

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Definisi

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata perioperatif adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu : pre operatif, intra operatif dan post operatif (Hipkabi, 2014).

2. Tujuan

Operasi dilakukan untuk berbagai alasan seperti (Brunner&Suddarth, 2013) :

- a. Diagnostik, seperti dilakukan biopsi atau laparatomi eksplorasi
- b. Kuratif, seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang inflamasi
- c. Reparatif, seperti memperbaiki luka yang multipek
- d. Rekonstruktif atau Kosmetik, seperti perbaikan wajah
- e. Paliatif, seperti ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, contoh ketika selang gastrostomi dipasang untuk mengkompensasi terhadap kemampuan untuk menelan makanan.

3. Tahap dalam keperawatan perioperatif

Kata perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup 3 fase pengalaman pembedahan yaitu praoperatif, intraoperatif, dan pascaoperatif (Mutaqin, 2009).

a. Fase pre operatif

Fase praoperatif adalah waktu sejak keputusan untuk operasi diambil hingga sampai ke meja pembedahan, tanpa memandang riwayat atau klasifikasi pembedahan. Keahlian seorang perawat perioperatif dibentuk dari pengetahuan keperawatan profesional dan

keterampilan psikomotor yang kemudian diintegrasikan ke dalam tindakan keperawatan yang harmonis. Asuhan keperawatan perioperatif pada praktiknya dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan perioperatif di bagian rawat inap, bagian bedah sehari (*one day care*) atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat perioperatif.

Pengkajian pasien pada fase pra operatif secara umum dilakukan untuk menggali permasalahan pada pasien, sehingga perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien. Pengkajian praoperatif pada kondisi klinik terbagi atas dua bagian, yaitu:

- 1) Pengkajian komprehensif yang dilakukan perawat pada bagian rawat inap, poli klinik, bagian bedah sehari atau unit gawat darurat.
- 2) Pengkajian klarifikasi ringkas oleh perawat perioperatif di kamar operasi.

Lamanya waktu pra operatif akan menentukan lengkapnya data pengkajian. Pengkajian pra operatif secara umum meliputi:

- 1) Pengkajian umum
- 2) Riwayat kesehatan
- 3) Pengkajian psikososiospiritual
- 4) Pemeriksaan fisik
- 5) Pengkajian diagnostik

b. Fase intra operatif

Fase Intraoperatif dimulai dimulai ketika pasien masuk ke bagian atau ruang bedah atau kamar operasi dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Lingkup aktifitas keperawatan, memasang infus, memberikan medikasi intravena, melakukan pemantauan fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien (Mutaqin, 2009).

c. Fase post operatif

Keperawatan postoperatif adalah periode akhir dari keperawatan

perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan equilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali pada fungsi optimalnya dengan cepat, aman dan nyaman (Mutaqin, 2009).

Upaya yang dapat dilakukan diarahkan untuk mengantisipasi dan mencegah masalah yang kemungkinan muncul pada tahap ini. Pengkajian dan penanganan yang cepat dan akurat sangat dibutuhkan untuk mencegah komplikasi yang memperlama perawatan di rumah sakit atau membahayakan diri pasien. Memperhatikan hal ini, asuhan keperawatan postoperatif sama pentingnya dengan prosedur pembedahan itu sendiri.

Ketika pasien sudah selesai dalam tahap intraoperatif, setelah itu pasien di pindahkan keruang perawatan, maka hal-hal yang harus perawat lakukan, yaitu :

- 1) Monitor tanda-tanda vital dan keadaan umum pasien, *drainage, tube/selang*, dan komplikasi. Begitu pasien tiba di bangsal langsung monitor kondisinya. Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan pertama yang dilakukan di bangsal setelah postoperatif.
- 2) Manajemen luka
Amati kondisi luka operasi dan jahitannya, pastikan luka tidak mengalami perdarahan abnormal. Observasi *discharge* untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Manajemen luka meliputi perawatan luka sampai dengan pengangkatan jahitan.
- 3) Mobilisasi dini
Mobilisasi dini yang dapat dilakukan meliputi ROM, nafas dalam dan juga batuk efektif yang penting untuk mengaktifkan kembali fungsi neuromuskuler dan mengeluarkan sekret dan lendir.
- 4) Rehabilitasi
Rehabilitasi diperlukan oleh pasien untuk memulihkan kondisi pasien kembali. Rehabilitasi dapat berupa berbagai macam latihan

spesifik yang diperlukan untuk memaksimalkan kondisi pasien seperti sedia kala.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pre operasi

a. Pengkajian pre operasi

Pengkajian di ruang pra operasi perawat melakukan pengkajian ringkas mengenai kondisi fisik pasien dengan kelengkapannya yang berhubungan dengan pembedahan. Pengkajian ringkas tersebut berupa validasi, kelengkapan administrasi, tingkat kecemasan, pengetahuan pembedahan, pemeriksaan fisik terutama tanda-tanda vital, dan kondisi abdomen (Mutaqin, 2009).

