

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Konsep Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien yang mencakup tiga fase yaitu pre operatif, intra operatif, dan post operatif (Farhan & Ratnasari, 2019). Tiga fase dalam periode perioperatif, yaitu:

a. Fase Pre Operatif

Fase pre operatif, dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan.

Persiapan operasi dapat dibagi menjadi 2 bagian menurut Farhan & Ratnasari (2019), yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

1) Persiapan psikologi

Kecemasan merupakan respon adaptif yang normal terhadap stressor karena pembedahan. Rasa cemas biasanya timbul pada tahap pre operatif ketika pasien takut atau khawatir akan tindakan pembedahan yang akan membuat perubahan pada citra tubuh dan fungsi tubuh. Hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien. Penyuluhan tersebut dapat meliputi penjelasan tentang tindakan-tindakan yang akan dialami pasien, persiapan sebelum tindakan operasi dilakukan, memberikankesempatan pada pasien dan keluarga untuk menanyakan tentang prosedur operasi, dan kolaborasi dengan dokter terkait untuk pemberian obat pre medikasi.

2) Persiapan fisiologi, meliputi:

a) Diet (puasa)

Pada operasi dengan anestesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Operasi dengan anestesi lokal dan anestesi spinal, pasien diperbolehkan untuk makan makanan ringan. Tujuannya agar tidak terjadi aspirasi saat pembedahan, mengotori meja operasi, dan mengganggu jalannya operasi.

b) Persiapan perut

Pemberian leuknol/*lavement* sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan atau *pelvis* daerah *periferal*. Tujuannya mencegah cedera kolon, mencegah konstipasi, dan mencegah infeksi.

c) Persiapan kulit

Persiapan kulit yaitu daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut.

d) Hasil pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang seperti hasil laboratorium foto *rontgen*, ECG, USG, dan lain-lain. Persetujuan operasi/*informed consent*. *Informed consent* adalah izin tertulis tanda setuju tindakan operasi dari pasien/keluarga harus bersedia.

b. Fase Intra Operatif

Dimulai saat klien dipindahkan ke meja operasi dan berakhir ketika klien masuk ke unit perawatan pascaanestesi (PACU, *post anesthesia care unit*), yang juga disebut ruang paska anestesi atau ruang pemulihan. Aktivitas keperawatan yang termasuk dalam fase ini antara lain berbagai prosedur khusus yang dirancang untuk menciptakan dan mempertahankan lingkungan terapeutik yang aman untuk klien dan tenaga kesehatan.

1) Persiapan pasien dimeja operasi

Persiapan di ruang serah terima diantaranya adalah prosedur administrasi, persiapan anastesi dan kemudian prosedur *drapping*.

2) Prinsip-prinsip umum

Prinsip aseptis ruangan antisepsis dan aseptis adalah suatu usaha untuk agar dicapainya keadaan yang memungkinkan terdapatnya kuman-kuman pathogen dapat dikurangi atau ditiadakan. Cakupan tindakan antisepsis adalah selain alat-alat bedah, seluruh sarana kamar operasi, alat-alat yang dipakai personel operasi (sandal, celana, baju, masker, topi, dan lain-lainnya) dan juga cara membersihkan/melakukan desinfeksi dari kulit atau tangan (HIPKABI, 2014).

3) Fungsi keperawatan intra operatif

Perawat sirkulasi berperan mengatur ruang operasi dan melindungi keselamatan dan kebutuhan pasien dengan memantau aktivitas anggota tim bedah dan memeriksa kondisi didalam ruang operasi. Tanggung jawab utamanya meliputi memastikan kebersihan, suhu sesuai, kelembapan, pencahayaan, menjaga peralatan tetap berfungsi dan ketersediaan berbagai material yang dibutuhkan sebelum, selama, dan sesudah operasi (HIPKABI, 2014)..

4) Aktivitas keperawatan secara umum

Aktivitas keperawatan yang dilakukan selama tahap intra operatif meliputi *safety management*, monitor fisiologis, monitor psikologis, pengaturan dan koordinasi *nursing care*.

c. Fase Post Operatif

Tahapan keperawatan post operatif meliputi pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan paska anastesi (*recovery room*), perawatan post anastesi di ruang pemulihan (*recovery room*), transportasi pasien keruang rawat, perawatan di ruang rawat (HIPKABI, 2014).

Pada fase ini 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, rehabilitasi, dan pemulangan. Fase post operatif meliputi beberapa tahapan:

- 1) Pemandahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan paska anestesi (*recovery room*)

Pemandahan ini memerlukan pertimbangan khusus diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler, dan pemajanan. Pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase. Selama perjalanan transportasi dari kamar operasi ke ruang pemulihan pasien diselimuti, jaga keamanan dan kenyamanan pasien dengan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta *side rail* harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko *injury*. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anestesi dengan koordinasi dari dokter anestesi yang bertanggung jawab.

- 2) Perawatan post anestesi di ruang pemulihan atau unit perawatan paska anestesi

Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar atau RR (*recovery room*) atau unit perawatan paska anestesi/PACU (*Post Anesthesia Care Unit*) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi, dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan.

PACU atau RR biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini untuk mempermudah akses bagi pasien, diantaranya yaitu:

- Perawat yang disiapkan dalam merawat paska operatif (perawat anestesi).
- Ahli anestesi dan ahli bedah.

- Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya.

