

BAB III

METODE

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Pada laporan tugas akhir ini berfokus pada asuhan keperawatan dan implementasi edukasi perawatan stoma pada pasien dengan kolostomi di RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Pengambilan Data

Lokasi pengambilan data laporan tugas akhir ini dilakukan di Ruang Bedah Umum dan Urologi RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro.

2. Waktu Pengambilan Data

Waktu pelaksanaan kegiatan pengambilan data dilakukan pada tanggal 18-30 Juli 2023

C. Subyek Penelitian

Subyek penelitian ini fokus pada 2 pasien yang telah melakukan pembedahan kolostomi di RSUD Jend. Ahmad Yani Metro dengan kriteria pasien sebagai berikut :

1. Pasien dewasa berumur 17 s/d 60 Tahun.
2. Pasien kooperatif
3. Pasien post operatif kolostomi di Ruang Bedah Umum dan Urologi RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro.
4. Bersedia menjadi responden

D. Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Alat yang digunakan untuk menyusun Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini adalah lembar format asuhan keperawatan post operatif, yang meliputi proses pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi tindakan yang telah dilakukan.

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 di lakukannya 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 di berikan 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 kolostomi. 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. Prinsip Etik

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.

2. Prinsip *beneficence* (berbuat baik)

Beneficence yaitu setiap tindakan yang dilakukan oleh perawat harus memiliki manfaat kepada klien maupun keluarga klien.

3. Prinsip *nonmaleficence* (tidak merugikan)
Nonmaleficence yaitu tindakan perawat harus sesuai prosedur agar tidak terjadi kesalahan maupun kelalaian yang dapat merugikan klien maupun keluarga.
4. Prinsip *justice* (keadilan)
Justice yaitu tindakan perawat dalam memberikan pelayanan dilarang membeda-bedakan antara klien satu dengan klien lainnya.
5. Prinsip *veracity* (kejujuran)
Veracity yaitu perawat diwajibkan berkata jujur dan jelas terhadap apa yang akan dilakukannya kepada klien maupun keluarga klien.
6. Prinsip *fidelity* (menepati janji)
Fidelity yaitu perawat dalam memberikan pelayanan harus setia kepada klien serta memiliki komitmen dalam memberikan pelayanan dengan baik.
7. Prinsip *accountability* (bertanggungjawab)
Accountability yaitu perawat harus bertanggungjawab mengenai tindakan yang dilakukan terhadap klien maupun keluarga.
8. Prinsip *confidentiality* (kerahasiaan)
Confidentiality yaitu perawat harus menjaga rahasia setiap klien, baik pada saat klien masih hidup maupun sudah meninggal.