

BAB III METODE

A. Pendekatan Asuhan Keperawatan

Laporan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang berfokus pada asuhan keperawatan gangguan kebutuhan rasa aman nyaman : nyeri akut pada pasien *post op* Herniatomy.

B. Subjek asuhan keperawatan

Subjek asuhan keperawatan pada laporan karya tulis ilmiah ini adalah berfokus pada 2 pasien dengan diagnosa medis *post op* Herniatomy yang mengalami keperawatan gangguan kebutuhan rasa aman nyaman : nyeri akut di ruang bedah RS Mardi Waluyo Metro. Dengan kriteria hasil sebagai berikut.

1. Pasien dapat berkomunikasi 2 arah.
2. Pasien *post op*
3. Pasien usia dewasa sampai dengan lansia.
4. Pasien dengan lama perawatan 3 hari
5. Pasien bersedia untuk dijadikan subjek asuhan keperawatan dengan menyetujui lembar *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Asuhan.

Lokasi asuhan dilakukan di ruang bedah RS Mardi Waluyo Metro.

2. Waktu Asuhan.

Waktu asuhan di lakukan pada tanggal pada tanggal 02 - 04 Januari 2024.

D. Pengumpulan Data.

1. Alat pengumpul data.

Pengumpulan data menggunakan format pengkajian dan alat pemeriksaan fisik. Alat pemeriksaan fisik yang digunakan penulis adalah alat pengukuran tanda tanda vital.

2. Teknik pengumpulan data.

Pengumpulan data merupakan suatu kegiatan penelitian untuk mengumpulkan data. Sebelum melakukan pengumpulan data, perlu dilihat teknik pengumpulan data supaya dapat memperkuat hasil penelitian.

Berikut ini beberapa teknik pengumpulan data:

a. Wawancara.

Wawancara merupakan pertemuan dua orang untuk melakukan kegiatan tanya jawab dengan suatu tujuan untuk memperoleh informasi atau data dalam suatu topik tertentu. Hasil yang di dapatkan dari wawancara asuhan keperawatan yaitu penulis memperoleh data tentang masalah kesehatan yang di alami pasien yaitu nyeri *post op* Herniatomy yang menyebabkan pasien mengalami gangguan mobilitas fisik dan gangguan pola tidur.

Aspek yang di wawancara:

- 1) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat).
- 2) Riwayat alergi (obat, makanan, dll).
- 3) Riwayat penyakit pasien mulai dari penyakit sekarang dahulu dan riwayat spenyakit keluarga.
- 4) Pengkajian nyeri (lokasi nyeri, kualitas nyeri, intensitas nyeri, waktu timbulnya nyeri, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri , dampak nyeri pada aktivitas).

b. Pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan fisik adalah proses pemeriksaan tubuh pasien untuk menentukan ada atau tidaknya masalah fisik. Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk mendapatkan informasi valid tentang kesehatan pasien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara inspeks , palpasi, perkusi, auskultasi

1) Inspeksi.

Inspeksi merupakan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis. Inspeksi dilakukan dengan menggunakan indra penglihatan, pendengaran dan penciuman sebagai alat untuk mengumpulkan data. Data yang di ambil oleh penulis yaitu adanya luka *post op* herniatomy pada daerah lipatan paha.

2) Palpasi.

Palpasi merupakan teknik pemeriksaan yang menggunakan indra peraba. Data yang diambil oleh penulis dari pemeriksaan fisik ini yaitu data objektif meliputi suhu kulit, penilaian deformitas, nyeri tekan, tingkat kemampuan aktivitas, dan kekuatan otot pasien dengan membandingkan kekuatan otot anggota gerak kanan dan anggota gerak kiri.

3) Perkusi.

Perkusi adalah pengetukan tubuh dengan ujung jari untuk menghasilkan getaran yang berjalan melalui jaringan tubuh. Sifat suara akan menentukan lokasi, ukuran, dan kepadatan struktur yang dapat menunjukkan kelainan yang telah dideteksi oleh palpasi dan auskultasi. Perkusi dilakukan untuk menentukan ukuran dan bentuk organ-organ internal (organ dalam).

4) Auskultasi.

Auskultasi merupakan teknik pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh.

c. Pemeriksaan penunjang.

Pemeriksaan Penunjang (Diagnostik) Pemeriksaan penunjang adalah cara pengumpulan data yang menggunakan alat bantuan untuk memperoleh informasi yang lebih akurat. Data hasil pemeriksaan diagnostik sangat dibutuhkan dikarenakan data yang dihasilkan lebih objektif dan akurat. Pemeriksaan penunjang yang sering dilakukan antara lain pemeriksaan darah, pemeriksaan urin, foto rontgen, USG, CT Scan.

3. Sumber data.

Rohmah & Walid, (2016) mengemukakan sumber data dapat dibedakan menjadi 2 yaitu sumber data primer dan sumber data sekunder :

a. Sumber data primer.

