

BAB III

METODE PENULISAN

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Fokus asuhan keperawatan ini penulis menggunakan pendekatan yang berfokus pada masalah gangguan oksigenasi pada anak ISPA dengan konsep asuhan keperawatan yang digunakan adalah Asuhan Keperawatan pada Keluarga.

B. Subyek Asuhan Keperawatan

Subyek asuhan keperawatan pada asuhan keperawatan keluarga Bapak R ini adalah 1orang anak balita di Kec. Kotabumi Selatan, Kel.Tanjung Aman Kab. Lampung Utara yang mengalami masalah gangguan oksigenasi pada klien ISPA dengan kriteria:

1. Anak berusia <5 tahun yang terdiagnosa ISPA.
2. Orang tua anak/klien yang kooperatif saat diberikan tindakan.
3. Orang tua yang bersedia menjadi responden dan memahami. tujuan,prosedur dan bersedia menandatangani *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi asuhan keperawatan

Lokasi Asuhan keperawatan keluarga Bapak R dilakukan di Kec. Kotabumi Selatan, Kel.Tanjung Aman Kab. Lampung Utara

2. Waktu asuhan keperawatan

Waktu Asuhan Keperawatan keluarga Bapak R dilakukan pada tanggal 15 Februari 2021 s/d 20 Februari 2021

D. Pengumpulan Data

Dari hasil pengumpulan data dibedakan atas data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu

pendapat terhadap situasi dan kejadian. Sedangkan data objektif adalah data yang dapat diobservasikan dan diukur oleh perawat.

1. Alat pengumpulan data

Pengumpulan data adalah berbagai cara yang digunakan untuk mengumpulkan data, menghimpun, mengambil atau menjaring data asuhan keperawatan. Kita mengenal metode wawancara, pengamatan, angket, pengetesan, arsip dan dokumen. Disebutkan dua terakhir lebih mengacu kepada sumber data. Cara-cara ini dipilih dalam menggali informasi. Kadang hanya diperlukan satu cara. Namun, kadang cara tunggal dinilai kurang mampu menjaring data secara lengkap, sehingga dibutuhkan metode selain sekunder (Suwartono, 2014).

Alat pengumpulan data merupakan alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya.

Asuhan keperawatan pada 1 klien ISPA ini penulis menggunakan alat pengumpulan data berupa format pengkajian asuhan keperawatan keluarga. Selain itu juga penulis menggunakan alat pemeriksaan fisik berupa alat pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi thermometer axial, stetoskop, buku catatan dan pena yang kemudian hasil pengukuran dimasukkan kedalam format pengkajian.

2. Teknik pengumpulan data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam pengumpulan data yang digunakan penulis dan termasuk dalam tahap pengkajian, yaitu anamnesis, observasi, studi dokumentasi dan pemeriksaan fisik.

a. Wawancara/Anamnesis

Wawancara adalah dialog atau tanya jawab secara langsung pada anggota keluarga, tidak hanya pada klien, tetapi bisa kepada anggota keluarga lainnya. Perawat perlu melakukan berbagai pencatatan terkait hasil wawancara (Maria, 2017).

b. Observasi

Perawat melakukan pengamatan terhadap klien, keluarga dan lingkungan. Pengamatan inilah yang kemudian disebut

sebagai observasi. Apakah didalam keluarga atau lingkungan ada hal-hal yang memang berdampak buruk pada pasien atau justru mendukung (Maria, 2017).

c. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi sangat dibutuhkan untuk menelusuri dokumen yang ada, misalnya masalah kesehatan melalui data subjektif klien, laporan mengenai pemeriksaan diagnostik yang menunjukkan perubahan status kesehatan klien yang diperoleh dari kartu kesehatan klien di Kec. Kotabumi Selatan, Kel. Tanjung Aman Kab. Lampung Utara.

d. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik (*physical examination*) dalam pengkajian keperawatan dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari klien. Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk menentukan status kesehatan klien, mengidentifikasi masalah kesehatan dan memperoleh data dasar guna menyusun rencana asuhan keperawatan. Teknik pemeriksaan fisik terdiri atas:

1) Inspeksi

Inspeksi merupakan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis. Inspeksi dilakukan dengan menggunakan indra penglihatan, pendengaran dan penciuman sebagai alat untuk mengumpulkan data. Inspeksi dimulai pada awal berinteraksi dengan klien dan diteruskan pada pemeriksaan selanjutnya. Fokus inspeksi pada setiap bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna kulit, bentuk tubuh, serta posisi dan kesimetrisan tubuh. Pada proses inspeksi perawat harus membandingkan bagian tubuh yang normal dengan bagian tubuh yang abnormal.

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, bentuk, kelembapan, vibrasi dan ukuran.

