

BAB III

METODE PENULISAN

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Pada laporan tugas akhir ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang berfokus pada asuhan keperawatan gangguan kebutuhan rasa aman pada pasien epilepsi. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulis adalah asuhan keperawatan individu pada anggota keluarga.

B. Subjek Asuhan

Subjek asuhan keperawatan pada laporan tugas akhir ini adalah berfokus pada 1 pasien dengan diagnosa medis epilepsi yang mengalami gangguan kebutuhan rasa aman di Desa Merak Batin Natar Lampung Selatan, dengan kriteria hasil sebagai berikut:

1. Pasien dengan diagnosa medis epilepsi
2. Pasien usia 48 tahun
3. Pasien laki-laki
4. Pasien dapat berkomunikasi dengan baik.
5. Pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman
6. Pasien bersedia untuk dijadikan subjek asuhan keperawatan dengan menyetujui lembar *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu Asuhan Keperawatan

1. Lokasi Asuhan

Lokasi penelitian ini dilakukan di Puskesmas Natar Lampung Selatan

2. Waktu Asuhan

Waktu penelitian asuhan keperawatan dilaksanakan pada tanggal 07 – 11 Februari 2025

.

D. Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data

Pengumpulan data menggunakan format pengkajian dan alat pemeriksaan fisik. Alat pemeriksaan fisik yang digunakan penulis adalah alat pengukuran TTV.

2. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu kegiatan penelitian untuk mengumpulkan data sebelum melakukan pengumpulan data, perlu dilihat alat ukur pengumpulan data supaya dapat memperkuat hasil penelitian. Alat pengumpulan data tersebut dapat berupa wawancara, observasi, pemeriksaan fisik atau gabungan dari ketiganya.

Berikut ini beberapa teknik pengumpulan data:

a. Wawancara

Aspek yang di wawancara:

- 1) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat).
- 2) Riwayat alergi (obat, makanan, dan lain-lain)
- 3) Riwayat penyakit pasien mulai dari penyakit sekarang dahulu dan riwayat penyakit keluarga.

b. Observasi

Observasi merupakan kegiatan yang melibatkan seluruh kekuatan indera seperti pendengaran penglihatan perasa sentuhan, dan cita rasa berdasarkan pada fakta-fakta peristiwa empiris, yang di observasi seperti bagaimana respons klien.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah proses pemeriksaan tubuh pasien untuk menentukan ada atau tidaknya masalah fisik. Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk mendapatkan informasi valid tentang kesehatan pasien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), mendengarkan (auskultasi), pada sistem tubuh klien, kemudian dilakukan dokumentasi.

3. Sumber Data

a. Sumber data primer

Sumber data primer adalah pasien sebagai sumber data primer, bila pasien dalam keadaan tidak sadar mengalami gangguan bicara atau pendengaran atau karena beberapa sebab, pasien tidak dapat memberikan data subjektif secara langsung, perawat dapat menggunakan data objek untuk menegakkan diagnosis keperawatan, namun, bila diperlukan klarifikasi data subjektif hendaknya perawat melakukan anamnesis pada keluarga.

b. Sumber data sekunder

Menurut Budiono & Pertami (2016) sumber data sekunder adalah data yang diperoleh selain klien, yaitu orang terdekat, orang tua, suami atau istri, anak, dan teman klien, mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi atau kesadaran yang menurun, misalnya klien bayi atau anak-anak, atau klien dalam kondisi tidak sadar.

E. Penyajian Data

Pada tugas laporan ini penulis menggunakan penyajian data berupa narasi, tabel, dan juga dalam bentuk gambar:

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 pasien 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

Merupakan susunan data dalam baris dan kolom, atau mungkin dalam struktur yang lebih kompleks. Tabel banyak digunakan oleh penulis guna menuliskan data berupa hasil pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, daftar obat, perencanaan keperawatan, implementasi dan catatan perkembangan keperawatan.

3. Gambar

Penulis juga akan menggunakan hasil laporan dalam bentuk gambar seperti *pathway* yang merupakan suatu penyajian data sebagai dokumentasi implementasi yang dilakukan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan.

F. Prinsip Etik

Menurut (Subiyanto, 2019) prinsip etika yang digunakan penulis dalam membuat dan melaksanakan asuhan keperawatan dalam fokus tindakan keperawatan ini adalah prinsip etika keperawatan dalam memberikan layanan keperawatan kepada individu, kelompok/keluarga dan masyarakat.

1. *Autonomy* (otonomi)

Autonomy berarti komitmen pasien dalam semua aspek pelayanan, penulis memberikan lembar persetujuan yang ditandatangani keluarga sebelum melakukan pengkajian. Penulis memberikan *informed consent* sebagai tanda bersedia menjadi subjek penelitian dengan menanda tangani informed consent tersebut

2. *Beneficence* (kebaikan)

Pada prinsip ini penulis mendatangkan manfaat atau kebaikan, yaitu yang dilakukan penulis adalah menganjurkan pada keluarga untuk menjaga keamanan lingkungan sekitar pasien seperti membersihkan lantai kamar mandi agar tidak licin, menghidupkan lampu saat tidur serta tetap menganjurkan pasien untuk tetap minum obat dari dokter sesuai dengan dosis yang diberikan, dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 3 hari berturut-turut. Penulis memotivasi keluarga untuk selalu merawat dan menjaga pasien.

3. *Non-Maleficence* (tidak merugikan)

Non-Maleficence berarti tidak mencederai atau merugikan orang lain. Penulis melakukan tindakan asuhan keperawatan sesuai standar operasierasional prosedur dengan hati-hati dan menghargai perasaan yang dialami pasien dan keluarga, sehingga menghindari terjadinya hal yang merugikan pasien.

4. *Fidelity* (tepat janji)

Fidelity atau taat pada janji. Penulis berusaha menepati kontrak waktu dengan pasien sesuai kesepakatan dan menjaga komitmennya serta menjaga rahasia pasien terkait masalah kesehatannya yaitu penulis tidak akan menyebarluaskan masalah kesehatan pasien kepada siapapun.

5. *Veracity* (kejujuran)

Veracity adalah kejujuran atas apa yang dialami oleh pasien. Penulis menyampaikan keadaan pasien pada keluarga dan masalah yang timbul pada pasien tanpa ada manipulasi data pasien.

6. *Accountability* (akuntabilitas)

Akuntabilitas merujuk pada kemampuan seseorang untuk menjelaskan alasan tindakannya. Penulis menjelaskan tindakan asuhan keperawatan kepada keluarga terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan kepada pasien. Penulis melakukan tindakan asuhan keperawatan bersumber dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, dan mempertanggungjawabkan hasil kerja, dimana Tindakan yang dilakukan merupakan satu aturan profesional dan sesuai standar operasional prosedur.

7. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Dalam pelayanan kesehatan harus menjaga rahasia klien. Penulis menjaga informasi yang diberikan keluarga pada saat melakukan pengkajian dan penulis tidak memberikan informasi pasien kepada orang lain tanpa izin dari keluarga pasien.