Sumber data yang diperoleh langsung dari pemeriksaan pasien. Namun, bila diperlukan klarifikasi data subjektif, perawat melakukan anamnesis pada keluarga. Bila pasien tidak dapat memberikan data

subjektif secara langsung, perawat dapat menggunakan data objektif untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

b. Sumber data sekunder.

Sumber data sekunder yaitu data yang diperoleh selain dari pasien, yaitu keluarga, orang terdekat, teman dan orang lain yang tahu tentang kesehatan pasien, serta tenaga kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, ahli fisioterapi, laboratorium dan radiologi.

E. Penyajian Data

Pada tugas laporan ini penulis menggunakan penyajian data berupa narasi dan tabel.

1. Narasi

Penulis menggunakan penyajian secara teks yaitu penyajian I 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

Merupakan susunan data dalam baris dan kolom, atau mungkin dalam struktur yang lebih kompleks. Tabel banyak digunakan oleh penulis guna menuliskan data berupa hasil pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, daftar obat, perencanaan keperawatan, implementasi dan catatan perkembangan keperawatan.

3. Gambar

Penulis menggunakan penyajian gambar agar pembaca lebih memahami isi dari laporan karya tulis ilmiah ini. Penulis menyajikan gambar berupa alat pengukuran skala nyeri, bagian tubuh yang terdapat luka post op, pathway.

F. Prinsip Etik.

Prinsip etik yang digunakan penulis dalam asuhan keperawatan adalah prinsip etik keperawatan dalam memberikan layanan keperawatan kepada individu menurut Nurohmat & Ruswadi, (2021) :

1. *Autonomy* (otonomi).

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri. Penerapan prinsip etik otonomi yang dilakukan, yaitu saat pasien di jadikan sasaran asuhan keperawatan oleh penulis, pasien diberikan hak untuk memutuskan apakah ia menyetujui atau tidak untuk ikut serta dalam proses asuhan keperawatan penulis.

2. *Non maleficence* (tidak merugikan).

Prinsip etik ini menekankan bahwa perawat harus melakukan hal yang baik dan tidak merugikan atau menimbulkan bahaya/cidera fisik dan psikologis pada pasien selama melakukan tindakan keperawatan. Bahaya dapat berarti sengaja menimbulkan bahaya, membuat orang lain beresiko terdapat bahaya, dan secara tidak sengaja menyebabkan bahaya. Penerapan prinsip ini penulis sangat memperhatikan kondisi pasien agar tidak menimbulkan bahaya atau cidera fisik pada saat dilakukan proses asuhan keperawatan.

3. *Beneficence* (berbuat baik).

Prinsip ini menekankan perawat wajib untuk berbuat baik, yakni melakukan tindakan yang menguntungkan pasien dan mencegah kesalahan atau kejahatan. Penerapan prinsip ini penulis menjaga seoptimal mungkin kondisi keamanan dan kenyamanan pasien.

4. *Justice* (keadilan).

Prinsip ini bertujuan untuk melaksanakan keadilan dalam pelayanan pasien. Tidak memihak atau berat sebelah. Penerapan prinsip etik ini digunakan saat penulis memberikan asuhan, penulis memberikan perlakuan sesuai kebutuhan dan tidak membedakan pasien.

5. *Confidentiality* (kerahasiaan).

Prinsip ini berkaitan dengan penghargaan perawat terhadap informasi tentang pasien yang dirawatnya. Perawat harus menjaga data-data pasien dan tidak akan memberitahukan informasi tentang pasien kepada orang lain guna menjaga hak privasi pasien. Penerapan prinsip etik ini

diaplikasikan oleh penulis dalam merahasiakan data-data pasien yang diperoleh saat penulis melakukan asuhan keperawatan di Ruang Anggrek.

6. *Veracity* (kejujuran).

Prinsip ini menekankan penulis untuk menghindari melakukan kebohongan atau melakukan penipuan pada pasien. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif. Penulis menerapkan prinsip etik ini dengan menyampaikan informasi mengenai hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien dengan jujur pada keluarga.

7. *Fidelity* (tepat janji).

Dalam prinsip ini perawat berkewajiban untuk selalu setia pada kesepakatan dan tanggung jawab yang telah dibuat. Penerapan prinsip etik ini penulis memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmen kepada pasien.

8. *Akuntability* (akuntabilitas).

Dalam prinsip ini perawat harus menyadari tanggung jawab dari profesinya dan sesuai dengan standar praktek dan tanggung jawab profesi serta harus akuntabel dalam mengawal asuhan keperawatan. Penerapan prinsip etik ini, penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan standar operasional prosedur yang ada, sehingga asuhan keperawatan yang dilakukan dapat dipertanggung jawabkan secara hukum.

9. *Informed consent* (lembar persetujuan).

Etika ini adalah cara persetujuan antar penulis dan pasien dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum melakukan asuhan keperawatan. Tujuan *informed consent* ini adalah agar pasien mengerti maksud dan tujuan penulis. Jika pasien bersedia menjadi sasaran penelitian maka pasien harus menandatangani lembar persetujuan tersebut dan bersedia untuk didokumentasikan, tetapi jika pasien menolak maka penulis tidak memaksa dan tetap menghormati hak pasien.