

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perioperatif

1. Pengertian Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien (Maryunani, 2014). Selain itu keperawatan perioperatif juga dapat didefinisikan dengan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (HIPKABI, 2014).

Perawat kamar bedah (*operating room nurse*) adalah perawat yang memberikan asuhan keperawatan perioperatif kepada pasien yang akan mengalami tindakan pembedahan yang memiliki standar, pengetahuan, keputusan, serta keterampilan berdasarkan prinsip-prinsip keilmuan khususnya kamar bedah (HIPKABI, 2014).

Perawat kamar bedah bertanggung jawab mengidentifikasi kebutuhan pasien, menentukan tujuan bersama pasien dan mengimplementasikan intervensi keperawatan. Selanjutnya, perawat kamar bedah melakukan kegiatan keperawatan untuk mencapai hasil akhir pasien yang optimal (HIPKABI, 2014). Perawat kamar bedah dalam pelayanannya berorientasi pada respon pasien secara fisik, psikologi spiritual, dan sosial-budaya (Prabowo, 2018).

2. Fase Pelayanan Perioperatif

Menurut Maryunani (2014) kata “perioperatif” merupakan gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu pre operatif, intra operatif, dan post operatif.

a. Fase Pre Operatif

Fase pre operatif dimulai sejak keputusan untuk dilakukan operasi diambil hingga sampai ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup

aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup pengkajian. Dimana pengkajian pasien pada fase pre operatif secara umum dilakukan untuk menggali permasalahan pada pasien, sehingga perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien. Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif dibagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (one day care), atau diunit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Muttaqin & Sari, 2011).

b. Fase Intra Operatif

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien di pindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien diatas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh (HIPKABI, 2014)

Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra operatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar dapat segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat risiko maupun aktual akan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang diprioritaskan. Koordinasi seluruh anggota tim operasi, serta melibatkan tindakan independen dan dependen (Muttaqin & Sari, 2011).

c. Fase Post Operatif

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) atau ruang intensif dan berakhir dengan

evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau rumah. Lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan (HIPKABI, 2014).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Pre Operatif

a. Pengkajian Pre Operatif

1) Identitas Pasien

Identitas pasien terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, status, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat, penanggung jawab, juga terdiri dari nama, umur, penanggung jawab, hubungan keluarga, dan pekerjaan (Oktaviani, 2018).

2) Alasan Masuk

Pada saat pasien mau dirawat dirumah sakit biasanya ditemukan pada pengkajian awal yakni keluhan sakit perut dikuadran kanan bawah, biasanya disertai mual, muntah dan BAB yang sedikit atau tidak sama sekali, kadang-kadang mengalami diare dan juga konstipasi (Oktaviani, 2018).

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya keluhan yang terasa pada pasien yaitu pada saat post operasi, merasakan nyeri pada insisi pembedahan, juga tidak bisa beraktivitas atau imobilisasi sendiri (Oktaviani, 2018).

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien memiliki kebiasaan memakan makanan yang rendah serat, dan juga sering makan makanan yang pedas (Oktaviani, 2018).

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada kasus apendisitis tidak ada pengaruh penyakit keturunan seperti hepatitis, hipertensi, dan lain-lain (Oktaviani, 2018).

4) Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik biasanya kesadaran normal yaitu composmentis, *eye* (E) : 4, *verbal* (V) : 5, *motoric* (M) : 6 total 15. Tanda-tanda vital pasien biasanya tidak normal, karena tubuh pasien merasakan nyeri, dimulai dari tekanan darah biasanya tinggi, nadi takikardi dan pernapasan lebih cepat ketika pasien merasakan nyeri (Oktaviani, 2018).

a) Kepala

Pada bagian kepala pasien biasanya tidak ada masalah jika penyakitnya apendisitis, mungkin pada bagian mata tampak seperti kehitaman/atau mata panda dikarenakan tidak bisa tidur menahan sakit (Oktaviani, 2018).

b) Leher

Pada leher kepala pasien biasanya tidak ada masalah jika menderita apendisitis (Oktaviani, 2018).

c) Thorax

Pada bagian paru-paru tidak ada masalah atau gangguan bunyi normal paru ketika diperkusi biasanya sonor kedua lapang paru dan apabila di auskultasi bunyinya vesikuler. Pada bagian jantung juga tidak ada masalah, bunyi jantung pasien reguler ketika diauskultasi (lup dup) (Oktaviani, 2018).

d) Abdomen

Pada bagian abdomen biasanya nyeri perut di bagian kanan bawah atau pada titik *Mc Burney*. Saat dilakukan inspeksi kembung sering terlihat pada pasien seperti benjolan perut kanan bawah pada massa atau abses. Pada saat dipalpasi biasanya abdomen kanan bawah akan didapatkan peningkatan

respon nyeri, nyeri pada palpasi terbatas pada region iliaka kanan, dapat disertai nyeri lepas. Kontraksi otot menunjukkan adanya rangsangan peritoneum parietale. Pada penekanan perut kiri bawah akan dirasakan nyeri perut kanan bawah yang disebut tanda *rovsing*. Pada apendisitis restroksekal atau retroileal diperlukan palpasi dalam untuk menemukan adanya rasa nyeri (Oktaviani, 2018).

5) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium, maupun pemeriksaan lain seperti *Electrocardiogram* (ECG), dan lain-lain (Oktaviani, 2018).

6) Pemeriksaan Status Anastesi

Pemeriksaan status fisik untuk dilakukan pembiusan dilakukan untuk keselamatan pasien selama pembedahan. Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anastesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf (HIPKABI, 2014).

7) *Inform consent*

Aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis yakni pembedahan dan anastesi (HIPKABI, 2014).

8) Persiapan mental/psikis

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang akan membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis (HIPKABI, 2014).

b. Diagnosa Keperawatan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dan Rencana Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta Evaluasi Keperawatan dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2018) :

1) Ansietas (PPNI, 2016 ; D.0080)

Definisi : kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab :

- a) Krisis situasional
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi
- c) Krisis maturasional
- d) Ancaman terhadap konsep diri
- e) Ancaman terhadap kematian
- f) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g) Disfungsi sistem keluarga
- h) Hubungan orangtua-anak tidak memuaskan
- i) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- j) Penyalahgunaan zat
- k) Terpapar bahaya lingkungan (mis. Toksin, polutan, dan lain-lain)
- l) Kurang terpapar informasi

Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif :

- a) Merasa bingung
- b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- c) Sulit berkonsentrasi

Obyektif :

- a) Tampak gelisah
- b) Tampak tegang
- c) Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subyektif :

- a) Mengeluh pusing
- b) Anoreksia
- c) Palpitasi
- d) Merasa tidak berdaya

Obyektif :

- a) Frekuensi napas meningkat
- b) Frekuensi nadi meningkat
- c) Tekanan darah meningkat
- d) Diaforesis
- e) Tremor
- f) Muka tampak pucat
- g) Suara bergetar
- h) Kontak mata buruk
- i) Sering berkemih
- j) Berorientasi pada masa lalu

Kondisi klinis terkait :

- a) Penyakit kronis
- b) Penyakit akut
- c) Hospitalisasi
- d) Rencana operasi
- e) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
- f) Penyakit neurologis
- g) Tahap tumbuh kembang

Tujuan menurut SLKI (PPNI, 2018) :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil :

- a) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5)
- b) Perilaku tegang dan gelisah menurun (5)
- c) Frekuensi pernapasan, nadi dan tekanan darah menurun (5)
- d) Pucat dan tremor menurun (5)

Rencana Intervensi menurut SIKI (PPNI, 2018) :

- a) Intervensi Utama
 - (1) Reduksi ansietas
 - (2) Terapi relaksasi

b) Intervensi Pendukung

- (1) Bantuan kontrol marah
- (2) Biblioterapi
- (3) Dukungan emosi
- (4) Dukungan hipnosis diri
- (5) Dukungan kelompok
- (6) Dukungan keyakinan
- (7) Dukungan memaafkan
- (8) Dukungan pelaksanaan ibadah
- (9) Dukungan pengungkapan kebutuhan
- (10) Dukungan proses berduka
- (11) Intervensi krisis
- (12) Konseling
- (13) Manajemen demensia
- (14) Persiapan pembedahan
- (15) Teknik distraksi
- (16) Terapi hipnosis
- (17) Teknik imajinasi terbimbing
- (18) Teknik menenangkan
- (19) Terapi biofeedback
- (20) Terapi diverensial
- (21) Terapi musik
- (22) Terapi penyalahgunaan zat
- (23) Terapi relaksasi otot progresif
- (24) Terapi reminisens
- (25) Terapi seni
- (26) Terapi validasi

2) Nyeri akut (D.0077)

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif :

- a) Mengeluh nyeri

Obyektif :

- a) Tampak meringis
- b) Bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri)
- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat
- e) Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subyektif :

(tidak tersedia)

Obyektif :

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola napas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaforesis

Kondisi klinis terkait :

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom koroner akut
- e) Glaukoma

Tujuan menurut SLKI (PPNI, 2018) :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :

- a) Keluhan nyeri menurun (5)
- b) Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun (5)
- c) Diaforesis menurun (5)
- d) Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah membaik (5)

Rencana Intervensi menurut SIKI (PPNI, 2018) :

- a) Intervensi Utama
 - (1) Manajemen nyeri
 - (2) Pemberian analgesik
- b) Intervensi Pendukung
 - (1) Aromaterapi
 - (2) Dukungan hipnosis diri
 - (3) Edukasi efek samping obat
 - (4) Edukasi manajemen nyeri
 - (5) Edukasi proses penyakit
 - (6) Edukasi teknik napas
 - (7) Kompres dingin
 - (8) Kompres panas
 - (9) Konsultasi
 - (10) Latihan pernapasan
 - (11) Manajemen efek samping obat
 - (12) Manajemen kenyamanan lingkungan
 - (13) Manajemen medikasi
 - (14) Manajemen sedasi
 - (15) Manajemen terapi radiasi
 - (16) Pemantauan nyeri
 - (17) Pemberian obat
 - (18) Pemberian obat intravena
 - (19) Pemberian obat oral

- (20) Pemberian obat topikal
- (21) Pengaturan posisi
- (22) Perawatan amputasi
- (23) Perawatan kenyamanan
- (24) Teknik distraksi
- (25) Teknik imajinasi terbimbing
- (26) Terapi akupresur
- (27) Terapi akupuntur
- (28) Terapi bantuan hewan
- (29) Terapi humor
- (30) Terapi murattal
- (31) Terapi musik
- (32) Terapi pemijatan
- (33) Terapi relaksasi
- (34) Terapi sentuhan
- (35) *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)*

2. Pengkajian Intra Operatif

a. Pengkajian Intra Operatif

Hal-hal yang dikaji selama dilaksanakannya operasi bagi pasien yang diberi anaestesi total adalah yang bersifat fisik saja, sedangkan pada pasien yang diberi anaestesi lokal ditambah dengan pengkajian psikososial. Secara garis besar yang perlu dikaji adalah (Muttaqin & Sari, 2011) :

- 1) Pengkajian mental, bila pasien diberi anaestesi lokal dan pasien masih sadar/terjaga maka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang dilakukan kepadanya dan memberi dukungan agar pasien tidak cemas/takut menghadapi prosedur tersebut.
- 2) Pengkajian fisik, tanda-tanda vital (bila terjadi ketidaknormalan maka perawat harus memberitahukan ketidaknormalan tersebut kepada ahli bedah).
- 3) Transfusi dan infus, monitor flabot sudah habis apa belum.

b. Diagnosa Keperawatan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dan Rencana Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta Evaluasi Keperawatan dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2018) :

1) Risiko perdarahan (D.0012)

Definisi : berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi didalam tubuh) maupun diluar tubuh (terjadi hingga keluar tubuh)

Faktor risiko :

- a) Aneurisma
- b) Gangguan gastrointestinal (mis. ulkus lambung, polip, varises)
- c) Gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatitis)
- d) Komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar)
- e) Komplikasi pasca partum (misal atoni uterus, retensi plasenta)
- f) Gangguan koagulasi (misal trombositopenia)
- g) Efek agen farmakologis
- h) Tindakan pembedahan
- i) Trauma
- j) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
- k) Proses keganasan

Kondisi klinis terkait :

- a) Aneurisma
- b) Koagulasi intravaskuler diseminata
- c) Sirosis Hepatis
- d) Ulkus lambung
- e) Varises
- f) Trombositopenia
- g) Ketuban pecah sebelum waktunya
- h) Plasenta previa / abruptio
- i) Atonia uterus

- j) Retensi Plasenta
- k) Tindakan pembedahan
- l) Kanker
- m) Trauma

Tujuan menurut SLKI (PPNI, 2018):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko perdarahan tidak terjadi, dengan kriteria hasil:

- a) Kelembapan membran mukosa meningkat (5)
- b) Kelembapan kulit meningkat (5)
- c) Hemoglobin membaik (5)
- d) Hematokrit membaik (5)

Rencana Intervensi menurut SIKI (PPNI, 2018):

- a) Intervensi Utama
 - (1) Pencegahan perdarahan
- b) Intervensi Pendukung
 - (1) Balut tekan
 - (2) Edukasi keamanan anak
 - (3) Edukasi keamanan bayi
 - (4) Edukasi kemoterapi
 - (5) Edukasi proses penyakit
 - (6) Identifikasi risiko
 - (7) Manajemen kemoterapi
 - (8) Manajemen keselamatan lingkungan
 - (9) Manajemen medikasi
 - (10) Manajemen trombolitik
 - (11) Pemantauan cairan
 - (12) Pemantauan tanda vital
 - (13) Pemberian obat
 - (14) Pencegahan cedera
 - (15) Pencegahan jatuh
 - (16) Pencegahan syok

- (17) Perawatan area insisi
- (18) Perawatan pasca persalinan
- (19) Perawatan persalinan
- (20) Perawatan sirkumsisi
- (21) Promosi keamanan berkendara
- (22) Surveilans keamanan dan keselamatan

2) Risiko hipotermia perioperatif (D.0141)

Definisi : risiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan

Faktor risiko :

- a) Prosedur pembedahan
- b) Kombinasi anestesi regional dan umum
- c) Skor American Society of Anesthesiologist (ASA) >1
- d) Suhu pra-operasi rendah ($<36^{\circ}\text{C}$)
- e) Berat badan rendah
- f) Neuropati diabetik
- g) Komplikasi kardiovaskuler
- h) Suhu lingkungan rendah
- i) Transfer panas (mis. volume tinggi infus yang tidak dihangatkan, irigasi >2 liter yang tidak dihangatkan)

Kondisi klinis terkait :

- a) Tindakan pembedahan

Tujuan menurut SLKI (PPNI, 2018) :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipotermia tidak terjadi, dengan kriteria hasil sebagai berikut :

- a) Menggigil menurun (1)
- b) Pucat menurun (1)
- c) Suhu tubuh membaik (5)
- d) Pengisian kapiler membaik (5)

e) Tekanan darah dan ventilasi membaik (5)

Rencana Intervensi menurut SIKI (PPNI 2018):

a) Intervensi Utama

- (1) Manajemen hipotermia
- (2) Pemantauan hemodinamik invasif

b) Intervensi Pendukung

- (1) Edukasi efek samping obat
- (2) Edukasi kemoterapi
- (3) Edukasi pengukuran suhu tubuh
- (4) Edukasi pengurangan risiko
- (5) Edukasi preoperatif
- (6) Edukasi prosedur tindakan
- (7) Edukasi reaksi alergi
- (8) Kompres panas
- (9) Induksi hipotermia
- (10) Koordinasi praoperasi
- (11) Manajemen cairan
- (12) Manajemen kemoterapi
- (13) Manajemen syok
- (14) Pemantauan tanda vital
- (15) Pemberian anastesi
- (16) Pemantauan cairan
- (17) Pendampingan pembedahan
- (18) Perawatan pascaanastesi
- (19) Regulasi temperatur
- (20) Terapi paparan panas

3) Risiko cedera (D.0136)

Definisi : berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.

Faktor risiko :

Eksternal

- a) Terpapar patogen
- b) Terpapar zat kimia toksik
- c) Terpapar agen nosokomial
- d) Ketidaknyamanan Transportasi

Internal

- a) Ketidaknormalan profil darah
- b) Perubahan orientasi afektif
- c) Perubahan sensasi
- d) Disfungsi autoimun
- e) Disfungsi biokimia
- f) Hipoksia jaringan
- g) Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh
- h) Malnutrisi
- i) Perubahan fungsi psikomotor
- j) Perubahan fungsi kognitif

Kondisi klinis terkait :

- a) Kejang
- b) Sinkop
- c) Vertigo
- d) Gangguan penglihatan
- e) Gangguan pendengaran
- f) Penyakit parkinson
- g) Hipotensi
- h) Kelainan nervus vestibularis
- i) Retardasi mental

Tujuan menurut SLKI (PPNI, 2018) :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan cedera tidak terjadi, dengan kriteria hasil:

- a) Kejadian cedera menurun (5)

b) Tekanan darah, frekuensi nadi, dan frekuensi napas membaik (5)

Rencana Intervensi menurut SIKI (PPNI, 2018):

a) Intervensi Utama

- (1) Manajemen keselamatan lingkungan
- (2) Pencegahan cedera

b) Intervensi Pendukung

- (1) Edukasi keamanan bayi
- (2) Edukasi keamanan anak
- (3) Edukasi keselamatan lingkungan
- (4) Edukasi keselamatan rumah
- (5) Edukasi pengurangan risiko
- (6) Identifikasi risiko
- (7) Manajemen kejang
- (8) Orientasi realita
- (9) Pemberian obat
- (10) Pemasangan alat pengaman
- (11) Pencegahan jatuh
- (12) Pencegahan kebakaran
- (13) Pencegahan kejang
- (14) Pencegahan perdarahan
- (15) Pencegahan risiko lingkungan
- (16) Pengekangan fisik
- (17) Pengembangan kesehatan masyarakat
- (18) Pengenalan fasilitas
- (19) Promosi keamanan berkendara
- (20) Promosi mekanika tubuh
- (21) Rujukan ke fisioterapis
- (22) Skrining gizi
- (23) Skrining kesehatan
- (24) Surveilans keamanan dan keselamatan
- (25) Terapi trauma anak

3. Pengkajian Post Operatif

a. Pengkajian Post Operatif

Pengkajian post operatif dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan. Pengkajian dilakukan saat memindahkan pasien yang berada di atas brankar, perawat mengkaji dan melakukan intervensi tentang kondisi jalan napas, tingkat kesadaran, status vaskular, sirkulasi, perdarahan, suhu tubuh dan saturasi oksigen (Muttaqin & Sari, 2011).

b. Diagnosa Keperawatan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dan Rencana Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta Evaluasi Keperawatan dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2018) :

1) Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)

Definisi : ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.

Penyebab :

Fisiologis

- a) Spasme jalan napas
- b) Hipersekresi jalan napas
- c) Disfungsi neuromuskuler
- d) Benda asing dalam jalan napas
- e) Adanya jalan napas buatan
- f) Sekresi yang tertahan
- g) Hiperplasia dinding jalan napas
- h) Proses infeksi
- i) Respon alergi
- j) Efek agen farmakologis (mis. anastesi)

Situasional

- a) Merokok aktif
- b) Merokok pasif
- c) Terpajan polutan

Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif :

(tidak tersedia)

Obyektif :

- a) Batuk tidak efektif
- b) Tidak mampu batuk
- c) Sputum berlebih *Mengi, wheezing, dan/atau ronkhi* kering

Gejala dan Tanda Minor

Subyektif :

- a) Dispnea
- b) Sulit bicara
- c) Ortopnea

Obyektif :

- a) Gelisah
- b) Sianosis
- c) Bunyi napas menurun
- d) Frekuensi napas berubah
- e) Pola napas berubah

Kondisi klinis terkait :

- a) *Gullian barre syndrome*
- b) Sklerosis multipel
- c) *Myasthenia gravis*
- d) Prosedur diagnostik (mis. bronkoskopi, *transesophageal echocardiography* [TEE])
- e) Depresi sistem saraf pusat
- f) Cedera kepala
- g) Stroke
- h) Kuadriplegia
- i) Sindrom aspirasi mekonium
- j) Infeksi saluran napas

Tujuan menurut SLKI (PPNI, 2018) :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan bersihan jalan nafas efektif, dengan kriteria hasil :

- a) Produksi sputum menurun (5)
- b) Frekuensi nafas membaik (5)
- c) Pola nafas membaik (5)

Rencana Intervensi menurut SIKI (PPNI, 2018) :

a) Intervensi Utama

- (1) Latihan batuk efektif
- (2) Manajemen jalan napas
- (3) Pemantauan respirasi

b) Intervensi Pendukung

- (1) Dukungan kepatuhan program pengobatan
- (2) Edukasi fisioterapi dada
- (3) Edukasi pengukuran respirasi
- (4) Fisioterapi dada
- (5) Konsultasi via telepon
- (6) Manajemen asma
- (7) Manajemen alergi
- (8) Manajemen anafilaksis
- (9) Manajemen isolasi
- (10) Manajemen ventilasi mekanik
- (11) Manajemen jalan napas buatan
- (12) Pemberian obat inhalasi
- (13) Pemberian obat interpleura
- (14) Pemberian obat intradermal
- (15) Pemberian obat nasal
- (16) Pencegahan aspirasi
- (17) Pengaturan posisi
- (18) Penghisapan jalan napas
- (19) Penyapihan ventilasi mekanik
- (20) Perawatan trakheostomi
- (21) Skirning tuberkulosis
- (22) Stabilisasi jalan napas
- (23) Terapi oksigen

2) Nyeri akut (D.0077)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset

mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan.

Penyebab :

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif :

- a) Mengeluh nyeri

Obyektif :

- a) Tampak meringis
- b) Bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri)
- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat
- e) Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subyektif :

(tidak tersedia)

Obyektif :

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola napas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaforesis

Kondisi klinis terkait :

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom koroner akut
- e) Glaukoma

Tujuan menurut SLKI (PPNI, 2018) :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :

- a) Keluhan nyeri menurun (5)
- b) Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun (5)
- c) Diaforesis menurun (5)
- d) Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah membaik (5)

Rencana Intervensi menurut SIKI (PPNI, 2018) :

- a) Intervensi Utama
 - (1) Manajemen nyeri
 - (2) Pemberian analgesik
- b) Intervensi Pendukung
 - (1) Aromaterapi
 - (2) Dukungan hipnosis diri
 - (3) Edukasi efek samping obat
 - (4) Edukasi manajemen nyeri
 - (5) Edukasi proses penyakit
 - (6) Edukasi teknik napas
 - (7) Kompres dingin
 - (8) Kompres panas
 - (9) Konsultasi
 - (10) Latihan pernapasan
 - (11) Manajemen efek samping obat
 - (12) Manajemen kenyamanan lingkungan
 - (13) Manajemen medikasi
 - (14) Manajemen sedasi
 - (15) Manajemen terapi radiasi
 - (16) Pemantauan nyeri
 - (17) Pemberian obat
 - (18) Pemberian obat intravena
 - (19) Pemberian obat oral
 - (20) Pemberian obat topikal

- (21) Pengaturan posisi
- (22) Perawatan amputasi
- (23) Perawatan kenyamanan
- (24) Teknik distraksi
- (25) Teknik imajinasi terbimbing
- (26) Terapi akupresur
- (27) Terapi akupunktur
- (28) Terapi bantuan hewan
- (29) Terapi humor
- (30) Terapi murattal
- (31) Terapi musik
- (32) Terapi pemijatan
- (33) Terapi relaksasi
- (34) Terapi sentuhan
- (35) *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)*

3) Risiko hipotermia perioperatif (D.0141)

Definisi : risiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan.

Faktor risiko :

- a) Prosedur pembedahan
- b) Kombinasi anastesi regional dan umum
- c) Skor American Society of Anesthesiologist (ASA) >1
- d) Suhu pra-operasi rendah (<36°C)
- e) Berat badan rendah
- f) Neuropati diabetik
- g) Komplikasi kardiovaskuler
- h) Suhu lingkungan rendah
- i) Transfer panas (mis. volume tinggi infus yang tidak dihangatkan, irigasi >2 liter yang tidak dihangatkan)

Kondisi klinis terkait :

a) Tindakan pembedahan

Tujuan menurut SLKI (PPNI, 2018):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipotermia tidak terjadi, dengan kriteria hasil :

- a) Menggigil menurun (1)
- b) Pucat menurun (1)
- c) Suhu tubuh membaik (5)
- d) Pengisian kapiler membaik (5)
- e) Tekanan darah dan ventilasi membaik (5)

Rencana Intervensi menurut SIKI (PPNI, 2018):

- a) Intervensi Utama
 - (1) Manajemen hipotermia
 - (2) Pemantauan hemodinamik invasif
- b) Intervensi Pendukung
 - (1) Edukasi efek samping obat
 - (2) Edukasi kemoterapi
 - (3) Edukasi pengukuran suhu tubuh
 - (4) Edukasi pengurangan risiko
 - (5) Edukasi preoperatif
 - (6) Edukasi prosedur tindakan
 - (7) Edukasi reaksi alergi
 - (8) Kompres panas
 - (9) Induksi hipotermia
 - (10) Koordinasi praoperasi
 - (11) Manajemen cairan
 - (12) Manajemen kemoterapi
 - (13) Manajemen syok
 - (14) Pemantauan tanda vital
 - (15) Pemberian anastesi
 - (16) Pemantauan cairan
 - (17) Pendampingan pembedahan

- (18) Perawatan pascaanastesi
- (19) Regulasi temperatur
- (20) Terapi paparan panas

C. Konsep Dasar Apendisitis

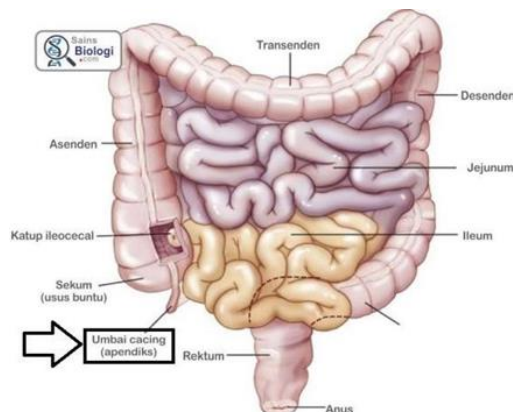
1. Definisi Apendisitis

Apendisitis adalah inflamasi saluran usus yang tersembunyi dan kecil yang berukuran 4 inci (10 cm) yang buntu pada ujung sekum. Apendiks dapat terobstruksi oleh massa feses yang keras, yang akibatnya akan terjadi inflamasi, infeksi, ganggren, dan mungkin perforasi. Apendiks yang ruptur merupakan gejala yang serius karena isi usus dapat masuk ke dalam abdomen dan menyebabkan peritonitis atau abses (Rosdahl & Kowalski, 2017).

Apendisitis merupakan inflamasi pada *apendisitis vermiformis* dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Brunner & Suddarth, 2014). Apendisitis atau infeksi usus buntu dapat merembet sampai usus besar dan menyebabkan radang selaput rongga perut (Devi, 2021).

2. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 1 Anatomi Apendiks (Irsan, 2018)

Apendiks merupakan organ yang berbentuk tabung dengan panjang kira-kira 10 cm dan berpangkal pada sekum (Irsan, 2018). Kata apendiks dalam bahasa latin ialah “caecus” yang berarti buta, dimana

dalam istilah anatomi adalah suatu kantung yang terhubung pada usus penyerapan serta bagian kolon menanjak dari usus besar. Selain itu apendiks juga dapat diartikan sebagai bagian dari usus besar yang muncul seperti corong dari akhir sekum mempunyai pintu keluar yang sempit tapi masih memungkinkan dapat dilewati oleh beberapa isi usus (Devi, 2021).

Apendiks tergantung menyilang pada linea terminalis masuk ke dalam rongga pelvis minor terletak horizontal di belakang sekum. Sebagai suatu organ pertahanan terhadap infeksi kadang apendiks bereaksi secara hebat dan hiperaktif yang bisa menimbulkan perforasi dindingnya ke dalam rongga abdomen.

b. Fisiologi

Apendiks menghasilkan lendir 1-2 ml perhari. Lendir itu secara normal dicurahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara apendiks tampaknya berperan pada patogenesis apendisitis. Imunoglobulin sekretor yang dihasilkan oleh *Gut Associated Lymphoid Tissue* (GALT) yang terdapat di sepanjang saluran cerna termasuk apendiks ialah Imunoglobulin A (Ig-A). Imunoglobulin ini sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi yaitu mengontrol proliferasi enterotoksin dan antigen intestinal lainnya. Namun pengangkatan apendiks tidak mempengaruhi sistem imun tubuh sebab jumlah jaringan sedikit sekali, jika dibandingkan dengan jumlah disaluran cerna dan seluruh tubuh (Irsan, 2018).

3. Etiologi Apendisitis

Apendisitis umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya, diantaranya adalah obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Obstruksi ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalit), hiperplasia jaringan limfoid, tumor apendiks, striktur, benda asing dalam tubuh, dan cacing askaris. (Mardalena, 2018).

Penelitian epidemiologi menunjukkan bahwa peranan kebiasaan mengkonsumsi makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap

timbulnya penyakit apendisitis. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal, yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa. Semuanya ini akan mempermudah timbulnya apendisitis akut (Hidayat, 2020).

4. Klasifikasi Apendisitis

Menurut Mardalena (2018), Penyakit apendisitis dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu :

a. Apendisitis Akut

Peradangan pada apendiks dengan gejala khas yang memberikan tanda setempat. Dimana gejala apendisitis akut antara lain adalah nyeri samar atau tumpul yang merupakan nyeri visceral didaerah epigastrium di sekitar umbilicus. Keluhan ini dapat disertai rasa mual, muntah dan penurunan nafsu makan. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke titik *Mc Burney*. Pada titik ini nyeri yang dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat.

b. Apendisitis Kronis

Diagnosis apendisitis kronis baru dapat ditegakkan jika ditemukan tiga hal yaitu, pertama, pasien memiliki riwayat nyeri pada kuadran kanan bawah abdomen selama paling sedikit tiga minggu tanpa alternatif diagnosis lain. Kedua, setelah dilakukan apendektomi, gejala yang dialami pasien akan hilang; ketiga, secara histopatologik gejala dibuktikan sebagai akibat dari inflamasi kronis yang aktif atau fibrosis pada apendiks.

5. Tanda dan Gejala Apendisitis

Gejala apendisitis berkembang dengan cepat, kondisi dapat didiagnosis dalam 5 sampai 6 jam setelah munculnya gejala pertama (Mardalena, 2018).

- a. Nyeri perut. Beberapa tanda nyeri yang terjadi pada kasus apendisitis dapat diketahui melalui beberapa tanda nyeri antara lain *Rovsing's sign*, *Psoas sign*, dan *Jump sign*.
- b. Umumnya nafsu makan akan menurun.

- c. Mual dan muntah.
- d. Konstipasi.
- e. Nilai leukosit biasanya meningkat dari rentang nilai normal.
- f. Pada auskultasi, bising usus normal atau meningkat pada awal apendisitis dan bising usus melemah jika terjadi perforasi.
- g. Demam.
- h. Temuan dari hasil USG berupa cairan yang berada di sekitar apendiks menjadi sebuah tanda sonografik penting.

6. Komplikasi Apendisitis

Komplikasi terjadi akibat keterlambatan penanganan apendisitis. Adapun jenis komplikasi menurut Sulekale (2016) adalah :

a. Abses

Abses merupakan peradangan apendiks yang berisi pus. Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Massa ini mula-mula berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang mengandung pus. Hal ini terjadi apabila apendisitis gangren atau mikroperforasi ditutupi oleh omentum. Operasi apendektomi untuk kondisi abses apendiks dapat dilakukan secara dini (apendektomi dini) maupun tertunda (apendektomi interval). Apendektomi dini merupakan apendektomi yang dilakukan segera atau beberapa hari setelah kedatangan Pasien di rumah sakit. Sedangkan apendektomi interval merupakan apendektomi yang dilakukan setelah terapi konservatif awal, berupa pemberian antibiotika intravena selama beberapa minggu.

b. Perforasi

Perforasi adalah pecahnya apendiks yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi meningkat tajam sesudah 24 jam. Perforasi dapat diketahui pre operatif pada 70% kasus dengan gambaran klinis yang timbul lebih dari 36 jam sejak sakit, panas lebih dari 38,5° C, tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut, dan leukositosis terutama Polymorphonuclear (PMN). Perforasi baik berupa perforasi bebas maupun mikroperforasi dapat menyebabkan terjadinya

peritonitis. Perforasi memerlukan pertolongan medis segera untuk membatasi pergerakan lebih lanjut atau kebocoran dari isi lambung ke rongga perut. Mengatasi peritonitis dapat dilakukan operasi untuk memperbaiki perforasi, mengatasi sumber infeksi, atau dalam beberapa kasus mengangkat bagian dari organ yang terpengaruh .

c. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum dapat menyebabkan timbulnya peritonitis umum. Aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus paralitik, usus meregang, dan hilangnya cairan elektrolit mengakibatkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi, dan oliguria. Peritonitis disertai rasa sakit perut yang semakin hebat, muntah, nyeri abdomen, demam, dan leukositosis. Penderita peritonitis akan disarankan untuk menjalani rawat inap di rumah sakit.

