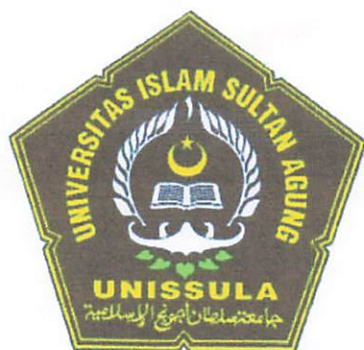


**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. R  
DENGAN HIPOSPADIA POST OP CORDEKTOMI  
DI RUANG ANAK RSI SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



**Disusun Oleh :**

**Okky Pratama Putra  
893312900**

**PRODI D III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2010**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji karya tulis ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 1 Juni 2010



Semarang, 1 Juni 2010

Pembimbing

(Ns. Indra Tri Astuti S.Kep)

NIK : 210900009


## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertanggung jawabkan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Jumat, 4 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 14 Juli 2010

Tim Penguji

Penguji I



(Ns. Kurnia Wijanyanti, S. Kep)

NIK: 210909016

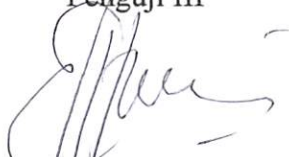
Penguji II



(Ns. Indra Tri Astuti S. Kep)

NIK: 210900009

Penguji III



(Ns. Erna Melastuti S. Kep)

NIK: 210900010

## MOTTO

*Jangan mudah putus asa karena keadaan yang sesulit apapun kalau kita mau dan berusaha pasti kita akan menuai keberhasilan yang menyenangkan dan membuat kita bangga.*

*“ Jadikanlah kegagalan sebagai kunci keberhasilan “*

*Tetap semangat dan jangan mudah putus asa karena tanpa itu semua kita tidak akan bisa merubah hal yang tidak mungkin kita bisa rubah.*



## KATA PENGANTAR

*Assalamualaikum 'alaikum Wr WB*

Alhamdulillah dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat dan karunianya yang telah memberikan kemudahan pada penulis, sehingga sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada An. R Dengan Hipospadia Post Operasi Cordektomi Di Ruang Anak RSI Islam Sultan Agung Semarang”**

Adapun maksud dari penyusunan karya tulis ilmiah ini untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi DIII Keperawatan. Karena keterbatasan waktu, pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki maka penulis menyadari ketidaksempurnaan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini. Namun, berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Untuk itu pada kesempatan ini Penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis mampu membuat karya tulis ilmiah ini.
2. Bapak Prof. DR. Laode M. Kamaludin, M. Sc. M. Eng. selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.

4. Ibu Wahyu Endang S, SKM, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Fakultas IlmuKeperawatan UNISSULA, yang tidak pernah lelah memberikan nasehatnya kepada kami, untuk terus maju dan mencapai kesuksesan.
5. Rumah Sakit Islam Sultan Agung, yang telah memberikan kesempatan kepada saya praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh di Kampus, sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Indra Tri Astuti S. Kep, Ns, yang tidak pernah lelah memberikan bimbingan kepada saya sehingga Karya Tulis Ilmiah Ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya
7. Orang tua yang selalu mendukung dan selalu memberikan yang terbaik bagi saya, selalu mendoakan saya agar dapat meraih yang terbaik di dalam kehidupan.
8. Adek saya yang selalu berusaha memberikan yang terbaik pada saya selama ini.
9. Sahabat saya yang selama ini selalu mendukung saya, memberi semangat, dan support agar tidak menyerah dan putus asa dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman-teman saya yang selama ini sama-sama berjuang membuat Karya Tulis Ilmiah ini, lelah bersama, senang bersama, kebersamaan ini yang membuat saya tidak menyerah dan putus asa.

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI .....	iii
HALAMAN MOTTO .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	2
C. Manfaat Penulisan .....	3
BAB II KONSEP DASAR .....	4
A. Konsep Dasar Anak .....	4
1. Pengertian .....	4
2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak .....	4
3. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Fisik Anak .....	7
B. Konsep Dasar Penyakit .....	10
1. Pengertian .....	10
2. Anatomi dan Fisiologi .....	10
3. Etiologi .....	11
4. Patofisiologi .....	12
5. Manifestasi Klinis .....	15

	6. Pemeriksaan Diagnostik .....	15
	7. Komplikasi .....	16
	8. Penatalaksanaan .....	16
	C. Konsep Dasar Keperawatan .....	18
	1. Kajian Keperawatan .....	18
	2. Fokus Intervensi .....	18
	3. Evaluasi .....	23
<b>BAB III</b>	<b>RESUME KEPERAWATAN</b> .....	<b>24</b>
	A. Pengkajian .....	24
	B. Analisa Data .....	30
	C. Intervensi Keperawatan .....	31
	D. Implamasi Keperawatan .....	32
	E. Evaluasi Keperawatan .....	32
<b>BAB IV</b>	<b>PEMBAHASAN</b> .....	<b>34</b>
<b>BAB V</b>	<b>PENUTUP</b> .....	<b>40</b>
	A. Kesimpulan .....	40
	B. Saran.....	42

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kelainan kongenital pada penis menjadi masalah yang sangat penting karena penis selain berfungsi sebagai saluran pengeluaran urin juga sebagai alat seksual dikemudian hari yang akan berpengaruh terhadap fertilitas. Salah satu kelainan kongenital pada penis yang paling banyak kedua setelah undescensus testicularum (cryptorchidism) yaitu hipospadia. Angka kejadian hipospadia sangat dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain faktor genetik, hormonal, ras, geografis dan sekarang yang harus mendapat perhatian khusus yaitu pengaruh faktor pencemaran lingkungan limbah industri.

Hipospadia menyebabkan terjadinya berbagai tingkatan defisiensi uretra. Jaringan fibrosis yang menyebabkan chordee menggantikan fascia Bucks dan tunika dartos. Kulit dan preputium pada bagian ventral menjadi tipis, tidak sempurna dan membentuk kerudung dorsal di atas glans (Duckett, 1986, Mc Aninch, 1992).

Hipospadia adalah suatu kelainan bawaan dimana meatus uretra eksternus terletak dipermukaan ventral penis dan lebih ke proksimal dari tempatnya yang normal pada ujung glans penis.

Di Amerika Serikat, hipospadia diperkirakan terjadi sekali dalam kehidupan dari 350 bayi laki-laki yang dilahirkan . Angka kejadian ini sangat

berbeda tergantung dari etnik dan geografis. Di Kolumbia 1 dari 225 kelahiran bayi laki-laki, belakangan ini di beberapa negara terjadi peningkatan angka kejadian hipospadia seperti di daerah Atlanta meningkat 3 sampai 5 kali lipat dari 1,1 per 1000 kelahiran pada tahun 1990 sampai tahun 1993. Banyak penulis melaporkan angka kejadian hipospadia yang bervariasi berkisar antara 1 : 350 per kelahiran laki-laki. Bila ini kita asumsikan ke negara Indonesia karena Indonesia belum mempunyai data pasti berapa jumlah penderita hipospadia dan berapa angka kejadian hipospadia. Maka berdasarkan data dari Biro Pusat Statistik tahun 2000 menurut kelompok umur dan jenis kelamin usia 0 – 4 tahun yaitu 10.295.701 anak yang menderita hipospadia sekitar 29 ribu anak yang memerlukan penanganan repair hipospadia. Hipospadia dapat menyebabkan komplikasi perkemihan) sehingga penulis mengkaji asuhan keperawatan mengenai hipospadia dengan harapan dapat menambah pengetahuan penulis, pembaca agar komplikasi dapat di cegah.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan umum**

Memahami dan dapat memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan hipospadia.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Mampu melaksanakan pengkajian secara menyeluruh pada An. R.
- b. Mampu menganalisa data
- c. Mampu mengidentifikasi masalah atau diagnosa

- d. Dapat merencanakan asuhan keperawatan untuk pasien berdasarkan masalah yang ada.
- e. Mampu melaksanakan asuhan keperawatan yang direncanakan secara efisien.
- f. Mampu mengevaluasi keefektifan dari asuhan keperawatan yang diberikan.

