

BAB III

METODE PENULISAN

A. Jenis dan Rancangan Penulisan

Karya Ilmiah ini menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Karya Ilmiah ini penulis menggunakan pendekatan dengan studi kasus asuhan keperawatan perioperatif khususnya post operatif di ruang ICU yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Asuhan keperawatan pada pasien *post craniotomy* dengan masalah keperawatan gangguan penyapihan ventilator dan intervensi guna mencegah terjadinya *Ventilator Associated Pneumonia (VAP)* di ruang icu RSUD Dr. H. Abdul Moeloek

B. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Pemberian Asuhan

Lokasi pelaksanaan asuhan keperawatan ini dilakukan di ruang ICU RSUD Dr. H. Abdul Moeloek mengingat bahwa RS ini merupakan RS rujukan tertinggi yang ada di Provinsi Lampung dengan klasifikasi Rumah Sakit Umum Kelas A dimana RS ini memiliki berbagai dokter spesialis dan subspecialis sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010.

2. Waktu Pemberian Asuhan

Waktu pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan perioperatif ini dilakukan pada tanggal 29 Mei – 3 Juni 2023

C. Subjek Kasus

Subyek asuhan keperawatan dilakukan pada dua orang pasien dewasa *post craniotomy* atas indikasi stroke perdarahan dengan masalah keperawatan gangguan penyapihan ventilator dan sudah terpasang ventilator lebih dari 48 jam serta tidak ada kontraindikasi untuk dilakukan bundle VAP di ruang ICU RSUD Dr. H. Abdul Moeloek

D. Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data

Alat yang digunakan oleh penulis dalam menyusun laporan karya ilmiah ini yaitu lembar format asuhan keperawatan, rekam medis dan lembar observasi *Clinical Pulmonary Infection Score* (CPIS) untuk menilai atau menegakkan adanya VAP pada pasien dengan ventilator.

2. Teknik Pengumpulan Data

1) Prosedur administratif

Setelah mendapatkan surat izin dari Program Studi Ners Jurusan Keperawatan berdasarkan hasil uji laik etik, dilanjutkan dengan proses perizinan dari RS. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tempat pemberian asuhan keperawatan ini dilakukan. Selanjutnya penulis melakukan sosialisasi rencana asuhan keperawatan pada pasien pasca kraniotomi dengan masalah keperawatan resiko infeksi dan terpasang ventilator lebih dari 48 jam kepada dokter, manajer pelayanan, kepala ruangan serta perawat yang bertugas di ruang ICU. Kemudian penulis melakukan informed consent kepada keluarga pasien untuk diberikan asuhan keperawatan oleh penulis tanpa adanya paksaan.

2) Prosedur Pelaksanaan

1) Penulis memilih 2 orang pasien yang sedang dirawat di ruang ICU yang memiliki kriteria sama sesuai dengan rancangan yaitu pasien pasca kraniotomi atas indikasi stroke perdarahan dengan masalah keperawatan gangguan penyapihan ventilator.

2) Pengamatan

Dalam pemberian asuhan ini pengamatan dilakukan saat melakukan pengkajian berupa menilai kondisi pasien, kesiapan pasien untuk menerima intervensi keperawatan. Pengamatan juga dilakukan setelah selesai diberikan intervensi dimana penulis mengamati respon pasien untuk selanjutnya melakukan evaluasi apakah intervensi perlu dilanjutkan atau tidak.

3) Wawancara

Wawancara pada penyusunan laporan akhir ini penulis tidak dapat melakukan wawancara langsung terhadap kedua pasien yang dirawat disebabkan oleh kondisi pasien yang menggunakan ventilator sehingga tidak memungkinkan untuk melakukan komunikasi dua arah. Wawancara dilakukan terhadap keluarga pasien dimana hal ini dilakukan untuk mengetahui riwayat perjalanan penyakit pasien, riwayat penyakit dahulu serta riwayat penyakit keluarga.

4) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara head to toe, diantaranya:

- a) Inspeksi: Frekuensi napas yang meningkat, Penggunaan otot bantu napas, Napas megap-megap, Napas dangkal, Nafas paradox abdominal, Upaya napas dan bantuan ventilator tidak sinkron, Agitasi, Lelah, Gelisah, Warna kulit abnormal (mis. Pucat, sianosis), Ekspresi wajah takut,
- b) Palpasi: adanya nyeri tekan sekitar dada.
- c) Auskultasi: adanya sura napas tambahan berupa ronkhi.
- d) Perkusi: perkusi bagian dada.
- e) Studi dokumentasi atau rekam medik adalah pengumpulan data yang diambil berdasarkan data sekunder pasien yang ada di rekam medik.

3. Analisa Data

Analisa data yang digunakan dalam penulisan ini adalah dengan menggunakan catatan keperawatan berupa evaluasi keperawatan dari implementasi yang telah diberikan dengan menggunakan berbagai indikator diantaranya adalah sesuai Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) serta *score cpis* untuk menilai kejadian VAP pada pasien.

E. Prinsip Etik

Prinsip etika yang digunakan penulis dalam membuat asuhan keperawatan fokus tindakan keperawatan ini adalah prinsip etika keperawatan dalam memberikan layanan keperawatan kepada individu, kelompok atau keluarga dan masyarakat. Menurut (Potter&Perry, 2010) . Peneliti sudah melakukan kaji etik dan telah terbit dengan no layak etik No.363/KEPK-TJK/V/2023, prinsip etik yang digunakan antara lain:

1. *Autonomy* (otonomi)

Penulis menjelaskan setiap rencana tindakan berupa prosedur bundle VAP khususnya pelaksanaan oral hygiene, head up serta pengisapan lendir oropharyngeal yang akan dilakukan terhadap keluarga pasien, serta meminta pendapat keluarga pasien tentang tindakan yang akan diberikan dan menghargai keputusan keluarga pasien.

2. *Benefice* (berbuat baik)

Penulis memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan SPO (standar prosedur operasional) yang ada di rumah sakit, berbuat baik dalam setiap melakukan tindakan.

3. *Non-maleficience* (tidak mencederai)

Dalam memberikan asuhan keperawatan penulis tidak mencederai atau merugikan pasien. Memberi intervensi secara profesional dan perawat mencoba menyeimbangkan antara resiko dan keuntungan dari rencana pelayanan yang diberikan.

4. *Justice* (keadilan)

Penulis memperhatikan hak pasien dalam melakukan tindakan keperawatan, meminta persetujuan keluarga sebelum melakukan tindakan, menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dan menghargai keputusan keluarga pasien.

5. Kesetiaan (*fidelity*)

Penulis menepati janji jam akan dilaksanakan tindakan pada pasien, datang tepat waktu untuk melakukan tindakan yang sudah dijanjikan kepada pasien. Penulis melakukan oral hygiene dengan menggunakan chlorhexidine setiap jam 9 pagi dan jam 5 sore, dan berusaha menanggapi pertanyaan yang ditanyakan oleh keluarga pasien.

6. *Akuntabilitas*

Penulis mampu menjelaskan alasan tindakannya. Dengan adanya akuntabilitas ini penulis dapat belajar untuk menjamin tindakan profesional yang akan dilakukan pada pasien.

7. *Confidentiality*

Penulis menjaga rahasia pasien apabila melanggar akan terkena sanksi seperti menyalin rekam medis tanpa izin. Menjaga rahasia pasien seperti menyamarkan alamat tempat tinggal, nama pasien ditulis dalam nama singkat, tidak menyebarkan rekam medis pasien.

8. *Veracity* (kejujuran)

Penulis melakukan tindakan penuh dengan kebenaran. Menceritakan perkembangan pasien, tentang kondisi pasien dan hal terburuk yang akan terjadi kepada keluarga pasien.