2. Klasifikasi Pembedahan

Jenis prosedur pembedahan diklasifikasikan berdasarkan pada tingkat keseriusan, kegawatan dan tujuan pembedahan. Klasifikasi pembedahan menurut Potter dan Perry (2006) dalam Muttaqin dan Sari (2013) sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi Pembedahan

Klasifikasi	Jenis	Pengertian	Contoh
Keseriusan	Mayor	Melibatkan rekonstruksi atau perubahan yang luas pada bagian tubuh, memberikan dampak risiko yang tinggi pada kesehatan.	<i>Bypass arteri coroner, reseksi kolon, reseksi lobus paru.</i>
	Minor	Melibatkan perubahan kecil pada bagian tubuh, sering dilakukan untuk memperbaiki deformitas, dan dengan risiko yang lebih kecil daripada bedah mayor.	Ekstraksi katarak, <i>graft</i> kulit, operasi plastic.
Urgensi	Elektif	Pembedahan dilakukan berdasarkan pilihan pasien, tidak penting dan tidak dibutuhkan untuk kesehatan.	Rekonstruksi payudara atau vagina, bedah plastik pada wajah.
	Gawat	Pembedahan perlu untuk kesehatan atau mencegah timbulnya masalah tambahan pada pasien.	Eksisi tumor ganas, pengangkatan batu kandung empedu.
	Darurat	Pembedahan harus segera dilakukan untuk menyelamatkan jiwa atau mempertahankan fungsi organ.	Peritonitis, amputasi traumatik, mengontrol perdarahan.
Tujuan	Diagnostik	Pembedahan untuk pemeriksaan lebih lanjut.	Biopsi massa tumor.
	Ablatif	Pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau penyakit.	Amputasi, pengangkatan apendiks.
	Paliatif	Menghilangkan atau mengurangi gejala penyakit, tetapi tidak menyembuhkannya.	Kolostomi, debridemen jaringan nekrotik.
	Rekonstruktif	Mengembalikan fungsi atau penampilan jaringan yang mengalami malfungsi atau trauma.	Fiksasi eksterna fraktur, perbaikan jaringan parut.
	Transplantasi	Mengganti organ atau struktur yang mengalami malfungsi.	Cangkok (transplantasi) ginjal, <i>total hip replacement</i> .

	Konstruktif	Mengembalikan fungsi yang hilang akibat anomali kongenital.	Bibir sumbing, penutupan defek katup jantung.
--	-------------	---	---

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan Peroperatif

1. Pre Operatif

a. Pengkajian

Menurut Farhan & Ratnasari (2019) keperawatan pre operatif merupakan tahapan awal dari keperawatan perioperatif. Kesuksesan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat tergantung pada fase ini.

Pengkajian menurut Fhebbly (2021) yang dilakukan oleh seorang perawat untuk mendapatkan data baik objektif maupun subjektif dari keluarga pasien adalah sebagai berikut:

1) Wawancara

a) Biodata bayi dan ibu, diantaranya: nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan, agama, alamat

b) Keluhan Utama: Nyeri, menangis dan rewel

c) Riwayat Kesehatan

(1) Riwayat Kesehatan Sekarang: Terdapat stoma

(2) Riwayat Kesehatan Dahulu: Klien mengalami muntah-muntah setelah 24-48 jam pertama kelahiran, perut kembung dan membuncit, tidak bisa buang air besar

(3) Riwayat Kesehatan Keluarga: Merupakan kelainan kongenital bukan kelainan/penyakit menurun sehingga belum tentu dialami oleh anggota keluarga yang lain.

d) Riwayat psikologis

e) Koping keluarga dalam menghadapi masalah.

(1) Riwayat tumbuh kembang: Berat Badan lahir abnormal.

(2) Kemampuan motorik halus, motorik kasar, kognitif dan tumbuh kembang pernah mengalami trauma saat sakit.

(3) Sakit kehamilan mengalami infeksi intrapartal.

- f) Riwayat kesehatan lingkungan
 - g) Pola aktifitas dan pola istirahat/tidur: terganggu dimana lingkungan rumah sakit yang asing
 - h) Pola nutrisi metabolik: Nutrisi metabolik dapat terpenuhi dari ASI
 - i) Pola eliminasi: Klien tidak dapat buang air besar melalui anus secara normal
- 2) Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik pada pasien atresia ani post op kolostomi didapatkan bahwa terdapat stoma di daerah abdomen, klien terpasang kolostomi dengan adanya produksi BAB, klien tampak menghindar saat sekitar area post operasi disentuh. Hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan pasien dengan atresia ani post operasi PSARP terdapat luka post operasi pada daerah anus, terdapat kolostomi, feses keluar melalui kolostomi dengan frekuensi tidak menentu dan konsistensi cair. Kaji stoma: kemerahan, bau dan kelembapan.

3) Premedikasi

Merupakan pemberian obat-obatan sebelum anastesi, kondisi yang diharapkan oleh anastesi adalah pasien dalam kondisi tenang, hemodinamik stabil, post anastesi baik, anastesi lancar. Diberikan pada malam sebelum operasi dan 1-2 jam sebelum anastesi.

4) Tindakan Umum

- a) Memeriksa catatan pasien dan program pre operasi
- b) Pasien dijadwalkan untuk berpuasa kurang lebih selama 8 jam sebelum dilakukan pembedahan
- c) Memastikan pasien sudah menandatangani surat persetujuan bedah
- d) Memeriksa riwayat medis untuk mengetahui obat-obatan, pernapasan dan jantung

- e) Memeriksa hasil catatan medis pasien seperti hasil laboratorium, EKG, dan *rontgen* dada
 - f) Memastikan pasien tidak memiliki alergi obat
- 5) Sesaat Sebelum Operasi
- a) Memeriksa pasien apakah sudah menggunakan identitasnya
 - b) Memeriksa tanda-tanda vital meliputi suhu, nadi, pernapasan, tekanan darah
 - c) Mengkaji kondisi psikologis, meliputi perasaan takut atau cemas dan keadaan emosi pasien
 - d) Melakukan pemeriksaan fisik
 - e) Menyediakan stok darah pasien pada saat persiapan untuk pembedahan
 - f) Pasien melepaskan semua pakaian sebelum menjalani pembedahan dan pasien menggunakan baju operasi
 - g) Semua perhiasan, benda-benda berharga harus dilepas
 - h) Membantu pasien berkemih sebelum pergi ke ruang operasi
 - i) Membantu pasien untuk menggunakan topi operasi
 - j) Memastikan semua catatan pre operasi sudah lengkap dan sesuai dengan keadaan pasien

b. Diagnosa Keperawataann

Menurut Tim Pokja DPP PPNI (2018), diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual atau potensial.

