BAB III

METODE PENELITIAN

A. Fokus Asuhan

Fokus asuhan keperawatan pada laporan tugas akhir ini penulis menggunakan pendekatan dengan berfokus pada gangguan kebutuhan dasar khususnya kebutuhan dasar cairan dan elektrolit dengan konsep asuhan keperawatan yang digunakan adalah Asuhan Keperawatan individu pada anak.

B. Subjek Asuhan

Subjek asuhan keperawatan ini adalah satu pasien yang memiliki masalah gangguan cairan dan elektrolit di Ruang Alamanda RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dengan kriteria sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi

- a. Klien yang mengalami Demam Berdarah Dengue (DBD).
- b. Klien yang dirawat di Ruang Alamanda RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
- c. Klien yang mengalami gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit.
- d. Klien yang berusia 2 - 18 tahun. (Menurut UU No 35 Tahun 2014 tentang perlindungan anak)
- e. Klien berjenis kelamin laki laki atau perempuan.
- f. Klien yang kooperatif terhadap tindakan yang diberikan.
- g. Keluarga dan klien yang bersedia menjadi responden dan memahami tujuan, prosedur, dan bersedia menandatangani lembar persetujuan *informed consent*.

2. Kriteria Eksklusi

- a. Klien yang mengalami penurunan kesadaran.
- b. Klien yang mengalami gangguan jiwa.
- c. Klien yang segera pulang.
- d. Klien tidak mampu berkomunikasi dengan baik (tidak mampu membaca, menulis, dan mendengarkan dengan baik).
- e. Klien yang tidak kooperatif terhadap tindakan yang diberikan.

- f. Klien yang segera pulang.
- g. Keluarga dan klien yang tidak bersedia menjadi responden dan memahami tujuan, prosedur dan tidak bersedia menandatangani lembar persetujuan *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Laporan Tugas Akhir

Asuhan keperawatan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit di ruang Alamanda RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

2. Waktu Laporan Tugas Akhir

Waktu penelitian dilakukan pada bulan Februari 2020.

D. Pengumpulan Data.

1. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan untuk menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA) ini adalah lembar format Asuhan Keperawatan Anak yang meliputi proses pengkajian keperawatan, alat – alat pemeriksaan fisik menyeluruh (sarung tangan, stetoskop, spignomanometer, *pen light*, termometer, jam tangan), dan pemeriksaan fisik fokus (*look, feel & move*)

2. Teknik Pengumpulan Data

Menurut Budiono & Sumirah, 2015 teknik pengumpulan data yang dapat dilakukan dalam melakukan pengkajian untuk memperoleh data sesuai dengan keperluan dan masalah yang dihadapi oleh klien adalah sebagai berikut :

a. Anamnesis

Pada kegiatan anamnesis hal yang perlu ditanyakan kepada pasien atau keluarga pada pasien dengan gangguan cairan adalah :

- 1) Identitas klien (nama, umur, jenis kelamin, dll)
- 2) Keluhan yang dirasakan
- 3) Riwayat penyakit

- 4) Intake cairan (berapa banyak anak minum dan makan)
- 5) Output cairan (frekuensi BAB dan BAK serta tanyakan apakah anak mengalami diare atau muntah-muntah)
- 6) Apakah anak mengalami demam?
- 7) Apakah banyak mengeluarkan keringat?
- 8) Apakah berat badan turun saat sakit?

b. Observasi

Observasi yang dilakukan pada pasien dengan gangguan cairan:

- 1) Intake dan output cairan
- 2) Berat badan
- 3) Tanda-tanda vital (suhu, nadi, pernafasan, tekanan darah)
- 4) Tingkat kesadaran

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik anda dilakukan

- 1) *Inspeksi* : Mata cekung, air mata, keadaan mukosa mulut, lidah, distensi vena jugularis, berat badan, tingkat kesadaran, refleks, gangguan motorik dan sensorik
- 2) *Palpasi* : turgor kulit, edema, tekanan darah, nadi, suhu tubuh
- 3) *Auskultasi* : bising usus, bunyi jantung, dan suara pernafasan.

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan yaitu pemeriksaan laboratorium, yang meliputi pemeriksaan elektrolit, pemeriksaan pH, berat jenis urin, analisis gas darah dan darah lengkap.

3. Sumber Data

Berikut ini adalah macam macam data yang harus diperoleh ketika melakukan pengkajian pada klien, data tersebut antara lain :

a. Data Dasar

Data dasar adalah seluruh informasi tentang status kesehatan klien. Data dasar ini meliputi data umum, data demografi, riwayat keperawatan, pola fungsi kesehatan, dan pemeriksaan. Data dasar yang menunjukkan pola fungsi kesehatan efektif/optimal merupakan data yang dipakai untuk menegakkan diagnosis keperawatan sejahtera.

b. Data Fokus

Data fokus adalah informasi tentang status kesehatan klien yang menyimpang dari keadaan normal. Data fokus dapat berupa ungkapan klien maupun hasil pemeriksaan langsung perawat. Data ini nantinya mendapat porsi lebih banyak menjadi dasar timbulnya masalah keperawatan. Segala penyimpangan yang berupa keluhan hendaknya dapat divalidasi dengan data hasil pemeriksaan.

c. Data Subjektif

Data yang merupakan ungkapan keluhan klien secara langsung dari klien maupun tidak langsung melalui orang lain yang mengetahui keadaan klien secara langsung dan menyampaikan masalah yang terjadi kepada perawat berdasarkan keadaan yang terjadi pada klien. Untuk mendapatkan data subjektif, dilakukan anamnesis, seperti: “merasa pusing”, “ mual”, “ nyeri dada”, dan lain-lain.

d. Data Objektif

Data yang diperoleh secara langsung melalui pengamatan dan pemeriksaan pada klien. Data objektif harus dapat diukur dan perawat amati, bukan merupakan interpretasi atau asumsi dari anda contoh: tekanan darah 120/80 mmHg, konjungtiva anemis.