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar dalam proses keperawatan secara menyeluruh. Pengkajian pasien pre operasi meliputi:

- 1) Identitas pasien meliputi:
Nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, agama, pekerjaan, pendidikan, golongan darah, alamat, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa
- 2) Ringkasan hasil anamnesa pre operasi
Keluhan ketika pasien dirawat sampai dilakukan tindakan sebelum operasi
- 3) Pengkajian psikologis, meliputi perasaan takut/cemas dan keadaan emosi pasien
- 4) Pengkajian fisik, pengkajian tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu.
- 5) Sistem integument, apakah pasien pucat, sianosis dan adakah penyakit kulit di area badan.
- 6) Sistem kardiovaskuler, apakah ada gangguan pada sistem cardio, validasi apakah pasien menderita penyakit jantung, kebiasaan minum obat jantung sebelum operasi, kebiasaan merokok, minum alkohol, oedema, irama dan frekuensi jantung.
- 7) Sistem pernafasan, apakah pasien bernafas teratur

- 8) Sistem abdomen apakah pasien mengalami jejas dan nyeri pada abdomen
- 9) Sistem reproduksi, apakah pasien wanita mengalami menstruasi?
- 10) Sistem saraf, bagaimana kesadaran?
- 11) Validasi persiapan fisik pasien, apakah pasien puasa, lavement, kaper, perhiasan, make up, scheren, pakaian pasien perlengkapan operasi dan validasi apakah pasien alergi terhadap obat.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pre operasi dalam (SDKI,2017) yaitu:

1) Ansietas

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 orang tua-anak tidak memuaskan

- i) Faktor keturunan (tempramen 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:

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor Ansietas

Subjektif	Objektif
1. Merasa bingung	1. Tampak gelisah
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	2. Tampak tegang
3. Sulit berkonsentrasi	3. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Minor Ansietas

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh pusing	1. Frekuensi napas meningkat
2. Anoreksia	2. Frekuensi nadi meningkat
3. Palpitasi	3. Tekanan darah meningkat
4. Merasa tidak berdaya	4. Diaforesis
	5. Tremor
	6. Muka tampak pucat
	7. Suara bergetar
	8. Kontak mata buruk
	9. Sering berkemih
	10. Orientasi pada masa lalu

Kondisi klinis terkait:

- a) Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun.)
 - b) Penyakit akut
 - c) Hospitalisasi
 - d) Rencana operasi
 - e) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
 - f) Penyakit neurologis
 - g) Tahap tumbuh kembang
- 2) Nyeri akut

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, atihan fisik berlebihan).

Gejala dan tanda mayor:

Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Mayor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis
	2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
	3. Gelisah
	4. Frekuensi nadi meningkat
	5. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

Tabel 2.4 Gejala dan Tanda Minor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1. Tekanan darah meningkat
	2. Pola napas berubah
	3. Nafsu makan berubah
	4. Proses berpikir terganggu
	5. Menarik diri
	6. Berfokus pada diri sendiri
	7. Diaforesis

Kondisi klinis terkait:

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

c. Rencana keperawatan

Rencana intervensi difokuskan pada kelancaran persiapan pembedahan, dukungan prabedah dan pemenuhan informasi. Persiapan pembedahan dilakukan secara umum seperti pembedahan lainnya dengan penggunaan anastesi general. Pasien perlu dipuasakan 6 jam sebelum pembedahan dan mencukur area pubis . kelengkapan *informed consent* perlu diperhatikan perawat (Mutaqin, 2009).

Menurut (SIKI, 2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 2 diagnosa diatas adalah:

1) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan

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

- a) Verbalisasi kebingungan menurun
- b) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- c) Perilaku gelisah menurun
- d) Perilaku tegang menurun

Intervensi

Observasi

- a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stresor)
- b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- c) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

Terapeutik :

- a) Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan
- b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- c) Pahami situasi yang membuat ansietas
- d) Dengarkan dengan penuh perhatian
- e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- f) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan

- g) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- h) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi :

- a) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami
- b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- c) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- d) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
- e) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- f) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- g) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- h) Latih teknik relaksasi

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan

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

- a) Keluhan nyeri menurun
- b) Meringis menurun
- c) Sikap protektif menurun
- d) Gelisah menurun
- e) Kesulitan tidur menurun

Intervensi :

Observasi :

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

- a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback* ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin).
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi :

- a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e) Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi:

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

2. Intra operasi

a. Definisi

Fase intraoperatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup:

- 1) Ruang sementara (*Holding area*)

Perawat dapat menjelaskan tahap-tahap yang akan dilaksanakan untuk menyiapkan klien menjalani pembedahan. Perawat di ruang tahanan sementara biasanya adalah bagian dari petugas ruang operasi dan menggunakan pakaian, topi, dan alas kaki khusus ruang operasi sesuai dengan kebijakan pengontrolan infeksi rumah sakit. Beberapa tempat bedah sehari, perawat primer perioperatif menerima kedatangan klien, menjadi perawat sirkulator selama prosedur berlangsung, dan mengelola pemulihan serta kepulangan klien.

Di dalam ruangan tahanan sementara, perawat, anestesi, atau ahli anestesi memasang kateter infus ke tangan klien untuk memberikan prosedur rutin penggantian cairan dan obat-obatan melalui intravena. Biasanya menggunakan kateter IV yang berukuran besar agar pemasukan cairan menjadi lebih mudah. Perawat juga memasang manset tekanan darah. Manset juga terpasang pada lengan klien selama pembedahan berlangsung sehingga ahli anestesi dapat mengkaji tekanan darah klien.

2) Kedatangan ke ruang operasi

Perawat ruang operasi mengidentifikasi dan keadaan klien, melihat kembali lembar persetujuan tindakan, riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan fisik, dan berbagai hasil pemeriksaan. Pastikan bahwa alat prostese dan barang berharga telah dilepas dan memeriksa kembali rencana perawatan preoperatif yang berkaitan dengan intraoperatif.

3) Pemberian anestesi

Anestesi umum klien yang mendapat anestesi umum akan kehilangan seluruh sensasi dan kesadarannya. Relaksasi mempermudah manipulasi anggota tubuh. Klien juga mengalami amnesia tentang seluruh proses yang terjadi selama pembedahan

yang menggunakan anestesi umum melibatkan prosedur mayor, yang membutuhkan manipulasi jaringan yang luas.

Ahli anestesi memberi anestesi umum melalui jalur Intra vena dan inhalasi melalui empat tahap anestesi. Tahap 1 dimulai saat klien masih sadar, klien menjadi pusing dan kehilangan kesadaran secara bertahap, dan status analgesic dimulai. Tahap 2 adalah eksitasi, otot kelen kadang-kadang menegang dan hampir kejang, reflek menelan dan muntah tetap ada, dan pola nafas klien mungkin menjadi tidak teratur. Tahap 3 dimulai pada saat irama pernafasan mulai teratur, fungsi vital terdepresi. Tahap 4 adalah tahap depresi pernafasan lengkap.

4) Pengaturan posisi klien selama pembedahan

Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu pengaturan posisi karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien. Pasien posisi supine (*dorsal recumbent*):laparotomi eksplorasi.

Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah letak bagian tubuh yang akan dioperasi, umur dan ukuran tubuh pasien, jenis anestesi yang digunakan, nyeri/Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (arthritis).

5) Pemanajanan area pembedahan

Pemanajanan daerah bedah maksudnya adalah daerah mana yang akan dilakukan tindakan pembedahan. Pengetahuan tentang hal ini perawat dapat mempersiapkan daerah operasi dengan teknik drapping

6) Mempertahankan posisi sepanjang prosedur operasi

Posisi pasien di meja operasi selama prosedur pembedahan harus dipertahankan sedemikian rupa. Hal ini selain untuk mempermudah proses pembedahan juga sebagai bentuk jaminan keselamatan pasien dengan memberikan posisi fisiologis dan mencegah terjadinya injury.

b. Pengkajian keperawatan

Pengkajian intra operasi secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan, diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi (Mutaqin, 2009).

c. Diagonosa keperawatan

Pasien yang dilakukan pembedahan akan melewati berbagai prosedur. Prosedur pemberian anastesi, pengaturan posisi bedah, manajemen aseptis dan prosedur bedah laparatomi akan memberikan komplikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul dalam (SDKI,2017) yaitu:

1) Resiko cedera

Definisi

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

Faktor resiko:

Eksternal

- a) Terpapar patogen
- b) Terpapar zat kimia toksis
- c) Terpapar agen nosokomial
- d) Ketidakamanan transportasi

Internal

- a) Tidak normalan profil darah
- b) Perubahan orientasi afektif
- c) Perubahan sensasi
- d) Disfungsi autoimun
- e) Disfungsi biokimia
- f) Hipoksia haringan
- 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 bevus vestibularis
- i) Retardasi mental

2) Resiko perdarahan

Definisi:

Beresiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

Faktor risiko:

- a) Aneurisma
- b) Gangguan gastrointestinal (mis. ulkus lambung, polip, varises)
- c) Gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatis)
- d) Komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar)
- e) Komplikasi pasca partum (mis. atoni uterus, retensi plasenta)
- f) Gangguan koagulasi (mis. 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) Koagulopati intravaskular 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

d. Rencana keperawatan

Menurut (SIKI,2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

1) Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan

Tujuan

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2-3 jam, tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil:

- a) Perdarahan pasca operasi menurun
- b) Hemoglobin membaik
- c) Tekanan darah dan denyut nadi membaik

Intervensi

Observasi

- a) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- b) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah
- c) Monitor tanda-tanda vital ortostatik

d) Monitor koagulasi

Terapeutik

- a) Pertahankan bedrest selama perdarahan
- b) Batasi tindakan invasif, *jika perlu*
- c) Gunakan kasur pencegah dekubitus
- d) Hindari pengukuran suhu rektal

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu*

2) Resiko cedera berhubungan dengan perubahan sensasi

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2-3 jam, tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil:

- a) Kejadian cedera menurun
- b) Luka/lecet menurun (SLKI,2019)

Intervensi dalam buku NIC (Bulecheck, 2013)

- a) Periksa monitor isolasi utama
- b) Siapkan alat dan bahan oksigenasi dan ventilasi buatan
- c) Periksa keadekuatan fungsi dari alat-alat tersebut
- d) Monitor aksesoris spesifik yang dibutuhkan untuk posisi bedah tertentu
- e) Periksa persetujuan bedah dan tindakan pengobatan lain yang diperlukan
- f) Periksa bersama pasien atau orang yang berkepentingan lainnya mengenai prosedur dan area pembedahan
- g) Berpartisipasi dalam fase “*time out*” dalam pre operatif untuk memeriksa terhadap prosedur; benar pasien, benar prosedur, benar area pembedahan, sesuai kebijakan instansi.
- h) Dampingi pasien pada fase transfer ke meja operasi sambil melakukan monitor terhadap alat
- i) Hitung kasa perban, alat tajam dan instrumen, sebelum, pada saat dan setelah pembedahan

- j) Sediakan unit pembedahan elektronik, alas lapang pembedahan dan elektroda aktif yang sesuai
- k) Periksa ketiadaan pacemaker jantung, implan elektrik lainnya, atau prothesis logam yang merupakan kontraindikasi *electrosurgical surgery*
- l) Lakukan tindakan pencegahan terhadap radiasi ionisasi atau gunakan alat pelindung dalam situasi dimana alat tersebut dibutuhkan, sebelum operasi dimulai
- m) Sesuaikan koagulasi dan arus pemotong sesuai instruksi dokter atau kebijakan institusi
- n) Inspeksi kulit pasien terhadap cedera setelah menggunakan alat pembedahan elektronik.

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi terhadap masalah intrabedah secara umum dapat dinilai dari adanya kemampuan dalam mempertahankan status kesehatan, seperti normalnya tanda vital, kardiovaskular, pernapasan, ginjal, dan lain-lain.

3. Post operatif

Keperawatan post operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan equilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali pada fungsi optimalnya dengan cepat, aman dan nyaman.

a. Pengkajian

Beberapa hal yang perlu dikaji setelah tindakan pembedahan diantaranya adalah kesadaran, kualitas jalan nafas, sirkulasi, dan perubahan tanda vital yang lain, keseimbangan elektrolit, kardiovaskuler, lokasi daerah pembedahan dan sekitarnya, serta alat yang digunakan dalam pembedahan.

b. Diagnosa keperawatan post operatif

Diagnosa post operasi saat post operatif dalam (SDKI,2017) meliputi:

1) Resiko hipotermia perioperatif

Definisi:

Beresiko 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

2) Nyeri akut

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, dan

latihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor:

Tabel 2.5 Gejala dan Tanda Mayor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
3. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis
	2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
	3. Gelisah
	4. Frekuensi nadi meningkat
	5. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

Tabel 2.6 Gejala dan Tanda Minor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1. Tekanan darah meningkat
	2. Pola napas berubah
	3. Nafsu makan berubah
	4. Proses berpikir terganggu
	5. Menarik diri
	6. Berfokus pada diri sendiri
	7. Diaforesis

Kondisi klinis terkait:

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

c. Rencana keperawatan

Menurut (SIKI,2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis

Tujuan :

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 jam, tingkat nyeri

pasien berkurang dengan kriteria hasil:

- a) Keluhan nyeri menurun
- a) Meringis menurun
- b) Sikap protektif menurun
- c) Gelisah menurun
- d) Kesulitan tidur menurun

Intervensi :

Observasi :

Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

- a) Identifikasi skala nyeri
- b) Identifikasi nyeri non verbal
- c) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- d) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- e) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- f) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- g) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

- a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback* ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin).
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi :

- a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

2) Resiko hipertermi berhubungan dengan suhu lingkungan rendah

Tujuan :

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 jam, termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:

- a) Menggigil menurun
- b) Suhu tubuh membaik
- c) Suhu kulit membaik.

Intervensi :

Observasi :

- a) Monitor suhu tubuh
- b) Identifikasi penyebab hipotermia, (misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
- c) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi

Teraupetik :

- a) Sediakan lingkungan yang hangat (misal: atur suhu ruangan)
- b) Lakukan penghangatan pasif (misal: Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)
- c) Lakukan penghangatan aktif eksternal (misal: kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru)
- d) Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Apendisitis perforasi

a. Definisi

Apendisitis adalah peradangan pada *apendiks vermiformis* dan merupakan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering.

Penyakit ini menyerang semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10 sampai 30 tahun dan merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Smeltzer, S. C., 2014).

Apendisitis perforasi adalah pecahnya dinding apendiks yang sudah *gangrene* yang menyebabkan pus masuk ke dalam rongga perut sehingga terjadi peritonitis umum (Muttaqin & Sari, 2011).

b. Etiologi

Menurut klasifikasi, etiologi apendisitis adalah sebagai berikut.

1. Apendisitis akut merupakan infeksi yang disebabkan bakteri. Dan faktor pencetusnya disebabkan oleh sumbatan lumen apendiks. Selain itu hiperplasia jaringan limfe, fekalit (tinja/batu), tumor apendiks, dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa apendiks karena parasit (*E.histolytica*).
2. Apendisitis rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang di perut kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendektomi. Kelainan ini terjadi bila serangan apendisitis akut pertama kali sembuh spontan. Namun apendisitis tidak pernah kembali pada ke bentuk aslinya karena terjadi fibrosis dan jaringan parut.
3. Apendisitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh didinding apendiks, sumbatan parsial atau lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik), dan keluhan menghilang setelah apendektomi.

c. Patofisiologi

Apendik belum diketahui fungsinya, merupakan bagian dari sekum. Penyebab utama apendisitis adalah obstruksi penyumbatan

yang dapat disebabkan oleh hiperplasia dari folikel limfoid merupakan penyebab terbanyak, adanya fekalit dalam lumen apendiks. Adanya benda asing seperti cacing, striktura karena akibat peradangan sebelumnya, sebab lain misalnya keganasan (karsinoma karsinoid).

Obstruksi apendiks itu menyebabkan mucus yang diproduksi mukosa terbungkus, makin lama mucus yang terbungkus makin banyak dan menekan dinding apendiks oedem serta merangsang tunika serosa peritonium visceral. Oleh karena itu persyarafan apendiks sama dengan usus yaitu torakal X maka rangsangan itu dirasakan sebagai rasa sakit disekitar umbilicus.

Mucus yang terkumpul itu lalu terinfeksi oleh bakteri menjadi nanah kemudian timbul gangguan aliran vena, sedangkan arteri belum terganggu, peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritonium parietal setempat, sehingga menimbulkan rasa sakit dikanan bawah abdomen, keadaan ini disebut dengan apendisitis supuratif akut.

Bila kemudian arteri terganggu maka timbul allergen dan ini disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding apendik akut itu telah pecah, dinamakan apendisitis perforasi. Bila omentum usus yang berdekatan dapat mengelilingi apendik yang meradang atau perforasi akan timbul suatu masa lokal, keadaan ini disebut sebagai apendisitis abses (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

Jadi dapat disimpulkan, peradangan pada apendik dapat terjadi oleh adanya ulserasi dinding mukosa atau obstruksi lumen (biasanya oleh fekalit / feses yang keras). Penyumbatan pengeluaran secret mucus mengakibatkan perlengketan, infeksi dan terhambatnya aliran darah. Dari keadaan hipoksia menyebabkan gangren atau dapat terjadi ruptur dan pecah dalam waktu 24 – 36 jam. Bila proses ini berlangsung secara terus – menerus maka organ disekitar dinding apendik terjadi perlengketan dan akan menjadi abses (kronik). Apabila proses infeksi sangat cepat (akut) dapat menyebabkan peritonitis. Peritonitis merupakan komplikasi yang sangat serius. Infeksi kronis

dapat terjadi pada apendik, tetapi hal ini tidak selalu menimbulkan nyeri di daerah abdomen.

d. Tanda dan gejala

Gejala awal yang khas, yang merupakan gejala klasik apendisitis adalah nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium di sekitar umbilikus atau periumbilikus. Keluhan ini biasanya disertai dengan rasa mual, bahkan terkadang muntah, dan pada umumnya nafsu makan menurun. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, ke titik Mc Burney. Di titik ini nyeri terasa lebih tajam dan jelas letaknya, sehingga merupakan nyeri somatik setempat. Namun terkadang, tidak dirasakan adanya nyeri di daerah epigastrium, tetapi terdapat konstipasi sehingga penderita merasa memerlukan obat pencahar. Tindakan ini dianggap berbahaya karena bisa mempermudah terjadinya perforasi. Terkadang apendisitis juga disertai dengan demam derajat rendah sekitar 37,5-38,5° C.

e. Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada klien apendisitis menurut Dermawan dan Rahayu (2010) adalah sebagai berikut.

1) Perforasi apendisitis

Perforasi jaringan terjadi dalam 8 jam pertama, observasi aman untuk dilakukan dalam masa tersebut. Tanda-tanda perforasi meliputi meningkatnya nyeri, spasme otot dinding perut kuadran kanan bawah dengan tanda peritonitis umum atau abses yang jelas. Bila perforasi dengan peritonitis umum atau pembentukan abses telah terjadi sejak pasien pertama kali datang, diagnosis dapat ditegakkan dengan pasti.

2) Peritonitis

Bila terjadi peritonitis umum terapi spesifik yang dilakukan adalah operasi untuk menutup asal perforasi. Bila berbentuk abses apendik akan teraba massa di kuadran kanan bawah yang

cenderung menggelembung kearah rectum atau vagina. Peritonitis merupakan peradangan peritonium (lapisan membrane serosa rongga abdomen) dan organ didalamnya. Tanda – tanda dari peritonitis yaitu (Muttaqin & Sari, 2011):

- a) Nyeri pada abdomen yang hebat
 - b) Dinding perut terasa tegang
 - c) Demam tinggi
- 3) Dehidrasi
 - 4) Sepsis
 - 5) Elektrolit darah tidak seimbang

f. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada apendisitis adalah sebagai berikut.

- 1) Pemeriksaan fisik (Huda & Kusuma, 2015).
 - a) Inspeksi
tampak adanya pembengkakan (swelling) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang.
 - b) Palpasi
Didaerah perut kanan bawah jika ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri yang mana merupakan kunci dari apendik akut.
 - c) Dengan tindakan tungkai kanan dan paha ditekuk kuat atau tungkai diangkat tinggi-tinggi, maka terasa nyeri perut semakin parah.
 - d) Pada apendisitis terletak pada retro sekal maka uji psoas akan positif dan tanda perangsangan peritonium tidak begitu jelas, sedangkan bila apendik terletak di rongga pelvis maka *obturator sign* akan positif dan tanda perangsangan peritonium akan lebih menonjol.
 - e) Pemeriksaan laboratorium
 - f) 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).

g) Pemeriksaan radiologi

- Tampak distensi sekum pada apendisitis akut
- USG: menunjukkan densitas kuadran kanan bawah atau kadar aliran udara terlokalisasi
- Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen dan apendikogram.

g. Penatalaksanaan medis

Keterlambatan dalam tatalaksana dapat memperparah perforasi.

