

BAB III

METODE PENULISAN

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Pada laporan tugas akhir ini penulis menggunakan pendekatan dengan studi kasus post operatif di ruang operasi yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Fokus studi kasus dalam karya ilmiah akhir ini adalah asuhan keperawatan perioperatif pada pasien dengan diagnosa medis hemoroid dengan tindakan operasi hemoroidektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut dirumah sakit Abdul Moeloek Bandar Lampung tahun 2023.

B. Subjek Asuhan

Subjek studi kasus ini adalah pasien yang menjalani operasi di Rumah Sakit Abdul Moeloek Bandar Lampung dengan diagnosa medis hemoroid dengan tindakan post op hemoroidektomi.

Penulisan laporan tugas ini mengarah kepada istilah objek studi kasus oleh karena yang menjadi objek studi kasus yaitu pasien individu yg di amati secara mendalam. Subjek yang digunakan dalam studi kasus ini adalah pasien dengan masalah nyeri akut post op hemoroidektomi

Subjek kasus pada penulisan ini memiliki dua kriteria yaitu :

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dari penulisan ini yaitu :

- a. Pasien hemoroidektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut
- b. Pasien hemoroidektomi dengan nyeri skala 0-10
- c. Pasien hemoroidektomi dengan berenis kelamin laki-laki atau perempuan
- d. Pasien hemoroidektomi dengan usia 26-45 tahun

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan dan mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karna berbagai sebab (Nursalam,2016)

Kriteria eksklusi dari penulisan ini yaitu :

- a. Pasien hemoroidektomi dengan penurunan kesadaran/parsial respon

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Penulisan

Lokasi pelaksanaan studi kasus dilakukan di ruang bedah rumah sakit Abdul Moeleok Bandar Lampung tahun 2023

2. Waktu Penulisan

Pelaksanaan kegiatan studi kasus akan dilakukan pada bulan juli tahun 2023

D. Metode Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

a. Format pengkajian

Format pengkajian yang digunakan yaitu format pengkajian keperawatan medikal bedah. Format asuhan keperawatan 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 keperawatan, 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 hereditas 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, adalah pemeriksaan yang dilakukan melalui perabaan terhadap bagian tubuh yang mengalami adanya kelainan/ abnormalitas
 - 3) Auskultasi, adalah pemeriksaan yang dilakukan melalui pendengaran dengan memakai alat bantu seperti stetoskop atau doppler
 - 4) Perkusi, merupakan pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara menggunakan ketukan jari atau dengan alat bantu seperti reflek hammer.

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. Etik Penulisan

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

1. *Autonomy*

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. *Beneficence* (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.