

BAB III

METODE

A. Pendekatan Penelitian

Laporan KTI ini ditulis menggunakan pendekatan penelitian keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang dialami, khususnya adalah dengan gangguan nyeri akut pada pasien limfoma maligna di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Konsep asuhan penulis adalah asuhan keperawatan individu pada pasien dewasa.

B. Subjek Penelitian

Subjek penelitian keperawatan ini fokus pada dua pasien yang dirawat di ruang Penyakit Dalam Non Infeksius RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang mengalami gangguan nyeri akut dengan kriteria sebagai berikut:

1. Pasien berjenis kelamin laki-laki usia 69 tahun dan pasien berjenis kelamin perempuan usia 51 tahun yang berada di Ruang Penyakit Dalam Non Infeksius RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung
2. Pasien dengan diagnosa medis limfoma maligna
3. Pasien dengan gangguan nyeri akut
4. Pasien memahami bahasa Indonesia dan memiliki fungsi pendengaran dan penglihatan yang baik.
5. Pasien bersedia untuk di jadikan subjek asuhan keperawatan
6. Pasien bersedia mengikuti secara sukarela dengan menandatangani lembar persetujuan informed consent.

C. Fokus Penelitian

Pada laporan KTI ini penulis melakukan fokus penelitian dengan proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi yang bertujuan untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang dialami, khususnya gangguan nyeri akut pada pasien limfoma maligna di Ruang Penyakit Dalam Non Infeksius RSUD Dr. H Abdul

Moeloek Provinsi Lampung. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulis adalah asuhan keperawatan individu.

D. Lokasi dan Waktu Pengumpulan Data

1. Lokasi pengumpulan data

Lokasi pengumpulan data asuhan keperawatan dengan gangguan nyeri akut pada pasien limfoma maligna dilakukan di Ruang Penyakit Dalam Non Infeksius RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

2. Waktu pengumpulan data

Waktu pengumpulan data dilaksanakan pada tanggal 09-14 Januari 2023.

E. Definisi Operasional

Definisi operasional bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrument (alat ukur). Contoh: sarana air bersih, diare, anemia pada ibu hamil. Penyusunan definisi operasional biasanya mencakup cara pengukuran, hasil pengukuran, skala pengukuran (Notoatmodjo, 2014).

Tabel 3.1
Definisi Operasional

NO	Variabel	Definisi Operasional
1	Asuhan keperawatan	Asuhan keperawatan adalah faktor penting dalam kelangsungan hidup pasien dan aspek-aspek pemeliharaan, rehabilitatif dan preventif perawatan kesehatannya (Astar et al., 2018).
2	Kebutuhan dasar manusia	Kebutuhan dasar manusia adalah oleh tubuh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tujuannya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Hidayat & Uliyah, 2020).
3	Nyeri akut	Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2017).

F. Instrumen Penelitian

Alat yang digunakan untuk menyusun laporan KTI ini adalah lembar format asuhan keperawatan medikal medah, yang meliputi proses pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan. Pada saat pengkajian (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi) dibutuhkan alat sebagai berikut:

1. Inspeksi

Pada inspeksi dibutuhkan alat: penlight, handscoon, metline, jam tangan.

2. Palpasi

Pada palpasi dibutuhkan alat: *handscoon*, *thermometer*, *sphygmomanometer*, jam tangan dan stetoskop.

3. Perkusi

Pada perkusi dibutuhkan alat: *handscoon* dan *reflex hammer*.

4. Auskultasi

Pada auskultasi dibutuhkan alat: *handscoon* dan stetoskop.

G. Metode Pengumpulan Data

1. Teknik pengumpulan data

Teknik pengumpulan data yang benar akan menghasilkan data yang memiliki kredibilitas tinggi. Oleh karena itu, tahap pengumpulan data yang benar akan menghasilkan data tidak boleh salah dan harus dilakukan dengan cermat sesuai prosedur, berikut ini beberapa teknik pengumpulan data:

a. Anamnesis

Anamnesis merupakan suatu proses tanya jawab atau komunikasi untuk mengajak pasien dan keluarga bertukar pikiran dan perasaan, mencakup keterampilan secara verbal dan nonverbal, empati dan rasa kepedulian yang tinggi. Teknik verbal meliputi: Pertanyaan terbuka/tertutup, menggali jawaban dan memvalidasi respon pasien. Sementara itu, teknik nonverbal, meliputi: mendengarkan secara aktif, diam, sentuhan dan kontak mata.

b. Observasi

Observasi adalah pengamatan perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan keperawatan pasien. Kegiatan observasi meliputi 2S HFT: *sight*, seperti kelainan fisik, perdarahan, terbakar dan menangis. *Smell*, seperti alkohol, darah, feses, obat-obatan dan urine. *Hearing*, seperti tekanan darah, batuk, menangis, ekspresi nyeri, heart rate dan ritme. *Feeling*, seperti daya rasa. *Taste*, seperti cita rasa.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan menggunakan metode atau teknik PE (*physical examination*) yang terdiri atas:

1) Inspeksi

Inspeksi merupakan teknik yang dapat dilakukan dengan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis.

2) Palpasi

Palpasi merupakan teknik pemeriksaan yang menggunakan indra peraba. Tangan dan jari adalah instrumen yang sensitif dan dapat digunakan untuk mengumpulkan data tentang suhu, turgor, bentuk, kelembapan, vibrasi dan ukuran.

3) Perkusi

Perkusi merupakan teknik pemeriksaan dengan mengetuk-ngetuk jari perawat (sebagai alat untuk menghasilkan suara) ke bagian tubuh pasien yang akan dikaji untuk membandingkan bagian yang kiri dan kanan. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan.

4) Auskultasi

Auskultasi merupakan teknik pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh (Budiono & Pertami, 2016).

2. Sumber data

Berdasarkan sumber data yang diperoleh, data dapat dibedakan menjadi 2 yaitu, sumber data primer dan sumber data sekunder.

a. Sumber data primer

Sumber data primer merupakan data yang didapatkan langsung dari pemeriksaan pasien. Data primer yang didapat yaitu: identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit dan ADL pasien.

b. Sumber data sekunder

Data sekunder yaitu data yang diperoleh selain dari pasien yaitu keluarga, orang terdekat dan teman. Selain itu bisa juga diperoleh dari tenaga kesehatan yang lain. Data sekunder yang didapat yaitu: catatan medis pasien, hasil pemeriksaan laboratorium dan test diagnostik.

H. Analisis Data & Penyajian Data

1. Analisis data

Data yang di peroleh sesuai dengan jenis data antara lain:

a. Data primer

Pengumpulan data karya tulis ilmiah ini dilakukan pengambilan data melalui pasien itu sendiri dengan mengamati tanda gejala secara subjektif dan objektif, dan memperoleh data subjektif melalui anamnesis keluarga. Data primer yang didapat yaitu: identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit dan ADL pasien.

b. Data sekunder

Data yang diperoleh dari pihak petugas di Ruang Penyakit Dalam Non Infeksius RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung sumber data meliputi:

- 1) Catatan medis pasien
- 2) Riwayat penyakit
- 3) Konsultasi
- 4) Hasil pemeriksaan diagnostik
- 5) Perawat ruangan

2. Penyajian data

Penyajian data pada asuhan keperawatan ini dengan bentuk narasi dan juga dalam bentuk tabel.

a. Narasi

Penulis menyajikan hasil laporan dalam bentuk teks yaitu penyajian data hasil laporan KTI 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.

b. Tabel

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

I. Prinsip Etik

Prinsip etik yang digunakan penulis dalam membuat asuhan keperawatan fokus tindakan keperawatan ini adalah prinsip etik keperawatan dalam memberikan layanan keperawatan kepada individu, kelompok atau keluarga dan masyarakat. Prinsip etik yang digunakan antara lain:

1. *Autonomy*

Autonomy atau otonomi prinsip ini berdasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berfikir logis dan mampu mengambil keputusan sendiri. Dalam hal ini perawat harus memberikan kebebasan/hak individu untuk mengambil keputusan sesuai dengan alasan/tujuan dan kewenangan sesuai dengan kemampuannya. Perawat hanya memberikan beberapa alternatif dalam mengambil keputusan sedangkan pasien memiliki hak untuk membuat dan menentukan keputusan yang dirasa paling baik dan mampu dilakukan oleh pasien dan keluarganya.

