

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan ini menggunakan pendekatan dengan fokus asuhan yang bertujuan untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatan yang di alami khususnya pada gangguan kebutuhan aktivitas pada klien dengan stroke non hemoragik. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulis adalah asuhan keperawatan medikah bedah.

B. Subjek Asuhan Keperawatan

Subjek asuhan keperawatan yang penulis ambil berfokus pada 2 (dua) pasien yang dirawat di Rumah Sakit DKT TK.IV.02.07.04 Denkesyah 02.04.03 Bandar Lampung, fokus asuhan pada pasien stroke non hemoragik (SNH) yang mengalami gangguan kebutuhan aktivitas, dengan kriteria sebagai berikut :

1. Pasien dengan diagnosa Stroke Non Hemoragik.
2. Subyek asuhan kepada 2 pasien dewasa laki-laki dan perempuan.
3. Pasien tidak dapat berkomunikasi dengan baik (pelo).
4. Pasien berada di Ruang Melati Rumah Sakit TK.IV.02.07.04 Denkesyah 02.04.03 Bandar Lampung.
5. Pasien mengatakan bersedia mengikuti segala prosedur pemeriksaan secara sukarela dengan menandatangani lembar persetujuan *informed consent*.
6. Pasien mengalami gangguan kebutuhan aktivitas.

C. Fokus studi

Asuhan ini berfokus pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan kebutuhan aktivitas di Rumah Sakit TK.IV.02.07.04 Denkesyah 02.04.03 Bandar Lampung Tahun 2023.

D. Lokasi dan Waktu Asuhan Keperawatan

1. Lokasi

Lokasi pelaksanaan asuhan keperawatan ini dilakukan pada pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Melati Rumah Sakit TK.IV.02.07.04 Denkesyah 02.04.03 Bandar Lampung.

2. Waktu

Waktu asuhan keperawatan ini dilaksanakan pada tanggal 09 Januari sampai dengan 14 Januari 2023.

E. Definisi Operasional

Kebutuhan aktivitas merupakan suatu kondisi dimana tubuh dapat melakukan kegiatan dengan bebas. Stroke non hemoragik merupakan hilangnya fungsi otak secara mendadak akibat gangguan suplay darah ke bagian otak. Asuhan Keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik merupakan proses yang diberikan secara langsung kepada pasien stroke non hemoragik. Adapun tahapan pelayanan yang diberikan terdiri dari :

- a) Pengkajian keperawatan pada pasien stroke non hemoragik adalah suatu hal yang dilakukan untuk mengumpulkan informasi secara lengkap terkait keluhan kesehatan yang berkaitan dengan gangguan kebutuhan aktivitas yang berkaitan dengan mobilitas fisik.
- b) Diagnosa keperawatan yang dapat di tegakan pada pasien dengan stroke non hemoragik adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
- c) Rencana keperawatan pada pasien stroke non hemoragik merujuk pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SDKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).
- d) Implementasi keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien pulih dari masalah kesehatan yang sedang di hadapi dengan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah di tetapkan sebelumnya.

- e) Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah diberikan sebelumnya kepada pasien dengan stroke non hemoragik.

F. Instrumen Asuhan Keperawatan

Alat ukur yang di gunakan dalam asuhan yaitu format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah mulai dari pengkajian sampai evaluasi keperawatan, pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi, dan studi dokumentasi, dan menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan KMB (keperawatan medikal bedah).

G. Metode 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 variable penelitian dan pengukurannya. (Sujarweni, 2014).

Dalam menyusun laporan tugas akhir penulis ini menggunakan alat pengumpulan data berupa lembar format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah yang meliputi proses pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi hasil tindakan. Adapun alat pendukung dalam melakukan pengumpulan data pada pasien Stroke Non Hemoragik sebagai berikut: thermometer, oksimetri, stetoskop, jam tangan, spigmomanometer (tensimeter), refleksi patela, masker dan handscoon, buku catatan dan pena, serta format pengkajian.

2. Teknik pengumpulan data

Dalam menyusun laporan tugas akhir ini penulis menggunakan tiga teknik pengumpulan data melalui komunikasi yaitu: wawancara (anamnesis), pengamatan (observasi), dan pemeriksaan fisik.

a. Wawancara/Anamnesis

Wawancara merupakan suatu metode komunikasi yang direncanakan dan meliputi Tanya jawab antara perawat dengan klien yang berhubungan dengan masalah kesehatan klien. Untuk itu kemampuan komunikasi sangat dibutuhkan oleh perawat agar dapat memperoleh data yang diperlukan. Tujuan wawancara pada pengkajian keperawatan adalah :

- 1) Mendapatkan informasi yang di perlukan untuk mengidentifikasi dan merencanakan asuhan keperawatan
- 2) Meningkatkan hubungan perawat-klien dengan adanya komunikasi
- 3) Membantu klien untuk memperoleh informasi tentang kesehatannya
- 4) Membantu perawat untuk menentukan pengkajian lebih lanjut

b. Observasi

Metode pengumpulan data yang kedua adalah observasi. Observasi merupakan kegiatan mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan klien. Observasi memerlukan keterampilan disiplin dan praktik klinik sebagai bagian dari tugas perawat.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan terhadap tubuh untuk menentukan status kesehatan pemeriksaan fisik melibatkan penggunaan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi

1) Inspeksi

Inspeksi adalah proses observasi perawat menginspeksi bagian tubuh untuk mendeteksi karakteristik normal atau tanda fisik yang signifikan. Perhatikan semua gerakan dan lihat dengan sangat cermat bagian tubuh atau area yang sedang diinspeksi apakah ada ketidak abnormalan.

2) Palpasi

Palpasi yaitu pengumpulan data dengan meraba, memegang (fisik) pasien. Contohnya meraba adanya benjolan atau nyeri tekan.

3) Perkusi

Perkusi merupakan teknik pemeriksaan fisik dengan melibatkan pengetukan tubuh dengan ujung-ujung jari juga mengevaluasi ukuran, batasan, dan konsistensi organ-organ tubuh yang bertujuan menemukan adanya cairan dalam rongga tubuh. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, bentuk, dan konsistensi jaringan.

4) Auskultasi

Auskultasi adalah teknik pemeriksaan fisik dengan mendengarkan bunyi yang dihasilkan tubuh. Beberapa bunyi dapat didengar dengan telinga tanpa alat bantu, meskipun sebagian besar bunyi hanya dapat didengar dengan stetoskop. Dengarkan adanya bunyi dan karakteristiknya, dengarkan bunyi tersebut di tempat tenang.

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan yang dilakukan untuk mendukung data untuk menegakan suatu diagnosis. Hasil pemeriksaan penunjang sangat dibutuhkan karena objektif dan akurat, seperti pemeriksaan laboratorium maupun radiologi

3. Sumber Data

a. Sumber Data Primer

Pasien adalah sumber utama data (primer), dimana data yang didapatkan langsung dari pemeriksaan pasien. Bila pasien dalam keadaan tidak sadar, mengalami gangguan bicara atau pendengaran, pasien masih bayi, atau karena beberapa sebab pasien tidak dapat memberikan data subjektif secara langsung, perawat dapat menggunakan data objektif untuk menegakan diagnosis keperawatan. Akan tetapi, bila diperlukan klarifikasi data subjektif, hendaknya perawat melakukan anamnesis pada keluarga.

b. Sumber Data Sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang diperoleh selain pasien, yaitu orang terdekat, orang tua, suami atau istri, anak, dan teman. Pasien mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi

atau kesadaran menurun, misalnya pasien bayi atau anak-anak, atau pasien dalam kondisi tidak sadar.

c. Sumber Data Lainnya

- 1) Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya, catatan kesehatan terdahulu dapat digunakan sebagai sumber informasi yang dapat mendukung rencana tindakan keperawatan.
- 2) Riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, dan catatan perkembangan.
- 3) Konsultasi pasien
- 4) Hasil pemeriksaan diagnostik, seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik (Budiono, 2016).

