

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Fokus asuhan pada laporan tugas akhir ini adalah asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas dan istirahat pada pasien stroke menggunakan pendekatan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik

B. Subjek Asuhan Keperawatan

Subjek asuhan keperawatan berfokus kepada 2 pasien asuhan dengan gangguan kebutuhan aktivitas dan istirahat yang akan dilakukan di Ruang Cagar Budaya RS Urip Sumoharjo tahun 2024 dengan kriteria sebagai berikut :

1. Pasien tirah baring.
2. Pasien mengalami kelemahan anggota gerak otot minimal 2
3. Pasien yang mengalami atau terdiagnosis stroke di ruang Cagar Budaya RS Urip Sumoharjo Bandar Lampung.
4. Pasien merupakan seseorang yang memiliki gangguan kebutuhan aktivitas dan istirahat.
5. Pasien yang menjadi bahan kajian usia dari > 65 tahun

C. Lokasi dan Waktu Asuhan Keperawatan

1. Lokasi Asuhan Keperawatan
Lokasi asuhan keperawatan dilakukan di ruang Cagar Budaya RS Urip Sumoharjo Bandar Lampung.
2. Waktu Asuhan Keperawatan
Asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 04 Januari sampai 10 Januari 2024.

D. Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data

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

Pengumpulan data merupakan suatu kegiatan asuhan keperawatan untuk mendapatkan data-data dari pasien. Alat ukur pengumpulan data supaya dapat memperkuat hasil asuhan keperawatan. Berikut ini beberapa teknik pengumpulan data:

a. Wawancara

Wawancara merupakan komunikasi yang direncanakan atau perbincangan dengan suatu tujuan misalnya, mendapatkan atau memberikan informasi mengidentifikasi masalah keprihatinan bersama, memberikan dukungan atau memberikan konseling atau terapi. Salah satu contoh wawancara yaitu riwayat kesehatan keperawatan yang merupakan pengkajian keperawatan saat masuk ke rumah sakit seperti identitas pasien dan riwayat pasien (nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat), keluhan pasien, riwayat alergi, riwayat penyakit. Seorang pasien datang ke klinik dengan keluhan utama tentang penyakit yang sedang dia alami saat ini. Namun, sebelum kita memperdalam masalah kesehatan saat ini, penting untuk mengidentifikasi riwayat penyakit keluarga dan pola-pola kehidupan yang mungkin mempengaruhi kondisi kesehatan saat ini. Riwayat penyakit keluarga pasien perlu dieksplorasi untuk memahami faktor risiko genetik yang mungkin berkontribusi terhadap penyakit saat ini. Pola aktivitas sehari-hari pasien juga penting untuk diperhatikan, termasuk tingkat aktivitas fisik dan pekerjaan atau kegiatan lain yang

dilakukan secara teratur. Selain itu, pola eliminasi, nutrisi, istirahat dan tidur perlu dievaluasi untuk menilai keseimbangan dalam pola-pola ini yang dapat memengaruhi kesehatan secara keseluruhan. Faktor-faktor seperti kebiasaan makan, pola tidur, dan pola buang air dapat memberikan wawasan tentang kesehatan pasien secara menyeluruh. Selanjutnya, pola fungsional pasien, termasuk kemampuan fisik dan mentalnya, serta persepsi kognitif terhadap kesehatannya, perlu dinilai. Hal ini mencakup aspek-aspek seperti kemampuan berkomunikasi, bergerak, dan menjalankan aktivitas sehari-hari. Selain itu, pola keyakinan dan konsep diri pasien juga berperan penting dalam kesehatan mental dan emosionalnya. Memahami bagaimana pasien mempersepsikan dirinya sendiri dan keyakinan yang dimilikinya dapat membantu dalam menyusun rencana perawatan yang sesuai. Terakhir, penting untuk mendengarkan persepsi pasien terhadap penyakitnya. Hal ini dapat memberikan wawasan tentang bagaimana kondisi kesehatan saat ini memengaruhi kehidupan sehari-hari dan kualitas hidup pasien secara keseluruhan.

b. Observasi

Pengambilan data melalui observasi Tahap kedua pada pengumpulan data adalah observasi. Observasi adalah pengamatan perilaku dan keadaan pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan pasien. Kegiatan observasi meliputi pengkajian pada pasien gangguan aktivitas dan istirahat. Pengamatan merupakan salah satu metode penting dalam mengumpulkan data yang dapat membantu perawat memahami kondisi kesehatan pasien dan merencanakan perawatan yang sesuai. Berikut adalah beberapa data pengkajian keperawatan yang dapat diperoleh melalui observasi/ Mengkaji riwayat keperawatan oleh mahasiswa keperawatan. Mahasiswa datang ke ruangan pasien yang sudah menjadi sasaran agar dapat mengkaji data untuk memformulasi diagnosis keperawatan dan merencanakan asuhan.

