

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Pada Laporan Tugas Akhir ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan pada pasien bronkopneumonia dengan berfokus pada gangguan kebutuhan oksigenasi di Rumah Sakit Urip Sumoharjo Bandar Lampung.

B. Subjek Asuhan Keperawatan

Subjek asuhan keperawatan pada laporan tugas akhir ini adalah dua klien yang mengalami gangguan kebutuhan oksigenasi di Ruang Delima Bawah Rumah Sakit Urip Sumoharjo Bandar Lampung yang diberikan asuhan keperawatan selama 3 hari, dengan kriteria yaitu:

1. Pasien anak yang terdiagnosis bronkopneumonia dirawat di Rumah Sakit Urip Sumoharjo Bandar Lampung.
2. Pasien anak yang mengalami gangguan kebutuhan oksigenasi.
3. Pasien anak yang bersedia dijadikan objek asuhan yang diwakili orang tuanya.
4. Pasien maupun keluarga memahami tujuan dan prosedur tindakan, serta bersedia mengikuti secara sukarela dengan menandatangani lembar persetujuan *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu Asuhan Keperawatan

1. Lokasi Asuhan Keperawatan

Lokasi pada asuhan keperawatan gangguan kebutuhan oksigenasi pada pasien bronkopneumonia dilakukan di Ruang Delima Bawah Rumah Sakit Urip Sumoharjo Bandar Lampung.

2. Waktu Asuhan Keperawatan

Waktu asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 04-10 Januari 2024. Waktu tersebut digunakan untuk melakukan asuhan keperawatan untuk dua orang klien.

D. Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Alat yang digunakan dalam menyusun laporan tugas akhir ini adalah lembar format asuhan keperawatan anak, yang meliputi proses pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi tindakan yang dilakukan. Adapun alat yang digunakan penulis dalam proses asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi pada pasien bronkopneumonia terdiri dari alat pemeriksaan fisik yang meliputi stetoskop, termometer, oksimetri, penlight, timbangan berat badan, alat ukur tinggi badan, dan medline atau meteran.

2. Teknik Pengumpulan Data

Menurut (Kodim, 2021) teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut:

a. Wawancara

Tanya-jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh klien, dan merupakan komunikasi yang direncanakan. Bertujuan untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan klien, menumbuhkan rasa saling percaya antara perawat dengan klien, membantu klien memperoleh informasi dan berpartisipasi dalam identifikasi masalah dan tujuan keperawatan, serta membantu perawat untuk menentukan investigasi lebih lanjut selama tahap pengkajian.

b. Observasi

Observasi dilakukan dengan mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indera lainnya, melalui rabaan, sentuhan dan pendengaran. Tujuan dari observasi adalah mengumpulkan data tentang masalah yang dihadapi klien melalui kepekaan alat panca indera.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dalam keperawatan digunakan untuk mendapatkan data objektif dari riwayat keperawatan klien. Tujuan dari pemeriksaan fisik dalam keperawatan adalah untuk menentukan status kesehatan klien, mengidentifikasi masalah klien dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana tindakan keperawatan. Dalam melakukan pemeriksaan fisik, terdapat 4 macam dalam memperoleh data pengkajian diantaranya yaitu:

1) Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan fisik klien dengan cara melihat atau mengamati seperti kondisi umum klien. Inspeksi pada bronkopneumonia perlu diperhatikannya adanya sianosis, pernafasan cuping hidung, frekuensi pernapasan, kedalaman dan upaya bernapas, seperti takipnea dan dispnea.

2) Palpasi

Palpasi adalah perabaan, perawat melakukan pemeriksaan dengan cara meraba seperti, mengidentifikasi ada tidaknya nyeri, vokal fremitus, ictus cordis, ada tidaknya massa/benjolan, pertanda appendiksitis.

3) Perkusi

Perkusi adalah pemeriksaan dengan melakukan ketukan pada tubuh pasien dengan memakai jari tengah perawat atau refleksi hammer. Ketukan dengan menggunakan jari tengah perawat dilakukan saat kita melakukan pemeriksaan paru-paru, batas jantung, perkusi abdomen.

