

## **BAB III**

### **METODE**

#### **A. Fokus Asuhan**

Laporan tugas akhir ini berfokus pada asuhan keperawatan terhadap pasien yang mengalami gangguan dalam kebutuhan aktivitas. Pendekatan yang digunakan dalam asuhan keperawatan ini bertujuan untuk memberikan perawatan yang optimal bagi pasien.

#### **B. Subjek Asuhan**

Subjek asuhan keperawatan berfokus kepada 1 pasien asuhan dengan gangguan kebutuhan aktivitas yang sudah dilakukan di Ruang Penyakit Dalam A RSUD Jenderal Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2025 dengan kriteria sebagai berikut:

- 1) Pasien bedrest
- 2) Pasien dengan gejala parkinson kelamahan pada seluruh tubuh.
- 3) Pasien dengan diagnosis parkinson
- 4) Pasien tampak lemah pada anggota gerak
- 5) Pasien merupakan seseorang yang mengalami gangguan kebutuhan aktivitas.
- 6) Bersedia menandatangani lembar persetujuan informed consent.
- 7) Pasien berusia 80 th

#### **C. Lokasi dan Waktu**

- 1) Lokasi  
Lokasi asuhan keperawatan dilakukan di ruang RPDA RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro.
- 2) Waktu  
Asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 06 Januari- 11 Januari 2025.

## D. Pengumpulan Data

### a) Alat pengumpulan data

Alat yang digunakan dalam melakukan asuhan keperawatan menggunakan formulir asuhan keperawatan medikal bedah. Formulir tersebut meliputi proses pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawata,

### b) Teknik pengumpulan data

Menurut Nurlina (2024) teknik pengumpulan data untuk hasil pengkajian keperawatan dibagi menjadi beberapa, seperti:

#### (1) Wawancara

Wawancara dilakukan dengan pasien, untuk menggali informasi tentang kesehatan pasien. Penulis memberikan beberapa pertanyaan kepada pasien, sebagai berikut:

- a) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan alamat)
- b) Keluhan pasien
- c) riwayat alergi (obat,makanan,dll)
- d) Riwayat penyakit pasien mulai dari penyakit sekarang ,dahlu dan riwayat penyakit keluarga
- e) Pola aktivitas sehari-hari, pola eliminasi, pola nutrisi, pola istirahat dan tidur, pola fungsional, pola persepsi kognitif, pola keyakinan, serta pola konsep diri.
- f) Persepsi klien terhadap penyakitnya.

#### (2) Observasi

Data pengkajian keperawatan yang diperoleh melalui observasi mencakup informasi hasil pengamatan penulis langsung terhadap pasien.

##### a) Perilaku dan Respons Pasien:

- (a) Ekspresi wajah: pasien terlihat berwajah topeng (tidak terlihat ekspresi wajah)
- (b) Gerakan tubuh: Pasien mengalami kelemahan pada

seluruh tubuh.

- (c) Postur Tubuh: Pada ekstermitas atas jari-jari tampak menekuk kedalam dan sulit digerakan.

b) Status Nutrisi dan Hidrasi:

- (a) Tanda-tanda Dehidrasi: Bibir tampak kering pucat, kulit tampak kering dan mata tampak cekung.

- (b) Intake Makanan: pasien tampak ada kelambatan respon terhadap membuka mulut.

c) Pernapasan dan Fungsi Respirasi:

- (a) Frekuensi dan Kedalaman Nafas: Pasien bernafas normal, dengan respirasi 20x/menit. Tidak ditemukan retraksi dada, atau penggunaan oksigen.

- (b) Ketidaknyamanan Respiratori: Tidak ditemukan retraksi dada, atau penggunaan oksigen, tidak ada otot bantu nafas.

d) Tanda-tanda Vital:

- (a) Tekanan Darah: penulis melakukan tensi darah, didapatkan hasil 123/85 mmHg.

- (b) Denyut Nadi dan Suhu: Dilakukan pengukuran nadi dan suhu, 76x/menit, 36,6C

e) Kebersihan dan Integritas Kulit:

- (a) Warna Kulit: Warna kulit normal, tidak terdapat sianosi.

- (b) Kelembaban dan Elastisitas Kulit: kulit pasien tampak kering.

f) Kemampuan Gerak dan Keseimbangan:

- (a) Kemampuan Mobilitas: Pasien selama dirumah sakit bedrest.

- (b) Keseimbangan: Tidak dapat dikaji karena pasien bedrest

g) Pola Tidur:

- (a) Durasi dan Kualitas Tidur: Terlihat kelompak mata menghitam dan cekung.
- (b) Respons Terhadap Perawatan: pasien mendapatkan terapi furosemin dikarenakan adanya pembekakan pada kaki,

h) Pemeriksaan Fisik

a. Inspeksi

Pasien tampak bedrest, mengalami kelemahan pada seluruh tubuhnya. Pasien terpasang infus ditangan kanan dan mendapatkan terapi RL 20 tpm. Kulit tampak kering. Jari-jari pasien menekuk kedalam membentuk genggaman, saat di regangkan jari-jari pasien kembali menekuk. Saat penulis menginstruksikan untuk mengangkat tangan terdapat perlambatan respon dan gerak.

b. Palpasi

Saat dilakukan pemeriksaan nyeri tekan, pasien tampak ada keterlambatan dalam merespon rangsang nyeri. Tidak ditemukannya kesenjangan antara dada kiri dan dada kanan, tidak adanya otot bantu nafas.

c. Perkusi

Pada area paru didapatkan suara sonor,

d. Auskultasi

Suara jantung normal, lubdub (S1,S2) tidak ada bunyi tambahan. Suara paru vesikular.

