

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Ruang Pemulihan

Periode pulih sadar dimulai segera setelah pasien meninggalkan meja operasi dan langsung diawasi oleh ahli anestesi. Semua komplikasi dapat terjadi setiap saat, termasuk pada waktu pemindahan pasien dari kamar operasi ke ruang pemulihan.

Ruang pemulihan (*Recovery Room*) atau disebut juga Post Anesthesia Care Unit (PACU) adalah ruangan tempat pengawasan dan pengelolaan secara ketat pada pasien yang baru saja menjalani operasi sampai dengan keadaan umum pasien stabil.⁴

Pasien operasi yang ditempatkan di ruang pemulihan secara terus menerus dipantau. Letak ruangan pemulihan yang ideal adalah berdekatan dengan ruang operasi dan mudah dijangkau oleh dokter ahli anestesi atau ahli bedah sehingga mudah dibawa kembalikan ke ruang operasi bila diperlukan, serta mudah dijangkau bagian radiologi atau ruangan harus cukup dan dilengkapi dengan lampu cadangan bila sewaktu-waktu terjadi pemadaman aliran listrik.

Kamar pulih sadar merupakan perluasan kamar operasi, harus terbuka sepanjang hari dan pengamatan secara intensif yang dilakukan didalamnya. Hal ini dapat diartikan karena pada masa transisi tersebut kesadaran penderita belum pulih secara sempurna sehingga kecenderungan terjadinya sumbatan jalan napas lebih besar dan ditambah lagi reflek perlindungan seperti reflek batuk, muntah

maupun menelan belum kembali normal, kemungkinan terjadi aspirasi yang sangat di rasakan dimana pengaruh obat anestesi dan trauma pasca operasi masih belum hilang dan masih mengancam status respirasi dan kardiovaskuler penderita. Upaya pengamatan yang amat cermat terhadap tanda-tanda vital penderita merupakan modal dasar yang amat ampuh dalam mencegah penyulit yang tidak diinginkan.¹³

Dalam syarat ruang pemulihan harus memiliki pintu lebar, penerangan cahaya cukup, dan Jumlah tempat tidur sesuai dengan jumlah ruang operasi. Ruang pemulihan minimal mempunyai kapasitas tempat tidur 1,5 kali jumlah ruang operasi. Area yang digunakan per tempat tidur sekurang-kurangnya 15 m². Jarak antara tempat tidur pemulihan sekurang-kurangnya 1,50 m.¹⁸

Infrastruktur dalam ruang pemulihan harus dibawah pengawasan dokter anestesi yaitu:

- 1) Perawat terlatih khusus dan trampil dalam pengawasan keadaan darurat
- 2) Rasio : Pasien yaitu 3:1 (Ideal), 2:1 (Gawat), 1:1 (Sangat gawat)
- 3) Peralatan :
 - Satu tempat punya 1 sumber O₂
 - Suction, stetoskop, tensimeter, termometer
 - Monitor : ECG dan SaO₂
 - Resusitasi set
 - Obat-obat emergency / cairan

2.2 Tatalaksana pasca operatif

Pasca anestesia merupakan periode kritis, yang segera dimulai setelah pembedahan dan anestesia diakhiri sampai pasien pulih dari pengaruh anestesia.¹² Risiko pasca anestesi dapat di bedakan berdasarkan masalah-masalah yang akan dijumpai pasca anestesia/bedah dapat dikelompokkan menjadi 3 kelompok :

1) Kelompok I

Pasien yang mempunyai risiko tinggi gagal napas dan gangguan hemodinamik pasca anestesia/bedah, sehingga perlu napas kendali pasca anestesia/bedah. Pasien yang termasuk dalam kelompok ini langsung dirawat di Unit Terapi Intensif pasca anestesia/bedah tanpa menunggu pemulihan di ruang pulih.

2) Kelompok II

Sebagian besar pasien pasca anestesia/bedah termasuk dalam kelompok ini, tujuan perawatan pasca anestesia/bedah adalah menjamin agar pasien secepatnya mampu menjaga keadekuatan respirasinya dan kestabilan kardiovaskular.

3) Kelompok III

Pasien yang menjalani operasi kecil, singkat dan rawat jalan. Pasien pada kelompok ini bukan hanya fungsi respirasinya tetapi harus bebas dari rasa ngantuk, ataksia, nyeri dan kelemahan otot, sehingga pasien bisa kembali pulang.¹²

Terdapat 3 tahap dalam keperawatan perioperatif :¹⁶

1) Fase pre operatif

Fase pre operatif merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai ketika pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan.

2) Fase intra operatif

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindahkan ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan IV cath, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Contoh : memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip - prinsip dasar kesimetrisan tubuh.

3) Fase post operatif

Fase Post operatif merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre operatif dan intra operatif yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan pasca anaestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus

pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan ke rumah.

2.2.1 Pemindahan pasien dari kamar operasi

Pemindahan pasien dilaksanakan dengan hati-hati mengingat :

- 1) Pasien yang belum sadar baik atau belum pulih dari pengaruh anestesia, posisi kepala diatur sedemikian rupa agar kelapangan jalan napas tetap adekuat sehingga ventilasi terjamin.
- 2) Apabila dianggap perlu, pada pasien yang belum bernapas spontan, diberikan napas buatan.
- 3) Gerakan pada saat memindahkan pasien dapat menimbulkan atau menambah rasa nyeri akibat tindakan pembedahan dan bisa terjadi dislokasi sendi.
- 4) Pada pasien yang sirkulasinya belum stabil bisa terjadi syok atau hipotensi.
- 5) Pasien yang dilakukan blok spinal, posisi penderita dibuat sedemikian rupa agar aliran darah dari daerah tungkai ke proksimal lancar.
- 6) Yakinkan bahwa infus, pipa nasogastrik dan kateter urin tetap berfungsi dengan baik atau tidak lepas.
- 7) Tidak perlu mendorong kereta tergesa-gesa karena hal tersebut dapat mengakibatkan rasa nyeri dari daerah bekas operasi, perubahan posisi kepala, sehingga dapat menimbulkan masalah ventilasi, muntah atau regurgitasi, dan kegoncangan sirkulasi¹².

2.2.2 Serah terima pasien di ruang pulih

Menurut Brunner dan Suddarth bahwa dalam serah terima pasien pasca operatif meliputi diagnosis medis dan jenis pembedahan, usia, kondisi umum, tanda-tanda vital, jalan napas, obat-obat yang digunakan, masalah yang terjadi selama pembedahan, cairan yang diberikan, jumlah perdarahan, informasi tentang dokter bedah dan anesthesia.¹⁷

Hal-hal yang perlu disampaikan pada saat serah terima adalah:

- 1) Masalah-masalah tatalaksana anestesia, penyulit selama anetesia/pembedahan, pengobatan dan reaksi alergi yang mungkin terjadi.
- 2) Tindakan pembedahan yang dikerjakan, penyulit-penyulit saat pembedahan, termasuk jumlah perdarahan.
- 3) Jenis anestesia yang diberikan dan masalah-masalah yang terjadi, termasuk cairan elektrolit yang diberikan selama operasi, diuresis serta gambaran sirkulasi dan respirasi.
- 4) Posisi pasien di tempat tidur.
- 5) Hal-hal lain yang perlu mendapatkan pengawasan khusus sesuai dengan permasalahan yang terjadi selama anestesi/operasi.
- 6) Dan apakah pasien perlu mendapatkan penanganan khusus di ruangan terapi intensif (sesuai dengan instruksi dokter).¹²

2.2.3 Tujuan perawatan pasca anestesia/pembedahan di ruang pemulihan

Tujuan perawatan pasca anestesia yaitu untuk memulihkan kesehatan fisiologi dan psikologi antara lain:

- 1) Mempertahankan jalan napas, dengan mengatur posisi, memasang suction dan pemasangan mayo/gudel.
- 2) Mempertahankan ventilasi/oksigenasi, dengan pemberian bantuan napas melalui ventilator mekanik atau nasal kanul.
- 3) Mempertahankan sirkulasi darah, dapat dilakukan dengan pemberian cairan plasma ekspander.
- 4) Observasi keadaan umum, observasi vomitus dan drainase
Keadaan umum dari pasien harus diobservasi untuk mengetahui keadaan pasien, seperti kesadaran. *Vomitus* atau muntahan mungkin saja terjadi akibat pengaruh anestesia sehingga perlu dipantau kondisi vomitusnya. Selain itu drainase sangat penting untuk dilakukan observasi terkait dengan kondisi perdarahan yang dialami pasien.
- 5) Balance cairan
Harus diperhatikan untuk mengetahui *input* dan *output* cairan. Cairan harus balance untuk mencegah komplikasi lanjutan, seperti dehidrasi akibat perdarahan atau justru kelebihan cairan yang mengakibatkan menjadi beban bagi jantung dan juga mungkin terkait dengan fungsi eliminasi pasien.
- 6) Mempertahankan kenyamanan dan mencegah resiko injuri
Pasien post anestesi biasanya akan mengalami kecemasan, disorientasi dan beresiko besar untuk jatuh. Tempatkan pasien pada tempat tidur yang nyaman dan pasang side railnya. Nyeri biasanya sangat dirasakan pasien,

diperlukan intervensi keperawatan yang tepat juga kolaborasi dengan medis terkait dengan agen pemblok nyerinya.

2.2.4 Pasien yang tidak memerlukan perawatan pasca anestesia/bedah di ruang pemulihan

- 1) Pasien dengan analgesik lokal yang kondisinya normal / stabil.
- 2) Pasien dengan risiko tinggi tertular infeksi sedangkan di ruang pemulihan tidak ada ruang isolasi.
- 3) Pasien yang memerlukan terapi intensif.
- 4) Pasien yang akan dilakukan tindakan khusus di ruangan (atas kesepakatan Dokter Spesialis Bedah dan Spesialis Anestesiologi).

2.2.5 Kriteria kembali ke bangsal

- 1) Hemodinamik stabil
- 2) Ventilasi spontan adekuat
- 3) Nyeri terkontrol
- 4) Suhu normal
- 5) Mual / muntah minimal dan pasien dapat menjaga dirinya sendiri

2.3 Pemantauan dan penanggulangan kedaruratan medik

2.3.1 Kesadaran

Pemanjangan pemulihan kesadaran, merupakan salah satu penyulit yang sering dihadapi di ruang pulih. Banyak faktor penyulit yang sering dihadapi di ruang pulih. Banyak faktor yang terlibat dalam penyulit ini. Apabila hal ini terjadi diusahakan memantau tanda vital yang lain dan mempertahankan fungsinya agar

tetap adekuat. Disamping itu pasien belum sadar tidak merasakan adanya tekanan, jepitan atau rangsangan pada anggota gerak, mata atau pada kulitnya sehingga mudah mengalami cedera, oleh karena itu posisi pasien diatur sedemikian rupa, mata ditutup dengan plester atau kasa yang basah sehingga terhindar dari cedera sekunder selama durasi operasi¹²

Masalah gelisah dan berontak, seringkali mengganggu suasana ruang pulih bahkan bisa membahayakan dirinya sendiri. Penyebab gaduh gelisah pasca bedah adalah :

- 1) Pemakaian ketamin sebagai obat anestesia
- 2) Nyeri yang hebat
- 3) Hipoksia
- 4) Buli-buli yang penuh
- 5) Stres yang berlebihan prabedah
- 6) Pasien anak-anak, seringkali mengalami hal ini

Komplikasi pasien post anestesia seperti tanda lambat bangun yaitu yang terjadi bila ketidaksadaran selama 60 – 90 menit setelah anestesi umum. Hal ini bisa diakibatkan :

- 1) Sisa obat anestesi
- 2) Sedatif
- 3) Obat analgetik
- 4) Penderita dengan kegagalan organ, misalnya:
 - Disfusi hati, ginjal
 - Hipoproteinemia

- Umur
- Hipotermia

Ada beberapa obat untuk menetralkan obat anestesi, yaitu

- a. Nalokson (0,2 mg), terhadap efek opiat.
- b. Flumazenil (0,5 mg) terhadap efek benzodiazepine.
- c. Phisostigmin (1-2 mg) terhadap efek obat pelumpuh otot.

2.3.2 Respirasi

Parameter respirasi yang harus dinilai pasca anestesia adalah

Tabel 2. Nilai parameter respirasi

No.	Parameter	Normal
1.	Suara Napas paru	Sama dengan kedua paru
2.	Frekuensi napas	10 – 35 x/menit (tergantung usia)
3.	Irama napas	Teratur
4.	Volume tidal	Minimal 4 – 5 ml/kgbb
5.	Kapasitas vital	20 – 40 ml/kgbb
6.	Inspirasi paksa	-40 cmH ₂ O
7.	PaO ₂ pada FiO ₂ 30%	100 mmHg
8.	PaCO ₂	30 – 45 mmHg

Penilaian tersebut diatas dijumpai tanda-tanda insufisiensi respirasi, segera dicari penyebabnya sehingga cepat dilakukan usaha untuk memulihkan fungsinya.¹²

2.3.2.1 Sumbatan jalan napas

Pasien tidak sadar sangat mudah mengalami sumbatan jalan napas akibat dari jatuhnya lidah ke hipofaring, timbunan air liur atau sekret, bekuan darah, gigi yang lepas dan isi lambung akibat muntah atau regurgitasi.

Sumbatan bisa terjadi pada daerah:

- Supra laring : lidah jatuh ke hipofaring, air liur, bekuan darah dan isi lambung akibat muntah atau regurgitasi
 - Laring : benda asing, spasme, edema dan kelumpuhan pita suara
 - Infra laring : trakeo-malasea, aspirasi benda asing, dan spasme bronkus
- Usaha penanggulangannya disesuaikan dengan penyebabnya.

Tabel 3. Usaha penanggulangan jalan napas

No.	Tanpa alat	Dengan alat
1.	Tiga langkah jalan napas	Pipa oro/nasofaring
2.	Posisi miring stabil	Pipa orotrakea
3.	Sapuan pada rongga mulut	Alat hisap

Atau kalau diperlukan bronkoskopi atau trakeostomi.

2.3.2.2 Depresi napas

Depresi sentral adalah yang paling sering akibat dari efek sisa opiat, disamping itu bisa juga disebabkan oleh keadaan hipokapnea, hipotermia dan hipoperfusi. Depresi perifer yaitu karena efek sisa pelupuh otot, nyeri, distensi abdomen dan rigiditas otot. Usaha penanggulangannya disesuaikan dengan penyebabnya.

2.3.3 Sirkulasi

Parameter hemodinamik yang perlu diperhatikan adalah :

1. Tekanan darah

Tekanan darah normal berkisar 90/50 – 160/100. Aldrete menilai perubahan tekanan darah pasca anestesia dengan kriteria sebagai berikut:

- Perubahan sampai 20 % dari nilai prabedah = 2
- Perubahan antara 20-50 % dari nilai prabedah = 1

- Perubahan melebihi 50 % dari nilai prabedah = 0

Sebab-sebab hipertensi pasca bedah adalah hipertensi yang diderita prabedah, nyeri hipoksia dan hiperkarbia, penggunaan vasopresor, dan kelebihan cairan. Dan ada pula sebab-sebab hipotensi / syok pasca bedah adalah perdarahan, defisit cairan, depresi otot jantung dan dilatasi pembuluh darah yang berlebihan. Penanggulangannya, dapat disesuaikan dengan penyebabnya.

2. Denyut Jantung

Denyut jantung normal berkisar 55 – 120 x/menit (tergantung usia) dengan irama yang teratur. Sebab-sebab gangguan irama jantung :

- 1) Takikardia, disebabkan oleh hipoksia, hipovolumia, akibat obat simpatomimetik, demam, dan nyeri.
- 2) Brakikardia, disebabkan oleh blok subarakhnoid, hipoksia (pada bayi) dan reflek vagal.
- 3) Distrimia (diketahui dengan EKG), paling sering disebabkan karena hipoksia.

Penanggulangannya adalah memperbaiki ventilasi dan oksigenasi. Apabila sangat mengganggu dapat diberikan obat anti disritmia seperti lidokain. Hal lain yang perlu mendapat perhatian pasca bedah yang termasuk dalam sirkulasi adalah:

- 1) Perdarahan dari luka operasi yaitu kemungkinan adanya perdarahan dari luka operasi, selalu harus diperhatikan. Adanya perembesan dari luka operasi atau bertambahnya jumlah darah dalam botol penampungan

drainase luka operasi, perlu dipertimbangkan untuk tindakan eksplorasi kembali.

- 2) Bendungan di sebelah distal dari tempat bekas luka operasi bisa menimbulkan edema dan nyeri di daerah tersebut.

2.3.4 Fungsi ginjal dan saluran kencing

Perhatikan produksi urin, terutama pada pasien yang dicurigai risiko tinggi gagal ginjal akut pasca bedah/anestesia. Pada keadaan normal produksi urin mencapai $> 0,5 \text{ cc/KgBB/jam}$, bila terjadi oliguria atau anuria, segera dicari penyebabnya, apakah pre renal, renal atau salurannya.

2.3.5 Fungsi saluran cerna

Kemungkinan terjadi regurgitasi atau muntah pada periode pasca anestesia/bedah, terutama pada kasus bedah akut, senantiasa harus diantisipasi. Untuk mengantisipasi hal ini, pencegahan regurgitasi/muntah lebih penting artinya daripada menangani kejadian tersebut. Akan tetapi bila terjadi penyulit seperti ini maka tindakan yang cepat dan tepat sangat diperlukan untuk mengatasi jalan napas. Walaupun demikian kemungkinan terjadi aspirasi asam lambung senantiasa mengancam. Bila hal ini terjadi, pasien dirawat secara intensif di Unit Terapi Intensif karena pasien akan mengalami ancaman gagal napas akut.

2.3.6 Aktivitas motorik

Pemulihan aktivitas motorik pada penggunaan obat pelumpuh otot, berhubungan erat dengan fungsi respirasi. Bila masih ada efek sisa pelumpuh otot,

pasien mengalami hipoventilasi dan aktivitas motorik yang lain juga belum kembali normal.

Petunjuk yang sangat sederhana untuk menilai pemulihan otot adalah menilai kemampuan pasien untuk membuka mata atau kemampuan untuk menggerakkan anggota gerak terutama pada pasien menjelang sadar. Kalau sarana memadai, dapat dilakukan uji kemampuan otot rangka dengan alat perangsang saraf.

2.3.7 Suhu tubuh

Penyulit hipotermi pasca bedah, tidak bisa dihindari terutama pada pasien bayi/anak dan usia tua. Beberapa penyebab hipotermi di kamar operasi adalah:

- 1) Suhu kamar operasi yang dingin
- 2) Penggunaan desinfektan
- 3) Cairan infus dan transfusi darah
- 4) Cairan pencuci rongga-rongga pada daerah operasi
- 5) Kondisi pasien (bayi dan orang tua)
- 6) Penggunaan halotan sebagai obat anestesia

Usaha-usaha untuk mehangatkan kembali diruang pulih adalah dengan cara:

- 1) Pada bayi, segera dimasukkan dalam inkubator
- 2) Pasang selimut penghangat
- 3) Lakukan penyinaran dengan lampu

Hipertermi pun harus diwaspadai terutama menjurus pada hipertermia malignan. Beberapa hal yang bisa menimbulkan hipertermi adalah:

- 1) Septikhemia, terutama pada pasien yang menderita infeksi pembedahan.
- 2) Penggunaan obat-obatan, seperti: atropin, suksinil, kholin dan halotan.

Usaha penanggulangannya adalah:

- 1) Pasien didinginkan secara konduksi menggunakan es
- 2) Infus dengan cairan infus dingin
- 3) Oksigenasi adekuat
- 4) Antibiotika, bila diduga sepsis
- 5) Bila dianggap perlu, rawat di Unit Terapi Intensif

2.3.8 Masalah nyeri

Trauma akibat luka operasi sudah pasti akan menimbulkan nyeri. Hal ini harus disadari sejak awal dan bila pasien mengeluh rasa nyeri atau ada tanda-tanda pasien menderita nyeri, segera berikan analgetika.

Diagnosis nyeri ditegakkan melalui pemeriksaan klinis berdasarkan pengamatan perubahan perangai, psikologis, perubahan fisik antara lain pola napas, denyut nadi dan tekanan darah, serta pemeriksaan laboratorium yaitu kadar gula darah. Intensitas nyeri dinilai dengan "*visual analog scale*" (VAS) dengan rentang nilai dari 1-10 yang dibagi menjadi :

- 1) Nyeri ringan ada pada skala 1-3
- 2) Nyeri sedang ada pada skala 4-7
- 3) Nyeri berat ada pada skala 8-10

Pedoman penanggulangan nyeri pasca bedah mempergunakan konsep analgesia preemtif, melalui pendekatan trimodal dengan analgesia balans yaitu:

- 1) Menekan pada proses transduksi di daerah cedera, mempergunakan preparat atau obat yaitu analgesia lokal atau analgetik non steroid atau anti prostaglandin, misalnya : asam mefenamik, ketoprofen dan ketorolak.
- 2) Menekan pada proses transmisi, mempergunakan obat analgesia lokal dengan teknik analgesia regional, seperti misalnya blok interkostal dan blok epidural.
- 3) Menekan pada proses modulasi mempergunakan preparat narkotika secara sistemik yang diberikan secara intermiten atau tetes kontinyu atau diberikan secara regional melalui kateter epidural.

Nyeri luka operasi laparotomi, menimbulkan pengaruh yang serius terhadap fungsi respirasi. Pengembangan diafragma kearah rongga abdomen akan menurun, menyebabkan kapasitas residu fungsional akan menurun sehingga ventilasi alveolar berkurang. Disamping itu kemampuan batuk pasca bedah untuk mengeluarkan sputum berkurang sehingga timbul retensi sputum. Oleh karena itu pada pasien pasca laparotomi tinggi yang insisinya mencapai prosesus sifoideus dilakukan ventilasi mekanik selama 1 x 24 jam, selanjutnya pada saat yang sama dipasang kateter epidural untuk mengendalikan nyeri mempergunakan preparat opiat (morfin).

2.3.9 Posisi

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

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 kepal, pada pasien yang belum sadar
- 3) Posisi terlentang dengan elevansi kedua tungkai dan bahu (kepala) pada pasien blok spinal dan bedah otak

2.4 Pemantauan pasca anestesi dan kriteria pengeluaran

Mempergunakan Skor Aldrete Pasca Anestesia di Ruang Pulih

Tabel 4. Skor Aldrete

No.	Kriteria Motorik	Nilai
1.	Aktivitas motorik:	
	○ Mampu menggerakkan empat ekstremitas	2
	○ Mampu menggerakkan dua ekstremitas	1
	○ Tidak mampu menggerakkan ekstremitas	0
2.	Respirasi:	
	○ Mampu napas dalam, batuk dan tangis kuat	2
	○ Sesak atau pernapasan terbatas	1
	○ Henti napas	0
3.	Tekana darah:	
	○ Berubah sampai 20% dari prabedah	2
	○ Berubah 20%-50% dari prabedah	1
	○ Berubah > 50% dari prabedah	0
4.	Kesadaran:	
	○ Sadar baik dan orientasi baik	2
	○ Sadar setelah dipanggil	1
	○ Tak ada tanggapan terhadap rangsangan	0
5.	Warna kulit:	
	○ Kemerahan	2
	○ Pucat agak suram	1
	○ Sianosis	0

Penilaian dilakukan :

1. Saat masuk
2. Selanjutnya dilakukan penilaian setiap saat dan dicatat setiap 5 menit sampai tercapai nilai total 10. Nilai untuk pengiriman pasien adalah 10.

Faktor-faktor yang perlu diperhatikan sebelum mengirim ke ruangan adalah:

1. Observasi minimal 30 menit setelah pemberian narkotik atau obat penawarnya (nalokson) secara intervena.
2. Observasi minimal 60 menit setelah pemberian antibiotik, antiemetik atau narkotik secara intramuskular.
3. Observasi minimal setelah oksigen dihentikan.
4. Observasi 60 menit setelah ekstubasi
5. Tindakan lain akan ditentukan kemudian oleh Dokter Spesialis Anestesiologi dan Dokter Spesialis Bedah.

Pasien bisa dipindahkan ke ruang perawatan dari ruang pemulihan jika nilai pengkajian post anestesi adalah >7-8. Lama tinggal di ruang pulih tergantung dari teknik anestesi yang digunakan. Pasien dikirim ke ICU (*Intensive Care Unit*) apabila hemodinaik tak stabil perlu support inotropik dan membutuhkan ventilator (*mechanical respiratory support*).