

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Laporan tugas akhir ini menggunakan metode pendekatan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang dialami, khususnya asuhan keperawatan pada pasien post operasi *cholelithiasis* dengan berfokus pada pasien dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri akut) di Ruang Bedah Umum RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro.

B. Subyek Asuhan

Subyek asuhan dalam laporan tugas akhir ini adalah dua pasien yang dirawat di Ruang Bedah Umum RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro pada pasien yang mengalami gangguan rasa nyaman (nyeri akut) post operasi *cholelithiasi* dengan kriteria:

1. Pasien post operasi yang mengalami masalah keperawatan gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri akut)
2. Pasien berusia dewasa
3. Pasien memahami bahasa Indonesia dan mempunyai fungsi pendengaran dan penglihatan yang baik
4. Pasien bersedia untuk diberikan asuhan keperawatan dengan menyetujui lembar *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Asuhan Keperawatan

Lokasi pada asuhan keperawatan gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri akut) pada pasien post operasi *cholelithiasis* dilaksanakan di Ruang Bedah Umum RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro.

2. Waktu asuhan keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan pada pasien 1 (Tn.S) dilakukan pada tanggal 2 sampai 4 Januari dan pasien 2 (Ny.N) dilakukan pada tanggal 4 sampai 6 Januari 2024.

D. Pengumpulan Data

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2015) metode pengumpulan data meliputi:

1. Alat pengumpulan data

Alat yang digunakan penulis dalam menyusun laporan tugas akhir ini adalah lembar format asuhan keperawatan medikal bedah, yang meliputi proses pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan. Pengumpulan data pemeriksaan fisik diperlukan alat untuk mengukur tanda-tanda vital seperti stetoskop, *thermometer*, *sphygmomanometer*, jam tangan, buku catatan dan pena.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Wawancara adalah menanyakan atau membuat tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh pasien, dengan anamnesa wawancara berlangsung untuk menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi pasien dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan.

b. Observasi

Observasi merupakan salah satu teknik dalam pengumpulan data, misalnya mengobservasi keadaan luka. Observasi dapat menggunakan pendengaran, penglihatan, rasa, sentuhan, maupun sensasi. Tujuan dari observasi adalah mengumpulkan data tentang masalah yang dihadapi pasien melalui kepekaan alat panca indra.

c. Pemeriksaan Fisik

Cara pemeriksaan fisik yaitu: inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi.

1) Inspeksi

Inspeksi merupakan pengumpulan data melalui melihat, mengobservasi, mendengar, atau mencium.

2) Auskultasi,

pemeriksaan fisik dengan menggunakan alat untuk mendengar seperti stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh.

3) Palpasi

Teknik ini dapat digunakan untuk mengumpulkan data misalnya untuk menentukan adanya kelembutan, tenderness, sensasi, suhu tubuh, massa tumor, edema, dan nyeri tekan.

4) Perkusi

Perkusi merupakan teknik pemeriksaan dengan cara mengetuk bagian tubuh pasien yang di priksa. Teknik ini dapat memonitor adanya kelembutan, nyeri ketok, menentukan adanya massa atau infiltrate, menentukan adanya perubahan bunyi organ, seperti bunyi timpani, *dellnes*, flet.

3. Sumber data

Menurut Budiono dan Pertama (2016) sumber data dibedakan menjadi:

a. Sumber data primer

Sumber data primer adalah pasien sebagai sumber data primer, bila pasien dalam keadaan tidak sadar mengalami gangguan bicara atau pendengaran atau karena beberapa sebab, pasien tidak dapat memberikan data subjektif secara langsung, perawat dapat menggunakan data objek untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

b. Sumber data sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang diperoleh selain pasien, yaitu orang terdekat, orang tua, suami atau istri, anak, dan teman pasien, mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi atau kesadaran yang menurun, misalnya pasien bayi atau anak-anak, atau pasien dalam kondisi tidak sadar.

c. Sumber data lainnya

1) Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya

Catatan kesehatan terdahulu dapat digunakan sebagai sumber informasi yang dapat mendukung rencana tindakan perawatan

2) Riwayat penyakit

Pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit yang dapat diperoleh dari terapis. Informasi yang diperoleh adalah hal hal yang difokuskan pada monitor patologis dan untuk

menentukan rencana tindakan medis.

3) Konsultasi

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.

4) Hasil pemeriksaan diagnostik

Seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik, dapat digunakan sebagai data objektif yang dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan pasien. Hasil pemeriksaan diagnostik dapat digunakan untuk membantu mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan.

E. Penyajian Data

Penulis menyajikan data pada asuhan keperawatan ini dengan bentuk narasi, tabel dan juga dalam bentuk gambar.

