

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Laporan tugas akhir ini penulis melakukan pendekatan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang dialami, khususnya gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri akut) pada pasien *post* operasi *ileum* dan *post* operasi kanker *rectum* di Ruang Bedah Umum RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro Tahun 2024. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulis adalah asuhan keperawatan medikal bedah.

B. Subjek Asuhan Keperawatan

Subjek asuhan pada laporan tugas akhir ini adalah dua pasien yang mengalami gangguan pemenuhan gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri akut) pada pasien *post* operasi kanker *ileum* dan *post* operasi kanker *rectum* di Ruang Bedah Umum RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro Tahun 2024. Agar karakteristik subjek tidak menyimpang, maka sebelum dilakukan pengambilan data perlu ditentukan kriteria subyek asuhan keperawatan ini, yaitu:

- a. Pasien berusia dewasa.
- b. Pasien yang mengalami gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri akut) pada pasien *post* operasi kanker *ileum* dan *post* operasi kanker *rectum*.
- c. Memahami bahasa Indonesia dan memiliki fungsi pendengaran dan penglihatan yang baik dan bersedia untuk dijadikan subyek asuhan keperawatan dengan *informed consent*

C. Lokasi dan Waktu Asuhan Keperawatan

1. Lokasi asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan ini dilakukan pada pasien dengan gangguan

kebutuhan rasa nyaman (nyeri akut) pada pasien *post* operasi kanker *ileum* dan *post* operasi kanker *rectum*.

2. Waktu Asuhan Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan ini dilakukan keperawatan pada pasien Ny S dilakukan selama 3x7 jam yaitu pada tanggal 2-4 Januari 2024 dan asuhan keperawatan pada pasien Tn J dilakukan selama 3x7 jam yaitu pada tanggal 3-5 Januari 2024.

D. Metode Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Alat yang digunakan untuk menyusun laporan tugas akhir ini adalah lembar format asuhan keperawatan medikal bedah, yang meliputi proses pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan serta evaluasi dan menggunakan alat pemeriksaan fisik. Alat pemeriksaan fisik yang digunakan penulis, yaitu:

- a. Lembar asuhan keperawatan medikal bedah dan alat.
- b. Pengukuran tanda-tanda vital (*sphygmomanometer pompa*, stetoskop, *thermometer infrared*, jam tangan).

2. Teknik Pengumpulan Data

Menurut Budiono (2016), teknik pengumpulan data yang diperlukan dalam melakukan pengkajian untuk memperoleh data sebagai berikut:

a. Anamnesis

Anamnesis adalah suatu proses tanya jawab atau komunikasi untuk mengajak pasien dan keluarga bertukar pikiran dan perasaan, mencakup keterampilan secara verbal dan non verbal, empati dan rasa kepedulian yg tinggi. Teknik verbal, meliputi: pertanyaan terbuka/tertutup, menggali jawaban dan memvalidasi respon pasien. Sedangkan teknik non verbal, meliputi: mendengar secara aktif, diam, sentuhan dan kontak mata. Unsur-unsur penting yang harus dicermati dalam mendengar secara aktif, meliputi:

- 1) Memperhatikan pesan yang disampaikan dan hubungannya dengan pikiran
- 2) Mengurangi hambatan-hambatan
- 3) Posisi duduk yang sesuai
- 4) Menghindari interupsi
- 5) Mendengarkan secara seksama setiap perkataan pasien
- 6) Memberi kesempatan istirahat kepada pasien

Adapun tujuan melakukan anamnesis atau komunikasi ini meliputi:

- a) Mendapatkan informasi yang diperlukan dalam mengidentifikasi dan merencanakan tindakan keperawatan
- b) Meningkatkan hubungan dengan pasien dalam komunikasi
- c) Membantu pasien memperoleh informasi dan berpartisipasi dalam identifikasi masalah dan tujuan
- d) Membantu untuk menentukan investigasi lebih lanjut selama tahap pengkajian

b. Observasi

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

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan menggunakan metode atau teknik PE (*Physical Examination*) yang terdiri dari:

- 1) Inspeksi, yaitu teknik yang dapat anda lakukan dengan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis.
- 2) Palpasi, yaitu suatu teknik yang dapat anda lakukan dengan menggunakan indera peraba. Langkah-langkah yang perlu diperhatikan adalah: Ciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman dan

santai, tangan harus dalam keadaan kering, hangat, kuku pendek, semua bagian nyeri dilakukan palpasi yang paling akhir.