4) Auskultasi

Auskultasi merupakan pemeriksaan fisik dengan menggunakan alat seperti stetoskop. Stetoskop digunakan oleh perawat saat mengidentifikasi suara nafas, suara jantung, dan peristaltik usus. Pada anak bronkopneumonia akan terdengar stridor, ronchi.

d. Tes diagnostik

Data hasil tes diagnostik sangat dibutuhkan karena lebih objektif dan lebih akurat. Tes diagnostik lain misalnya radiologi, pemeriksaan urine, *feses*, *USG*, *MRI*, dan lain-lain.

3. Sumber Data

Sumber data yang diambil dalam pengkajian dapat bersumber dari:

a. Sumber Data Primer

Klien adalah sumber utama data (primer) dan perawat dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai masalah kesehatan klien.

b. Sumber Data sekunder

Data yang dapat diperoleh dari orang-orang terdekat klien misalnya orang tua, suami atau istri, anak, teman klien, terutama jika 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

Penulis menyajikan data pada asuhan keperawatan ini dengan bentuk 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 klien 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

Penulis juga akan menuliskan hasil laporan dalam bentuk tabel yang merupakan suatu penyajian yang sistematis, yang tersusun dalam kolom atau jajaran. Penyajian dalam bentuk tabel berisi pengkajian, diagnosa, rencana tindakan keperawatan, dan implementasi serta evaluasi.

3. Gambar

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

F. Prinsip Etik

Ada 8 prinsip etika keperawatan yang wajib diketahui oleh perawat dalam memberikan layanan keperawatan kepada individu, kelompok/keluarga dan masyarakat.

1. *Autonomy* (Otonomi)

Autonomy berarti komitmen terhadap pasien dalam mengambil keputusan tentang semua aspek pelayanan, penulis memberikan lembar persetujuan yang ditandatangani keluarga sebelum melakukan pengkajian.

2. *Beneficence* (Berbuat Baik)

Pada prinsip ini penulis mendatangkan manfaat atau kebaikan, yang dilakukan penulis adalah berkolaborasi dalam memberikan terapi nebulizer dan memberikan oksigen sesuai dengan anjuran dokter untuk membantu mengurangi sesak napas dan membantu mengencerkan sekret atau dahak pada pasien, dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 3 hari berturut-turut. Penulis memotivasi keluarga untuk selalu merawat dan menjaga pasien.

3. *Justice* (Keadilan)

Penyelenggaraan layanan kesehatan setuju untuk berusaha bersikap adil dalam memberikan pelayanan kesehatan. Penulis bersikap adil kepada kedua pasien dan melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari berturut-turut tanpa membedakan cara melakukan monitor TTV kedua pasien.

4. *Non-maleficence* (Tidak merugikan)

Merujuk pada tindakan yang melukai atau berbahaya. *Non-maleficence* berarti tidak mencederai atau merugikan orang lain. Penulis melakukan tindakan asuhan keperawatan sesuai standar operasional

prosedur dengan hati-hati dan menghargai perasaan yang dialami pasien dan keluarga, sehingga menghindari terjadinya hal yang merugikan pasien.

5. *Veracity* (Kejujuran)

Veracity adalah kejujuran adalah prinsip etik yang mengharuskan perawat berkata jujur atas apa yang dialami oleh pasien. Penulis menyampaikan keadaan pasien pada keluarga dan masalah yang timbul pada pasien tanpa ada manipulasi data pasien.

6. *Fidelity* (Menepati janji)

Fidelity atau taat pada janji, berarti perawat akan menepati janji bila melakukan kontrak kerja dengan pasien. Penulis berusaha menepati kontrak waktu dengan pasien sesuai kesepakatan dan menjaga komitmennya serta menjaga rahasia pasien terkait masalah kesehatannya.

7. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

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

8. *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 (SIKI), dan mempertanggungjawabkan hasil kerja, dimana tindakan yang dilakukan merupakan satu aturan professional dan sesuai SOP.