

PENANGANAN KEJADIAN ATRESIA ANI PADA ANAK

Rudi Haryono*

ABSTRACT

Atresia ani is not complete embryonic development in the distal rectum or anus closed abnormally. Atresia ani have another name ie imperforate anus. If atresia occurs it is almost always requires surgery to create a channel like normal state. Data obtained atresia ani events arising in the ratio 1 of 5000 live births, with a population of 200 million and Indonesia 35 per mil birth rate, it is predicted to be born each year with the disease in 1400 infants atresia ani. Atresia Ani with basically any type need to be given attention to the effects that would be caused to the child afterwards. So early detection is very important to be done by a nurse or medical team who are competent in the field. The most appropriate time to detect genital abnormalities shortly after the baby is born. At least with a physical examination and digital rectal inspection. The main treatment is surgery with time and adjusted models of type or classification of atresia ani suffered. But the nursing actions that are based on the establishment of nursing diagnosis is also important to provide good care and treatment to sustain the elimination of basic human needs, both before and after surgery.

Keywords: Atresia ani, child, treatment

PENDAHULUAN

Atresia ani atau anus imperforata disebut sebagai malformasi anorektal, adalah suatu kelainan kongenital tanpa anus atau dengan anus tidak sempurna, termasuk Agenesis ani, Agenesis rekti dan Atresia rekti. Insiden 1 : 5000 kelahiran yang dapat muncul sebagai penyakit tersering yang merupakan syndrom VACTERL (Vertebra, Anal, Cardial, Esofageal, Renal, Limb)¹.

Dalam asuhan neonatus tidak sedikit dijumpai adanya kelainan cacat kongenital pada anus dimana anus tidak mempunyai lubang untuk mengeluarkan feces karena terjadi gangguan pemisahan kloaka yang terjadi saat kehamilan. Walaupun kelainan lubang anus akan mudah terbukti saat lahir, tetapi kelainan bisa terlewatkan bila tidak ada pemeriksaan yang cermat atau pemeriksaan perineum¹.

Atresia ani merupakan kelainan kongenital yang tergolong rendah angka kejadiannya dibandingkan penyakit lain dalam saluran pencernaan². Kejadian di Amerika Serikat 600 anak lahir dengan atresia ani. Data yang didapatkan kejadian atresia ani timbul dengan perbandingan 1 dari 5000 kelahiran hidup, dengan jumlah penduduk Indonesia 200 juta dan

tingkat kelahiran 35 permil, maka diprediksikan setiap tahun akan lahir 1400 bayi dengan penyakit atresia ani. Kartono mencatat 20-40 pasien penyakit atresia ani yang dirujuk setiap tahunnya ke RSUPN Cipto Mangunkusomo Jakarta dengan rasio laki-laki : perempuan adalah 4:1. Insidensi ini dipengaruhi oleh group etnik, untuk Afrika dan Amerika adalah 2,1 dalam 10.000 kelahiran, Caucassian 1,5 dalam 10.000 kelahiran dan Asia 2,8 dalam 10.000 kelahiran. Menurut catatan Swenson, 81,1 % dari 880 kasus yang diteliti adalah laki-laki. Sedangkan Richardson dan Brown menemukan tendensi faktor keturunan pada penyakit ini yakni ditemukan 57 kasus dalam 24 keluarga¹.

Istilah atresia berasal dari bahasa Yunani yaitu "a" yang berarti tidak ada dan *trepsis* yang berarti makanan atau nutrisi. Dalam istilah kedokteran, atresia adalah suatu keadaan tidak adanya atau tertutupnya lubang badan normal.

Atresia ani adalah malformasi congenital dimana rectum tidak mempunyai lubang keluar. Atresia ani adalah tidak lengkapnya perkembangan embrionik pada distal anus atau tertutupnya anus secara abnormal. Sumber lain menyebutkan atresia ani adalah kondisi dimana rectal terjadi gangguan pemisahan kloaka selama

* Dosen Akademi Keperawatan Notokusumo

pertumbuhan dalam kandungan. Dengan kata lain tidak adanya lubang pada anus atau buntutnya saluran atau rongga tubuh, hal ini bisa terjadi karena bawaan sejak lahir atau terjadi kemudian karena proses penyakit yang mengenai saluran itu. Atresia dapat terjadi pada seluruh saluran tubuh. Atresia ani memiliki nama lain yaitu anus imperforata. Jika atresia terjadi maka hampir selalu memerlukan tindakan operasi untuk membuat saluran seperti keadaan normalnya²³.

