

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Pada laporan tugas akhir ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatan yang dialami khususnya gangguan nutrisi. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulis adalah asuhan keperawatan keluarga pada pasien dengan tumbuh kembang anak usia sekolah.

B. Subyek Asuhan

Subyek asuhan keperawatan ini berfokus pada keluarga dengan tahap perkembangan anak sekolah di Way Huwi Lampung Selatan yang mengalami risiko berat badan lebih dengan kriteria:

1. Pasien dengan risiko berat badan lebih.
2. Pasien memahami bahasa Indonesia dan memiliki fungsi pendengaran serta penglihatan yang baik.
3. Pasien kooperatif dan bersedia dijadikan subyek asuhan.

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Asuhan

Lokasi penelitian dilakukan di Way Huwi Lampung Selatan.

2. Waktu Asuhan Keperawatan

Waktu asuhan akan dilaksanakan pada tanggal 15-20 Februari 2021.

D. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan tahap yang akan menentukan tingkat kelancaran penelitian yang akan dilakukan.

1. Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada asuhan keperawatan ini menggunakan format pengkajian keluarga yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

- a. Wawancara, yaitu komunikasi dengan klien dan keluarga untuk mendapatkan respon baik verbal maupun nonverbal. Wawancara adalah menanyakan atau membuat tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh klien, atau disebut dengan anamnesa. Wawancara berlangsung untuk menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi klien dan keluarga serta merupakan suatu komunikasi yang direncanakan.

Tujuan dari wawancara adalah untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan pada klien dan keluarga. Wawancara juga bertujuan untuk membantu memperoleh informasi tentang partisipasi klien dan keluarga dalam mengidentifikasi masalah dan membantu perawat untuk menentukan investigasi lebih lanjut selama tahap pengkajian. Wawancara juga dilakukan untuk menjalin hubungan antara perawat dan klien.

Jenis wawancara yang dapat dilakukan perawat adalah:

- 1) *auto anamnese* yaitu wawancara dengan klien dan keluarga secara langsung.
 - 2) *allo anamnese* adalah wawancara dengan keluarga atau orang terdekat dengan klien dan keluarga.
- b. Observasi, adalah mengamati perilaku serta keadaan klien dan keluarga untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan yang dialami. Observasi dilakukan, dengan menggunakan penglihatan dan alat indera lainnya, melalui perabaan, sentuhan, dan pendengaran. Tujuan dari observasi adalah mengumpulkan data tentang masalah yang dihadapi klien melalui kepekaan alat indera.
 - c. Konsultasi. Dengan tenaga ahli atau specials sesuai dengan masalah kesehatan yang ditemukan. Hasil konsultasi dapat digunakan sebagai data pendukung dan validasi data.

d. Pemeriksaan fisik adalah melakukan pemeriksaan fisik klien untuk menentukan masalah kesehatan klien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain sebagai berikut:

- 1) Inspeksi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Hasilnya seperti mata kuning (ichteric), terdapat struma di leher, kulit kebiruan (cyanosis), dan sebagainya.
- 2) Palpasi, adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui perabaan terhadap bagian-bagian tubuh yang mengalami kelainan. Misalnya, adanya tumor, oedema, krepitasi (patah/retak tulang) dan sebagainya.
- 3) Auskultasi, adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui pendengaran. Alat yang digunakan adalah stetoskop. Hal-hal yang didengarkan adalah bunyi jantung, suara nafas, dan bising usus.
- 4) Perkusi, adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan mengetuk bagian tubuh dengan menggunakan tangan atau alat bantu, seperti *reflex hammer* untuk mengetahui reflek seseorang. Juga dilakukan pemeriksaan lain yang berkaitan dengan kesehatan fisik klien. Perkusi dilakukan untuk mengidentifikasi kondisi perut kembung, batas-batas jantung, batas hepar-paru (mengetahui pengembangan paru), dan sebagainya.

Untuk melakukan pemeriksaan fisik kepada anggota keluarga dapat dilakukan dengan pendekatan *head to toe* atau pendekatan sistem tubuh.

e. Pemeriksaan penunjang. Misalnya, pemeriksaan laboratorium, rontgen, dan pemeriksaan lain sesuai dengan kondisi klien.

