

BAB 3

METODE PENELITIAN

Pada bab ini membahas tentang pendekatan yang digunakan dalam menyelenggarakan studi kasus. Pada bab ini akan disajikan

3.1 Fokus Asuhan Keperawatan

Pada laporan tugas akhir ini penulis menggunakan pendekatan metode studi kasus dengan asuhan keperawatan yang berfokus pada pasien dengan gangguan kelebihan volume cairan, yang bertujuan untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah kesehatan yang pasien alami, khususnya adalah masalah Resiko Ketidakseimbangan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronis di RSUD Anwar Medika Krian Sidoarjo. Konsep asuhan penulis adalah asuhan keperawatan individu pada pasien dewasa.

3.2 Subjek Asuhan

Dalam asuhan keperawatan ini yang dijadikan subjek adalah satu pasien yang memiliki diagnosa medik gagal ginjal kronik di RSUD Anwar Medika Krian Sidoarjo yang mengalami gangguan kebutuhan kelebihan volume cairan.

- 1) Pasien yang bersedia dijadikan objek asuhan.
- 2) Pasien yang menderita gagal ginjal kronis di ruang Hemodialisa Rsu Anwar Medika Krian Sidoarjo

3.2 Lokasi dan Waktu

3.2.1 Lokasi pengumpulan data Asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik dengan gangguan kebutuhan kelebihan volume cairan ini dilakukan di RSUD Anwar Medika Krian Sidoarjo.

3.2.2 Waktu pengumpulan data Waktu pengumpulan data akan dilaksanakan saat klien pertama kali MRS sampai pulang dan minimal dirawat selama 3 hari dan jika sebelum 3 hari klien sudah pulang akan diganti dengan lain yang sejenis. Dan bila perlu dilanjutkan dalam bentuk Home Care.

3.3 Pengumpulan Data

Tipe data pengkajian keperawatan dapat dibedakan menjadi dua , yaitu data subjektif dan objektif. penjelasan mengenai dua tipe tersebut adalah sebagai berikut :

3.3.1 Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien sebagai suatu situasi dan kejadian. Data tersebut tidak dapat ditentukan oleh perawat secara independen tetapi melalui suatu interaksi atau komunikasi. Data subjektif diperoleh dari riwayat keperawatan termasuk persepsi klien, perasaan dan ide tentang status kesehatannya. Data yang diperoleh dari sumber lainnya seperti keluarga, konsultan, dan profesi kesehatan lainnya juga dapat dikategorikan sebagai data subjektif jika didasarkan sebagai data subjektif didasarkan pada pendapat klien.

3.3.2 Data Objektif

Data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan dapat diukur oleh perawat. Data ini diperoleh mulai kepekaan perawat selama melakukan pemeriksaan fisik melalui 2S (sight, smell) dan HT (hearing, touch/taste). Yang termasuk data

objektif adalah frekuensi pernafasan, tekanan darah, adanya edema, dan berat badan (Arief, 2017)

3.4 Alat Pengumpulan Data

Alat yang digunakan dalam pengumpulan data pada tahap pengkajian, yaitu dengan menggunakan format pengkajian keperawatan medical bedah. Pada tahap pengkajian (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi) dibutuhkan alat sebagai berikut ;

- 3.4.1 Inspeksi Pada tahap inspeksi di butuhkan alat seperti; pen light, handscoon, set alat ganti balutan, masker, jam tangan, alat pengukur tinggi badan, dan timbangan berat badan.
- 3.4.2 Palpasi Pada tahap palpasi di butuhkan alat seperti; handscoon, thermometer, jam tangan, masker, sphygmomanometer, dan stetoskop.
- 3.4.3 Perkusi Pada perkusi dibutuhkan alat seperti handscoon dan masker.
- 3.4.4 Auskultasi Pada auskultasi dibutuhkan alat seperti handscoon, masker dan stetoskop.

