

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Laporan tugas akhir ini menggunakan metode pendekatan asuhan keperawatan pada pasien radikulopati lumbal dengan berfokus pada gangguan rasa nyaman (nyeri kronis) di Ruang Siger RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo Provinsi Lampung.

B. Subyek Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan ini yang dijadikan subjek asuhan adalah 2 pasien yang dirawat di Ruang Siger RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo Provinsi Lampung pada pasien radikulopati lumbal yang mengalami gangguan rasa nyaman (nyeri kronis) dengan kriteria:

1. Pasien yang mengeluh nyeri pada tulang belakang
2. Pasien yang mengalami masalah keperawatan gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri kronis)
3. Pasien dengan keluhan utama nyeri minimal skala 5
4. Pasien memahami bahasa Indonesia dan memiliki fungsi pendengaran dan penglihatan yang baik.
5. Bersedia mengikuti secara sukarela dengan menandatangani lembar persetujuan *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu Asuhan Keperawatan

1. Lokasi

Lokasi pada asuhan keperawatan gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri kronis) pada pasien Radikulopati Lumbal yang dilaksanakan di Ruang Siger RSUD Dr. A. Dadi. Tjokrodipo Lampung

2. Waktu

Waktu asuhan keperawatan di lakukan pada tanggal 02-06 Januari 2024. Waktu tersebut digunakan untuk melakukan asuhan keperawatan untuk dua orang pasien.

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. Pengumpulan data pemeriksaan fisik diperlukan alat untuk mengukur tanda-tanda vital seperti *stetoskop, thermometer, sphygmomanometer*, buku catatan dan pena.

2. Teknik Pengumpulan data

Menurut (Tarwoto dan Wartonah, 2015) teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut:

a. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data melalui wawancara, dengan teknik ini dapat digali data-data penting yang sangat mendukung dalam menentukan diagnosis. Aspek yang diwawancara seperti:

1. Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat),
2. Riwayat alergi (obat, makanan, dll),
3. Riwayat penyakit pasien mulai dari penyakit dahulu dan riwayat penyakit keluarga

b. Observasi

Observasi merupakan salah satu teknik dalam pengumpulan data, misalnya mengobservasi bagian nyeri pada pasien. Observasi dapat menggunakan pendengaran, penglihatan, rasa, sentuhan, maupun sensasi.

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. Pada pasien radikulopati lumbal penulis melihat bagian tubuh yang mengalami

nyeri.

2) Auskultasi

Auskultasi merupakan pemeriksaan fisik dengan menggunakan alat untuk mendengar seperti stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh. Pada pasien radikulopati lumbal penulis mendengarkan bunyi jantung, bising usus dan suara nafas.

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 periksa. Teknik ini dapat mengidentifikasi adanya kelembutan, nyeri ketuk, menentukan adanya massa atau infiltrate, menentukan adanya perubahan bunyi organ, seperti bunyi timpani, dullness, flat.

d. Tes diagnostik

Data hasil tes diagnostik sangat dibutuhkan karena lebih objektif dan lebih akurat. Tes diagnostik lain misalnya radiologi, pemeriksaan urine, *feses*, *USG*, *MRI*, dan lain-lain

3. Sumber Data

Menurut (Budiono & Pertama, 2016) sumber data sebagai berikut:

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. Namun, bila diperlukan klarifikasi data subjektif hendaknya perawat melakukan anamnesis pada keluarga.

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 identifikasi patologis dan untuk menentukan rencana tindakan medis.

3) Konsultasi

Terapis memerlukan konsultasi dengan anggota tim kesehatan spresialis, khususnya dalam menentukan diagnosis medis atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis. Informasi tersebut dapat diambil untuk membantu menegakkan diagnosis.

4) Hasil pemeriksaan diagnostik

Hasil pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik, dapat digunakan sebagai data objektif yang dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan pasien.

E. Penyajian Data

Penulis menyajikan data pada penelitian ini dengan bentuk narasi, tabel dan grafik/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, perumusan diagnosis, rencana tindakan keperawatan, dan implementasi serta evaluasi.

3. Grafik/Gambar

Penulis menggunakan grafik data, yaitu suatu bentuk penyajian dan secara visual dalam bentuk gambar. Grafik data biasanya berasal dari tabel dan grafik biasanya dibuat bersama-sama. Penyajian dalam bentuk grafik/gambar seperti pathway penyakit.

F. Prinsip Etik

Prinsip etika yang digunakan penulis dalam membuat dan melaksanakan asuhan keperawatan dalam fokus tindakan keperawatan ini adalah prinsip etika keperawatan dalam memberikan layanan keperawatan kepada individu, kelompok/keluarga dan masyarakat (Sudiyanto H, 2019).

1. *Autonomy* (otonomi)

Autonomy berarti komitmen terhadap pasien dalam mengambil keputusan tentang semua aspek pelayanan, yang dilakukan penulis yaitu memberikan lembar persetujuan yang ditandatangani keluarga sebelum melakukan pengkajian.

2. *Beneficence* (kebaikan)

Pada prinsip ini penulis mendatangkan manfaat atau kebaikan, yaitu yang dilakukan penulis adalah memberi terapi relaksasi nafas dalam untuk membantu mengontrol nyeri pada pasien agar tidak bertambah, dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 3 hari berturut-turut. Penulis memotivasi keluarga untuk selalu merawat dan menjaga pasien.

3. *Non-Maleficence* (tidak merugikan)

Non-Maleficence berarti tidak mencederai atau merugikan orang lain. Penulis melakukan tindakan asuhan keperawatan sesuai standar operasional

prosedur dengan hati-hati dan menghargai perasaan yang dialami pasien dan keluarga, sehingga menghindari terjadinya hal yang merugikan pasien.

4. *Justice* (Keadilan)

Penyelenggaraan layanan kesehatan setuju untuk berusaha bersikap adil dalam memberikan pelayanan kesehatan. Penulis bersikap adil kepada kedua pasien dan melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari berturut-turut tanpa membedakan antara pasien 1 dengan pasien 2.

5. *Fidelity* (Tepat Janji)

Fidelity atau taat pada janji, berarti perawat akan menepati janji bila melakukan kontrak kerja dengan pasien. Penulis berusaha menepati kontrak waktu dengan pasien sesuai kesepakatan dan menjaga komitmennya serta menjaga rahasia pasien terkait masalah kesehatannya.

6. *Veracity* (kejujuran)

Veracity adalah kejujuran adalah prinsip etik yang mengharuskan perawat berkata jujur atas apa yang dialami oleh pasien. Penulis menyampaikan keadaan pasien pada keluarga dan masalah yang timbul pada pasien tanpa ada manipulasi data pasien.

7. *Acountability* (akuntabilitas)

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 bersumber dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), dan mempertanggungjawabkan hasil kerja, dimana tindakan yang dilakukan merupakan satu aturan professional dan sesuai SOP.

8. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Pelayanan kesehatan harus menjaga rahasia pasien. Penulis menjaga informasi yang diberikan keluarga pada saat melakukan pengkajian dan penulis tidak memberikan informasi pasien kepada orang lain tanpa izin dari keluarga pasien.