

BAB III

METODE

A. Pendekatan Asuhan Keperawatan

Laporan Tugas Akhir ini dibuat dengan menggunakan rancangan studi kasus melalui pendekatan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah kesehatan yang pasien alami. Asuhan ini berfokus pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigenasi pada pasien Sirosis Hepatis di Ruang Penyakit Dalam A RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro.

B. Subjek Asuhan Keperawatan

Subyek asuhan dalam tugas akhir ini adalah 2 pasien yang di diagnosa medis Sirosis Hepatis serta mengalami gangguan pemenuhan oksigenasi di RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro. Agar karakteristik subyek tidak menyimpang, maka sebelum dilakukan pengambilan data perlu ditentukan kriteria yaitu:

1. Pasien berjenis kelamin perempuan atau laki-laki yang dirawat di Ruang Penyakit Dalam A RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro.
2. Pasien berusia dewasa.
3. Pasien dengan gangguan kebutuhan oksigenasi.
4. Pasien dengan diagnosis Sirosis Hepatis.
5. Pasien yang dirumah sakit ini.
6. Pasien memahami bahasa Indonesia dan mempunyai fungsi pandangan dan penglihatan yang baik.
7. Bersedia untuk diberikan asuhan keperawatan dengan menyetujui lembar informed consent.

C. Fokus Studi

Fokus studi dalam laporan karya tulis ilmiah ini yaitu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan

oksigenasi pada Tn.S dan Ny.P dengan diagnose medis Sirosis Hepatis di RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro pada tanggal 2-6 Januari 2024. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulis adalah asuhan keperawatan individu.

D. Lokasi & Waktu Asuhan Keperawatan

1. Lokasi Asuhan

Lokasi asuhan dilakukan di Ruang Penyakit Dalam A RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro.

2. Waktu Asuhan

Waktu asuhan dilakukan pada tanggal 2-6 Januari 2024, waktu tersebut digunakan untuk melakukan asuhan keperawatan untuk dua orang pasien.

E. Definisi Oprasional

1. Oksigenasi merupakan proses penambahan O₂ ke dalam sistem (kimia atau fisika). Oksigen berupa gas tidak berwarna dan tidak berbau, yang mutlak dibutuhkan dalam proses metabolisme sel. Akibat oksigenasi terbentuklah karbon dioksida, energi, dan air. Walaupun begitu, penambahan CO₂ yang melebihi batas normal pada tubuh, akan memberikan dampak yang cukup bermakna terhadap aktivitas sel (Sutanto & Fitriani,2021).

Hasil pengukuran pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigenasi khususnya pada pasien sirosis hepatis dengan diagnosa pola nafas tidak efektif yaitu dengan menggunakan SPO₂. Sirosis hati merupakan salah satu penyakit hati kronis yang paling banyak ditemukan dimasyarakat dan merupakan stadium terakhir dari penyakit hati menahun (Sasmita, 2017). Penyebab terjadinya sirosis hepatis diantaranya adalah hepatitis B kronik, hepatitis C kronik, NAFLD, dan NASH. Faktor risiko terjadinya sirosis hepatis meliputi usia, jenis kelamin, konsumsi alkohol, dan obesitas.

2. Asuhan keperawatan merupakan proses sistematis, terstruktur, dan integratif dalam badan keilmuan keperawatan (Koerniawan et al. 2020) Asuhan keperawatan pada pasien dengan Sirosis Hepatis merupakan bentuk pelayanan keperawatan yang professional yang diberikan kepada

yang menderita sirosis hepatis menggunakan metodologi proses keperawatan. Proses keperawatan sendiri meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, intervensi dan evaluasi.

F. Instrumen Asuhan Keperawatan

Alat ukur yang digunakan dalam penulisan laporan karya tulis ilmiah ini yaitu wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.

G. Metode pengumpulan data

1. Alat Pengumpulan data

Asuhan keperawatan pada kedua pasien Sirosis Hepatis ini penulis menggunakan alat pengumpulan data berupa alat pemeriksaan fisik yaitu pemeriksaan tanda-tanda vital seperti: tensimeter, oksimetri, stetoskop, thermometer, masker, handscoon, buku catatan dan pena. Kemudian hasil pengukuran dimasukkan kedalam format pengkajian Keperawatan medikal bedah (KMB).

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung. Metode dapat dilakukan apabila perawat ingin mengetahui hal-hal dari responden secara mendalam serta mendalam serta jumlah responden sedikit. Penulis dalam menjalankan laporan tugas akhir menggunakan metode wawancara meliputi: dari pengkajian identitas, riwayat kesehatan sekarang, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit masa lalu, riwayat penyakit keluarga, anamnesa pengkajian fungsional.

b. Observasi

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan mengadakan melakukan pengamatan secara langsung kepada responden perawat untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti. Pengumpulan data dengan cara observasi ini dapat digunakan apabila objek perawat adalah perilaku manusia, proses kerja, atau responden kecil. Peneliti dalam menjalankan laporan karya tulis ilmiah menggunakan metode observasi baik secara langsung ke pasien maupun secara berkas-berkas dalam pemeriksaan penunjang.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik terdiri dari empat cara dalam yaitu: inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi. Pada saat pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara sistematis mulai dari kepala sampai kaki atau *head to toe*.

