

BAB III

METODE

A. Pendekatan Asuhan Keperawatan

Laporan tugas akhir ini menggunakan metode pendekatan asuhan keperawatan pada pasien Post Op Fraktur Tibia Fibula Sinistra & Fraktur Tibia Dextra dengan berfokus pada Gangguan Rasa Nyaman (Nyeri Akut) di Ruang Bedah Dr. A. Dadi Tjokrodipo Provinsi Lampung.

B. Subjek Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan ini yang dijadikan subjek asuhan adalah 2 pasien yang dirawat di Ruang Bedah Dr. A. Dadi Tjokrodipo Provinsi Lampung pada pasien yang mengalami gangguan rasa nyaman (nyeri akut) pasca operasi Fraktur dengan kriteria :

1. Pasien yang mengeluh nyeri pada ekstermitas bawah
2. Pasien yang mengalami fraktur dan masalah keperawatan gangguan kebutuhan rasa nyaman (Nyeri Akut)
3. Pasien berusia dewasa
4. Pasien dengan keluhan utama nyeri minimal skala 5
5. Pasien pasca operasi
6. Pasien memahami bahasa Indonesia dan memiliki fungsi pendengaran dan penglihatan yang baik.
7. Bersedia mengikuti secara sukarela dengan menandatangani lembar persetujuan informed consent .

C. Fokus Studi

Laporan tugas akhir ini penulis melakukan pendekatan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang dialami, khususnya gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri akut) pada pasien Post Operasi Fraktur di Ruang Bedah RS Dr. A. Dadi Tjokrodipo Provinsi Lampung. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulis adalah asuhan keperawatan individu.

D. Lokasi dan Waktu Asuhan Keperawatan

1. Lokasi

Lokasi pada asuhan keperawatan gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri akut) pada pasien Post Operasi fraktur Tibia Fibula Sinistra dan Fraktur Tibia Dextra dilaksanakan di Ruang Bedah RS Dr. A. Dadi. Tjokrodipo Lampung

2. Waktu

Waktu asuhan keperawatan di lakukan pada tanggal 10-13 Januari 2023. Waktu tersebut digunakan untuk melakukan asuhan keperawatan untuk dua orang pasien

E. Definisi Operasional

Asuhan keperawatan pada pasien Post Operasi Fraktur dengan fokus studi pengelolaan nyeri akut adalah tindakan yang diberikan pada pasien Fraktur yang dilakukan secara berkesinambungan untuk mencegah masalah gangguan rasa nyaman (Nyeri akut) yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan di RSUD Dr.A.Dadi Tjokrodipo Lampung.

1. Asuhan keperawatan merupakan serangkaian interaksi antara perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai suatu tujuan yaitu pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya (UU 38 Tahun 2014).
2. Gangguan rasa nyaman : nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang actual dan potensial, atau digambarkan dengan istilah seperti kerusakan (*international association for the study of pain*) awitan yang tiba-tiba atau perlahan dengan intensitas ringan sampai berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dapat diramalkan dan durasinya kurang enam bulan (Judith M,2016).
3. Fraktur merupakan ancaman potensial maupun actual terhadap integritad seseorang, sehingga dapat mengalami gangguan fisiologi maupun

psikologi yang dapat menimbulkan respon terhadap nyeri. Nyeri terjadi luka yang disebabkan oleh patah tulang yang melukai jaringan sehat (Kusumayanti, 2019)

F. Instrumen Asuhan Keperawatan

Alat penelitian dalam pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi keperawatan. Dalam penulisan, peneliti menggunakan instrument sebagai berikut :

1. Lembar kertas / format asuhan keperawatan.
2. Alat tulis.
3. Alat kesehaan yang digunakan (tensimeter, stetoskop, thermometer, skala nyeri menggunakan Numeric Rating Scale).
4. SOP teknik mengatasi nyeri dengan distraksi atau relaksasi.