3) Perkusi

Perkusi merupakan teknik pemeriksaan dengan mengetuk-ngetukan jari perawat (sebagai alat untuk menghasilkan suara) ke bagian tubuh klien yang akan dikaji untuk membandingkan bagian yang kiri dengan yang kanan. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan. Ada beberapa suara yang akan ditemui saat melakukan perkusi:

- a) Sonor: suara perkusi jaringan normal.
- b) Pekak: suara perkusi jaringan padat yang terdapat jika ada cairan dirongga pleura, perkusi daerah jantung dan perkusi daerah hepar.
- c) Redup: suara perkusi jaringan yang lebih padat atau konsolidasi paru-paru, seperti pneumonia.
- d) Hipersonor atau timpani: suara perkusi pada daerah yang mempunyai rongga-rongga kosong seperti pada daerah cavernacaverna paru.

4) Auskultasi

Ausultasi merupakan teknik pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh. Ada empat ciri-ciri bunyi yang perlu dikaji dengan auskultasi, yaitu:

- a) *Pitch* (bunyi tinggi ke rendah)
- b) Keras (bunyi yang halus ke keras)
- c) Kualitas (menguat sampai melemah)
- d) Lama (pendek, menengah, panjang)

(Nursalam, 2009).

E. Sumber Data

Ada dua sumber data, yaitu:

1. Sumber data primer

Klien adalah sumber utama data (primer) Apabila klien dalam keadaan tidak sadar, mengalami gangguan bicara atau pendengaran, klien masih bayi atau karena sebab klien tidak dapat memberikan data subjektif secara langsung sehingga perawatan dapat menggunakan data objektif untuk menegaskan diagnosis keperawatan.

2. Sumber data sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang diperoleh selain dari klien, yaitu orang terdekat, orang tua, ayah atau ibu. Jika klien mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi atau kesadaran yang menurun, misalnya klien bayi atau anak-anak atau klien dalam kondisi tidak sadar.

F. Penyajian Data

Penulis menyajikan data pada asuhan keperawatan ini dengan cara textular yaitu penyajian data penulisan data dalam bentuk uraian kalimat dan juga dalam bentuk tabel:

1. Penyajian textular

Penyajian textular adalah penyajian data hasil penulisan dalam bentuk uraian kalimat. Penyajian textular biasanya digunakan untuk penulisan atau data kualitatif, penyajian textular disajikan dalam bentuk uraian kalimat.

2. Penyajian tabel

Penyajian data dalam bentuk tabel adalah suatu penyajian yang sistematis dari pada data numerik, yaitu tersusun dalam kolom atau jajaran. Penyajian data dalam bentuk tabel digunakan untuk data yang sudah ditabulasi dan diklasifikasikan.

G. Prinsip Etik

Menurut Perry dan Potter (2009), prinsip etika yang digunakan penulis dalam membuat asuhan keperawatan ini adalah prinsip etika keperawatan dalam memberikan layanan keperawatan kepada individu, kelompok/keluarga dan masyarakat yaitu:

1. Otonomi (*autonomy*)

Menghargai otonomi berarti komitmen terhadap klien dalam mengambil keputusan tentang semua aspek pelayanan. Persetujuan yang dibaca dan ditandatangani klien sebelum operasi menggambarkan penghargaan terhadap otonomi. Persetujuan yang ditandatangani merupakan jaminan bahwa tim pelayanan kesehatan telah mendapatkan persetujuan dari klien sebelum operasi dilakukan.

2. Kebaikan (*beneficence*)

Prinsip ini menuntut penulis untuk melakukan hal yang baik dengan begitu dapat mencegah kesalahan atau kejahatan. Penulis menggunakan prinsip ini sebagai perawat untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

3. Keadilan (*justice*)

Nilai ini direfleksikan dalam praktek ixtandardixnal ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum standard praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan. Penulis akan menuliskan hasil didalam dokumentasi asuhan keperawatan sesuai dengan hukum dam ixtandard praktik keperawatan.

4. Tidak Merugikan (*Non Maleficince*)

Prinsip ini tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologi pada klien. Penulis akan sangat memperhatikan kondisi klien agar tidak menimbulkan bahaya atau cedera fisik saat dilakukan tindakan asuhan keperawatan.

5. Kejujuran (*Veracity*)

Nilai ini bukan hanya dimiliki perawat namun harus dimiliki seluruh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien untuk meyakinkan agar klien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif dan objektif. Penulis akan menggunakan kebenaran yang merupakan dasar membina hubungan saling percaya.

6. Menepati Janji (*fidelity*)

Tanggung jawab besar seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan. Untuk mencapai itu penulis harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmennya kepada orang lain.

7. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Penulis akan menjaga informasi tentang klien. Dokumentasi tentang keadaan kesehatan klien hanya bias dibaca guna keperluan pengobatan dan

peningkatan kesehatan klien. Diskusi tentang klien diluar area pelayanan harus dihindari

8. Akuntabilitas (*Accountability*)

Akuntabilitas adalah standard yang pasti bawa tindakan seseorang professional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanda terkecuali. Penulis menggunakan prinsip ini untuk memberikan jawaban kepada otoritas yang lebih tinggi atas tindakan yang telah diberikan oleh penulis kepada klien.