

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan

Pada laporan tugas akhir ini penulis melakukan pendekatan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan yaitu suatu proses atau tahap-tahap kegiatan keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Penulis menggunakan pendekatan dengan berfokus pada gangguan kebutuhan dasar khususnya gangguan kebutuhan rasa aman nyaman (nyeri).

B. Subjek Asuhan

Subjek asuhan keperawatan pada laporan tugas akhir ini berfokus kepada satu orang pasien yang mengalami gangguan kebutuhan rasa aman nyaman (nyeri) dengan masalah *post operasi hemoroid* di Rumah Sakit Bhayangkara Polda Lampung.

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi

Pelaksanaan asuhan keperawatan dalam pengelolaan gangguan kebutuhan rasa aman nyaman (nyeri) pada klien *post operasi hemoroid* di Ruang Kelas 2/3 Rumah Sakit Bhayankara Polda Lampung.

2. Waktu

Waktu pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Februari 2022 sampai dengan 16 Februari 2022.

D. Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

a. Format pengkajian

Format pengkajian yang digunakan yaitu format pengkajian keperawatan medikal bedah. Format asuhan keperawataan meliputi

pengkajian kepada klien berupa, identitas klien, catatan masuk, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, analisa data, diagnosis keperawatan, intervensi keperawata, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

b. Alat Kesehatan

Alat kesehatan yang digunakan untuk mengambil data pada klien meliputi stetoskop, *sphygmomanometer* (tensimeter), thermometer, *penlight*, jam/arloji, dan *handscoon*.

2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada laporan tugas akhir ini meliputi wawancara/*anamnesis*, observasi, pemeriksaan fisik (Budiono & Pertami, 2016).

- a. Wawancara/*anamnesis*, merupakan suatu teknik pengumpulan data untuk menemukan permasalahan yang harus diteliti dan untuk mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam. Wawancara dilakukan untuk mendapatkan data yang berhubungan dengan keluhan yang dirasakan klien, riwayat kesehatan sekarang tentang sejak kapan keluhan yang dialami klien muncul, tindakan apa yang telah dilakukan, respon dari tindakan yang dilakukan, sejak kapan klien dibawa ke rumah sakit. Riwayat kesehatan dahulu apakah klien pernah mengalami sakit seperti yang dialami pada saat ini sebelumnya, riwayat kesehatan keluarga, serta apakah memiliki riwayat penyakit *herediter* atau menular.
- b. Observasi, merupakan pengamatan perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan (Budiono & Pertami, 2016). Observasi digunakan untuk melakukan pengamatan langsung pada keadaan klinis klien dan hasil tindakan asuhan keperawatan dengan pengelolaan nyeri akut dengan pemberian *analgetik*, keadaan yang diamati adalah respon nyeri seperti tampak meringis dan tampak gelisah.

- c. Pemeriksaan Fisik yang dilakukan dengan menggunakan metode atau teknik P.E. (*Physical Examination*) yang terdiri atas: (Budiono & Pertami, 2016)
- 1) *Inspeksi*, yaitu teknik yang dapat dilakukan dengan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis
 - 2) *Palpasi*, yaitu suatu teknik yang dapat dilakukan dengan menggunakan indra peraba. Langkah-langkah yang perlu diperhatikan adalah ciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman, dan santai, tangan anda harus dalam keadaan kering, hangat, dan kuku pendek.
 - 3) *Perkusi*, merupakan pemeriksaan yang dapat anda lakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk, dan konsistensi jaringan.
 - 4) *Auskultasi*, merupakan pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

3. Sumber Data

a. Sumber Data Primer

Klien merupakan sebagai sumber data utama (primer) dan perawat dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai masalah kesehatan klien. Apabila klien dalam keadaan tidak sadar, mengalami gangguan bicara atau pendengaran, klien masih bayi atau karena beberapa sebab klien tidak dapat memberikan data subjektif secara langsung sehingga perawat dapat menggunakan data objektif untuk mengkaji diagnosis keperawatan. Akan tetapi, apabila diperlukan klasifikasi data subjektif, hendaknya anda melakukan *anamnesis* pada keluarga (Budiono & Pertami, 2016).

b. Sumber Data Sekunder

Sumber data sekunder merupakan data yang diperoleh selain klien, yaitu orang terdekat, orang tua, suami atau istri, anak, dan teman

klien, mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi atau kesadaran yang menurun, misalnya klien bayi atau anak-anak, atau klien dalam kondisi tidak sadar (Budiono & Pertami, 2016).

c. Sumber Data Lain

Sumber data lain (Budiono & Pertami, 2016).

- 1) Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya, catatan kesehatan terdahulu dapat digunakan sebagai sumber informasi yang dapat mendukung rencana tindakan keperawatan
- 2) Riwayat penyakit, pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit dapat diperoleh dari terapi. Informasi yang diperoleh adalah hal-hal yang difokuskan pada identitas patologis dan untuk menentukan rencana tindakan medis
- 3) Konsultasi, kadang terapis memerlukan konsultasi dengan anggota tim kesehatan spesialis, khususnya dalam menentukan diagnosis medis atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis. Informasi tersebut dapat diambil untuk membantu menegaskan diagnosis.
- 4) Hasil pemeriksaan *diagnostik*, seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan tes *diagnostik*, dapat digunakan sebagai data objektif yang dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan klien. Hasil pemeriksaan *diagnostik* dapat digunakan membantu mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan.
- 5) Perawat lain, jika klien adalah rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya maka perawat harus meminta informasi kepada teman sejawat yang telah merawat klien sebelumnya. Hal ini untuk kelanjutan tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- 6) Kepustakaan, untuk mendapatkan data dasar klien yang *komprehensif*, perawat dapat membaca literature yang berhubungan dengan masalah klien. Memperoleh literatur sangat membantu anda dalam memberikana suhan keperawatan yang benar dan tepat.

E. Penyajian Data

1. Narasi atau tulisan

Bentuk penyajian data secara naratif atau teks, berisi informasi tentang prosedur penelitian, hasil-hasil yang diperoleh serta kesimpulan yang dimuat secara garis besar. Sehingga yang diperoleh dari substansi hasil penelitian hanya sebatas informasi lokal, karena tidak memuat data-data dan gambaran secara statistik. Manfaat penyajian data secara naratif ini adalah agar data dapat berguna bagi orang lain, sehingga dengan mudah mendapat gambaran untuk mengadakan perbandingan ulang penelitian.

2. Tabel

Data tabel yang digunakan menggunakan angka atau kalimat agar lebih mudah untuk dipahami. Data yang disajikan menggunakan tabel adalah analisa data, intervensi, implementasi.

F. Prinsip Etik

Menurut (Hasyim & Prasetyo, 2019) prinsip etik keperawatan yaitu:

1. Otonomi

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Prinsip otonomi direfleksikan dalam praktek profesional ketika perawat menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya.

2. *Beneficience* (berbuat Baik)

Prinsip ini menuntut perawat untuk melakukan hal yang baik dengan begitu dapat mencegah kesalahan atau kejahatan. Prinsip kemurahan hati adalah menghilangkan kondisi-kondisi yang sangat merugikan, mencegah kerugian kerusakan/kesalahan, berbuat baik.

3. *Justice* (keadilan)

Nilai ini direfleksikan dalam praktik profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan. Nilai ini terefleksikan dalam praktek profesional ketika perawat bekerja

untuk terapi yang benar sesuai dengan hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.

4. *Non-maleficence* (tidak merugikan)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya atau cedera fisik dan psikologi pada klien.

5. *Veracity* (kejujuran)

Nilai ini bukan cuma dimiliki oleh perawat namun harus dimiliki oleh seluruh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien untuk meyakinkan agar klien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif. Pemberi pelayanan kesehatan harus menyampaikan kebenaran pada setiap klien dan memastikan bahwa klien sangat mengerti dengan situasi yang dia hadapi.

6. *Fidelity* (menepati janji)

Tanggung jawab seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan meminimalkan penderitaan. Untuk mencapai itu penulis harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmennya kepada orang lain. Prinsip ini berarti bahwa tenaga kesehatan wajib menepati janji, menjaga komitmennya dan menyimpan rahasia klien.

7. *Confidentially* (kerahasiaan)

Penulis akan menjaga informasi tentang klien harus dijaga privasi klien. Dokumentasi tentang keadaan kesehatan klien hanya bisa dibaca guna keperluan pengobatan dan peningkatan kesehatan klien. Diskusi tentang klien di luar area pelayanan harus dihindari. Prinsip ini menggariskan bahwa informasi tentang klien harus dijaga kerahasiannya.

8. *Accountability* (akuntabilitas)

Akuntabilitas adalah mempertanggungjawabkan hasil pekerjaan, dimana tindakan yang dilakukan merupakan suatu aturan profesi. Oleh karena itu pertanggungjawaban atas hasil asuhan keperawatan mengarah langsung kepada praktisi itu sendiri.