- 1) Inspeksi, merupakan proses observasi yang dilakukan secara sistematis. Inspeksi dilakukan dengan menggunakan indra penglihatan, pendengaran, dan penciuman sebagai alat pengumpulan data. Fokus inspeksi pada setiap bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna kulit, bentuk tubuh, serta posisi dan kesimetrisan tubuh. Pada saat inspeksi perawat harus membandingkan bagian tubuh yang normal dan abnormal.
- 2) Auskultasi, merupakan teknik pemeriksaan dengan cara menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh.
- 3) Palpasi, merupakan teknik pemeriksaan yang menggunakan indra peraba. Tangan dan jari sebagai instrumen yang sensitif dan dapat digunakan untuk mengumpulkan data seperti suhu kulit, turgor kulit, bentuk, kelembaban, lokasi nyeri, vinrasi dan ukuran.
- 4) Perkusi, merupakan teknik pemeriksaan dengan cara mengetuk-ngetukan jari perawat sebagai alat untuk mrnghasilkan suara pada

tubuh pasien yang dikaji. Teknik ini dilakukan untuk membandingkan bagian kiri dan kanan atau untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi.

d. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium, radiologi, pemeriksaan urin, feses, USG, MRI, dan lain-lain (Tarwoto & Wartonah, 2015).

3. Sumber data

Sumber data keperawatan sesuai dengan jenis data yang diinginkan. Sumber-sumber data yang dapat kita peroleh sesuai dengan jenis data yang diperlukan dalam pengkajian.

Menurut Budiono dan Pertami (2019) sumber data tersebut yaitu sebagai berikut:

a. Sumber data primer

Pasien adalah sebagai sumber utama data (primer) dan dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai kesehatan pasien. Apabila klien dalam keadaan tidak sadar, mengalami gangguan bicara, atau pendengaran, klien masih bayi atau karena beberapa sebab klien tidak dapat memberikan data subjektif secara langsung sehingga dapat menggunakan data objektif untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Akan tetapi apabila diperlukan klarifikasi data subjektif, hendaknya kita melakukan anamnesis pada keluarga.

b. Sumber data sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang diperoleh selain dari klien, yaitu orang-orang terdekat, orang tua, suami atau istri, anak, dan teman klien, apabila 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) Hasil pemeriksaan diagnostik, seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan test diagnostik, dapat anda gunakan sebagai data

objektif yang dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan klien. Hasil pemeriksaan diagnostik dapat anda gunakan membantu mengevaluasi keberhasilan dan tindakan keperawatan.

- 2) Perawat lain, jika klien adalah rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya, maka anda harus meminta informasi kepada teman sejawat anda yang telah merawat klien sebelumnya.
- 3) Catatan medis & anggota tim kesehatan lainnya, catatan kesehatan terdahulu dapat digunakan sebagai sumber informasi lainya yang dapat mendukung rencana tindakan keperawatan.
- 4) Riwayat penyakit, pemeriksaan fisik & catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit dapat diperoleh dari terapis. Informasi yang diperoleh adalah hal-hal yang difokuskan pada identifikasi patologis dan untuk menentukan rencana tindakan.
- 5) Konsultasi, kadang terapis memerlukan konsultasi dengan anggota tim kesehatan spesialis, khususnya dalam menentukan diagnosa medis atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis (Budiono & Budi, 2016).

H. Analisa Data dan Pengkajian Data

Setelah data terkumpul, penulis menyajikan data pada laporan tugas akhir ini dengan cara textular, yaitu penyajian data hasil penelitian dalam bentuk narasi dan juga bentuk table.

1. Narasi

Penyajian data dalam bentuk narasi merupakan penyajian data dalam bentuk kalimat. Hasil yang dituliskan berupa pengkajian yang dihasilkan melalui anamnesis tentang keluhan utama pasien, riwayat kesehatan pasien, dan pemeriksaan fisik.

2. Tabel

Penyajian data dalam bentuk tabel merupakan bentuk penyajian data yang dimasukkan dalam kolom atau baris tertentu. Penyajian ini berisi pengkajian, rencana tindakan keperawatan, dan implementasi sampai dengan evaluasi.

I. Etika Keperawatan

Etika keperawatan merupakan suatu ungkapan tentang bagaimana perawat wajib bertingkah laku: Jujur terhadap pasien, menghargai pasien serta beradvokasi atas nama pasien (Crishartanto Simanungkalit, 2019) Prinsip etik tersebut diantaranya adalah:

1. Otonomi (*autonomi*)

Otonomi adalah kemampuan seseorang untuk menentukan sendiri atau mengatur sendiri. Prinsip ini berarti menghargai manusia sebagai seseorang yang mempunyai harga diri & martabat yang mampu menentukan sesuatu bagi dirinya.

2. Berbuat baik (*beneficence*)

Setiap keputusan yang dibuat diupayakan disesuaikan berdasarkan keinginan untuk melakukan yang terbaik dan tidak merugikan pasien. Contoh perawat menasihati pasien tentang program latihan untuk memperbaiki kesehatan secara umum, tetapi tidak seharusnya melakukannya apabila pasien dalam keadaan resiko serangan jantung.

3. Keadilan (*justice*)

Prinsip keadilan untuk tercapainya sesuatu yang sama dan adil terhadap orang lain yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal, dan kemanusiaan. Nilai ini diterapkan dalam praktik profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.

4. Tidak merugikan (*non maleficence*)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis selama perawat memberikan asuhan keperawatan pada klien dan keluarga.

5. Kejujuran (*veracity*)

Prinsip veracity berarti penuh dengan kebenaran. Prinsip veracity

berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif, objek untuk memfasilitasi pemahaman, penerimaan materi yang ada, dan mengatakan yang sebenarnya kepada klien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya.

6. Menepati janji (*fidelity*)

Prinsip ini dibutuhkan untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia klien. Ketaatan, kesetiaan adalah kewajiban seseorang untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya.

7. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang pasien harus dijaga privasi nya. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan pasien.

8. Akuntabiliti (*accountability*)

Akuntabilitas adalah standar yang pasti bahwa tindakan seseorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali.