

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan

Laporan Tugas Akhir ini penulis melakukan pendekatan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada pasien diberbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti praktik keperawatan (Ali, 2009). Asuhan ini berfokus pada gangguan kebutuhan oksigenasi pada pasien Tuberkulosis Paru di Ruang Melati RSUD Dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2020.

B. Subyek Asuhan

Subyek asuhan keperawatan ini berfokus kepada pasien Tuberkulosis Paru di Ruang Melati RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang mengalami gangguan kebutuhan oksigenasi kurang dari kebutuhan tubuh dengan kriteria:

1. Pasien berjenis kelamin laki-laki atau perempuan yang dirawat di Ruang Melati RSUD Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung
2. Pasien yang mengalami TBC dan masalah keperawatan gangguan kebutuhan oksigenasi
3. Pasien dewasa berumur 25-65 tahun
4. Pasien yang memahami bahasa Indonesia dan memiliki fungsi pendengaran serta penglihatan yang baik
5. Pasien kooperatif dan bersedia dijadikan subyek asuhan; dan
6. Pasien bersedia mengikuti secara sukarela dengan menandatangani lembar persetujuan (*Informed consent*).
7. Satu pasien gangguan oksigenasi dengan diagnosis Tuberkulosis Paru

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Asuhan

Lokasi Asuhan dilakukan di Ruang Melati RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

2. Waktu Asuhan

Waktu pelaksanaan kegiatan asuhan dilaksanakan pada tanggal 02 sampai dengan 04 Maret 2020.

D. Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data merupakan alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya. Penggunaan alat harus mengacu pada variabel penelitian dan data pengukurannya (Sujawerni, 2014).

Asuhan keperawatan ini penulis menggunakan alat pengumpulan data dan berupa format pengkajian asuhan keperawatan. Selanjutnya menggunakan alat pelindung diri (APD) antara lain: masker, handscoon, gaun pelindung, apron dan untuk pemeriksaan fisik pada pasien alat yang digunakan penulis antara lain: alat pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi, thermometer axila, stigmomanometer, stetoskop, buku catatan dan pena. Kemudian hasil pengukuran di tulis dalam lembar format pengkajian.

2. Teknik Pengumpulan Data

Ada empat metode yang digunakan dalam pengumpulan data yang digunakan penulis dan termasuk dalam tahap pengkajian, yaitu anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang (Budiono, 2016).

a. Anamnesis

Anamnesis adalah suatu proses tanya jawab atau komunikasi untuk mengajak klien dan keluarga bertukar pikiran dan perasaan, mencakup verbal, meliputi; pertanyaan terbuka/ tertutup, menggali jawaban dan memvalidasi respons klien. Sementara itu, teknik nonverbal, meliputi; mendengarkan secara aktif, diam, sentuhan dan kontak mata.

Tujuan komunikasi pada pengkajian keperawatan:

- 1) Mendapatkan informasi yang anda perlukan dalam mengidentifikasi dan merencanakan tindakan keperawatan.
- 2) Meningkatkan hubungan anda dengan klien dalam berkomunikasi.
- 3) Membantu klien memperoleh informasi dan berpartisipasi dalam identifikasi masalah dan tujuan.
- 4) Membantu anda untuk menentukan investigasi lebih lanjut selama tahapan pengkajian.

b. Observasi

Observasi adalah 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 alcohol, 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

Pemeriksaan fisik adalah investigasi terhadap tubuh untuk menentukan suatu 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

Merupakan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis. Inspeksi dengan menggunakan indera penglihatan, pendengaran, dan penciuman sebagai alat untuk pengumpulan data.