KLASIFIKASI

Tipe Atresia ani secara umum ada 4, yaitu :

- Tipe I : terdapat penyempitan pada sebelah proksimal sehingga dari luar tampak anus normal.
- Tipe II : terdapat selaput/membran dekat dengan lubang anus.
- Tipe III : Ujung rektum berakhir buntu, sehingga dari luar jelas tidak terlihat anus.
- Tipe IV : Ujung rektum buntu, tetapi terdapat lekukan ke dalam dari anus, sehingga dari luar anus tampak normal.

Sedangkan menurut klasifikasi Wingspread, atresia ani dibagi 2 golongan yang dikelompokkan menurut jenis kelamin. Pada laki-laki golongan I dibagi menjadi 4 kelainan yaitu kelainan fistel urin, atresia rectum, perineum datar dan fistel tidak ada. Jika pada fistel urin, tampak mekonium keluar dari orifisium eksternum uretra, mungkin terdapat fistel ke uretra maupun ke vesika urinaria. Cara praktis menentukan letak fistel adalah dengan memasang kateter urin. Bila kateter terpasang dan urin jernih, berarti fistel terletak pada uretra karena fistel tertutup kateter. Bila dengan kateter urin mengandung mekonium maka fistel ke vesikaurinaria. Bila evakuasi feces tidak lancar, penderita memerlukan kolostomi segera. Pada atresia rectum tindakannya sama pada perempuan; harus dibuat kolostomi. Jika fistel tidak ada dan udara > 1 cm dari kulit pada invertogram, maka perlu segera dilakukan kolostomi.

Sedangkan pada perempuan golongan I dibagi menjadi 5 kelainan yaitu kelainan kloaka, fistel vagina, fistel rektovestibular, atresia rectum dan fistel tidak ada. Pada fistel vagina, mekonium tampak keluar dari vagina. Evakuasi feces menjadi tidak lancar sehingga sebaiknya dilakukan kolostomi. Pada fistel vestibulum, muara fistel terdapat di vulva. Umumnya evakuasi feces lancar selama penderita hanya minum susu.

Evakuasi mulai terhambat saat penderita mulai makan makanan padat. Kolostomi dapat direncanakan bila penderita dalam keadaan optimal. Bila terdapat kloaka maka tidak ada pemisahan antara traktus urinarius, traktus genitalis dan jalan cerna. Evakuasi feces umumnya tidak sempurna sehingga perlu cepat dilakukan kolostomi. Pada atresia rectum, anus tampak normal tetapi pada pemeriksaan colok dubur, jari tidak dapat masuk lebih dari 1-2 cm. Tidak ada evakuasi mekonium sehingga perlu segera dilakukan kolostomi. Bila tidak ada fistel, dibuat invertogram. Jika udara > 1 cm dari kulit perlu segera dilakukan kolostomi.

Golongan II pada laki-laki dibagi 4 kelainan yaitu kelainan fistel perineum, membran anal, stenosis anus, fistel tidak ada. Fistel perineum sama dengan pada wanita ; lubangnya terdapat anterior dari letak anus normal. Pada membran anal biasanya tampak bayangan mekonium di bawah selaput. Bila evakuasi feces tidak ada sebaiknya dilakukan terapi definitif secepat mungkin. Pada stenosis anus, sama dengan perempuan, tindakan definitif harus dilakukan. Bila tidak ada fistel dan udara.

Sedangkan golongan II pada perempuan dibagi 3 kelainan yaitu kelainan fistel perineum, stenosis anus dan fistel tidak ada. Lubang fistel perineum biasanya terdapat diantara vulva dan tempat letak anus normal, tetapi tanda timah anus yang buntu menimbulkan obstipasi. Pada stenosis anus, lubang anus terletak di tempat yang seharusnya, tetapi sangat sempit. Evakuasi feces tidak lancar sehingga biasanya harus segera dilakukan terapi definitif. Bila tidak ada fistel dan pada invertogram udara⁴.

PENYEBAB

Etiologi secara pasti atresia ani belum diketahui, namun sebagian besar kelainan bawaan anus disebabkan oleh kegagalan pertumbuhan saat bayi dalam kandungan berusia 12 minggu/3 bulan. Adanya gangguan atau berhentinya perkembangan embriologik didaerah usus, rektum bagian distal serta traktus urogenitalis, yang terjadi antara minggu keempat sampai keenam usia kehamilan.

