

BAB III

METODE PENULISAN

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Fokus asuhan keperawatan dalam laporan tugas akhir ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada pasien diberbagai tataan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti keperawatan. Asuhan keperawatan ini berfokus pada gangguan kebutuhan dasar aktivitas yaitu gangguan mobilitas fisik dengan konsep asuhan keperawatan yang digunakan adalah asuhan keperawatan individu pada pasien dewasa.

B. Subjek Asuhan

Subjek asuhan pada laporan tugas akhir ini adalah dua pasien yang mengalami gangguan pemenuhan aktivitas dengan fraktur di Ruang Bedah RSUD Jendral Ahmad Yani Metro.

Agar karakteristik subjek tidak menyimpang, maka sebelum dilakukan pengambilan data perlu ditentukan kriteria, yaitu:

- a. Klien tanpa batasan umur
- b. Klien yang mengalami penurunan tingkat kekuatan otot
- c. Klien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah
- d. Klien yang kooperatif

Keluarga dan klien yang bersedia menjadi responden dan memahami tujuan, prosedur dan bersedia menandatangani lembar persetujuan *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu

Asuhan keperawatan ini dilakukan pada pasien dengan gangguan pemenuhan aktivitas dengan fraktur ekstremitas bawah. Pelaksanaan dilakukan pada bulan Februari 2020 di Ruang Bedah RSUD Jendral Ahmad Yani Metro.

D. Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data

Pengumpulan data pada asuhan keperawatan fokus tindakan keperawatan ini dengan menggunakan alat pemeriksaan fisik dan format pengkajian. Kemudian dari hasil pengukuran ditulis dilembar observasi atau format pengkajian.

2. Teknik pengumpulan data

Laporan tugas akhir ini menggunakan beberapa teknik pengumpulan data menurut (Budiono dan Sumirah Budi Pertami, 2016) antara lain:

a. Anamnesis

Anamnesis merupakan suatu proses tanya jawab atau komunikasi untuk mengajak klien dan keluarga bertukar pikiran dan perasaan, mencakup keterampilan secara verbal dan nonverbal, empati dan rasa kepedulian yang tinggi. Teknik verbal meliputi pertanyaan terbuka/tertutup, menggali jawaban dan memvalidasi respons klien. Sedangkan teknik nonverbal, meliputi menengarkan secara aktif, diam, senyum dan kontak mata.

b. Observasi

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

c. Pemeriksaan fisik

1) Gambaran umum:

- a) Keadaan umum: baik/buruk, kesadaran komposmetis, apatis, sopor, koma, gelisah).
- b) Tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan).
- c) Pemeriksaan secara sistemik diperiksa dari kepala, leher, kelenjar getah bening, dada (thorax), perut (abdomen: hepar), kelamin.
- d) Bagian ekstremitas atas dan bawah serta punggung (tulang belakang).

2) Keadaan lokal

Pemeriksaan muskuloskeletal:

a) *Look* (inspeksi)

Memperhatikan bagian yang mengalami fraktur, apakah adanya perbedaan warna, bentuk, posisi dan lain-lain.

b) *Feel* (palpasi)

Memeriksa dengan cara meraba bagian fraktur, apakah mengalami perubahan suhu, adanya edema, dan nyeri tekan.

c) *Move* (pergerakan)

Setelah melakukan *feel*, pemeriksaan diteruskan dengan menggerakkan anggota gerak dan dicatat apakah terdapat keluhan nyeri pada pergerakan. Pada pemeriksaan *move*, periksalah anggota bagian tubuh yang normal terlebih dahulu. Selain untuk mendapatkan kerassama dari penderita juga untuk mengetahui gerakan normal penderita, evaluasi keadaan sebelum dan sesudah dilakukan pergerakan.

- 1) Apabila ada fraktur akan terdapat gerakan abnormal di daerah fraktur (kecuali fraktur *incomplete*)
- 2) Pergerakan yang perlu dilihat adalah pergerakan aktif dan pasif
- 3) Pemeriksaan sendi

d) Sumber data

1. Sumber data

a) Sumber data primer

Klien merupakan sumber data primer untuk mendapat informasi yang sebenarnya mengenai masalah kesehatan klien. Apabila klien dalam keadaan sadar, mengalami gangguan bicara, atau pendengaran, klien masih bayi atau karena beberapa sebab klien tidak dapat memberikan data objektif untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Akan tetapi apabila diperlukan klarifikasi data subjektif, hendaknya dengan melakukan anamnesis pada keluarga.

b) Sumber data sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang diperoleh selain klien, yaitu orang terdekat, orangtua, suami atau istri, anak, dan teman klien, klien mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi atau kesadaran yang menurun, misalnya klien bayi atau anak-anak, atau klien dalam kondisi tidak sadar (Budino dan Sumirah Budi Pertmi, 2016).

E. Penyaji Data

1. Narasi

Penulis akan menggunakan penyaji secara narasi yaitu penyaji dari data hasil laporan tugas akhir akan ditulis dalam bentuk kalimat.

Contohnya, penulis memaparkan hasil dari pengkajian pada klien sebelum dan sesudah diberikan asuhan keperawatan dalam bentuk teks yang hanya digunakan penulis untuk memberi informasi melalui kalimat yang mudah dipahami pembaca.

2. Tabel

Penulis menggunakan tabel untuk menjelaskan hasil menggunakan angka-angka yang akan dimasukkan kedalam tabel. Saah stu contoh yang

akan digunakan penulis adalah untuk pengkajian pada remaja penulis tentunya akan mengkaji fungsi kognitif klien sebelum diberikan asuhan keperawatan.

3. Grafik

Penulis menggunakan grafik data, yaitu penyajian data dalam bentuk gambar-gambar. Grafik data biasanya berasal dari tabel dan grafik biasanya dibuat bersama-sama, yaitu tabel dilengkapi dengan grafik. Penulis menggunakan grafik untuk melihat hasil tabel dan dituangkan dalam bentuk grafik.

F. Prinsip Etik

Asuhan keperawatan ini sebelumnya penulis mendatangi klien untuk meminta kesediaan menjadi partisipan. Penulis juga harus melalui beberapa tahap pengurusan perijinan dan setelah mendapat persetujuan berulah dilaksanakan asuhan keperawatan dengan memperhatikan etika-etika asuhan keperawatan yaitu:

1. *Informed consent*

Merupakan cara persetujuan antara penulis dengan klien dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilaksanakan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi sasaran asuhan penulis. Tujuan *informed consent* adalah agar klien mengerti maksud dan tujuan, mengetahui dampaknya, jika klien bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan, serta bersedia untuk direkam dan jika klien tidak bersedia maka penulis harus menghormati hak partisipan.

2. Tanpa nama (*anonymity*)

Merupakan etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama klien pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil laporan yang disajikan.

3. Kerahasiaan (*confidentialit*)

Merupakan etika dalam penelitian untuk mejamin kerahasiaan dari hasil laporan bai informasi maupun masalah-masalah lainnya semua klien yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh penulis, hanya kelompo data tertentu yang dilaporkan pada hasil laporan. Prinsip eika yang digunakan penuls dalam membuat asuhan kepeawatan ini adalah prinsip etik keperawatan dalam emberikan layanan keperawatan kepada individu, kelompok/keluarga dan masyarakat, yaiu:

- a. Otonomi (*Autonomy*) prinsip otonomi didasarkan pada keyainan bahwa individu mampu berpiki logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Penulis menggunakan prinsip ini untuk memberikan hak kepada klen dalam memberikan kepuusan sendiri untuk ikut serta sebagai sasaran asuhan penulis.
- b. Berbuat baik (*Beneficence*), prinsip ini menuntut penulis untuk melakukan hal yang baik dengan begitu dapat mencegah kesalahan atau kejahatan. Penulis menggunakan prinsip ini sebagai perawat untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.
- c. Keadilan (*Justice*) nilai ini direfleksikan dalam praktik profesional ketika prawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan. Penulis akan menuliskan hasil didalam dokumentai asuhan keperawatan sesuai dengan hukum dan standar praktik keperawatan.
- d. Tidak merugikan (*Non maleficence*) prinsi ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien. Penulis akan sangat memperhatikan konsisi klien agar tidak menimbulkan bahaya atau cidera fisik pada sat dilakukan asuhan keperawatan.
- e. Kejujuran (*Veracity*) nilai ini bukan cuma dimiliki oleh perawat namun haus dimiliki oleh seluruh pemberi pelayanan kesehatan ntuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien untuk meyakinkan agar klien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif,

dan objektif. Penulis akan menggunakan kebenaran yang merupakan dasar membina hubungan saling percaya.

- f. Menepati janji (*Fidelity*) tanggung jawab besar seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan. Untuk mencapai itu penulis harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmennya kepada orang lain.
- g. Kerahasiaan (*Confidentiality*) penulis akan menjaga informasi tentang klien Dokumentasi tentang keadaan kesehatan klien hanya bisa dibaca guna keperluan pengobatan dan peningkatan kesehatan klien. Diskusi tentang klien diluar area pelayanan harus dihindari.
- h. Akuntailitas (*Accountability*) akuntabilitas adalah standar yang pasti bahwa tindakan seorang professional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanda terkecuali. Penulis menggunakan prinsip ini untu memberikan jawaban kepada otoritas yang lebih tinggi atas tindakan yang telah diberikan oleh penulis kepada klien. Selain itu etika dalam penelitian digunakan penulis karena dalam pelaksanaan sebuah penelitian mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan ini (Kurniadi, Etika dan Hukum Keperawatan)