2. Palpasi

Adalah suatu teknik yang dapat dilakukan dengan menggunakan indera peraba. Langkah-langkah yang perlu diperhatikan adalah:

- a) Ciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman, dan santai
- b) Tangan harus dalam keadaan kering, hangat, dan kuku pendek
- c) Semua bagian nyeri dilakukan palpasi yang paling akhir

3. Perkusi

Adalah pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri dan 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

Merupakan pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop. Ada 4 ciri-ciri suara yang perlu dikaji dengan auskultasi, yaitu pitch (suara tinggi ke rendah), keras (suara halus ke keras), kualitas (meningkat sampai dengan melemah), lama (pendek-menengah-panjang). Suara tambahan atau tidak normal yang dapat di auskultasi pada jantung dan napas, meliputi; napas rales, *ronchi*, *wheezing*, *pleural friction rub*.

5. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan yaitu pemeriksaan laboratorium yang meliputi pemeriksaan darah lengkap, salah satunya pemeriksaan leukosit untuk melihat adanya tanda-tanda infeksi.

3. Sumber Data

Menurut (Budiono, 2016) ada dua sumber data, yaitu:

a. Sumber Data Primer

Sumber data primer adalah pasien Sumber data primer bila klien dalam keadaan tidak sadar, mengalami gangguan bicara, atau pendengaran, klien masih bayi, karena beberapa sebab klien tidak dapat memberikan data subjektif untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Namun, bila diperlukan klarifikasi data subjektif, hendaknya perawat melakukan anamnesis kepada keluarga.

b. Sumber Data Sekunder

Sumber sekunder adalah data yang diperoleh selain klien, orang terdekat, teman, dan orang lain yang tahu tentang status kesehatan klien. Selain itu, tenaga kesehatan lainnya seperti dokter, ahli gizi, ahli fisioterapi, laboratorium, juga termasuk sumber data sekunder.

E. Penyajian Data

Menurut (Notoatmodjo, 2010) cara penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai bentuk, yaitu:

1. Narasi (*Textular*)

Penyajian data secara *textular* adalah penyajian data dalam bentuk uraian kalimat. Penyajian secara *textular* biasanya digunakan untuk penelitian atau data kualitatif.

2. Tabel

Penyajian data dalam bentuk tabel adalah suatu penyajian yang sistematis dari data numerik, yang tersusun dalam kolom atau barisan. Penyajian dengan tabel digunakan untuk data yang sudah diklasifikasikan dan ditabulasi.

Dalam laporan tugas akhir ini penulis akan menyajikan data dalam bentuk narasi dan tabel. Narasi digunakan untuk data hasil pengkajian dan tabel digunakan untuk rencana keperawatan, implementasi, dan evaluasi dari dua klien yang dilakukan asuhan keperawatan.

F. Prinsip Etik

Menurut (Perry & Potter, 2009), prinsip etika yang digunakan penulis dalam membuat asuhan keperawatan ini adalah prinsip etika keperawatan dalam memberikan layanan keperawatan kepada individu, kelompok/ keluarga, dan masyarakat, yaitu:

1. Otonomi (*Autonomi*)

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Penulis menggunakan prinsip ini untuk memberikan hak kepada klien dalam memberikan keputusan sendiri untuk ikut serta sebagai sasaran asuhan penulis.

2. 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.

3. Keadilan (*Justice*)

Nilai ini direfleksikan dalam praktek profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum standar dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan. Penulis

akan menuliskan hasil di dalam dokumentasi asuhan keperawatan sesuai dengan hukum dan standar praktik keperawatan.

4. Tidak Merugikan (*Non maleficence*)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien. Penulis akan sangat memperhatikan kondisi klien agar tidak menimbulkan bahaya atau cedera fisik pada saat dilakukan asuhan keperawatan.

5. Kejujuran (*Veracity*)

Nilai ini bukan cuma dimiliki oleh perawat namun harus dimiliki oleh seluruh pemberi pelayanan kesehatan untuk 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.

6. 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.

7. 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.

8. Akuntabilitas (*Accountability*)

Akuntabilitas adalah standar yang pasti bahwa tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanda terkecuali. Penulis menggunakan prinsip ini untuk memberikan jawaban kepada otoritas yang lebih tinggi atas tindakan yang telah diberikan oleh penulis kepada klien.