

**PENGARUH PENGATURAN POSISI TERHADAP PEMULIHAN  
KEADAAN PASIEN DI RECOVERY ROOM DI RSUD  
DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI  
TAHUN 2018**

**SKRIPSI**



**Oleh**

**DEWI DESWITA**  
**1614201116**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
PERINTIS SUMATERA BARAT  
TAHUN 2018**

**PENGARUH PENGATURAN POSISI TERHADAP PEMULIHAN  
KEADAAN PASIEN DI RECOVERY ROOM DI RSUD  
DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI  
TAHUN 2018**

**SKRIPSI**

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar  
Sarjana Keperawatan di STIKes Perintis Padang*



**Oleh**

**DEWI DESWITA**  
**1614201116**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
PERINTIS SUMATERA BARAT  
TAHUN 2018**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**PENGARUH PENGATURAN POSISI TERHADAP LAMA PEMULIHAN  
KEADAAN PASIEN POST OPERASI DENGAN ANESTESI UMUM  
DI RECOVERY ROOM RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2018**

Oleh :

**DEWI DESWITA**  
1614201116

Skripsi ini telah disetujui dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi  
penelitian Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang

Bukittinggi, 20 Februari 2018

Dosen pembimbing

Pembimbing 1



**Ns. Mera Delima, M.Kep**  
NIK. 1420101107296019

Pembimbing 2



**Ns. Kalana Kartika, M.Si**  
NIK. 1440115108005038

Diketahui,

Ketua Prodi Sarjana Keperawatan  
STIKes Perintis Padang



**Ns. Ida Suryati, M.Kep**  
NIK. 1420130047501027

**HALAMAN PENGESAHAN**

**PENGARUH PENGATURAN POSISI TERHADAP LAMA PEMULIHAN  
KEADAAN PASIEN POST OPERASI DENGAN ANESTESI UMUM  
DI RECOVERY ROOM RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2018**

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji  
pada :

Hari/ tanggal : Selasa, 20 Februari 2018

Pukul : 15.00 – 16.00 wib

Oleh :

**DEWI DESWITA**  
**1614201116**

Dan yang bersangkutan dinyatakan

**LULUS**

Tim Penguji :

Penguji I : Supiyah, S.Kep, M.Kep : 

Penguji II : Ns. Mera Delima, M.Kep : 

Mengetahui,

Ketua Prodi Sarjana Keperawatan  
STIKes Perintis Padang



**Ns. Ida Suryati, M.Kep**  
**NIK. 1420130047501027**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN STIKES PERINTIS  
PADANG  
Skripsi, Maret, 2018**

**Dewi Deswita**

**Pengaruh Pengaturan Posisi terhadap Pemulihan Keadaan Pasien di  
Recovery Room RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018**  
VI + 56 halaman, 7 tabel, 2 skema, 9 lampiran

**ABSTRAK**

Tindakan pembedahan merupakan salah satu pilihan untuk mengatasi masalah penyakit atau kesehatan pada praktik kedokteran modern. Setelah pembedahan, perawat memeriksa keadaan pasien dan merawatnya di ruang pemulihan (*recovery room*) (*World Alliance For Patients Safety*, 2008). Fenomena yang ditemukan di lapangan bahwa ada beberapa pasien di *recovery room* yang dengan masa pemulihan lebih dari 1 hari bahkan mencapai 3-4 hari. Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh pengaturan posisi terhadap pemulihan keadaan pasien di *recovery room*. Metode: Jenis penelitian pra-experimental design, dengan rancangan perbandingan kelompok statis (*Statis Group Comparison*). Populasi adalah semua pasien pasca operasi dengan anestesi umum yang dirawat di *recovery room* Cara pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *total sampling*, berjumlah 30 orang. Pengolahan dan analisa data dilakukan secara komputerisasi. Hasil: Hasil analisa univariat diketahui rata-rata waktu pemulihan keadaan pasien yang dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit adalah 1,67 hari, dan yang tidak dilakukan pengaturan posisi adalah 2,73 hari. Hasil bivariat ada pengaruh pengaturan posisi terhadap pemulihan keadaan pasien di *recovery room* ( $p = 0,011$ ). Kesimpulan dan Saran: Disimpulkan bahwa ada pengaruh pengaturan posisi terhadap pemulihan keadaan pasien di *recovery room*. Diharapkan kepada petugas agar melakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit untuk mempercepat pemulihan pasien pasca operasi dengan anestesi general.

*Kata kunci* : *Pengaturan posisi, Pemulihan keadaan pasien*

Daftar Bacaan : 32 (2001 – 2016)

**NURSING SCIENCE PROGRAM PERINTIS SHCOOL OF HEALTH  
SCIENCE**

*Research, March 2018*

**Dewi Deswita**

***Position Position Influence on Recovery of Patient Condition in Recovery Room  
RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Year 2018***

*VI + 56 pages, 7 tables, 2 schemes, 9 attachments*

**ABSTRACT**

*Surgery is an option to address disease or health problems in modern medicine practice. After the surgery, the nurse checks the patient's condition and treats it in the recovery room (World Alliance For Patients Safety, 2008). The phenomenon found in the field that there are some patients in recovery room with a recovery period of more than 1 day even reach 3-4 days. The purpose of this research is to know the effect of positioning on the recovery of patient condition in recovery room. Methods: Type of pre-experimental design study, with static group comparison design (Static Group Comparison). Population were all postoperative patients with general anesthesia treated in recovery room Methods of sampling using total sampling technique, amounted to 30 people. Processing and data analysis is done computerized. Result: The univariate analysis result showed that the average recovery time of the patient who performed positioning every 15 - 30 minutes was 1.67 days, and the non-positioning was 2.73 days. Bivariate results have effect of position setting on recovery of patient condition in recovery room ( $p = 0,011$ ). Conclusion and Suggestion: It is concluded that there is an effect of positioning on the recovery of the patient's condition in recovery room. It is expected that officers should make position arrangements every 15 - 30 minutes to accelerate the recovery of postoperative patients under general anesthesia*

*Keywords: Positioning, Recovery of patient's condition*

*Reading List: 32 (2001 - 2016)*

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Dewi Deswita  
Tempat / Tgl Lahir : Payakumbuh, 2 Desember 1973  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Jambak Dalam Bukit Apit Bukittinggi  
Hp : 0813 63 288 784  
Nama Suami : Wewen Arianto Putra

Nama Anak

1. Rahmat Alqadri
2. Faiz Alrazaq
3. Roffi Alhalim

Nama Orang Tua

1.ayah : Usman Jamil  
2. Ibu : Warti nurman

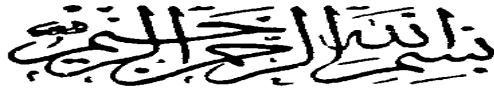
### **I Riwayat Pendidikan :**

1. SD No. 1 Sicincin tahun 1985
2. SMP No. 1 Sicincin tahun 1989
3. SMA No. 1 Sicincin tahun 1992
4. AKPER Perintis Bukittinggi tahun 1995
5. STIKes Perintis Bukittinggi tahun 2018

### **Riwayat Pekerjaan**

1. RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 1997 - sekarang

## KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur peneliti ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Pengaruh Pengaturan Posisi terhadap Pemulihan Keadaan Pasien di *Recovery Room* RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”**.

Dalam penulisan skripsi ini peneliti banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu peneliti ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp. M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Sumbar
2. Ibu Ns. Yaslina, M. Kep. Sp. Kom selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbar.
3. Ibu Ns. Mera Delima, M.Kep selaku pembimbing I yang telah memberikan arahan dan petunjuk selama dalam penulisan skripsi ini
4. Ibu Ns. Kalpana Kartika, M.Si selaku pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu serta pemikiran dalam memberikan petunjuk, pengarahan maupun saran dan dorongan sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi.
5. Direktur RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
6. Bapak dan Ibu dosen Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbar yang telah memberikan bekal ilmu kepada peneliti.



7. Rekan-rekan Mahasiswa Prodi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbar yang telah banyak memberikan masukan dan semangat yang sangat berguna dalam menyelesaikan penulisan skripsi ini.

Sekalipun peneliti telah mencurahkan segenap pemikiran, tenaga dan waktu agar tulisan ini menjadi lebih baik, peneliti menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih belum sempurna, oleh sebab itu peneliti dengan senang hati menerima saran dan kritikan yang bersifat membangun demi kesempurnaan penulisan dimasa yang akan datang.

Akhirnya, pada-Nya jualah kita berserah diri semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya profesi keperawatan. Amin.

Bukittinggi, Maret 2018

Peneliti

# DAFTAR ISI

## Halaman

<b>HALAMAN JUDUL</b>	
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>ABSTRAK</b>	
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	i
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	v
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	vi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Perumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	6
1.5 Ruang Lingkup Penelitian .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Teoritis .....	8
2.1.1 <i>Recovery Room (RR)</i> .....	8
2.2.2 Operasi .....	14
2.2.3 Anestesi.....	24
2.1.4 Pengaturan Posisi.....	29
2.2 Penelitian Terkait .....	34
2.3 Kerangka Teori.....	36
<b>BAB III KERANGKA KONSEP</b>	
3.1 Kerangka Konsep .....	37
3.2 Defenisi Operasional .....	38
3.3 Hipotesis .....	38
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Jenis dan Desain Penelitian .....	40
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian .....	41
4.3 Populasi dan Sampel .....	41
4.4 Instrumen Penelitian.....	41
4.5 Pengumpulan Data .....	42
4.6 Pengolahan dan Analisa Data .....	43

4.7 Etika Penelitian .....	45
<b>BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
5.1 Hasil Penelitian .....	47
5.2 Pembahasan.....	49
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
6.1 Kesimpulan .....	55
6.2 Saran.....	55
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Nomor Tabel		Halaman
2.1	Penelitian Terkait .....	34
3.1	Defenisi Operasional .....	38
4.1	Rancangan penelitian <i>Quasy experimental design</i> .....	40
4.2	Kriteria Pasien yang Dipindahkan ke Ruang Perawatan.....	42
5.1	Rata-rata Waktu Pemulihan Keadaan Pasien yang Dilakukan Pengaturan Posisi Setiap 15 – 30 Menit di <i>Recovery Room</i> RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018 .....	47
5.2	Rata-rata Waktu Pemulihan Keadaan Pasien yang Tidak Dilakukan Pengaturan Posisi Setiap 15 – 30 Menit di <i>Recovery Room</i> RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018 .....	48
5.3	Pengaruh Pengaturan Posisi terhadap Pemulihan Keadaan Pasien di <i>Recovery Room</i> RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.....	48

## DAFTAR SKEMA

Nomor Skema		Halaman
2.1	Kerangka Teori.....	36
3.1	Kerangka Konsep .....	37

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Observasi Pemulihan Pasien
- Lampiran 2 Lembar Observasi Lama Waktu Pemulihan
- Lampiran 3 Standar Operasional Prosedur
- Lampiran 4 Ghant Chart
- Lampiran 5 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 6 Surat Keterangan telah Melakukan Penelitian
- Lampiran 7 Master Tabel
- Lampiran 8 Hasil Pengolahan dan Analisa Data
- Lampiran 9 Lembar Konsultasi

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Keperawatan pasca operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif, dimana proses keperawatan ditujukan untuk menstabilkan kondisi pasien pada keadaan ekuilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pasien dipindahkan dengan perhatian khusus untuk mempertahankan kenyamanan dan keselamatan selang dan peralatan drainase dengan ditangani secara cermat untuk fungsi yang optimal (Heriana, 2014). Ada beberapa masalah yang sering muncul pada pasca pembedahan diantaranya luka akan mengalami stress selama masa penyembuhan akibat dari nutrisi yang tidak adekuat, gangguan sirkulasi dan perubahan metabolisme yang dapat memperlambat penyembuhan luka (Potter & Perry, 2006).

Tindakan pembedahan merupakan salah satu pilihan untuk mengatasi masalah penyakit atau kesehatan pada praktik kedokteran modern. Tindakan pembedahan bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan, dan komplikasi. Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa selama lebih dari satu abad perawatan bedah telah menjadi komponen penting dari perawatan kesehatan di seluruh dunia (*World Alliance For Patients Safety*, 2008)

Setelah pembedahan, perawat memeriksa keadaan pasien dan merawatnya di ruang pemulihan (*recovery room*). Di ruang ini pasien biasanya ditidurkan tanpa bantal di kepala. Posisi ini mempertahankan jalan napas terbuka dan memungkinkan drainase mukus atau muntah. Pasien dengan anestesi spinal harus

berbaring datar, lengan atas pasien diberi bantal di bawahnya, sehingga tidak menghentikan gerakan dada untuk bernafas (Ester, 2005).

Mobilisasi merupakan faktor yang menonjol dalam penyembuhan atau pemulihan luka pasca bedah serta optimalnya fungsi pernafasan. Mobilisasi akan mencegah kekakuan otot dan sendi hingga juga mengurangi nyeri, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan luka (Rustianawati, 2013).

Dalam kondisi immobilisasi (tirah baring lama), sebaiknya perawat lebih peka untuk menilai kebutuhan perubahan posisi pasien dan perawatan pada pasien. Beberapa literature merekomendasikan perubahan posisi dan perubahan posisi dilakukan minimal setiap 2 jam. Literatur lain menyebutkan pengaturan posisi sebaiknya dilakukan tiap 2-3 jam di tempat tidur sepanjang 24 jam. Pada pelaksanaannya, pengaturan posisi pada pasien terutama pada pasien tirah baring lama masih belum konsisten baik dari tehnik pengaturan posisi ataupun dari segi rentang waktu yang dibutuhkan dalam merubah posisi pasien (Purnamawati, 2014).

Keberhasilan pengaturan posisi dalam pemulihan pasca pembedahan telah dibuktikan dalam suatu penelitian terhadap pemulihan peristaltik usus pada pasien pasca pembedahan. Hasil penelitian tersebut adalah mobilisasi diperlukan bagi pasien pasca pembedahan untuk membantu mempercepat pemulihan usus dan penyembuhan pasien (Wiyono, 2008). Pada penelitian Ditya (2016), diketahui bahwa terdapat hubungan antara mobilisasi dini dengan proses penyembuhan luka pasien pasca laparatomi.



