

## **BAB III**

### **METODE**

#### **A. Fokus Asuhan Keperawatan**

Penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang dialami, khususnya asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman: nyeri pada pasien hernia inguinalis lateral dengan tindakan herniotomi di Ruang Bedah RSUD dr. A. Dadi Tjokrodipo Kota Bandar Lampung. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulis adalah asuhan keperawatan individu pada pasien dewasa.

#### **B. Subyek Asuhan**

Subyek asuhan keperawatan ini fokus pada satu pasien yang didiagnosa medis hernia inguinalis lateral yang dilakukan tindakan herniotomi yang mengalami nyeri di ruang bedah RSUD dr. A. Dadi Tjokrodipo yang mengalami gangguan kebutuhan rasa aman dan nyaman: nyeri dengan kriteria:

1. Pasien kooperatif
2. Pasien hernia inguinalis lateral yang dilakukan tindakan herniotomi
3. Pasien yang mengalami nyeri karena post herniotomi dengan skala 6
4. Bersedia menandatangani lembar persetujuan *informed consent*.

#### **C. Lokasi dan Waktu**

##### 1. Lokasi Asuhan Keperawatan

Lokasi dilakukannya asuhan keperawatan ini dilakukan di Ruang Bedah RSUD dr. A. Dadi Tjokrodipo kota Bandar lampung tahun 2022.

##### 2. Waktu Asuhan Keperawatan

Waktu pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan telah dilakukan pada tanggal 14 Februari sampai 16 Februari pada tahun 2022..

## D. Pengumpulan Data

### 1. Alat pengumpulan data

Alat yang digunakan dalam menyusun laporan tugas akhir ini adalah lembar format asuhan keperawatan medikal bedah, yang meliputi proses pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi tindakan yang dilakukan. Alat lain yang digunakan dalam proses keperawatan terdiri dari alat-alat pengukuran tanda-tanda vital dan alat pemeriksaan fisik.

### 2. Teknik Pengumpulan Data

#### a. Wawancara

Wawancara adalah menanyakan atau membuat tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh pasien, biasa juga disebut dengan anamnesa. Wawancara berlangsung untuk menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi pasien dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan. Tujuan dari wawancara adalah untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan pasien, serta untuk menjalin hubungan antara perawat dengan pasien. (Hera Hijriani, 2018).

Wawancara yang penulis lakukan pada saat pengkajian menggunakan format asuhan keperawatan medikal bedah. Wawancara yang penulis lakukan kepada pasien meliputi pengkajian identitas klien, riwayat kesehatan, pengkajian pola fungsional.

#### b. Observasi

Observasi adalah mengamati perilaku dan keadaan pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan pasien. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indra lainnya, melalui rabaan, sentuhan dan pendengaran. Tujuan dari observasi adalah mengumpulkan data tentang masalah yang dihadapi pasien melalui kepekaan alat panca indra, (Hera Hijriani, 2018).

Adapun observasi yang dilakukan penulis adalah observasi skala nyeri, observasi pola tidur pasien, dan observasi keadaan luka post operasi pasien.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara *head to toe*, diantaranya:

- 1) Inspeksi merupakan pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Hasilnya seperti : mata kuning, terdapat struma di leher, kulit kebiruan. (Hera Hijriani, 2018)
- 2) Palpasi merupakan pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui perabaan terhadap bagian-bagian tubuh yang mengalami kelainan. Misalnya adanya tumor, oedema, krepitasi. (Hera Hijriani, 2018)
- 3) Perkusi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan mengetuk bagian tubuh menggunakan tangan atau alat bantu seperti *reflek hammer* untuk mengetahui reflek seseorang. Misalnya : kembang, batas-batas jantung, batas hepar paru. (Hera Hijriani, 2018)
- 4) Auskultasi merupakan pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui pendengaran. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop. Hal-hal yang didengarkan adalah : bunyi jantung, suara nafas, dan bising usus. (Hera Hijriani, 2018)
- 5) Studi Dokumentasi  
Studi dokumentasi merupakan cara pengumpulan data dengan melihat hasil pemeriksaan berupa foto rontgen, hasil laboratorium.

3. Sumber Data

Menurut (Niswa Salamung, 2021) macam-macam data apabila ditinjau dari sumber data tersebut diperoleh terbagi menjadi:

a. Sumber data primer

Sumber data primer adalah pasien sendiri secara langsung, hal-hal yang bersumber dari pasien dinamakan data primer. Data primer bisa dibantu dengan melakukan validasi dari perawat pada anggota keluarganya jika misalnya pasiennya adalah lansia yang sulit untuk

berbicara atau tidak bisa berbicara, pasien anak-anak, dan bayi. Penulis mendapatkan data langsung dari pasien, sumber data yang diperoleh dari hasil pengkajian, observasi, dan pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien Ny.J.

b. Sumber data sekunder

Sumber data sekunder adalah semua informasi yang berasal bukan dari pasien. Antara lain dari keluarga, teman, saudara, suami, istri ataupun anak. Penulis pada saat melakukan pengkajian juga mendapatkan sumber data dari anak pasien meliputi riwayat penyakit dahulu pasien.

## **E. Penyajian Data**

Penulis menyajikan data pada laporan tugas akhir ini dengan cara textular, yaitu penyajian data hasil penelitian dalam bentuk narasi dan juga bentuk tabel.

1. Narasi

Penulis akan menggunakan penyajian data secara narasi yaitu suatu bentuk penyajian yang digunakan dalam bentuk kalimat yang biasanya berupa deskriptif untuk memberikan informasi melalui kalimat yang mudah untuk dipahami pembaca. Seperti hasil pengkajian pasien sebelum dan setelah diberikan terapi atau pengobatan untuk mengurangi rasa nyeri dan menuliskan hasil ataupun evaluasi setelah diberikan asuhan keperawatan dalam bentuk kalimat atau teks.

2. Tabel

Tabel adalah suatu bentuk penyajian data yang dimasukkan ke dalam kolom atau baris yang digunakan penulis untuk menjelaskan data hasil pengkajian ataupun runtutan suatu implementasi yang sudah digunakan secara runtut. Seperti tabel perbedaan nyeri akut dan nyeri kronis, tabel analisis data, tabel standar luaran keperawatan, tabel pemeriksaan penunjang, tabel terapi obat, tabel catatan perkembangan pasien saat diberikan asuhan keperawatan berupa daftar implementasi dan evaluasi yang sudah dilakukan perawat.

## F. Prinsip Etik

Menurut (Budiono, 2016) Prinsip etika yang digunakan dalam membuat asuhan keperawatan yaitu:

### 1. Otonomi (*Autonomy*)

Dalam bekerja perawat harus memiliki prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Perawat harus kompeten dan memiliki kekuatan membuat sendiri, memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang harus dihargai dan tidak dipengaruhi atau intervensi profesi lain.

Prinsip otonomi merupakan bentuk respek terhadap pasien, atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri. Praktik profesional merefleksikan otonomi saat perawat menghargai hak-hak pasien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya.

### 2. Berbuat baik (*Beneficence*)

*Beneficence* berarti, hanya melakukan sesuatu yang baik. Setiap kali perawat bertindak atau bekerja senantiasa didasari prinsip berbuat baik kepada pasien. Kebaikan, memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain.

### 3. Keadilan (*Justice*)

Prinsip keadilan harus ditumbuh kembangkan dan dibutuhkan dalam diri perawat, perawat bersikap yang sama dan adil terhadap orang lain dan menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Nilai ini direfleksikan dalam memberikan asuhan keperawatan ketika perawat bekerja untuk yang benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan keperawatan.

4. Tidak merugikan (*Nonmaleficence*)

Prinsip tidak merugikan harus dipegang oleh setiap perawat, prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya, cedera atau kerugian baik fisik maupun psikologis pada pasien akibat praktik asuhan keperawatan yang diberikan kepada individu maupun kelompok.

5. Kejujuran (*Veracity*)

Prinsip *veracity* berarti penuh dengan kebenaran, perawat harus menerapkan prinsip nilai ini setiap memberikan pelayanan keperawatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap pasien dan untuk meyakinkan bahwa pasien sangat mengerti. Prinsip *veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada, dan mengatakan yang sebenarnya kepada pasien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan.

6. Menepati janji (*Fidelity*)

Prinsip *fidelity* dibutuhkan oleh setiap perawat untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia pasien. Ketaatan, kesetiaan, adalah kewajiban seorang perawat untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya. Kesetiaan, menggambarkan kepatuhan perawat terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar dari perawat adalah untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan.

7. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang pasien harus dijaga privasi .pasien. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan pasien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan pasien. Tidak ada seorangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diijinkan oleh pasien dengan bukti persetujuan. Diskusi tentang pasien di luar area pelayanan, menyampaikan pada teman atau keluarga tentang pasien dengan tenaga kesehatan lain harus dihindari

8. Akuntabilitas (*Accountability*)

Akuntabilitas merupakan standar yang pasti bahwa tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali.

9. *Informed consent*

*Informed consent* merupakan informasi yang harus diberikan pada subjek/responden penelitian mengenai penelitian yang akan dilakukan. *Informed consent* adalah subyek penelitian mengetahui dan memahami maksud dan tujuan penelitian, proses penelitian yang dapat menentukan apakah responden setuju/tidak. Jika subyek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. (H.Anang & Rina, 2018)