- 1) Gerakan Tubuh:Memperhatikan perubahan dalam gerakan tubuh, seperti kesulitan bergerak atau tics yang mungkin menunjukkan masalah neurologis.
- 2) Postur Tubuh: Melihat postur tubuh pasien untuk mendapatkan petunjuk tentang kenyamanan atau ketidaknyamanan.
- 3) Intake Makanan: Memeriksa apakah pasien mengonsumsi makanan dan minuman dengan baik atau mengalami kesulitan makan.
- 4) Tekanan Darah: Mengamati tekanan darah pasien saat beristirahat atau saat aktivitas tertentu.
- 5) Denyut Nadi dan Suhu: Melakukan pengukuran denyut nadi dan suhu untuk mengevaluasi fungsi kardiovaskular dan status termoregulasi.
- 6) Kemampuan Mobilitas: Mengamati kemampuan pasien untuk bergerak dan berpindah tempat, termasuk adanya kelemahan atau keterbatasan gerak.
- 7) Keseimbangan:Melihat keseimbangan pasien saat berdiri atau berjalan.
- 8) Durasi dan Kualitas Tidur: Mengamati pola tidur pasien, termasuk durasi tidur malam dan tanda-tanda insomnia atau gangguan tidur lainnya.
- 9) Respons terhadap Obat atau Terapi: Melihat respons pasien terhadap obat atau terapi yang diberikan, termasuk adanya efek samping atau perbaikan kondisi.

c. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi

Inspeksi adalah metode pemeriksaan pasien dengan melihat langsung seluruh tubuh pasien atau hanya bagian tertentu yang diperlukan (rambut, kulit, kuku, sikap, dan lain lain).

Pemeriksaan kemudian maju ke suatu inspeksi lokal yang berfokus pada suatu sistem tunggal atau bagian dan biasanya menggunakan alat khusus seperti oftalmoskop, otoskop, spekulum, dan lain lain. (widodo, 2017)

2) Palpasi

Pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian tubuh dengan menggunakan jari atau tangan. Palpasi adalah metode pemeriksaan pasien dengan menggunakan sense of touch untuk menentukan, sebagai berikut :

- (a) Tekstur rambut pasien.
- (b) Temperatur area kulit.
- (c) Vibrasi.
- (d) Posisi, ukuran, konsistensi, dan mobilitas organ.
- (e) Distensi kandung kemih.
- (f) Frekuensi pernafasan atau denyut nadi perifer.
- (g) Nyeri tekan. (widodo, 2017).

3) Perkusi

Perkusi adalah metode pemeriksaan dengan mengetuk area permukaan tubuh guna memperoleh bunyi yang dapat didengar atau vibrasi yang dapat dirasakan. Perkusi dilakukan untuk mendengarkan/mendeteksi adanya gas, cairan, atau massa di dalam abdomen serta untuk menentukan ukuran dan bentuk organ-organ internal (organ dalam). (widodo, 2017).

4) Auskultasi

Auskultasi adalah metode pemeriksaan pasien dengan menggunakan stetoskop untuk memperjelas pendengaran. Metode ini digunakan untuk mendengarkan bunyi jantung, paru paru, bising usus, serta untuk mengukur tekanan darah dan denyut nadi. Selain itu, auskultasi juga bermanfaat untuk mengetahui adanya kelainan pada rongga tubuh, mendengarkan bunyi jantung janin, dan menentukan letak posisi janin. (widodo, 2017).

