

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan

Laporan tugas akhir ini menggunakan metode kuantitatif dengan rancangan studi kasus melalui pendekatan asuhan keperawatan. Asuhan Keperawatan adalah segala bentuk tindakan atau kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada klien yang sesuai dengan standar operasional prosedur SOP (Juniasti, 2019). Asuhan ini berfokus pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigenasi di RSUD Dr. A Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung tahun 2022.

B. Subyek Asuhan

Subyek asuhan dalam tugas akhir ini adalah satu pasien yang di diagnosis Pneumonia serta mengalami gangguan pemenuhan oksigenasi di di RSUD Dr. A Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung. 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 Paru RSUD Dr. A Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung.
2. Pasien tanpa batasan usia (anak-anak, remaja, maupun lansia).
3. Pasien dengan gangguan kebutuhan oksigenasi.
4. Pasien yang didiagnosis Pneumonia.
5. Pasien yang dirawat di rumah sakit ini.
6. Memahami bahasa Indonesia dan mempunyai fungsi pendengaran dan penglihatan yang baik.
7. Bersedia untuk diberikan asuhan keperawatan dengan menyetujui lembar informed consent.

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Ruang Paru RSUD Dr. A Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung tahun 2022.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada tanggal 14-19 Februari 2022 di Ruang Paru RSUD Dr. A Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung.

D. Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Asuhan keperawatan pada 1 pasien Pneumonia ini penulis menggunakan alat pengumpulan data berupa format pengkajian KMB. Selain itu, penulis menggunakan alat pemeriksaan fisik berupa alat pemeriksaan tanda-tanda vital seperti tensimeter, stetoskop, termometer axila, oximeter, buku catatan dan pena. Kemudian hasil pengukuran dimasukkan kedalam format pengkajian.

2. Teknik Pengumpulan Data

Potter (2005), menjelaskan bahwa perawat akan menggunakan hasil wawancara, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, serta hasil pemeriksaan laboratorium dan diagnosis untuk membuat data dasar pengkajian klien.

a. Wawancara

Wawancara adalah bentuk percakapan tersusun dengan klien. Wawancara format awal meliputi riwayat kesehatan klien dan informasi mengenai penyakit sekarang. Wawancara selanjutnya memungkinkan perawat untuk mempelajari lebih banyak mengenai kondisi klien dan fokus pada lingkup masalah spesifik. Wawancara dapat membantu klien menghubungkan interpretasi dengan pemahaman mereka sendiri mengenai kondisinya. Dari hasil wawancara yang dilakukan bersama klien maupun keluarga didapatkan beberapa data seperti biodata klien, riwayat penyakit klien sebelumnya, maupun kehidupan klien sehari-hari.

b. Observasi

Observasi ini dilakukan saat perawat merawat klien untuk mengetahui tingkat fungsional klien dalam aspek fisik, pertumbuhan, psikologis, dan sosial di kehidupan sehari-hari. Observasi ini dapat mengarahkan perawat untuk mendapatkan data objektif sekunder guna menghasilkan

kesimpulan yang akurat tentang kondisi pasien. Potter (2005), menyebutkan aspek penting observasi meliputi tingkat fungsional.

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 klien dan gangguan kesehatan lainnya.

1) Inspeksi

Inspeksi dilakukan dengan menggunakan indra penglihatan, pendengaran, dan penciuman sebagai alat untuk mengumpulkan data. Pemeriksaan menggunakan indera penglihatan untuk melihat pasien secara seksama dan tidak tergesa-gesa selama melakukan pemeriksaan fisik. Inspeksi juga menggunakan indera pendengaran dan penciuman untuk mengetahui lebih lanjut, lebih jelas, dan memvalidasi apa yang dilihat mata dikaitkan dengan suara atau bau yang berasal dari pasien. Pemeriksaan yang diperhatikan dari penampilan secara umum, ekspresi klien, gerakan tubuh, respon klien saat diberikan beberapa pertanyaan apakah dapat menuturkan kalimat dengan baik atau tidak, warna kulit klien, apakah ada memar atau luka, dan mukosa klien.