- 3) Perkusi, adalah pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan. Contoh suara-suara yang dihasilkan: sonor, redup, pekak, hipersonor/timpani.
- 4) Auskultasi, adalah pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

3. Sumber Data

Menurut Budiono (2016), sumber-sumber data yang dapat diperoleh sesuai dengan jenis data yang kita perlukan dalam pengkajian, sebagai berikut:

a. Sumber Data Sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang diperoleh selain pasien, yaitu orang terdekat pasien seperti, orang tua, suami atau istri, anak, teman pasien, jika pasien mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi atau kesadaran yang menurun, misalnya pasien bayi atau anak-anak, atau pasien dalam kondisi tidak sadar.

b. Sumber Data Primer

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

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 keperawatan.

2) Riwayat penyakit.

Pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan merupakan riwayat pemeriksaan penyakit dapat dijadikan informasi pendukung yang dapat difokuskan pada identifikasi patologis dan untuk menentukan rencana tindakan medis.

3) Konsultasi

kolaborasi dengan anggota tim kesehatan spesialis sangat diperlukan khususnya dalam menentukan diagnosa medis atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis. Informasi tersebut dapat diambil untuk membantu menegakkan diagnosa.

4) Hasil pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik dapat digunakan sebagai data objektif yang dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan pasien. Hasil pemeriksaan diagnostik dapat digunakan membantu mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan.

5) Perawat lain

Jika pasien adalah rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya, maka harus meminta informasi kepada teman sejawat yang telah merawat perawat sebelumnya. Hal ini untuk kelanjutan tindakan keperawatan yang telah diberikan.

6) Kepustakaan

Untuk mendapatkan data dasar pasien yang komprehensif dapat diperoleh dengan membaca literatur yang berhubungan dengan masalah pasien. Memperoleh literatur sangat membantu dalam memberikan asuhan keperawatan yang benar dan tepat.

E. Analisis Data dan Penyajian Data

1. Analisis Data

Analisa data merupakan kegiatan pemilihan/pengelompokkan data berdasarkan masalah keperawatan yang terjadi dalam rangka proses klasifikasi dan validasi informasi untuk mendukung penegakkan diagnosa keperawatan yang akurat. Analisis data membutuhkan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Selama melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah keperawatan pasien dan keluarga (Fadhilah et al., 2021).

Fungsi analisis data adalah dapat menginterpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan yang memiliki makna dan arti dalam menentukan masalah dan kebutuhan pasien, serta sebagai proses pengambilan keputusan dalam menentukan alternatif pemecahan masalah yang dituangkan dalam rencana asuhan keperawatan. Penulisan analisis data dalam bentuk tabel terdiri atas tiga kolom, yaitu pengelompokan data, kemungkinan penyebab (etiologi), dan masalah keperawatan. Analisis data dilakukan dengan mengumpulkan dan membandingkan data subjektif dan data objektif yang didapatkan dari pengkajian pada kedua pasien (Fadhilah et al., 2021).

2. Penyajian Data

Penulis menyajikan data pada laporan tugas akhir ini dengan penyajian data laporan tugas akhir dalam bentuk uraian kalimat dan juga dalam bentuk narasi, dan juga dalam bentuk tabel berdasarkan teori menurut (Mayasari et al., 2017).

a. Narasi/Tulisan

Penulis akan menuliskan hasil laporan dalam bentuk teks. Tulisan atau textular adalah penyajian laporan dalam bentuk tulisan. 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 akan menuliskan hasil laporan dalam bentuk tabel yang merupakan suatu susunan yang sistematis dari data yang tersusun dalam kolom dan baris agar dapat dibandingkan. Contohnya adalah penyajian dalam bentuk tabel berisi pengkajian, rencana tindakan keperawatan, implementasi serta evaluasi.

c. 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 dan genogram.

