

BAB III

METODE

A. Pendekatan Asuhan Keperawatan

Laporan tugas akhir ini dibuat dengan menggunakan rancangan studi kasus melalui pendekatan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah kesehatan yang pasien alami. Asuhan ini berfokus pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigenasi di RSUD Dr.A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung tahun 2023.

B. Subyek Asuhan Keperawatan

Subyek asuhan dalam tugas akhir ini adalah 2 pasien yang di diagnosa medis Pneumonia serta mengalami gangguan pemenuhan oksigenasi 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 dengan diagnosis Pneumonia.
5. Pasien yang dirumah 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. Fokus Studi

Asuhan ini berfokus pada pasien pneumonia dengan gangguan kebutuhan pemenuhan oksigenasi di RSUD Dr.A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung tahun 2023 pada tanggal 9-14 Januari 2023.

D. Lokasi dan Waktu Asuhan Keperawatan

1. Lokasi

Lokasi dilakukan di ruang paru RSUD Dr.A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung tahun 2023.

2. Waktu

Waktu dilakukan pada tanggal 9-14 Januari di ruang paru RSUD Dr.A.Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung tahun 2023.

E. Definisi Operasional

1. Oksigenasi merupakan proses penambahan O₂ ke dalam sistem (kimia atau fisika). Oksigen berupa gas tidak berwarna dan tidak berbau, yang mutlak dibutuhkan dalam proses metabolisme sel. Akibat oksigenasi terbentuklah karbon dioksida, energi, dan air. Walaupun begitu, penambahan CO₂ yang melebihi batas normal pada tubuh, akan memberikan dampak yang cukup bermakna terhadap aktivitas sel (Sutanto & Fitriani,2021). Hasil pengukuran pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigenasi khususnya pada pasien pneumonia dengan diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu dengan menggunakan SPO₂. Pneumonia adalah infeksi saluran napas bawah yang disebabkan bakteri, virus, jamur, protozoa atau parasit. Faktor resiko pneumonia antara lain usia lanjut, imunitas yang terganggu, adanya,penyakit paru yang mendasari, alkoholisme, perubahan kesadaran, gangguan menelan, merokok, intubasi endotrakae, malnutrisi,imobilisasi, penyakit jantung atau hati, dan tinggal di panti jompo (Soetmadji et al.2019).
2. Asuhan keperawatan merupakan proses sistematis, terstruktur, dan integratif dalam badan keilmuan keperawatan (Koerniawan et al. 2020) Asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia merupakan bentuk pelayanan keperawatan yang professional yang diberikan kepada yang menderita Pneumonia menggunakan metodologi proses keperawatan. Proses keperawatan sendiri meliputi pengkajian,diagnosa keperawatan, perencanaan, intervensi dan evaluasi.

F. Instrumen Asuhan Keperawatan

Alat ukur yang digunakan dalam penulisan laporan tugas akhir ini yaitu wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.

G. Metode Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data

Asuhan keperawatan pada kedua pasien pneumonia ini penulis menggunakan alat pengumpulan data berupa alat pemeriksaan fisik yaitu pemeriksaan tanda-tanda vital seperti: tensimeter, oksimetri, stetoskop, termometer, masker, handscoon, buku catatan dan pena. Kemudian hasil pengukuran dimasukkan kedalam format pengkajian KMB.

2. Teknik pengumpulan data

Metode pengumpulan data adalah suatu cara yang digunakan penulis untuk melakukan pendekatan subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2015 dalam Ratnawati & Arifin, 2015) Pengumpulan data meliputi:

a. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung. Metode dapat dilakukan apabila perawat ingin mengetahui hal-hal dari responden secara mendalam serta mendalam serta jumlah responden sedikit. Penulis dalam menjalankan laporan tugas akhir menggunakan metode wawancara meliputi: dari pengkajian identitas, riwayat kesehatan sekarang, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit masa lalu, riwayat penyakit keluarga, anamnesa pengkajian fungsional.

b. Observasi

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan mengadakan melalukan pengamatan secara langsung kepada responden perawat untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti. Pengumpulan data dengan cara observasi ini dapat digunakan apabila objek perawat adalah perilaku manusia, proses kerja, atau responden kecil. Peneliti

dalam menjalankan laporan tugas akhir menggunakan metode observasi baik secara langsung ke pasien maupun secara berkas-berkas dalam pemeriksaan penunjang.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah cara pengumpulan data yang bermanfaat dari kebutuhan dasar klien yang menggunakan metode atau teknik P.E. (*Physical Examination*) yang terdiri dari Inspeksi, palpasi, perkusi maupun auskultasi (Budiono & Pertami,2019).

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan-kelainan dari suatu system atau suatu organ bagia tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi).

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang adalah cara pengumpulan data yang menggunakan alat bantuan untuk memperoleh informasi yang lebih akurat.

3. Sumber data

Sumber data keperawatan sesuai dengan jenis data yang di inginkan.Sumber-sumber data yang dapat kita peroleh sesuai dengan jenis data yang diperlukan dalam pengkajian.

Menurut Budiono dan Pertami (2019) sumber data tersebut yaitu sebagai berikut:

a. Sumber data primer

Pasien adalah sebagai sumber utama data (primer) dan dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai kesehatan pasien. 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.

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. Konsultasi

Dalam kadang terapis memerlukan konsultasi dengan anggota kesehatan spesialis, khususnya dalam menentukan diagnosis atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis.

f. Hasil pemeriksaan diagnostic

Hasil pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik, dapat digunakan sebagai data objektif dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan klien. Hasil pemeriksaan diagnostik dapat juga digunakan untuk membantu mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan.

g. Perawat lain

Jika pasien adalah rujukan dari pelayanan kesehatan lain maka harus meminta informasi kepada teman sejawat yang telah merawat klien sebelumnya. Hal ini untuk kelanjutan tindakan keperawatan yang telah diberikan.

h. Kepustakaan

Untuk mendapatkan data dasar klien yang komprehensif dapat membaca literatur yang berhubungan dengan klien. Memperoleh literatur sangat membantu dalam memberika asuhan keperawatan yang benar dan tepat.

H. Analisis Data dan Penyajian Data

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

1. Narasi

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

2. Tabel

Penyajian data dalam bentuk tabel merupakan bentuk penyajian data yang dimasukkan dalam kolom atau baris tertentu. Penyajian ini berisi pengkajian, rencana tindakan keperawatan, dan implementasi sampai dengan evaluasi.

I. Etika keperawatan

Etika keperawatan merupakan suatu ungkapan tentang bagaimana perawat wajib bertingkah laku: Jujur terhadap pasien, menghargai pasien serta beradvokasi atas nama pasien (Crishartanto Simanungkalit, 2019) Prinsip etik tersebut diantaranya adalah:

1. Otonomi (*autonomi*)

Otonomi adalah kemampuan seseorang untuk menentukan sendiri atau mengatur sendiri. Prinsip ini berarti menghargai manusia sebagai seseorang yang mempunyai harga diri & martabat yang mampu menentukan sesuatu bagi dirinya.

2. Azaz manfaat / Berbuat baik (*beneficence*)

Setiap keputusan yang dibuat diupayakan disesuaikan berdasarkan keinginan untuk melakukan yang terbaik dan tidak merugikan pasien. Contoh perawat menasihati pasien tentang program latihan untuk memperbaiki kesehatan secara umum, tetapi tidak seharusnya melakukannya apabila pasien dalam keadaan resiko serangan jantung.

3. Keadilan (*justice*)

Prinsip keadilan 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 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.

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 pasien harus dijaga privasi nya. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen

catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan pasien.

8. Akuntabiliti (*accountability*)

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