

### **BAB III**

#### **METODE PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN**

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

Fokus asuhan keperawatan pada laporan Karya Ilmiah Ners (KIAN) penulis berfokus pada asuhan keperawatan post operasi laparatomi, dengan masalah utama nyeri akut, intervensi fokus *foothbath therapy* dan relaksasi napas dalam.

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

Subyek pada kasus ini fokus pada pasien yang telah melakukan pembedahan laparatomidi RSUD Jend. Ahmad Yani Metro. Adapun karakteristik agar subyek tidak menyimpang perlu ditentukan kriteria, dengan mempertimbangkan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

###### **1. Kriteria inklusi**

- a. Pasien dengan post laparatomi
- b. Pasien post operasi laparatomi 1 hari
- c. Pasien dengan skala nyeri sedang hingga berat
- d. Pasien yang telah diberikan analgesic 6-7 jam
- e. Pasien yang bersedia menjadi responden

###### **2. Kriteria Eklusi**

- a. Pasien dengan komplikasi post laparatomi seperti sesak sehingga membutuhkan perawatan yang intensif
- b. Pasien yang menolak menjadi responden

##### **C. Lokasi dan Waktu Pemberian Asuhan Keperawatan**

Lokasi pengambilan data laporan tugas akhir ini dilakukan diruang Rawat Bedah Digestif RSUD Jend. Ahmad Yani Metro. Waktu pelaksanaan kegiatan pengambilan data dilakukan pada tanggal 6-11 Mei 2024.

## **D. Alat dan Teknik Pengumpulan Data**

### **1. Alat dan Bahan**

Alat yang digunakan untuk menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini adalah lembar format asuhan keperawatan post operatif, yang meliputi proses pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi tindakan yang telah dilakukan. Adapun alat lainnya yang digunakan dalam proses keperawatan yaitu terdiri dari Alat tulis, Handphone, jam alroji, Nursing kit untuk mengukur vital sign, air hangat, kom besar, handuk dan pengukur suhu air.

### **2. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan ini menggunakan metodologi keperawatan perioperatif dengan menerapkan proses keperawatan pada pasien selama fase post operatif.

### **3. Prosedur Pengumpulan Data**

Dalam mengumpulkan data penulis menggunakan beberapa prosedur pengumpulan data sebagai berikut:

#### **a. Anamnesis/Wawancara**

Anamnesis adalah salah satu instrument yang digunakan untuk menggali data secara lisan. Pada laporan akhir ini penulis melakukan anamnesis lisan dengan menanyakan identitas pasien, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit sekarang, keluhan utama dan menanyakan tingkat pengetahuan pasien setelah diberikan intervensi.

#### **b. Observasi**

Observasi adalah pengamatan dan pencatatan secara sistemik terhadap gejala yang tampak pada objek penelitian. Dalam observasi penulis mengamati respon pasien secara objektif dan

mengamati respon pasien setelah dilakukan intervensi.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dalam pengkajian keperawatan dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari pasien (Nursalam, 2011).

Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara head to toe melalui empat teknik yaitu inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi.

d. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan sesuai dengan indikasi seperti laboratorium, rekam jantung, kolonoskopi, dan lain-lain sesuai dengan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan.

e. Rekam Medis

Rekam medis diartikan sebagai berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien. Penulis menggunakan rekam medis sebagai alat pengumpulan data dan mempelajari catatan medis keperawatan, mengetahui terapi obat yang diberikan serta mengetahui perkembangan kesehatan pasien selama perawatan di ruangan.

f. Sumber Data

Menurut Nursalam (2011) sumber data yang diperoleh dapat dibedakan menjadi dua yaitu sumber data primer dan sumber data sekunder.

1) Sumber data primer

Data yang didapatkan langsung dari pemeriksaan pasien merupakan sumber data primer. Dalam penelitian ini penulis menggunakan sumber data primer yaitu dari pasien yang menjalani post operasi debridement. Namun, bila diperlukan klarifikasi data subyektif, penulis akan melakukan

anamnesis pada keluarga pasien.

2) Sumber data sekunder

Sumber data sekunder yaitu data yang diperoleh selain dari pasien. Sumber data sekunder pada penelitian ini adalah dari tenaga kesehatan yang lain seperti dokter, ahli gizi, ahli fisioterapi, serta laboratorium.

### **E. Penyajian Data**

Menurut (Notoatmodjo, 2018) penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai bentuk. Pada umumnya dikelompokkan menjadi tiga, yaitu bentuk teks (textular), penyajian dalam bentuk tabel, dan penyajian dalam bentuk grafik. Pada studi kasus ini penulis menggunakan dua bentuk penyajian data, yaitu:

1. Penyajian Textular Penyajian textular adalah penyajian data hasil penelitian dalam bentuk uraian kalimat. Penyajian textular biasanya digunakan untuk penelitian atau data kualitatif, penyajian textular disajikan dalam bentuk narasi.
2. Penyajian Tabel Penyajian data dalam bentuk tabel adalah suatu penyajian yang sistematis dari pada data numerik, yang tersusun dalam kolom atau jajaran. Penyajian data dalam bentuk tabel digunakan untuk data yang sudah ditabulasi dan diklasifikasikan.

### **F. Etika Keperawatan**

Prinsip etik keperawatan menurut Utami (2016):

1. Prinsip *autonomy* (kebebasan)  
*Autonomy* yaitu prinsip menghormati otonomi klien, dimana klien dan keluarga bebas dan berhak untuk memilih dan memutuskan apa yang akan dilakukan perawat terhadapnya. Sebelum memberikan tindakan atau intervensi penulis menjelaskan tujuan

dan manfaat serta meminta persetujuan tindakan terhadap pasien melalui lembar informed consent.

2. Prinsip *beneficence* (berbuat baik)

*Beneficence* yaitu setiap tindakan yang dilakukan oleh perawat harus memiliki manfaat kepada klien maupun keluarga klien. Sebelum dilakukan tindakan penulis menjelaskan terlebih dahulu apa tujuan dan manfaat diberikannya tindakan tersebut. Penulis melakukan asuhan keperawatan dengan memperlakukan pasien dengan baik dari segi tutur kata sampai tindakan agar mendapatkan hasil yang bermanfaat dan semaksimal mungkin untuk pasien.

3. Prinsip *nonmaleficence* (tidak merugikan)

*Nonmaleficence* yaitu tindakan perawat harus sesuai prosedur agar tidak terjadi kesalahan maupun kelalaian yang dapat merugikan klien maupun keluarga. Penulis memberikan intervensi sesuai standar operasional prosedur (SOP) agar meminimalisir dampak yang merugikan pada pasien semisal ketika pada saat dilakukan pemberian intervensi pasien mengalami kontra indikasi sehingga dapat menciderai pasien.

4. Prinsip *justice* (keadilan)

*Justice* yaitu tindakan perawat dalam memberikan pelayanan dilarang membeda-bedakan antara klien satu dengan klien lainnya. Penulis dalam memberikan asuhan keperawatan memperlakukan seluruh pasien secara adil dan tidak membedakan derajat pekerjaan, status sosial dan kaya ataupun miskin dan memberikan pelayanan yang baik.

5. Prinsip *veracity* (kejujuran)

*Veracity* yaitu perawat diwajibkan berkata jujur dan jelas terhadap apa yang akan dilakukannya kepada klien maupun keluarga klien. Penulis memberikan informasi yang sebenar-benarnya, menjelaskan tindakan yang akan dilakukan pada pasien dengan jujur dan melaksanakan tindakan pada pasien dengan sebaik mungkin.

6. Prinsip *fidelity* (menepati janji)

*Fidelity* yaitu perawat dalam memberikan pelayanan harus setia kepada klien serta memiliki komitmen dalam memberikan pelayanan dengan baik. Penulis memiliki komitmen untuk menepati janji yang telah di janjikan kepada pasien sebelumnya seperti panulis berjanji akan melakukan intervensi yang tidak akan mencederai pasien.

7. Prinsip *accountability* (bertanggungjawab)

*Accountability* yaitu perawat harus bertanggungjawab mengenai tindakan yang dilakukan terhadap klien maupun keluarga. Penulis akan bertanggung jawab atas apa yang telah diberikan kepada pasien apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

8. Prinsip *confidentiality* (kerahasiaan)

*Confidentiality* yaitu perawat harus menjaga rahasia setiap klien, baik pada saat klien masih hidup maupun sudah meninggal. Penulis menjaga kerahasiaan data yang diperoleh dari pasien dan tidak menyampaikannya kepada orang lain. Identitas pasien dibuat kode, selama proses pengolahan data, analisis dan publikasi isentitas pasien tidak diketahui orang lain.