

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 hidrosefalus dengan berfokus pada gangguan kebutuhan rasa aman nyaman (nyeri akut) di RSUD Jenderal Ahmad Yani Kota Metro. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulis adalah asuhan keperawatan individu pada pasien dewasa dan pasien anak.

B. Subyek Asuhan Keperawatan

Subyek asuhan keperawatan pada laporan tugas akhir ini adalah 2 pasien dengan masalah *post* operasi hidrosefalus di RSUD Jend Ahmad Yani Kota metro yang mengalami gangguan kebutuhan rasa aman nyeri dengan kriteria:

1. Pasien dengan Hidrosefalus
2. Pasien pasca operasi
3. Pasien berjenis kelamin laki-laki dan perempuan
4. Pasien yang memiliki gangguan kebutuhan rasa aman nyeri (nyeri akut)
5. Bersedia mengikuti secara sukarela dengan menandatangani lembar bersetujuan *informed consent*

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi asuhan

Lokasi asuhan dilakukan di RSUD Jenderal Ahmad Yani Kota Metro 2024

2. Waktu asuhan

Waktu asuhan dilakukan pada 02-06 Januari 2024. Waktu tersebut dilakukan untuk melakukan asuhan keperawatan untuk dua orang pasien, pada pasien 1 dari tanggal 3-5 Januari dan pasien 2 dari tanggal 4-6 Januari.

D. Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data

Alat yang digunakan penulis dalam menyusun laporan tugas akhir ini adalah lembar format asuhan keperawatan medikal bedah dan lembar format keperawatan anak, yang meliputi proses pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan. Alat lain yang digunakan dalam proses keperawatan terdiri dari alat-alat pengukur 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 merupakan metode pengumpulan data melalui wawancara, dengan teknik ini dapat digali data-data penting yang sangat mendukung dalam menentukan diagnosis. Metode wawancara mempunyai tujuan sebagai berikut.

- 1) Menentukan informasi yang penting untuk menentukan diagnosis dan perencanaan keperawatan
- 2) Meningkatkan hubungan perawat dan pasien dalam memberikan kesempatan berdialog.
- 3) Menggali informasi untuk memecahkan masalah yang dihadapi pasien. membantu meningkatkan hubungan terapeutik pasien.

b. Observasi

Observasi merupakan salah satu teknik dalam pengumpulan data, misalnya mengobservasi keadaan luka. 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 : inpeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi.

- 1) Inspeksi
Inspeksi merupakan pengumpulan data melalui melihat, mengobservasi, mendengar, atau mencium.
- 2) Auskultasi,
pemeriksaan fisik dengan menggunakan alat untuk mendengar seperti stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh.
- 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, flet.
- 5) Studi dokumentasi
Studi dokumentasi merupakan cara pengumpulan data dengan melihat hasil pemeriksaan berupa foto rontgen, hasil laboratorium.

3. Sumber data

Menurut (Budiono & Pertama, 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 objek 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 dan juga dalam bentuk tabel.

a. 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 klien 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 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

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-prinsip etika keperawatan adalah sebagai berikut (Santoso, 2021):

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.

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 pasien.

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 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 pada keluarga

dan masalah yang timbul pada pasien tanpa adanya manipulasi data 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 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 pasien kepada orang lain tanpa izin dari keluarga 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 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).

Asuhan keperawatan di laporan tugas akhir ini sebelumnya penulis mendatangi keluarga pasien untuk meminta kesediaan dan persetujuan untuk menjadikan pasien sebagai subyek ataupun partisipan. Penulis juga harus melalui beberapa tahap pengurusan perizinan dan setelah mendapat persetujuan barulah dilaksanakan asuhan keperawatan dengan memperhatikan etika-etika yaitu, sebagai berikut :

a. *Informed consent*

Penulis menggunakan Informed consent sebagai suatu cara persetujuan antara peneliti dengan pasien, dengan memberikan lembar

persetujuan Informed consent. Informed consent diberikan sebelum tindakan keperawatan dilaksanakan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi sasaran penelitian. Tujuan Informed consent agar pasien mengerti maksud dan tujuan, mengetahui dampaknya, jika pasien bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan, serta bersedia untuk direkam dan jika pasien bersedia maka penelitian harus menghormati hak pasien.

b. Tanpa Nama (*Anonimity*)

Akan melakukan penelitian untuk melindungi dan menjaga kerahasiaan pasien. Penulis tidak mencantumkan nama pasien pada lembar data, cukup dengan mencantumkan nama pada data (inisial).