Pada kelainan bawaan anus umumnya tidak ada kelainan rectum, sfingter, dan otot dasar panggul. Namun demikian pada anus, sfingter internal mungkin tidak memadai.

Menurut penelitian beberapa ahli masih jarang terjadi bahwa gen autosomal resesif yang

menjadi penyebab atresia ani. Orang tua yang mempunyai gen carrier penyakit ini mempunyai peluang sekitar 25% untuk diturunkan pada anaknya saat kehamilan. 30% anak yang mempunyai sindrom genetic, kelainan kromosom atau kelainan congenital lain juga beresiko untuk menderita atresia ani. Sedangkan kelainan bawaan rectum terjadi karena gangguan pemisahan kloaka menjadi rectum dan sinus urogenital sehingga biasanya disertai dengan gangguan perkembangan septum urorektal yang memisahkannya⁴.

PATOFISIOLOGI

Anus dan rectum berkembang dari embrionik bagian belakang. Ujung ekor dari bagian belakang berkembang menjadi kloaka yang merupakan bakal genitoury dan struktur anorektal. Terjadi stenosis anal karena adanya penyempitan pada kanal anorektal. Terjadi atresia anal karena tidak ada kelengkapan migrasi dan perkembangan struktur kolon antara 7 dan 12 minggu dalam perkembangan fetal. Kegagalan migrasi dapat juga karena kegagalan dalam agenesis sacral dan abnormalitas pada uretra dan vagina. Tidak ada pembukaan usus besar yang keluar anus menyebabkan fecal tidak dapat dikeluarkan sehingga intestinal mengalami obstruksi⁴.

TANDA DAN GEJALA

1. Mekonium tidak keluar dalam 24 jam pertama setelah kelahiran.
2. Tidak dapat dilakukan pengukuran suhu rectal pada bayi.
3. Mekonium keluar melalui sebuah fistula atau anus yang salah letaknya.
4. Distensi bertahap dan adanya tanda-tanda obstruksi usus (bila tidak ada fistula).
5. Bayi muntah-muntah pada umur 24-48 jam.
6. Pada pemeriksaan rectal touché terdapat adanya membran anal.
7. Perut kembung⁵.

KOMPLIKASI

Komplikasi yang dapat terjadi pada penderita atresia ani antara lain :

1. Infeksi saluran kemih yang bisa berkepanjangan.
2. Kerusakan uretra (akibat prosedur bedah).
3. Komplikasi jangka panjang; Eversi mukosa anal dan Stenosis (akibat kontriksi jaringan perut dianastomosis).

4. Masalah atau kelambatan yang berhubungan dengan toilet training.
5. Inkontinensia (akibat stenosis awal atau impaksi)
6. Prolaps mukosa anorektal.
7. Fistula kambuhan (karena ketegangan diare pembedahan dan infeksi)⁶.

PENEGAKAN DIAGNOSIS

1. Pemeriksaan radiologis, dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya obstruksi intestinal.
2. Sinar X terhadap abdomen, dilakukan untuk menentukan kejelasan keseluruhan bowel dan untuk mengetahui jarak pemanjangan kantung rectum dari sfingternya.
3. Ultrasound terhadap abdomen, digunakan untuk melihat fungsi organ internal terutama dalam system pencernaan dan mencari adanya faktor reversible seperti obstruksi oleh karena massa tumor.
4. CT Scan, digunakan untuk menentukan lesi.
5. Pyelografi intra vena, digunakan untuk menilai pelviokalis dan ureter.
6. Pemeriksaan fisik rectum, kepatenan rectal dapat dilakukan colok dubur dengan menggunakan selang atau jari.
7. Rontgenogram abdomen dan pelvis juga bisa digunakan untuk mengkonfirmasi adanya fistula yang berhubungan dengan traktus urinarius⁶.

PENATALAKSANAAN

Terapi pembedahan pada bayi baru lahir bervariasi sesuai dengan keparahan kelainan. Semakin tinggi gangguan, semakin rumit prosedur pengobatannya. Untuk kelainan dilakukan kolostomi beberapa hari setelah lahir, kemudian anoplasti perineal yaitu dibuat anus permanen (prosedur penarikan perineum abnormal) dilakukan pada bayi berusia 12 bulan. Pembedahan dilakukan pada usia 12 bulan dimaksudkan untuk memberi waktu pada pelvis untuk membesar dan pada otot-otot untuk berkembang. Tindakan ini juga memungkinkan bayi untuk menambah berat badan dan bertambah baik status nutrisinya.