### **C. Manfaat Penulisan**

Asuhan keperawatan ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi:

#### **1. Bagi Penulis**

- a. Dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipospadia
- b. Dapat digunakan sebagai dasar untuk asuhan keperawatan lebih lanjut yang berkaitan dengan pasien hipospadia .

#### **2. Bagi Institusi**

Dapat dijadikan tolak ukur untuk mengetahui sejauh mana mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipospadia yang diperoleh selama perkuliahan.

#### **3. Lahan Praktik**

Dapat dijadikan sebagai masukan dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan mutu pelayanan keperawatan.

#### **4. Masyarakat**

Untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam melakukan penatalaksanaan pada pasien dengan hipospadia..

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Dasar Anak**

##### **1. Pengertian**

Anak diartikan sebagai seseorang yang berusia kurang dari delapan belas tahun dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, social dan spiritual (Hidayat, 2006).

Anak adalah seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun, termasuk anak yang berada dalam kandungan (pasal 1 undang-undang no. 23, 2002). (Ardi.2005)

Jadi anak adalah seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun dalam masa tumbuh kembang, termasuk anak yang berada dalam kandungan dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual.

##### **2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak**

Pertumbuhan merupakan bertambah jumlah dan besarnya sel diseluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur, sedangkan perkembangan merupakan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dicapai melalui tumbuh kematangan dan belajar (Hidayat, 2006).

Menurut Riyadi (2009), Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak yaitu:

a. Faktor herediter

Herediter merupakan faktor yang tidak dapat untuk dirubah atau dimodifikasikan, ini merupakan modal dasar untuk mendapatkan hasil akhir dari proses tumbuh kembang. Melalui instruksi *genetic* yang terkandung didalam sel telur yang telah dibuahi dapatlah ditentukan kuantitas dan kualitas pertumbuhan. Termasuk dalam factor *genetic* adalah jenis kelamin dan suku bangsa/ ras. Misalya, anak keturunan bangsa Eropa akan lebih tinggi dan lebih besar jika dibandingkan dengan keturunan asia termasuk Indonesia, pertumbuhan postur tubuh wanita akan berbeda dengan laki-laki.

b. Faktor lingkungan.

1) Lingkungan Internal

Hal yang berpengaruh diantaranya adalah hormone dan emosi. Ada tiga hormone yang mempengaruhi pertumbuhan anak, hormone *somatotropin* merupakan hormone yang mempengaruhi jumlah sel tulang, merangsang sel otak dalam masa pertumbuhan, berkurangnya hormone ini akan menyebabkan *gigantisme*. Hormon *tiroid* akan mempengaruhi pertumbuhan tulang, kekurangan hormone ini akan menyebabkan *kretinisme* dan hormone *gonadotropin* yang berfungsi untuk merangsang perkembangan seks laki-laki dan memproduksi spermatozoa,

sedangkan *estrogen* merangsang perkembangan seks sekunder wanita dan produksi sel telur, jika kekurangan hormone *gonadotropin* ini akan menyebabkan terhambatnya perkembangan seks.

- 2) Terciptanya hubungan yang hangat dengan orang lain seperti ayah, ibu, saudara, teman sebaya, guru dan sebagainya akan berpengaruh besar terhadap perkembangan emosi, social dan intelektual anak. Cara seorang anak dalam berinteraksi dengan orang tua akan mempengaruhi interaksi anak diluar rumah. Pada umumnya anak yang dalam perkembangannya baik akan mempunyai intelegensi yang tinggi jika dibandingkan dengan anak yang tahap perkembangannya lambat.
- 3) Lingkungan Eksternal

Dalam lingkungan eksternal ini banyak sekali yang mempengaruhi antara lain; kebudayaan. Kebudayaan suatu daerah akan mempengaruhi kepercayaan, adat istiadat dan tingkah laku dalam bagaimana orang tua mendidik anaknya. Status social ekonomi keluarganya juga berpengaruh, orang tua yang ekonominya menengah keatas dapat dengan mudah menyekolahkan anaknya di sekolah-sekolah yang berkualitas, sehingga mereka dapat menerima dan mengadopsi cara-cara baru bagaimana cara merawat anak dengan baik. Status nutrisi pengaruhnya juga sangat besar, orang tua dengan ekonomi lemah

bahkan tidak mampu memberikan makanan tambahan buat bayinya, sehingga bayi akan kekurangan asupan nutrisi yang selanjutnya daya tahan tubuh tubuh akan menurun dan akhirnya bayi/ anak akan sakit.

Olah raga yang teratur dapat meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh, aktifitas fisiologi dan stimulasi terhadap perkembangan otot-otot, posisi anak dalam keluarga ditengarai juga berpengaruh, anak pertama akan menjadi pusat perhatian orang tua sehingga semua kebutuhan dipenuhi baik itu kebutuhan fisik, emosi maupun sosial.

#### 4) Faktor Pelayanan Kesehatan

Adanya pelayanan kesehatan yang memadai yang ada di sekitar lingkungan dimana anak tumbuh dan berkembang, diharapkan tumbang anak dapat dipantau. Sehingga apabila terdapat sesuatu hal yang sekiranya meragukan atau terdapat keterlambatan dalam perkembangannya, anak dapat segera mendapatkan pelayanan kesehatan dan diberikan solusi pencegahannya (Riyadi, 2009).

### 3. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Fisik Anak

Sangat mudah bagi orang tua untuk selalu mengamati pertumbuhan dan perkembangan fisik anaknya, karena hal ini hampir setiap hari orang tua bisa melihatnya.

a. Tumbuh kembang pra sekolah

Motorik Kasar : berjalan berjinjit, melompat, melompat dengan satu kaki, menangkap bola dan melemparkannya dari atas kepala

Motorik Hlus : menulis dengan angka – angka, menulis dengan huruf, menulis dengan kata – kata, belajar menulis nama.

Sosial emosional : bermain sendiri mulai berkurang, sering berkumpul dengan teman sebaya, interaksi sosial selama bermain meningkat, sudah siap untuk menggunakan alat – alat bermain.

Pertumbuhan fisik : berat badan meningkat 2,5 kg/tahun, tinggi badan meningkat 6,75 -7,5 cm/tahun.

b. Tumbuh Kembang Usia Sekolah

Motorik : Lebih mampu menggunakan otot-otot kasar daripada otot-otot halus. Misalnya loncat tali, badminton, dll.

Sosial emosional : Mencari lingkungan yang lebih luas sehingga cenderung sering pergi dari rumah hanya untuk bermain dengan teman, saat ini sekolah sangat berperan dalam membentuk kepribadian anak.. Disekolahan anak harus



berinteraksi dengan orang lain selain keluarganya, sehingga peranan guru sangatlah besar.

Pertumbuhan fisik : Berat badan meningkat 2-3 kg/ tahun, tinggi badan meningkat 6-7 cm/ tahun.

c. Tumbuh Kembang Remaja (Adolescent)

Pertumbuhan fisik : Merupakan tahap pertumbuhan yang sangat pesat, tinggi badan 25 %, berat badan 50%, semua system tubuh berubah dan yang paling banyak perubahan adalah system endokrin, bagian-bagian tubuh tertentu memanjang, misalnya tangan, kaki, proporsi tubuh memanjang.

Sosial emosional : Kemampuan akan sosialisasi meningkat, relasi dengan teman wanita/ pria akan tetapi lebih penting dengan teman sejenis, penampilan fisik remaja sangat penting karena supaya diterima oleh temannya. Dan disamping itu pula persepsi terhadap badannya akan mempengaruhi konsep dirinya, peranan orang tua atau keluarganya sudah tidak begitu penting tetapi sudah mulai beralih pada teman sebayanya.

## **B. Konsep Dasar Penyakit**

### **1. Pengertian**

Hipospadia adalah kelainan kongenital berupa mura uretra yang terletak di sebelah ventral penis dan sebelah proksimal ujung penis. letak meatus uretra bias terletak glandular hingga perineal (Purnomo, 2000).