H. Analisa Data dan Penyajian Data

Penyajian data dalam laporan tugas akhir ini di buat dalam bentuk narasi atau tabel

1. Narasi (*Textural*)

Narasi merupakan 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 di berikan asuhan keperawatan dalam bentuk kalimat atau teks

2. Tabel

Table merupakan suatu bentuk penyajian yang dimasukan kedalam kolom atau baris tertentu yang digunakan penulis untuk menjelaskan hasil pengkajian ataupun runtutan suatu implementasi yang sudah digunakan secara runtut. Misalnya, table catatan perkembangan klien saat diberikan asuhan keperawatan berupa daftar implementasi dan evaluasi yang sudah dilakukan oleh perawat.

I. Etika Keperawatan

Dalam buku (aprina,titi & rohayati, 2019) etika dan moral merupakan sumber dalam merumuskan standar dan prinsip-prinsip yang menjadi penuntun dalam

berperilaku serta membuat keputusan untuk melindungi hak-hak manusia. Etika diperlukan oleh semua profesi termasuk juga keperawatan yang mendasari prinsip-prinsip suatu profesi dan tercermin dalam standar praktek professional seperti :

1. Otonomi (*autonomy*)

Dalam bekerja perawat harus memiliki prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Jadi dalam prinsip ini penulis tetap menghargai keputusan pasien karena setiap individu mampu membuat keputusan serta mandiri tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

2. Berbuat Baik (*Beneficence*)

Beneficence berarti hanya melakukan sesuatu yang baik, dalam prinsip ini penulis selalu memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien.

3. Keadilan (*Justice*)

Prinsip keadilan harus ditumbuh kembangkan dan dibutuhkan dalam diri perawat. Dalam prinsip ini penulis bersikap yang sama adil terhadap semua pasien tanpa membeda-bedakan perilaku.

4. Tidak Merugikan (*Non Manafiecience*)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya, cedera atau kerugian baik fisik maupun psikologi pada pasien. Dalam prinsip ini penulis akan berhati-hati dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien agar pasien terhindar dari cedera.

5. Kejujuran (*Veracity*)

Prinsip veracity berarti penuh dengan kebenaran, penulis harus menerapkan prinsip nilai ini saat bertemu pasien dan yang harus penulis tepati sesuai dengan segala informasi yang berkaitan dengan kondisi pasien saat ini.

6. Menepati Janji (*Fidelity*)

Prinsip fidelity dibutuhkan oleh setiap perawat untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Dalam hal ini penulis akan berusaha menepati janji agar terjalannya yang dapat meningkatkan kualitas antara penulis dan pasien yang diberikan asuhan keperawatan.

7. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang pasien harus dijaga privasi pasien. Dalam hal ini penulis berusaha menjaga semua informasi yang diberikan pasien kepada penulis, oleh karena itu tidak ada seorang pun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diijinkan oleh pasien dengan bukti persetujuan.

8. Akuntabilitas (*Accountability*)

Akuntabilitas merupakan standar yang pasti bahwa tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali. Penulis menggunakan prinsip ini dalam memberikan jawaban kepada otoritas yang lebih tinggi atau tindakan yang telah diberikan penulis kepada pasien.

Dalam asuhan keperawatan fokus tindakan keperawatan ini sebelumnya penulis mendatangi pasien untuk meminta kesediaan menjadikan partisipan. Penulis juga harus melalui beberapa tahap penggunaan perizinan dan setelah mendapat persetujuan barulah dilaksanakan penelitian dengan memperhatikan etika-etika penelitian, yaitu:

a. *Informed Consent*

Penulis menggunakan informed consent sebagai suatu cara persetujuan antara peneliti dengan keluarga, dengan memberikan lembar persetujuan (*informed consent*). *Informed consent* tersebut diberikan sebelum tindakan keperawatan dilaksanakan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi sasaran asuhan penelitian. Tujuan *informed consent* adalah agar keluarga mengerti maksud dan tujuan, mengetahui dampaknya, jika keluarga bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan.

b. *Anonymity (Tanpa Nama)*

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