3.5 Metode Pengumpulan Data

Dalam melakukan sebuah asuhan keperawatan untuk pengumpulan data, ada beberapa jenis metode yang biasa digunakan seseorang peneliti diantaranya:

- 3.5.1 Wawancara Menurut Tarwoto & Wartonah, 2015 wawancara merupakan suatu metode pengumpulan data melalui wawancara, dengan teknik ini dapat digali data-data penting yang sangat mendukung dalam melakukan diagnosis. Metode wawancara mempunyai tujuan sebagai berikut :

- a. Menentukan informasi yang penting untuk menentukan diagnosis dan perencanaan keperawatan.
- b. Meningkatkan hubungan perawat dan pasien dalam memberikan kesempatan berdialog.
- c. Menggali informasi untuk memecahkan masalah yang dihadapi pasien.
- d. Membantu meningkatkan hubungan terapeutik pasien Menurut Potter dan Perry , penulis mengumpulkan data mengenai :
 - 1) Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, suku, bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnosa medis.
 - 2) Keluhan utama Keluhan utama yang sering menjadi alasan utama klien untuk meminta pertolongan kesehatan.
 - 3) Riwayat kesehatan sekarang Riwayat kesehatan sekarang ditemukan saat pengkajian, yang diuraikan dari mulai masuk tempat perawatan sampai dilakukan pengkajian.
 - 4) Riwayat kesehatan dahulu Berisi pengalaman penyakit sebelumnya, apakah memberi pengaruh pada penyakit yang diderita sekarang serta apakah pernah mengalami pembedahan sebelumnya.
 - 5) Riwayat kesehatan keluarga.
 - 6) Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita penyakit yang sama seperti klien.

3.5.2 Observasi

Observasi adalah salah satu teknik pengumpulan data dengan langsung melakukan penyelidikan terhadap fenomena yang terjadi. Umumnya teknik observasi dilakukan bila seseorang peneliti ingin melakukan penelitian perilaku manusia. Secara umum teknik observasi dibedakan menjadi dua, yaitu:

a. Observasi terbuka

Observasi ini dilakukan seseorang peneliti mendapatkan inform-consent dari target yang akan diteliti, dengan kata lain teknik observasi ini dilakukan secara terang-terangan sehingga hasil yang telah didapatkan dengan teknik tersebut bisa dipertanggung jawabkan.

b. Observasi Tertutup

Teknik observasi ini dilakukan secara diam-diam tanpa sepengetahuan objek peneliti. Kelebihan dari cara ini yaitu data yang didapatkan kemungkinan apa adanya sesuai dengan kondisi tanpa di buat-buat oleh sampel yang dijadikan objek penelitian. Namun dalam teknik ini juga memiliki kelemahan yang mungkin terjadi komplain dengan tidak melakukan izin sebelumnya.

c. Pemeriksaan fisik

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

- a. Inspeksi Pemeriksaan dimulai dari status keseluruhan kondisi pasien. Perlu dikaji apakah pasien sadar atau tidak, penampilan secara umum pasien

(General Appearance) rapi atau berantakan, apakah napas pasien nampak tersengal-sengal, dapatkah pasien menuturkan kalimat lengkap atau hanya beberapa patah kata, bagaimana warna kulit dan mukosa pasien, apakah ada memar, perdarahan, atau bengkak. Perhatikan ekspresi wajah, gerak tubuh pasien, neurologis, orthopedi, dan status mental.

b. Auskultrasi

Teknik auskultasi digunakan untuk pemeriksaan paru- paru, jantung, dan suara peristaltik. Kemampuan membedakan suara berbeda berdasarkan kemampuan pendengaran, sensitifitas stetoskop, tingkat kebisingan, dan pengalaman praktisi yang sedang bertugas. Periksa kualitas suara, intensitas, dan durasi. Lakukan auskultrasi pada abdomen sebelum dilakukan palpasi dan perkusi. Bandingkan hasil auskultrasi dengan teknik pemeriksaan lainnya.

