

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Fokus Asuhan Keperawatan

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

B. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Penelitian

Lokasi pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan di Ruang Bedah Mawar Abdul Moeloek Bandar Lampung tahun 2023

2. Waktu Penelitian

Pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan dilakukan di RS Abdul Moeloek Bandar Lampung pada 20-28 Juni 2023.

C. Subjek Penelitian/Kasus

Subjek Asuhan Keperawatan ini adalah pasien yang menjalani operasi di Rumah Sakit Abdul Moeloek Bandar Lampung dengan diagnosa medis Hemoroid dengan tindakan *Post op hemoroidektomi*. Penelitian asuhan keperawatan 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 asuhan keperawatan ini adalah pasien dengan masalah nyeri akut *Post op hemoroidektomi*.

Subjek kasus pada penelitian ini memiliki dua kriteria yaitu :

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dari penelitian ini yaitu :

- a. Pasien yang berada di Ruang Bedah Rumah Sakit Abdoel Moloek Bandar lampung Tahun 2023
- b. Pasien yang berusia 25-65 tahun.

- c. Pasien *post op hemoroidektomi*. dengan masalah keperawatan nyeri akut
- d. Pasien *post op hemoroidektomi* dengan nyeri skala sedang 4-6.
- e. Pasien bersedia menjadi responden.

2. Kriteria ekslusi.

Kriteria ekslusi dari penelitian ini yaitu :

- a. Pasien *post op hemoroidektomi* dengan penurunan kesadaran/parsial respon
- b. Pasien yang tidak kooperatif.

D. 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. Alat 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 terkait.

2. Teknik Pengumpulan Data

- a. Pengamatan

Dalam laporan karya ilmiah akhir ini dilakukan dengan mengamati secara langsung pada keadaan klinis dan hasil tindakan asuhan keperawatan dengan pengelolaan nyeri akut dengan pemberian

terapi non farmakologis yaitu terapi *Slow deep breathing Exercise*, keadaan yang diamati adalah respon nyeri seperti tampak meringis dan tampak gelisah.

b. Wawancara

Pada laporan akhir ini penulis menanyakan secara lisan tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan riwayat penyakit keluarga pasien.

c. Pemeriksaan Fisik

Pada laporan akhir ini penulis menanyakan secara lisan tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan riwayat penyakit keluarga pasien.

Pemeriksaan fisik menurut (PAMI, 2017) :

1) Inspeksi

Penulis melihat apakah ada perubahan pada kulit yaitu perubahan warna, rambut rontok, pembilasan, merinding, berkeringat. Apakah ada perubahan pada otot: atrofi atau spasme dan apakah ada edema.

2) Palpasi

Penulis melakukan demarkasi area yang menyakitkan untuk mendeteksi perubahan intensitas nyeri di area tersebut. Apakah ada pemicu nyeri seperti perubahan dalam pemrosesan sensorik atau nyeri. Apakah ada *flaccidity*: kelemahan ekstrim (mungkin dari kelumpuhan). Apakah ada gerakan abnormal: kerusakan neurologis atau gangguan rasa proprioepsi, berkurangnya rasa sentuhan ringan. Apakah ada Batasan rentang gerak: penyakit cakram, artritis, nyeri.

3) Pemeriksaan *Neurologis*.

Penulis melakukan pemeriksaan saraf kranial yaitu; kekuatan motorik, fungsi saraf tulang belakang: refleks tendon dalam, pinprick, proprioception. Koordinasi: Tes Romberg, jari kaki sembuh, jari ke hidung, gerakan tangan cepat

d. Sumber Data (Budiono & Pertami, 2016).

1) Sumber Data Primer

Penulis mendapatkan sumber data utama dari pasien yang dikelola

2) Sumber Data Sekunder

Penulis memperoleh data sekunder melalui orang terdekat yang selalu merawat dan menjaga pasien selama dirawat di rumah sakit.

3) Sumber data lain

a) Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya, catatan kesehatan terdahulu dapat digunakan sebagai sumber informasi yang dapat mendukung rencana tindakan keperawatan

b) 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

c) 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 menegakkan diagnosis.

d) 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.

e) 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.

- f) 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. Prinsip Etik

Studi kasus ini telah mendapatkan surat laik etik dari Politeknik Kesehatan Tangkarang dengan nomor 413/KEPK-TJK/VII/2023 pada 11 Juli 2023. Menurut (Hasyim & Prasetyo, 2019) prinsip etik keperawatan yaitu:

1. Otonomi

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. Dalam hal ini penulis memberikan hak sepenuhnya kepada pasien untuk menolak ataupun bergabung dalam asuhan keperawatan, pasien menyetujui pada informed consent untuk dijadikan responden.

2. Beneficience

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. Dalam etik beneficience ini penulis memberikan informasi yang benar tentang tindakan yang dilakukan kepada responden serta manfaatnya terhadap responden tersebut.

3. Justice

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. Dalam etik *justice*, penulis melakukan tindakan tidak membeda-bedakan pasien dan berlaku adil.

4. *Non-maleficence*

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya atau cedera fisik dan psikologi pada klien. Dalam etik *non-maleficence* penulis melakukan tindakan yang tidak merugikan responden.

5. *Veracity*

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. Dalam etik *veracity* penulis selalu berkata jujur tentang kondisi yang dialami pasien.

6. *Fidelity*

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. Dalam etik *fidelity* penulis selalu menepati janji seperti kontrak yang dibuat untuk melakukan asuhan keperawatan dan tindakan ke pasien.

7. *Confidentially*

Penulis akan menjaga informasi tentang klien 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. Dalam etik *confidentially* penulis menjaga kerahasiaan data pribadi pasien,

8. *Accountability*

Akuntabilitas adalah mempertanggungjawabkan hasil pekerjaan, dimana tindakan yang dilakukan merupakan suatu aturan profesi. Oleh

karena itu pertanggung jawaban atas hasil asuhan keperawatan mengarah langsung kepada praktisi itu sendiri. Dalam etik *accountability* penulis melakukan semua tindakan kepada pasien sesuai dengan prosedur agar tidak terjadi hal yang tidak diinginkan dan tindakan dapat dipertanggungjawabkan