G. Metode Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Alat yang digunakan penulis dalam menyusun Laporan Tugas Akhir ini adalah lembar format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah, yang meliputi proses pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan. Dan untuk mengumpulkan data pemeriksaan fisik diperlukan alat untuk mengukur tanda-tanda vital seperti Stetoskop, Thermometer, Sphygmomanometer , buku catatan dan pena.

2. Teknik Pengumpulan data

Menurut buku kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan (Tarwoto dan Wartonah, 2015). Teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut

a. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data melalui wawancara, dengan teknik ini dapat digali data-data penting yang sangat mendukung dalam menentukan diagnosis. Metode wawancara mempunyai tujuan sebagai berikut.

- 1) Menentukan informasi yang penting untuk menentukan diagnosis dan perencanaan keperawatan
 - 2) Meningkatkan hubungan perawat dan pasien dalam memberikan kesempatan berdialog.
 - 3) Menggali informasi untuk memecahkan masalah yang dihadapi pasien.
 - 4) membantu meningkatkan hubungan terapeutik pasien.
- b. Observasi
- Observasi merupakan salah satu teknik dalam pengumpulan data, misalnya mengobservasi keadaan luka. Observasi dapat menggunakan pendengaran, penglihatan, rasa, sentuhan, maupun sensasi
- c. Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan fisik sangat penting dalam pengumpulan data. Ada empat cara dalam pemeriksaan fisik yaitu : inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi.
- 1) Inspeksi
Inspeksi merupakan pengumpulan data melalui melihat, mengobservasi, mendengar, atau mencium.
 - 2) Auskultasi,
pemeriksaan fisik dengan menggunakan alat untuk mendengar seperti stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh.
 - 3) Palpasi
Teknik ini dapat digunakan untuk mengumpulkan data misalnya untuk menentukan adanya kelembutan, tenderness, sensasi, suhu tubuh, massa tumor, edema, dan nyeri tekan.
 - 4) Perkusi
Perkusi merupakan teknik pemeriksaan dengan cara mengetuk bagian tubuh pasien yang di priksa. Teknik ini dapat mengidentifikasi adanya kelembutan, nyeri ketok, menentukan adanya massa atau infiltrate, menentukan adanya perubahan bunyi organ, seperti bunyi timpani, dullness, flet.

d. Tes diagnostic

Data hasil tes diagnostik sangat dibutuhkan karena lebih objektif dan lebih akurat. Tes diagnostic lain misalnya radiologi, pemeriksaan urine, feses, USG, MRI, dan lain-lain

3. Sumber Data

a. Sumber Data Primer

Sumber data primer adalah pasien sebagai sumber data primer, bila pasien dalam keadaan tidak sadar mengalami gangguan bicara atau pendengaran atau karena beberapa sebab, pasien tidak dapat memberikan data subjektif secara langsung, perawat dapat menggunakan data objek untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Namun, bila diperlukan klarifikasi data subjektif hendaknya perawat melakukan anamnesis pada keluarga.

b. Sumber Data Sekunder

Sumber data sekunder adalah 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 & Pertama, 2016).

H. Analisis Data dan Penyajian Data

1. Analisis Data

Analisis data dilakukan

a) Bandingkan data dengan nilai normal

Data-data yang didapatkan dari pengkajian dibandingkan dengan nilai-nilai normal dan identifikasi tanda/gejala

b) Kelompokkan data

Tanda/gejala yang dianggap bermakna dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar.

2. Penyajian data

Penulis menyajikan data pada penelitian ini dengan bentuk narasi dan juga dalam bentuk tabel.

a. Narasi

Penulis akan menggunakan penyajian secara teks yaitu penyajian data hasil laporan tugas akhir akan ditulis dalam bentuk kalimat. Contohnya, penulis memaparkan hasil dari pengkajian pada klien sebelum dan sesudah diberikan asuhan keperawatan dalam bentuk kalimat penyajian, dalam bentuk teks hanya digunakan penulis untuk memberi informasi melalui kalimat yang mudah dipahami pembaca.

b. Tabel

Penulis juga akan menuliskan hasil laporan dalam bentuk tabel yang merupakan suatu penyajian yang sistematis, yang tersusun dalam kolom atau jajaran. Penyajian dalam bentuk tabel berisi pengkajian, perumusan diagnosis, rencana tindakan keperawatan, dan implementasi serta evaluasi.

I. Etika Keperawatan

Prinsip etik yang digunakan penulis dalam membuat asuhan keperawatan fokus tindakan keperawatan ini adalah prinsip etik keperawatan dalam memberikan layanan keperawatan kepada individu, kelompok atau keluarga dan masyarakat. Prinsip-prinsip etika keperawatan adalah sebagai berikut (Crishartanto Simanungkalit, 2019) :

1. Otonomy (Autonomy)

Kemampuan untuk menentukan sendiri atau mengatur diri sendiri. Menghargai otonomi berarti menghargai manusia sebagai seseorang yang mempunyai harga diri dan martabat yang mampu menentukan sesuatu bagi dirinya.

2. Berbuat Baik (Beneficience)

Selalu mengupayakan tiap keputusan dibuat berdasarkan keinginan untuk melakukan yang terbaik dan tidak merugikan klien. Kebaikan, memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Contoh perawat menasehati klien tentang program Latihan untuk

memperbaiki kesehatan secara umum, tetapi tidak seharusnya melakukannya apabila klien dalam keadaan risiko serangan jantung.

3. Tidak Membahayakan (Non Maleficienci)

Tindakan dan pengobatan harus berpedoman “primum non nocere” (yang paling utama adalah jangan merugikan), tidak melukai atau tidak menimbulkan bahaya atau cedera bagi klien.

4. Kejujuran (Veracity)

Dokter dan perawat hendaknya mengatakan secara jujur dan jelas apa yang akan dilakukan serta akibat yang dapat terjadi dalam memberikan informasi harus disesuaikan dengan tingkat Pendidikan pasien.

5. Kerahasiaan (Confidentiality)

Dokter dan perawat harus menghormati privacy dan kerahasiaan pasien, meskipun penderita telah meninggal. 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. Penulis tidak menceritakan penyakit yang dialami klien kepada orang lain, kecuali ada izin dari pasien dan keluarganya.

6. Menepati Janji (Fidelity)

Prinsip fidelity dibutuhkan individu untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia klien

7. Keadilan (Justice)

Prinsip moral adil adalah untuk semua individu, Tindakan yang dilakukan untuk semua orang sama. Keadilan adalah perlakuan yang adil, wajar, dan tepat. Ini menjadi dasar kewajiban melayani seluruh klien sama dan adil.

8. Akuntabilitas (Accountability)

Akuntabilitas merupakan standar yang pasti bahwa tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali. Penulis bertanggung jawab terhadap semua tindakan yang dilakukan kepada pasien seperti memasang infus dengan menggunakan sesuai SOP.

Asuhan keperawatan di laporan tugas akhir ini sebelumnya penulis mendatangi keluarga pasien untuk meminta kesediaan dan persetujuan untuk menjadikan pasien sebagai subjek ataupun partisipan. Penulis juga harus melalui beberapa tahap pengurusan perizinan dan setelah mendapat persetujuan barulah dilaksanakan asuhan keperawatan dengan memperhatikan etika-etika yaitu, sebagai berikut :

a. Informed consent

Penulis menggunakan Informed consent sebagai suatu cara persetujuan antara peneliti dengan pasien, dengan memberikan lembar persetujuan Informed consent. Informed consent diberikan sebelum tindakan keperawatan dilaksanakan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi sasaran penelitian. Tujuan Informed consent agar pasien mengerti maksud dan tujuan, mengetahui dampaknya, jika pasien bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan, serta bersedia untuk direkam dan jika pasien bersedia maka penelitian harus menghormati hak pasien.

b. Tanpa Nama (Anonymity)

Akan melakukan penelitian untuk melindungi dan menjaga kerahasiaan pasien. Penulis tidak mencantumkan nama pasien pada lembar data, cukup dengan mencantumkan nama pada data (inisial).