c. Palpasi

Palpasi digunakan untuk memeriksa karakteristik permukaan seperti tekstur kulit, sensitifitas, turgor, dan suhu tubuh. Gunakan palpasi ringan untuk memeriksa denyut nadi, deformitas, chest excursion, kekakuan otot, sedangkan palpasi dalam dapat digunakan untuk mengidentifikasi adanya massa, nyeri, ukuran organ, dan adanya kekakuan. Lakukan palpasi ringan pada abdomen sebelum melakukan palpasi dalam.

d. Perkusi

Perkusi dilakukan untuk mengevaluasi organ atau kepadatan tulang dan dapat digunakan untuk membedakan struktur padat, berongga, atau adanya cairan. Faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan suara ialah teknik pemeriksa dan ketebalan permukaan dimana perkusi sedang dilakukan. Perkusi dilakukan dengan mengetuk permukaan tangan dengan jari telunjuk tangan lain. perkusi dengan Refleks Humer juga digunakan untuk memeriksa refleks tendon dalam.

3.6 Sumber Data Sumber data dapat primer atau sekunder.

Klien adalah sumber data primer data. Anggota keluarga atau individu pendukung lain, profesional kesehatan lain, dan literatur yang relevan adalah sumber sekunder atau tidak langsung. Pada kenyataannya, semua sumber selain klien dianggap sebagai sumber sekunder

3.6.1 Klien Sumber data terbaik biasanya adalah klien, kecuali klien sakit sangat parah, terlalu muda, atau bingung untuk berkomunikasi dengan jelas. Klien dapat memberikan data subjektif yang tidak dapat diberikan oleh orang lain.

3.6.2 Individu pendukung Anggota keluarga, teman, dan pemberi asuhan yang sangat mengenal klien sering kali dapat menambah atau memverifikasi informasi yang diberikan oleh klien. Mereka mungkin memberikan informasi tentang respons klien terhadap penyakit, stres yang dialami pasien sebelum sakit, sikap keluarga terhadap sakit dan sehat, dan lingkungan rumah klien. Catatan terapi yang dilakukan oleh profesional kesehatan lain, seperti tugas dinas sosial, ahli gizi, ahli diet, atau ahli terapi fisik, membantu perawat memperoleh data yang relevan yang tidak diungkapkan oleh klien. Misalnya, laporan lembaga sosial tentang kondisi kehidupan klien atau laporan lembaga layanan kesehatan di rumah tentang koping klien di

rumah juga dapat bermanfaat bagi perawat yang melakukan pengkajian. Catatan laboratorium juga memberikan informasi kesehatan yang berhubungan. Misalnya, hasil pemeriksaan glukosa darah memungkinkan profesional kesehatan untuk memantau pemberian obat hipoglikemik oral. Setiap data laboratorium tentang klien harus dibandingkan dengan standar lembaga atau laboratorium yang melakukan untuk pemeriksaan tertentu dan untuk usia klien, jenis kelamin, dan sebagainya. Perawat harus selalu mempertimbangkan informasi dalam catatan klien terhadap situasi saat ini. Misalnya, jika rekam medis terbaru sudah berlalu 10 tahun, praktik kesehatan dan perilaku klien mungkin telah berubah. Klien lansia mungkin memiliki banyak catatan sebelumnya. Catatan ini sangat bermanfaat dan membantu pemahaman penuh tentang riwayat kesehatan, terutama jika memori klien terganggu

3.6.3 Profesional Kesehatan Karena pengkajian adalah proses yang kontinu, laporan verbal dari profesional kesehatan lain berfungsi sebagai sumber informasi potensial lain tentang kesehatan klien. Perawat, petugas dinas sosial, dokter, dan ahli fisioterapi, misalnya, mungkin memiliki informasi dari kontak dengan klien sebelumnya atau saat ini. Berbagi informasi diantara profesional terutama penting untuk memastikan kontinuitas asuhan ketika klien dipindahkan dan dari rumah dan lembaga layanan kesehatan.