2. *Beneficence*

Asas *beneficence* mencakup aspek yang berguna atau bermanfaat untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pasien. Merupakan tugas perawat untuk mengambil tindakan/keputusan yang paling berguna bagi klien. Perawat akan menganggap bahwa setiap tindakan yang dilakukan tidak

merugikan dan harus mendapat persetujuan/izin pasien, yang menguntungkan atau meningkatkan kesejahteraan pasien. Perawat menganggap manfaatnya lebih besar dari pada risikonya.

3. *Non-maleficence*

Tindakan/perilaku yang tidak menyebabkan kecelakaan atau membahayakan orang lain. Perawat harus memahami dan membedakan sikap dan tindakan yang bersifat *non-maleficence* atau yang menyebabkan cedera atau kerugian pada pasien, sehingga dapat diterapkan dengan baik dalam praktik klinis di kenyataan di lapangan. Kewajiban perawat untuk tidak melakukan kesalahan dan tindakan yang membahayakan atau mencederai pasien.

4. *Justice*

Kewajiban perawat untuk berbuat adil dalam melayani pasien. Adil bukan berarti harus sama durasi waktunya saat menemui/visit pasien. tetapi adil dalam bidang pelayanan keperawatan adalah memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kondisi ketergantungan pasien, tidak membedakan suku, agama, ras, dan faktor demografi pasien lainnya. Keadilan bermakna memberikan kontribusi pelayanan keperawatan yang berarti bagi pasien dalam mengatasi kesehatannya.

5. *Fidelity*

Fidelity atau taat pada janji, berarti perawat akan taat atau menepati janji bila melakukan kontrak kerja dengan pasien. Perawat yang profesional akan membuat rencana asuhan keperawatan yang lengkap dan sistematis. Rencana asuhan keperawatan akan didiskusikan dengan pasien dan keluarganya. Inilah yang disebut kontrak perawat dengan pasien. *Fidelity* akan selalu diingat oleh pasien, sehingga setiap perubahan ada modifikasi tindakan asuhan keperawatan harus didiskusikan dengan pasien dan keluarganya.

6. *Accountability*

Akuntabilitas yang dilakukan merupakan satu aturan profesional. Untuk mempertanggung jawabkan hasil pekerjaan, dimana tindakan yang dilakukan merupakan satu aturan profesional. Oleh karena itu pertanggung

jawabkan atas hasil asuhan keperawatam mengarah langsung kepada praktisi itu sendiri.

7. *Confidentiality*

Pemahaman seorang perawat yang memiliki kewajiban untuk menjaga dan menjamin semua data/informasi yang berhubungan dengan status atau penyakit pasien harus dirahasiakan. Kesalahan melindungi informasi pasien merupakan privasi yang akan merugikan nama baik pasien dan keluarganya.

8. *Veracity* (Kejujuran)

Veracity atau kejujuran adalah prinsip moral dilema etik yang mengharuskan perawat berkata jujur atas apa yang dialami oleh pasien. Kadang-kadang perawat takut berkata jujur atas apa yang dialami oleh pasien. Kadang-kadang perawat takut berkata jujur karena pasien masih ada perhubungan persaudaraan, ada hubungan atasan-bawahan, atau karena faktor kedekatan lainnya.

9. *Freedom* (kebebasan)

Perilaku tanpa tekanan dari luar, memutuskan sesuatu tanpa tekanan atau paksaan pihak lain. Siapapun bebas menentukan pilihan yang menurut pandanganya adalah pilihan terbaik. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini, sebelumnya penulis mendatangi klien untuk meminta kesediaan menjadi subjek asuhan (Gegen & Prio Agus, 2019).