

## **BAB III**

### **METODE ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **A. Pendekatan Asuhan Keperawatan**

Pada laporan tugas akhir ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan. Asuhan Keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya. Asuhan yang berfokus pada penerapan proses keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan kebutuhan nyaman yang disebabkan oleh *colic abdomen*.

#### **B. Subyek Asuhan Keperawatan**

1. Pasien umur lebih dari 18 tahun yang berada di Rumah Sakit DKT Denkensyah Bandar Lampung.
2. Pasien yang mengalami *colic abdomen* dan masalah keperawatan gangguan kebutuhan rasa aman nyaman (nyeri).
3. Pasien bersedia untuk di jadikan subyek asuhan keperawatan dengan menandatangani lembar persetujuan *informed consent*

#### **C. Fokus Studi**

Fokus studi pada laporrn tugas akhir ini adalah pendekatan asuhan keperawatan, yaitu dengan kebutuhan aman nyaman (nyeri) pada pasien *colic abdomen*.

#### **D. Lokasi Dan Waktu Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan ini dilakukan pada pasien dengan diagnosa medis *colic abdomen* di Rumah Sakit DKT Denkensyah Bandar Lampung. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini dilakukan pada tanggal 09 – 14 Januari 2023.

## **E. Instrumen Asuhan Keperawatan**

Instrumen yang digunakan dalam laporan tugas akhir ini adalah formulir asuhan keperawatan medikal bedah. Formulir tersebut meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan, selain itu menggunakan lembar ceklist dan lembar wawancara. Alat pemeriksaan fisik sebagai alat pendukung dalam pemeriksaan pada pasien seperti tensimeter, stetoskop, thermometer, jam tangan, spo2.

## **F. Metode Pengumpulan Data**

### **1. Teknik Pengumpulan Data**

Pengumpulan data adalah salah satu cara proses pendekatan subyek dan proses pendekatan karakteristik subyek yang diperlukan dalam sebuah penelitian (Nurusalam, 2016)

#### **a. Wawancara dan Observasi**

Wawancara adalah cara komunikasi untuk mengumpulkan informasi dari pasien. Wawancara ini juga dapat disebut sebagai riwayat keperawatan. Observasi adalah perangkat pengkajian yang bersandar pada penggunaan format keperawatan medikal bedah dan panca indra (penglihatan, sentuhan, pendengaran, penciuman, dan pengecap) untuk mencari informasi mengenai pasien. Untuk keefektifan dan efisiensi yang maksimal, rencanakan wawancara sebelum bertemu dengan pasien. Ketika perawat menyapa pasien, beritahu pasien bahwa tujuan wawancara adalah agar staf keperawatan dapat merencanakan asuhan yang efektif dan personal yang akan memenuhi kebutuhan individunya. Untuk pengumpulan data yang diwawancara pada pasien meliputi:

- 1) Identitas pasien: umur, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk Rumah Sakit
- 2) Riwayat Kesehatan: Cara masuk, tanggal dan masuk ruangan, dan diantar oleh siapa,
- 3) Keluhan utama yang dirasakan pada saat pengkajian

- 4) Riwayat Kesehatan sekarang: semua riwayat kesehatan yang dirasakan oleh pasien sekarang atau saat ini.
- 5) Riwayat alergi (obat, makanan, dan lain-lain)
- 6) Daftar obat/herbal yang sering digunakan sebelum masuk Rumah Sakit
- 7) Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan sekarang
- 8) Riwayat penyakit keluarga
- 9) Upaya menjaga/meningkatkan status Kesehatan yang selama ini dilakukan (termasuk berhenti merokok & manajemen stres)
- 10) Katagori fisiologi: respirasi: menanyakan apakah mengalami kesulitan bernafas dan apakah mengalami batuk, sirkulasi: menanyakan apakah mempunyai riwayat jantung, eliminasi: menanyakan berapa kali BAB dan BAK dalam sehari apakah ada kesulitan, aktivitas dan istirahat: menanyakan masalah yang ada pada aktivitas dan istirahatnya, neurosensory: tanyakan apakah mengalami masalah dalam ingatannya dan apakah mengalami gangguan dalam menelan.

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang penulis lakukan dengan menggunakan teknik PQRST meliputi:

- P:** Provokes, palliative (penyebab) : Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri; apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik; apa yang dilakukan jika sakit/nyeri timbul; apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur.
- Q:** Quality (kualitas): Bisakah anda menjelaskan rasa sakit/nyeri; apakah rasanya tajam, sakit, seperti diremas, menekan, membakar, nyeri berat, kolik, kaku atau seperti ditusuk (biarkan pasien menjelaskan kondisi ini dengan kata-katanya).
- R:** Radiates (penyebaran): Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik.

- S: Severety (keparahan): Seperti apa sakitnya; nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang paling sakit.
- T: Time (waktu): Kapan sakit mulai muncul; apakah munculnya perlahan atau tiba-tiba; apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang; apakah pasien pernah mengalami nyeri seperti ini sebelumnya. apabila "iya" apakah nyeri yang muncul merupakan nyeri yang sama atau berbeda.

Selain itu terdapat pemeriksaan fisik tambahan yaitu pemeriksaan secara lengkap mulai dari pemeriksaan tanda-tanda vital, tingkat kesadaran, dan pemeriksaan sistematis *head to toe* dari kepala sampai kaki.

c. Pemeriksaan penunjang

Hasil dari pemeriksaan diagnostik dan pemeriksaan laboratorium dapat membantu mengidentifikasi atau memperjelas kelainan atau temuan dari hasil wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik.

2. Sumber data

a. Data primer

Data primer merupakan data yang didapatkan melalui pengkajian secara langsung kepada pasien yaitu berupa data subjektif yang dikeluhkan pasien dan data objektif dari hasil pemeriksaan

b. Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang didapatkan dari wawancara dengan keluarga, catatan keperawatan dan hasil-hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi, EKG sebagai data tambahan yang mendukung untuk masalah Kesehatan pasien.

## G. Analisis Data Dan Penyajian Data

Penulis menyajikan data pada laporan tugas akhir ini dengan bentuk narasi dan juga dalam bentuk tabel.

1. Narasi

Penulis akan menggunakan penyajian secara teks yaitu penyajian data hasil laporan tugas akhir akan ditulis dalam bentuk kalimat. Yang di narasikan pada laporan tugas akhir ini yaitu pengkajian dan pembahasan.

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, rencana tindakan keperawatan, dan implementasi serta evaluasi. Pada laporan tugas akhir ini yang di tabelkan yaitu hasil pengkajian pasien 1 dan pasien 2, Analisa data, daftar diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan

## **H. Etika Asuhan Keperawatan**

Prinsip etik yang digunakan pada penulis meliputi:

1. Otonomi (*Autonomy*)

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Ketika akan melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik, penulis memberikan penjelasan kepada pasien apakah pasien bersedia dilakukan Tindakan atau tidak. Hak untuk pengambilan keputusan itu adalah hak otonomi pasien.

2. Berbuat baik (*Beneficence*)

Melakukan hal-hal yang baik kepada orang lain. Merupakan prinsip untuk melakukan yang baik dan tidak merugikan orang lain/pasien. Penulis melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik selalu mempertimbangkan kondisi pasien, kenyamanan pasien dan keselamatan pasien.

3. Keadilan (*Justice*)

Hak setiap orang untuk diperlakukan sama. Merupakan suatu prinsip moral untuk berlaku adil bagi semua individu. Penulis selalu

memperhatikan semua kebutuhan pasien sama dengan memenuhi kebutuhan yang lain tanpa membeda-bedakan nya.

4. Tidak merugikan (*Non maleficence*)

Tindakan/perilaku yang tidak menyebabkan kecelakaan atau membahayakan orang lain. Penulis selalu memperhatikan dan berhati-hati saat akan melakukan tindakan, agar tidak merugikan pasien.

5. Kejujuran (*Veracity*)

Penulis menerapkan prinsip *veracity*, pasien berhak mendapatkan informasi yang ia ingin tahu.

6. Menepati janji (*Fidelity*)

Sebelum melakukan asuhan keperawatan, penulis melakukan kontrak waktu dengan pasien. Penulis menepati janji dengan pasien untuk dilakukan asuhan keperawatan sesuai kontrak waktu yang telah disepakati.

7. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Penulis menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien, termasuk tentang keadaan kesehatan tentang pasien.

8. Akuntabilitas (*Accountability*)

Penulis selalu bertanggungjawab terhadap diri sendiri, antar profesi, dan sesama teman sejawat.