

## **BAB III**

### **METODE**

#### **A. Fokus Asuhan**

Pada Laporan Tugas Akhir ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang dialami, khususnya gangguan kebutuhan aktivitas pada pasien fraktur ekstremitas bawah dengan masalah gangguan mobilitas fisik di Ruang Gelatik Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulis adalah asuhan keperawatan individu pada pasien dewasa.

#### **B. Subyek Asuhan**

Subjek asuhan keperawatan pada Laporan Tugas Akhir ini adalah pasien dengan Fraktur ekstremitas bawah dengan masalah gangguan mobilitas fisik dengan masalah gangguan mobilitas fisik di Ruang Gelatik Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang mengalami gangguan kebutuhan aktivitas dengan kriteria:.

1. Pasien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah
2. Pasien umur 18 tahun sampai 40 tahun
3. Pasien 24 jam pertama pasca operasi
4. Bersedia mengikuti secara sukarela dengan menandatangani lembar persetujuan *Informed Consent*.

#### **C. Lokasi dan Waktu**

##### **1. Lokasi Asuhan**

Lokasi penelitian dilakukan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

##### **2. Waktu Asuhan**

Waktu penelitian dilaksanakan pada 03-05 Maret 2020

## **D. Teknik Pengumpulan Data**

### **1. Alat Pengumpulan Data**

Alat yang digunakan untuk menyusun Laporan Tugas Akhir ini adalah lembar format asuhan keperawatan medikal bedah, yang meliputi proses pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi tindakan yang dilakukan. Adapun alat yang digunakan dalam proses asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah yang terdiri dari alat-alat pengukuran tanda-tanda vital dan alat pemeriksaan fisik.

### **2. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data merupakan cara yang dilakukan untuk mengungkap atau menjangkau informasi dari pasien. Teknik pengumpulan data yang benar akan menghasilkan data yang memiliki kredibilitas tinggi. Oleh karena itu, tahap pengumpulan data tidak boleh salah dan harus dilakukan dengan cermat sesuai prosedur. Berikut ini ada beberapa teknik pengumpulan data:

#### **a. Wawancara**

Wawancara adalah proses memperoleh penjelasan untuk mengumpulkan informasi dengan menggunakan cara tanya jawab dan merupakan salah satu instrumen yang digunakan untuk menggali data secara lisan. Hal ini haruslah dilakukan secara mendalam agar kita mendapatkan data yang valid dan detail

#### **b. Observasi**

Observasi adalah pengamatan dan pencatatan secara sistematis terhadap gejala yang tampak pada klien sehingga dapat menyajikan gambaran riil mengenai klien (Sujarweni, 2014)

#### **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**

Inspeksi merupakan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis. Inspeksi dilakukan dengan menggunakan indra penglihatan, pendengaran dan penciuman sebagai alat untuk mengumpulkan data. Inspeksi dimulai pada awal berinteraksi dengan pasien dan diteruskan pemeriksaan selanjutnya. Pencahayaan yang cukup diperlukan supaya perawat dapat membedakan warna, bentuk dan kebersihan tubuh.

Fokus inspeksi pada setiap bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna kulit, bentuk tubuh, serta posisi dan kesimetrisan tubuh. Pada proses inspeksi perawat harus membandingkan bagian tubuh yang normal dengan bagian tubuh yang abnormal (Nursalam, 2009).

### **2) Palpasi**

Nursalam (2009) mengemukakan, palpasi merupakan teknik pemeriksaan yang menggunakan indra peraba. Tangan dan jari-jari adalah instrument yang sensitive dan dapat digunakan untuk mengumpulkan data tentang suhu, turgor, bentuk, kelembapan, vibrasi dan ukuran. Langkah-langkah yang perlu diperhatikan selama melakukan palpasi:

- a) Ciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman dan santai
- b) Tangan perawat harus dalam keadaan yang kering dan hangat serta kuku jari-jari harus dipotong rapi dan pendek
- c) Bagian yang nyeri dipalpasi paling terakhir

### **3) Perkusi**

Nursalam (2009) mengemukakan, perkusi merupakan teknik pemeriksaan dengan mengetuk-ngetukkan jari perawat (sebagai alat untuk menghasilkan suara) ke bagian tubuh pasien yang akan dikaji untuk membandingkan bagian yang kiri dengan yang kanan. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan. Jenis-jenis suara yang ditemui pada saat perkusi adalah:

- a) Sonor: suara perkusi jaringan normal
- b) Pekak: suara perkusi jaringan padat yang terdapat jika ada cairan di rongga pleura, perkusi daerah jantung dan perkusi daerah hepar
- c) Redup: suara perkusi jaringan yang lebih padat atau konsolidasi paru-paru, seperti pneumonia
- d) Timpani: suara perkusi pada daerah yang mempunyai rongga-rongga kosong seperti pada daerah cavern-cavern paru dan pasien dengan asma kronik. Pada klien yang mempunyai bentuk dada barrel-chest akan terdengar seperti ketukan pada benda kosong dan bergema

#### **4) Auskultasi**

Nursalam (2009) mengemukakan, auskultasi merupakan teknik pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh. Ada empat ciri-ciri bunyi yang perlu dikaji dengan auskultasi, yaitu:

- a) Pitch (bunyi yang tinggi ke rendah)
- b) Keras (bunyi yang halus ke keras)
- c) Kualitas (menguat sampai melemah)
- d) Lama (pendek, menengah, panjang)

### **3. Sumber Data**

Rohmah & Wahid (2016) mengemukakan berdasarkan sumber data yang diperoleh, data dapat dibedakan menjadi dua yaitu sumber data primer dan sumber data sekunder.

#### **a. Sumber data primer**

Data yang didapatkan langsung dari pemeriksaan pasien merupakan sumber data primer. Sebagai sumber data primer, bila pasien dalam keadaan tidak sadar, mengalami gangguan bicara atau pendengaran, pasien masih bayi, atau karena beberapa sebab pasien tidak dapat memberikan data subyektif secara langsung, perawat dapat menggunakan data obyektif untuk menegakan diagnosis keperawatan. Namun, bila diperlukan klarifikasi data subyektif, hendaknya perawat melakukan anamnesis pada keluarga

### **b. Sumber data sekunder**

Adapun sumber data tambahan lain selain dari pasien itu sendiri yaitu sumber data sekunder. Adapun pengertian dari 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

## **E. Penyajian Data**

Penulis menyajikan data pada Laporan Tugas Akhir ini dengan cara tekstular yaitu penyajian data hasil penelitian dalam bentuk narasi dan juga dalam bentuk table.

### **1. Narasi**

Narasi adalah suatu bentuk penyajian yang digunakan dalam bentuk kalimat yang biasanya berupa deskriptif untuk memberikan informasi melalui kalimat yang mudah untuk dipahami pembaca. Misalnya, menjelaskan hasil pengkajian lansia sebelum diberikan asuhan keperawatan dan menuliskan hasil ataupun evaluasi setelah diberikan asuhan keperawatan dalam bentuk kalimat atau teks.

### **2. Tabel**

Tabel adalah suatu bentuk penyajian data yang di masukan kedalam kolom atau baris tertentu yang digunakan penulis untuk menjelaskan hasil pengkajian ataupun runtutan suatu implementasi yang sudah di gunakan secara runtut. Misalnya, tabel catatan perkembangan klien saat diberikan asuhan keperawatan berupa daftar implementasi dan evaluasi yang sudah dilakukan perawat

## **F. Prinsip Etik**

Dalam melakukan asuhan keperawatan ini, prinsip etika yang digunakan oleh penulis yaitu:

### **1. *Autonomy* (Otonomi)**

Dalam melakukan asuhan keperawatan, penulis akan memberikan hak kepada pasien untuk membuat keputusan sendiri. Pasien bebas mengambil keputusan menerima atau menolak untuk menjadi responden dalam pemberian asuhan keperawatan.

### **2. *Beneficience* (Berbuat Baik)**

Dalam melakukan asuhan keperawatan, penulis akan memberikan tindakan sebaik-baiknya untuk membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya.

### **3. *Non-maleficience* (Tidak mencederai)**

Dalam melakukan asuhan asuhan keperawatan penulis tidak akan mencederai atau merugikan pasien. Penulis akan menyeimbangkan antara resiko dan keuntungan dari asuhan yang akan diberikan.

### **4. *Fidelity* (Kesetiaan)**

Dalam melakukan asuhan keperawatan, penulis berjanji untuk setia tidak mengabaikan atau meninggalkan pasien dalam kondisi yang baik.

### **5. *Akuntabilitas***

Dalam melakukan asuhan keperawatan, penulis akan bertanggungjawab atas segala tindakan yang diberikan kepada pasien.

### **6. *Confidentiality* (Kerahasiaan)**

Dalam melakukan asuhan keperawatan, penulis akan menjaga rahasia pasien dengan sebaik-baiknya.

### **7. *Veracity* (Kejujuran)**

Dalam melakukan asuhan keperawatan, penulis akan menyampaikan informasi sebenarnya tanpa kebohongan.