

## **BAB III**

### **METODE**

#### **A. Fokus Asuhan Keperawatan**

Laporan tugas akhir ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan area pre, intra, post operatif di ruang operasi yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Asuhan ini berfokus pada kasus *Close Fraktur Femur* dengan tindakan *Open Reduction Internal Fixation* di ruang operasi RSUD Jend. A. Yani Kota Metro.

#### **B. Subjek Asuhan**

Subyek asuhan keperawatan ini berfokus pada satu pasien yaitu Ny. T dengan diagnosa medis dengan diagnosa medis *Close Fraktur Femur 1/3 Proximal Sinistra* yang akan dilakukan tindakan *Open Reduction Internal Fixation* di ruang operasi RSUD Jend. A. Yani Kota Metro.

#### **C. Lokasi dan Waktu**

##### **1. Lokasi Asuhan Keperawatan**

Lokasi dilakukannya asuhan keperawatan dengan fokus perioperatif ini dilakukan di ruang pre operasi, ruang operasi dan di ruang pemulihan RSUD Jend. A. Yani Kota Metro.

##### **2. Waktu Asuhan Keperawatan**

Waktu pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan telah dilakukan pada tanggal 4 – 6 April 2022.

#### **D. Pengumpulan Data**

##### **1. Alat pengumpulan data**

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.

## 2. Teknik Pengumpulan Data

### a. Pengamatan (Observasi)

Laporan akhir ini dilakukan dengan mengamati respon pasien setelah diberikan intervensi saat berada di ruang pre operasi yaitu respon setelah diajarkan teknik relaksasi napas dalam. Mengamati selama proses operasi apakah mengalami hipotermi, atau ada penyulit selama pembedahan, serta mengamati respon pasien di ruang pemulihan apakah terdapat keluhan nyeri dan lainnya.

### b. Wawancara

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

### c. Pemeriksaan Fisik

#### 1) Keadaan Umum

- a) Kesadaran penderita: apatis, sopor, koma, gelisah, composmentis tergantung pada keadaan pasien.
- b) Tanda-tanda vital: kaji dan pantau potensial masalah yang berkaitan dengan pembedahan : tanda vital, derajat kesadaran, cairan yang keluar dari luka, suara nafas, pernafasan infeksi kondisi yang kronis atau batuk dan merokok.

#### 2) Muskuloskeletal

Pemeriksaan pada sistem muskuloskeletal menurut Reksoprodjo, Soelarto (2006) dalam Wahid ( 2013) adalah:

##### a) *Look* (Inspeksi)

Perhatikan apa yang dapat dilihat antara lain: cicatriks (jaringan parut baik yang alami maupun buatan seperti bekas operasi), *birth mark*, fistulae kemerahan, kebiruan (livide) atau hiperpigmentasi, benjolan, pembengkakan, atau cekungan dengan hal-hal yang tidak biasa (abnormal), posisi dan bentuk dari ekstremitas (deformitas), posisi jalan.

b) *Feel* (Palpasi)

Perubahan suhu disekitar trauma (hangat) dan kelembaban kulit. *Capillary refill time* normal  $\leq 2$  detik. Apabila ada pembengkakan, apakah terdapat fluktuasi atau oedema terutama di sekitar persendian. Nyeri tekan (*tenderness*), krepitasi, catat letak kelainan (1/3 proksimal, medial, atau distal).

c) *Move* (Pergerakan)

Gerakan sendi dicatat dengan ukuran derajat, dari tiap arah pergerakan mulai dari titik 0 (posisi netral) atau dalam ukuran *metric*. Pemeriksaan ini menentukan apakah ada gangguan gerak (mobilitas) atau tidak. Pergerakan yang dilihat adalah gerakan aktif dan pasif.

d. Studi dokumenter/rekam medik

Studi dokumenter adalah pengumpulan data dan mempelajari catatan medik keperawatan dan hasil pemeriksaan penunjang untuk mengetahui perkembangan kesehatan pasien.

## E. Penyajian Data

Menurut Notoatmodjo (2018), cara melakukan penyajian data dikelompokkan menjadi empat bentuk yaitu, narasi, tabel, numerik, dan grafik. Laporan tugas akhir ini menggunakan teknik penyajian data berupa narasi dan tabel, dimana penggunaan narasi digunakan pada penulisan hasil pengkajian dan wawancara. Sedangkan tabel digunakan untuk penulisan analisa data, hasil laboratorium, survey *head to toe*, obat-obatan dan prosedur pembedahan, serta penulisan intervensi, implementasi, dan evaluasi.

## **F. Prinsip Etik**

Dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan, penulis menerapkan beberapa prinsip etik, yaitu :

### **1. Persetujuan Riset (*Informed Consent*)**

Penulis menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian kepada responden dan memberikan lembar persetujuan untuk menyatakan bahwa responden bersedia untuk dilakukan penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan.

### **2. *Anonymity***

Selama penelitian nama subjek tidak dicantumkan atau hanya mencantumkan inisial.

### **3. *Confidentially***

Penulis menjaga kerahasiaan identitas subjek dan informasi yang diberikannya. Semua catatan dan data subjek disimpan sebagai dokumentasi penelitian.

### **4. *Justice***

Penulis berlaku adil dan tidak membedakan status sosial dan SARA (suku, agama, ras dan antar golongan) terhadap pasien.

### **5. *Veracity***

Penulis memberikan informasi sebenar-benarnya sehingga hubungan saling percaya antara subyek dan peneliti dapat terbina dengan baik.

### **6. *Beneficence***

Penulis melakukan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian agar mendapatkan hasil yang bermanfaat dan semaksimal mungkin untuk subjek.

### **7. *Non-maleficence***

Penulis memberikan informasi sesuai dengan standar operasional prosedur dan dalam bimbingan *clinical instruktur* atau perawat ruangan agar meminimalisir dampak yang mungkin akan dirasakan oleh subjek.