3. Sumber Data

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. Data primer dalam keperawatan merujuk pada informasi yang diperoleh secara langsung dari sumber yang berkaitan dengan pasien atau pasien tertentu. Ini adalah data yang dikumpulkan oleh langsung dari pasien atau melalui interaksi langsung dengan mereka. Data primer sangat penting dalam pengkajian keperawatan karena memberikan informasi yang spesifik tentang kondisi, kebutuhan, dan karakteristik individu pasien. Wawancara yaitu riwayat kesehatan keperawatan yang merupakan pengkajian keperawatan saat masuk ke rumah sakit seperti identitas pasien dan riwayat pasien (nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat), keluhan pasien, riwayat alergi, riwayat penyakit. Seorang pasien datang ke klinik dengan keluhan utama tentang penyakit yang sedang dia alami saat ini. Namun, sebelum kita memperdalam masalah kesehatan saat ini, penting untuk mengidentifikasi riwayat penyakit keluarga dan pola-pola kehidupan yang mungkin mempengaruhi kondisi kesehatan saat ini. Riwayat penyakit keluarga pasien perlu dieksplorasi untuk memahami faktor risiko genetik yang mungkin berkontribusi terhadap penyakit saat ini. Pola aktivitas sehari-hari pasien juga penting untuk diperhatikan, termasuk tingkat aktivitas fisik dan pekerjaan atau kegiatan lain yang dilakukan secara teratur. Selain itu, pola eliminasi, nutrisi, istirahat dan tidur perlu dievaluasi untuk menilai keseimbangan dalam pola-pola ini yang dapat memengaruhi kesehatan secara keseluruhan. Faktor-faktor seperti kebiasaan makan, pola tidur, dan pola buang air dapat memberikan wawasan tentang kesehatan pasien secara menyeluruh. Selanjutnya, pola fungsional pasien, termasuk kemampuan fisik dan mentalnya, serta persepsi kognitif terhadap kesehatannya, perlu dinilai. Hal ini mencakup aspek-aspek seperti kemampuan berkomunikasi, bergerak, dan menjalankan aktivitas sehari-hari. Selain itu, pola keyakinan dan konsep diri pasien juga berperan penting dalam kesehatan

mental dan emosionalnya. Memahami bagaimana pasien mempersepsikan dirinya sendiri dan keyakinan yang dimilikinya dapat membantu dalam menyusun rencana perawatan yang sesuai. Terakhir, penting untuk mendengarkan persepsi pasien terhadap penyakitnya. Hal ini dapat memberikan wawasan tentang bagaimana kondisi kesehatan saat ini memengaruhi kehidupan sehari-hari dan kualitas hidup pasien secara keseluruhan

b) Data sekunder

Data sekunder adalah data yang di dapatkan dari wawancara dengan keluarga, catatan keperawatan dan hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi, ekg, sebagai data tambahan yang mendukung untuk masalah kesehatan pasien tersebut. Data sekunder dalam keperawatan merujuk pada informasi yang diperoleh dari sumber-sumber yang tidak langsung terkait dengan pasien atau pasien tertentu. Ini adalah informasi yang sudah ada sebelumnya dan bukan hasil dari interaksi langsung dengan pasien. Dalam mendapatkan data sekunder dapat dilakukan oleh petugas atau perawat melalui catatan media pada pasien yang mencakup riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan fisik, hasil tes diagnostik, dan catatan perawatan sebelumnya. Rekam medis ini dapat memberikan gambaran tentang riwayat kesehatan jangka panjang dan perkembangan kondisi pasien, serta dalam hal ini dengan didukung adanya catatan-catatan yang dibuat oleh perawat atau profesional kesehatan lainnya selama perawatan sebelumnya. Ini mencakup catatan observasi, tindakan perawatan, dan respons pasien terhadap perawatan yang diberikan. Selanjutnya, adanya pada hasil tes laboratorium, seperti tes darah, urin, atau tes fungsi organ, yang dapat memberikan informasi tambahan tentang kondisi pasien, laporan hasil pencitraan medis, seperti radiografi, CT scan, atau MRI, yang membantu dalam menilai struktur dan fungsi organ, dan yang terakhir data sekunder data didapatkan melalui penelitian klinis atau uji klinis yang relevan dengan kondisi atau perawatan pasien. Informasi ini dapat memberikan wawasan tambahan atau opsi perawatan yang mungkin.

E. Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan. Maka, data yang disajikan harus sederhana, jelas agar mudah dibaca. Menurut (Sutriawan, 2021) penulis menyajikan data pada penelitian ini dengan penyajian data penelitian dalam bentuk uraian kalimat dan juga dalam bentuk tabel dan grafik.