- 1) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan
Adalah kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen)
- 2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan: kebisingan, suhu, kelembapan ruangan; tidak familiar dengan

peralatan tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas tidur akibat faktor eksternal.

c. Rencana Keperawatan

Menurut Tim Pokja DPP PPNI (2018), segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat untuk mencapai luaran yang diharapkan.

Tabel 2.2 Rencana Keperawatan Pre Operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Rencana Keperawatan (SIKI)	Rencana Keperawatan Pendukung
1	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan (D.0129)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun	Perawatan Integritas Kulit Observasi - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, peneurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Terapeutik - Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring - Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu - Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare - Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering - Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif - Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi - Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotin, serum) - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkat asupan buah dan sayur - Anjurkan menghindari terpapar suhu <i>ekstrime</i> - Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah	Perawatan stoma: mengganti kantong stoma Murwaningsih, E., & Waluyo, A. (2021)

2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan, suhu, kelembapan ruangan); tidak familiar dengan peralatan tidur (D.0055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik kriteria hasil: 1. keluhan sering terjaga menurun 2. keluhan istirahat tidak cukup menurun 3. Keluhan sulit tidur menurun	Dukungan tidur Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik - Modifikasi lingkungan (kebisingan) - Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan misal pijat atau perubahan pengaturan posisi Edukasi - Anjurkan keluarga untuk meningkatkan kenyamanan misal pijat dan pengaturan posisi yang tepat	Penerapan <i>back rub</i> untuk meningkatkan kualitas tidur anak saat hospitalisasi Ningsih, N. S., & Yuliasati. (2018)
----	---	---	---	--

d. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil (Leniwita & Aritonang, 2019).

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, dan atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan (Leniwita & Aritonang, 2019). Evaluasi pada fase pre operasi ini sesuai dengan luaran Tim Pokja DPP PPNI (2019) untuk diagnosa gangguan integritas kulit yaitu integritas kulit dan jaringan meningkat sedangkan diagnosa gangguan pola tidur yaitu pola tidur membaik.

2. Intra Operatif

a. Pengkajian

- 1) Pengkajian status rekam medik dan lakukan *sign out* yang kompeherensif pada pasien
- 2) Kaji kelengkapan sarana pembedahan (benang, cairan intravena, obat antibiotik profilaksis) sesuai dengan kebijakan institusi.
- 3) Mengkaji tanda-tanda vital bila terjadi ketidaknormalan maka perawat harus memberitahukan ketidaknormalan tersebut pada ahli bedah
- 4) Monitor *input-output* selama pembedahan untuk observasi pasca operasi
- 5) Memonitor cairan selama intra operasi jika terdapat resiko syok lakukan kolaborasi pemberian tranfusi darah dan infus yang adekuat, monitor flabot sudah habis atau belum.

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Resiko pendarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan; trauma trauma; efek agen farmakologis adalah berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh)

c. Rencana Keperawatan

Menurut Tim Pokja DPP PPNI (2018), segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat untuk mencapai luaran yang diharapkan.

Tabel 2.3 Rencana Keperawatan Intra Operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Rencana Keperawatan (SIKI)	Rencana Keperawatan Pendukung
1	Resiko pendarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan; trauma; efek agen farmakologis (D.0036)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan tingkat pendarahan menurun dengan kriteria hasil	Pencegahan Pendarahan Observasi <ul style="list-style-type: none">- Monitor tanda dan gejala perdarahan- Monitor nilai hematokrit/homoglobi n sebelum dan setelah kehilangan darah	<ul style="list-style-type: none">- Monitor frekuensi dan kekuatan nadi- Monitor frekuensi napas- Monitor tekanan darah- Monitor elastisitas atau turgor kulit

	<p>1. Tekanan darah membaik 2. Denyut nadi membaik 3. Turgor kulit membaik</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda vital ortostatik - Monitor koagulasi (mis. Prothombin time (TM), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan bed rest selama perdarahan - Batasi tindakan invasif, jika perlu - Gunakan kasur pencegah dikubitus - Hindari pengukuran suhu rektal <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala perdarahan - Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi - Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan - Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K - Anjrkan segera melapor jika terjadi perdarahan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat dan mengontrol perdarhan, jika perlu - Kolaborasi pemberian prodok darah, jika perlu - Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine - Monitor intake dan output cairan - Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. frekuensi nad meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, heralokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat) - Dokumentasikan hail pemantauan <p>(Tim Pokja DPP PPNI 2018)</p>
--	--	--	--

d. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil (Leniwita & Aritonang, 2019).

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, dan atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan keperawatan (Leniwita & Aritonang, 2019). Evaluasi pada fase intra operasi ini sesuai dengan Tim Pokja DPP PPNI (2019) yaitu diagnosa resiko pendarahan dengan luaran tingkat pendarahan menurun

3. Post Operatif

a. Pengkajian

- 1) Setelah dilakukan pembedahan pasien akan masuk ke ruang pemulihan untuk memantau tanda-tanda vitalnya sampai ia pulih dari anastesi dan bersih secara medis untuk meninggalkan unit. Dilakukan pemantauan spesifik termasuk ABCD yaitu *airway*, *breathing*, *circulation* dan *disability*. Tindakan dilakukan untuk upaya pencegahan post operasi, ditakutkan ada tanda-tanda syok seperti hipotensi, takikardi, gelisah, susah bernapas, sianosis, SPO₂ rendah.
- 2) Kenyamanan, meliputi: terdapat nyeri, kedinginan, mual dan muntah
- 3) Balutan, meliputi: keadaan drain dan terdapat pipa yang harus di sambung dengan sistem drainase
- 4) Perawatan, meliputi: cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan. Sistem drainase: bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah drainase.

- 5) Nyeri, meliputi: waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat atau memperingan.

Dalam laporan kasus ini penulis menggunakan pengukuran skala nyeri dengan:

FLACC Behavioral Tool (Face, Legs, Activity, Cry and Consolability) menurut (Tjahya, 2017).