7. Patofisiologi Apendisitis

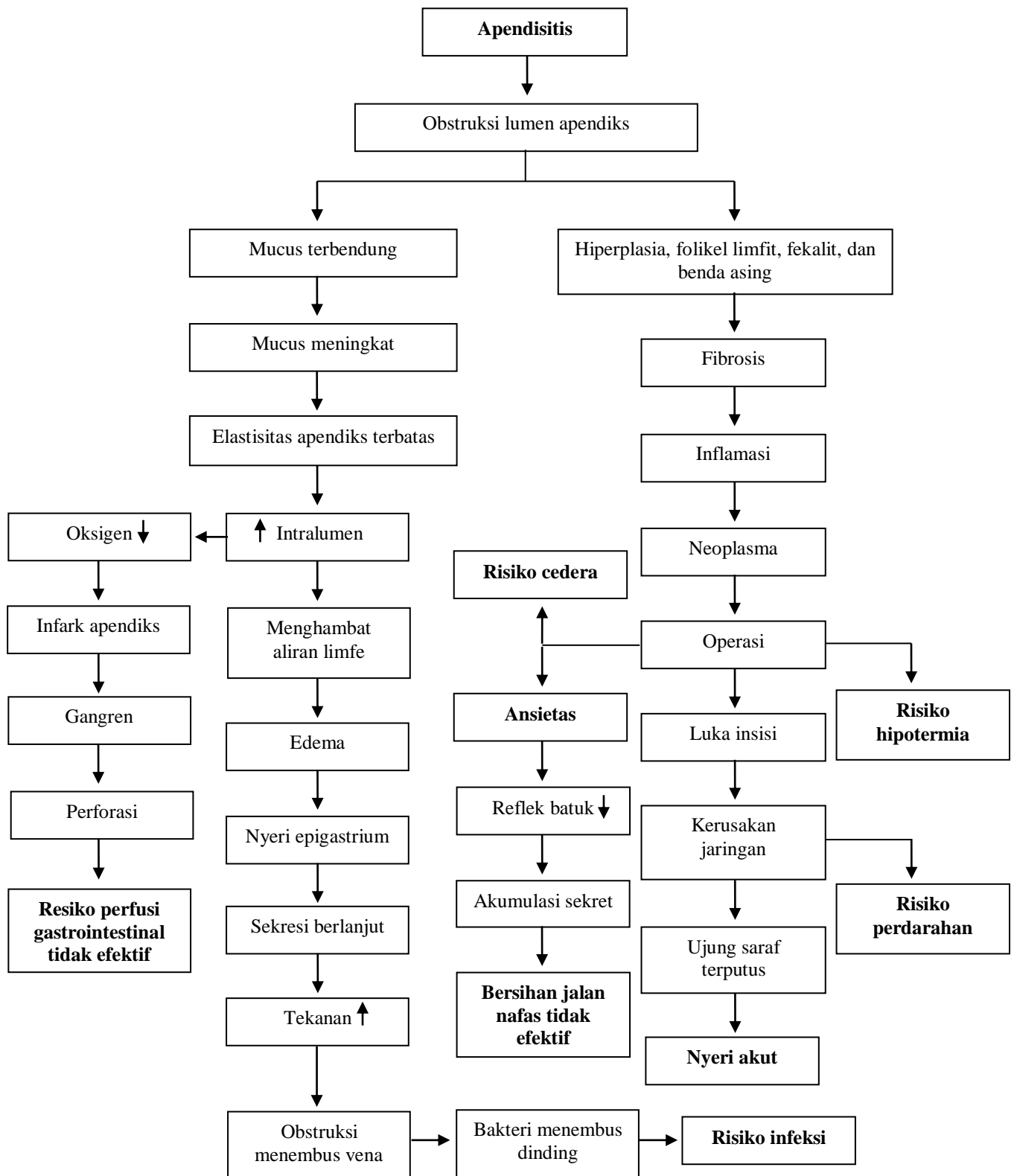
Menurut Mardalena (2018) Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, struktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Tanda Patogenik primer diduga karena obstruksi lumen dan ulserasi mukosa menjadi langkah awal terjadinya apendisitis. Obstruksi lumen yang tertutup disebabkan oleh hambatan pada bagian proksimal. Selanjutnya, terjadi peningkatan sekresi normal dari mukosa apendiks yang distensi secara terus menerus karena multiplikasi cepat dari bakteri. Obstruksi juga menyebabkan mukus yang di produksi mukosa terbungkus. Semakin lama, mukus tersebut semakin banyak, namun elastisitas dinding apendiks terbatas sehingga meningkatkan tekanan intralumen.

Tekanan yang meningkat tersebut akan menyebabkan apendiks mengalami hipoksia, hambatan aliran limfe, ulserasi mukosa dan invasi bakteri. Infeksi memperberat pembengkakan apendiks (edema) dan trombosis pada pembuluh darah intramural (dinding apendiks) menyebabkan iskemik. Pada tahap ini mungkin terjadi apendisitis akut

fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium. Bila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat dan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah serta bakteri akan menembus dinding. Bila kemudian arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren.

Menurut Irsan (2018) stadium dimana infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren disebut dengan apendisitis ganggrenosa. Apabila dinding yang rapuh itu pecah, akan mengakibatkan terjadi apendisitis perforasi. apabila proses diatas berjalan lambat, dapat menyebabkan momentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks sehingga timbul suatu masa lokal yang disebut infiltrat apendikularis. Oleh karena itu tindakan yang paling tepat adalah pembedahan, jika tidak dilakukan tindakan pembedahan segera, apendik tersebut mungkin peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang dikarenakan pecah atau perforasi yang terjadi pada bagian usus buntu (apendiks).

8. Web Of Caution (WOC) Apendisitis



(Sumber : Nurarif & Hardhi, 2015)

Gambar 2 Web Of Caution (WOC) Apendisitis

9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Warsinggih (2020) pemeriksaan penunjang pada kasus apendisitis antara lain adalah :

a. Pemeriksaan fisik.

- 1) Inspeksi : akan tampak adanya pembengkakan (*swelling*) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (*distensi*).
- 2) Palpasi : didaerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (*blumberg sign*) yang mana merupakan kunci dari diagnosa apendisitis akut.
- 3) Dengan tindakan tungkai kanan dan paha ditekuk kuat / tungkai diangkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri diperut semakin parah (*psoas sign*).
- 4) Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur dan atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga.
- 5) Suhu dubur (*rectal*) yang lebih tinggi dari suhu ketiak (*axilla*), lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.
- 6) Pada apendiks terletak pada retro sekal maka uji psoas akan positif dan tanda perangsangan peritoneum tidak begitu jelas, sedangkan bila apendiks terletak dirongga pelvis maka obturator sign akan positif dan tanda perangsangan peritoneum akan lebih menonjol.

b. Pemeriksaan laboratorium

Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.000-18.000/mm³. Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah).

c. Pemeriksaan radiologi

- 1) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu)
- 2) *Ultrasonografi* (USG), *Computerized Tomography Scan* (CT-Scan). Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram.

10. Penatalaksanaan Apendisitis

Penatalaksanaan yang dilakukan sebaiknya konservatif dengan pemberian antibiotik dan istirahat di tempat tidur. Penatalaksanaan pembedahan hanya dilakukan bila dalam perawatan terjadi abses dengan atau tanpa peritonitis umum. Penatalaksanaan apendisitis menurut (Mardalena, 2018) antara lain :

a. Sebelum Operasi

- 1) Pemasangan sonde lambung untuk dekompresi.
- 2) Pemasangan kateter untuk kontrol produksi urin.
- 3) Rehidrasi.
- 4) Antibiotik dengan spektrum luas, dosis tinggi dan diberikan secara intravena.
- 5) Obat-obatan penurun panas diberikan setelah rehidrasi tercapai.
- 6) Bila demam, harus diturunkan sebelum diberi anestesi.

b. Operasi

1) Apendektomi

Apendektomi adalah pembedahan dengan cara pengangkatan apendiks (Zuhra, 2016). Apendiks dibuang, jika apendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotik. Abses apendiks diobati dengan antibiotik IV, massanya mungkin mengecil atau abses mungkin memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari. Apendektomi dilakukan bila abses dilakukan operasi elektif sesudah 6 minggu sampai 3 bulan.