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 konstipasi⁶.

ASUHAN KEPERAWATAN

Fokus Pengkajian

1. Persepsi Kesehatan - Pola Manajemen Kesehatan
Mengkaji kemampuan pasien dan keluarga melanjutkan perawatan di rumah.
2. Pola nutrisi - Metabolik
Anoreksia, penurunan berat badan dan malnutrisi umum terjadi pada pasien dengan atresia ani post kolostomi. Keinginan pasien untuk makan mungkin terganggu oleh mual dan muntah dampak dari anestesi.
3. Pola Eliminasi
Oleh karena pada atresia ani tidak terdapatnya lubang pada anus, sehingga pasien akan mengalami kesulitan dalam defekasi.
4. Pola Aktivitas dan Latihan
Pola latihan dan aktivitas dipertahankan untuk menghindari kelemahan otot.
5. Pola Persepsi Kognitif
Mengkaji tentang fungsi penglihatan, pendengaran, penciuman, daya ingatan masa lalu dan ketanggapan dalam menjawab pertanyaan.
6. Pola Tidur dan Istirahat
Pada pasien mungkin pola istirahat dan tidur terganggu karena nyeri pada luka insisi.
7. Konsep Diri dan Persepsi Diri
Mengkaji konsep diri dan persepsi diri misalnya body image, body comfort. Terjadi perilaku distraksi, gelisah, penolakan karena dampak luka jahitan operasi.
8. Peran dan Pola Hubungan
Bertujuan untuk mengetahui peran dan hubungan sebelum dan sesudah sakit. Perubahan pola biasa dalam tanggungjawab atau perubahan kapasitas fisik untuk melaksanakan peran.
9. Pola Reproduksi dan Sexual
Pola ini bertujuan mengkaji sebatas fungsi sosial dari alat reproduksi.
10. Pola Pertahanan Diri, Stress dan Toleransi
Adanya faktor stress lama, efek hospitalisasi, masalah keuangan, masalah rumah.
11. Pola Keyakinan dan Nilai
Untuk mengkaji sikap, keyakinan klien/keluarga dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya dalam keseharian. Dengan ini diharapkan perawat dalam memberikan motivasi dan pendekatan terhadap klien/keluarga dalam upaya pelaksanaan ibadah.

Hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan pada pasien atresia ani adalah anus tampak merah, usus melebar, kadang-kadang tampak ileus obstruksi, termometer yang dimasukkan melalui anus tertahan oleh jaringan, pada auskultasi terdengar hiperperistaltik, tanpa mekonium dalam 24 jam setelah bayi lahir, tinja dalam urin dan vagina⁷.

Diagnosa Keperawatan yang Lazim Muncul

1. Inkontinen bowel (tidak efektif fungsi eksretorik berhubungan dengan tidak lengkapnya pembentukan anus).
2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kolostomi.
4. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur pembedahan.
5. Kecemasan keluarga berhubungan dengan prosedur pembedahan dan kondisi bayi.
6. Gangguan citra diri berhubungan dengan adanya kolostomi.
7. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma saraf jaringan.
8. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan penumpukan secret berlebih.
9. Kurang pengetahuan keluarga mengenai kebutuhan perawatan dirumah berhubungan dengan kurang terpapar informasi⁷.

Fokus Intervensi

1. Inkontinen bowel (tidak efektif fungsi eksretorik) berhubungan dengan tidak lengkapnya pembentukan anus.
Tujuan yang diharapkan yaitu terjadi peningkatan fungsi usus, dengan kriteria hasil : pasien akan menunjukkan konsistensi tinja lembek, terbentuknya tinja, tidak ada nyeri saat defekasi, tidak terjadi perdarahan.
Intervensi :
a. Dilatasi anal sesuai program.

