

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Pada karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang dialami khususnya gangguan kebutuhan aman nyaman (nyeri). Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulis adalah asuhan keperawatan individu pada pasien dewasa.

B. Subjek Asuhan

Pasien asuhan keperawatan pada karya tulis ilmiah ini adalah pasien di RSUD Dr. A, Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung yang mengalami gangguan kebutuhan aman nyaman (nyeri) dengan kriteria:

- a. Pasien dengan gangguan kebutuhan aman nyaman (nyeri)
- b. Pasien berusia 24 sampai 41 tahun
- c. Pasien mengeluh nyeri pada ulu hati.
- d. Pasien tampak meringis.
- e. Pasien bersedia mengikuti secara sukarela dengan manandatangani lembar persetujuan *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu

Asuhan keperawatan pada gangguan kebutuhan aman nyaman (nyeri) pada pasien dispepsia dilakukan di Ruang Siger RSUD Dr. A, Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung pada tanggal 02 – 07 Januari 2024.

D. Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data

Asuhan keperawatan ini penulis menggunakan alat pengumpulan data berupa lembar observasi atau format pengkajian KMB, formular kuesioner atau lainnya.

2. Teknik pengumpulan data

Perawat akan menggunakan hasil wawancara, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, serta hasil pemeriksaan laboratorium dan diagnosis untuk membuat data dasar pengkajian pasien.

a. Wawancara

Wawancara adalah bentuk percakapan tersusun dengan pasien. Wawancara formal awal meliputi riwayat kesehatan pasien dan informasi mengenai penyakit sekarang.

b. Observasi

Observasi adalah pengamatan dan pencatatan secara sistematis terhadap gejala yang tampak pada pasien sehingga dapat menyajikan gambaran asli mengenai pasien.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah investigasi terhadap tubuh untuk menentukan status kesehatan. Pemeriksaan fisik melibatkan penggunaan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, dengan melakukan pemeriksaan fisik secara langsung kita dapat menilai status kesehatan pasien dan gangguan kesehatan yang dialaminya.

1) Inspeksi

Teknik pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan cara melihat kondisi pasien.

2) Palpasi

Teknik pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan cara menggunakan indera peraba.

3) Perkusi

Pemeriksaan yang perlu dilakukan dengan teknik mengetuk dibagian tertentu, dengan tujuan untuk membandingkan kiri kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara.

4) Auskultasi

Pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

3. Sumber data

Berdasarkan sumber data yang diperoleh dapat dibedakan menjadi dua, yaitu sumber data primer dan sumber data sekunder.

a. Sumber data primer seperti:

- 1) Keluhan pasien.
- 2) Riwayat kesehatan dahulu.
- 3) Riwayat kesehatan sekarang.
- 4) Riwayat kesehatan keluarga.
- 5) Riwayat alergi obat/makanan.
- 6) Riwayat psikososial/ spiritual.

b. Sumber data sekunder

Sumber data sekunder itu sendiri yaitu data yang diperoleh selain dari pasien, yaitu: keluarga, orang terdekat, teman dan orang lain yang tahu tentang kesehatan pasien. Selain itu, tenaga kesehatan yang lain seperti dokter, ahli gizi, ahli fisioterapi, laboratorium dan radiologi juga termasuk data sekunder data sekunder seperti hasil pengecekan laboratorium pada pasien.

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 spesialis, 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. Hasil pemeriksaan diagnostik dapat digunakan untuk membantu mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan.

E. Penyajian Data

Penulis menyajikan data pada laporan tugas akhir ini dengan penyajian data karya tulis ilmiah dalam bentuk narasi, tabel.

1. 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 pasien sebelum dan sesudah diberikan asuhan keperawatan dalam bentuk kalimat penyajian, dalam bentuk teks hanya digunakan penulis untuk memberikan informasi melalui kalimat agar mudah dipahami pembaca.

2. Tabel

Penulis juga akan menuliskan hasil dalam bentuk tabel yang merupakan suatu susunan yang sistematis dari data yang tersusun dalam kolom dan baris agar mudah dibandingkan. Contohnya penyajian dalam bentuk tabel berisi pengkajian keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi keperawatan serta evaluasi keperawatan.

3. Grafik/gambar

Penulis menggunakan gambar, yaitu suatu bentuk penyajian dan secara visual dalam bentuk gambar.

F. Prinsip Etik

Etika dan moral merupakan sumber dalam merumuskan standar dan prinsip-prinsip yang menjadi pedoman 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 tercemrin dalam standar praktek profesional. Prinsip etik dalam keperawatan adalah sebagai berikut:

1. *Autonomy* (otonomi)

Penulis tetap mempertahankan privasi pasien dengan hanya menggunakan inisial identitas pasien dan melibatkan pasien pada tindakan yang dilakukan dan meminta kesadaran pasien baik secara verbal atau *inform concent* dan dilakukan dengan persetujuan pasien.

2. *Beneficence* (berbuat baik)

Penulis membenarkan infus pasien yang tidak mengalir dan mengganti cairan infus yang sudah mau habis.

3. *Non-maleficence* (tidak merugikan)

Penulis memasang penyangga tempat tidur agar pasien terhindar dari risiko jatuh.

4. *Fidelity* (menepati janji)

Pasien meminta kepada perawat dan penulis agar memprivasikakn identitas nya.

5. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Penulis tidak menceritakan penyakit yang dialami pasien kepada orang lain, kecuali ada izin dari pasien dan keluarganya.

6. *Accountability* (akuntabilitas)

Penulis menjelaskan mengenai tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga pasien, seperti: menjelaskan cara meminum obat sesuai prosedur baik dan benar sesuai dengan anjuran dari dokter