

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

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

Laporan tugas akhir ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan area pre, intra, post operatif di ruang operasi yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Asuhan ini berfokus pada kasus fistula umbilikal dengan tindakan Laparotomi di Ruang Operasi Rumah Sakit Bhayangkara Bandar Lampung.

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

Subyek asuhan keperawatan ini fokus pada satu pasien yang didiagnosa medis fistula umbilikal yang dilakukan tindakan Laparotomi di Rumah Sakit Bhayangkara pada bulan Juli tahun 2021.

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

##### **1. Lokasi Asuhan Keperawatan**

Lokasi dilakukannya asuhan keperawatan dengan fokus perioperatif ini dilakukan di ruang perawatan, ruang persiapan, di ruang operasi, dan di ruang pemulihan (RR/PACU) rumah sakit Bhayangkara.

##### **2. Waktu Asuhan Keperawatan**

Waktu pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan telah dilakukan pada tanggal 8 Juli 2021 hingga 9 Juli 2021.

#### **D. Pengumpulan Data**

##### **1. Alat pengumpulan data**

Operasional yang digunakan oleh penulis dalam menyusun laporan tugas akhir ini yaitu lembar format asuhan keperawatan perioperatif yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, serta evaluasi tindakan dan rekam medik pasien.

## 2. Teknik pengumpulan data

### a. Pengamatan (*Observasi*)

Laporan akhir ini dilakukan pengamatan yaitu dengan operasional mengamati respon pasien setelah diberikan intervensi saat berada di ruang pre operasi yaitu respon setelah diajarkan teknik relaksasi napas dalam. Mengamati selama proses operasi apakah terdapat risiko perdarahan, atau ada penyulit selama pembedahan, serta mengamati respon pasien di ruang pemulihan apakah terdapat keluhan nyeri, risiko hipotermi dan lainnya.

Hal ini sesuai berdasarkan pengertian (Pamungkas & Usman, 2017), yaitu pengamatan (*observasi*) adalah salah satu teknik pengumpulan data dengan langsung melakukan penyelidikan terhadap fenomena yang terjadi

### b. Wawancara

Laporan akhir ini dilakukan wawancara yaitu dengan operasional menanyakan secara lisan mengenai identitas pasien, keluhan yang dirasakan pasien, riwayat penyakit sekarang dan riwayat penyakit keluarga

Hal ini sesuai berdasarkan pengertian menurut Notoatmojo (2018), wawancara adalah metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dengan cara penulis menanyakan langsung kepada pasien secara bertatap muka. Pada laporan akhir ini penulis menanyakan secara lisan mengenai identitas pasien, keluhan, riwayat penyakit sekarang, dan riwayat penyakit keluarga.

### c. Pemeriksaan Fisik

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

#### 1) Inspeksi

Penelitian ini penulis melakukan dengan melihat langsung bagian tubuh pasien yang mengalami permasalahan. Inspeksi adalah suatu pemeriksaan yang dilakukan dengan cara pengamatan atau

melihat langsung seluruh tubuh pasien atau hanya bagian tertentu untuk mengkaji bentuk kesimetrisan/ abnormalitas, posisi, warna kulit dan lain-lain. Misalnya: warna kulit sianosis, mata kuning (ikterik).

2) Palpasi

Penulis melakukan dengan memeriksa secara langsung bagian tubuh yang bermasalah yaitu untuk mengetahui adanya keluhan yang dirasakan pada pasien. Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan melalui perabaan terhadap bagian tubuh yang mengalami kelainan. Misalnya: adanya tumor, edema, nyeri tekan, dan lain-lain.

3) Auskultasi

Penulis melakukan dengan mendengarkan secara langsung suara jantung, nafas, bising usus pada pasien yang bertujuan untuk mengetahui adanya kelainan pada pasien. Auskultasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui pendengaran. Biasanya menggunakan alat yang disebut stetoskop. Misalnya: suara napas, bunyi jantung, bising usus.

4) Perkusi

Penulis melakukan dengan memeriksa langsung reflek pada pasien dan batas-batas jantung pada pasien, yang bertujuan untuk mengetahui adanya kelainan pada pasien. Perkusi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara menggunakan ketukan jari atau tangan atau alat bantu seperti reflek hammer untuk mengetahui reflek seseorang dan dilakukan pemeriksaan lain misalnya: batas-batas jantung, batas hepar-paru.

d. Studi dokumenter/rekam medik

Penulis melakukan pemeriksaan pada bagian dokumentasi pasien dengan hasil pasien telah dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya yaitu salah satunya pemeriksaan laboratorium. Rekam medik adalah Studi dokumenter adalah pengumpulan data dan mempelajari

catatan medik keperawatan dan hasil pemeriksaan penunjang untuk mengetahui perkembangan kesehatan pasien.

#### **E. Penyajian Data**

Penyajian data laporan tugas akhir ini menggunakan bentuk narasi dan table tentang hasil respon pasien terhadap penerapan tindakan keperawatan di Ruang Operasi RS Bhayangkara Bandar Lampung, yaitu :

##### **a. Narasi**

Penulis melakukan yaitu dengan menjelaskan hasil pengkajian pasien perioperatif sebelum dilakukan tindakan dan menuliskan hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan, penyajian asuhan keperawatan ini dalam bentuk teks.

##### **b. Tabel**

Asuhan keperawatan ini penulis menggunakan tabel dalam menjelaskan hasil dari tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yaitu dengan cara dimasukan di dalam tabel. Menurut (Notoatmojo, 2018), cara melakukan penyajian data dikelompokkan menjadi empat bentuk yaitu, narasi, tabel, numerik, dan grafik. Narasi atau textural merupakan penyajian data dalam bentuk uraian kalimat, tabel merupakan penyajian data yang sudah diklasifikasikan dan tersusun dalam kolom atau jajaran, sedangkan numerik data yang disajikan dalam bentuk bilangan. Namun, apabila penulis ingin memperlihatkan data secara kuantitatif maka lebih baik disajikan dalam bentuk grafik. Laporan akhir ini penulis menyajikan data dalam bentuk narasi dan tabel.

#### **F. Prinsip Etik**

Penelitian melibatkan manusia sebagai subjek, prinsip dasar etika penelitian menurut (Notoatmojo, 2018), yang meliputi:

##### **1. Persetujuan Riset (*Informed Consent*)**

Penulis menggunakan lembar *informed concent* dalam memperoleh persetujuan pada pasien untuk dijadikan sebagai kasus asuhan keperawatan dengan memberikan penjelasan terlebih dahulu.

Hal ini didasari dalam pengertian Informed consent itu sendiri , yaitu proses pemberian informasi yang dapat dimengerti kepada pasien mengenai suatu tindakan asuhan keperawatan.

## **2. Kerahasiaan (*Confidentiality*)**

Penulis menjaga kerahasiaan data pasien dengan memberikan nama inisial pada asuhan keperawatan sebagai bukti untuk menjaga kerahasiaan data dari pasien tersebut dan tidak menyampaikan kepada orang lain.

## **3. Kejujuran (*Veracity*)**

Penulis melakukan pengisian data pada asuhan keperawatan berdasarkan data benar yang dikeluhkan oleh pasien yaitu pasien mengeluh cemas serta nyeri dan berdasarkan sesuai dengan keadaan pasien yaitu pasien mengalami hipotermi saat postoperasi. Hal ini sesuai dengan prinsip veracity berarti penuh dengan kebenaran. Prinsip veracity berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran..

## **4. *Beneficence***

Penulis melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan prosedur yaitu melakukan pengkajian pada pasien, mengidentifikasi masalah yang timbul pada pasien, memberikan intervensi serta melakukan evaluasi pada pasien guna mendapatkan hasil yang bermanfaat bagi tindakan asuhan keperawatan.

## **5. *Non-maleficence***

Sebelum memberikan asuhan keperawatan penulis memberikan penjelasan pada pasien apabila pasien dengan asuhan keperawatan ini menimbulkan ketidaknyamanan maka pasienberhak untuk menghentikan.