

**MAKALAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIVE**

Disusun untuk Memenuhi Tugas Mata Kuliah Keperawatan Medikan Bedah II

Dosen Pengampu: Bapak Rudi Haryono, S.Kep., Ns., M.Kep



**KELOMPOK 6 :**

|                    |            |                 |            |
|--------------------|------------|-----------------|------------|
| Ais Rofiatun       | 3520244189 | Riska R         | 3520244242 |
| Amanda Amarillis N | 3520244192 | Shera Maretza C | 3520244244 |
| Annisa Nur A       | 3520244195 | Yunahar Ilyas   | 3520244250 |
| Aulia Maharani A   | 3520244198 |                 |            |
| Irma Desty W       | 3520244220 |                 |            |
| Kurniawan Budi S   | 3520244223 |                 |            |

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN NOTOKUSUMO**  
**YOGYAKARTA**  
**2025/2026**

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami aturkan kehadirat Allah Swt. yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga kami bisa menyelesaikan Penyusunan Makalah Keperawatan Medikal Bedah II dengan judul Makalah Asuhan Keperawatan Perioperative dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu.

Tidak lupa juga kami mengucapkan terima kasih kepada Dosen Pengampu Bapak Rudi Haryono, S.Kep., Ns., M.Kep dan pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan Makalah, tentunya, tidak akan bisa maksimal jika tidak mendapat dukungan dari berbagai pihak.

Sebagai penyusun, kami menyadari bahwa masih terdapat kekurangan, baik dari tata bahasa penyampaian dalam Makalah ini. Oleh karena itu, kami dengan rendah hati menerima saran dan kritik dari pembaca agar kami dapat memperbaiki. Kami berharap semoga Makalah yang kami susun ini memberikan manfaat dan juga inspirasi untuk pembaca.

Yogyakarta, 27 April 2026

Kelompok 6

## DAFTAR ISI

|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| KATA PENGANTAR .....                          | i  |
| DAFTAR ISI .....                              | ii |
| BAB I PENDAHULUAN .....                       | 1  |
| A. Latar Belakang .....                       | 1  |
| B. Tujuan.....                                | 3  |
| BAB II PEMBAHASAN .....                       | 1  |
| A. Konsep Perioperatif.....                   | 1  |
| 1. Definisi.....                              | 1  |
| 2. Etiologi.....                              | 1  |
| 3. Tahap Dalam Keperawatan Perioperatif ..... | 2  |
| B. Asuhan Keperawatan Perioperatif.....       | 5  |
| 1. Pengkajian .....                           | 5  |
| 2. Diagnose Keperawatan .....                 | 7  |
| 3. Intervensi.....                            | 8  |
| 4. Implementasi .....                         | 24 |
| 5. Evaluasi .....                             | 25 |
| BAB III PENUTUP .....                         | 26 |
| A. Kesimpulan .....                           | 26 |
| B. Saran.....                                 | 27 |
| DAFTAR PUSTAKA .....                          | 29 |

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Tindakan pembedahan merupakan salah satu bentuk intervensi medis yang terus mengalami peningkatan seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan. Prosedur pembedahan tidak hanya berfokus pada tindakan operatif semata, tetapi juga memerlukan perawatan yang komprehensif dan berkesinambungan sejak sebelum, selama, hingga setelah operasi yang dikenal sebagai asuhan keperawatan perioperatif. Asuhan keperawatan perioperatif meliputi tiga fase utama, yaitu preoperatif, intraoperatif, dan postoperatif yang saling berhubungan dalam menunjang keberhasilan tindakan pembedahan serta keselamatan pasien (World Health Organization, 2018; Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Asuhan keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan yang sistematis yang mencakup pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi dengan tujuan memenuhi kebutuhan pasien secara holistik, baik fisik maupun psikologis. Perawat memiliki peran penting dalam mempersiapkan kondisi pasien sebelum operasi, memantau kondisi selama tindakan, serta mendukung proses pemulihan pasca operasi. Peran ini sangat krusial karena kualitas asuhan keperawatan yang diberikan akan berpengaruh terhadap outcome pasien, termasuk lama rawat dan risiko komplikasi (Hinkle & Cheever, 2018; Potter et al., 2021).