Tabel 2.4
Pengukuran Skala Nyeri

	0	1	2
<i>Face</i> (wajah)	Tidak ada perubahan ekspresi (senyum)	Menyeringai, berkerut, menarik diri, tidak tertarik	Menyeringai lebih sering, tangan mengepal, menggigil, gemetar
<i>Legs</i> (tungkai)	Posisi normal atau relaksasi	tidak nyaman, gelisah tegang	menejang/tungkai dinaikkan ke atas
<i>Activity</i> (aktivitas)	Posisi nyaman dan normal, gerakan ringan	menggeliat, tegang, badan bolak-balik, bergerak pelan, terjaga dari tidur	posisi badan melengkung, kaku atau menghentak tiba-tiba, tegang, menggesekkan badan
<i>Cry</i> (tangisan)	Tidak menangis atau merintih (posisi terjaga atau tertidur pulas)	mengerang, merengek, kadangkala menangis rewel	menangis keras menjerit, mengerang terisak, menangis rewel setiap saat
<i>Consolability</i>	Tenang, rileks, ingin bermain	minta dipeluk, rewel	tidak nyaman dan tidak ada kontak mata

Interpretasi: Skor total dari lima parameter di atas menentukan tingkat keparahan nyeri dengan skala 0-10. Nilai 10 menunjukkan tingkat nyeri yang hebat.

b. **Diagnosis Keperawatan**

Menurut Tim Pokja DPP PPNI (2018), diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual atau potensial.

- 1) Risiko hipotermia perioperatif dibuktikan dengan tindakan pembedahan; suhu lingkungan rendah; suhu pra operasi rendah (<36°C) adalah beresiko mengalami penurunan suhu tubuh di bawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan.
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis; pencedara kimiawi; pencedera fisik adalah pengalaman sensorik 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.
- 3) Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif; malnutrisi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

c. Rencana Keperawatan

Menurut Tim Pokja DPP PPNI (2018), segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat untuk mencapai luaran yang diharapkan.

Tabel 2.5 Rencana Keperawatan Post Operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI, 2019)	Rencana Keperawatan SIKI	Rencana Keperawatan Pendukung
1	Resiko Hipotermia perioperative dibuktikan dengan tindakan pembedahan; suhu lingkungan rendah; suhu pra operasi rendah (<36°C) (D.0141)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan hipotermia dapat membaik dengan kriteria hasil: 1. Menggigil menurun 2. Pucat menurun 3. Suhu tubuh membaik	Managemen Hipotermia Observasi - Monitor suhu tubuh - Identifikasi penyebab hipotermia (terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) - Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia Terapeutik - Sediakan lingkungan yang hangat (atur suhu ruangan) - Lakukan penghangatan pasif (selimut, menutup kepala, pakaian tebal)	Pemberian selimut hangat pada pasien Dafriani, P., et al (2021)

			<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan penghangatan aktif eksternal (kompres hangat, selimut hangat, botol hangat, metode kangguru) - Lakukan penghangatan aktif internal (infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat) 	
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis; pencedera kimiawi; pencedera fisik. (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut berkurang atau hilang dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat	<p>Managemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensita nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis (misal: terapi musik, terapi pijat) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i> 	Dikstrksi adiovisual film kartun Rahayu, H. S., & Darmawan, D. (2020)
3	Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif; malnutrisi (D.0142)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil: a. Kebersihan tangan meningkat b. Kebersihan badan meningkat	<p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau) - Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 	Perawatan luka dengan sufratul Supriyanto &, Jamaludin. (2014).

		<p>c. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan jaringan nekrotik - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase - Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Manajemen Nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient - Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, jika perlu - Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai - Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Berikan suplemen makanan, jika perlu - Hentikan pemberian makan melalui selang nasigastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan posisi duduk, jika mampu - Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu 	
--	--	--	--	--

d. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil (Leniwita & Aritonang, 2019).

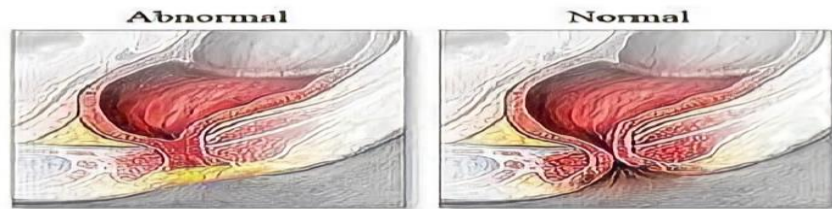
e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, dan atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan keperawatan (Leniwita & Aritonang, 2019). Evaluasi pada fase post operasi ini sesuai dengan luaran Tim Pokja DPP PPNI (2019) untuk diagnosa resiko hipotermia yaitu termogulasi membaik, diagnosa nyeri akut yaitu tingkat nyeri menurun dan diagnosa resiko infeksi yaitu tingkat infeksi menurun.

C. Tinjauan Konsep Atresia Ani

1. Atresia Ani

a. Definisi Atresia Ani



Gambar 2.1 Atresia Ani
(<https://123dok.com/document/zxxjllnz-atresia-ani.html>)

Atresia ani ialah salah satu penyakit kelainan kongenital dari ibu/ayah pada sang anak. Atresia ani (Malformasi Anorektal) merupakan suatu keadaan anal yang tumbuh dengan kelainan tidak memiliki lubang. Istilah kedokteran menyebutkan bahwa malformasi anorektal ialah kelainan tidak terbentuknya lubang/terdapat lubang namun lokasinya abnormal, dan anus yang tidak memiliki lubang dikarenakan mengalami gangguan pada proses pembentukan (Putra dan Rizema, 2012)