Sumber Data

a. Sumber data primer

Sumber data primer adalah data yang dikumpulkan secara langsung dari klien dan keluarga, yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan yang dihadapinya.

b. Sumber data Sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang dikumpulkan dari orang terdekat dari klien (keluarga), seperti orang tua, atau pihak lain yang mengerti kondisi klien selama sakit.

Data sekunder dapat pula didapatkan dari catatan-catatan keperawatan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh pihak lain.

Secara umum, sumber data yang dapat digunakan dalam pengumpulan data kesehatan keluarga adalah berikut ini:

- 1) Klien dan keluarga.
- 2) Orang terdekat.
- 3) Catatan klien.
- 4) Riwayat penyakit (pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan)
- 5) Konsultasi.
- 6) Hasil pemeriksaan diagnostik.
- 7) Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya.
- 8) Perawat lain.
- 9) Kepustakaan.

E. Penyajian Data

Dalam laporan tugas akhir ini penulis menyajikan data hasil penelitian dalam bentuk narasi, gambar dan tabel.

1. Penyajian narasi merupakan cara untuk mengkomunikasikan hasil penelitian dalam bentuk uraian kalimat yang mudah dipahami pembaca (Aziz,2011).

Dalam laporan tugas akhir ini penulis akan menyajikan data sebagai berikut:

- a. Data disajikan secara lugas, artinya menggunakan kata-katan dan kalimat secara tegas menyatakan maksud dan konsep yang

digunakan, sehingga tidak menggunakan adanya beberapa tafsiran yang berbeda. Selain itu, penulis juga harus menyajikan data apa adanya.

- b. Data disajikan secara objektif, kata-kata sebaiknya menghindari pernyataan-pernyataan objektif penulis, tanpa disertai fakta-fakta yang mendukung
 - c. Data dikemukakan dengan jelas, mudah dimengerti oleh pembaca dan menggunakan bahasa yang baik sesuai EYD, sederhana dan sistematis.
 - d. Data diuraikan dengan ringkas, kalimat-kalimat yang digunakan tidak berbelit-belit dan terlalu panjang.
2. Penyajian dalam bentuk table adalah suatu penyajian yang sistematis daripada data numerik yang tersusun dalam kolom atau jajaran (Notoatmodjo,2010).

F. Prinsip Etik

Dalam melakukan penelitian khususnya yang menjadi subjek penelitian adalah manusia, maka peneliti harus memahami hak dasar manusia. Etik merupakan hasil tentang perilaku dan karakter. Etik membahas penentuan tindakan yang baik pada individu, kelompok maupun pada masyarakat luas. Prinsip etik ini digunakan oleh penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Prinsip etik yang digunakan antara lain:

1. *Informed Consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan subjek penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden atau subjek penelitian. Tujuan informed consent adalah agar subjek menjadi mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika subjek tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang ada dalam informed consent antara lain:

partisipasi pasien, tujuan dilakukan tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi dan lain-lain.

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

Prinsip etik keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam menggunakan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau nama subjek pada lembar alat ukur dan hanyamenuliskan kode atau inisial pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Otonomi (*Autonomy*)

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berfikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang harus dihargai oleh orang lain. Menurut Potter & Perry (2009), otonomi berarti komitmen terhadap pasien dalam mengambil keputusan tentang semua aspek pelayanan. Persetujuan yang dibaca dan ditandatangani pasien sebelum diberikan asuhan keperawatan menggambarkan penghargaan terhadap otonomi. Persetujuan yang ditandatangani merupakan jaminan bahwa tim pelayanan kesehatan telah mendapatkan persetujuan dari pasien sebelum dilakukan asuhan keperawatan.

4. Berbuat baik (*Beneficience*)

Beneficience berarti hanya melakukan sesuatu yang baik. Kebaikan, merupakan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Terkadang, dalam situasi pelayanan kesehatan, terjadi konflik antara prinsip ini dan otonomi.

5. Tidak Merugikan (*Non maleficience*)

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

6. Kejujuran (*Veracity*)

Prinsip *veracity* berarti penuh dengan kebenaran. Nilai diperlukan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap pasien dan untuk meyakinkan bahwa setiap pasien sangat mengerti. Prinsip *veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif dan objek 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.

7. Menepati Janji (*Fidelity*)

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 komitmen yang dibuatnya.

8. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang pasien harus dijaga privasinya. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan pasien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan pasien.