Sumber-sumber data yang dapat kita peroleh sesuai dengan jenis data dalam melakukan pengkajian adalah :

a. Sumber data primer

Sumber data primer adalah data yang langsung dari pasien. Perawat menggali informasi yang sebenarnya mengenai masalah kesehatan klien. Apabila klien dalam keadaan tidak sadar, mengalami gangguan bicara, atau pendengaran, klien masih bayi, atau karena beberapa sebab klien tidak dapat memberikan data subjektif secara langsung, maka dapat menggunakan data objektif untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

b. Sumber data sekunder

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 dengan kondisi tidak sadar.

e. Sumber data lainnya

- 1) Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya.
- 2) Riwayat penyakit, pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan dapat diperoleh dari terapis.
- 3) Konsultasi, kadang terapis memerlukan untuk konsultasi dengan anggota tim kesehatan spesialis, khususnya dalam menentukan diagnosa medis atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis.
- 4) Hasil pemeriksaan diagnostik hasil pemeriksaan laboratorium digunakan sebagai data objektif yang dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan klien.
- 5) Perawat lain, jika klien adalah rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya Maka anda harus meminta informasi kepada teman sejawat yang merawat klien sebelumnya.

- 6) Kepustakaan, untuk mendapat data dasar klien yang komprehensif diperoleh dari literatur yang berhubungan dengan masalah klien.

E. Penyajian Data

Menurut Notoatmodjo (2010), cara penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai bentuk. Pada umumnya di kelompokkan menjadi tiga, yakni:

1. Narasi (*Textular*)

Penyajian data secara *textular* adalah penyajian data dalam bentuk uraian kalimat. Penyajian secara *textular* biasanya di gunakan untuk penelitian atau data kualitatif.

2. Tabel

Penyajian data dalam bentuk tabel adalah suatu penyajian yang sistematis dari pada data numerik, yang tersusun dalam kolom atau jajaran. Penyajian dengan tabel di gunakan untuk data yang sudah di klasifikasikan dan di tabulasi.

Dalam laporan tugas akhir ini penulis akan menyajikan data dalam bentuk narasi dan tabel. Narasi di gunakan untuk data hasil pengkajian dan tabel di gunakan untuk rencana keperawatan, implementasi, dan evaluasi dari dua klien yang di lakukan asuhan keperawatan.

3. Grafik

Penyajian data secara visual dilakukan dalam bentuk grafik, diagram atau gambar.

F. Prinsip Etik

Kaji etik telah dilakukan di Komisi Etik Poltekkes Tanjungkarang, dan dinyatakan laik etik dengan dikeluarkannya surat layak etik No.153/KEPK-TJK/II/2020 Tanggal 28 Februari 2020

Menurut Potter & Perry (2009) prinsip etika yang digunakan dalam asuhan keperawatan adalah :

1. *Autonomy* (Otonomi)

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan memutuskan. Prinsip otonomi ini adalah bentuk respek terhadap seseorang, juga dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri praktek profesional merefleksikan otonomi saat perawat menghargai hak-hak pasien dan membuat keputusan tentang perawatan dirinya.

2. *Beneficence* (Berbuat baik)

Benefisiensi berarti hanya mengerjakan sesuatu yang baik. Kebaikan juga memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Kadang-kadang dalam situasi pelayanan kesehatan kebaikan menjadi konflik dengan otonomi.

3. *Justice* (Keadilan)

Prinsip keadilan dibutuhkan untuk terapi yang sama dan adil terhadap orang lain yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Nilai ini direfleksikan dalam praktik profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktek dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.

4. *Non Maleficence* (Tidak merugikan)

Prinsip ini berarti segala tindakan yang dilakukan pada klien tidak menimbulkan bahaya/cidera secara fisik dan psikologik.

5. *Veracity* (Kejujuran)

Prinsip *veracity* berarti penuh dengan kebenaran. Nilai ini diperlukan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap pasien dan untuk meyakinkan bahwa pasien sangat mengerti. Prinsip *veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran.

6. *Fidelity* (Loyalty/ketaatan)

Prinsip *fidelity* dibutuhkan individu untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia dalam komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia pasien. Ketaatan, Kesetiaan adalah kewajiban seseorang untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya. Kesetiaan itu menggambarkan kepatuhan perawat terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar dari perawat adalah untuk meningkatkan kesehatan mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan memulihkan penderitaan.

7. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Aturan dalam prinsip kerahasiaan ini adalah bahwa informasi tentang klien harus dijaga privasinya. Apa apa yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien. Tak dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diijinkan oleh klien dengan bukti persetujuannya. Diskusi tentang klien diluar area pelayanan menyampaikan pada teman atau keluarga tentang klien dengan tenaga kesehatan lain harus dicegah.

8. *Accountability* (Akuntabilitas)

Prinsip ini berhubungan erat dengan *fidelity* yang berarti bahwa tanggung jawab pasti pada setiap tindakan dan dapat digunakan untuk menilai orang lain. Akuntabilitas merupakan standar pasti yang mana tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali.