

BAB III METODE

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Fokus asuhan keperawatan pada laporan tugas akhir ini disusun penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan keluarga yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar rasa nyaman pada subjek asuhan ibu post partum dengan luka episiotomi di Desa Lempasing, Kabupaten Pesawaran.

B. Subyek Asuhan Keperawatan

Dalam laporan tugas akhir ini subjek asuhan keperawatan penulis adalah keluarga dengan tahap tumbuh kembang *childbearing* dengan satu orang ibu post partum yang mengalami gangguan kebutuhan ketidaknyamanan pasca partum dengan luka episiotomi di Desa Lempasing, Kabupaten Pesawaran.

Adapun kriteria pada asuhan keperawatan ini sebagai berikut:

1. Ibu post partum yang mengalami gangguan kebutuhan ketidaknyamanan pasca partum dengan luka episiotomi.
2. Ibu post partum yang bersedia menjadi subjek asuhan dan menandatangani lembar persetujuan *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi

Lokasi asuhan dilakukan di Perumahan Sukajaya Darat, Desa Lempasing, Kecamatan Teluk Pandan, Kabupaten Pesawaran, Provinsi Lampung.

2. Waktu

Waktu asuhan dilaksanakan pada tanggal 21- 24 Februari 2021.

D. Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada asuhan keperawatan ini dengan menggunakan alat pemeriksaan fisik dan format pengkajian keluarga. Alat pemeriksaan fisik yang digunakan yaitu alat-alat untuk mengukur tanda-tanda vital seperti

stetoskop, spignomanometer, thermometer dan jam tangan. Kemudian dari hasil pengukuran ditulis dilembar atau format pengkajian.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Penulis melakukan wawancara pada asuhan keperawatan ini dengan bertanya/berbincang langsung kepada subjek asuhan yaitu Ibu M dan keluarganya termasuk orang tua kandung Ibu M untuk mengumpulkan data/informasi secara lisan.

b. Pengamatan (Observasi)

Observasi yang dilakukan dalam asuhan keperawatan ini adalah mengamati dan mencatat perilaku Ibu M dalam menyikapi rasa ketidaknyamanan yang timbul dan melihat bagaimana respon keluarga terhadap ketidaknyamanan yang dialami Ibu M. Observasi juga dilakukan penulis untuk menambah data yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik (*physical examination*) dalam pengkajian keperawatan dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari klien. Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk menentukan status kesehatan klien, mengidentifikasi masalah kesehatan dan memperoleh data dasar guna menyusun rencana asuhan keperawatan. Pemeriksaan fisik yang dilakukan terdiri dari:

1) Inspeksi

Penulis melakukan inspeksi terhadap subjek asuhan dan keluarga dimulai dari awal berinteraksi. Fokus inspeksi penulis yaitu pada setiap bagian tubuh Ibu M dari kepala sampai ujung kaki terutama pada bagian luka jalan lahir dan sekitarnya meliputi warna, bentuk, ada tidaknya bengkak dan varises, dan ada tidaknya pus atau nanah. Pada proses inspeksi sebagian besar penulis membandingkan bagian tubuh yang normal dengan bagian tubuh yang abnormal.

2) Palpasi

Penulis melakukan teknik palpasi pada Ibu M yang dilakukan untuk pemeriksaan nadi, pemeriksaan abdomen untuk mengukur tinggi fundus uteri (TFU) dan ekstremitas (ada tidaknya edema).

3) Perkusi

Penulis melakukan teknik perkusi pada Ibu M yang dilakukan untuk pemeriksaan dada dan abdomen. Bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan.

4) Auskultasi

Penulis melakukan teknik auskultasi pada Ibu M yang dilakukan untuk pemeriksaan tekanan darah, bunyi nafas dan abdomen bertujuan untuk mendengar bunyi yang dihasilkan oleh tubuh dan mengidentifikasi ada tidaknya suara abnormal.

3. Sumber Data

Sumber data adalah subjek dari mana asal data penelitian itu diperoleh. Penulis menggunakan sumber data primer yaitu penulis mendapatkan sumber data langsung dari subjek asuhan yaitu Ibu M dan keluarga untuk menggali informasi yang sebenarnya mengenai masalah kesehatan yang dialami Ibu M untuk menegakan diagnosis.

E. Penyajian Data

Penyajian data dalam laporan tugas akhir ini akan dibuat dalam bentuk narasi dan tabel.

1. Narasi

Penulis dalam membuat tugas akhir menggunakan penyajian narasi berupa penulisan hasil pengkajian, perumusan masalah dan pembahasan yang diharapkan untuk mempermudah dimengerti dan dipahami oleh pembaca.

2. Tabel

Penulis menyajikan beberapa data dalam bentuk tabel yaitu komposisi keluarga, pemeriksaan fisik, analisa data, prioritas masalah, intervensi keperawatan, dan implementasi keperawatan

F. Prinsip Etik

Prinsip etika yang digunakan penulis dalam membuat asuhan keperawatan fokus tindakan keperawatan ini adalah prinsip etika keperawatan dalam memberikan pelayanan keperawatan individu, kelompok, dan masyarakat.

1) Otonomi (*autonomy*)

Penulis dalam menjalankan asuhan keperawatan menggunakan prinsip otonomi yaitu penulis memberikan hak kepada Ibu M dan keluarga untuk dijadikan subjek asuhan dengan menandatangani *informed consent* sebelum melakukan asuhan dan pemeriksaan.

2) Tidak mencederai (*Nonmaleficence*)

Penulis dalam menjalankan asuhan keperawatan menggunakan prinsip *nonmaleficence* yaitu tidak mencederai atau menambah resiko yang dapat terjadi kepada subjek asuhan dan keluarga dan melakukan tindakan sesuai dengan SOP.

3) Berbuat baik (*Beneficence*)

Penulis dalam menjalankan asuhan keperawatan menggunakan prinsip *beneficence* yaitu penulis wajib untuk berbuat baik kepada Ibu M dan keluarganya dengan melakukan tindakan yang menguntungkan Ibu M dan keluarga.

4) Keadilan (*Justice*)

Penulis dalam menjalankan asuhan keperawatan menggunakan prinsip *justice* yaitu penulis tidak membedakan antara Ibu M dan keluarganya.

5) Kesetiaan (*Fidelity*)

Penulis dalam menjalankan asuhan keperawatan menggunakan prinsip *Fidelity* yaitu patuh terhadap kesepakatan dan tidak mengingkari janji yang telah dibuat dengan Ibu M dan keluarganya.

6) Kebenaran (*Veracity*)

Penulis dalam menjalankan asuhan keperawatan menggunakan prinsip *Veracity* yaitu mengatakan yang sebenarnya, tidak berbuat curang dan tidak berbohong kepada Ibu M dan keluarganya.