Pasien yang menjalani tindakan pembedahan berisiko mengalami berbagai masalah keperawatan, seperti ansietas pada fase preoperatif akibat kurangnya informasi dan ketakutan terhadap prosedur operasi, nyeri akut akibat insisi pembedahan pada fase postoperatif, serta risiko infeksi luka operasi akibat adanya kerusakan integritas jaringan. Selain itu, pasien juga dapat mengalami gangguan mobilitas fisik dan risiko komplikasi lain seperti perdarahan atau trombosis. Studi menunjukkan bahwa nyeri dan risiko

infeksi merupakan masalah yang paling sering ditemukan pada pasien pasca operasi, sementara kecemasan dominan terjadi pada fase preoperatif (Putri et al., 2020; Sari & Handayani, 2021).

Secara umum, gambaran kasus yang sering ditemui di rumah sakit adalah pasien dengan diagnosis penyakit yang memerlukan tindakan pembedahan, seperti hernia, apendisitis, atau fraktur, yang datang dengan keluhan utama nyeri dan ketidaknyamanan. Pasien biasanya menunjukkan tanda kecemasan sebelum operasi karena kurangnya pengetahuan tentang prosedur yang akan dijalani. Setelah dilakukan tindakan operasi, pasien sering mengalami nyeri pada area luka operasi, keterbatasan mobilitas, serta berisiko mengalami infeksi luka operasi apabila perawatan tidak dilakukan secara optimal. Kondisi ini menunjukkan pentingnya asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan pada setiap fase perioperatif. Selain itu, meningkatnya jumlah tindakan pembedahan di fasilitas pelayanan kesehatan menuntut tenaga keperawatan untuk memiliki kompetensi yang tinggi dalam memberikan asuhan keperawatan perioperatif yang aman dan berkualitas. Penanganan yang tidak tepat dapat meningkatkan risiko komplikasi, memperpanjang lama rawat inap, serta berdampak pada peningkatan angka morbiditas dan mortalitas pasien (World Health Organization, 2018; Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan perioperatif memiliki peranan yang sangat penting dalam menunjang keberhasilan tindakan pembedahan dan pemulihan pasien. Oleh karena itu, diperlukan penerapan proses keperawatan yang sistematis, komprehensif, dan berbasis evidence-based practice guna meningkatkan kualitas pelayanan serta keselamatan pasien. Hal ini menjadi dasar bagi penulis untuk mengkaji lebih lanjut mengenai asuhan keperawatan perioperatif dalam suatu makalah ilmiah..

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui dan memahami konsep serta penerapan asuhan keperawatan perioperatif secara komprehensif pada pasien yang menjalani tindakan pembedahan.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui definisi dan konsep dasar keperawatan perioperatif.
- b. Menjelaskan tahapan dalam keperawatan perioperatif yang meliputi fase preoperatif, intraoperatif, dan postoperatif.
- c. Mengidentifikasi masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien perioperatif.
- d. Menjelaskan proses asuhan keperawatan perioperatif yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.
- e. Mengetahui intervensi keperawatan yang tepat dalam menangani pasien pada setiap fase perioperatif.
- f. Meningkatkan pemahaman tentang pentingnya peran perawat dalam menjaga keselamatan dan kualitas pelayanan pada pasien yang menjalani pembedahan.

## **BAB II**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Konsep Perioperatif**

##### **1. Definisi**

Perioperatif merupakan suatu rangkaian proses pelayanan kesehatan pada pasien yang menjalani tindakan pembedahan yang meliputi tiga fase utama, yaitu preoperatif (sebelum operasi), intraoperatif (selama operasi), dan postoperatif (setelah operasi). Ketiga fase tersebut merupakan satu kesatuan yang saling berkaitan dalam menunjang keberhasilan tindakan pembedahan serta keselamatan pasien (Putra et al., 2022; Agustina, 2021).