Hipospadia adalah merupakan kongenital anomali yang mana uretra bermuara pada sisi bawah penis atau perineum (Suriadi, & Yuliani, 2006). Hipospadia adalah malformasi kongenital lengkung uretra dan saluran uretra, menyebabkan lubang abnormal pada permukaan ventral penis (Nuryanto & Liena, 2008).

Hipospadia adalah kelainan bawaan berupa lobang uretra yang terletak di bagian bawah dekat pangkal penis (Ngastiyah, 2005).

### **2. Anatomi**

Anatomi normal penis terdiri dari sepasang korpora kavernosa yang dibungkus oleh tunika albugenia yang tebal dan fibrous dengan septum di bagian tengahnya. Uretra melintasi penis di dalam korpus spongiosum yang terletak dalam posisi ventral pada alur diantara kedua korpora kavernosa. Uretra muncul pada ujung distal dari glans penis yang berbentuk konus. Fascia spermatika atau tunika dartos, adalah suatu lapisan longgar penis yang terletak pada fascia tersebut. Di bawah tunika dartos terdapat fascia Bucks yang mengelilingi korpora kavernosa dan kemudian memisah untuk menutupi korpus spongiosum secara terpisah.

Berkas neurovaskuler dorsal terletak dalam fascia Bucks pada diantara kedua korpora kavernosa.

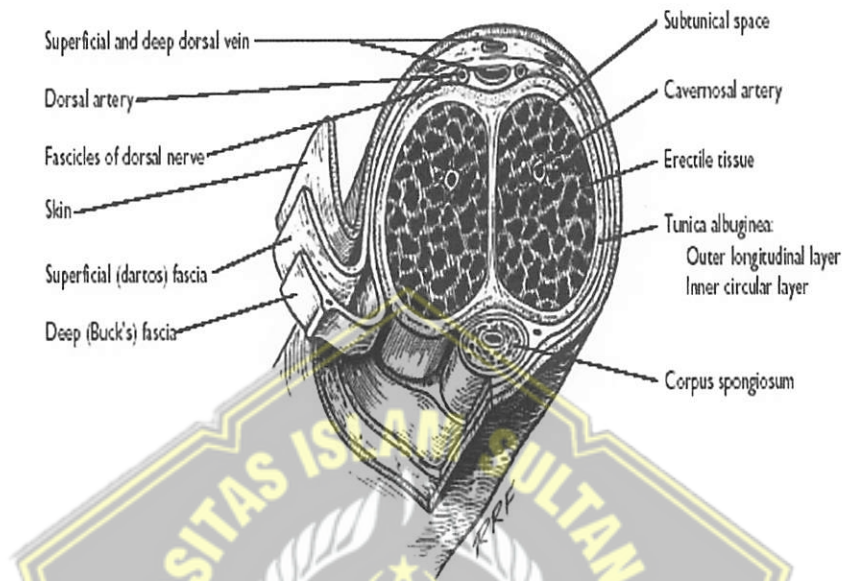


Figure 1. Cross section of the penis. Reprinted with permission from Devine CJ Jr, Angemeier KW: *AUA Update Series*, vol 13. Lesson 2. Houston: American Urological Association. 1994:10.

### 3. Etiologi

Menurut Suryadi & Yuliani (2006), etiologi hipospadia adalah

- a. Penyebab yang jelas belum diketahui
- b. Dapat dihubungkan dengan faktor genetik, lingkungan atau pengaruh hormonal.

Sedangkan menurut Mansjor, Suprohaita, Wardhani & Setiowulan(2000), etiologi hipospadia adalah maskulinisasi inkomplit dari genitalia karena involusi yang premature dari sel interstisial testis.

#### 4. Patofisiologi

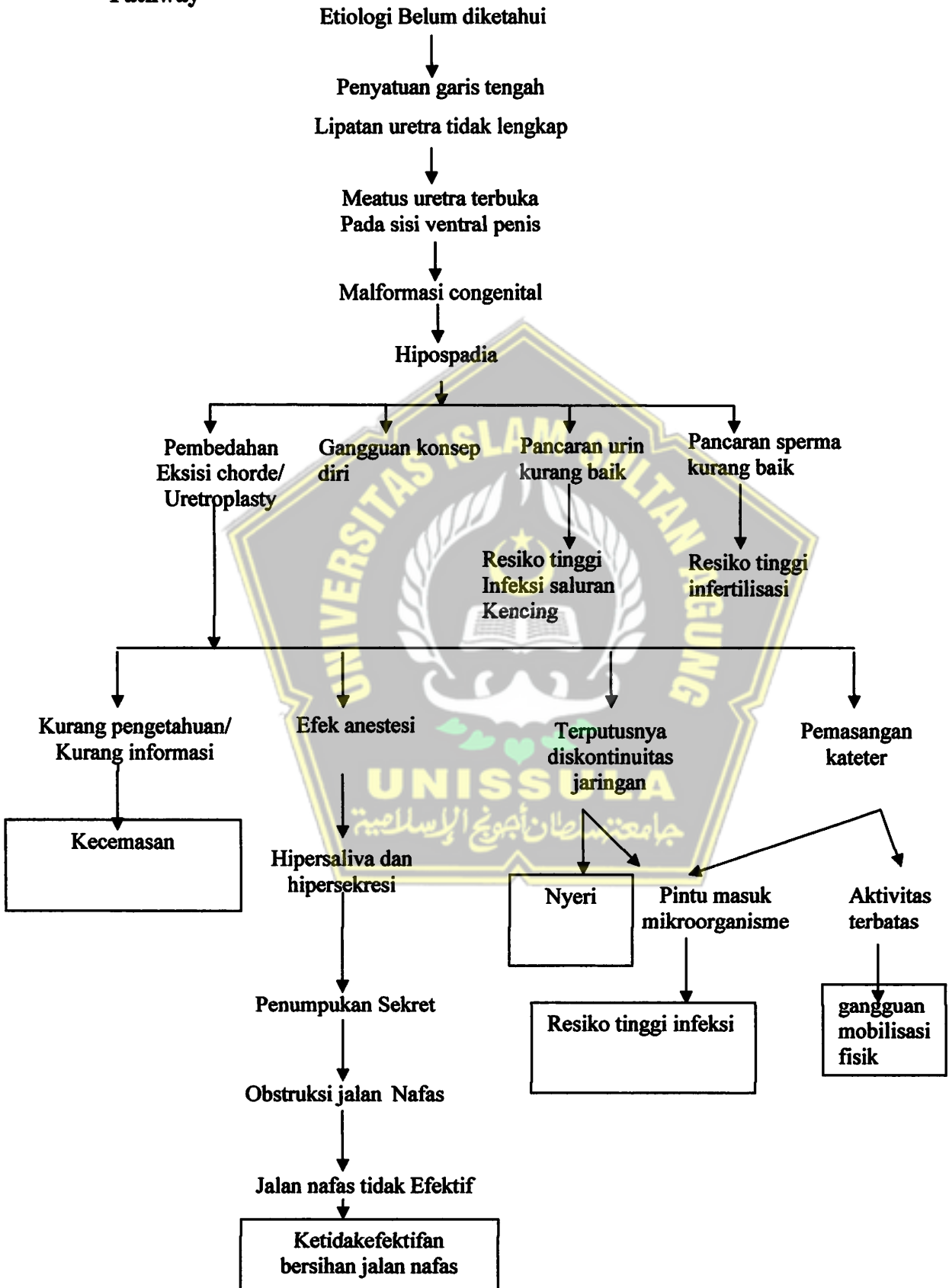
Hipospadia terjadi pada 1 dalam 300 kelahiran anak laki – laki dan merupakan anomaly penis yang paling sering. Perkembangan uretra in uretro dimulai sekitar usia 8 minggu dan selesai dalam 15 minggu. Uretra terbentuk dari penyatuan lipatan uretra sepanjang permukaan ventral penis. Glandula uretra terbentuk dari kanalisasi funikulus ectoderm yang tumbuh melalui glands untuk menyatu dengan lipatan uretra yang menyatu. Hipospadia terjadi bila penyatuan di garis tengah lipatan uretra tidak lengkap sehingga meatus uretra terbuka pada sisi ventral penis (Gbr.65-4). Ada berbagai derajat kelainan letak ini seperti pada glandular (letak meatus yang salah pada glans), korona (pada sulkus korona), penis (disepanjang batang penis), penoskrotal (pada pertemuan ventral penis dan skrotum), dan perineal (pada perineum). Prepusium tidak ada pada sisi ventral dan menyerupai topi yang menutupi sisi dorsal glands. Pita jaringan fibrosa yang dikenal sebagai chordee, pada sisi ventral menyebabkan kurvatura (lengkungan) ventral dari penis.