- b. Pertahankan puasa dan berikan terapi hidrasi IV sampai fungsi usus normal.
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kolostomi.
Tujuan yang diharapkan adalah tidak terjadi gangguan integritas kulit, dengan kriteria hasil : penyembuhan luka tepat waktu, tidak terjadi kerusakan di daerah sekitar anoplasti.
Intervensi :
- Kaji area stoma.
 - Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian lembut dan longgar pada area stoma.
 - Sebelum terpasang colostomy bag ukur dulu sesuai dengan stoma.
 - Yakinkan lubang bagian belakang kantong berpekat lebih besar sekitar 1/8 dari ukuran stoma.
 - Selidiki apakah ada keluhan gatal sekitar stoma.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur pembedahan.
Tujuan yang diharapkan adalah tidak terjadi infeksi, dengan kriteria hasil : tidak ada tanda-tanda infeksi, TTV normal, lekosit normal.
Intervensi :
- Pertahankan teknik septik dan aseptik secara ketat pada prosedur medis atau perawatan.
 - Amati lokasi invasif terhadap tanda-tanda infeksi.
 - Pantau suhu tubuh, jumlah sel darah putih.
 - Pantau dan batasi pengunjung, beri isolasi jika memungkinkan.
 - Beri antibiotik sesuai advis dokter.
4. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret berlebih.
Tujuan yang diharapkan adalah mempertahankan efektif jalan nafas, mengeluarkan sekret tanpa bantuan dengan kriteria hasil : bunyi nafas bersih, menunjukkan perilaku perbaikan jalan nafas misalnya, batuk efektif dan mengeluarkan sekret.
Intervensi :
- Kaji fungsi pernafasan, contoh : bunyi nafas, kecepatan, irama dan kedalaman dan penggunaan otot tambahan.
 - Catat kemampuan untuk mengeluarkan dahak atau batuk efektif, catat karakter, jumlah sputum, adanya hemoptoc.
- Berikan posisi semi fowler dan bantu pasien untuk batuk efektif dan latihan nafas dalam.
 - Bersihkan secret dari mulut dan trakea, penghisapan sesuai keperluan.
 - Pertahankan masukan cairan sesuai kebutuhan setiap harinya kecuali kontra indikasi.
 - Kolaborasi pemberian mukolitik dan bronkodilator.
5. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.
Tujuan yang diharapkan adalah kebutuhan nutrisi tubuh tercukupi, dengan kriteria hasil : menunjukkan peningkatan berat badan, nilai albumin normal, bebas tanda malnutrisi.
Intervensi :
- Pantau masukan/pengeluaran makanan/cairan.
 - Kaji kesukaan makanan anak.
 - Beri makan sedikit tapi sering.
 - Pantau berat badan secara periodik.
 - Libatkan orang tua, misal membawa makanan dari rumah, membujuk anak untuk makan.
 - Beri perawatan mulut sebelum makan.
 - Berikan istirahat yang adekuat.
 - Pemberian nutrisi secara parenteral, untuk mempertahankan kebutuhan kalori sesuai program diet.
6. Kecemasan keluarga berhubungan dengan prosedur pembedahan dan kondisi bayi.
Tujuan yang diharapkan adalah memberi support emosional pada keluarga, dengan kriteria hasil : keluarga akan mengekspresikan perasaan dan pemahaman terhadap kebutuhan intervensi perawatan dan pengobatan.
Intervensi :
- Ajarkan untuk mengekspresikan perasaan.
 - Berikan informasi tentang kondisi, pembedahan dan perawatan di rumah.
 - Ajarkan keluarga untuk berpartisipasi dalam perawatan pasien.
 - Berikan pujian pada keluarga saat memberikan perawatan pada pasien.
 - Jelaskan kebutuhan terapi IV, NGT, pengukuran tanda-tanda vital dan pengkajian.
7. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan trauma saraf jaringan.

Tujuan yang diharapkan adalah pasien akan melaporkan nyeri hilang atau terkontrol, pasien akan tampak rileks, dengan kriteria hasil : ekspresi wajah pasien relaks, TTV normal.

Intervensi :

- a. Tanyakan pada pasien tentang nyeri.
- b. Catat kemungkinan penyebab nyeri.
- c. Anjurkan pemakaian obat dengan benar untuk mengontrol nyeri.
- d. Ajarkan dan anjurkan tehnik relaksasi.

8. Resiko tinggi terhadap konstipasi berhubungan dengan ketidakadekuatan masukan diit.

Tujuan yang diharapkan adalah pola eliminasi sesuai kebutuhan, dengan kriteria hasil : BAB 1x/hari, feses lunak, tidak ada rasa nyeri saat defekasi.

Intervensi :

- a. Auskultasi bising usus.
- b. Observasi pola diit dan intake cairan

9. Gangguan citra diri berhubungan dengan adanya kolostomi.

Tujuan yang diharapkan adalah pasien mau menerima kondisi dirinya sekarang, dengan kriteria hasil : pasien mengatakan menerima perubahan ke dalam konsep diri tanpa harga diri rendah, menunjukkan penerimaan dengan merawat stoma tersebut, menyatakan perasaannya tentang stoma.

