

## **BAB III**

### **METODE**

Pada Laporan tugas akhir ini penulis melakukan pendekatan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang dialami, khususnya gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi pada pasien PPOK & Asma di Ruang Flamboyan RS Mardi Waluyo Metro Tahun 2024. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulis adalah asuhan keperawatan kritis.

#### **A. Subyek Asuhan**

Subyek asuhan keperawatan pada laporan tugas akhir ini adalah satu pasien dengan diagnosis medis PPOK & Asma di Ruang Flamboyan RS Mardi Waluyo Metro yang mengalami gangguan oksigenasi dengan kriteria;

1. Pasien dengan pemantauan yang ketat (secara fisiologis tidak stabil)
2. Pasien dengan gangguan kebutuhan oksigenasi
3. Pasien tanpa batasan usia
4. Pasien dengan bedrest total
5. Pasien/keluarga bersedia untuk menerima asuhan keperawatan

#### **B. Lokasi dan Waktu**

1. Lokasi Asuhan

Lokasi asuhan keperawatan dilakukan di Ruang Flamboyan RS Mardi Waluyo.

2. Waktu Asuhan

Waktu asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 01-04 Januari Tahun 2024.

#### **C. Pengumpulan Data**

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

Alat yang digunakan dalam Menyusun laporan tugas akhir ini adalah lembar format asuhan keperawatan kritis, yang meliputi proses pengkajian primer dan sekunder, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi

Tindakan yang dilakukan. Adapun alat yang digunakan dalam proses asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi pada pasien Asma & PPOK diruang Flamboyan terdiri dari alat-alat pemantauan tanda-tanda vital dan alat pemeriksaan fisik.

## 2. Teknik Pengumpulan Data

Menurut (Potter & Perry, 2018), teknik pengumpulan data yang diperlukan dalam melakukan pengkajian untuk memperoleh data sebagai berikut:

### a. Anamnesis

Anamnesis adalah suatu proses tanya jawab atau komunikasi untuk mengajak klien dan keluarga bertukar pikiran dan perasaan, mencakup keterampilan secara verbal dan nonverbal, empati, dan rasa kepedulian yang tinggi. Adapun tujuan melakukan anamnesis atau komunikasi ini meliputi :

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

### b. Observasi

Observasi merupakan pengamatan perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien. Kegiatan observasi meliputi *2S HFT* : *Sight* yaitu seperti kelainan fisik, perdarahan, terbakar, menangis; *Smell* yaitu seperti alcohol, darah, feces, medicine, urine; *Hearing* yaitu seperti tekanan darah, batuk, menangis, ekspresi nyeri, *heart rate* dan ritme, sedangkan *Taste* meliputi sentuhan.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang anda lakukan dengan menggunakan teknik P.E (*Physical Examination*) yang terdiri atas:

- 1) Inpeksi, yaitu teknik yang dapat anda lakukan dengan proses observasi yang dilaksanakan secara sistemik.
- 2) Palpasi, yaitu suatu teknik yang dapat anda lakukan dengan menggunakan indera peraba. Langkah-langkah yang perlu di perhatikan adalah:
  - a) Ciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman, dan santai
  - b) Tangan anda harus dalam keadaan kering, hangat, dan kuku pendek
  - c) Semua bagian nyeri di lakukan palpasi yang paling akhir.
- 3) Perkusi, adalah pemeriksaan yang dapat anda lakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara. Perkusi, bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk, dan konsentrasi jaringan.
- 4) Auskultasi, merupakan pemeriksaan yang dapat anda lakukan dengan mendengarkan suara yang di hasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