Tidak ada masalah fisik yang berhubungan dengan hypospadia pada bayi baru lahir atau pada anak – anak remaja. Namun pada orang dewasa, chordee akan menghalangi hubungan seksual; infertilitas dapat terjadi pada hypospadia penoskrotal atau perineal; dapat timbul stenosis meatus, menyebabkan kesulitan dalam mengatur aliran urin; dan sering terjadi kriptorkidisme.

Penanganan hypospadia dengan chordee adalah dengan pelepasan chordee dan restrukturisasi lubang meatus melalui pembedahan . Pembedahan harus dilakukan sebelum usia saat belajar menahan berkemih, yaitu biasanya sekitar umur 2 tahun. Prepusium dipakai untuk proses rekonstruksi; oleh karena itu bayi dengan hypospadia tidak boleh disirkumsisi. Chordee dapat juga terjadi tanpa hypospadia, dan diatasi dengan melepaskan jaringan fibrosa untuk memperbaiki fungsi dan penampilan penis. (Price, 2006)



**Pathway**



(Price, 2006)

## 5. Manifestasi Klinis

Menurut Purnomo (2007), manifestasi klinis adalah

Berdasarkan letak muara uretra setelah dilakukan koreksi korde, *hipospadia* di bagi dalam tiga bagian besar, yaitu *hipospadia* anterior terdiri atas tipe glanular, subkorona, dan penis distal, *hispospadia* medius terdiri atas: *mjdshaft*, dan penis proksimal, dan *hipospadia* posterior terdiri atas: penoskrotal, scrotal, dan perineal.

Sedangkan menurut Mansjoer, Suprohati, Wardhani, Setiowulan (2000), manifestasi klinis adalah

Pada kebanyakan penderita terdapat penis yang melengkung ke arah bawah yang akan tampak lebih jelas pada saat ereksi. Hal ini disebabkan oleh adanya *chordee*, yaitu suatu jaringan fibrosa yang menyebar mulai dari meatus yang letaknya abnormal ke glans penis. jaringan fibrosa ini adalah bentuk rudimenter dari uretra, korpus spongiosum dan tunika dartos. Walaupun adanya *crodee* adalah salah satu ciri khas untuk menjurigai suatu *hipospadia*, perlu diingat bahwa tidak semua *hipospadia* memiliki *chordee*.

## 6. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemeriksaan fisik
- b. Pemeriksaan USG

## 7. Komplikasi

Menurut Suriyadi & Yuliani (2008). komplikasi pada anak dengan *hipospadia* adalah

- a. Infertilitas
- b. Risiko hernia inguinalis
- c. Gangguan psikososial

Menurut Anonim (2008) komplikasi hipospadia yaitu:

- a. Komplikasi awal yang terjadi adalah perdarahan, infeksi, jahitan yang terlepas, nekrosis flap, dan edema.
- b. Komplikasi lanjut
  - 1) Stenosis sementara karena edema atau hipertropi scar pada tempat anastomosis.
  - 2) Kebocoran traktus urinaria karena penyembuhan yang lama.
  - 3) Fistula uretrocutaneus
  - 4) Striktur uretra
  - 5) Adanya rambut dalam uretra

## 8. Penatalaksanaan

Menurut Suryadi & Yuliani (2008) penatalaksanaan hipospadia adalah

Pemasangan kateter, tujuan pembedahan membuat normal fungsi perkemihan, fungsi seksual, dan perbaikan kosmetik pada penis.

Sedangkan menurut Mansjoer, Suprohaita, Wardhani & Setowulan (2000) penatalaksanaan hipospadia adalah dikenal banyak etik operasi hipospadia, yang umumnya terdiri dari beberapa tahap yaitu:



a. Operasi penganjutan chordee dan tunnelling

Dilakukan pada usia 1-2 tahun pada tahun ini dilakukan operasi eksisi chordee dari muara uretra sampai ke glans penis. setelah eksisi chordee maka penis akan menjadi lurus akan tetapi meatus uretra masih terletak abnormal. untuk melihat keberhasilan setelah eksisi dilakukan tes ereksi buatan intraopratif dengan menyuntikan NaCl 0,9% ke dalam korpus karvenosum pada saat bersamaan dilakukan operasi tunnelling diambil dari preputium penis bagian dorsal. Oleh karena itu hipospadia merupakan kontraindikasi mutlak untuk sirkumsisi

b. Operasi uretroplastik

Biasanya dilakukan 6 bulan setelah operasi pertama. uretra dibuat dari kulit penis bagian ventral yang di insisi secara longitudinal paralel di kedua sisi.

Beberapa tahun terakhir, sudah mulai diterapkan operasi yang dilakukan hanya satu tahap akan tetapi operasi hanya dapat dilakukan pada hipospadia tipe distal dengan ukuran penis yang cukup besar. Operasi hipospadia ini sebaiknya sudah selesai dilakukan seluruhnya sebelum si anak masuk sekolah, karena dikawatirkan akan timbul rasa malu pada anak akibat merasa berbeda dengan teman-temannya.

## C. Konsep Dasar Keperawatan

### 1. Pengkajian Keperawatan

#### a. Pengkajian pasien (Pra Operasi)

- 1) Pemeriksaan genetalia
- 2) Palpasi abdomen untuk melihat distensi *baldder* atau pembesaran pada ginjal
- 3) Kaji fungsi perkemihan.
- 4) Adanya lekukan pada ujung penis
- 5) Melengkungnya kebawah dengan atau tanpa ereksi
- 6) Terbukanya urethral pada ventra (hypospadia)

(Suryadi & Yuliani 2008)

#### b. Pengkajian Klien (Post operasi)

- 1) Lihat ada pembengkakan penis
- 2) Lihat apa ada pendarahan pada sisi pembedahan

(Suryadi & Yuliani 2008)

### 2. Fokus intervensi.

#### a. Pra operasi

- 1) Ansietas (anak dan orang tua) yang berhubungan dengan prosedur pembedahan (uretroplasti).

Intervensi :

Jelaskan kepada anak dan orang tua perosedur bedah dan perawatan paskaoperasi yang di harapkan. Gunakan gambar dan boneka ketika menjelaskan prosedur kepada anak. Jelaskan bahwa

pembedahan dilakukan dengan memperbaiki letak muara uretra. Jelaskan juga bahwa kateter urine menetap akan dipasang, dan anak perlu diawasi agar tidak berusaha melepas kateter. Beritahu orang tua bahwa anak mungkin dipulangkan dengan keadaan terpasang kateter.

Rasional; menjelaskan rencana pembedahan dan paska operasi membantu meredakan rasa cemas dan takut, dengan membiarkan anak dan orang tua mengantisipasi dan mempersiapkan peristiwa yang akan terjadi. Simulasi dengan menggunakan gambar dan boneka untuk menjelaskan prosedur dapat membuat anak memahami konsep yang rumit.

- 2) Resiko infeksi (traktus urinarius) yang berhubungan pemasangan kateter menetap

Interfensi :

- a) Pertahankan kantong drainase kateter di bawah garis kantong kemih dan pastikan bahwa selang tidak terdapat simpul dan kusut.

Rasional; mempertahankan kantong drainase tetap pada posisi ini mencegah infeksi dengan mencegah urine yang tidak steril mengalir balik kedalam kantong kemih.

- b) Gunakan tehnik aseptik ketika mengosongkan kantong kateter.

Rasional; teknik aseptik mencegah kontaminan masuk ke dalam traktus urinarius.

- c) Pantau urine anak untuk pendeksian kekeruhan dan sedimentasi. Juga perisa balutanbedah setiap 4 jam, untuk mem\ngkaji bila tercium bau busuk atau drainase purulen; laporkan tanda – tanda tersebut kepada dokter dengan segera.

Rasional; tanda ini dapat mengidentifikasi infeksi.

- d) Anjurkan anak untuk minum sekurang – kurangnya 60 ml/jam.

Rasional; peningkatan asupan cairan dapat mengencerkan urine dan mendorong untuk berkemih.

- e) Beri obat antibiotik profilaktik sesuai perokram, untuk membantu menyegah infeksi. Pantau anak untuk efek terapeutik dan efek samping.

Rasional; pemantauan yang demikian membantu menentukan kemanjuran obat antibiotik dan toleransi anak terhadap obat tersebut.

- 3) Risiko cedera yang berhubungan dengan kateter urine dicabut atau diangkat

- a) Fiksasikan kateter pada penis anak dengan memakai balutan dan plester.

Rasional; sebuah balutan pengaman dapat mengurangi kemungkinan selang lepas tanpa disengaja.

- b) Tempatkan restrain pada lengan anak, ketika ia sedang tidak diawasi atau sedang tidur .

Rasional; restrain mencegah anak menarik atau melepas kateter.

- c) Gunakan pengait tempat tidur untuk menghindarkan linen bersentuhan dengan kateter dan penis.

Rasional; dengan menghindarkan posisi linen tempat tidur tidak menyentuh kateter pada penis, mencegah selang lepas tanpa sengaja.

**b. Post operasi**

- 1) Nyeri yang berhubungan dengan pembedahan

- a) Beri obat analgetik sesuai program.

Rasional; pemberian obat analgetik untuk mereda rasa nyeri

- b) Pastikan kateter terpasang dengan benar, serta besar dari simpul.

Rasional; penempatan kateter yang tidak tepat dapat menyebabkan nyeri, akibat drainase yang tidak adekuat, atau gesekan tekanan pada balon yang di gembungkan.

- 2) Ansietas (orang tua) yang berhubungan dengan penampilan penis anak setelah pembedahan.

- a) Anjurkan orang tua mengekspresikan perasaan dan kekhawatiran mereka tentang ketidak sempurnaan fisik anak

Rasional: membiarkan orang tua mengekspresikan perasaan serta kekhawatiran mereka, dapat memberikan perasaan didukung dan dimengerti sehingga mengurangi rasa cemas mereka.

- b) Bantu orang tua melalui proses berduka yang normal

Rasional: proses berduka memungkinkan orang tua dapat melalui kecemasan dan perasaan distress mereka.

- c) Rujuk orang tua kepada kelompok pendukung yang tepat, jika diperlukan

Rasional: kelompok pendukung dapat membantu orang tua mengatasi ketidaksempurnaan fisik anak.

- 3) Defisit pengetahuan yang berhubungan dengan perawatan di rumah.

- a) Ajarkan orang tua tanda serta gejala infeksi saluran kemih atau infeksi pada area insisi, termasuk peningkatan suhu, urin keruh, dan drainase purulen dari insisi.

Rasional; mengetahui tanda dan gejala infeksi dan mendorong orang tua mencari pertolongan medis ketika membutuhkannya

- b) Ajarkan orang tua cara merawat kateter dan penis, termasuk membersihkan daerah sekeliling kateter, mengosongkan kantong drainase.

Rasional; informasi semacam ini dapat meningkatkan kepatuhan terhadap penatalaksanaan perawatan di rumah dan mencegah kateter lepas serta infeksi.

### 3. Evaluasi

Menurut Speer (2008) evaluasi hipospadia hasil yang diharapkan, yaitu:

- a. Anak dan orang tua mengalami penurunan rasa cemas yang ditandai oleh ungkapan pemahaman tentang prosedur bedah.
- b. Anak tidak mengalami infeksi yang ditandai oleh hasil urinalisis normal dan suhu tubuh kurang dari 36,5 - 37,3° C.
- c. Anak akan memperlihatkan peningkatan rasa nyaman yang di tandai oleh menangis, gelisah, dan ekspresi nyeri berkurang.
- d. Anak tidak mengalami cedera yang ditandai oleh anak dapat mempertahankan penempatan kateter urine yang benar sampai diangkat oleh perawat atau dokter.
- e. Orang tua akan mengalami penurunan rasa cemas yang ditandai oleh pengungkapan perasaan mereka tentang kelainan fisik anak.
- f. Orang tua mengekspresikan pemahaman tentang instruksi perawat dirumah, dan mendemonstrasikan prosedur perawat dirumah.

## **BAB III**

### **RESUME KEPERAWATAN**

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Identitas**

Pengkajian dilakukan pada hari Selasa, tanggal 27/04/2010 jam 15.00. Nama pasien An. R, Tanggal lahir. Pasien masuk Rumah Sakit tanggal 19/04/2010. Usia 5 tahun. Alamat, Sendang Agung RT 2/ RW 1, Rembang. agama Islam. Nama ayah Tn. R. Pekerjaan ayah swasta. Agama ayah Islam. Alamat Sendang Agung RT 2/ RW 1 Rembang.

##### **Keluhan Utama**

Sejak lahir klien mengeluh lubang kencingnya tidak pada tempatnya. Jika kencing pancuranya normal tetapi arahnya kebawah.

##### **2. Riwayat Penyakit Sekarang**

Ibu klien mengatakan lubang penis klien tidak pada tempatnya. selain itu klien juga batuk dan pilek. Akhirnya dibawa ke rumah Sakit Islam Sultan Agung dan berdasarkan pemeriksaan An. R menderita hipospadia dan harus di rawat di Rumah Sakit. An.R harus menjalani operasi cordektomi. An. R dioperasi tanggal 20/04/2010.



### 3. Riwayat Penyakit Dahulu

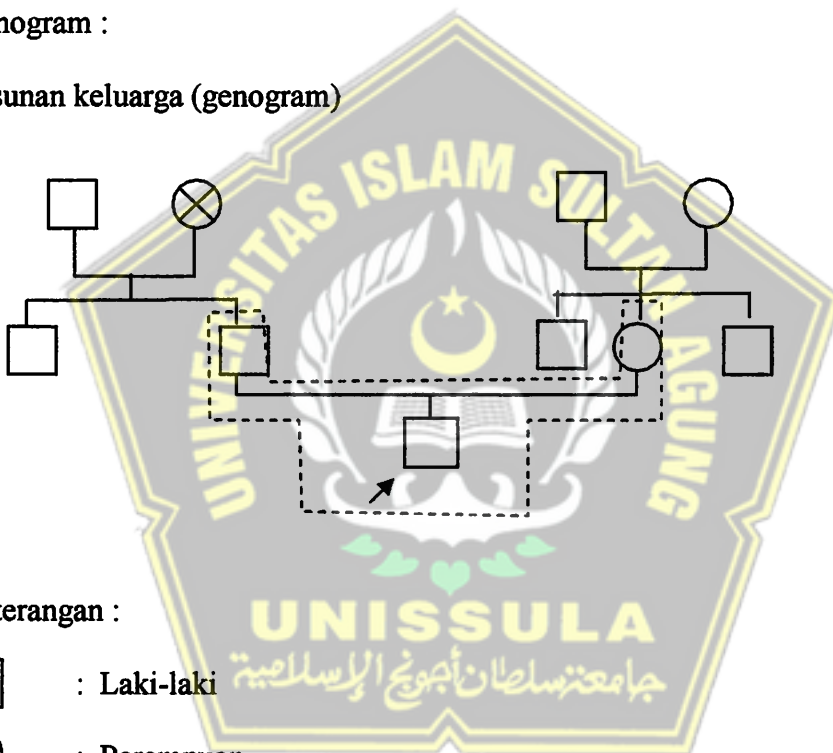
Ibu An.R mengatakan sebelum di bawa dan di rawat di RSI Sultan Agung. An. R juga mempunyai penyakit yang di alami An. R saat ini sebab penyakit hipospadia bawaan dari lahir.

### 4. Riwayat Keluarga

Didalam keluarga klien tidak ada riwayat penyakit keturunan.

Genogram :

Susunan keluarga (genogram)



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ┌──┴──┐ : Hubungan suami istri
- ┌──┬──┐ : Hubungan saudara
- ⊗ : Meninggal
- ◻ (with arrow) : Klien
- (dashed) : Tinggal dalam satu rumah

## 5. Riwayat social

Sejak kecil An. R dirawat sendiri oleh ibunya, pembawaan dalam keseharian An. R termasuk anak yang penurut kepada orang tuanya, lingkungan rumah An.R nyaman, bersih, ventilasi berfungsi dengan lancar, benda - benda yang membahayakan bagi An. R disimpan di tempat yang jauh dari jangkauan anak-anak dan tertata rapi.

## 6. Keadaan kesehatan saat ini

### a) Diagnosa medis Hipospadia, operasi dilakukan pada tanggal

21/04/2010, tindakan operasi: operasi Uretroplasti tanggal 21/04/2010,

Obat-obatan yang diberikan pada tanggal 10/04/2010, Parenteral:

Ceftrik 1 x 1/2 gr, Ketorolak 2 x 10 mg, Cairan infus 2A

Obat-obatan yang diberikan pada tanggal 20/04/2010, Per oral:

Vitaplex 3 x 1 60 ml, Imudaton 3 x 1 cth 200 mg, Ambroxol 3 x 1 7.5 mg, Loratadin 3 x 1 10 mg, Vit C 3 x 1 50 mg.

### b) Tindakan Keperawatan

- 1) Monitor tanda – tanda vital
- 2) Memotifasi klien agar makan banyak
- 3) Memonitor cairan infuse
- 4) Memberikan lingkungan yang nyaman
- 5) Kolaborasi dengan dokter dan ahli gizi

### c) Hasil Laboratorium. Tanggal 21/04/2010

HBsag negatif

Hasil Pemeriksaan Elektrolit. tanggal 21/04/2010 diperoleh hasil Natrium 139 [mmol/L], Kalium 3.9 [mmol/L], Chlorida 104 [mmol/L].

Hasil lab.tanggal 21/04/2010 diperoleh hasil Markroskospis: Warna : kuning, Kejernihan : jernih, Bj : 1.020, Ph : 6.0, Kimiawi: Protein : negatif, Peduksi : negatif, Bilirubi : negatif, Urobilinoge : negatif, Beda keton: negatif, Nitrit: negative, Mikroskopis: Epithel : 0-2/cpk, Silinde : negatif, Eritrosit : 2-4/LPB, Lekosit: 0-2/LPB, Kristal : negatif, Bakteri: negatif,

Hsil laboratorium tanggal 21/04/2010: Parameters: WBC: 8.62 [ $10^3$ /UL], RBC: 4.46 [ $10^6$ /UL], HGB: 11.6 [g/DL], HCT: 34.9 [%], MCV: 78.3 [FL], MCH: 26.5 [PG], MCHC: 33.8 [g/DL], PLT: 237 [ $10^3$ /UL], RDW-CV: 12.7 [%], RDW-SD: 35.5 [FL], PDW: 12.3 [FL], MPV: 10.2 [FL], P-LCR: 27.0 [%], Nilai Normal Dewasa: M: 3.8-10.6 F: 3.6-11.0, M:4.4-5.9 F: 3.8-5.2, M:13.2-17.3 F: 11.7-15.5, M: 40.52 F: 35-47, 80.0-100.0, 26.0-34.0, 32.0-36.0, 150-440, 11.5-14.5, 35-47, 9.0-13.0, 7.2-11.0, 15.0-25.0, Differential: NEUT: 3.53 [ $10^3$ /UL] 1.8 -7.7, LYMP: 4.10 [ $10^3$ /UL] 0.9 -4.4, MONO: 0.65 [ $10^3$ /UL] 0.072 -0.88, EO: 0.32 [ $10^3$ /UL] 0.072 -0.44, BASO: 0.02 [ $10^3$ /UL] 0 - 0.11, NEUT: 41.0 % 50 -70, LYMP: 47.6 % 25 -48, MONO: 7.5 % 2 -8, EO: 3.7 % 2 -4,BASO: 0 % 0 -1, LED.I 2 MM/JAM, LED.II 16 MM/JAM, M:0-15 F: 0-20.

## 7. Pengkajian pola fungsional Menurut Gordon

### a. Persepsi Kesehatan dan manajemen kesehatan

Status Kesehatan An. R sejak lahir baik, tetapi lubang kencing tidak pada tempatnya. Sebelum dirawat di RSI Sultan agung An. R tidak pernah mengalami penyakit yang serius seperti yang di alami An. R saat ini. Imunisasi di dapat secara lengkap di posnyandu dan bidan.

### b. Pola Metabolik Dan Nutrisi

Sebelum Sakit : An. R makan 3x/hari dengan komposisi nasi, lauk, sayur. An.R juga minum banyak 5-7 gls/hari air putih. Selama sakit An. R makan 3x/hari dengan komposisi nasi tim. An R minum 4-6 gls/hari air putih. Status nutrisi orang tua baik.

### c. Pola eliminasi

Sebelum sakit : An. R BAB  $\pm 1-2$  x/ hari, dengan konsistensi lembek warna kuning bau khas feses, An. R BAK  $\pm 4x$  / hari.

Setelah sakit : An . R BAK 1600 cc/24 jam dari pemantauan DC. pola eliminasi orang tua tidak bermasalah.

### d. Pola aktifitas dan latihan

Sebelum Sakit : An R rutin mandi, 2 x/hari tiap pagi dan sore hari dikamar mandi dengan sabun mandi, An. R berpakaian dengan rapi dan bersih, aktifitas An. R sehari – hari bermain dan nonton tv.

Setelah sakit : An. R Mandi di tempat tidur, dibantu oleh ibu atau perawat, An. R hanya disibin, pakaian diganti bila kotor. An. R tidak

dapat melakukan aktivitas sehari-harinya secara mandiri, tetapi bergantung pada orang lain.

e. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : An R tidur malam  $\pm$  10 jam, An. R terbiasa tidur siang.

Setelah sakit : An. R tidur siang jam 12.00-13.30, An. R tidur malam jam  $\pm$  9 jam.

f. Pola Persepsi dan Kognitif

Respon An.R secara umum baik. An R merespon ketika perawat bertanya kepadanya vokal suara agak pelan tetapi jelas pola bicara baik kata-katanya sopan dan selama sakit tidak ada masalah.

g. Pola konsep diri – persepsi

An. R dapat memahami identitasnya dengan baik, Klien senang dengan identitasnya sebagai seorang anak laki – laki. Penyakit yang dirasakan An. R sering membuat dirinya tidak merasa nyaman, dan An. R malu penyakit yang di deritanya saat ini.

h. Pola peran dan hubungan

Hubungan interaksi An. R dengan kedua orang tuanya berjalan baik.

An. R masih mempunyai kakek, nenek, paman, bibik. An R dapat mandiri.

i. Seksualitas

An. R menyadari dirinya seorang laki – laki. An. R sangat di bimbing oleh kedua orang tuanya dengan melakukan hal – hal yang baik.

j. Pola toleransi stress dan mekanisme koping

An. R yakin pada kemampuan yang dimilikinya. selama sakit An. R mengalami kesulitan beradaptasi di lingkungan rumah sakit.

8. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum pasien saat dilakukan pengkajian yaitu sadar, lemas, TTV : S :  $37^{\circ}\text{C}$ , T : 120/90 mmHg, N : 88 x/ mnt, RR: 22 x/ mnt, BB: 15 kg. Kepala : bentuk bundar, simetris, warna rambut hitam. Mata : konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ekterik, bentuk bulat. Hidung : bentuk simetris, tidak ada pembengkakan polip. Mulut : simetris. Telinga : pendengaran baik, tidak ada lesi atau luka, ada serumen. Dada : simetris, tidak ada pembesaran atau benjolan. Kulit : warna sawo matang, turgor cukup. Jantung : Ictus cordis tidak teraba, auskultasi terdengar suara jantung 1 dan 2. Palpasi dada Ictus cordis teraba. Perkusi jantung peka. Genetalia : terdapat luka post operasi, tidak ada pus dan terpasang kateter. Ekstremitas : tangan kiri terpasang infuse, tidak dapat bergerak bebas, tangan kanan tidak dipasang infuse.

**B. Analisa Data**

Analisa data diambil pada hari, rabu, tanggal 28/04/2010 jam 15.00

1.Data subjektif An. R mengatakan nyeri pada post operasi, Kualitas; seperti di tusuk-tusuk, R; nyeri pada bagian penis, skala nyeri 5-6.

Data objektif: TTV: T: 120/90 mmHg, N : 88x/mnt, S :  $37^{\circ}\text{C}$ , RR : 22/mnt.

Problemnya yaitu gangguan rasa nyaman (nyeri akut). Penyebab trauma jaringan paska pembedahan.

2. Data subjektif : Ibu An. R mengatakan An. R menangis saat di datangi perawat. Data objektif : An. R tampak menangis karena ada perawat yang mau mengganti balutanya.. Problemnya yaitu ansietas. Penyebab perubahan dalam lingkungan.

Prioritas Masalah :

- a. Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan trauma jaringan paska operasi.
- b. Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam lingkungan. (hospitalisasi)

### C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dilakukan yaitu :

1. Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan trauma jaringan paska operasi. tujuannya yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam nyeri klien berkurang dengan KH klien akan mengatakan rasa sakit terkontrol. Rencana keperawatan yang di lakukan hari rabu tanggal 28/04/2010, jam 15.00 evaluasi rasa sakit regular, catat karakteristik, lokasi dan intensitas. Jam 15.30 mengajarkan tehnik relaksasi.

2. Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam lingkungan.

Tujuannya yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam klien biasa tidur dan tidak takut lagi jika perawat mendatangnya. dengan kriteria hasil : klien mengatakan bisa tidur dan tidak takut lagi jika perawat mendatangnya. klien tampak lebih tenang dan tidak takut lagi. Intervensi keperawatan yang akan dilakukan hari rabu tanggal

28/04/2010, jam 16.00 kaji tingkat ansietas klien, beri kenyamanan saat berada didekat perawat dan berbicara dengan pelan, halus dan sambil tersenyum.

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

Implementasi keperawatan dilakukan pada hari kamis tanggal 29/04/2010

1. Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan trauma jaringan paska operasi. Jam 07.30 memberi posisi nyaman, jam 08.00 memberi injeksi ceftri 1/2 gr, ketorolak 10 mg, jam 10.00 mengajarkan distraksi relaksasi.
2. Ansietas berhubungan dengan perubahan lingkungan. Implementasinya yaitu dilakukan pada hari kamis tanggal 29/04/2010, jam 13.00 mengkaji tingkat ansietas klien, jam 13.30 memberi kenyamanan saat berada di dekat perawat dan bicara dengan pelan, halus dan sambil tersenyum.

#### **E. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan dilakukan pada hari kamis tanggal 29/04/2010 pada jam 15.30

1. Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan trauma paska operasi, evaluasinya yaitu S: An. R mengatakan nyeri berkurang skala nyeri 2, O: klien bisa bergerak dengan baik, A : Masalah teratasi sebagian, P: pertahankan intervensi, berikan posisi yang nyaman, berikan injeksi ceftri 1/2 gr, ketorolak 10 mg, ajarkan relaksasi dan mengukur tanda-tanda vital TD:120/90 mmHg, N 88/mnt, S: 37 °C, RR: 22/mnt.



2. Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam lingkungan.

evaluasinya adalah S: An. R mengatakan sudah lebih tenang dan tidak takut lagi, O: An.R tidak menangis bila di lakukan tindakan ganti balut, A: Masalah teratasi , P: Lanjutkan intervensi



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini Penulis akan membahas tentang kasus yang diambil yaitu mengenai Asuhan Keperawatan pada An. R dengan post operasi cordektomi diruang Anak lantai 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung, baik dari segi teori maupun pengaplikasian dilahan.

Dari hasil pengkajian pada Bab II (Resume Keperawatan) ada banyak bagian yang masih kurang, antara lain pada bagian pengkajian.

Pada bagian pengkajian penulis kurang tepat dalam menuliskan data tentang keluhan utaman, data yang tepat yaitu nyeri post operasi pada penis.

Data pola toleransi stress dan mekanisme koping pasien yang penulis tuliskan adalah An. R malu dengan penyakit yang dideritanya. Seharusnya data tersebut termasuk data pola konsep diri harga diri rendah. Pada pengkajian pola konsep diri-persepsi diri, penulis hanya menulis An. R dapat memahami identitasnya dengan baik, Klien senang dengan identitasnya sebagai seorang anak laki-laki, klien yakin pada kemampuan yang dimilikinya, selama sakit An. R mengalami kesulitan beradaptasi di lingkungan rumah sakit. Ada beberapa hal yang kurang yaitu 5 aspek dalam konsep diri antara lain gambaran diri An. R. An. R menyukai semua anggota tubuhnya, An. R malu dengan penyakit yang dideritanya. Identitas diri, berjenis kelamin laki-laki, pasien senang dengan identitasnya sebagai seorang laki-laki. Harga diri, An. R seorang yang periang.

Pada pengkajian pola fungsional menurut Gordon, Penulis belum menuliskan pola nilai dan kepercayaan, data tersebut yaitu pasien beragama Islam, pasien selalu berdoa agar penyakitnya cepat sembuh.

Pada pengkajian tumbuh kembang penulis belum mencantumkan tumbuh kembang pasien. Pada analisa data, data fokus yang muncul belum penulis tuliskan pada pengkajian antara lain: data tentang nyeri, data tentang kecemasan pasien. Tetapi data tersebut sebenarnya ada pada pengkajian pasien. Namun penulis lupa untuk mencantumkan pada pengkajian.

Pada pemeriksaan fisik ada bagian yang kurang lengkap yaitu pemeriksaan fisik dada, penulis hanya menuliskan pemeriksaan dada : simetris, tidak ada pembesaran atau benjolan. Yang lengkap adalah Pemeriksaan fisik pada dada ; meliputi pemeriksaan paru, diperoleh data inspeksi pengembangan paru saat bernafas maksimal. Palpasi, simetris karena tidak ada benjolan yang abnormal, fremitus kanan dan kiri sama. Perkusi, sonor. Auskultasi, Suara nafas vesikuler (normal) yaitu suara inspirasi lebih keras dan lebih panjang dari pada ekspirasi. Pada pemeriksaan jantung diperoleh data inspeksi dan palpasi : ictus cordis teraba, sedikit medial di garis mid klavikula. Perkusi, tidak ada pembesaran pada jantung. Auskultasi, terdengar bunyi jantung 1 dan 2 (lup,dup) normal.

Dari pengkajian yang Penulis lakukan, Penulis menuliskan 2 diagnosa keperawatan yaitu:

A. Gangguan rasa nyaman nyeri (nyeri akut) berhubungan dengan trauma jaringan paska operasi.

Nyeri akut adalah keadaan dimana individu mengalami dan melaporkan adanya rasa ketidaknyaman yang hebat atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang (Carpenito, 2006).

Batasan untuk menegakkan diagnosa ini diantaranya batasan mayor yaitu komunikasi (verbal atau penggunaan kode) tentang nyeri yang dideskripsikan. Dan batasan minor yaitu mengatupkan rahang atau pergelangan tangan, perubahan kemampuan untuk melanjutkan aktivitas sebelumnya, agitasi, ansietas, peka rangsang, menggosok bagian yang nyeri, mengorok, postur tidak biasanya, ketidakaktifan fisik atau imobilitas, masalah dengan konsentrasi, perubahan pada pola tidur, rasa takut mengalami cedera ulang (Carpenito, 2006).

Data yang diperoleh yaitu Data subjektif Ibu klien mengatakan An. R nyeri pada luka post operasi, rasanya seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada bagian penis, dengan skala nyeri 5-6. Dan data obyektif yaitu tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 88 X/menit, suhu 37 °C, pernapasan 22 x/menit.

Diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri (nyeri akut) berhubungan dengan trauma jaringan paska operasi, diagnosa keperawatan yang tepat yaitu nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan dan reflek spasme otot sekunder akibat operasi.

Diagnosa keperawatan gangguan rasa nyamam nyeri (nyeri akut) di prioritaskan sebagai diagnosa pertama karena menurut Maslow termasuk kebutuhan fisiologis yang harus segera ditangani.

Dalam diagnosa ini penulis menerapkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam nyeri klien berkurang dengan kriteria hasil klien akan mengatakan rasa sakit terkontrol, skala nyeri dari 5-6 turun menjadi skala 2. Adapun intervensi yang diterapkan evaluasi rasa sakit regular, catat karakteristik, lokasi dan intensitas (rasional yaitu berguna untuk mengetahui kondisi), ajarkan tehnik relaksasi (rasional yaitu meningkatkan relaksasi).

Tindakan yang dilakukan pada diagnosa gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan trauma jaringan paska pembedahan adalah beri posisi nyaman, jam 8 memberi injeksi ceftri 1/2 gr, ketorolak 10 mg, ajarkan distraksi relaksasi.

Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan trauma paska pembedahan, evaluasinya yaitu S: An. R mengatakan nyeri berkurang skala nyeri 2, O: klien bisa bergerak dengan baik, A : Masalah teratasi sebagian, P: pertahankan intervensi, berikan posisi yang nyaman, berikan injeksi ceftri 1x1/2 gr, ketorolak 2x10 mg, ajarkan relaksasi dan mengukur tanda-tanda vital TD:120/90 mmHg, N 88/mnt, S: 37 °C, RR: 22/mnt. Evaluasi tersebut sudah sesuai dengan kriteria hasil yang penulis tetapkan.

#### B. Ansietas berhubungan perubahan dalam lingkungan (hospitalisasi).

Ansietas adalah keadaan ketika individu atau kelompok mengalami perasaan gelisah (penilaian atau opini) dan aktivasi sistem saraf autonom dalam berespons terhadap ancaman yang tidak jelas, nonspesifik, dengan karakteristik :

Data mayor : dimanifestasikan oleh gejala-gejala dari tiga kategori ; fisiologis, emosional, dan kognitif. Gejala bervariasi sesuai dengan tingkat ansietas (Carpenito, 2006).

Diagnosa ansietas berhubungan dengan perubahan lingkungan (hospitalisasi), penulis mendapatkan data subjektif Ibu An. R mengatakan An. R menangis saat di datangi perawat. Data objektif: An. R tampak menangis karena ada perawat yang mau mengganti balutannya. Karena kelalaian penulis data tersebut belum ada pada dokumentasi pengkajian tetapi pada saat mengkaji pasien. Penulis menemukan data tersebut. An. R menangis karena ada perawat yang akan mengganti balutannya.

Diagnosa ansietas berhubungan dengan hospitalisasi penulis angkat sebagai prioritas kedua karena menurut Maslow merupakan kebutuhan keamanan dan keselamatan, kebutuhan tersebut merupakan kebutuhan yang kedua bila tidak dipenuhi karena bisa mengakibatkan gangguan fungsi fisiologis maupun psikologis, tetapi kecemasan klien masih bisa ditelorir.

Dari diagnosa ini penulis menerapkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam klien biasa tidur dan tidak takut lagi jika perawat mendatangnya, dengan kriteria hasil : klien mengatakan bisa tidur dan tidak takut lagi jika perawat mendatangnya. klien tampak lebih tenang dan tidak takut lagi. Intervensi keperawatan yang akan dilakukan kaji tingkat ansietas klien, beri kenyamanan saat berada didekat perawat dan berbicara dengan pelan, halus dan sambil tersenyum.

Pada diagnosa ansietas berhubungan dengan perubahan lingkungan. Implementasinya yaitu dilakukan, mengkaji tingkat ansietas klien, beri

kenyamanan saat berada di dekat perawat dan bicara dengan pelan, halus dan sambil tersenyum.

Evaluasinya yaitu S: An. R mengatakan sudah lebih tenang dan tidak takut lagi, O: An. R tidak menangis bila dilakukan tindakan ganti balut, A: Masalah teratasi, P: Lanjutkan intervensi. Evaluasi tersebut belum sesuai dengan kriteria hasil yang penulis tetapkan, seharusnya dalam pendokumentasian penulis menyadari kekurangan yang seharusnya dalam pendokumentasian dicantumkan intervensi yang akan dilakukan kembali adalah beri kenyamanan saat berada didekat perawat dan berbicara pelan, halus, dan sambil tersenyum.

Selama diangnosa yang tersebut diatas ada beberapa diangnosa yang belum penulis angkat, antara lain :

Gangguan konsep diri: gambaran diri atau citra tubuh berhubungan dengan perubahan dalam penampilan sekunder akibat hipospadia.

Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan dan alat eksternal (selang infus dan kateter).

Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan masuknya organisme sekunder akibat pembedahan dan saluran invasive.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada An. R dengan *Hipospadia* di ruang Anak lantai II RSI Sultan Agung Semarang sebagai langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat diambil kesimpulan yang sekiranya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberi asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada pasien dengan *Hipospadia*.

#### **A. Kesimpulan**

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

Pengkajian Asuhan Keperawatan pada An. R dengan *Hipospadia* telah dilaksanakan sesuai dengan teori, meskipun dalam pengkajian masih ada banyak kekurangan dan kesenjangan.

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

Untuk menentukan diagnosa keperawatan pada An. R dengan *Hipospadia*, dapat ditegakkan diagnosa keperawatan yaitu gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan trauma jaringan paska operasi. Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam lingkungan (hospitalisasi).



### 3. Intervensi.

Pada langkah ini telah dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat, hal ini karena adanya kerjasama yang baik antara perawat, pasien, dan keluarga pasien.

### 4. Implementasi

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan yang dialami klien. Implementasi yang telah dilakukan penulis pada diagnosa yang pertama memberi posisi nyaman, memberi injeksi ceftri 1x1/2 gr, ketorolak 2x10 mg, mengajarkan distraksi relaksasi.

Pada diagnosa yang kedua, implementasi yang telah dilakukan yaitu mengkaji tingkat ansietas klien, beri kenyamanan saat berada di dekat perawat dan bicara dengan pelan, halus dan sambil tersenyum. Hambatan yang dialami oleh penulis dalam melakukan implementasi adalah ketika pasien menangis saat dilakukan injeksi.

### 5. Evaluasi

Evaluasi dari tindakan keperawatan pada An. R dengan *Hipospadia* untuk masalah keperawatan gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan trauma jaringan paska pembedahan adalah masalah teratasi sebagian. Oleh sebab itu penulis mendelegasikan perencanaan selanjutnya kepada perawat ruangan. Kemudian untuk masalah keperawatan kedua yaitu ansietas berhubungan dengan perubahan lingkungan (hospitalisasi) didapatkan evaluasi adalah masalah teratasi.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Profesi Keperawatan**

Diharapkan dapat meningkatkan ketrampilan, kemampuan serta menerapkan dalam pemberian asuhan keperawatan intranatal care.

### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan dapat menjadi tolok ukur mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan yang nantinya akan dijumpai di lahan praktik.

### **3. Bagi Instansi Kesehatan**

Diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada ibu dengan persalinan normal.



## DAFTAR PUSTAKA

- Brough, H. 2008. *Rujukan cepat pediatrik dan kesehatan anak* . edisi 1. Jakarta: EGC
- Hidayat, A A. 2005. *Pengantar ilmu keperawatan anak 1*. edisi pertama. Jakarta: Salemba Medikal
- Ngastiah. 2005. *Keperawatan Anak Sakit* . Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Purnomo, B B. 2007. *Dasar-dasar urologi* . cetakan ke tiga. Jakarta: Sagung Seto
- Price, A S, 2006. *Patofisiologi konsep klinis proses-peroses penyakit*, edisi 6. Jakarta: EGC
- Sjmsuhidayat, R.. 2005. *Ilmu bedah*. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Speer, M K. 2008. *Rencana asuhan keperawatan pediatrik*. edisi 3. Jakarta: EGC
- Sukamin, R. S. 2009. *Asuhan keperawatan pada anak*. Edisi pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Suriadi. 2006. *Asuhan keperawatan pada Anak*. Edisi 2. Jakarta: EGC

