

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan

Fokus asuhan pada laporan tugas akhir ini adalah asuhan kebutuhan dasar manusia pada pasien yang mengalami gangguan kebutuhan aktivitas dan istirahat dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan di RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo Kota Bandar Lampung tahun 2024.

B. Subjek Asuhan

Subjek asuhan keperawatan berfokus kepada 2 pasien asuhan dengan gangguan kebutuhan aktivitas yang akan dilakukan di Ruang Syaraf Rumah Sakit A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung dengan kriteria sebagai berikut :

1. Pasien berusia 53-75 tahun yang berada di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo Kota Bandar Lampung
2. Pasien mengalami gangguan kebutuhan aktivitas dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.
3. Pasien dengan lama perawatan 3 hari
4. Bersedia mengikuti secara sukarela dengan menandatangani lembar persetujuan *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi

Lokasi asuhan keperawatan dilakukan diruang syaraf RS A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung.

2. Waktu

Asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 02 Januari sampai 06 Januari 2024.

D. Alat pengumpulan data

1. Alat pengumpulan data

Dalam menyusun Laporan Asuhan Keperawatan ini menggunakan Formulir Asuhan Keperawatan Medikal Bedah. Formulir tersebut

meliputi proses pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan.

2. Teknik pengumpulan data

Menurut kozier, dkk (2016). Pengumpulan data adalah proses mengumpulkan informasi tentang status kesehatan pasien. Proses ini harus sistematis atau kontinu untuk mencegah kehilangan data yang signifikan dan menggambarkan perubahan status kesehatan pasien.

Pengumpulan data meliputi :

a. Wawancara

Wawancara merupakan komunikasi yang direncanakan atau perbincangan dengan suatu tujuan misalnya, mendapatkan atau memberikan informasi mengidentifikasi masalah keprihatinan bersama, memberikan dukungan atau terapi. Salah satu contoh wawancara yaitu riwayat kesehatan keperawatan yang merupakan pengkajian keperawatan saat masuk ke rumah sakit.

b. Observasi

Teknik observasi dilakukan dengan menggunakan indera penglihatan dan pendengaran, dan pembau. Teknik ini digunakan untuk mengetahui kondisi pasien yang dapat diamati secara langsung tanpa perlu menggunakan alat bantu. Adapun data yang dikaji dengan metode observasi yakni kondisi umum pasien sebelum dan sesudah pelaksanaan tindakan keperawatan.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik ialah pemeriksaan yang dilakukan secara menyeluruh dari ujung kepala hingga ujung kaki pasien (head to toe). Pemeriksaan fisik dilakukan dengan 4 cara yakni inspeksi (melihat), palpasi (meraba), perkusi (mengetuk), dan auskultasi (mendengar).

d. Pemeriksaan Penunjang

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

3.Sumber Data

Sumber data adalah subjek dari asal data penelitian itu diperoleh berdasarkan sumber nya data dibagi menjadi:

a. Data primer

Data primer adalah data yang didapatkan melalui pengkajian secara langsung kepada pasien berupa data subjektif yang dikeluhkan pasien dan data objektif dari hasil pemeriksaan fisik pada pasien yang sudah dilakukan.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang didapatkan dari wawancara dengan keluarga, catatan keperawatan dan hasil-hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi, ekg, sebagai data tambahan yang mendukung untuk masalah kesehatan pasien tersebut.

E. Penyajian data

Menurut (Sutriawan,2021) pelaksana menyajikan data pada laporan tugas akhir ini dengan penyajian data dalam bentuk uraian kalimat dan juga dalam bentuk tabel dan grafik.

1. Narasi

Pelaksana akan menggunakan penyajian secara teks yaitu penyajian data hasil laporan tugas akhir akan ditulis dalam bentuk kalimat. Contohnya, penulis memaparkan hasil dari pengkajian pada pasien sebelum dan sesudah diberikan. Asuhan keperawatan dalam bentuk kalimat penyajian dalam bentuk teks hanya digunakan penulis untuk memberikan informasi melalui kalimat yang mudah dipahami pembaca.

2. Tabel

Pelaksana juga akan menuliskan hasil laporan dalam bentuk table yang merupakan suatu penyajian yang sistematis. Yang tersusun dalam kolom atau jajaran.Penyajian dalam bentuk tabel berisi pengkajian, rencana tindakan keperawatan, dan implementasi serta evaluasi. Dalam laporan ini, penulis akan menyajikan data dalam bentuk narasi dan tabel. Narasi digunakan untuk data hasil pengkajian dan table

digunakan untuk rencana keperawatan, implementasi, dan evaluasi dari pasien yang dilakukan asuhan keperawatan.

A. Etika Keperawatan

Prinsip etik yang digunakan pelaksana dalam asuhan keperawatan menurut (Barbara, 2017) fokus tindakan keperawatan ini adalah prinsip etik keperawatan dalam memberikan layanan keperawatan kepada individu, kelompok atau keluarga dan masyarakat. Prinsip-prinsip etika keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Otonomi (*Autonomy*)

adalah hak untuk membuat keputusan mandiri. Perawat yang mematuhi prinsip ini menyadari bahwa setiap klien unik, berhak menjadi dirinya sendiri, dan berhak memilih tujuan pribadinya. Menghormati prinsip otonomi berarti perawat harus menghargai hak pasien untuk membuat keputusannya sendiri meski menurut pandangan perawat pilihan yang ditentukan tidak sesuai dengan kepentingan pasien.

2. Tidak Merugikan (*Non maleficence*)

Adalah kewajiban yang tidak membahayakan. Meski tampak mudah pada kenyataannya prinsip ini sulit dilakukan. Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik psikologis selama perawat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan keluarga.

3. Berbuat baik (*Beneficence*)

Beneficence adalah melakukan sesuatu yang baik. Kebaikan memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Prinsip ini menuntut penulis untuk melakukan atau berbuat baik dan tidak merugikan orang lain.

4. Keadilan (*Justice*)

Prinsip ini dilakukan untuk memberikan keadilan kepada pasien, dan memberikan apa yang menjadi kebutuhan pasien.

5. Menepati Janji (*Fidelity*)

Prinsip fidelity dibutuhkan untuk menghargai janji dan komitmen terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia pasien, ketaatan, kesetiaan adalah kewajiban seseorang untuk mempertahankan komitmen yang dibuat.

6. Kejujuran (*Veracity*)

Prinsip veracity ini mengarahkan pelaksana untuk menghindari melakukan kebohongan atau melakukan penipuan kepada pasien. Dari prinsip inilah yang membuat hubungan perawat dan pasien agar saling percaya.

7. Akuntabilitas (*Akuntability*)

Merupakan standar yang pasti bahwa tindakan seorang perawat yang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali.

8. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang pasien harus dijaga privasi pasien. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan pasien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan pasien.

9. *Informed Consent*

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