1. Narasi

Penulis akan menggunakan penyajian secara teks yaitu penyajian data hasil laporan tugas akhir akan ditulis dalam bentuk kalimat. Contohnya, penulis memaparkan hasil dari pengkajian pada pasien sebelum dan sesudah diberikan asuhan keperawatan dalam bentuk kalimat penyajian, dalam bentuk teks hanya digunakan penulis untuk memberi informasi melalui kalimat yang mudah dipahami pembaca.

2. Tabel

Penulis juga akan menuliskan hasil laporan dalam bentuk tabel yang merupakan suatu penyajian yang sistematis, yang tersusun dalam kolom atau jajaran. Penyajian dalam bentuk tabel berisi pengkajian, diagnosis, rencana tindakan keperawatan, dan implementasi serta evaluasi.

3. Gambar

Penulis juga akan menggunakan hasil laporan dalam bentuk gambar seperti *pathway* dan *genogram* yang merupakan suatu penyajian data sebagai dokumentasi implementasi yang dilakukan penulis.

F. Prinsip Etik

Menurut Ariga (2020) prinsip etik keperawatan yaitu:

1. Otonomi (*Autonomy*)

Prinsip otonomi yang penulis lakukan adalah meminta persetujuan pada pasien dengan tidak memaksa dan bertindak secara rasional, dimana saat sebelum melakukan asuhan keperawatan kedua pasien menandatangani surat persetujuan menjadi subyek asuhan atau *informed consent*. Penulis menghargai hak, kemandirian dan kebebasan pasien dalam mengambil keputusan.

2. Berbuat baik (*Beneficience*)

Beneficience artinya, pada prinsip ini penulis mendatangkan manfaat atau kebaikan. Kebaikan yang dilakukan penulis adalah mencegah masalah kesehatan yang dialami pasien agar tidak bertambah parah dan membantu meningkatkan kesehatan kedua pasien dengan cara melakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 3 hari berturut-turut dengan memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dan menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan teknik nonfarmakologis (relakasasi napas dalam).

3. Keadilan (*Justice*)

Prinsip *justice* dalam keperawatan adalah prinsip yang direfleksikan ketika perawat bekerja sesuai ilmu dan kiat keperawatan dengan memperhatikan keadilan sesuai standar praktik dan hukum yang berlaku nilai ini direfleksikan dalam memberikan asuhan keperawatan ketika perawat bekerja yang benar sesuai hukum. Penulis bersikap adil kepada kedua pasien dan melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari tanpa membedakan dalam melakukan tindakan keperawatan.

4. Tidak merugikan (*Non-maleficence*)

Prinsip *non-maleficence* adalah prinsip yang berarti seorang perawat dalam melakukan pelayanannya sesuai dengan ilmu dan kiat keperawatan dengan tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada pasien. Penulis melakukan tindakan asuhan keperawatan kepada kedua pasien sesuai standar operasional prosedur dengan hati-hati, menghargai

perasaan yang dialami pasien dan keluarga, sehingga tidak terjadi hal yang merugikan pasien.

5. Kejujuran (*Veracity*)

Prinsip *veracity* dalam keperawatan adalah prinsip untuk menyampaikan kebenaran pada setiap pasien untuk meyakinkan agar pasien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif. Kebenaran merupakan dasar membina hubungan saling percaya. Penulis menyampaikan keadaan kedua pasien pada keluarganya dan masalah yang timbul pada pasien tanpa adanya manipulasi data kedua pasien.

6. Menepati janji (*Fidelity*)

Prinsip *fidelity* dalam keperawatan adalah tanggung jawab besar seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan meminimalkan penderitaan. Penulis berusaha menepati kontrak waktu dengan kedua pasien sesuai kesepakatan dan menjaga komitmennya serta menjaga rahasia terkait masalah kesehatannya.

7. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Prinsip *confidentiality* adalah prinsip kerahasiaan dimana segala informasi tentang pasien harus dijaga privasi pasien. Penulis menjaga informasi yang diberikan keluarga pada saat melakukan pengkajian dan penulis tidak memberikan informasi masalah kesehatan kedua pasien kepada orang lain tanpa izin dari keluarga kedua pasien

8. Akuntabilitas (*Accountability*)

Akuntabilitas merujuk pada kemampuan seseorang untuk menjelaskan alasan tindakannya. Penulis menjelaskan tindakan asuhan keperawatan kepada keluarga terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan kepada pasien. Penulis melakukan tindakan asuhan keperawatan kepada kedua pasien bersumber dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, dan mempertanggungjawabkan hasil kerja, dimana tindakan yang dilakukan merupakan suatu aturan professional dan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).