3.6.4 Literatur Tinjauan literatur keperawatan dan literatur yang berhubungan, seperti jurnal profesional dan buku acuan, dapat memberikan informasi tambahan untuk data dasar. Tinjauan literatur mencakup, tetapi tidak terbatas pada informasi berikut :

- a. Standar atau norma untuk membandingkan hasil pemeriksaan (misalnya, tabe tinggi badan dan berat badan, tugas perkembangan normal untuk kelompok usia tertentu)
- b. Praktik kesehatan budaya dan sosial
- c. Keyakinan spiritual
- d. Data pengkajian yang diperlukan untuk kondisi klien tertentu
- e. Intervensi keperawatan dan kriteria evaluasi yang relevan dengan masalah kesehatan klien
- f. Informasi tentang diagnosis medis, terapi, dan prognosis

3.7 Penyajian Data

Penulis menyajikan data penelitian dengan cara textular yaitu, penyajian data hasil penelitian dalam bentuk uraian dan dalam bentuk table. Prinsip Etik, dalam kode etik perawat terkandung adanya prinsip-prinsip utama yang merupakan fokus bagi praktik keperawatan. Prinsip tersebut bermuara dalam interaksi profesional dengan pasien serta menunjukkan kepedulian perawat terhadap hubungan yang telah dilakukannya. Prinsip etik yang digunakan penulis dalam membuat asuhan keperawatan ini adalah prinsip etika keperawatan dalam memberikan pelayanan keperawatan pada individu. Keluarga dan masyarakat, yaitu:

- 3.7.1 Otonomi, prinsip ini didasarkan pada keyakinan bahwa klien memiliki kebebasan untuk memilih keputusan sendiri meskipun demikian masih terdapat berbagai keterbatasan, terutama yang berkaitan dengan situasi dan kondisi. Penulis

menggunakan prinsip ini untuk memberikan hak kepada klien untuk mengambil keputusan sendiri untuk menjadi sasaran asuhan penulis.

- 3.7.2 Non maleficence (tidak merugikan), menekankan bahwa penulis harus melakukan hal yang baik dan tidak merugikan atau menimbulkan cedera pada pasien selama melakukan tindakan keperawatan. Cedera dapat diartikan adanya kerusakan fisik seperti nyeri, kecacatan, kematian atau adanya gangguan emosi seperti perasaan tidak berdaya dan merasa terisolasi.
- 3.7.3 Beneficence (berbuat baik), prinsip ini menuntut penulis untuk melakukan hal yang baik dan tidak membahayakan orang lain. Penulis menggunakan prinsip ini untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.
- 3.7.4 Justice (keadilan), prinsip keadilan ini menuntut perlakuan adil terhadap orang lain dan memberikan apa yang menjadi kebutuhan pasien. Azas ini bertujuan melaksanakan keadilan dalam transaksi dan pelayanan/perlakuan antar individu pasien/klien untuk mendapatkan perlakuan yang sama sesuai kebutuhannya.
- 3.7.5 Veracity (kejujuran), prinsip ini mengarahkan penulis untuk menghindari melakukan kebohongan atau melakukan penipuan pada klien. Dari prinsip kejujuran inilah sebagai landasan untuk membentuk hubungan saling percaya antara klien dan perawat.
- 3.7.6 Confidentiality (kerahasiaan), prinsip ini dikaitkan dengan penghargaan perawat terhadap informasi tentang pasien atau klien yang dirawatnya. Penulis akan menjaga data-data pasien dan tidak akan memberitahukan informasi tentang klien kepada orang lain guna menjaga hak privasi klien.

3.7.7 Fidelity (kesetiaan), dalam prinsip ini penulis berkewajiban untuk selalu setia pada kesepakatan dan tanggung jawab yang telah dibuat. (Arief, 2017)