2) Palpasi

Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan menyentuk atau meraba menggunakan telapak tangan dan memanfaatkan alat peraba yang terdapat pada telapak tangan serta jari tangan. 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.

3) Perkusi

Perkusi merupakan pemeriksaan dengan cara mengetukkan ujung jari pada daerah yang diperkusi. Tindakan ini dapat memberikan informasi berharga mengenai struktur organ atau jaringan di bawahnya. Adanya perbedaan suara ketukan juga dapat digunakan untuk menentukan batas-batas suatu organ.

4) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh organ dalam. Suara yang didengar dibedakan berdasarkan frekuensi (pitch), intensitas (keras lemahnya), durasi, kualitas (timbre), dan waktunya. Dengan auskultasi dapat didengar suara pernafasan, bunyi atau bising jantung, dan peristaltik usus.

d. Pemeriksaan Diagnostik dan Data Laboratorium (Studi Dokumentasi)

Hasil pemeriksaan diagnostik dan laboratorium dapat membantu identifikasi dan memperjelas kelainan atau penemuan yang didapat pada riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik. Perawat dapat membandingkan hasil laboratorium dengan hasil normal yang ada sesuai dengan jenis pemeriksaan , kelompok umur, dan jenis kelamin.

3. Sumber Data

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

a. Sumber Data Primer

Klien adalah sebagai sumber utama data (primer) dan dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai kesehatan klien. 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. Catatan Klien

Catatan klien ditulis oleh anggota tim kesehatan yang lain dan dapat digunakan sebagai sumber data dalam riwayat keperawatan. Untuk menghindari pengulangan penulisan maka sebelum mengadakan interaksi kepada pasien, perawat membaca catatan pasien terlebih dulu. Hal ini membantu perawat fokus dalam menguji data yang akan diperoleh dari pasien

d. Riwayat Penyakit

Pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit yang didapatkan dari terapis. Informasi yang diperoleh adalah hal-hal yang difokuskan pada identifikasi patologis dan untuk menentukan rencana tindakan medis.

E. Penyajian Data

Setelah data terkumpul, penulis akan menyampaikan data dalam dua bentuk, yaitu dalam bentuk narasi dan tabel.

1. Narasi

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

2. Tabel

Penyajian data dalam bentuk tabel adalah bentuk penyajian data yang dimasukkan ke dalam kolom atau baris tertentu. Penyajian dalam bentuk tabel berisi pengkajian, rencana tindakan keperawatan, dan implementasi serta evaluasi.

F. Prinsip Etik

Penelitian kesehatan pada umumnya menggunakan manusia sebagai objek yang diteliti. Oleh sebab itu sesuai dengan prinsip etika maka dalam pelaksanaan penelitian harus diperhatikan hubungan secara etika antara perawat dan pasien. Prinsip etik itu sendiri diantaranya :

1. Otonomi (*autonomi*)

Otonomi adalah kemampuan seseorang untuk membuat keputusan yang rasional dan tidak terpengaruh. Prinsip otonomi memandang hak individu untuk menentukan nasib sendiri. Ini berakar pada penghormatan masyarakat terhadap kemampuan individu untuk membuat keputusan berdasarkan informasi tentang masalah pribadi. Otonomi menjadi penting karena nilai sosial telah bergeser untuk menentukan kualitas medis bagi pasien daripada profesional medis. Meningkatnya nilai otonomi dapat dilihat sebagai reaksi total terhadap tradisi “paternalistik” di dalam perawatan kesehatan.

2. Berbuat Baik (*beneficence*)

Beneficence berarti hanya melakukan sesuatu yang baik. Kebaikan merupakan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri sendiri dan orang lain.

3. Keadilan (*justice*)

Prinsip keadilan dibutuhkan 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 perawat bekerja untuk terapi 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 selama menjalani perawatan.

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 klien harus dijaga privasi klien. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien.

8. Akuntabiliti (*accountability*)

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