Keperawatan perioperatif adalah bentuk pelayanan keperawatan yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan pasien selama menjalani prosedur pembedahan, mulai dari persiapan sebelum operasi hingga pemulihan setelah operasi. Perawat memiliki peran penting dalam mempersiapkan kondisi fisik dan psikologis pasien, memantau selama tindakan, serta mencegah komplikasi pasca operasi (Agustina, 2021). Selain itu, perioperatif juga mencakup manajemen pasien secara menyeluruh, termasuk pemantauan kondisi hemodinamik, pengendalian nyeri, serta pencegahan infeksi luka operasi guna meningkatkan keselamatan pasien dan mempercepat proses penyembuhan (Jelita et al., 2024).

##### **2. Etiologi**

Operasi dilakukan untuk berbagai alasan seperti (Brunner&Suddarth, 2010):

- 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**

#### **a. Fase Preoperatif**

Fase preoperatif merupakan tahap awal dalam perawatan perioperatif yang dimulai sejak pasien diterima di ruang penerimaan hingga pasien dipindahkan ke meja operasi untuk menjalani tindakan pembedahan (Brunner & Suddarth, 2010). Asuhan keperawatan pada fase ini dilakukan secara berkesinambungan, baik di ruang rawat inap, poliklinik, one day care, maupun unit gawat darurat, yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat bedah (Muttaqin & Sari, 2009).

Pada fase ini, aktivitas keperawatan meliputi pengkajian dasar pasien, wawancara preoperatif, serta persiapan pasien untuk menjalani anestesi. Tujuan utama asuhan keperawatan preoperatif adalah mencegah kegagalan operasi akibat kondisi pasien yang tidak stabil. Oleh karena itu, diperlukan persiapan yang matang yang mencakup aspek psikologis dan fisiologis.

Persiapan psikologis dilakukan karena pasien dan keluarga sering mengalami kecemasan, seperti rasa takut terhadap nyeri, anestesi, hasil operasi, maupun kondisi sosial ekonomi. Untuk mengatasi hal tersebut, perawat memberikan penyuluhan berupa penjelasan tentang prosedur operasi, pemeriksaan sebelum operasi, alat yang digunakan, proses di ruang bedah dan ruang pemulihan, serta tindakan setelah operasi seperti latihan napas dalam, batuk efektif, mobilisasi, dan upaya peningkatan kenyamanan.

Sementara itu, persiapan fisiologis mencakup beberapa hal penting. Pasien yang akan menjalani anestesi umum diwajibkan



berpuasa makan selama delapan jam dan puasa minum selama empat jam sebelum operasi, sedangkan pada anestesi lokal atau spinal masih diperbolehkan mengonsumsi makanan ringan. Tujuan puasa ini adalah untuk mencegah aspirasi selama tindakan pembedahan. Selain itu, dilakukan persiapan perut melalui pemberian enema atau lavement terutama pada operasi saluran pencernaan atau daerah pelvis untuk mencegah cedera kolon, konstipasi, dan infeksi. Persiapan kulit juga dilakukan dengan membersihkan dan mencukur area operasi guna mencegah infeksi. Hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, rontgen, ECG, dan USG harus dipastikan lengkap untuk menghindari kesalahan tindakan. Selain itu, informed consent atau persetujuan tindakan harus tersedia sebagai bukti persetujuan pasien atau keluarga terhadap tindakan operasi.

b. Fase Intraoperatif

Fase intraoperatif dimulai sejak pasien masuk ke ruang operasi hingga dipindahkan ke ruang pemulihan (Brunner & Suddarth, 2010). Pada fase ini, aktivitas keperawatan mencakup pemasangan akses intravena, pemberian obat-obatan, pemantauan kondisi fisiologis secara menyeluruh selama operasi, serta menjaga keselamatan pasien. Perawat juga memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, berperan sebagai perawat instrumen (scrub nurse), serta membantu mengatur posisi pasien di meja operasi sesuai prinsip keselamatan dan kenyamanan.

Tujuan asuhan keperawatan pada fase intraoperatif adalah agar prosedur pembedahan berlangsung aman, sesuai standar, dan tanpa komplikasi. Salah satu aspek penting dalam fase ini adalah pengaturan posisi pasien. Posisi yang tepat akan mempengaruhi kenyamanan dan kondisi fisiologis pasien. Dalam pengaturan posisi, perawat perlu mempertimbangkan lokasi tindakan operasi, usia dan ukuran tubuh pasien, jenis anestesi yang digunakan, serta kondisi nyeri yang mungkin dirasakan pasien. Selain itu, prinsip menjaga

privasi pasien tetap harus diperhatikan dengan hanya membuka area yang akan dioperasi dan menutup bagian tubuh lainnya.