Atresia ani, saat ini disebut sebagai malformasi anorektal, ialah kelainan bawaan yang bermanifestasi dengan tidak adanya atau ketidaksempurnaan anus. Atresia ani keadaan kelainan kongenital yang sering dijumpai pada kasus bedah anak. Dalam setengah abad yang lalu, perawatan bedah deformitas anal telah berkembang, dari sayatan sederhana menjadi *anorektoplasti sagittal posterior* (PSARP) yang lebih umum saat ini (Irine Lokananta, 2016)

Atresia ialah cacat yang terjadi dalam perkembangan janin. Penyebab penyakit ini tidak diketahui secara jelas. Pada atresia ani jaringan penutupan anus hanya beberapa sentimeter lebih tebal atau hanya setipis membran kulit (Mendri & Prayogo, 2018)

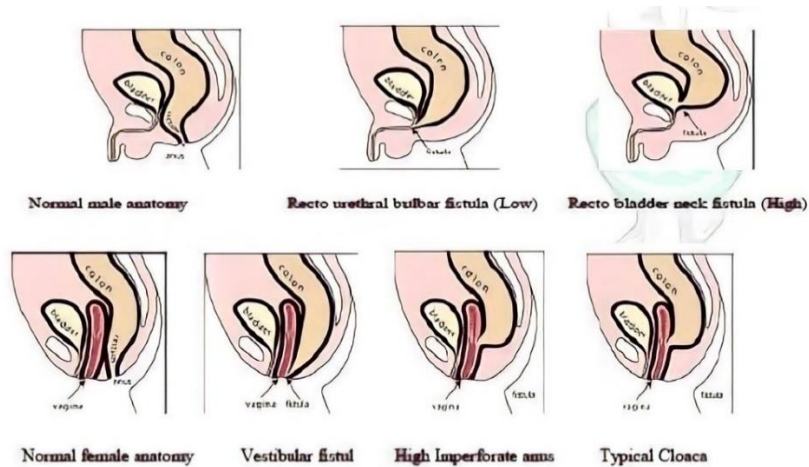
b. Etiologi Atresia Ani

Penyebab atresia ani bisa dikatakan multifaktorial, bisa berasal dari peran genetik dan peran lingkungan, namun sampai saat ini masih belum secara jelas faktor-faktor apa yang benar-benar terbukti menyebabkan penyakit Atresia Ani.

Salsabila, (2021) Menyebutkan bahwa malformasi anorektal disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu adanya ketidakmampuan dalam membentuk invaginasi kloaka dengan sempurna karena mengalami gangguan proses pertumbuhan, penggabungan, atau masalah pada pembentukan anus dari tonjolan embrionik, kegagalan proses perkembangan dan pertumbuhan anak saat di dalam kandungan berumur 3 bulan, terputusnya saluran pencernaan bagian atas dengan anal sehingga menyebabkan anak lahir tanpa mempunyai lubang anus, aspek genetik, ada gangguan pada proses invaginasi kloaka menjadi sistem saluran pencernaan dan sistem genitourinari akibat gangguan perkembangan pemisahan saluran urogenital pada usia bayi didalam kandungan minggu ke 5 sampai minggu ke 7.

Selain dari faktor kelainan bawaan orang tua pada anal ada juga faktor akibat dari ibu yang kekurangan asam folat, berdasarkan penelitian yang dilakukan beberapa peneliti di china mengambil data pada wanita yang sedang mengandung dan sudah pernah melahirkan, dimana para wanita hamil dan yang sudah melahirkan ini di berikan *supplement* dengan kandungan asam folat dan dari penelitian tersebut hasilnya cukup memuaskan yaitu resiko terkena atresia ani pada anak berkurang (Irine Lokananta, 2016)

c. Klasifikasi Atresia Ani



Gambar 2.2 Klasifikasi Atresia Ani

(<https://www.google.com/amp/s/dokumen.tips/amp/documents/sap-atresia-ani-1.html>)

Nurarif and Kusuma (2015) menyebutkan bahwa klasifikasi Atresia Ani dapat dibagi menjadi beberapa kelompok anatomi antara lain:

- 1) Atresia Ani *anomaly* letak rendah atau infralevator, keadaan dimana rektum turun sampai ke otot pubrorektalis dan menembus muskulus levator ani. Sfingter eksternal dan internal berkembang secara sempurna dengan fungsi an yang baik serta tidak terhubung dengan saluran genitourinarius. Jarak rektum dan kulit paling jauh ialah 2 cm.
- 2) Atresia Ani *anomaly intermediet*, dimana ujung rektum berada pada otot dasar panggul utama tetapi tidak dapat menembusnya. Rektum turun melewati otot pubrorektalis atau tepat pada otot pubrorektalis, lesung anal dan sfingter ani eksternal dalam posisi normal.
- 3) Atresia Ani *anomaly* letak tinggi atau supralevator dimana bagian ujung rektum berada diatas otot pubrorektalis dan otot sfingter anal internal tidak ada. Kelainan ini biasanya terhubung