Intervensi :

- a. Kaji persepsi pasien tentang stoma.
- b. Motivasi pasien untuk mengungkapkan perasaannya.
- c. Kaji ulang tentang alasan pembedahan.
- d. Observasi perilaku pasien.
- e. Berikan kesempatan pada pasien untuk merawat stomanya.
- f. Hindari menyinggung perasaan pasien atau pertahankan hubungan positif.

10. Kurang pengetahuan keluarga mengenai kebutuhan perawatan di rumah berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Tujuan yang diharapkan adalah pasien dan keluarga memahami perawatan di rumah, dengan kriteria hasil keluarga menunjukkan kemampuan untuk memberikan perawatan untuk bayi di rumah.

Intervensi :

- a. Ajarkan perawatan kolostomi dan partisipasi dalam perawatan sampai mereka dapat melakukan perawatan.

- b. Ajarkan untuk mengenal tanda-tanda dan gejala yang perlu dilaporkan perawat.
- c. Ajarkan bagaimana memberikan pengamanan pada bayi dan melakukan dilatasi pada stoma secara tepat.
- d. Ajarkan cara perawatan luka yang tepat.
- e. Latih pasien untuk kebiasaan defekasi.
- f. Ajarkan pasien dan keluarga untuk memodifikasi diit (misalnya serat).

KESIMPULAN

Atresia ani adalah tidak lengkapnya perkembangan embrionik pada distal anus atau tertutupnya anus secara abnormal. Dengan kata lain tidak adanya lubang pada anus atau buntunya saluran atau rongga tubuh, hal ini bisa terjadi karena bawaan sejak lahir atau terjadi kemudian karena proses penyakit yang mengenai saluran itu. Atresia dapat terjadi pada seluruh saluran tubuh. Atresia ani memiliki nama lain yaitu anus imperforata. Jika atresia terjadi maka hampir selalu memerlukan tindakan operasi untuk membuat saluran seperti keadaan normalnya.

Data yang didapatkan kejadian atresia ani timbul dengan perbandingan 1 dari 5000 kelahiran hidup, dengan jumlah penduduk Indonesia 200 juta dan tingkat kelahiran 35 permil, maka diprediksikan setiap tahun akan lahir 1400 bayi dengan penyakit atresia ani.

Atresia Ani dengan berbagai tipe apapun pada dasarnya perlu untuk diberikan perhatian terhadap efek yang akan ditimbulkan setelahnya bagi si anak. Sehingga deteksi lebih awal menjadi sangat penting dilakukan oleh perawat maupun tim medis yang berkompeten dalam bidang tersebut. Saat paling tepat untuk mendeteksi kelainan genital tersebut adalah sesaat setelah bayi dilahirkan. Setidaknya dengan pemeriksaan fisik inspeksi dan colok dubur.

Penanganan utama adalah tindakan pembedahan dengan waktu dan model disesuaikan tipe atau klasifikasi atresia ani yang diderita. Namun tindakan keperawatan yang didasarkan pada tegaknya diagnosa keperawatan juga tidak kalah pentingnya untuk memberikan perawatan maupun penanganan yang baik demi keberlanjutan kebutuhan dasar manusia yakni eliminasi, baik sebelum maupun pasca pembedahan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kartono, D. Penyakit Atresia Ani. Jakarta : Sagung Seto. 2004.
2. Suriadi, SKp. & Yulianti, Rita, SKp. Buku pegangan praktek klinik: Asuhan keperawatan pada anak. Edisi 1. CV. Sagung Seto Jakarta. 2001.
3. Richardson C. Morphological parameters of intra-uterine growth retardation in the newborn lamb. *Vet Rec* 1977. 1977.
4. Long Barbara C. Perawatan Medikal Bedah. Bandung, Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan keperawatan Pajajaran. 1996.
5. Betz, Cealy L. & Linda A. Sowden. Buku Saku Keperawatan Pediatrik. Edisi ke-3. EGC. Jakarta. 2002.
6. Ngastiyah. Perawatan Anak Sakit. EGC. Jakarta. 1997.
7. Wong, Donna L. Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik. Sri Kurnianianingsih (ed), Monica Ester (Alih Bahasa). edisi ke-4. EGC. Jakarta. 2003.