Distraksi**

Distraksi adalah teknik untuk mengalihkan perhatian terhadap hal-hal lain sehingga lupa terhadap nyeri yang dirasakan.

Contohnya:

- a. Menonton Video Animasi
- b. Memberi Mainan (boneka tangan)

## 2. Relaksasi

Teknik relaksasi memberi individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidaknyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Sejumlah teknik relaksasi dapat dilakukan untuk mengendalikan rasa nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam sistem syaraf otonom. Teknik relaksasi dapat dilakukan dengan:

- a. Teknik mengusap
- b. Teknik Memeluk Bayi

## **E. PROSEDUR TEKNIK DISTRAKSI BONEKA TANGAN**

1. Dengan memasukan tangan dan menggunakan ibu jari dan jari kelingking sebagai tangan
2. Menggunakan berbagai intonasi suara
3. Dengan menggunakan cerita atau nyanyian.

## **F. PROSEDUR TEKNIK MEMELUK BAYI SAAT BAYI MENANGIS SAAT NYERI**

Prosedur teknik memeluk bayi saat menangis, yaitu dengan :

1. Bungkukkan badan dan selipkan satu tangan di antara kepala dan leher bayi.
2. Letakkan tangan lain untuk menopang punggung dan bokongnya.
3. Angkat dan letakkan bayi di dada, lalu pelan-pelan ubah posisi menggendong.
4. Topang bagian punggung, leher, dan kepala bayi dengan satu lengan dan letakkan tangan yang lain untuk menopang kepalanya.

## LAMPIRAN EVALUASI

### Pertanyaan :

1. Jelaskan pengertian nyeri
2. Jelaskan klasifikasi anemia
3. Sebutkan tanda dan gejala nyeri
4. Jelaskan Manajemen Nyeri
5. Jelaskan Teknik Distraksi menggunakan Boneka Tangan
6. Jelaskan Teknik Memeluk Bayi

### Jawaban :

1. Nyeri merupakan pengalaman yang sangat individual dan subjektif yang dapat mempengaruhi semua orang di semua usia. Nyeri dapat terjadi pada anak-anak dan orang dewasa. Penyebab nyeri yaitu proses penyakit, cedera, prosedur, dan intervensi pembedahan (Kyle, 2015).

#### 2. Klasifikasi Nyeri

- a. Nyeri akut adalah sensasi jangka pendek kurang 3 bulan
- b. Nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

#### 3. Tanda dan Gejala Nyeri

Suara : menangis

Ekspresi Wajah : meringis

- a. Pergerakan Badan : gelisah
- b. Interaksi Sosial : Berfokus pada aktivitas untuk mengurangi nyeri

#### 4. Manajemen Nyeri

##### a. Distraksi

Distraksi adalah teknik untuk mengalihkan perhatian terhadap hal-hal lain sehingga lupa terhadap nyeri yang dirasakan.

##### b. Relaksasi

Teknik relaksasi dapat dilakukan dengan:

- 1) Teknik mengusap

## 2) Teknik Memeluk Bayi

5. Teknik Distraksi menggunakan Boeka Tangan, yaitu dengan cara :
  - a. Dengan memasukan tangan dan menggunakan ibu jari dan jari kelingking sebagai tangan
  - b. Menggunakan berbagai intonasi suara
  - c. Dengan menggunakan cerita atau nyanyian.
6. Prosedur teknik memeluk bayi saat menangis, yaitu dengan
  - a. Bungkukkan badan dan selipkan satu tangan di antara kepala dan leher bayi.
  - b. Letakkan tangan lain untuk menopang punggung dan bokongnya.
    - a. Angkat dan letakkan bayi di dada, lalu pelan-pelan ubah posisi menggendong.
    - b. Topang bagian punggung, leher, dan kepala bayi dengan satu lengan dan letakkan tangan yang lain untuk menopang kepalanya.

## Lampiran 6 Leaflet

### Manajemen Nyeri

1. Distraksi  
Distraksi adalah teknik untuk mengalihkan perhatian terhadap hal-hal lain sehingga lupa terhadap nyeri yang dirasakan.  
Contohnya:  
a. Menonton Video Animasi  
b. Memberi Mainan (boneka tangan)

2. Relaksasi  
Teknik relaksasi memberi individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Sejumlah teknik relaksasi dapat dilakukan untuk mengendalikan rasa nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam sistem syaraf otonom. Teknik relaksasi dapat dilakukan dengan:  
a. Teknik mengusap  
b. Teknik memeluk Bayi



## CARA MENGELOLA NYERI PADA BAYI



ANANDA NIKY RINDIANI  
2036060

STIKES RSPAD GATOT SOEBROTO  
PRODI DIII KEPERAWATAN

### PROSEDUR TEKNIK DISTRAKSI BONEKA TANGAN

1. Dengan memusatkan target dan menggunakan iba jari dan jari kelingking sebagai tangan
2. Menggunakan berbagai intonas suara
3. Dengan menggunakan cerita atau nyanyian.

### PROSEDUR TEKNIK MEMELUK BAYI SAAT BAYI MENANGIS SAAT NYERI

Prosedur teknik memeluk bayi saat menangis yaitu dengan:

- 1) Bungkukkan badan dan serpihan satu tangan di antarekepala dan leher bayi
- 2) Letakkan tangan lain untuk menopang punggung dan boksingnya.
- 3) Angkat dan letakkan bayi di dada lalu pelan-pelan ubah posisi menggandeng
- 4) Tempok bagian punggung, leher, dan kepala bayi dengan satu tangan dan letakkan tangan yang lain untuk menopang kepalanya.

www.reallygreatsite.com  
CS Dipindai dengan



## PENGERTIAN NYERI

Nyeri merupakan pengalaman yang sangat individual dan subjektif yang dapat mempengaruhi semua orang di semua usia. Nyeri dapat terjadi pada anak-anak dan orang dewasa. Penyebab nyeri yaitu proses penyakit, cedera, prosedur, dan intervensi pembedahan (Kyle, 2015).

## KLASIFIKASI NYERI

Berikut adalah klasifikasi tingkatan dalam nyeri:

1. Nyeri akut adalah nyeri jangka pendek kurang 3 bulan yang menyebabkan kita akan merasa cedera. Seringkali nyeri dirasakan dan hanya dianggap sebagai gejala bukan sebagai penyakit yang harus diteliti sehingga menjadi nyeri kronis.
2. Nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Gejala awal anda menerima sinyal rasa sakit dari nyeri yang konstan dan tak terduga, bertulan-tulan bahkan bertahun-tahun. Nyeri kronis dapat menimbulkan rasa terbakar, mati rasa, rasa seperti ditusuk, atau ditusuk. Hal ini terjadi karena kerusakan jaringan.

### SUMBER

Alimul, dkk, (2018). Pengantar kebutuhan dasar anak 1. Jakarta: Salemba Medika.

Kyle, T & Carman, S. (2015). Buku Ajar Keperawatan Pediatric Edisi 2. Jakarta: EGC. Copyright © 2015 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

## TANDA DAN GEJALA NYERI

1. Suara:
  - a. Menangis
  - b. Merintih
  - c. Menarik/menghamburkan nafas
2. Ekspresi Wajah:
  - a. Merintih
  - b. Menggigit lidah, mengatupkan gigi
  - c. Tertutup rapat/membuka mata atau mulut
  - d. Menggigit bibir
3. Pergerakan Badan:
  - a. Kegelisahan
  - b. Otot tegang
4. Interaksi Sosial:
  - a. Berfokus pada aktivitas untuk mengurangi nyeri

CS Dipindai dengan