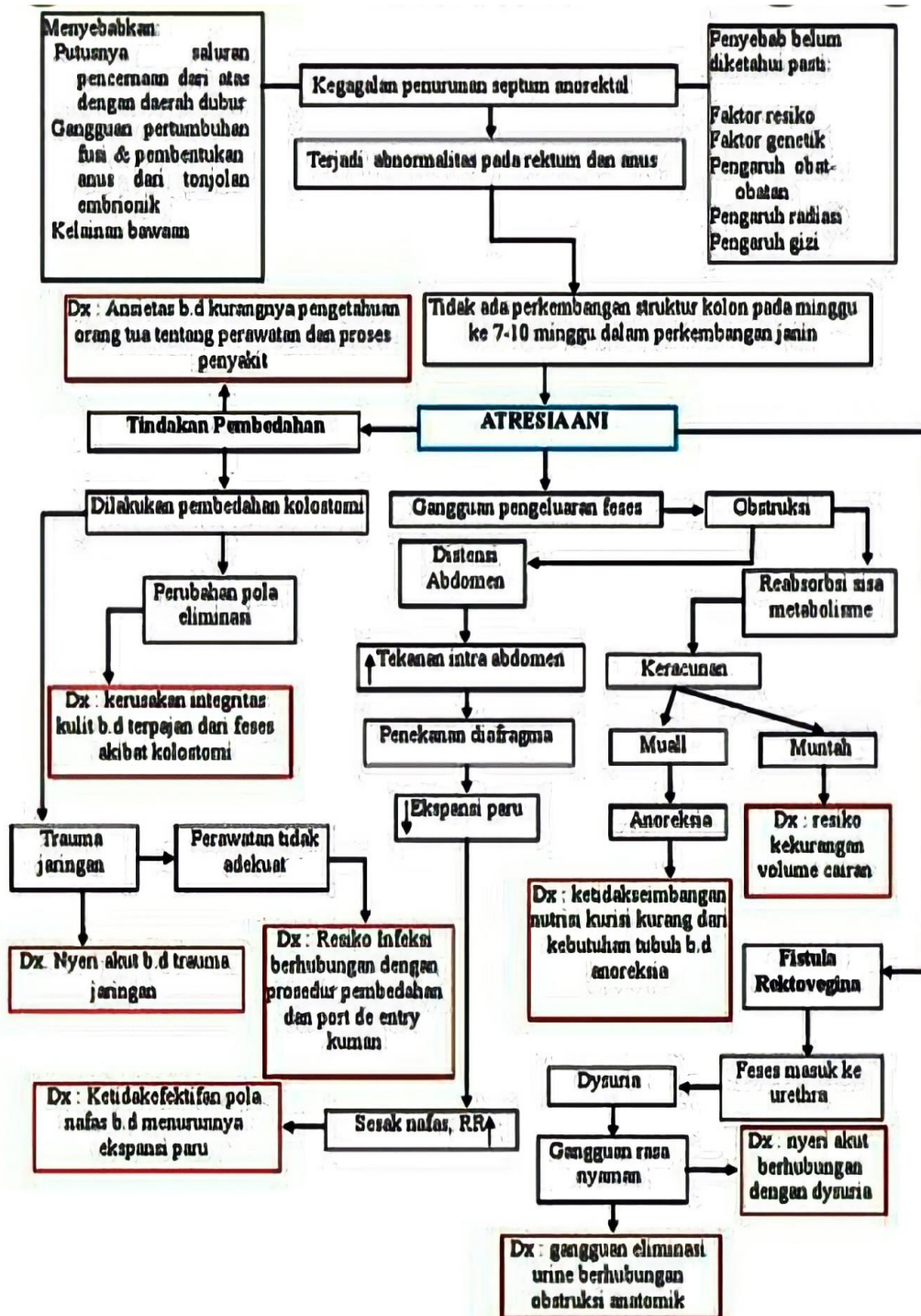
dengan saluran genitourinarius rektouretral pada laki-laki atau rektovagina pada wanita. Dimana pada anomali letak tinggi antara jarak ujung rektum ke perineum lebih dari 1 cm jaraknya.

d. Patofisiologi Atresia Ani

Penyebab terjadinya malformasi anorektal karena terdapat kegagalan penurunan pada septum anorektal selama periode embrionik, penyebabnya merupakan terdapat gangguan/kendala pada proses pertumbuhan, fusi atau pembentukan anal dari tonjolan embrio, sehingga anus serta rektum tumbuh dari bagian belakang embrio. Pada pertumbuhan dan perkembangan berikutnya, ujung belakang ekor tumbuh dan berkembang menjadi kloaka, lalu juga berkembang menjadi struktur urogenital serta anorektal.

Atresia ani sendiri terjadi karena struktur usus besar tidak sepenuhnya bermigrasi dan berkembang antara 7 sampai 10 minggu perkembangan fekal. Kegagalan migrasi juga disebabkan oleh kegagalan agenesis sakral dan kelainan uretra dan vagina. Usus besar yang mengarah ke anal tidak memiliki lubang, dan tinja tidak dapat dikeluarkan, yang menyebabkan obstruksi usus.

Obstruksi usus ini dapat menyebabkan kembung, retensi cairan, muntah, dan konsekuensi lainnya. Jika urin mengalir ke rektum melalui fistula, urin akan diserap kembali sehingga menyebabkan kadar asam dalam tubuh meningkat, lalu jika tinja mengalir ke saluran kemih akan terjadi infeksi yang berulang (Nurarif dan Kusuma, 2015).



Gambar 2.3 Pathway Atresia Ani
(Sumber: Nurarif dan Kusuma, 2015)

e. Tanda dan Gejala Atresia Ani

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

- 1) Tidak keluarnya mekonium pada 24 jam pertama setelah kelahiran.
- 2) Bayi tidak dapat dilakukan pengecekan suhu melalui rektal.
- 3) Pada umumnya mekonium keluar melalui sebuah fistula atau anus yang salah letaknya.
- 4) Adanya distensi abdomen secara bertahap dan tanda-tanda obstruksi usus (bila tidak terdapat fistula).
- 5) Pada umur 24-48 jam bayi mengalami muntah-muntah.
- 6) Ditemukannya membrane anal pada pemeriksaan rectal touch
- 7) Distensi abdomen.

f. Pemeriksaan Penunjang

Ngastiyah (2018) menyatakan bahwa untuk memperkuat penegakkan diagnosis atresia ani sangat diperlukan beberapa pemeriksaan penunjang sebagai berikut:

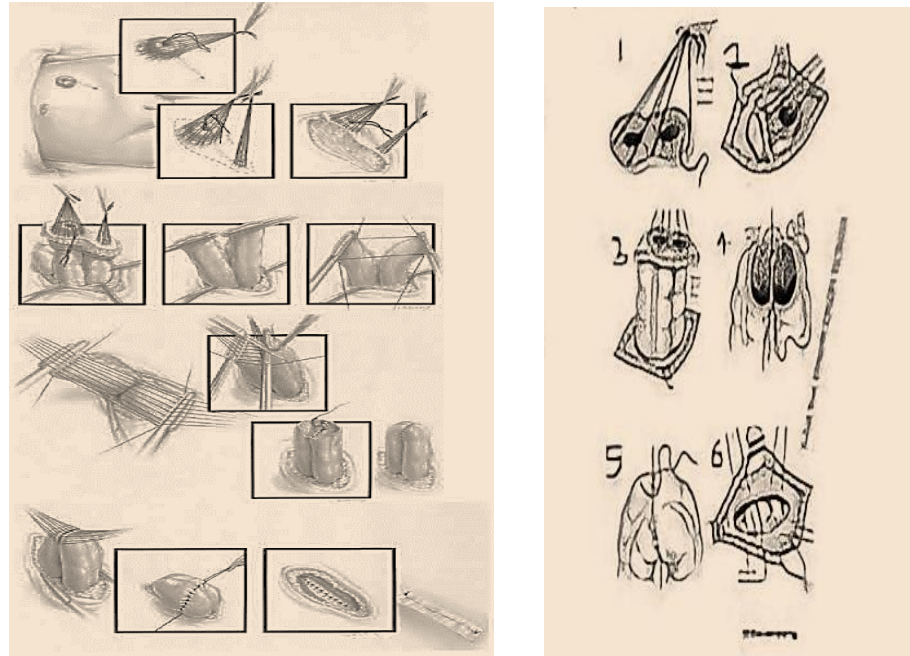
- 1) Pemeriksaan fisik rektum: dapat dilakukan colok dubur dengan menggunakan selang atau jari untuk memastikan kepatenan rectal.
- 2) Pemeriksaan radiologis untuk mengetahui apakah ada obstruksi intestinal atau tidak.
- 3) *X-Ray* terhadap abdomen: untuk melihat keseluruhan kondisi bowel dan mengetahui jarak pemanjangan kantung rektum dari sfringternya.
- 4) Pemeriksaan laboratorium yaitu pemeriksaan Leukosit (L), Hematokrit (Ht), Hemoglobin (Hb) dan Elektrolit
- 5) Pemeriksaan foto polos abdomen, berfungsi untuk menunjukkan jarak antara gelembung gas dalam usus terminal dengan perineum. Invertogram dalam posisi lateral dengan pinggul sedikit difleksikan dapat memberikan informasi yang akurat mengenai adanya anomali.

g. Penatalaksanaan Atresia Ani

Menurut Ngastiyah (2018) penatalaksanaan pada anak dengan kasus Atresia Ani terdapat tiga tahap operasi dimana setiap operasi ini harus dilakukan, sehingga membutuhkan perhatian dalam asuhan keperawatan perioperatif secara komprehensif. Tahapan operasi kasus ini meliputi:

- 1) Prosedur yang pertama penatalaksanaan tindakan yang pertama yaitu pembuatan kolostomi: kolostomi ialah pembuatan sebuah lubang oleh dokter ahli bedah anak pada bagian dinding abdomen yang ditujukan untuk pengeluaran feses.
- 2) Tindakan yang kedua yaitu *Posterior Sagital Anorectal Plasty* (PSARP): pembedahan yang dilakukan yaitu anoplasti dimana tindakan ini tidak dapat langsung dilakukan, biasanya akan ditunda 9 hingga 12 minggu yang ditujukan untuk memberikan waktu untuk otot-otot untuk berkembang dan pelvis dapat membesar terlebih dahulu. Peningkatan berat badan serta membaiknya status nutrisi memungkinkan tindakan ini dapat segera dilakukan.
- 3) Tindakan yang ketiga yaitu penutupan kolostomi atau reseksi dan anastomosis: dimana operasi ini adalah tahap akhir dengan kasus atresia ani yang harus dilakukan agar pasien sendiri dapat melakukan kehidupan sehari-harinya dengan nyaman. Biasanya dilakukan setelah operasi kedua berhasil dan juga melihat kondisi pasien itu sendiri.

D. Konsep Tindakan Reseksi dan Anastomosis



Gambar 2.4 Tindakan Reseksi dan Anastomosis
(<https://www.slideshare.net/kwarko/colostomy>)

1. Definisi Reseksi dan Anastomosis

Suatu tindakan pembedahan dengan memotong sebagian segmen usus yang rusak atau tidak memungkinkan untuk dipertahankan lagi karena berbagai sebab, untuk kemudian disambung kembali (Deddy sumadi, 2018)

2. Indikasi Reseksi dan Anastomosis

Indikasi dilakukan Reseksi dan Anastomosis secara umum adalah perforasi usus oleh karena trauma atau infeksi usus dengan bagian usus yang tidak sehat, tumor usus halus dan usus besar yang masih dapat dilakukan reseksi ataupun post *colostomy/ileostomy* yang telah memungkinkan untuk di tutup (Deddy sumadi, 2018).

3. Komplikasi Reseksi dan Anastomosis

- 1) Kebocoran anastomosis
- 2) Infeksi
- 3) Perdarahan
- 4) Sepsis

4. Persiapan Klien Reseksi dan Anastomosis

- a. Kaji kondisi terkait nutrisi dan kesehatan pasien untuk operasi yang ketiga kali ini
- b. Konsultasi kepada dokter anastesi terkait penggunaan anastesi general
- c. Informasikan kepada keluarga mengenai anastesi dan tahapan secara singkat dan jelas mengenai operasi yang akan dilakukan.
- d. Riwayat Penyakit harus kembali diinformasikan kepada bedah anak seperti anemia atau pernah mengalami operasi apa sebelumnya
- e. Pemeriksaan diagnostik (foto *thorax*, laboratorium dll)
- f. Puasa paling tidak 8 jam sebelum operasi