2) Laparatomi

Laparatomi adalah prosedur yang membuat irisan vertikal besar pada dinding perut ke dalam rongga perut dan mencari sumber kelainannya (eksplorasi). Setelah ditemukan sumber kelainannya, biasanya dokter bedah akan melanjutkan tindakan yang spesifik sesuai dengan kelainan yang ditemukan.

3) Laparoscopi

Laparoscopi adalah teknik melihat ke dalam rongga perut

tanpa melakukan pembedahan besar. Menurut sumber lain, laparoskopi adalah teknik bedah invasif minimal yang menggunakan alat-alat berdiameter kecil untuk menggantikan tangan dokter bedah melakukan prosedur pembedahan di dalam rongga perut

c. Pasca Operasi

- 1) Observasi TTV
- 2) Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah.
- 3) Baringkan pasien dalam posisi *semi fowler*.
- 4) Pasien dikatakan baik jika dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama pasien dipuasakan.
- 5) Bila ada tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi, puasa dilanjutkan sampai fungsi usus kembali normal.
- 6) Berikan minum mulai 15 ml/jam selama 4-5 jam lalu naikan menjadi 30 ml/jam. Keesokan harinya berikan makanan saring dan hari berikutnya diberikan makanan lunak.
- 7) Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2x30 menit.
- 8) Pada hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk diluar kamar.
- 9) Hari ke-7 jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang.

D. Jurnal Terkait

1. Penelitian Manurung et al. (2019) “Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Skala Nyeri Post Appendixtomy Di RSUD Porsea”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh teknik relaksasi Benson terhadap penurunan post skala nyeri apendiktomi di RSUD Porsea tahun 2019. Dengan desain penelitian yang digunakan adalah penelitian eksperimen semu dengan desain *statistic group comparasion (posttest only control group desain)*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien apendiktomi dengan sampel sebanyak 18 responden dengan hasil penelitian terdapat pengaruh teknik relaksasi Benson terhadap skala nyeri pasien post operasi apendiktomi.

2. Penelitian Fajrin (2019), “Pengaruh Pemberian Terapi Dzikir Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Appendektomi”. Dzikir merupakan salah satu alternatif terapis bagi pasien yang sedang menderita sakit. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pemberian terapi dzikir terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien pre operasi appendektomi. Penelitian ini menggunakan metode *pre experimental* dengan desain one-group pre test post test. Dengan hasil penelitian tingkat kecemasan pasien pre operasi appendektomi sebelum terapi dzikir adalah sedang (58,3%) dengan rerata skor adalah 22,17 sedangkan sesudah terapi dzikir adalah ringan (75,0%) dengan rerata skor adalah 18,50 dengan nilai $p : 0,014$. Sehingga dapat disimpulkan Ada pengaruh pemberian terapi dzikir terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi appendektomi.
3. Penelitian Roxiana et al. (2020), “Penerapan Terapi Relaksasi Benson Pada Pasien Pre Operasi Yang Mengalami Kecemasan Di Ruang Teratai RSUD Dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi”. Metode penelitian ini menggunakan metode *deskriptif* dalam bentuk studi kasus tentang tingkat kecemasan pasien pre operasi sebelum dan sesudah diberikan terapi relaksasi benson, pada 6 subjek. Dengan hasil studi kasus bahwa 4 pasien berhasil mengalami penurunan kecemasan, pasien tampak tenang dan rileks serta mudah untuk berkonsentrasi. Relaksasi benson sebagai alternatif terapi non farmakologis yang dapat diberikan kepada pasien pre operasi untuk menurunkan kecemasan.
4. Penelitian Waisani & Khoiriyah (2020), “Penurunan Intensitas Skala Nyeri Pasien Apendiks Post Apendektomi Menggunakan Teknik Relaksasi Benson”. Teknik relaksasi Benson adalah terapi untuk menghilangkan rasa sakit dengan mencoba memusatkan perhatian pada suatu fokus dengan mengucapkan kalimat yang telah dipilih secara berulang-ulang. Tujuan dari penelitian ini adalah agar mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien nyeri akut pasca apendektomi. Teknik pengambilan sampel penelitian ini menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan. Dengan jumlah sampel sebanyak 2 orang. Teknik relaksasi

Benson dilakukan sebelum pemberian analgesik dengan durasi 15 menit. Hasil penelitian didapatkan bahwa pasien mengalami penurunan intensitas skala nyeri dengan hasil nyeri ringan, tanda vital dalam rentang normal, ekspresi pasien tampak tenang dan santai. Sehingga dapat dikatakan bahwa teknik relaksasi benson dapat menurunkan intensitas skala nyeri pada pasien pasca apendektomi.

5. Penelitian Widodo & Qoniah (2020), “Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Pasien Appendicitis Di RSUD Wates”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh relaksasi nafas untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut pada pasien apendisitis. Dengan desain penelitian *deskriptif*, dalam bentuk studi kasus. Subyek dalam penelitian ini adalah dua orang pasien yang mengalami apendisitis. Dengan hasil penelitian sebelum dilakukan tindakan relaksasi nafas dalam skala nyeri 6 dan 5, setelah dilakukan tindakan skala nyeri menjadi 3 dan 2. Dari hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan skala nyeri sedang menjadi skala nyeri ringan. Dengan kesimpulan teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien appendicitis.
6. Penelitian Nurjanah et al. (2020), “*Literature Review* Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengatasi Masalah Keperawatan Nyeri Akut Berhubungan dengan Apendiktomi”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran teknik relaksasi nafas dalam untuk mengatasi masalah nyeri akut berhubungan dengan apendiktomi. Dengan metode yang digunakan adalah review literatur dengan metode pencarian menggunakan *electronic data base* untuk menemukan artikel sesuai kriteria inklusi kemudian dilakukan review. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa teknik relaksasi nafas dalam yang diberikan pada pasien post operasi yang mengalami nyeri akut rata – rata dari skala nyeri sedang menjadi skala nyeri ringan yaitu skala nyeri 3. Teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri dikarenakan relaksasi nafas dalam mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphen dan enkafalin.