F. Prinsip Etik dalam Keperawatan

Etika dan moral merupakan sumber dalam merumuskan standar dan prinsip-prinsip yang menjadi penuntun dalam berperilaku serta membuat keputusan untuk melindungi hak-hak manusia. Etika diperlukan oleh semua profesi termasuk juga keperawatan yang mendasari prinsip-prinsip suatu profesi dan tercermin dalam standar praktek profesional (Budiono, 2016). Prinsip etik dalam keperawatan menurut Budiono (2016) adalah sebagai berikut:

1. Otonomi (*Autonomy*)

Prinsip otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri, dan perawat haruslah bisa menghormati dan menghargai kemandirian. Penulis lakukan adalah meminta persetujuan pada pasien dengan tidak memaksa dan bertindak secara rasional, dimana saat sebelum melakukan asuhan keperawatan kedua pasien menandatangani

surat persetujuan menjadi subjek asuhan atau *informed consent*.

2. Berbuat Baik (*Beneficence*)

Beneficence berarti prinsip yang menuntut perawat untuk melakukan hal yang baik sesuai dengan ilmu keperawatan dalam melakukan pelayanan keperawatan. Penulis memberikan tindakan terapi relaksasi napas dalam untuk membantu mengontrol nyeri supaya berkurang dan melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari berturut turut. Penulis memotivasi keluarga untuk selalu merawat dan menjaga pasien.

3. Keadilan (*Justice*)

Dalam melakukan asuhan keperawatan kepada kedua pasien penulis berlaku adil, baik untuk mengatur waktu pertemuan asuhan maupun dalam memberikan perawatan atau pemeriksaan, penulis tidak membedakan antar klien satu dengan klien lainnya.

4. Tidak Merugikan (*Nonmaleficence*)

Tindakan perawat harus sesuai prosedur agar tidak terjadi kesalahan yang merugikan pasien atau keluarga. Penulis menjelaskan setiap prosedur tindakan yang akan dilakukan dan menjelaskan kepada pasien bahwa tindakan yang dilakukan tidak akan menimbulkan bahaya, cedera atau kerugian baik fisik maupun psikologis pada pasien, intervensi juga dilakukan oleh pasien dengan didampingi oleh pemberi asuhan.

5. Kejujuran (*Veracity*)

Penulis menyampaikan setiap hasil dari pemeriksaan dengan jujur dan akurat sesuai kebenaran yang ada dan menyampaikan setiap evaluasi keperawatan serta intervensi yang harus dilanjutkan dengan jelas kepada kedua pasien.

6. Menepati Janji (*Fidelity*)

Penulis menepati janji dan komitmennya terhadap pasien dengan datang tepat waktu sesuai kontrak yang sudah ditetapkan, menepati janji untuk melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kontrak waktu yang sudah ditetapkan dan memberi asuhan sampai dengan melakukan evaluasi

kesehatan pasien.

7. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Prinsip *Confidentiality* adalah prinsip kerahasiaan dimana segala informasi tentang pasien harus dijaga privasinya. Penulis menjaga informasi yang diberikan kepada keluarga pada saat melakukan pengkajian dan penulis tidak memberikan informasi masalah kesehatan kedua pasien kepada orang lain.

8. Akuntabilitas (*Accountability*)

Penulis menerapkan prinsip akuntabilitas yaitu selalu berhati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan tetap sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) sehingga tindakan yang telah dilakukan akan memberikan dampak baik pada pasien dan keluarga serta tidak merasa dirugikan dan tindakan ini sebagai tanggung jawab penulis dalam melakukan asuhan keperawatan