5. Mekanisme Reseksi dan Anastomosis

Posisi pasien tidur terlentang, insisi di linea mediana dengan panjang sesuai perkiraan bagian usus yang mengalami perforasi atau nekrosis, insisi diperdalam sampai mencapai *cavum peritoneum*, seluruh pus, feses dan cairan kotor yang terdapat dalam *cavum abdomen* dihisap keluar. Dilakukan indentifikasi bagian usus yang mengalami nekrosis secara sistematis dan seterusnya. Sebelum melakukan reseksi, pastikan dahulu bahwa usus tidak sehat sehingga ada indikasi untuk dilakukan reseksi. Tanda usus tidak sehat adalah permukaannya tidak mengkilap, tampak kering, warna kebiruan bahkan kehitaman, tidak ada kontraksi, tidak berdarah dan tidak ada pulsasi pembuluh darah, serta seromuskuler terkelupas. Keluarkan bagian usus yang tidak sehat tersebut diluar *cavum abdomen*, berikan alas dengan kain kasa dibawahnya untuk mencegah kontaminasi kedalam *cavum peritoneum*. Identifikasi lokasi pembuluh darah yang memberikan suplai pada usus yang tidak sehat tersebut, kemudian ligasi pembuluh darah tersebut. Lakukan pemotongan mesenterium menuju tepi-tepi usus yang tidak sehat tersebut secara segmental. Tepi-tepi usus dipotong dengan menggunakan pisau, hindari menggunakan diatermi karena akan merusak lapisan usus. Rawat perdarahan dengan diatermi. Evaluasi kembali vaibilitas tepi-tepi usus yang telah dipotong. Selanjutnya lakukan adhesiolisis pada usus yang mengalami perlengketan, setelah dirasa semua sudah menghilangkan adhesi

selanjutnya. Dekatkan kedua tepi usus yang telah dipotong untuk membandingkan diameter lumen yang akan disambung. Jika terdapat perbedaan diameter lumen maka dilakukan eksisi tepi usus tersebut sehingga terjadi kesamaan diameter lumen. Dilakukan *teugel* pada ujung-ujung usus dengan benang *silk 3/0* jarum *nonabsorbable*. Kemudian dilakukan penjahitan secara seromuskuler dengan benang *absorbable* PGA 3/0 dan 0 secara kontinu mulai dari sisi belakang usus. Hal yang lama kemudian diulangi untuk sisi depan usus. Jarak antara jahitan satu dengan lainnya kira-kira 1/2 cm. Pastikan tepi-tepi serosa usus telah tertutup rapat. Setelah itu evaluasi kembali viabilitas usus, pastikan lumen tidak terlalu sempit dengan cara mempertemukan ujung jari dengan ibu jari operator pada lokasi anastomosis. Selanjutnya jahit peritonium menggunakan PGA 3/0 dan 0 pastikan tertutup dengan baik.

Selanjutnya tutup luka dengan menggunakan benang *corolene 3/0* dan pastikan tertutup dengan rapih dan baik. Tutup luka post operasi dengan sufratull dan kassa steril kering dan terakhir tutup menggunakan *hipafix*. Operasi selesai (Deddy sumadi, 2018)

E. Jurnal Terkait

1. Study kasus Salsabila (2021) yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada An. A yang Mengalami Atresia Ani Post Operasi Tutup Kolostomi di Gedung Teratai Lantai III Utara RSUP Fatmawati Jakarta Selatan” disimpulkan pasien atresia ani yang menjalani tindakan reseksi dan anastomosis didapatkan diagnosa keperawatan nyeri akut, inkontinensia fekal, gangguan integritas kulit, resiko infeksi, hipertermia dan defisit pengetahuan.
2. Study kasus yang dilakukan oleh Putri (2021) yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada AN. A dengan Atresia Ani Post Operasi Tutup Kolostomi di Gedung Teratai Lantai III Utara RSUP Fatmawati Jakarta Selatan” menunjukkan hasil terdapat 4 masalah keperawatan yang muncul diantaranya nyeri akut, inkontinensia fekal, gangguan integritas kulit dan resiko infeksi.

3. Study kasus pendahulu oleh Fhebbby (2021) yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada By. Ny. A dengan Malformasi Anorektal Letak Tinggi Tanpa Fistula Post Operasi Kolostomi Hari Ke 1” menunjukkan masalah keperawatan yang muncul pada kasus yaitu pada post operasi; nyeri akut, gangguan integritas kulit, resiko infeksi, defisit nutrisi dan defisit pengetahuan.
4. Penelitian oleh Rahayu & Darmawan (2020) yang berjudul “Pemberian Teknik Distraksi Pemutaran Video Kartun untuk Menurunkan Nyeri pada Anak Post Operasi” dengan hasil studi kasus menunjukkan dengan pemberian teknik distraksi pemutaran video kartun cukup efektif untuk menurunkan rasa nyeri pada anak yang mengalami post operasi. Evaluasi yang didapatkan pada subjek I dan subjek II adalah adanya perubahan pada penurunan skala nyeri yaitu pada subjek I sebelum diberikan distraksi skalanyeri yang dirasakan adalah 3 dengan kategori nyeri ringan, setelah dilakukan distraksi skala nyeri yang dirasakan menjadi 0 atau tidak nyeri Evaluasi respon nyeri pada subjek II sebelum dilakukan distraksi skala nyeri yang dirasakan adalah 6 atau nyeri sedang, setelah pemberian distraksi skala nyeri menjadi 0 atau tidak merasakan nyeri. Pemberian teknik distraksi pemutaran video kartun cukup efektif untuk mengurangi rasa nyeri yang dialami oleh anak post operasi.
5. Penelitian yang dilakukan oleh Dafria et al (2021) dengan judul penelitian “Efektifitas Penggunaan Selimut Hangat Dibandingkan Selimut Biasa Terhadap Peningkatan Suhu pada Pasien Post Operasi di RSUD. Sawahlunto” Hasil penelitian diolah dengan sistim komputerisasi dengan menggunakan uji T karena data yang didapatkan peneliti terdistribusi normal. Hasil uji T didapatkan *p value* 0.000, yang artinya ada perbandingan yang signifikan antara pemakaian selimut panas dan selimut biasa terhadap perubahan suhu tubuh pada pasien hipotermia post operasi di ruangan *recovery room* RSUD Sawahlunto tahun 2020.