Tim intraoperatif terdiri dari dua kelompok, yaitu tim steril dan tidak steril. Tim steril meliputi dokter bedah sebagai operator, asisten bedah, serta perawat instrumen. Sementara itu, tim tidak steril terdiri dari dokter anestesi, perawat sirkulasi, dan tenaga teknis lainnya yang bertugas mengoperasikan alat-alat medis.

c. Fase Post Operasi

Fase postoperatif merupakan tahap lanjutan dari perawatan perioperatif yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan hingga evaluasi lanjutan di rumah atau fasilitas kesehatan (Brunner & Suddarth, 2010). Pada fase ini, fokus utama keperawatan adalah memantau efek anestesi, mempertahankan fungsi vital, serta mencegah terjadinya komplikasi.

Setelah operasi, pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dengan memperhatikan posisi tubuh agar tidak menghambat aliran drainase atau menekan area luka operasi. Selama proses pemindahan, pasien dijaga keamanannya dengan penggunaan side rail dan pengikatan bila diperlukan, serta diberikan selimut untuk menjaga kenyamanan. Proses ini menjadi tanggung jawab perawat sirkulasi dan perawat anestesi di bawah koordinasi dokter anestesi.

Di ruang pemulihan atau recovery room (RR) yang juga dikenal sebagai post anesthesia care unit (PACU), pasien dirawat hingga kondisi stabil, tidak mengalami komplikasi, dan siap dipindahkan ke ruang perawatan. Pada tahap ini, pemantauan dilakukan secara ketat oleh perawat anestesi dengan dukungan dokter anestesi dan dokter bedah. Fasilitas yang tersedia di ruang ini meliputi alat monitoring lengkap dan peralatan penunjang untuk menangani kondisi darurat.

Secara keseluruhan, tujuan asuhan keperawatan postoperatif adalah mempertahankan kepatenan jalan napas, menstabilkan

kondisi pasien, mempercepat proses penyembuhan, serta mempersiapkan pasien untuk pemulangan dan rehabilitasi.

## **B. Asuhan Keperawatan Perioperatif**

### **1. Pengkajian**

#### **1. Fase Pre Operatif**

Pengkajian preoperatif meliputi pengkajian umum, riwayat kesehatan, pengkajian psikososiosiritual, pemeriksaan fisik, dan pengkajian diagnostic. Pengkajian psikologis dilakukan untuk menilai tingkat kecemasan praoperasi disebabkan oleh ketidaktahuan proses pembedahan dan konsekuensinya. Berbagai dampak psikologis yang muncul akibat kecemasan praoperasi seperti marah, menolak, atau apatis terhadap kegiatan keperawatan. Kecemasan juga dapat menimbulkan perubahan secara fisik maupun psikologis yang akhirnya mengaktifkan saraf otonom simpatis sehingga meningkatkan denyut jantung, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi napas, dan secara umum dapat mengurangi energi pada pasien. Berdasarkan konsep psikoneuroimunologi, kecemasan merupakan stresor yang dapat menurunkan sistem imunitas tubuh (Muttaqin & Sari, 2009)

Skala HARS penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi:

- a. Perasaan cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung
- b. Ketegangan: merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah menangis, dan lesu, tidak bisa istirahat tenang, dan mudah terkejut
- c. Ketakutan: takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas, dan pada kerumunan orang banyak
- d. Gangguan tidur : sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas, bangun dengan lesu, banyak mimpi-mimpi, mimpi buruk, dan mimpi menakutkan