## **E. Sumber Data**

### **1. Data Primer**

Data primer yang didapatkan penulis yang bersumber dari observasi pada pasien dan keluarga. Penulis melakukan wawancara langsung dengan keluarga. Melalui keluarga, penulis menemukan bahwa pasien mengalami gangguan aktivitas. Pasien tampak mengalami penurunan fungsi pada ekstermitas bawah dan atas. Selama melakukan observasi didapatkan hasil pasien tampak mengalami perlambatan gerak dan respon. Menurut rekam medis, pasien terdiagnosa parkinson.

### **2. Data Sekunder**

Dalam catatan rekam medis pasien, penulis menemukan pasien sebelum terdiagnosa parkinson, mengidap *CP (Cerebral Palsy)*. Menurut penuturan keluarga, pasien dulunya bekerja sebagai penjual sayur yang mengayuh sepedah. Sebelumnya pasien menderita asam urat. Menurut penuturan keluarga, pasien berjalan dengan cara menyeret kaki.

## **F. Penyajian Data**

Menurut (Sutriawan, 2021) penulis menyajikan data pada asuhan keperawatan ini dengan penyajian data asuhan keperawatan 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 sesudah diberikan. Asuhan keperawatan dalam bentuk kalimat penyajian dalam bentuk teks hanya digunakan penulis untuk memberikan informasi melalui kalimat yang mudah dipahami pembaca. Penyajian data secara narasi digunakan oleh penulis pada bab IV untuk data hasil pengkajian dan pembahasan

### **2. Tabel**

Penulis juga akan menuliskan hasil laporan dalam bentuk tabel

yang merupakan suatu penyajian yang sistematik. 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 kedua subjek asuhan keperawatan.

**Tabel 1 4 Penilaian ADL**

NO	FUNGSI	SKOR	KONDISI	NILAI SKOR	
				SEBELUM SAKIT	SAAT MASUK RS
1	Mengendalika Rangsangan defekasi (mengontrol BAB)	0	Inkontinen/tak teratur (perlu pencahar)		
		1	Kadang tak terkendali (1xseminggu)	1	1
		2	mandiri		
2	Mengendalika rangsangan berkemih (mengontrol BAK)	0	Inkontinen dan pakai kateter		0 (menggunakan diapers)
		1	Kadang tak terkendali (maksial 1x24 jam)	1	
		2	Mandiri		
3	Membersihkan diri (cuci muka, menggosok gigi)	0	Butuh pertolongan orang	0	0
		1	Mandiri		
4	Penggunaan toilet masuk/keluar (melepas, memakai celana, menyeka, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain	0	0
		1	Perlu pertolongan pada beberapa aktivitas tapi aktivitas lain bisa mengerjakan secara mandiri.		
		2	Mandiri		
5	Makan	0	Tidak mampu	0	0
		1	Perlu bantuan memotong		

			makanan		
		2	mandiri		
6	Pindah tempat dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu		
		1	Perlu banyak bantuan (untuk duduk perlu 2 orang)	1	1
		2	Bantuan minimal 1 orang		
		3	Mandiri		
7	Mobilisasi berjalan	0	Tidak mampu	0	0
		1	Bisa mobilitas dengan kursi roda		
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang atau walker		
		3	Mandiri		
8	Berpakaian atau memakai baju	0	Tergantung orang lain	0	0
		1	Sebagaimana dibantu misal mengancing baju		
		2	mandiri		
9	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	0	0
		1	Butuh pertolongan		
		2	Mandiri		
10	Mandi	0	Tergantung orang lain	0	0
		1	Mandiri		
	SKOR TOTAL			3	

#### Keterangan

0-4: Ketergantungan penuh

5-8: ketergantungan berat

9-11: ketergantungan sebagian

12-19: ketergantungan ringan

20 : mandiri

## G. Prinsip Etika Keperawatan

Prinsip etik yang digunakan penulis 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) *Otonomy* (Autonomi)

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. Pada studi kasus ini, subjek diberi kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini tanpa ada paksaan.

### 2) *Nonmaleficence* (Tidak Merugikan)

Adalah kewajiban yang tidak membahayakan, meski tampak mudah, pada kenyataannya prinsip ini sulit dilakukan. Prinsip ini berati tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik psikologis selama perawat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan keluarga. Peneliti menjamin tidak akan menyakiti membahayakan, atau memberikan ketidaknyamanan baik secara fisikmaupun psikologis.

### 3) *Beneficence* (Berbuat Baik)

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

### 4) *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.

5) *Fidelity* (Menepati Janji)

Prinsip fidelity dibutuhkan untuk menghargai janji dan komitmenya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmenya dan menepati janji serta menyimpan rahasia pasien, ketaatan, kesetiaan adalah kewajiban seseorang untuk mempertahankan komitmen yang dibuat. Fidelity atau taat pada janji, berarti perawat akan menepati janji bila melakukan kontrak kerja dengan pasien. Perawat yang profesional akan membuat rencana asuhan keperawanan (nursing care plan) yang lengkap dan sistematis.

6) *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.

7) *Akuntability* (Akuntabilitas)

Merupakan standar yang pasti bahwa tindakan seorang perawat yang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali. Dengan adanya akuntabilitas ini maka penulis dapat belajar untuk menjamin tindakan profesional yang akan dilakukan pada klien dan atasan

8) *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 disalah gunakan (dipublikasikan) pada orang lain.