

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 hernia inguinalis dengan berfokus pada gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri akut) di Ruang Bedah RSUD Jenderal Ahmad Yani Kota Metro. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulis adalah asuhan keperawatan individu pada pasien dewasa.

B. Subyek Asuhan

Subyek asuhan keperawatan pada Laporan Tugas Akhir ini adalah 2 pasien yang dirawat di Ruang Bedah RSUD Jenderal Ahmad Yani Kota Metro, pada pasien yang mengalami gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri akut) pasca operasi hernia inguinalis dengan kriteria:

1. Pasien yang mengeluh nyeri pada bagian *post* operasi dan masalah keperawatan gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri akut).
2. Pasien berusia dewasa.
3. Pasien memahami bahasa Indonesia dan memiliki fungsi pendengaran dan penglihatan yang baik.
4. Bersedia mengikuti secara sukarela dengan menandatangani lembar persetujuan *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi

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

2. Waktu

Waktu pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien 1 dilakukan pada

tanggal 3-5 Januari 2024 dan asuhan keperawatan pada pasien 2 dilakukan pada tanggal 4-6 Januari 2024.

D. Pengumpulan Data

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. Alat lain yang digunakan dalam proses keperawatan terdiri dari alat-alat pengukuran tanda-tanda vital dan alat pemeriksaan fisik serta buku catatan dan pena.

2. Teknik pengumpulan data

Menurut buku kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan Tarwoto dan Wartonah (2015). Teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut:

a. Wawancara

Wawancara adalah menanyakan atau membuat tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh pasien, biasa juga disebut dengan anamnesa. Wawancara berlangsung untuk menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi pasien dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan. Tujuan dari wawancara adalah untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan pasien, serta untuk menjalin hubungan antara perawat dengan pasien.

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. Adapun observasi yang dilakukan penulis adalah observasi skala nyeri, observasi pola tidur pasien, dan observasi keadaan luka *post* operasi pasien.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik sangat penting dalam pengumpulan data.

Ada empat cara dalam pemeriksaan fisik yaitu: inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi.

1) Inspeksi

Inspeksi merupakan pengumpulan data melalui melihat atau mengobservasi luka pada *post* operasi hernia inguinalis.

2) Auskultasi

Pemeriksaan fisik dengan menggunakan alat untuk mendengar seperti stetoskop untuk mendengarkan bunyi jantung, suara napas, dan bising usus.

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 mengidentifikasi adanya kelembutan, nyeri ketok, menentukan adanya massa atau infiltrate, menentukan adanya perubahan bunyi organ, seperti bunyi timpani, dullness, flat.

5) Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan cara pengumpulan data dengan melihat hasil pemeriksaan berupa foto rontgen, hasil laboratorium.

3. Sumber data

Menurut Budiono dan Pertami (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 objektif

untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Bila diperlukan klarifikasi data subjektif hendaknya perawat melakukan anamnesis pada keluarga.

b. Sumber data sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang diperoleh selain klien, yaitu orang terdekat, orang tua, suami atau istri, anak, dan teman klien, mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi atau kesadaran yang menurun, misalnya klien bayi atau anak-anak, atau klien 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 identifikasi patologis dan untuk menentukan rencana tindakan medis.

3) Konsultasi

Kadang terapis memerlukan konsultasi dengan anggota tim kesehatan spesialis, khususnya dalam menentukan diagnosa medis atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis. Informasi tersebut dapat diambil untuk membantu menegakkan diagnosa.

4) 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 untuk membantu mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan.

E. Penyajian Data

1. Penyajian data

Penulis menyajikan data pada penelitian ini dengan bentuk narasi, tabel dan juga dalam bentuk gambar:

a. Narasi

Penulis akan menggunakan penyajian data secara narasi yaitu suatu bentuk penyajian yang digunakan dalam bentuk kalimat yang biasanya berupa deskriptif untuk memberikan informasi melalui kalimat yang mudah untuk dipahami pembaca. Seperti hasil pengkajian pasien sebelum dan setelah diberikan terapi atau pengobatan untuk mengurangi rasa nyeri dan menuliskan hasil ataupun evaluasi setelah diberikan asuhan keperawatan dalam bentuk kalimat atau teks.

b. Tabel

Penulis 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, perumusan diagnosis, rencana tindakan keperawatan, dan implementasi serta evaluasi.

c. Gambar

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

F. Prinsip Etik

1. Otonomy (*Autonomy*)

Prinsip otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri, dan perawat haruslah bisa menghormati dan menghargai kemandirian ini. Penulis memberikan lembar persetujuan yang ditandatangani keluarga sebelum melakukan pengkajian kepada kedua pasien.

2. Berbuat Baik (*Beneficence*)

Prinsip *beneficence* dalam keperawatan adalah prinsip yang menuntut perawat untuk melakukan hal yang baik sesuai dengan ilmu dan kiat keperawatan dalam melakukan pelayanan keperawatan. Penulis memberikan tindakan terapi relaksasi napas dalam untuk membantu mengontrol nyeri agar berkurang, dan melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari berturut-

turut. Penulis memotivasi keluarga untuk selalu merawat dan menjaga kedua pasien kelolaan.

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 klien untuk meyakinkan agar klien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif. Kebenaran merupakan dasar membina hubungan saling percaya. Klien memiliki otonomi sehingga mereka berhak mendapatkan informasi yang ia ingin tahu. Penulis menyampaikan keadaan pasien 1 dan pasien 2 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 klien harus dijaga privasi klien. 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 (SIKI), dan mempertanggungjawabkan hasil kerja, dimana tindakan yang dilakukan merupakan satu aturan professional dan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).