Tatalaksana yang dapat dilakukan antara lain sebagai berikut

1) Sebelum operasi

a) Observasi

Setelah munculnya keluhan dalam 8-12 jam perlu diobservasi ketat karena tanda dan gejala apendisitis belum jelas. Pasien diminta tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya apendisitis. Diagnosis ditegakkan dengan lokasi nyeri pada kuadran kanan bawah setelah timbulnya keluhan

b) Antibiotik

Apendisitis ganggrenosa atau apendisitis perforasi memerlukan antibiotik, kecuali apendisitis tanpa komplikasi tidak memerlukan antibiotik. Penundaan tindakan bedah sambil memberikn antibiotik dapat mengakibatkan abses atau perforasi.

2) Operasi

Menurut (Brunner & Suddarth, 2010) Operasi atau pembedahan untuk mengangkat apendiks yaitu apendiktomi. Apendiktomi harus segera dilakukan untuk menurunkan resiko perforasi. Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum dengan pembedahan abdomen bawah atau laparoscopi.

Apendektomi dapat dilakukan dengan menggunakan dua metode pembedahan, yaitu secara teknik terbuka (pembedahan konvensional laparatomi) atau dengan teknik laparoskopik yang merupakan teknik pembedahan minimal invasif dengan metode terbaru yang sangat efektif.

Menurut (Brunner & Suddarth, 2010), laparatomi adalah prosedur vertikal pada dinding perut ke dalam rongga perut. Prosedur ini memungkinkan dokter melihat dan merasakan organ dalam untuk menegakkan diagnosa. Laparatomi dilakukan apabila terjadi masalah kesehatan yang berat pada area abdomen. Bila pasien mengeluh nyeri hebat dan gejala-gejala lain dari masalah internal yang serius dan kemungkinan penyebabnya tidak terlihat seperti usus buntu. Laparatomi dapat berkembang menjadi pembedahan yang besar diikuti oleh transfusi darah dan perawatan intensif .

3) Setelah operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, hipertermia, syok atau gangguan pernafasan. Baringkan pasien dalam posisi semi Fowler. Pasien dikatakan baik apabila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu pasien dipuaskan sampai fungsi usus kembali normal. Satu hari setelah dilakukan operasi pasien dianjurkan duduk tegak ditempat tidur selama 2 x 30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk duduk. Hari ketujuh dapat diperbolehkan pulang (Mansjoer, Kapita Selekt Kedokteran, 2012).

2. Konsep Laparatomi

a. Pengertian laparatomi

Menurut (Sjamsuhidayat, 2010), laparatomi merupakan prosedur pembedahan yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke kavitas abdomen. Laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada

bedah digestif dan obgyn . Laparatomi termasuk salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (pendarahan, perforasi, kanker, dan obstruksi).

b. Tujuan tindakan laparatomi

Menurut (Smeltzer, S. C., 2014), prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen. Laparatomi eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan.

c. Indikasi laparatomi

Adapun indikasi dilakukannya laparatomi diantaranya yaitu :

- 1) Trauma abdomen (tumpul atau tajam) / ruptur hepar
- 2) Peritonitis
- 3) Perdarahan saluran pencernaan (*Internal Bleeding*)
- 4) Sumbatan pada usus halus dan usus besar e) Masa pada abdomen

d. Jenis sayatan laparatomi

Ada empat cara yaitu:

- 1) Midline insision; yaitu insisi pada daerah tengah abdomen atau pada daerah yang sejajar dengan umbilikus.
- 2) Paramedian, yaitu : panjang (12,5 cm) ± sedikit ke tepi dari garis tengah.
- 3) Transverse upper abdomen insision, yaitu: sisi di bagian atas, misalnya pembedahan colesistotomy dan splenektomy.
- 4) Transverse lower abdomen incision, yaitu : 4 cm di atas anterior spinal iliaka, ± insisi melintang di bagian bawah misalnya: pada operasi appendectomy (Jong, 2011).

e. Komplikasi post laparatomi

Menurut (Sugeng Jitowiyono, 2010) komplikasi post laparatomi

- 1) Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis.

Tromboflebitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboflebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati, dan otak. Pencegahan tromboflebitis yaitu latihan kaki post operasi, ambulatif dini dan kaos kaki TED yang dipakai klien sebelum mencoba ambulatif

- 2) Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi.

Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aureus, organisme, gram positif. Stafilokokus mengakibatkan pernanahan. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan memperhatikan aseptik dan antiseptic.

- 3) Bentuk integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi.

Dehisensi luka merupakan terbukanya tepi-tepi luka. Eviserasi luka merupakan keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab dehisensi atau eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah.

f. Perawatan post laparatomy

Perawatan post laparatomi adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani operasi pembedahan perut. Tujuan perawatan post laparatomi:

- 1) Mengurangi komplikasi akibat pembedahan
- 2) Mempercepat penyembuhan
- 3) Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi

- 4) Mempertahankan konsep diri pasien
- 5) Mempersiapkan pasien pulang

D. Jurnal Terkait

Penelitian yang dilakukan oleh (Eriantono, Alfarisi, Refolinda, & Willy, 2020) dengan judul Perbedaan Lamanya Rawat Inap Pasien Post Appendiktomi pada Appendisitis Akut dan Appendisitis Perforasi dengan metode *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini adalah seluruh catatan rekam medik pasien appendisitis tahun 2016-2019 berjumlah 60 responden appendisitis akut dan 60 responden appendisitis perforasi. Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat independent test. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata lama rawat inap responden appendisitis akut selama 9 hari, paling singkat lama rawat inap 2 hari dan paling lama 23 hari. Sedangkan responden dengan appendisitis perforasi rata-rata rawat inap selama 34 hari, paling singkat lama rawat inap 4 hari dan paling lama 90 hari. Terdapat perbedaan yang signifikan antara lama rawat inap pasien appendiktomi antara pasien appendisitis akut dan appendisitis perforasi dengan uji *mann-whitney U* nilai p diperoleh sebesar 0,000 ($p < 0,05$)

Penelitian yang dilakukan (Erianto, Fitriyani, Siswandi, & Sukulima, 2020) dengan judul Perforasi pada Penderita Apendisitis di RSUD DR. H. Abdul Moeloek Lampung dilakukan dengan metode penelitian kuantitatif dengan rancangan deskriptif. Populasi seluruh pasien penderita apendisitis akut dewasa sebanyak 151 orang. Sampel sebanyak 110 orang dengan teknik random sampling. Pengambilan data menggunakan lembar observasi data rekam medik. Teknik analisis data menggunakan uji statistik univariat. Hasil penelitian frekuensi perforasi apendisitis sebagian besar adalah usia 20-30 tahun sebanyak 48 pasien (43,63%). Sebagian besar berjenis kelamin laki-laki sebanyak 92 pasien (93,63%). Distribusi frekuensi kadar leukosit pasien perforasi apendisitis, sebagian besar dengan kadar leukosit $> 18.000/\text{mm}$ sebanyak 84 pasien (76,36%).

Penelitian yang dilakukan oleh (Rokawie, Sulastri, & Anita, 2017) dengan judul Relaksasi Nafas Dalam Menurunkan Kecemasan Pasien Operasi

Bedah Abdomen menggunakan pendekatan pre experimental design dengan rancangan one group pretest posttest. Penelitian ini dilakukan pada bulan April 2017 di Ruang Bedah RSUD Jendral Ahmad Yani Metro dengan 32 responden. Analisa bivariat menggunakan uji t berpasangan. Hasil penelitian diperoleh tingkat kecemasan pada pasien pre operasi bedah abdomen sebelum diberikan terapi relaksasi nafas dalam mempunyai rata-rata skor indeks kecemasan 54,59 (kecemasan sedang) dan tingkan kecemasan pada pasien pre operasi bedah abdomen setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam mempunyai rata-rata skor indeks kecemasan 49,56 (kecemasan ringan) dan terjadi penurunan sebesar 5,03.

Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh (Rian, 2020) dengan Judul Asuhan Keperawatan Pasien Pre Operasi Appendisit yang Mengalami Kecemasan Dengan Pemberian Pendidikan Kesehatan Di Ruang Garuda Di Rs Anutapura Palu menyatakan bahwa dengan pemberian pendidikan kesehatan pada pasien yang akan menjalani tindakan pembedahan dapat menurunkan kecemasan ditandai dengan tidak lagi terjadi kecemasan pada pasien.

Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh (Riska, Anzelina, 2020) Yang Berjudul Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Laparatomy Eksplorasi Atas Indikasi Apendisit Infiltrat Dengan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV Rumah Sakit Umum Dr Soekardjo Tasikmalaya, memberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk masalah nyeri akut pada hari ke-3, dan didapat hasil pada klien 1 di hari ke 3, skala nyeri 1 (0 -10), pada klien 2 di hari ke 3, skala nyeri 2 (0-10). Sehingga disimpulkan teknik relaksasi nafas dalam mampu menurunkan intensitas nyeri pada pasien.