Pada penelitian tentang pengaruh mobilisasi dini pada 24 jam pertama setelah *Total Knee Replacement* (TKR) didapatkan hasil bahwa pengaturan posisi merupakan cara yang murah dan efektif untuk mengurangi timbulnya trombosis vena pada pasca operasi (Chandrasekaran, 2009). Trombosis vena merupakan salah satu komplikasi yang dapat terjadi pada pasca pembedahan akibat sirkulasi yang tidak lancar (Smeltzer dan Bare, 2013). Penelitian lain juga mengungkapkan bahwa latihan peningkatan kekuatan otot melalui mobilisasi merupakan metode yang efektif dalam pengembalian fungsi otot pada pasien pasca operasi (Suetta et.al, 2007).

Menurut penelitian Rustianawati (2013), mobilisasi yang dilakukan 2 jam pertama lebih efektif dilakukan dari pada 6 jam pasca pembedahan (Rustianawati, 2013). Mengganti-ganti posisi di tempat tidur, berjalan dan melakukan gerakan-gerakan yang dianjurkan dokter atau perawat akan memperbaiki sirkulasi sehingga terhindar dari resiko pembekuan darah karena pembekuan darah ini dapat memperlambat penyembuhan luka. Mobilisasi dapat mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli, dengan mobilisasi sirkulasi darah normal/lancar sehingga resiko terjadinya trombosis dan tromboemboli dapat dihindarkan. Mobilisasi segera setahap demi setahap berguna untuk membantu penyembuhan luka operasi. (Rodd, 2008).

Penelitian Wiyono dan Arifah (2008) menyebutkan bahwa pasien sebenarnya hanya membutuhkan waktu 2 jam 15 menit untuk pemulihan *peristaltik* dan ada pasien yang membutuhkan waktu sampai 3 jam 30 menit, sehingga pasien yang bisa mengakhiri puasa lebih awal dan ada yang mengakhiri puasa lebih lambat dari perkiraan waktu yang ditetapkan.

Lamanya waktu yang dihabiskan pasien di *recovery room* tergantung kepada berbagai faktor termasuk durasi dan jenis pembedahan, teknik anestesi, jenis obat dan dosis yang diberikan dan kondisi umum pasien. Sebagian besar unit memiliki kebijakan yang menentukan lamanya berada di ruang pemulihan. Menurut Gwinnut (2012) dalam bukunya mengatakan sekitar 30 menit berada dalam ruang pemulihan dan itu pun memenuhi kriteria pengeluaran. Menurut Direktorat Jenderal Pelayanan Medik dan Keperawatan Departemen Kesehatan tahun 2002, bahwa ketergantungan pasien di ruang pemulihan adalah 60 menit.

Menurut penelitian Apriliana (2013), rerata waktu pasien pasca operasi tinggal di ruang pemulihan menurut teknik anestesiya didapatkan penggunaan General Anestesi lebih lama dibandingkan Regional yaitu dengan waktu 60,24 menit. Dilihat dari sistem penilaiannya saja sudah berbeda. Penilaian umum yang di gunakan untuk General Anestesi adalah Skor Alderete yaitu meliputi assesment dari pasien yaitu 1. Aktifitas/ mobilisasi atau gerakan ekstremitas dalam menanggapi permintaan, 2. Respirasi, 3. Sirkulasi, 4. Tingkat kesadaran, dan 5. Warna kulit. Tekanan darah sistemik dan detak jantung harus relatif stabil dan konstan selama minimal 15 menit sebelum pulang dari ruang pemulihan.

Data yang diperoleh rekam medik RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, diketahui bahwa jumlah pasien *recovery room* tahun 2015 adalah 239 orang, dan pada 2016 sebanyak 371 orang. Fenomena yang ditemukan di lapangan bahwa ada beberapa pasien di *recovery room* yang dengan masa pemulihan bermacam-macam, ada yang kurang dari 1 hari, atau lebih dari 1 hari bahkan mencapai 3-4 hari. SOP tentang pengaturan posisi bagi pasien yang mengalami waktu pulih sadar lama, belum ada di ruangan ini.

Hasil wawancara dengan petugas di *recovery room* diperoleh informasi bahwa waktu pulih sadar pasien bermacam-macam, ada yang pulih dalam waktu 60 menit, 2 jam, bahkan ada yang pulih dalam waktu 2 – 4 hari. Pasien pasca bedah dengan anestesi umum akan dirawat di *recovery room* dengan posisi pasien ditidurkan tanpa bantal di kepala. Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan jalan napas terbuka dan memungkinkan drainase mukus atau muntah. Jika pasien dibiarkan tidur dengan posisi yang sama dalam jangka waktu tersebut, tentunya akan berdampak pada terjadinya dekubitus dan proses pemulihan semakin lama. Oleh sebab itu peneliti tertarik untuk meneliti lebih lanjut tentang pengaruh pengaturan posisi terhadap pemulihan keadaan pasien di *recovery room* RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan permasalahan diatas maka dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu apakah ada pengaruh pengaturan posisi terhadap pemulihan keadaan pasien di *recovery room* RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018?.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk menganalisis pengaruh pengaturan posisi terhadap pemulihan keadaan pasien di *recovery room* RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Mengidentifikasi rata-rata waktu pemulihan keadaan pasien yang dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit di *recovery room* RSUD

Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

1.3.2.2 Mengidentifikasi rata-rata waktu pemulihan keadaan pasien yang tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit di *recovery room* RSUD

Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

1.3.2.3 Mempelajari pengaruh pengaturan posisi terhadap pemulihan keadaan pasien di *recovery room* RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun

2018

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dapat di gunakan sebagai masukan dan informasi tambahan kepada perawat di *recovery room* dan mahasiswa untuk meningkatkan pengetahuan perawat tentang pengaruh pengaturan posisi terhadap pemulihan pasien

### **1.4.2 Institusi Pendidikan**

Hasil penelitian ini bermanfaat sebagai informasi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang dirawat di *recovery room*.

### **1.4.3 Peneliti**

Penelitian ini dapat menambah wawasan dan menjadi pengalaman yang sangat berharga bagi peneliti dalam mengaplikasikan pengetahuan yang di peroleh selama pendidikan.

## 1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini tentang pengaruh pengaturan posisi terhadap pemulihan keadaan pasien di recovery room. Penelitian ini dilakukan karena adanya pasien post-op yang mengalami masa pemulihan lebih dari 60 menit. Jenis penelitian *pra-experimental design*, dengan rancangan *Statis Group Comparison*, sebagian sampel dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit dan sebagian tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit. Penelitian dilakukan di *recovery room* di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada bulan Januari 2018. Populasi adalah semua pasien yang dirawat di *recovery room* di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, dengan jumlah rata-rata 30 orang per bulan, dengan pengambilan sampel secara *total sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan pengukuran langsung, kemudian diolah dan dianalisa menggunakan uji statistik t-test independent (*independent sample t-test*).

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Teoritis**

##### **2.1.1 *Recovery Room* (RR)**

###### **2.1.1.1 Pengertian**

Ruang pemulihan (*Recovery Room*) atau disebut juga *Post Anesthesia Care Unit* (*PACU*) adalah ruangan tempat untuk menstabilkan kembali equilibrium fisiologi pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi sehingga fungsinya menjadi optimal dengan cepat, aman dan nyaman mungkin (Brunner & Suddarth, 2007)

Ruangan Pemulihan (*Recovery Room*) adalah ruangan khusus pasca anestesi / bedah yang berada di kompleks kamar operasi yang dilengkapi tempat tidur khusus, alat pantau, alat/ obat resusitasi, tenaga terampil dalam bidang resusitasi dan gawat darurat serta disupervisi oleh dokter anestesi dan spesialis bedah (Mangku, 2010).

Ruang pemulihan adalah ruangan yang berdekatan dengan kamar operasi untuk merawat pasien pasca operasi yang masih dibawah pengaruh anestesi. Di ruang ini dokter bedah, anestesi dan perawat memantau keadaan pasien setelah menjalani operasi. Penciptaan PACU telah secara signifikan dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas yang terkait dengan anestesi dan pembedahan. Dalam penelitian selama 10 tahun terakhir, telah melihat peningkatan dalam jumlah prosedur, kompleksitas prosedur, dan status ASA (*American Society of Anesthesiology*) pasien (Coyle, 2005).

### **2.1.1.2 Kriteria *Recovery Room***

Kriteria ruangan/ unit perawatan pasca anestesi adalah sebagai berikut :

- a. Ruangan dijaga agar tenang, bersih dan bebas dari peralatan yang tidak diperlukan
- b. Ruangan juga harus dicat dengan warna lembut dan menyenangkan
- c. Mempunyai pencahayaan tidak langsung
- d. Kedap suara
- e. Memiliki peralatan yang mengontrol atau menghilangkan suara
- f. Memiliki ruangan terisolasi (kotak berkaca) untuk pasien yang terganggu
- g. Tersedia alat pemantau untuk memberikan penilaian yang akurat dan cepat tentang kondisi pasien (Heriana, 2014).

Jarak antara ruang bedah dan ruang pemulihan seyogyanya tidak terlalu jauh dan dalam ruang pemulihan perlu disediakan tenaga perawat khusus yang akan mengawasi penderita dalam masa kritis di jam-jam pertama pasca bedah. Dalam ruangan ini harus tersedia oksigen beserta perangkat pemberiannya, nampan trakeostomi, perangkat pencegah syok, seperti cairan intravena, alat transfusi, pompa isap, lampu tempat tidur, serta perlengkapan balut membalut dan perawatan luka. Yang paling utama adalah pengawasan jalan napas penderita sampai ia sadar penuh (Syamsuhidajat dan Jong, 2005).

Ketenagaan dalam ruangan pemulihan harus dibawah pengawasan dokter Anestesi dan dokter bedah (*American Society Of Anesthesiologist Standar PACU*, 2009)

- a. Perawat terlatih khusus dalam menangani pasien yang pulih dari anesthesia seperti manajemen jalan napas, ACLS dan masalah – masalah

yang berkaitan dengan perawatan luka, drainase , kateter dan perdarahan pasca bedah.

- b. Rasio pasien yaitu : 3 : 1 ( Ideal ) 2 : 1 ( Gawat ) 1 : 1 ( Sangat gawat )

### **2.1.1.3 Pengkajian di *Recovery Room***

Pasien di ruang pemulihan dilakukan pengkajian pasca-operasi meliputi enam hal yang harus diperhatikan atau yang lebih dikenal dengan monitoring B6, yaitu masalah *breathing* (napas), *blood* (darah), *brain* (otak), *bladder* (kandung kemih), *bowel* (usus) dan *bone* (tulang) (Rothrock, 1990 dalam Eriawan, 2013).

Menurut Heriana (2014), perawat di RR harus memeriksa atau mengkaji hal-hal berikut :

- a. Diagnosis medis dan jenis pembedahan yang dilakukan
- b. Usia dan kondisi umum pasien, keefektifan jalan napas dan tanda vital
- c. Anestetik dan medikasi lain yang digunakan
- d. Segala masalah yang terjadi dalam ruangan operasi yang mungkin mempengaruhi perawatan pasca operatif (seperti hemoragik, syok, henti jantung)
- e. Patologi yang dihadapi (keluarga sudah mendapat informasi tentang kondisi pasien)
- f. Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian
- g. Segala selang, drain, kateter atau alat bantu pendukung lainnya
- h. Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anestesi yang berperan



#### **2.1.1.4 Tindakan Keperawatan di *Recovery Room***

Tindakan keperawatan yang dilakukan pasca-operasi terdiri dari 8 tindakan yang meliputi pengelolaan jalan napas, monitor sirkulasi, monitoring cairan dan elektrolit, monitoring suhu tubuh, menilai dengan *aldrete score*, pengelolaan keamanan dan kenyamanan pasien, serah terima dengan petugas ruang operasi dan serah terima dengan petugas ruang perawatan (bangsal) (Rothrock, 1990 dalam Eriawan, 2013).

Tugas perawat di recovery room adalah sebagai berikut :

- a. Selama 2 jam pertama, periksalah nadi dan pernafasan setiap 15 menit, lalu setiap 30 menit selama 2 jam berikutnya. Setelah itu bila keadaan tetap baik, pemeriksaan dapat diperlambat. Bila tidak ada petunjuk khusus, lakukan setiap 30 menit. Laporkan pula bila ada tanda-tanda syok, perdarahan dan menggigil.
- b. Infus, kateter dan drain yang terpasang perlu juga diperhatikan
- c. Jagalah agar saluran pernafasan tetap lancar. Klien yang muntah dimiringkan kepalanya, kemudian bersihkan hidung dan mulutnya dari sisa muntahan. Bila perlu, suction sisa muntahan dari tenggorokan.
- d. Klien yang belum sadar jangan diberi bantal agar tidak menyumbat saluran pernafasan. Bila perlu, pasang bantal di bawah punggung, sehingga kepala berada dalam sikap mendongak. Pada klien dengan laparotomi, tekuk sedikit lututnya agar perut menjadi lemas dan tidak merenggangkan jahitan luka.
- e. Usahakan agar klien bersikap tenang dan rileks.

- f. Tidak perlu segan untuk melaporkan semua gejala yang perawat anggap perlu untuk mendapatkan perhatian, termasuk gejala yang “tampaknya” tidak berbahaya.

Adapun tindakan keperawatan yang harus dilakukan di *recovery room* adalah:

- a. Pemantauan tanda vital dan status fisik umum pasien setiap 15 menit
- b. Pertimbangan respiratorik

Pasien dengan anestesi umum atau spinal biasanya lama akan sadar dan semua ototnya relaks. relaksasi ini meluas sampai ke otot-otot faring, oleh karenanya ketika pasien berbaring terlentang, rahang bawah dan lidahnya jatuh ke belakang. Satu-satunya cara untuk mengetahui apakah pasien bernafas atau tidak adalah dengan menempatkan telapak tangan di atas hidung dan mulut pasien untuk merasakan hembusan napas. Tindakan ini dilakukan dengan mendongakkan kepala ke belakang dan mendorong ke depan gigi bawah didepan gigi atas (ekstensi kepala)

- c. Membersihkan sekresi dari jalan napas

Kesulitan bernapas dapat terjadi akibat sekresi lendir yang berlebihan. Membalikkan pasien dari satu sisi ke sisi lainnya memungkinkan cairan terkumpul untuk keluar dari sisi mulut. Jika gigi pasien mengatup, mulut dapat dibuka secara manual, tetapi hati-hati dengan spatel lidah yang dibungkus kassa. Jika sudah muntah, pasien dibalikkan miring dan muntahan dikumpulkan dalam piala ginjal.

- d. Pengaturan posisi

Tempat tidur dijaga agar tetap datar sampai pasien kembali sadar, kecuali bila ada kontraindikasi, pasien yang tidak sadar diposisikan miring

ke satu sisi dengan bantal pada bagian punggungnya dan dengan dagu diekstensikan untuk meminimalkan bahaya aspirasi. Posisi pasien perlu diatur di tempat tidur ruang pulih. Hal ini perlu diperhatikan untuk mencegah kemungkinan :

- 1) Sumbatan jalan napas, pada pasien belum sadar
- 2) Tertindihnya/terjepitnya satu bagian anggota tubuh
- 3) Terjadinya dislokasi sendi-sendi anggota gerak
- 4) Hipotensi, pada pasien dengan analgesia regional
- 5) Gangguan kelancaran aliran infus (Apriliana, 2013).

Posisi pasien diatur sedemikian rupa tergantung kebutuhan sehingga nyaman dan aman bagi pasien, antara lain:

- 1) Posisi miring stabil pada pasien operasi tonsil
- 2) Ekstensi kepala, pada pasien yang belum sadar
- 3) Posisi terlentang dengan elevansi kedua tungkai dan bahu (kepala) pada pasien blok spinal dan bedah otak (Apriliana, 2013).

Posisi yang baik bagi pasien post op di *recovery room* adalah tempat tidur dijaga agar tetap datar sampai pasien kembali sadar, kecuali bila ada kontraindikasi, pasien yang tidak sadar diposisikan miring ke satu sisi dengan bantal pada bagian punggungnya dan dengan dagu diekstensikan untuk meminimalkan bahaya aspirasi. Lutut difleksikan dan bantal diletakkan diantara tungkai untuk mengurangi tegangan abdomen. Jika berbaring miring merupakan kontra indikasi, maka hanya bagian kepala pasien saja yang dimiringkan (Heriana, 2014).

Mengganti-ganti posisi di tempat tidur, berjalan dan melakukan gerakan-gerakan yang dianjurkan dokter atau perawat akan memperbaiki sirkulasi sehingga terhindar dari resiko pembekuan darah karena pembekuan darah ini dapat memperlambat penyembuhan luka. mobilisasi dapat mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli, dengan mobilisasi sirkulasi darah normal/lancar sehingga resiko terjadinya trombosis dan tromboemboli dapat dihindarkan. Mobilisasi yang dilakukan akan memperlancar peredaran darah sekitar luka operasi sehingga sirkulasi nutrisi kearah luka terserap dengan baik dan proses penyembuhan luka cepat (Gusty, 2011).

e. Dukungan Psikologik

Memberikan dukungan psikologik sangat penting untuk mengatasi segala bentuk ketakutan dan kekhawatiran (Heriana, 2014).

## **2.1.2 Operasi**

### **2.1.2.1 Komplikasi Operatif**

Perawat mempunyai peranan penting dalam pencegahan komplikasi dan berkolaborasi dengan dokter dan anggota tim perawatan lainnya. Komplikasi operatif tersebut antara lain :

a. Syok

Syok secara umum adalah suatu keadaan dimana tidak adekuatnya aliran darah ke organ vital dan ketidak mampuan jaringan dari organ tersebut untuk menggunakan oksigen dan nutrien. Tanda syok yaitu pucat,;kulit kedinginan, basah; pernafasan cepat; sianosis pada bibir, gusi dan lidah;

nadi cepat, lemah; penurunan tekanan nadi; biasanya tekanan darah rendah dan urine pekat.

b. Hemoragik

Hemoragik dapat terjadi pada waktu pembedahan, selama beberapa jam setelah pembedahan ketika kenaikan tekanan darah ke tingkat normalnya melepaskan bekuan yang tersangkut dengan tidak aman dari pembuluh darah yang terikat. atau terjadi waktu setelah pembedahan ketika pembuluh darah tidak terikat dengan baik atau terinfeksi.

c. Trombosis vena profunda

Yaitu trombosis pada vena yang letaknya dalam dan bukan superfisial. Cirinya adalah nyeri atau kram pada betis.

d. Emboli pulmonal

Yaitu benda asing (bekuan darah, udara, lemak) yang terlepas dari tempat asalnya dan terbawa di sepanjang aliran darah.

e. Komplikasi pernapasan

Komplikasi ini mungkin timbul termasuk hipoksemia yang tidak terdeteksi, atelektasis, bronkitis, pneumonia

f. Retensi urin

Retensi urin sering terjadi setelah pembedahan pada rektum, anus dan vagina. Penyebab utama diduga adalah spasme spinkter kandung kemih.

g. Obstruksi usus

Komplikasi ini paling sering terjadi setelah pembedahan pada abdomen bagian bawah dan pelvis, terutama setelah pemasangan drainase. Dengan diberikan anestesi tertentu dapat menyebabkan usus berhenti dari

aktivitasnya, dan membutuhkan waktu yang lama guna mengaktifkan gerakan peristaltik usus tersebut. Bising usus terdengar lemah atau hilang disebabkan oleh karena pengosongan lambung yang lambat akibat dari pengaruh anestesi (Potter & Perry, 2006).

Perempuan memiliki peluang lebih besar mengalami gangguan penurunan peristaltik usus lebih banyak dibanding laki-laki. Hal ini disebabkan karena adanya perubahan hormon estrogen dan progesterone yang terjadi pada perempuan. Adanya peningkatan hormon progesterone maupun penurunan hormon estrogen akan merelaksasi kerja otot-otot polos pada usus yang menyebabkan terjadinya penurunan peristaltik usus. Perbedaan usia akan mempengaruhi waktu pemulihan peristaltik usus, semakin lanjut umur seseorang, semakin mempengaruhi kemampuan tubuh untuk beradaptasi dalam pemulihan peristaltik usus paska pembedahan (Sriharyanti, 2016).

#### h. Psikosis pasca operatif

Pembedahan yang mengakibatkan perubahan bentuk tubuh dan pembedahan kanker dapat mencetuskan masalah emosional yang mendalam pada pasien (Heriana, 2014). Efek fisiologis yang ditimbulkan tubuh seseorang dalam menjalani operasi berbeda-beda, tergantung dari kondisi fisik pasien, jenis bedah yang dilakukan, jenis anestesi yang dipakai, jenis obat yang diberikan, dan juga banyaknya dosis obat yang diberikan. Semua hal itu dapat berpengaruh terhadap waktu pulih sadar pasien post operasi (Nurzallah, 2015).

### 2.1.2.2 Pengelolaan Masalah Intraoperatif dan Pasca Operatif

#### a. Sinkop

Merupakan masalah yang paling sering berkaitan dengan lingkungan *same-day surgery*. Klien sering memperlihatkan kepucatan pada wajah, berkeringat, mual dan merasa kepala ringan sebelum kehilangan kesadaran, yang sering berkaitan dengan tindakan persiapan sederhana seperti pemasangan slang intravena. Sinkop dapat diatasi dengan pemberian posisi trendeleburg dan pemberian oksigen serta atropin.

#### b. Perubahan hemodinamik

##### 1) Hipotensi

Penurunan sesaat tekanan darah dapat disebabkan oleh perubahan posisi klien yang mendadak. Penurunan tekanan darah yang signifikan dan menetap disebabkan oleh penurunan bermakna preload ventrikel atau penurunan kontraktilitas miokardium.

##### 2) Hipertensi

Klien dengan hipertensi esensial yang terkontrol harus meneruskan pengobatan menjelang dan pada hari pembedahan. Induksi dan pemulihan bagi individu hipertensi adalah periode dengan kondisi klien yang stabilitas hemodinamiknya paling bervariasi

#### c. Mual dan Muntah

Faktor-faktor yang berperan menimbulkan mual dan muntah adalah rasa cemas, menelan udara, riwayat mabuk perjalanan, riwayat muntah pasca operatif, obat-obatan misalnya narkotik, gender wanita, usia muda, kegemukan, penyakit seperti DM, peningkatan tekanan intrakranium,

kolesistitis kronik, dan stimulasi hipoksik di pusat muntah medula. Insiden mual dan muntah cukup bermakna setelah litotripsi, bedah leher dan kepala, serta operasi lambung, duodenum dan kandung empedu. Pemilihan teknik anestesi juga dapat mempengaruhi insidens mual dan muntah.

d. Hipertermia maligna

Sindrom ini diidentifikasi berdasarkan 4 unsur, yaitu klien sehat sampai terpajan anestetik, sewaktu; suhu tubuh mereka meningkat dengan cepat; tampaknya terdapat komponen genetik dan angka kematiannya tinggi. Hipertermia maligna klasik paling sering dijumlah mulai-mulai di ruang operasi, tetapi kelainan ini dapat terjadi di ruang pemulihan pasca anestesi atau sewaktu kembali ke ruangan rawat. Tanda-tanda awal berupa takikardi dan takipnu terjadi akibat stimulasi sistem saraf simpatis yang disebabkan oleh hiperkarbia dan hipermetabolisme (Gründemann dan Fernsebner, 2006).

Sekitar 60% pasien pasca bedah dini yang masuk *recovery room* (ruang pulih sadar) akan mengalami berbagai derajat hipotermi. Penurunan suhu tubuh di bawah normal ini akan membawa dampak yang sangat kompleks pada suatu operasi salah satu diantaranya akan menyebabkan perubahan homeostatis didalam tubuh sehingga mengakibatkan angka morbiditas dan mortalitas yang meningkat (Lumintan, 2000 dalam Sugianto dan Juanita, 2013).

Dampak dari menggigil meliputi meningkatkan metabolisme, peningkatan aktivitas otot yang memproduksi panas sampai 600% diatas



tingkat normal, meningkatkan 2-3 kali lipat konsumsi oksigen dan produksi CO<sub>2</sub> (Brunner & Sudarth, 2007).

### **2.1.2.3 Peran Perawat**

#### **a. Menyiapkan pasien untuk pembedahan**

Perawat memainkan peran utama dalam menyiapkan pasien untuk operasi:

- 1) Memeriksa kesehatan pasien
- 2) Meyakinkan bahwa semua penelitian telah dilakukan
- 3) Menjelaskan pada pasien apa yang akan terjadi sebelum pembedahan dan apa yang akan dirasakan setelah pembedahan
- 4) Secara spesifik menyiapkan pasien untuk pembedahan
- 5) Menunjukkan pada pasien apa yang harus dilakukan untuk membantu pemulihan setelah pembedahan.

Pasien harus diajarkan untuk latihan batuk efektif dan napas dalam untuk mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi. Tunjukkan juga pada pasien cara miring di tempat tidur, dengan memegang bantal kecil pada satu sisi untuk menyokongnya.

#### **b. Segera sebelum pembedahan**

- 1) Pasien harus mengosongkan kandung kemih sebelum pembedahan, melepaskan gigi palsu, jepit rambut, dan kaca mata, cincin, cat kuku, lipstik, dll
- 2) Cuci kulit sekitar area insisi dan bersihkan dengan agens antimikroba
- 3) Biasanya jalur intravena dengan larutan salin dimulai sebelum pembedahan

- 4) Siapkan keluarga untuk pembedahan

#### **2.1.2.4 Pemulihan Pasca Operasi**

Pemulihan dari anestesia umum merupakan saat terjadinya stres fisiologis yang berat pada sebagian besar pasien. Kembalinya kesadaran pasien dari anestesia umum secara ideal harus mulus dan juga bertahap dalam keadaan yang terkontrol (Dinata, 2015). Pulih sadar merupakan bangun dari efek obat anestesi setelah proses pembedahan dilakukan (Barone., et al 2004). Lamanya waktu yang dihabiskan pasien di *recovery room* tergantung kepada berbagai faktor termasuk durasi dan jenis pembedahan, teknik anestesi, jenis obat dan dosis yang diberikan dan kondisi umum pasien. Sebagian besar unit memiliki kebijakan yang menentukan lamanya berada di ruang pemulihan. Menurut Gwinnut (2012) dalam bukunya mengatakan sekitar 30 menit berada dalam ruang pemulihan dan itu pun memenuhi kriteria pengeluaran. Untuk mengetahui tingkat pulih sadar seseorang pasca anestesi dilakukan perhitungan menggunakan skor Aldrete (Barone., et al 2004).

#### **2.1.2.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Waktu Pemulihan**

Faktor – faktor yang mempengaruhi pemulihan kesadaran pasien pasca pembedahan dengan General Anastesi adalah :

- a. Jenis atau metode anestesi yang digunakan.

Terdapat 3 jenis anesthesia yang diberikan kepada pasien yang akan menjalani proses pembedahan yaitu :

- 1) Anesthesia umum

Anesthesia umum adalah suatu keadaan tidak sadar yang bersifat sementara yang di ikuti oleh hilangnya rasa nyeri diseluruh tubuh

akibat pemberian obat anesthesia. Obat yang sering digunakan untuk anesthesia umum adalah : ketamine , propofol , isofluran, jenis obat relksan (atracurium, rocurax)

## 2) Anesthesia lokal

Anesthesia local adalah anesthesia yang dilakukan dengan cara menyuntikan obat pada daerah atau disekitar lokasi pembedahan yang menyebabkan hambatan konduksi impuls aferen yang bersifat temporer. Obat – obat yang sering digunakan untuk anesthesia local adalah lidocain 2 % , xylocain spray

## 3) Anesthesia regional

Adalah tindakan anesthesia yang dilakukan dengan cara menyuntikan obat anesthesia local pada lokasi serat saraf yang menginervasi region tertentu, yang menyebabkan hambatan konduksi impuls aferen yang bersifat temporer. Jenis blok saraf yang sering digunakan adalah blok spinal sub arachnoid dan blok spinal epidural. Obat yang sering digunakan bupivacaine 0,5 %.

### b. Dosis obat yang diberikan.

Penyebab tersering dari ketertundaan pulih sadar adalah sisa obat anastesi, sedasi atau analgetik. Bisa juga terjadi karena over dosis obat baik absolut maupun relative

### c. Hipotermi

Merupakan penyebab yang kurang umum dari ketertundaan pulih sadar dimana suhu tubuh yang kurang dari 33 °c berpengaruh terhadap anastesi dan sangat berperan terjadinya depresi susunan saraf pusat

d. Keadaan umum pasien

Penyakit yang diderita pasien seperti DM , Gagal ginjal, adanya gangguan fungsi paru (Mangku, 2010).

#### **2.1.2.6 Kriteria Pasien yang Dipindahkan ke Ruang Perawatan**

Kriteria pasien dipindahkan ke ruangan perawatan menurut Brunner & Sudarrt (2007) adalah :

a. Fungsi pulmonal yang tidak terganggu.

Parameter yang digunakan untuk penilaian:

- 1) Suara paru sama pada kedua paru
- 2) Frekwensi napas 10 – 35 x /mnt
- 3) Irama nafasnya teratur
- 4) Tidak adanya tanda – tanda sumbatan jalan napas seperti *Gurgling*,  
*Snoring*, *Wheezing*, *Silent Of Breath* ( *Completed Airway Obstruksi*)
- 5) Saturasi O2 minimum 95 %

b. Tanda – tanda vital stabil termaksud tekanan darah minimal 20 % dari pra bedah .

c. Orientasi tempat, peristiwa, waktu.

d. Haluan urine tidak kurang dari 30 ml/jam.

e. Tidak adanya mual/muntah, nyeri minimal

#### **2.1.2.7 Metode Penilaian Tingkat Kesadaran/ Pemulihan**

Secara umum dalam penilaian tingkat kesadaran pasien kita dapat menggunakan :

a. Skala Coma Glasgow

1	Eye	Membuka mata spontan	4
		Terhadap rangsangan suara	3
		Terhadap rangsangan nyeri	2
		Menutup mata terhadap semua rangsangan	1
2	Verbal	Orientasi baik	5
		Bingung	4
		Bisa membentuk kata tapi tidak bisa mengucapkan kalimat	3
		Mengeluarkan suara yang tidak berarti	2
		Tidak ada suara	1
3	Motoric	Menurut terhadap perintah	6
		Dapat melokalisasi rangsangan setempat	5
		Menolak rangsangan nyeri pada anggota gerak	4
		Menjauhi rangsangan nyeri ( fleksi )	3
		Ekstensi spontan	2
		Tidak ada gerakan sama sekali	1

b. Aldrete Score

Dalam pemantauan kesadaran pasien diruang Post Anastesi Care Unit ( PACU ) dengan general anastesi dapat mempergunakan Skor Aldrete untuk orang dewasa dan pada anak – anak dapat menggunakan Skor Steward.

1	Aktivitas	Mampu mengerjakan empat ekstermitas	2
		Mampu mengerjakan dua ekstermitas	1
		Tidak mampu mengerjakan ekstermitas	0
2	Respirasi	Mampu napas dalam dan batuk	2
		Sesak atau pernapasan terbatas	1
		Henti napas	0
3	Sirkulasi	Berubah sampai 20 % prabedah	2
		Berubah 20% - 50 % prabedah	1
		Berubah > 50 % dari prabedah	0
4	Kesadaran	Sadar penuh dan orientasi baik	2
		Sadar setelah dipanggil	1
		Tidak ada respon terhadap rangsangan	0
5	Warna kulit	Kemerahan	2
		Pucat agak suram	1
		Sianosis	0

Penilaian dilakukan Saat masuk *recovery room*.Selanjutnya dilakukan penilaian setiap saat dan dicatat setiap menit sampai tercapai nilai total 10. Pasien bisa dipindahkan ke ruang perawatan dari ruang pemulihan jika nilai pengkajian post anestesi adalah 8-10. Lama tinggal di ruang pemulihan tergantung dari teknik anestesi yang digunakan.(Coyle TT, 2005; Larson, 2009).

c. Skala Steward

1	Pergerakan	Gerakan bertujuan	2
		Gerakan tidak bertujuan	1
		Tidak bergerak	0
2	Pernapasan	Batuk , menangis	2
		Pertahankan jalan napas	1
		Perlu bantuan	0
3	Kesadaran	Menangis	2
		Bereaksi terhadap rangsangan	1
		Tidak bereaksi	0

### 2.1.3 Anestesi

#### 2.1.3.1 Pengertian

Anestesia adalah suatu keadaan narkosis, analgesia, relaksasi dan hilangnya refleks, yang dibagi menjadi dua yaitu anestesia yang menghambat sensasi di seluruh tubuh (anestesia umum) dan anestesia yang menghambat sensasi di sebagian tubuh (anestesia lokal, regional, epidural atau spinal (Heriana, 2014).

Anestesi adalah suatu keadaan narkosis, analgesia, relaksasi, dan hilangnya refleks yang dapat diberikan dengan cara inhalasi, parenteral, atau kombinasi (Smeltzer & Bare, 2013). Anestesi umum berpengaruh terhadap seluruh sistem fisiologi tubuh, terutama mempengaruhi sistem saraf pusat, sistem

sirkulasi dan respiratori. Efek anestesi akan memperlambat motilitas gastrointestinal dan menyebabkan muntah (Perry & Potter, 2006).

### **2.1.3.2 Pertimbangan Anestesi Perioperatif**

Pemilihan teknik dan obat anestesi oleh ahli anestesi didasarkan pada penilaian ultifaktor atas keperluan dan keinginan klien serta ahli bedah. Pertimbangan dalam melakukan anestesi perioperatif adalah :

a. Anamnesi dan pemeriksaan fisik

Dalam persiapan klien yang akan menjalani anestesi, harus dilakukan anamnesis yang lebih rinci, pemeriksaan laboratorium dan diagnostik yang lebih spesifik, serta pemeriksaan fisik yang lebih cermat. Yang paling menjadi perhatian adalah riwayat masalah klien atau keluarganya dengan obat anestesi, untuk menentukan kemungkinan timbulnya masalah esar misalnya demam yang membahayakan dan asidosis akibat ipertermi maligna atau paralisis otot berkepanjangan yang dijumpai pada orang dengan pseudokolinesterase atipikal. Riwayat penggunaan obat khususnya berkaitan dengan alergi juga perlu dikaji, karena alergi terhadap banyak obat mungkin sangat peka terhadap obat-obat yang melepaskan histamin seperti sebagian pelemas otot, narkotik, dan barbiturat. Klien yang memiliki riwayat atau gejala penyakit kardiovaskular atau paru harus mendapat persetujuan medis sebelum dijadwalkan menjalani prosedur operasi karena bisa menjadi prediktor untuk morbiditas jantung pasca operatif.

b. Masalah jalan napas yang dapat terjadi

Klien dengan riwayat apnea tidur obstruktif, sindrom kongenital, bedah leher atau wajah, stridor atau suara serak, nyeri atau parestesia sewaktu menggerakkan leher, gigi tanggal atau goyang atau perangkat gigi misalnya braces mungkin akan menyulitkan dalam membebaskan jalan napas. Oleh sebab itu ahli anestesi harus teliti memeriksa leher, mandibula, dan struktur serta mobilitas mulut. Klien yang sadar dengan posisi mencium bau tanpa merasa nyeri, biasanya mempermudah ahli anestesi untuk menangani jalan napasnya.

c. Interaksi obat yang mungkin merugikan

Kemungkinan interaksi yang tidak diinginkan antara obat-obat klien dan obat yang diberikan selama pembedahan sangat penting untuk diketahui oleh ahli anestesi. Klien berusia lanjut cenderung rentan terhadap obat-obat penekan susunan saraf pusat, karena berkurangnya bahan-bahan sel dan penurunan fungsi sinaps secara progresif. Yang menjadi perhatian adalah obat-obat yang menimbulkan dampak besar pada sistem kardiovaskuler, hati dan ginjal.

d. Penilaian diagnostik dan pengujian

Prosedur penilaian laboratorium dan diagnostik harus dilakukan seiring dengan adanya riwayat proses penyakit dan medikasi yang dikonsumsi. Apabila hasil anamnesis menunjukkan bahwa klien yang berobat jalan dalam kondisi sehat, uji minimal yang diperlukan adalah hemoglobin, hematokrit, urinalisis dan EKG (Gruendemann dan Fernsebner, 2006).



### 2.1.3.3 Macam-macam Anestesia

#### a. Anestesia umum

Anestesia umum biasanya segera tercapai ketika anestetik diinhalasi atau diberikan secara intravena. Anestesia inhalasi diberikan dengan mencampurkan uap air dengan oksigen dan selanjutnya pasien menghirup campuran tersebut. Pada saat konsentrasi mencukupi, maka anestetik tersebut bekerja di pusat otak untuk membuat hilang kesadaran dan hilang sensasi. Anestesia intravena diberikan melalui suntikan intravena dari bermacam substansi, seperti tiopental. Anestesia intravena ini berdurasi singkat dan pasien sadar hanya dengan sedikit mual dan muntah, sehingga jarang dilakukan untuk prosedur bedah yang lama. Tiopental dapat menekan pernapasan yang sangat kuat dan memiliki efek toksik, sehingga harus diberikan oleh ahli anestesi dan perawat anestesi yang terampil.

Anestesi umum yang paling sering dipilih dalam melakukan tindakan operasi sebagai salah satu cara penghilang rasa sakit saat akan menjalani operasi, diikuti dengan hilangnya kesadaran (Keat, et al, 2013). Efek anestesi umum adalah istirahat seluruh sistem dalam tubuh termasuk sistem pernafasan hal ini dapat menyebabkan Sekret yang menetap di bronkus dan paru akan menyebabkan pertumbuhan bakteri yang selanjutnya berkembang menjadi pneumonia. Infeksi pulmonal tetap berkembang mesti dilakukan intervensi untuk pencegahannya. Sekret yang stagnasi dapat dikurangi dengan mengubah posisi setiap dua jam

sekali dan fisioterapi dada dengan menggunakan teknik posisi untuk mengalirkan sekret dari segmen paru (Potter & Perry, 2006).

Anestesi umum merupakan tindakan menghilangkan rasa sakit secara sentral disertai hilangnya kesadaran (*reversible*). Pada tindakan anestesi umum terdapat beberapa teknik yang dapat dilakukan adalah anestesi umum dengan teknik intravena anestesi dan anestesi umum dengan inhalasi yaitu dengan *face mask* (sungkup muka) dan dengan teknik intubasi yaitu pemasangan *endotracheal tube* atau dengan teknik gabungan keduanya yaitu inhalasi dan intravena (Latief, 2007).

b. Anestesia regional

Yaitu anestesia lokal dengan menyuntikkan anestetik di sekitar saraf sehingga daerah yang dipersarafi oleh saraf ini teranestesi. Pasien dalam pengaruh anestesia ini masih bangun dan sadar tentang sekelilingnya (Heriana, 2014).

#### **2.1.3.4 Peralatan yang Diperlukan untuk Proses Anestesi**

a. Perangkat pemantau

Morbiditas dan mortalitas akibat anestesi bisa menurun dengan pemakaian yang konsisten dari perangkat pemantauan (monitoring) yang terdiri dari stetoskop prakordial, tekanan darah, EKG, suhu, oksimetri pulsa dan *karbondioksida end tidal*.

b. Peralatan darurat

Peralatan darurat dasar, obat-obatan dan protokol, serta defibrilator yang berfungsi baik juga harus tersedia. Harus dibuat protokol untuk situasi darurat dan secara teratur diselenggarakan pelatihan tentang

penanganan henti jantung, henti napas dan hipertermia maligna (Gruendemann dan Fernsebner, 2006).

#### **2.1.4 Pengaturan Posisi**

Posisi pasien adalah salah satu aspek yang penting dalam pemberian pelayanan praktik keperawatan. Mempertahankan keselarasan tubuh yang baik, mengubah posisi secara teratur dan sistematis adalah hal-hal yang harus diperhatikan oleh perawat dalam memposisikan pasien. Berikut berbagai macam posisi yang direkomendasi untuk pasien yang disesuaikan dengan kondisi/keadaan klinis pasien serta manfaat dari posisi tersebut.

##### ***2.1.4.1 Posisi Fowler & Semi Fowler***

- a. Posisi fowler dimana bagian tubuh atas lebih tinggi 40 s/d 90 derajat daripada tubuh bagian bawah.
- b. Posisi fowler sangat bermanfaat pada pasien yang mengalami kesulitan untuk bernapas, hal ini karena dapat meningkatkan ekspansi dada dan paru-paru yang lebih besar.
- c. Posisi semi/low fowler kepala dan leher berada lebih tinggi 15-45 derajat sementara untuk High fowler posisi kepala dengan tinggi 90 derajat.
- d. Posisi ini sangat bermanfaat untuk pasien dengan gangguan jantung, respirasi/pernapasan, dan masalah neurologi.

##### ***2.1.4.2 Orthopneic atau Tripod Position***

- a. Posisi ini menempatkan pasien dalam posisi duduk atau disisi tempat tidur dengan meja overbed didepan untuk bersandar dan beberapa bantal diatas meja.

- b. Posisi ini sangat bermanfaat untuk pasien yang sesak. Dengan memposisikan Tripod dapat lebih memaksimalkan ekspansi pada dada sehingga mengoptimalkan pernafasan.

#### ***2.1.4.3 Dorsal Recumbent***

- a. Dorsal recumbent dimana pasien berbaring terlentang dengan lutut tertekuk dan kaki rata dipermukaan ranjang.
- b. Posisi sangat membantu dalam proses melahirkan dan juga meningkatkan kenyamanan bagi pasien.

#### ***2.1.4.4 Supine Position***

- a. Posisi supine/terlentang adalah tubuh berbaring terlentang.
- b. Bantal bisa diletakkan dibawah kepala untuk mengangkat leher.
- c. Posisi ini untuk meningkatkan rasa nyaman bagi pasien serta digunakan dalam beberapa tipe operasi pembedahan.

#### ***2.1.4.5 Prone Position***

- a. Posisi prone dimana pasien berbaring diperut dengan kepala menoleh ke satu sisi dan pinggul tidak dilipat.
- b. Posisi ini digunakan saat operasi tulang belakang, leher dan pinggul.

#### ***2.1.4.6 Lateral Position***

- a. Pasien berbaring disatu sisi tubuh dengan kaki bagian atas didepan kaki bagian bawah serta pinggul dan lutut tertekuk.
- b. Posisi lateral membantu mengurangi tekanan pada sakrum dan tumit.

#### ***2.1.4.7 Sim Position***

- a. Pasien berbaring. Satu lengan ada dibelakang sementara tikungan lain didepan meraka. Satu kaki lurus keluar (disamping dengan lengan lurus) sedangkan kaki di sisi yang berlawanan ditekuk.
- b. Posisi ini dapat digunakan untuk klien yang tidak sadar untuk mencegah aspirasi cairan.
- c. Dukung keselarasan tubuh yang tepat pada posisi sims dengan meletakkan bantal dibawah kepala dan dibawah lengan atas dan juga tempatkan bantal lain diantara kaki.

#### ***2.1.4.8 Trendelenburg Position***

- a. Posisi trendelenburg yakni menurunkan kepala ranjang dan mengangkat kaki tempat tidur pasien.
- b. Posisi ini bermanfaat bagi pasien yang memiliki hipotensi karena mendorong kembalinya vena.

#### ***2.1.4.9 Reverse Trendelenburg Position***

- a. Kebalikan dari trendelenburg position dimana menurunkan kaki ranjang dan mengangkat kepala tempat tidur pasien.
- b. Ini berguna bagi pasien yang mengalami masalah gastrointestinal karena dapat membantu mengurangi refluks esofagus

Menurut Gwinnut (2012) dalam bukunya mengatakan sekitar 30 menit berada dalam ruang pemulihan dan itu pun memenuhi kriteria pengeluaran. Menurut Direktorat Jenderal Pelayanan Medik dan Keperawatan Departemen Kesehatan tahun 2002 bahwa ketergantungan pasien di ruang pemulihan adalah

60 menit. Namun, masa pemulihan keadaan pasien tersebut bermacam-macam, ada yang kurang dari 1 hari, atau lebih dari 1 hari bahkan mencapai 3-4 hari.

Dalam kondisi immobilisasi (tirah baring lama), sebaiknya perawat lebih peka untuk menilai kebutuhan perubahan posisi pasien dan perawatan pada pasien. Beberapa literature merekomendasikan perubahan posisi dan perubahan posisi dilakukan minimal setiap 2 jam. Pada pelaksanaannya, pengaturan posisi pada pasien terutama pada pasien tirah baring lama masih belum konsisten baik dari tehnik pengaturan posisi ataupun dari segi rentang waktu yang dibutuhkan dalam merubah posisi pasien (Purnamawati, 2014).

Pengaturan posisi merupakan cara yang murah dan efektif untuk mengurangi timbulnya trombosis vena pada pasca operasi (Chandrasekaran, 2009). Trombosis vena merupakan salah satu komplikasi yang dapat terjadi pada pasca pembedahan akibat sirkulasi yang tidak lancar (Smeltzer dan Bare, 2013). Penelitian lain juga mengungkapkan bahwa latihan peningkatan kekuatan otot melalui mobilisasi merupakan metode yang efektif dalam pengembalian fungsi otot pada pasien pasca operasi (Suetta et.al, 2007).

Mengganti-ganti posisi di tempat tidur, berjalan dan melakukan gerakan-gerakan yang dianjurkan dokter atau perawat akan memperbaiki sirkulasi sehingga terhindar dari resiko pembekuan darah karena pembekuan darah ini dapat memperlambat penyembuhan luka. Mobilisasi dapat mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli, dengan mobilisasi sirkulasi darah normal/lancar sehingga resiko terjadinya trombosis dan tromboemboli dapat dihindarkan. Mobilisasi segera setahap demi setahap berguna untuk membantu penyembuhan luka operasi. (Rodt, 2008). Menurut penelitian Rustianawati (2013), mobilisasi

yang dilakukan 2 jam pertama lebih efektif dilakukan dari pada 6 jam pasca pembedahan (Rustianawati, 2013).

Penelitian Wiyono dan Arifa (2008) menyebutkan bahwa pasien sebenarnya hanya membutuhkan waktu 2 jam 15 menit untuk pemulihan *peristaltik* dan ada pasien yang membutuhkan waktu sampai 3 jam 30 menit, sehingga pasien yang bisa mengakhiri puasa lebih awal dan ada yang mengakhiri puasa lebih lambat dari perkiraan waktu yang ditetapkan.

Garrison (2004) menyatakan salah satu manfaat dari mobilisasi dini adalah meningkatkan fungsi paru. Pasien dengan operasi mayor selalu menggunakan obat analgesik (antinyeri), penggunaan obat-obat nyeri pasca operasi dapat menekan pusat pernafasan sehingga frekuensi pernapasan dan pengembangan paru menurun, pengeluaran lendir dari paru-paru juga akan terganggu, dimana silia bronkus yang bekerja normal mendorong. Sekret dengan demikian reflek batukpun menurun dan kebersihan paru akan terganggu akibat terkumpulnya sekret sehingga mudah terjadi infeksi.

Menggerakkan semua sendi baik secara pasif maupun aktif akan membantu mencegah timbulnya atropi otot, mencegah dekubitus, meningkatkan tonus otot saluran pencernaan, merangsang peristaltik usus, meningkatkan laju metabolik, memperlancar sirkulasi kardiovaskuler dan paru-paru (Berman, et al, 2009). Sehingga akan mencegah timbulnya komplikasi paska pembedahan dan mempercepat proses pemulihan (Brunner & Suddart, 2007).

Menurut Kasdu seperti yang dikutip oleh Rustianawati (2013), mobilisasi dini pasca laparatomi dapat dilakukan secara bertahap setelah operasi. Pada 6 jam pertama pasien harus tirah baring dahulu, namun pasien dapat melakukan

mobilisasi dini dengan menggerakkan lengan atau tangan, memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis, serta menekuk dan menggeser kaki. Setelah 6-10 jam, pasien diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan untuk mencegah trombosis dan tromboemboli. Setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat belajar duduk. Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan untuk belajar berjalan.

## 2.2 Penelitian Terkait

Berbagai penelitian telah dilakukan sehubungan dengan masa pemulihan di *recovery room*, diantaranya :

**Tabel 2.1**  
**Penelitian Terkait**

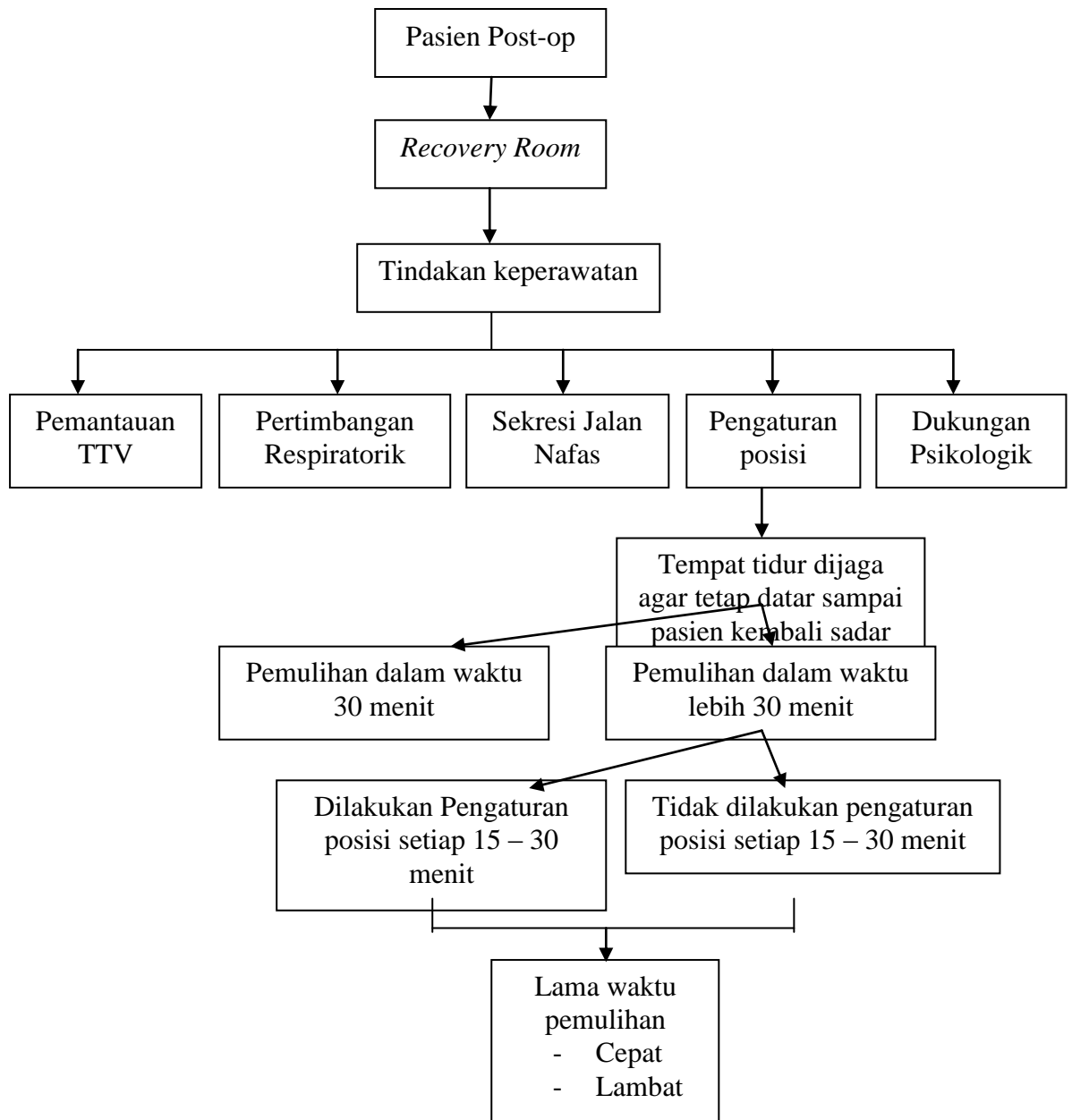
No.	Nama	Tahun	Judul	Hasil
1	Defri Aryu Dinata	2015	Waktu Pulih Sadar pada Pasien Pediatrik yang Menjalani Anestesi Umum di Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung	Faktor yang memengaruhi waktu pulih sadar pada neonatus adalah hipotermia, pada <i>infant</i> adalah dosis fentanil >3 mg/kgBB, pada durasi anestesia >210 menit dan hipotermia, pada batita adalah hipotermia, dan pada anak adalah dosis fentanil >5 µg/kgBB dan hipotermia.
2.	Dewi Purnamawati	2013	Pengaruh Rentang Waktu Pengaturan	Tidak ada perbedaan kejadian dekubitus antara



			Posisi Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Lama Di Rsu Propinsi NTB Tahun 2013	pasien yang dilakukan perubahan posisi setiap 2 jam dengan pasien yang dilakukan perubahan posisi setiap 3 jam.
3.	Daru Eko Sriharyanti	2016	Pengaruh Mobilisasi Dini Rom Pasif Terhadap Pemulihan Peristaltik Usus Pada Pasien Paska Pembedahan Dengan Anestesi Umum Di SMC RS Telogorejo	Ada pengaruh mobilisasi dini ROM pasif terhadap pemulihan peristaltik usus pada pasien paska pembedahan dengan anestesi umum di SMC RS Telogorejo dengan nilai $p = 0,000$
4.	Harvina Dwi Apriliana	2013	Rerata Waktu Pasien Pasca Operasi Tinggal Di Ruang Pemulihan RSUP Dr Kariadi Semarang Pada Bulan Maret – Mei 2013	Diperoleh sampel sebanyak 23 pasien, dan di dapatkan rerata waktu pasien adalah 52,6 menit

### 2.3 Kerangka Teori

Berdasarkan uraian teori-teori dan penelitian sebelumnya, maka dapat disusun kerangka teori penelitian sebagai berikut:



Sumber : Brunner & Suddarth, 2007; Heriana, 2014; Dinata, 2015

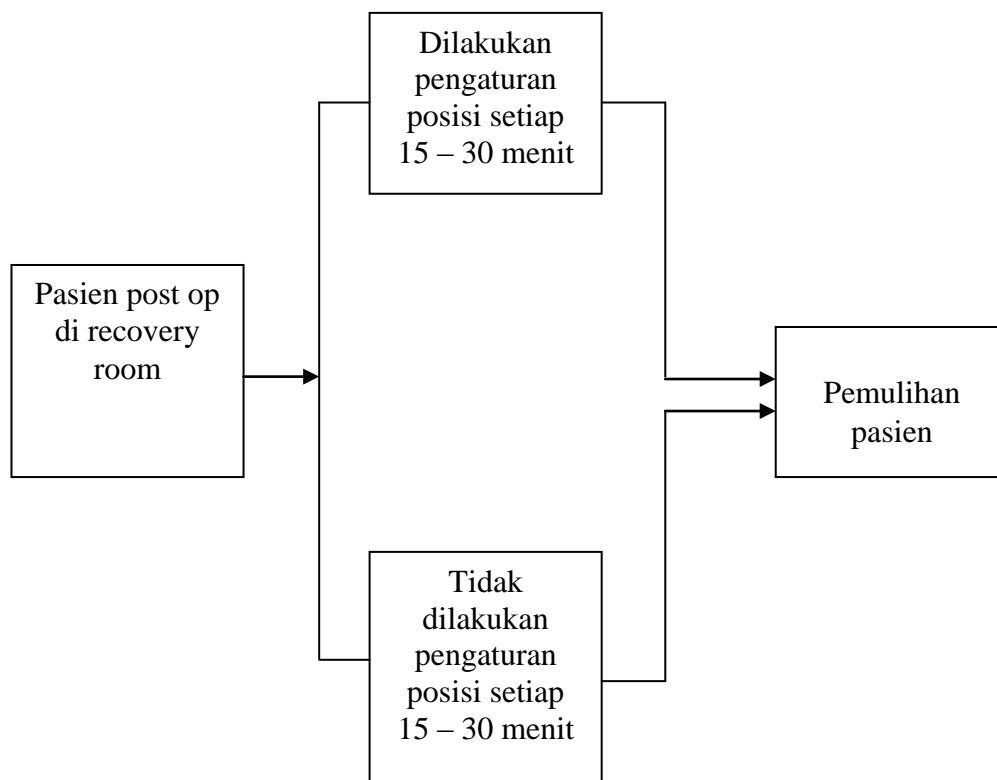
**Skema 2.1**  
**Kerangka Teori**

## BAB III

### KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

#### 3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan kepustakaan diatas maka kerangka konsep pada penelitian ini adalah :



**Skema 3.1.**  
**Kerangka Konsep**

### 3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat ukur	Skala	Hasil Ukur
1	Variabel Independen Pengaturan posisi	Pengaturan posisi tidur pasien pasca bedah untuk mempertahankan jalan napas terbuka dan memungkinkan drainase mukus atau muntah, sehingga mempengaruhi proses pemulihan pasca bedah	Melakukan pengaturan posisi pada pasien post op	SOP pengaturan posisi	Nominal	Kelompok intervensi : dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit  Kelompok kontrol : tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit
2	Variabel Dependent Pemulihan pasien	Lama waktu pemulihan pasien yang dilihat dari lamanya waktu pasien berada di <i>recovery room</i>	Pemeriksaan fisik	Format pemeriksaan	Ordinal	Rata-rata waktu pemulihan dalam satuan jam, dengan standar waktu 60 menit

### 3.3 Hipotesa

Hipotesis adalah jawaban sementara dari suatu penelitian (Setiadi, 2007).

Ha : ada pengaruh pengaturan posisi terhadap pemulihan keadaan pasien di

*recovery room* di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Ho : tidak ada pengaruh pengaturan posisi terhadap pemulihan keadaan pasien di  
*recovery room* di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain penelitian

Jenis penelitian adalah pra-experimental design, dengan rancangan perbandingan kelompok statis (*Statis Group Comparison*), yaitu penelitian terhadap kelompok yang sudah dilakukan intervensi, dan membandingkannya dengan kelompok lain yang mendapatkan perlakuan berbeda (Notoatmodjo, 2010). Dalam hal ini, penelitian dilakukan terhadap pasien yang dirawat di recovery room, dengan membandingkan pemulihan kesadaran antara pasien yang dilakukan pengaturan posisi setiap 15-30 menit dengan pasien yang tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15-30 menit.

**Tabel 4.1**  
**Rancangan penelitian *Quasy experimental design***

Subjek	Perlakuan	Pasca-tes
K-A	1	O1-A
K-B	2	O1-B

Keterangan:

K-A : Subjek (pasien post-op) perlakuan

K-B : Subjek (pasien post-op) kontrol

1 : Intervensi (pengaturan posisi setiap 15-30 menit)

2 : tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15-30 menit)

O1- A : Observasi pemulihan kelompok perlakuan

O1- B : Observasi pemulihan kelompok kontrol

## **4.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di *recovery room* di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, pada bulan Februari 2018.

## **4.3 Populasi dan Sampel**

### **4.3.1 Populasi**

Populasi adalah seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Hidayat, 2007). Populasi dari penelitian ini adalah semua pasien pasca operasi dengan anestesi umum yang dirawat di *recovery room* di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, dengan jumlah rata-rata 30 orang per bulan.

### **4.3.2 Sampel**

Sampel adalah sebagian dari jumlah keseluruhan objek yang diteliti yang dianggap mewakili seluruh populasi. Cara pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *total sampling*, yaitu seluruh anggota populasi dijadikan sebagai sampel penelitian (Hidayat, 2007). Sampel berjumlah 30 orang, yang dibagi atas 2 kelompok, yaitu 15 orang sebagai kelompok intervensi dan dilakukan pengaturan posisi dan 15 orang sebagai kelompok kontrol dan tidak dilakukan pengaturan posisi. Adapun kriteria sampel adalah pasien dengan anestesi umum dan menjalani operasi besar.

## **4.4 Instrumen Penelitian**

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah berupa lembar observasi lama waktu pemulihan. Adapun pemulihan pasien dinilai dengan kriteria sebagai berikut :

**Tabel 4.2**  
**Kriteria Pasien yang Dipindahkan ke Ruang Perawatan**

No	Pemeriksaan	Ya	Tidak
1.	Fungsi Pulmonal a. Suara paru sama pada kedua paru b. Frekuensi napas 10 – 35 x/menit c. Irama nafas teratur d. Tidak ada tanda-tanda sumbatan jalan napas seperti <i>gurgling, snoring, wheesing, silent of breath</i> e. Saturasi O <sub>2</sub> minimum 95 %		
2.	Tanda-tanda vital stabil a. Tekanan darah b. Nadi c. Pernafasan d. Suhu		
3.	Orientasi a. Orientasi tempat b. Orientasi peristiwa c. Orientasi waktu		
4.	Haluan urine tidak kurang dari 30 ml/jam		
5.	a. Tidak adanya mual muntah b. Tidak adanya nyeri minimal		

(Brunner dan Suddarth, 2007)

Pasien baru dipindahkan ke ruang perawatan jika seluruh kriteria sudah terpenuhi atau semua opsi termasuk kriteria “Ya” (nilai 100 %).

#### **4.5 Pengumpulan data**

Data dikumpulkan dengan menggunakan cara observasi dan perlakuan pengaturan posisi pada kelompok eksperimen. Pengaturan posisi dilakukan secara berselang seling terhadap pasien. Misalnya pada pasien pertama dilakukan pengaturan posisi setiap 15-30 menit, pasien ke 2 tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15-30 menit, pasien ke 3 dilakukan pengaturan posisi setiap 15-30 menit dan pasien ke 4 tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15-30 menit, begitu selanjutnya sampai batas waktu penelitian dilakukan. Pengumpulan data dilakukan dengan mengobservasi pemulihan keadaan pasien.



## **4.6 Pengolahan Data dan Analisa Data**

### **4.6.1 Pengolahan Data**

Data diolah melalui langkah-langkah:

*a. Editing*

Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan kelengkapan, kejelasan dan kesesuaian data pasien dengan status pasien.

*b. Coding*

Merupakan tahap kedua dari pengolahan data, dimana proses ini penting dilakukan untuk memudahkan peneliti dalam mengolah data yang masuk. Pengkodean dilakukan pada pasien yang dilakukan pengaturan posisi setiap 15-30 menit diberikan kode Tn. X dan pasien yang tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15-30 menit diberi kode Tn. K.

*c. Entry data (processing)*

Tahap dilakukan kegiatan proses dan tahap semua data yang lengkap dan benar untuk dianalisis. Pengolahan data dilakukan dengan program komputer mulai dari entri data pada tabulating dan juga mendeskripsikan hasilnya.

*d. Cleaning*

Data dicek kembali, dan tidak terdapat kesalahan pada data yang sudah di entri (Notoatmodjo, 2010).

### **4.6.2 Analisa Data**

Data diolah dengan menggunakan komputer, analisa dalam penelitian ini dilakukan dengan cara :

**a. Univariat**

Analisa univariat dilakukan terhadap karakteristik responden, dan hasil pengumpulan data disajikan dalam bentuk statistik deskriptif berupa *mean, standar deviasi, minimal dan maksimal* dari lama waktu pemulihan pasien.

**b. Bivariat**

Analisis data dilakukan untuk melihat pengaruh pengaturan posisi terhadap pemulihan keadaan pasien di *recovery room*. Uji statistik yang digunakan uji statistik t-test independent (*independent sample t-test*), dengan rumus sebagai berikut:

$$t = \frac{X_a - X_b}{S_p \sqrt{\left(\frac{1}{n_a}\right) + \left(\frac{1}{n_b}\right)}}$$

Dimana  $S_p$  :

$$S_p^2 = \frac{(n_a - 1)S_a^2 + (n_b - 1)S_b^2}{n_a + n_b - 2}$$

Keterangan :

$X_a$  = rata-rata kelompok a

$X_b$  = rata-rata kelompok b

$S_p$  = Standar Deviasi gabungan

$S_a$  = Standar deviasi kelompok a

$S_b$  = Standar deviasi kelompok b

$n_a$  = banyaknya sampel di kelompok a

$n_b$  = banyaknya sampel di kelompok b

$DF = n_a + n_b - 2$

Hasil pengukuran diolah dengan membandingkan rata-rata lama waktu dirawat di *recovery room* untuk mengetahui diterima dan ditolaknya hipotesa sesuai dengan signifikansi yang ditetapkan yaitu menggunakan  $\alpha = 0.05$ . Hipotesa diterima jika probabilitas  $\leq 0,05$  dan Hipotesa ditolak jika nilai probabilitas  $> 0,05$  (Trihendradi, 2009)

#### **4.7 Etika Penelitian**

Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin kepada responden untuk mendapatkan persetujuan penelitian. Setelah mendapatkan persetujuan barulah peneliti melakukan penelitian dengan menegakkan masalah etika meliputi :

##### *4.7.1 Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan keluarga responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Lembar persetujuan ini diberikan kepada keluarga responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai judul penelitian dan manfaat penelitian. Jika keluarga responden menolak maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

##### *4.7.2 Anonimity* (Tanpa Nama)

Yaitu tidak memberikan nama responden pada lembar pengumpulan data. Lembar tersebut hanya diberi inisial tertentu.

#### 4.7.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Peneliti menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya, semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti (Hidayat, 2007).

## BAB V

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 5.1 Hasil Penelitian

##### 5.1.1 Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik dari variabel penelitian, yang disajikan dalam bentuk statistik deskriptif meliputi mean, minimum-maksimum dan standar deviasi. Adapun hasil analisis univariat tersebut adalah :

#### a. Rata-rata Waktu Pemulihan Keadaan Pasien yang Dilakukan Pengaturan Posisi Setiap 15 – 30 Menit

**Tabel 5.1**  
**Rata-rata Waktu Pemulihan Keadaan Pasien yang Dilakukan Pengaturan Posisi Setiap 15 – 30 Menit di *Recovery Room* RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018**

Pengaturan posisi setiap 15-30 menit	n	Mean	Standar Deviasi	Min-Max	95 % CI
Waktu Pemulihan	15	1,67	1,175	1 – 5	1,02 – 2,32

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui rata-rata waktu pemulihan keadaan pasien yang dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit adalah 1,67 hari, dengan standar deviasi 1,175. Waktu pemulihan terendah adalah 1 hari dan tertinggi 5 hari. Dari hasil estimasi disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata waktu pemulihan keadaan pasien yang dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit adalah 1,02 – 2,32.

**b. Rata-rata Waktu Pemulihan Keadaan Pasien yang Tidak Dilakukan Pengaturan Posisi Setiap 15 – 30 Menit**

**Tabel 5.2**  
**Rata-rata Waktu Pemulihan Keadaan Pasien yang Tidak Dilakukan Pengaturan Posisi Setiap 15 – 30 Menit di *Recovery Room* RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018**

Tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15-30 menit	n	Mean	Standar Deviasi	Min-Max	95 % CI
Waktu Pemulihan	15	2,73	0,961	1 – 4	2,20 – 3,27

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui rata-rata waktu pemulihan keadaan pasien yang tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit adalah 2,73 hari, dengan standar deviasi 0,961. Waktu pemulihan terendah adalah 1 hari dan tertinggi 4 hari. Dari hasil estimasi disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata waktu pemulihan keadaan pasien yang tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit adalah 2,20 – 3,27.

**5.1.2 Analisis Bivariat**

**Tabel 5.3**  
**Pengaruh Pengaturan Posisi terhadap Pemulihan Keadaan Pasien di *Recovery Room* RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018**

Pemulihan Keadaan Pasien	Waktu Pemulihan			N	Mean Different	t	P <sub>value</sub>
	Mean	SD	SE				
- Intervensi	1,67	1,175	0,303	15	1,07	2,721	0,011
- Kontrol	2,73	0,961	0,248				

Pada tabel 5.3 diketahui bahwa rata-rata waktu pemulihan pasien pada kelompok intervensi (dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit) adalah 1,67 hari dengan standar deviasi 1,175. Pada kelompok kontrol (tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit), rata-rata waktu pemulihan pasien adalah

2,73 hari dengan standar deviasi 0,961. Terlihat perbedaan rata-rata (*mean different*) rata-rata antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah 1,07 dengan nilai  $t = 2,721$ . Dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pengaturan posisi terhadap pemulihan keadaan pasien di *recovery room* RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018, nilai  $p = 0,011$  ( $p < 0,05$ ).

## 5.2 Pembahasan

### 5.2.1 Analisis Univariat

#### a. Rata-rata Waktu Pemulihan Keadaan Pasien yang Dilakukan Pengaturan Posisi Setiap 15 – 30 Menit

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui rata-rata waktu pemulihan keadaan pasien yang dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit adalah 1,67 hari, dengan standar deviasi 1,175. Waktu pemulihan terendah adalah 1 hari dan tertinggi 5 hari. Dari hasil estimasi disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata waktu pemulihan keadaan pasien yang dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit adalah 1,02 – 2,32.

Tempat tidur dijaga agar tetap datar sampai pasien kembali sadar, kecuali bila ada kontraindikasi, pasien yang tidak sadar diposisikan miring ke satu sisi dengan bantal pada bagian punggungnya dan dengan dagu diekstensikan untuk meminimalkan bahaya aspirasi. Posisi pasien perlu diatur di tempat tidur ruang pulih. Hal ini perlu diperhatikan untuk mencegah kemungkinan :Sumbatan jalan napas, pada pasien belum sadar; Tertindihnya/terjepitnya satu bagian anggota tubuh; Terjadinya dislokasi sendi-sendi anggota gerak; Hipotensi, pada pasien dengan analgesia regional; Gangguan kelancaran aliran infus (Apriliana, 2013).

Menurut asumsi peneliti, waktu pemulihan pasien yang dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit, bisa lebih cepat disebabkan dengan pengaturan posisi tersebut maka keselarasan tubuh dapat dipertahankan dengan baik. Penggantian posisi ini, juga dapat memperbaiki sirkulasi sehingga terhindar dari resiko pembekuan darah karena pembekuan darah ini dapat memperlambat penyembuhan. Mobilisasi juga mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli, dengan mobilisasi sirkulasi darah normal/lancar sehingga resiko terjadinya trombosis dan tromboemboli dapat dihindarkan. Waktu pemulihan tersebut berbeda beda disebabkan karena adanya perbedaan sisa obat anastesi, sedasi atau analgetik, keadaan umum pasien dan penyakit yang diderita. Waktu pemulihan tercepat adalah 1 hari, yang umumnya dialami oleh pasien yang dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit. Waktu pemulihan terlambat adalah 5 hari, yang dialami oleh pasien dengan diagnosis hematoma dan anemia. Waktu pemulihan tersebut kemungkinan dipengaruhi oleh penyakit yang diderita, karena pasien baru berusia 40 tahun.

**b. Rata-rata Waktu Pemulihan Keadaan Pasien yang Tidak Dilakukan Pengaturan Posisi Setiap 15 – 30 Menit**

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui rata-rata waktu pemulihan keadaan pasien yang tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit adalah 2,73 hari, dengan standar deviasi 0,961. Waktu pemulihan terendah adalah 1 hari dan tertinggi 4 hari. Dari hasil estimasi disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata waktu pemulihan keadaan pasien yang tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit adalah 2,20 – 3,27.



Pemulihan dari anestesia umum merupakan saat terjadinya stres fisiologis yang berat pada sebagian besar pasien. Kembalinya kesadaran pasien dari anestesia umum secara ideal harus mulus dan juga bertahap dalam keadaan yang terkontrol (Dinata, 2015). Pulih sadar merupakan bangun dari efek obat anestesi setelah proses pembedahan dilakukan (Barone., et al 2004). Lamanya waktu yang dihabiskan pasien di *recovery room* tergantung kepada berbagai faktor termasuk durasi dan jenis pembedahan, teknik anestesi, jenis obat dan dosis yang diberikan dan kondisi umum pasien. Sebagian besar unit memiliki kebijakan yang menentukan lamanya berada di ruang pemulihan. Untuk mengetahui tingkat pulih sadar seseorang pasca anestesi dilakukan perhitungan menggunakan skor Aldrete (Barone., et, al 2004).

Garrison (2004) menyatakan salah satu manfaat dari mobilisasi dini adalah meningkatkan fungsi paru. Pasien dengan operasi mayor selalu menggunakan obat analgesik (antinyeri), penggunaan obat-obat nyeri pasca operasi dapat menekan pusat pernafasan sehingga frekuensi pernafasan dan pengembangan paru menurun, pengeluaran lendir dari paru-paru juga akan terganggu, dimana silia bronkus yang bekerja normal mendorong. Sekret dengan demikian reflek batukpun menurun dan kebersihan paru akan terganggu akibat terkumpulnya sekret sehingga mudah terjadi infeksi.

Penelitian Wiyono dan Arifa (2008) menyebutkan bahwa pasien sebenarnya hanya membutuhkan waktu 2 jam 15 menit untuk pemulihan *peristaltik* dan ada pasien yang membutuhkan waktu sampai 3 jam 30

menit, sehingga pasien yang bisa mengakhiri puasa lebih awal dan ada yang mengakhiri puasa lebih lambat dari perkiraan waktu yang ditetapkan. Pada penelitian Ditya (2016), diketahui bahwa terdapat hubungan antara mobilisasi dini dengan proses penyembuhan luka pasien pasca laparatomi.

Menurut asumsi peneliti, pasien yang tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit cenderung mengalami masa pemulihan yang agak lama, kebanyakan pasien mengalami waktu pemulihan selama 3 hari. Waktu pemulihan tercepat adalah 1 hari, yaitu pada pasien dengan diagnosa EDH. Pemulihan terlama terjadi pada pasien post craniotomi, ileus obstruksi dan peritonitis. Lamanya waktu pemulihan tersebut disebabkan

### **5.2.2 Analisis Bivariat**

Hasil penelitian yang terdapat pada tabel 5.3 diketahui bahwa rata-rata waktu pemulihan pasien pada kelompok intervensi (dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit) adalah 1,67 hari dengan standar deviasi 1,175. Pada kelompok kontrol (tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit), rata-rata waktu pemulihan pasien adalah 2,73 hari dengan standar deviasi 0,961. Terlihat perbedaan rata-rata (*mean different*) rata-rata antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah 1,07 dengan nilai  $t = 2,721$ . Dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pengaturan posisi terhadap pemulihan keadaan pasien di *recovery room* RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018, nilai  $p = 0,011$  ( $p < 0,05$ ).

Mengganti-ganti posisi di tempat tidur, berjalan dan melakukan gerakan-gerakan yang dianjurkan dokter atau perawat akan memperbaiki sirkulasi

sehingga terhindar dari resiko pembekuan darah karena pembekuan darah ini dapat memperlambat penyembuhan luka. Mobilisasi dapat mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli, dengan mobilisasi sirkulasi darah normal/lancar sehingga resiko terjadinya trombosis dan tromboemboli dapat dihindarkan. Mobilisasi segera setahap demi setahap berguna untuk membantu penyembuhan luka operasi. (Rodt, 2008).

Pada penelitian tentang pengaruh mobilisasi dini pada 24 jam pertama setelah *Total Knee Replacement* (TKR) didapatkan hasil bahwa pengaturan posisi merupakan cara yang murah dan efektif untuk mengurangi timbulnya trombosis vena pada pasca operasi (Chandrasekaran, 2009). Trombosis vena merupakan salah satu komplikasi yang dapat terjadi pada pasca pembedahan akibat sirkulasi yang tidak lancar (Smeltzer dan Bare, 2013). Penelitian lain juga mengungkapkan bahwa latihan peningkatan kekuatan otot melalui mobilisasi merupakan metode yang efektif dalam pengembalian fungsi otot pada pasien pasca operasi (Suetta et.al, 2007).

Menurut asumsi peneliti, adanya pengaruh pengaturan posisi terhadap waktu pemulihan pasien disebabkan karena dengan perubahan posisi yang dilakukan secara terus menerus setiap 15 – 30 menit menyebabkan pasien tidak akan mendapatkan penekanan yang lama pada area tubuh tertekan. Dengan kondisi ini maka pembuluh darah antara tulang dan tempat tidur pasien tidak akan mengalami penyempitan sehingga jaringan sekitar dapat memperoleh darah, bahan makanan dan oksigen, yang akhirnya akan mencegah terjadinya dekubitus. Efek anestesi umum adalah istirahat seluruh sistem dalam tubuh termasuk sistem pernafasan hal ini dapat menyebabkan Sekret yang menetap di bronkus dan paru,

hal ini akan menyebabkan pertumbuhan bakteri yang selanjutnya berkembang menjadi pneumonia. Infeksi pulmonal tetap berkembang mesti dilakukan intervensi untuk pencegahannya. Sekret yang stagnasi dapat dikurangi dengan mengubah posisi setiap 15 – 30 menit dan fisioterapi dada dengan menggunakan teknik posisi untuk mengalirkan sekret dari segmen paru.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan maka dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

- 6.1.1 Rata-rata waktu pemulihan keadaan pasien yang dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit adalah 1,67 hari
- 6.1.2 Rata-rata waktu pemulihan keadaan pasien yang tidak dilakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit adalah 2,73 hari
- 6.1.3 Ada pengaruh pengaturan posisi terhadap pemulihan keadaan pasien di *recovery room* RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018, nilai  $p = 0,011$  ( $p < 0,05$ ).

#### **6.2 Saran**

Dari hasil ini penulis mempunyai beberapa saran yaitu sebagai berikut:

##### **6.2.1 Bagi Rumah Sakit**

Diharapkan kepada perawat di *recovery room* agar melakukan pengaturan posisi setiap 15 – 30 menit untuk mempercepat pemulihan pasien pasca operasi dengan anestesi general.

##### **6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sumber informasi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang dirawat di *recovery room*.

### **6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya**

Agar melakukan penelitian lebih lanjut dengan sampel yang lebih dihomogenkan dan jumlah pasien yang lebih banyak.

## DAFTAR PUSTAKA

- Apriliana, HD. (2013). *Rerata Waktu Pasien Pasca Operasi Tinggal Di Ruang Pemulihan RSUP Dr Kariadi Semarang Pada Bulan Maret – Mei 2013*. Jurnal Media Medika Muda.
- Berman, A., Snyder, S., Koziar, B., & Erb, G. (2009a). *Buku Ajar Praktek Keperawatan Klinis*. Alih Bahasa: Eny Meiliya & Esti Wahyuningsih. Jakarta: EGC.
- Barone, C. P., Pablo, C. S., & Barone, G. W. (2004). Postanesthetic Care in The Critical Care Unit. *Journal of The American Association of Critical-Care Nurse*, 24: 38-45
- Brunner & Suddarth. (2007). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*. Vol 1. Alih Bahasa: Kuncoro, Andy H, Monica, Yasminiasih. Jakarta: EGC
- Chandrasekaran , et.al. (2009). *Early mobilization after total knee replacement reduces the incidence of deep venous thrombosis*. ANZ Journal of Surgery. 2009; (79): 526-9.
- Coyle T. T., Helfrick J. K., & Gonzales M. L. (2005). Office-based ambulatory anesthesia: factors that influence patient satisfaction or dissatisfaction with deep sedation/general anesthesia. *J Oral Maxillofac Surg*; 63: 163-172
- Dinata, DA. (2015). *Waktu Pulih Sadar pada Pasien Pediatrik yang Menjalani Anestesi Umum di Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung*. JAP, Volume 3 Nomor 2, Agustus 2015
- Ditya, W. (2016). *Hubungan Mobilisasi Dini dengan Proses Penyembuhan Luka pada Pasien Pasca Laparatomi di Bangsal Bedah Pria dan Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang*. Jurnal Kesehatan Andalas. 2016; 5(3)
- Eriawan, RD. (2013). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Tindakan Keperawatan pada Pasien Pasca Operasi dengan General Aenesthesia di Ruang Pemulihan IBS RSD dr. Soebandi Jember*. Jurnal Pustaka Kesehatan, vol. 1 (no. 1), September 2013
- Ester, M. (2005). *Pedoman Perawatan Pasien*. Jakarta. EGC
- Garrison. (2004). *Dasar-dasar Terapi dan Latihan Fisik*. Jakarata : Hypocrates
- Gruendemann, B.J. dan Fernsebner, B. (2006). *Buku Ajar Keperawatan Perioperatif. Volume 2*. Jakarta, EGC.
- Gusty, RP. (2011). *Pengaruh Mobilisasi Dini Pasien Pasca Operasi Abdomen Terhadap Penyembuhan Luka Dan Fungsi Pernafasan*. Ners Jurnal Keperawatan Volume 7, No 2, Desember 2011 :106-113

- Gwinnett, C. L. (2012 ). *Catatan Kuliah Anestesi Klinis Edisi 3*. Jakarta: EGC
- Heriana, P. (2014). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Tangerang. Bina Pura Aksara
- Hidayat, A.A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data* Jakarta. Salemba Medika
- Keat, S., Simon, T., Alexander , B., & Lanham, S. (2013). *Anaesthesia on the move*. Jakarta: Indeks
- Larson, M. (2009). *History of Anesthetic practice*. Dalam Miller R, penyunting. Miller's Anesthesia. Edisi ketujuh. Philadelphia: Churchill Livingstone (3-41)
- Mecca RS. (2013). Postoperative recovery. Dalam: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, penyunting. Clinical anesthesia. Edisi ke- 7. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. hlm. 1380–405
- Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta
- Nurzallah, AP. (2015). *Pengaruh Pemberian Terapi Musik Klasik Mozart Terhadap Waktu Pulih Sadar Pasien Kanker Payudara Dengan Anestesi General di RSUD dr. Moewardi Surakarta*. Naskah Publikasi. FIK-Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Potter & Perry. (2006). *Fundamental Keperawatan* (Edisi 4). Jakarta: EGC
- Purnamawati, D. (2014). *Pengaruh Rentang Waktu Pengaturan Posisi Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Lama Di RSUD Propinsi NTB Tahun 2013*.
- Rustianawati, Y (2013). *Efektivitas ambulasi dini terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi di RSUD Kudus*. JIKK. 2013;4(2):1-8.
- Smeltzer dan Bare. (2001). *Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi ke-8. Jakarta: EGC
- Sriharyanti, DE. (2016). *Pengaruh Mobilisasi Dini Rom Pasif Terhadap Pemulihan Peristaltik Usus Pada Pasien Paska Pembedahan Dengan Anestesi Umum Di SMC RS Telogorejo*. *J. Ilmu Keperawatan dan Kebidanan (JIKK) Vol. II No. 5, Desember 2016* 239-247
- Suetta C, Magnusson SP, Beyer N, Kjaer M. (2007). *Effect of strength training on muscle function in elderly hospitalized patients*. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2007;(17):464-72.



- Sugianto dan Juanita. (2013). *Pengaruh Pemberian Selimut Elektrik Suhu 38oc Selama Tur-P Dengan Sab Terhadap Kejadian Menggigil Pasca Bedah Di RS Aisyiyah Bojonegoro*. Surya. Vol.02, No.XV, Agustus 2013
- Syamsuhidajat dan Jong. (2005). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta: EGC
- Trihendradi. C. (2009) *7 Langkah Mudah melakukan Analisa Statistik Menggunakan SPSS*. Andi Offset. Yogyakarta
- Wiyono N, Arifah S. (2008). *Pengaruh ambulasi dini terhadap pemulihan peristaltik usus pasien paska operasi fraktur femur dengan anestesi umum di RSUI Kustati Surakarta*. Berita Ilmu Keperawatan, Journal News In Nursing. 2008;1(2): 57-62.
- World Alliance For Patient Safety. (2008). *The Second Global Patient Safety Challenge Safe Surgery Saves Lives*. <http://www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en/>

Lampiran 1

**LEMBAR PEMERIKSAAN  
(PEMULIHAN PASIEN)**

Inisial : .....

No. MR : .....

**1. Kriteria Pasien**

No	Pemeriksaan	Ya (1)	Tidak (0)
1.	Fungsi Pulmonal f. Suara paru sama pada kedua paru g. Frekuensi napas 10 – 35 x/menit h. Irama nafas teratur i. Tidak ada tanda-tanda sumbatan jalan napas seperti <i>gurgling, snoring, wheesing, silent of breath</i> j. Saturasi O <sub>2</sub> minimum 95 %		
2.	Tanda-tanda vital stabil e. Tekanan darah f. Nadi g. Pernafasan h. Suhu		
3.	Orientasi d. Orientasi tempat e. Orientasi peristiwa f. Orientasi waktu		
4.	Haluan urine tidak kurang dari 30 ml/jam		
5.	a. Tidak adanya mual muntah b. Tidak adanya nyeri minimal		

(Brunner dan Suddarth, 2007)

**2. Alderete Score**

1	Aktivitas	Mampu mengerjakan empat ekstermitas	2
		Mampu mengerjakan dua ekstermitas	1
		Tidak mampu mengerjakan ekstermitas	0
2	Respirasi	Mampu napas dalam dan batuk	2
		Sesak atau pernapasan terbatas	1
		Henti napas	0
3	Sirkulasi	Berubah sampai 20 % prabedah	2
		Berubah 20% - 50 % prabedah	1
		Berubah > 50 % dari prabedah	0
4	Kesadaran	Sadar penuh dan orientasi baik	2
		Sadar setelah dipanggil	1

		Tidak ada respon terhadap rangsangan	0
5	Warna kulit	Kemerahan	2
		Pucat agak suram	1
		Sianosis	0

Lampiran 2

**LEMBAR OBSERVASI LAMA WAKTU PEMULIHAN**

No. MR :.....  
Inisial :.....  
Umur :.....  
Jenis Kelamin :.....  
Dx :.....  
Anestesi :.....  
Pengaturan posisi tiap 15-30 menit pada pasien intervensi  
Lama waktu pemulihan :.....

Lampiran 3

**SOP PENGATURAN POSISI**

<b>Pengertian</b>	Mengatur posisi sebaik mungkin, setelah operasi sampai pasien kembali sadar
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>a. Meningkatkan tingkat kesadaran</li><li>b. Meningkatkan fungsi pernapasan dan sirkulasi dengan interval waktu minimal 4 (empat) jam atau disesuaikan dengan keadaan pasien</li><li>c. Meningkatkan oksigenasi dengan menggunakan oksimeter secara terus menerus</li><li>d. Meningkatkan keseimbangan cairan dengan interval waktu minimal 8 (delapan) jam atau disesuaikan dengan keadaan pasien</li></ol>
<b>Prosedur</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Buatlah posisi tempat tidur yang memudahkan untuk bekerja (sesuai tinggi perawat)</li><li>2. Tempat tidur dijaga agar tetap datar sampai pasien kembali sadar kecuali ada kontak indikasi</li><li>3. Pasien yang tidak sadar diposisikan miring ke satu sisi dengan bantal pada bagian punggung</li><li>4. Dagu diekstensikan untuk meminimalkan bahaya aspirasi</li><li>5. Lutut difleksikan dan bantal diletakkan diantara tungkai untuk mengurangi tekanan abdomen</li><li>6. Jika berbaring miring merupakan kontra indikasi, maka hanya bagian kepala pasien saja yang dimiringkan</li></ol>

(Heriana, 2014)

Lampiran

## HASIL PENGOLAHAN DAN ANALISA DATA

### ANALISA UNIVARIAT

#### Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Intervensi	15	100,0%	0	,0%	15	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Intervensi	Mean		1,67	,303
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,02	
		Upper Bound	2,32	
	5% Trimmed Mean		1,52	
	Median		1,00	
	Variance		1,381	
	Std. Deviation		1,175	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		1,00	
	Skewness		1,975	,580
	Kurtosis		3,824	1,121

#### Intervensi

Intervensi Stem-and-Leaf Plot

```
Frequency      Stem & Leaf
10,00          1 . 0000000000
,00            1 .
2,00           2 . 00
,00            2 .
2,00           3 . 00
1,00 Extremes (>=5,0)
```

Stem width: 1  
Each leaf: 1 case(s)

## Explore

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kontrol	15	100,0%	0	,0%	15	100,0%

### Descriptives

			Statistic	Std. Error
Kontrol	Mean		2,73	,248
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,20	
		Upper Bound	3,27	
	5% Trimmed Mean		2,76	
	Median		3,00	
	Variance		,924	
	Std. Deviation		,961	
	Minimum		1	
	Maximum		4	
	Range		3	
	Interquartile Range		1,00	
	Skewness		-,498	,580
	Kurtosis		-,334	1,121

## Kontrol

Kontrol Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem &	Leaf
2,00	1 .	00
3,00	2 .	000
7,00	3 .	0000000
3,00	4 .	000

Stem width: 1  
 Each leaf: 1 case(s)

# ANALISA BIVARIAT

## T-Test

### Group Statistics

	Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Lama Pemulihan	Intervensi	15	1,67	1,175	,303
	Kontrol	15	2,73	,961	,248

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Lama Pemulihan	Equal variances assumed	,315	,579	-2,721	28	,011	-1,07	,392	-1,870	-,264
	Equal variances not assumed			-2,721	26,940	,011	-1,07	,392	-1,871	-,262



Lampiran									
MASTER TABEL									
Kel.	No. Resp	No. MR	Inisial	Umur	JK	Dx	Anestesi	Lama waktu pemulihan	Rata-rata
kelompok intervensi	1	459117	Tn. C	73	LK	Tumor abdomen	General	3	1,67
	2	492597	Tn. A	40	LK	Hematoma + anemia	General	5	
	3	490252	Ny. S	34	PR	Struma	General	1	
	4	478071	Tn. S	30	LK	Choledocolitiasis	General	1	
	5	486524	Tn. R	32	LK	Post LE + CBD	General	1	
	6	481965	Tn. A	56	LK	Ileus obstruksi	General	1	
	7	487353	Ny. R	46	PR	APP Acut	General	1	
	8	487309	Ny. N	25	PR	Cholelitis	General	1	
	9	420760	Ny. S	50	PR	Hernia Insesival	General	1	
	10	486965	Tn. A	60	LK	FF femur	General	1	
	11	483387	Tn. R	46	LK	Batu gijal	General	2	
	12	490836	Ny. N	68	PR	Perforasi Gaster	General	2	
	13	490887	Nn. R	19	PR	FF Femur	General	1	
	14	489967	Tn. F	64	LK	Ileus obstruksi	General	3	
	15	4486880	Tn. E	38	LK	Post orif femur	General	1	
Kel.	No. Resp	No. MR	Inisial	Umur	JK	Dx	Anestesi	Lama waktu	Rata-rata
Kelompok Kontrol	1	483531	Tn. A	52	LK	Post craniotomy	General	4	2,73
	2	300565	Ny. G	60	PR	Ca. Colon	General	2	
	3	466806	Tn. T	60	LK	Tumor Otak	General	2	
	4	488500	Ny. R	55	PR	App perforasi	General	3	
	5	466806	Tn. T	60	LK	Tumor craniotomy	General	3	
	6	489029	Tn. A	35	LK	EDH	General	1	
	7	484817	Tn. NR	64	LK	Kista hepar	General	3	
	8	484396	Tn. MS	50	LK	Batu CBD	General	3	
	9	483959	Tn. MA	40	LK	Ileus obstruksi	General	4	
	10	490340	Ny. Z	56	PR	FF Clancula	General	1	
	11	316020	Tn. F	22	LK	Tumor intra abdomen	General	3	
	12	486480	Ny. N	57	PR	Ca. Mammae	General	3	
	13	488079	Ny. E	45	PR	Peritonitis	General	4	
	14	491443	Tn. Z	75	LK	Abses efidurAL	General	2	
	15	495562	Tn. H	40	LK	Ileus obstruksi	General	3	



**YAYASAN PERINTIS PADANG (Perintis Foundation)**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) PERINTIS**

*Perintis School of Health Science*, IZIN MENDIKNAS NO : 162/D/O/2006 & 17/D/O/2007

*"We are the first and we are the best"*

Campus 1: Jl. Adinegoro Simpang Kalumpang Lubuk Buaya Padang, Sumatera Barat - Indonesia, Telp. (+62751) 481992, Fax. (+62751) 481962  
Campus 2: Jl. Kusuma Bhakti Gulai Bancah Bukittinggi, Sumatera Barat - Indonesia, Telp. (+62752) 34613, Fax. (+62752) 34613

Bukittinggi, 20 November 2017

Nomor : 032-STIKes- YP/Pend/ XI / 2017  
Lamp : -  
Perihal : Izin Pengambilan Data dan Penelitian

Kepada Yth,  
Bapak/ Ibu : Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi  
Di  
Tempat

*Assalamu'alaikum Wr. Wb*

Dengan hormat,

Dalam rangka menyusun Tugas Akhir Program bagi mahasiswa Semester Ganjil Alih Jenjang Program Studi Ilmu Keperawatan Perintis Padang Tahun Ajaran 2017/ 2018 atas mahasiswa:

Nama : Dewi Deswita  
NIM : 1614201116  
Judul Penelitian : Pengaruh Pengaturan Posisi Terhadap Percepatan Pemulihan Keadaan Pasien Di Recovery Room Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

Dalam hal penulisan Tugas Akhir Program tersebut, mahasiswa membutuhkan data dan informasi untuk menyusun proposal dan melakukan penelitian. Oleh karena itu kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk dapat memberi izin dalam pengambilan data dan penelitian yang dilakukan mahasiswa pada Instansi yang Bapak/ Ibu pimpin.

Demikianlah surat ini kami sampaikan, dengan harapan Bapak/ Ibu dapat mengabulkannya, atas bantuan dan kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis

Kema

Yendrizal Jafri, SKp. M. Biomed

NIK: 1420106116893011

**Tembusan kepada yth:**

1. Bapak/ Ibu Ka. Diklat RSUD. Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
2. Bapak/ Ibu Ka. bid. Keperawatan RSUD. Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
3. Ibu Ka. Administrasi Kampus II Bukittinggi
4. Arsip



PEMERINTAH PROPINSI SUMATERA BARAT  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI**

JALAN Dr. A. RIVAI BUKITTINGGI-26114  
Tep. Hunting (0752) 21720 – 21492 – 21831 – 21322  
Fax (0752) 21321 Telp. Dir (0752) 33825

No : 897/03334/SDM-RSAM/III/2018  
Lamp : -  
Hal : **Pengembalian Mahasiswa**

Bukittinggi, 21 Maret 2018,

Kepada Yth.  
Sdr. Ketua STIKes Perintis Bukittinggi

di -  
Bukittinggi

Dengan hormat,

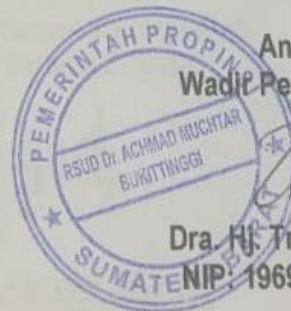
Sehubungan dengan telah selesainya Pengambilan data dan Penelitian Mahasiswa S1 Keperawatan STIKes Perintis Bukittinggi, maka bersama ini kami kembalikan ke Institusi Pendidikan atas nama :

**N a m a** : Dewi Deswita  
**NIM** : 1614201116  
**Institusi** : STIKes Perintis Bukittinggi.

Dengan judul Penelitian " Pengaruh Pengaturan Posisi Terhadap Lama Pemulihan Keadaan Pasien Post Operasi dengan Anestesi Umum di Recovery Room RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018. "

Untuk keperluan pengembangan Bidang SDM ( Seksi Diklit ) RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi diharapkan kepada Saudara untuk dapat memberikan hasil Penelitian Mahasiswa tersebut diatas kepada kami sebelum Ijazah yang bersangkutan diberikan.

Demikianlah disampaikan atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terimakasih.



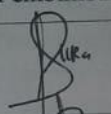
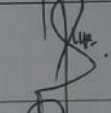

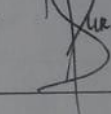
An. Direktur,  
Wakil Penunjang & SDM,

*[Signature]*  
Dra. Hj. Trizayenni, Apt. M. Sc  
NIP. 19690124 199503 2 001

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS SUMATERA BARAT

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

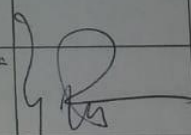
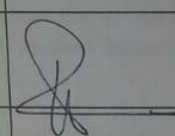
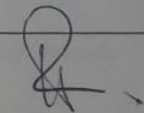
Nama mahasiswa : DEWI DESWITA  
 NIM : 1614201116  
 Pembimbing I : Ns. Mera Delima, M.Kep  
 Judul Skripsi : Pengaruh Pengaturan Posisi terhadap Lama Pemulihan Keadaan Pasien Post Operasi dengan Anestesi Umum di *Recovery Room* di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

Bimbingan Ke	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
	10/2 2018	perbaiki bob W, DO	
	12/2 2018	perbaiki master tabel	
	14/2 2018	perbaiki master dan kalimat dan penyempulan data	
	15/2 2018	perbaiki semua masalah	

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
 SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS SUMATERA BARAT

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN







Nama mahasiswa : DEWI DESWITA  
 NIM : 1614201116  
 Pembimbing II : Ns. Kalpana Kartika, M.Si  
 Judul Proposal : Pengaruh Pengaturan Posisi terhadap Percepatan Pemulihan Keadaan Pasien di *Recovery Room* di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

Bimbingan Ke	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	RABU 20/12.17	1. Penulisan Resume Non dgn Padelon. Kempur 2. Pengukuran 3. 1. Belang Data POKI OPN 4. t.k dgn P.O Coton Lilit yg Cocok 5. Ausguran kawat bsrn di tangkuk / lampun	
2	10 Jan 18	- Penulisan lilit pasien keultra - rad BAB III lilit yg bsrn pulit - Manik Gk penulisan yg silab	
3	26/1.18	Acc y/di apix	

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
 SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS SUMATERA BARAT

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN


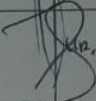
Nama mahasiswa : DEWI DESWITA  
 NIM : 1614201116  
 Pembimbing I : Ns. Mera Delima, M.Kep  
 Judul Proposal : Pengaruh Pengaturan Posisi terhadap Percepatan Pemulihan Keadaan Pasien di *Recovery Room* di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

Bimbingan Ke	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Kanun. 8/12-2017.	perbaiki bab I dan bab II	
2	15/12-2017	perbaiki bab II III	
3.	3/01-2018	perbaiki sesuai saran	
4.	19/01-2018	perbaiki sesuai saran	
5.	21/01-2018	perbaiki kesesuaian	
6.	25/01-2018	Acc diuzikan	

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS SUMATERA BARAT

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama mahasiswa : DEWI DESWITA  
NIM : 1614201116  
Pembimbing I : Ns. Mera Delima, M.Kep  
Judul Skripsi : Pengaruh Pengaturan Posisi terhadap Pemulihan Keadaan Pasien di *Recovery Room* di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

Bimbingan Ke	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
I	2/2-2018	perbaiki sesuai saran.	
II	5/2-2018	perbaiki sesuai saran.	
III	6/2-2018	ACC di utamakan.	