- e. Gangguan kecerdasan: daya ingat buruk, susah berkonsentrasi (6) Perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan hobi, sedih, bangun dini hari, perasaan berubah-ubah sepanjang hari
- f. Gejala somatik: sakit dan nyeri otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil
- g. Gejala sensorik: tinitus, penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas, dan perasaan ditusuk-tusuk
- h. Gejala kardiovaskuler: berdebar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, perasaan lesu lemas seperti mau pingsan, dan detak jantung hilang sekejap
- i. Gejala pernafasan : rasa tertekan di dada, pernafasan tercekik, sering menarik nafas, nafas pendek/sesak
- j. Gejala gastrointestinal: sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, kembung, mual, muntah buang air besar lembek, berat badan turun, susah buang air besar
- k. Gejala urogenitas: sering kencing, tidak dapat menahan air seni, amenorhoe, menorrhagia, frigid, ejakulasi praecoeks, ereksi lemah, dan impotensi
- l. Gejala otonom: mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, pusing dan bulu roma berdiri 13
- m. Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kerut kening, muka tegang, tonus otot meningkat, napas pendek cepat, dan muka merah. Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori  
0= tidak ada gejala sama sekali  
1= satu gejala yang ada  
2= sedang/ separuh gejala ada  
3= berat/lebih dari separuh gejala yang ada

4= sangat berat semua gejala ada

Pemantauan derajat kecemasan dengan cara menjumlahkan skor 1-14 dengan hasil:

Skor kurang dari 14= tidak ada kecemasan

Skor 14-20= kecemasan ringan

Skor 21-27= kecemasan sedang

Skor 28-41= kecemasan berat

Skor 42-52= kecemasan berat sekali

## 2. Fase Intra Operatif

Fase intra operatif adalah suatu masa dimana pasien sudah berada dimeja pembedahan sampai ke ruang pulih sadar. Pengkajian yang dilakukan intraoperatif meliputi proses keperawatan pemberian anestesi umum, regional, lokal, proses keperawatan prosedur intrabedah, dan proses keperawatan pengiriman ke ruang pemulihan.

## 3. Fase Post Operatif

Fase post operatif merupakan suatu kondisi dimana pasien ke ruang pulih sadar sampai pasien dalam kondisi sadara betul untuk dibawa ke ruang rawat inap. Pengkajian yang dilakukan saat post operatif meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital, airway, breathing, circulation, kesadaran, brome score, aldrete score, dan keluhan.

## 2. Diagnose Keperawatan

Diagnosa Keperawatan Menurut SDKI (2016) Diagnosa keperawatan pre operasi, intra operasi, dan post operasi adalah sebagai berikut :

### a. Pre Operasi

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik.
- 2) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.
- 3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.

b. Intra Operasi

- 1) Risiko cedera dibuktikan dengan pengaturan posisi bedah dan trauma prosedur pembedahan.
- 2) Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan.

c. Post Operasi

- 1) Risiko hipotermia perioperatif dibuktikan dengan prosedur pembedahan
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik.

**3. Intervensi**

| NO          | Diagnosa Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                   | Tujuan                                                                                                                                                                                                                                                                | Intervensi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pre Operasi |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 1.          | <p>Nyeri Akut</p> <p>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 3 bulan</p> <p><b>(D.0077)</b></p> | <p>Miharapkan tingkat nyeri menurun, kriteria hasil:</p> <p>a Keluhan nyeri menurun.</p> <p>Meringis menurun.</p> <p>Sikap protektif menurun.</p> <p>Gelisah menurun</p> <p>Kesulitan tidur e. menurun.</p> <p>f. Frekuensi nadi membaik.</p> <p><b>(L.08066)</b></p> | <p><b>Observasi :</b></p> <p>a. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. karakteristik,</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri.</p> <p>c. Identifikasi nyeri non verbal.</p> <p>d. Identifikasi faktor yang dan memperberat memperingan nyeri</p> <p>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.</p> |

|  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  | <p>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.</p> <p>h. Monitor efek samping penggunaan analgetic</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>a. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, misal:</p> <p>TENS<br/>(Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation),<br/>hipnosis, akupresure, terapi musik,</p> <p>biofeedback ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin).</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.</p> |
|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  | <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</p> <p>e. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> |
|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. | <p>Ansietas</p> <p>Definisi: Kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya memungkinkan yang individu melakukan tindakan. untuk menghadapi ancaman. (D.0080)</p> | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan ansietas menurun, kriteria hasil:</p> <p>a. Verbalisasi kebingungan menurun.</p> <p>b. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</p> <p>c. Perilaku gelisah menurun</p> <p>d. Perilaku tegang menurun</p> <p>e. Konsentrasi membaik</p> | <p>a. Kolaborasi pemberian jika perlu</p> <p>Reduksi Ansietas (1.09314) Observasi:</p> <p>a. Identifikasi saat tingkat berubah ansietas. (mis.kondisi, waktu, stressor.</p> <p>b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan.</p> <p>c. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Ciptakan terapeutik menumbuhkan kepercayaan. suasana untuk</p> <p>b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan.</p> <p>c. Pahami situasi yang membuat</p> |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--|--|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <p>f. Pola tidur membaik<br/>(L.09093)</p> | <p>ansietas mendengarkan dengan penuh perhatian.</p> <p>d. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.</p> <p>e. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan.</p> <p>f. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.</p> <p>g. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang.</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami.</p> <p>b. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis,</p> |
|--|--|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  | <p>pengobatan, dan prognosis.</p> <p>c. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu.</p> <p>d. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, kebutuhan. sesuai</p> <p>e . Anjurka mengungkapkan perasaan dan persepsi.</p> <p>f. Latih kegiatan pengalihan untuk ketegangan. mengurangi</p> <p>g. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat.</p> <p>h. Latih relaksasi.</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian obat</p> |
|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. | <p>Defisit pengetahuan</p> <p>Definisi:</p> <p>Ketiadaan atau kognitif yang berkaitan dengan topik kurangnya informasi tertentu (D.0111)</p> | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan pengetahuan hasil: membaik, kriteria</p> <p>a. Perilaku sesuai anjuran meningkat.</p> <p>b. Verbalisasi minat belajar meningkat.</p> <p>c. Kemampuan menjelaskan suatu topik meningkat.</p> <p>d. Kemampuan kejadian sebelumnya meningkat. menggambar-kan sesuai topik</p> | <p>antlansietas, jika perlu</p> <p>Edukasi Kesehatan (1.12383)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.</p> <p>b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.</p> <p><b>Teraupetik:</b></p> <p>a. Sediakan materi dan pendidikan kesehatan.</p> <p>b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>c. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |  |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                         |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <p>Perilaku sesuai pengetahuan meningkat.</p> <p>f. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</p> <p>g. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.</p> <p>(L.12111)</p> | <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>b. Ajarkan perilaku hidup dan sehat</p> <p>c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Intra Operasi

|    |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | <p>Risiko cedera</p> <p>Definisi: Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik (D.0136)</p> | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan tingkat cedera menurun, kriteria hasil: a Kejadian luka/lecet menurun (L.14136)</p> | <p>Manajemen Keselamatan Lingkungan (1.14513).</p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>a. Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis, kondisi fisik, fungsi kognitif dan riwayat perilaku)</p> <p>b. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan.</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>a. Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis, fisik, biologi, dan kimia), jika memungkinkan.</p> <p>b. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko.</p> <p>c. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. commode chair dan pegangan tangan).</p> <p>d. Gunakan perangkat pelindung (mis.</p> |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                                                                                              |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. | <p>Risiko perdarahan</p> <p>Definisi:</p> <p>Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal</p> | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan tingkat perdarahan menurun, kriteria hasil:</p> | <p>pengekangan isik, rel amping, pintu terkunci, pagar).</p> <p>e. Hubungi berwenang pihak sesuai masalah komunitas (mis, puskesmas, polisi, damkar).</p> <p>f. Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman.</p> <p>g. Lakukan program bahaya lingkungan (mis. timbal). skrining</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a. Ajarkan individu, keluarga dan kelompok. risiko tinggi bahaya lingkungan.</p> <p>Pencegahan (1.02067) Perdarahan</p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>a. Monitor tanda dan gejala perdarahan.</p> <p>b. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin</p> |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>(Terjadi hingga keluar tubuh).</p> <p>(D.0012)</p> | <p>a. Kelembapan membran mukosa meningkat.</p> <p>b. Kelembapan kulit meningkat.</p> <p>c. Hemoptisis menurun.</p> <p>d. Hematuria menurun.</p> <p>e. Hemoglobin membaik.</p> <p>f. Hematokrit membaik.<br/>(L.02017).</p> | <p>sebelum dan setelah kehilangan darah.</p> <p>c. Monitor tanda-tanda vital ortostatik.</p> <p>d. Monitor koagulasi (mis. Prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet).</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>a. Pertahankan bed rest selama perdarahan.</p> <p>b. Batasi tindakan invasif, jika perlu.</p> <p>c. Gunakan kasur pencegah dekubitus</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan.</p> <p>b. Anjurkan menggunakan asupan cairan untuk menghindari konstipasi.</p> <p>c. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan.</p> |
|--|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  | <p>d. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K.</p> <p>e. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan.</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>a. Kolaborasi obat pemberian pengontrol perdarahan, jika perlu.</p> <p>b. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu.</p> <p>c. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu.</p> |
|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Post Operasi

|    |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                         |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | <p>Risiko hipotermia perioperatif</p> <p>Definisi:</p> <p>Berisiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36 derajat Celcius secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan</p> | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan termoregulasi membaik,</p> <p>kriteria hasil:</p> | <p>Manajemen Hipotermia (1.14507)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>a. Monitor suhu tubuh.</p> <p>b. Identifikasi penyebab hipotermia (mis. terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan</p> |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |                                                          |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>hingga 24 jam setelah pembedahan.</p> <p>(D.0141)</p> | <p>a. Menggigil menurun.</p> <p>b. Suhu tubuh membaik</p> <p>c. Suhu kulit membaik</p> <p>(L. 14134)</p> | <p>hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan subkutan).</p> <p>c. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (hipotermia ringan: takipnea, disaktria, menggigil, hipertensi, diuresis; hipotermia sedang: aritmia, hipotensi, apatis, koagulopati, reflek menurun; hipotermia berat: oliguria, reflek menghilang, edema paru, asam-basa abnormal).</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>a. Sediakan lingkungan yang hangat (mis. atur suhu ruangan, inkubator).</p> <p>b. Ganti pakaian dan/atau linen yang basah.</p> <p>c. Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis. kompres hangat, kompres botol hangat, selimut hangat, perawatan metode kangguru)</p> |
|--|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. | <p>Nyeri akut</p> <p>Definisi:</p> <p>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 3 bulan. (D.0077)</p> | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan tingkat nyeri kriteria hasil: menurun,</p> <p>a. nyeri menurun.</p> <p>Keluhan</p> <p>b. Meringis menurun.</p> <p>c. Sikap protektif menurun.</p> <p>d. Gelisah menurun.</p> <p>e. Kesulitan tidur menurun.</p> | <p>d. Lakukan penghangatan aktif internal (mis. infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat).</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a. Anjurkan minum/makan hangat.</p> <p>Manajemen Nyeri (1.08238)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>a. Identifikasi karakteristik, frekuensi, lokasi, durasi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri.</p> <p>c. Identifikasi nyeri verbal. non</p> <p>d. Identifikasi faktor yang memperberat memperingan nyeri. dan</p> <p>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.</p> |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |  |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--|--|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <p>f. Frekuensi nadi membaik.<br/>(L.08066)</p> | <p>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.</p> <p>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.</p> <p>h. Monitor efek samping penggunaan analgetik.</p> <p><b>Teraupetik:</b></p> <p>a. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, misal: (Transcutaneous Electrical TENS Nerve Stimulation), hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin).</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri misal: suhu pencahayaan, kebisingan. ruangan,</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam</p> |
|--|--|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  | <p>pemilihan meredakan nyeri. strategi</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.</p> <p>b. Jelaskan meredakan nyeri. strategi</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</p> <p>e. Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p> |
|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 4. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknis, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan

didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan. (Muttaqin & Sari, 2011).

## **5. Evaluasi**

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah klien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan menentukan evaluasi hasil dibagi 5 komponen yaitu:

- a. Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi
- b. Mengumpulkan data mengenai keadaan klien terbaru
- c. Menganalisa dan membandingkan data terhadap kriteria dari standar
- d. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan
- e. Melaksanakan tindakan sesuai berdasarkan kesimpulan (Muttaqin & Sari, 2011).

## **BAB III**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan pembahasan dalam makalah ini, dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan perioperatif merupakan bagian integral dalam pelayanan kesehatan yang berperan penting dalam menunjang keberhasilan tindakan pembedahan dan keselamatan pasien. Asuhan ini mencakup tiga fase utama yaitu preoperatif, intraoperatif, dan postoperatif yang saling berkesinambungan dan tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Pada fase preoperatif, perawat berperan dalam mempersiapkan kondisi fisik dan psikologis pasien, termasuk mengatasi kecemasan dan meningkatkan pengetahuan pasien. Pada fase intraoperatif, perawat berfokus pada menjaga keselamatan pasien selama tindakan berlangsung melalui pemantauan kondisi fisiologis dan penerapan prinsip sterilitas. Sedangkan pada fase postoperatif, perawat berperan dalam pemantauan kondisi pasien, pencegahan komplikasi seperti infeksi, perdarahan, hipotermia, serta manajemen nyeri dan pemulihan fungsi tubuh.

Selain itu, proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi harus dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan untuk mencapai hasil yang optimal. Berbagai masalah keperawatan yang sering muncul, seperti ansietas, nyeri akut, defisit pengetahuan, risiko cedera, risiko perdarahan, dan risiko hipotermia, memerlukan intervensi yang tepat sesuai standar praktik keperawatan. Implementasi tindakan keperawatan harus dilakukan dengan memperhatikan aspek keamanan, kenyamanan, serta kebutuhan holistik pasien baik secara fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Evaluasi menjadi tahap akhir yang penting untuk menilai keberhasilan intervensi yang telah diberikan serta menentukan tindak lanjut yang diperlukan.

Dengan demikian, dapat ditegaskan bahwa kualitas asuhan keperawatan perioperatif sangat berpengaruh terhadap keberhasilan



tindakan pembedahan, lama rawat inap, serta angka komplikasi dan mortalitas pasien. Oleh karena itu, diperlukan penerapan asuhan keperawatan yang komprehensif, profesional, dan berbasis evidence-based practice guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan tersebut, terdapat beberapa saran yang dapat diberikan. Bagi tenaga keperawatan, diharapkan untuk terus meningkatkan kompetensi, baik pengetahuan maupun keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan perioperatif melalui pelatihan, seminar, dan pendidikan berkelanjutan. Perawat juga diharapkan mampu menerapkan komunikasi terapeutik secara efektif kepada pasien dan keluarga guna mengurangi kecemasan serta meningkatkan kepercayaan dan kerja sama selama proses perawatan. Bagi institusi pelayanan kesehatan, diharapkan dapat menyediakan fasilitas, sarana, dan prasarana yang memadai serta mendukung pelaksanaan standar operasional prosedur (SOP) yang sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Selain itu, perlu adanya pengawasan dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan guna menjamin kualitas dan keselamatan pasien. Bagi institusi pendidikan, diharapkan dapat meningkatkan kualitas pembelajaran terkait keperawatan perioperatif dengan memberikan materi yang komprehensif serta praktik klinik yang memadai sehingga mahasiswa memiliki kesiapan dalam menghadapi situasi nyata di lapangan. Bagi pasien dan keluarga, diharapkan dapat lebih aktif dalam mengikuti edukasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan, mematuhi anjuran perawatan, serta berperan dalam proses pemulihan agar hasil yang dicapai lebih optimal. Bagi peneliti selanjutnya, disarankan untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai inovasi dalam asuhan keperawatan perioperatif, terutama dalam upaya pencegahan komplikasi, manajemen nyeri, serta peningkatan kualitas hidup pasien pasca operasi. Dengan adanya penelitian yang berkelanjutan,

diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Kesehatan, M. (2025). *Perioperative nursing in bariatric surgery patients: literature review*. 12, 360–368.
- Pendekatan, D., & Adaptasi, T. (2023). *Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Adenoma Hipofisis Dengan Pendekatan Teori Adaptasi Roy*. 6, 1975–1982.
- Penerapan, D. A. N., Kenyamanan, T., & Dalam, K. (2025). *Application Of Kolcaba ' S Comfort Theory In Nursing*. 26–40.
- Pomalango, Z. B. (2023). *Penerapan Teori Keperawatan Comfort Katharine Kolcaba dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Perioperatif*. 1(3), 118–127.