1. Narasi

Penulis akan menggunakan penyajian secara teks yaitu penyajian data hasil laporan tugas akhir akan di tulis dalam bentuk kalimat . contohnya, penulis memaparkan hasil dari pengkajian pada pasien sebelum dan sesudahdiberikan. Penyajian data dalam bentuk tulisan atau narasi hanya dipakai untuk data yang jumlahnya kecil dan hanya membutuhkan suatu simpulan sederhana. dalam bentuk teks hanya digunakan penulis untuk memberi informasi melalui kalimat yang mudah dipahami pembaca seperti pada bagian pembahasan mengenai hasil analisis data yang telah jelaskan melalui uraian pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi, serta evaluasi dalam bentuk narasi.

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 disusun oleh penulis pada bab IV pada pengkajian, analisa data, rencana tindakan keperawatan, dan implementasi serta evaluasi yang dilakukan pada ke dua subjek asuhan keperawatan. Tabel dapat digunakan untuk memaparkan sekaligus beberapa variabel hasil observasi, survey, atau penelitian sehingga data mudah dibaca dan dimengerti.

F. Prinsip Etik

Penerapan prinsip etika dalam keperawatan dalam kode etik perawat terkandung prinsip-prinsip dan nilai-nilai utama yang merupakan fokus bagi praktik keperawatan. Prinsip dan nilai bermuara pada interaksi profesional dengan pasien serta menunjukkan kepedulian perawat terhadap hubungan yang telah dilakukan. Prinsip-prinsip etika keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Otonomi (*Autonomy*)

Otonomi berkaitan dengan hak seseorang untuk memilih yang terbaik bagi dirinya sendiri, meskipun demikian terdapat berbagai keterbatasan, terutama yang berkaitan dengan situasi dan kondisi, latar belakang individu, campur tangan hukum dan tenaga kesehatan profesional yang ada..

2. Berbuat Baik (*Beneficence*)

Pada prinsip ini, peneliti hanya melakukan sesuatu yang baik. kebaikan, memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Terkadang dalam situasi pelayanan kesehatan, terjadi konflik antara prinsip ini dengan otonomi.

3. *Justice* (Keadilan)

Peneliti akan memperlakukan semua responden secara adil selama pengumpulan data tanpa adanya diskriminasi, baik yang bersedia mengikuti penelitian maupun yang menolak untuk menjadi responden penelitian.

4. *Non Maleficienci* (Tidak Merugikan)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis selama perawat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan keluarga.

5. *Veracity* (Kejujuran)

Prinsip veracity berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk

mengatakan kebenaran. Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada, dan mengatakan yang sebenarnya kepada pasien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan. Walaupun demikian, terdapat beberapa argumen mengatakan adanya batasan untuk kejujuran seperti jika kebenaran akan kesalahan prognosis pasien untuk pemulihan atau adanya hubungan paternalistik bahwa “doctors know best” sebab individu memiliki otonomi, mereka memiliki hak untuk mendapatkan informasi penuh tentang kondisinya. Kebenaran merupakan dasar dalam membangun hubungan saling percaya.

6. *Fidelity* (Menepati Janji)

Prinsip *fidelity* dibutuhkan individu untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia pasien. Ketaatan, kesetiaan, adalah kewajiban seseorang untuk mempertahankan komitmennya yang dibuatnya. 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. *Veracity* (Kejujuran)

Prinsip *veracity* ini mengarahkan penulis untuk menghindari melakukan kebohongan atau melakukan penipuan kepada pasien. Dari prinsip inilah yang membuat hubungan perawat dan pasien agar saling percaya. *Veracity* adalah prinsip etik yang mengharuskan perawat berkata jujur atas apa yang dialami oleh pasien. Walaupun dikatakan bahwa kondisinya kurang baik atau tidak bisa ditolong

8. *Accountability* (Akuntabilitas)

Aturan Akuntabilitas merupakan standar yang pasti bahwa tindakan

seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali dengan maksud seseorang dapat menjelaskan alasan tindakannya dan dilakukan sesuai SOP.

9. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

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. Data yang didapatkan atau yang dikumpulkan oleh peneliti akan digunakan untuk kepentingan peneliti tertentu dan akan tidak disalahgunakan (dipublikasikan) pada orang lain.

10. *Informed Consent*

Penulis menggunakan informed consent sebagai suatu cara persetujuan antara penelitian dengan keluarga, dengan memberikan lembar persetujuan (*Informed Consent*). *Informed Consent* tersebut diberikan 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.