**3. Sumber Data**

Menurut (Potter & Perry, 2018), sumber-sumber data yang diperoleh sesuai dengan jenis data yang diperlukan dalam pengkajian sebagai berikut;

a. Sumber data primer

Klien adalah sebagai sumber utama data (primer) yang diperlukan dalam menggali informasi yang sebenarnya mengenai masalah kesehatan klien. Apabila klien dalam

keadaan tidak sadar, mengalami gangguan bicara, atau pendengaran, klien masih bayi atau karena beberapa sebab, maka dapat menggunakan data objektif untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

b. Sumber data sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang diperoleh dari orang terdekat klien seperti, orang tua, suami atau istri, anak, teman klien, jika klien mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi atau kesadaran menurun.

c. Sumber data lainnya

- 1) Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya. Catatan kesehatan terdahulu dapat digunakan sebagai informasi yang dapat mendukung rencana tindakan keperawatan.
- 2) Riwayat penyakit. Pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan merupakan riwayat pemeriksaan penyakit yang dapat dijadikan informasi pendukung yang dapat difokuskan pada identifikasi patologis untuk menentukan rencana tindakan medis.
- 3) Konsultasi. Kolaborasi dengan anggota tim kesehatan spesialis sangat diperlukan dalam menentukan diagnosis medis dan merencanakan serta melakukan tindakan medis.
- 4) Hasil pemeriksaan diagnostic. Pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik dapat digunakan sebagai data objektif dalam menentukan masalah kesehatan klien.
- 5) Perawat lain. Rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya yang sebelumnya telah merawat pasien sangat diperlukan dalam menentukan kelanjutan tindakan yang telah diberikan.
- 6) Kepustakaan. Untuk mendapatkan data dasar klien yang komprehensif dapat diperoleh dengan membaca literatur yang berhubungan dengan masalah kesehatan klien.

## **D. Penyajian Data**

Penulis menyajikan data pada penelitian ini dengan bentuk narasi dan juga dalam bentuk tabel.

### **1. Narasi**

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

### **2. Tabel**

Penulis juga akan menuliskan hasil laporan dalam bentuk tabel 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.

## **E. Prinsip Etik**

Menurut (Potter & Perry, 2018) prinsip etik dalam keperawatan adalah sebagai berikut;

### **1. Otonomi (*autonomy*)**

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Prinsip otonomi juga merupakan bentuk respek terhadap klien atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri. Praktek profesional merefleksikan otonomi saat perawat menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya

## **2. Berbuat baik (*Beneficence*)**

*Beneficence* berarti, hanya melakukan sesuatu yang baik. Setiap kali bertindak atau bekerja senantiasa didasari prinsip berbuat baik kepada klien. Kebaikan memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain.

## **3. Keadilan (*Justice*)**

Prinsip keadilan harus ditumbuh kembangkan dan dibutuhkan dalam diri perawat, perawat bersikap sama dan adil terhadap orang lain dan menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan.

## **4. Tidak merugikan (*Non Malaficience*)**

Prinsip tidak merugikan harus dipegang setiap perawat, yang berarti tidak menimbulkan bahaya, cedera, atau kerugian fisik maupun psikologis pada klien akibat praktik asuhan keperawatan yang diberikan kepada individu maupun kelompok.

## **5. Kejujuran (*Veracity*)**

Prinsip *veracity* berarti penuh dengan kebenaran, perawat harus menerapkan prinsip nilai ini setiap memberikan pelayanan keperawatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien dan meyakinkan bahwa klien sangat mengerti. Informasi yang disampaikan harus ada agar menjadi akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada, dan mengatakan yang sebenarnya kepada klien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan.

## **6. Menepati janji (*Fidelity*)**

Prinsip *fidelity* dibutuhkan oleh setiap perawat untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia klien. Kesetiaan menggambarkan kepatuhan perawat

terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar dari perawat adalah untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan Kesehatan dan meminimalkan penderitaan.

**7. Kerahasiaan (*Confidentiality*)**

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang klien harus dijaga privasi klien. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan Kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien. Tidak ada seorangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diizinkan oleh klien dengan bukti persetujuan.

**8. Akuntabilitas (*Accountability*)**

Akuntabilitas merupakan standar yang pasti bahwa Tindakan seseorang professional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali.