

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Pada laporan tugas akhir ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang berfokus pada asuhan keperawatan gangguan kebutuhan aktivitas yaitu gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik di Ruang Syaraf RSUD Jend. Ahmad Yani Metro.

B. Subyek Asuhan

Subyek asuhan keperawatan adalah satu orang pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Syaraf RSUD Jend. Ahmad Yani Metro yang mengalami masalah mobilisasi dengan kriteria :

1. Pasien usia dewasa
2. Pasien memahami bahasa indonesia
3. Satu pasien penurunan tingkat kekuatan otot
4. Pasien berada di ruang syaraf RSUD Jend. Ahmad Yani Metro
5. Satu pasien dengan diagnosis stroke non hemoragik
6. Pasien pria atau wanita

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Ruang Syaraf RSUD Jend. Ahmad yani Metro tahun 2022.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan selama 3 hari pada tanggal 7-12 Februari 2022.

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, reflek patela, stetoskop, reflek hammer sphygmanometer.

2. Teknik pengumpulan data

Penulis dalam melakukan laporan tugas akhir ini menggunakan tiga teknik dalam pengumpulan data yaitu: anamnesis, observasi, dan pemeriksaan fisik:

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah proses mengumpulkan informasi tentang status kesehatan pasien dan merupakan hal yang mutlak dilakukan perawat dalam melakukan pengkajian keperawatan. Pengumpulan data dapat dilihat dari tipe dan karakteristik data. Terdapat dua tipe data pada pengkajian yaitu:

- 1) Data subjektif adalah data tertutup atau data yang didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian.
- 2) Data objektif adalah data terbuka, atau data yang dapat diobservasi dan diukur.

b. Wawancara dan observasi

Wawancara adalah cara komunikasi untuk mengumpulkan informasi dari klien. Wawancara ini juga dapat disebut sebagai riwayat keperawatan. Observasi adalah perangkat pengkajian yang bersandar pada penggunaan format keperawatan medikal bedah dan lima indra (penglihatan, sentuhan, pendengaran, penciuman, dan pengecap) untuk mencari informasi mengenai klien.

c. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi

Amati dengan cermat penampilan klien, perilaku, dan gerakan seperti ekspresi wajah, suasana hati dan kondisi tubuh, gerakan mata, warna faring, simetri thoraks, ketinggian denyut vena jugularis, kontur abdomen, edema ekstremitas bawah.

2) Palpasi

Tekanan taktil dari jari tangan atau bantalan jari tangan untuk menilai bagian-bagian elevasi kulit, depresi, kehangatan, atau nyeri tekan, kelenjar limfe, pulsasi, kontur, ukuran organ, massa dan krepitus sendi.

3) Perkusi

Gunakan jari pengetuk (plexor finger), biasanya jari ketiga, untuk memberikan ketukan atau pukulan cepat terhadap jari pleximeter, biasanya jari ketiga distal tangan kiri yang diletakkan di atas permukaan dada atau abdomen, untuk memicu gelombang suara misalnya sonor atau redup dari jaringan atau organ dibawahnya.

4) Auskultasi

Gunakan bagian diafragma dan bel pada stetoskop untuk mendeteksi karakteristik bunyi jantung, paru, dan intestinal, termasuk lokasi, waktu, durasi, nada, dan intensitas. Auskultasi juga memungkinkan kita mendeteksi bruit atau turbulensi di atas pembuluh arteri.

3. Sumber data

1) Data primer

Data primer merupakan data yang didapatkan melalui pengkajian secara langsung kepada pasien yaitu berupa data subjektif yang dikeluhkan klien dan data objektif dari hasil pemeriksaan fisik.

2) Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang didapatkan dari wawancara dengan keluarga, catatan keperawatan dan hasil-hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi, ekg sebagai data tambahan yang mendukung untuk masalah kesehatan klien.

E. Penyajian Data

Penyajian data dalam laporan tugas akhir ini yaitu dengan menggunakan:

1. Narasi

Narasi merupakan data yang diperoleh dari hasil pengkajian disajikan dalam bentuk uraian dan untuk data yang disajikan dalam bentuk narasi adalah pengkajian dan diagnosa keperawatan.

2. Tabel

Tabel yang digunakan dalam menjelaskan hasil yang menggunakan angka-angka atau kalimat agar lebih mudah dipahami. Data yang disajikan dalam bentuk tabel yaitu: analisa data, intervensi, implementasi, evaluasi.

F. Prinsip Etik

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, yaitu:

1. *Otonomi* (Autonomi)

Otonomi berarti komitmen terhadap pasien dalam mengambil keputusan tentang semua aspek pelayanan. *Otonomi* merupakan hak seseorang untuk mengatur dan membuat keputusan sendiri meskipun demikian masih terdapat berbagai keterbatasan, terutama yang berkaitan dengan situasi dan kondisi, latar belakang individu, campur tangan hukum dan tenaga kesehatan profesional

2. *Beneficence* (Berbuat Baik)

Beneficence adalah tindakan positif perawat untuk membuat orang lain melakukan niat baik mendorong keinginan untuk melakukan kebaikan pada pasien. Perawat dalam melaksanakan tugasnya harus menggunakan prinsip ini karena semua pasien harus diperlakukan dengan baik.

3. *Justice* (Keadilan)

Nilai ini direfleksikan dalam praktik profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan. Penulis akan menuliskan hasil didalam dokumentasi asuhan keperawatan sesuai dengan hukum dan standar praktik keperawatan.

4. *Nonmaleficence* (Tidak Merugikan)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada pasien. Pelayanan kesehatan yang profesional seperti perawat mencoba menyeimbangkan antara resiko dan keuntungan dari rencana

yang diberikan kepada pasien.

3. *Veracity* (Kejujuran)

Nilai ini merupakan dasar membina hubungan saling percaya terhadap pasien. Nilai ini diperlukan oleh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap pasien dan untuk meyakinkan bahwa pasien sangat mengerti.

4. *Fidelity* (Menepati Janji)

Kesetiaan adalah persetujuan untuk menepati janji. Janji setia mendukung rasa tidak ingin meninggalkan pasien, meskipun saat pasien tidak menyetujui keputusan yang telah dibuat. Standar kesetiaan termasuk kewajiban mengikuti pelayanan yang ditawarkan kepada pasien.

5. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Confidentiality dalam pelayanan kesehatan harus menjaga rahasia pasien apabila melanggar akan sanksi seperti tidak dapat menyalin rekam medis tanpa izin dari pasien.

6. *Accountability* (Akuntabilitasi)

Akuntabilitasi merujuk pada kemampuan seseorang untuk menjelaskan alasan tindakannya. Dengan adanya akuntabilitasi ini maka penulis dapat belajar untuk menjamin tindakan profesional yang akan dilakukan pada pasien dan atasan.