BAB III

METODE PENULISAN

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Pada laporan akhir ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien mengatasi masalah pada area pre, intra dan post operatif. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulis adalah asuhan keperawatan perioperatif pada pasien Vesikolithiasis dengan Tindakan Vesikolitotomi.

B. Subyek Asuhan

Subyek asuhan keperawatan ini berfokus kepada satu pasien dengan diagnosa medis Vesikolithiasis yang menjalani pembedahan Vesikolitotomi di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dengan kriteria sebagai berikut:

C. Lokasi dan Waktu

Lokasi asuhan keperawatan perioperative ini dilaksanakan di ruang Rawat Bedah dan ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, yang dilaksanakan pada 29 Mei 2022 sampai 1 Juni 2022.

D. Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Alat yang digunakan untuk menyusun laporan tugas akhir ini adalah lembar format asuhan keperawatan perioperatif yang meliputi proses pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan.

2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan laporan tugas akhir ini menggunakan metodologi keperawatan dengan menerapkan proses keperawatan pada pasien dan mendokumentasikan hasil keperawatan sesuai format (Budioni dan Sumirah, 2016).

a. Anamnesa

Pada asuhan keperawatan ini penulis melakukan anamnesa berupa

memberi pertanyaan pada pasien dan keluarga pasien mengenai keluhan pasien dan riwayat penyakit pasien. Anamnesa yang dilakukan pada Vesikolithiasis dapat asimtomatis dan dan ditemukan secara kebetulan pada pemeriksaan fisik. Pada pasien simptomatis, keluhan pasien dapat berupa rasa tidak nyaman di daerah benjolan seperti nyeri, keluhan nyeri dapat dikaji dengan menanyakan (Frekuensi, intensitas, durasi, lokasi) nyeri yang dirasakan.

b. Observasi

Pada asuhan keperawatan ini penulis mengobservasi respon pasien baik secara verbal dan nonverbal. Observasi yang dapat dilakukan yaitu melihat kondisi umum pasien berdasarkan keluhan yang disampaikan pasien. Pada penderita vesikolithiasis biasanya mengeluh nyeri saat miksi

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengetahui karakteristik normal dan abnormal suatu penyakit dan pada penulisan ini penulis melakukan pemeriksaan fisik pada daerah abdomen, dengan menggunakan metode atau teknik *Physical Examination* (PE) yang terdiri atas:

1) Inspeksi

Inspeksi merupakan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis. Inspeksi dilakukan dengan menggunakan indra penglihatan, pendengaran dan penciuman sebagai alat untuk mengumpulkan data. Pada proses inspeksi perawat harus membandingkan bagian tubuh yang normal dengan bagian tubuh yang abnormal.

2) Palpasi

Palpasi merupakan teknik pemeriksaan yang menggunakan indra peraba. Tangan dan jari adalah instrumen yang sensitif dan dapat digunakan untuk mengumpulkan data tentang suhu, turgor, bentuk, kelembapan, vibrasi dan ukuran. Palpasi dilakukan dari atas suprapubik keatas sampai dibawah umbilicus untuk

mengetahui apakah terdapat nyeri tekan atau tidak.

3) Perkusi

Perkusi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara menggunakan ketukan jari atau tangan atau alat bantu seperti reflek hammer untuk mengetahui reflek seseorang dan dilakukan pemeriksaan lain misalnya: batas-batas jantung, batas hepar-paru.

4) Auskultasi

Auskultasi merupakan teknik pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh. Auskultasi dilakukan untuk menentukan bunyi peristaltik pada abdomen (normal atau meningkat).

3. Sumber Data

Dalam buku konsep dasar keperawatan, (Budiono dan Sumirah, 2016) menyatakan ada beberapa sumber data dalam penyusunan asuhan keperawatan yaitu:

a. Sumber Data Primer

Sumber data primer yaitu data yang didapatkan langsung dari pasien, dengan melakukan pemeriksaan pasien berupa keluhan utama pasien, dan riwayat penyakit sekarang. Bila klien dalam keadaan tidak sadar, mengalami gangguan bicara atau pendengaran, klien masih bayi, atau karena beberapa sebab klien tidak dapat memberikan data subyektif secara langsung, perawat dapat menggunakan data obyektif untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Namun, bila diperlukan klarifikasi data subyektif, hendaknya perawat melakukan anamnesis pada keluarga.

b. Sumber Data Sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang diperoleh perawat bukan dari pasien, yaitu orang terdekat, orang tua, suami atau istri, anak, dan teman klien. mengenai riwayat menstruasi pasien dan penyakit pasien

c. Sumber data lainnya

- 1) Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya
- 2) Riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, dan catatan perkembangan
- 3) Konsultasi klien
- 4) Hasil pemeriksaan diagnostic, seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan test diagnostic
- 5) Kepustakaan

4. Penyajian Data

Menurut (Notoatmojo, 2018), cara melakukan penyajian data dikelompokkan menjadi empat bentuk yaitu, narasi, tabel, numerik, dan grafik. Narasi atau textual merupakan penyajian data dalam bentuk uraian kalimat, tabel merupakan penyajian data yang sudah diklasifikasikan dan tersusun dalam kolom atau jajaran, sedangkan numerik data yang disajikan dalam bentuk bilangan. Penyajian data laporan tugas akhir ini menggunakan bentuk narasi dan tabel tentang hasil respon pasien terhadap penerapan tindakan keperawatan di ruang bedah pria dan instalasi bedah sentral RSUD Dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2022, yaitu :

a. Narasi

Penulis melakukan penyajian data dalam bentuk narasi pada ringkasan hasil anamnesa pre operasi, pemeriksaan fisik, riwayat penyakit sekarang dan penyajian pembahasan asuhan keperawatan.

b. Tabel

Penulis melakukan penyajian data dalam bentuk tabel pada hasil pemeriksaan penunjang, prosedur khusus sebelum pembedahan, obat pra-pembedahan, *surgical patient safety checklist*, pemberian obat anestesi, *bromage score*, *balance* cairan, *survey* sekunder, daftar terapi obat, analisa data, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan pre operasi, intra operasi serta post operasi.

E. Prinsip Etik

Menurut Notoatmojo (2018), penulisan ini dilandasi oleh etika penulisan diantaranya:

a. *Informed Consent*

Dokter menjelaskan tujuan dan manfaat penulisan kepada responden dan penulis memberikan lembar persetujuan untuk menyatakan bahwa responden bersedia untuk dilakukan penulisan dengan menandatangani lembar persetujuan.

b. *Autonomy*

Penulis memberikan kebebasan kepada pasien dalam mengambil keputusan.

c. *Beneficence (Berbuat Baik)*

Penulis melaksanakan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan prosedur guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subyek tindakan asuhan keperawatan dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi.

d. *Non-maleficence (Tidak mencederai)*

Penulis memberikan intervensi sesuai dengan standar operasional prosedur dan dalam bimbingan clinical struktur atau perawat ruangan agar meminimalisir dampak yang mungkin akan dirasakan oleh subyek.

e. *Justice (Keadilan)*

Penulis berlaku adil dan tidak membedakan status sosial, suku, agama, ras, dan antar golongan terhadap pasien.

f. *Confidentially (Kerahasiaan)*

Penulis menjaga kerahasiaan identitas subjek dan informasi yang diberikannya. Semua catatan dan data subyek disimpan sebagai dokumentasi penulisan.

g. *Veracity (Kejujuran)*

Penulis memberikan informasi yang sebenar-benarnya kepada subyek