

BAB III METODE

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Pendekatan yang digunakan dalam Laporan Tugas Akhir ini yaitu metode pendekatan studi kasus asuhan keperawatan meliputi tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

B. Subyek Asuhan Keperawatan

Subyek dalam asuhan keperawatan Laporan Tugas Akhir ini yaitu dua pasien dengan gangguan kebutuhan pada an. R dan an. A dengan diagnosis medis gastroenteritis dengan keluhan bab cair minimal perawatan 3 hari. Karena pasien anak, maka keluarga pasien yang menjadi responden saat pengkajian anamnesis dengan menandatangani *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu

Lokasi dan waktu pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan di Rumah Sakit Mardi Waluyo Kota Metro pada tanggal 02 Januari 2024 sampai dengan 04 Januari 2024.

D. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini menggunakan metode asuhan keperawatan sebagai berikut:

1. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini dengan menggunakan lembar kertas atau format asuhan keperawatan individu pasien yang meliputi proses keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Dalam melakukan pencatatan hasil anamnesis dan hasil pemeriksaan fisik penulis menggunakan alat tulis pena dan pensil.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan penulis kepada pasien menggunakan stetoskop, termometer, jam tangan atau *stopwatch*, gelas ukur urine, timbangan berat badan, dan meteran atau pita ukur.

2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan penulis dalam penyusunan laporan tugas akhir ini adalah menggunakan metodologi keperawatan dengan menerapkan asuhan keperawatan gangguan kebutuhan cairan pada pasien diare yang dilakukan selama tiga hari dan mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan sesuai dengan format yang dimulai dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Berikut prosedur dalam pengumpulan data yang dilakukan penulis untuk asuhan keperawatan.

a. Wawancara

Wawancara dilakukan pada tanggal 02 Januari 2024 di Rumah Sakit Mardi Waluyo Kota Metro pada pasien 1 an. R berusia 2 tahun dan pasien 2 an. A berusia 10 bulan wawancara dengan keluarga pasien yang ditanyakan meliputi validasi data nama, umur, alamat, pendidikan, agama, suku, data anamnesis yang didapatkan dari keluarga pasien meliputi keluhan utama, alasan masuk, riwayat kesehatan pasien, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kehamilan dan kelahiran, riwayat imunisasi, kebutuhan dasar, dan tingkat perkembangan.

b. Observasi

Observasi adalah pengamatan perilaku dan keadaan pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan keperawatan pasien. Observasi yang dilakukan pada kedua pasien meliputi keadaan umum dan fisik pasien yang berhubungan dengan diare.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik penting dalam mengumpulkan data sesuai keadaan pasien memakai 4 cara sebagai berikut.

1) Inspeksi

Inspeksi merupakan proses observasi yang dilakukan secara sistematis. Fokus inspeksi pada setiap bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna kulit, bentuk tubuh, serta posisi dan kesimetrisan tubuh.

2) Palpasi

Palpasi merupakan teknik pemeriksaan yang menggunakan indra peraba. Tangan dan jari adalah instrumen yang sensitif dan dapat digunakan untuk mengumpulkan data tentang suhu, turgor, CRT.

3) Perkusi

Perkusi merupakan teknik pemeriksaan dengan mengetuk-ngetuk sebagai alat untuk menghasilkan suara bagian tubuh pasien yang akan dikaji. Pada pasien dilakukan perkusi pada bagian abdomen pasien.

4) Auskultasi

Auskultasi merupakan teknik pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh. Auskultasi dilakukan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bising usus pada bagian abdomen pasien.

d. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan penunjang didapat dari dokumen pemeriksaan laboratorium darah lengkap dan pada pasien 1 dilakukan pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG).

1) Sumber data

Terdapat dua tipe dalam sumber data yang akan digunakan penulis yaitu sebagai berikut.

a) Sumber data primer

Sumber data primer dalam studi kasus ini berupa hasil anamnesis keluarga pasien. Anamnesis yang dilakukan meliputi validasi data nama, umur, alamat, pendidikan, keluhan

utama, data anamnesis kepada keluarga pasien meliputi keluhan utama, alasan masuk rumah sakit, riwayat kesehatan pasien, riwayat kehamilan dan kelahiran, riwayat imunisasi, kebutuhan dasar, tingkat perkembangan, riwayat kesehatan dahulu, dan dilakukan pemeriksaan fisik *head to toe* disesuaikan dengan penyakit pasien.

b) Sumber data sekunder

Data sekunder dalam studi kasus ini berupa rekam medis pasien dan hasil dokumen pemeriksaan laboratorium darah lengkap.

E. Penyajian Data

Penulis menyajikan data pada Laporan Tugas Akhir ini dengan cara penyajian data hasil studi kasus dalam bentuk narasi, tabel, dan gambar. Penulis akan menjelaskan hasil dari pemberian asuhan keperawatan menggunakan kalimat yang berbentuk paragraf dimulai dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Tabel dan gambar untuk menunjukkan hasil sebelum dan sesudah diberikan asuhan keperawatan.

F. Prinsip Etik

Prinsip etik yang digunakan penulis dalam membuat asuhan keperawatan fokus tindakan keperawatan ini adalah prinsip etik keperawatan dalam memberikan layanan keperawatan kepada pasien dan keluarga pasien sebagai berikut:

1. Otonomy (*Autonomy*)

Kemampuan untuk menentukan sendiri atau mengatur diri sendiri. Menghargai otonomi berarti menghargai manusia sebagai seseorang yang mempunyai harga diri dan martabat yang mampu menentukan sesuatu bagi dirinya. Menghargai keputusan keluarga selama pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan.

2. Berbuat Baik (*Beneficence*)

Selalu mengupayakan tiap keputusan dibuat berdasarkan keinginan untuk melakukan yang terbaik dan tidak merugikan pasien. Pelaksanaan asuhan keperawatan dengan bersikap ramah dan santun kepada pasien beserta keluarga.

3. Tidak Membahayakan (*Non Maleficienci*)

Tindakan dan pengobatan harus berpedoman "*primum non nocere*" (yang paling utama adalah jangan merugikan), tidak melukai atau tidak menimbulkan bahaya atau cedera bagi pasien. Dengan berhati-hati dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan untuk mengurangi atau menghindari yang dapat merugikan pasien dan keluarga.

4. Kejujuran (*Veracity*)

Sebelum melakukan tindakan atau menginformasikan mengenai kondisi pasien dan keluarga dengan mengatakan secara jujur dan jelas selama dalam memberikan asuhan keperawatan. Mengatakan dengan jujur tentang kondisi pasien selama pelaksanaan asuhan keperawatan.

5. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Menjaga kerahasiaan mengenai pasien dan keluarga pasien dengan tidak melakukan penyebarluasan semua informasi yang didapatkan. Dalam prinsip etik ini dilakukan pendokumentasian tanpa nama (*Anonimity*) untuk melindungi dan menjaga kerahasiaan pasien. Penulis tidak mencantumkan nama pasien pada lembar data, cukup dengan mencantumkan nama pada data (inisial). Dokumentasi yang didapatkan tidak disebarluaskan.

6. Menepati Janji (*Fidelity*)

Menepati janji sesuai kontrak yang telah dilakukan kepada pasien dan keluarga pasien dengan datang tepat waktu sesuai janji yang dibuat.

7. Keadilan (*Justice*)

Selama pemberian asuhan keperawatan bersikap adil kepada kedua pasien dalam memberikan asuhan keperawatan dan komunikasi terapeutik. Dengan cara tidak membedakan perilaku serta tindakan selama asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2.