

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan

Laporan tugas akhir ini disusun dimana penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan keluarga yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan oksigenasi pada subjek asuhan dengan ISPA pada anak usia prasekolah di Desa Utama Jaya Kecamatan Seputih Mataram Kabupaten Lampung Tengah.

B. Subjek Asuhan

Subjek asuhan ini berfokus pada 1 orang klien yang mengalami masalah kebutuhan oksigenasi pada penderita ISPA di Desa Utama Jaya Kecamatan Seputih Mataram Kabupaten Lampung Tengah, adapun kriteria klien:

1. Balita mengalami masalah gangguan kebutuhan oksigenasi dengan diagnosis ISPA.
2. Balita atau usia pra sekolah (umur 3-5 tahun).
3. Keluarga dengan tumbuh kembang anak usia pra sekolah.
4. Status sosial-ekonomi Menengah/Sedang (UMR).

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi

Lokasi Penelitian dilakukan di Wilayah Kerja Desa Utama Jaya Kecamatan Seputih Mataram Kabupaten Lampung Tengah.

2. Waktu

Waktu penelitian dilakukan selama 1 minggu (minimal 4x kunjungan) pada tanggal 15-18 Februari 2021.

D. Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data

Pengumpulan data pada pasien dimulai dengan pengkajian sampai evaluasi. Instrumen yang digunakan adalah alat pemeriksaan fisik, format pengkajian asuhan keperawatan keluarga, dan format wawancara infeksi saluran pernapasan akut. Data didapatkan melalui wawancara ataupun melalui pembicaraan informal lain. Data lainnya dapat diperoleh melalui berbagai macam sumber atau mempelajari dokumen-dokumen yang

tertulis. Untuk melengkapi data pengkajian awal pada klien, alat yang digunakan yaitu stetoskop, termometer, alat ukur BB dan alat ukur TB.

2. Teknik pengumpulan data

Teknik pengumpulan data pada penyusunan laporan tugas akhir ini mengikuti alur proses keperawatan yaitu :

a. Wawancara

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. Pengamatan/observasi

Perawat melakukan pengamatan terhadap klien, keluarga dan lingkungan. Pengamatan inilah yang kemudian disebut sebagai observasi. Apakah di dalam 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 diagnostic yang menunjukkan perubahan status kesehatan klien yang diperoleh dari kartu kesehatan klien di wilayah kerja Desa Utama Jaya, Kecamatan Seputih Mataram, Kabupaten Lampung Tengah.

d. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan menggunakan metode atau teknik P.E. (physical examination) yang terdiri atas:

1) Inspeksi

Inspeksi merupakan proses observasi yang dilaksanakan secara sistemik. Inspeksi dilakukan dengan menggunakan indra penglihatan, pendengaran, dan penciuman sebagai alat untuk mengumpulkan data. Inspeksi dimulai pada awal berinteraksi dengan pasien dan diteruskan pada pemeriksaan selanjutnya. Fokus

infeksi 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 titik 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-mengetukkan jarinya perawat (sebagai alat untuk menghasilkan suara) ke bagian tubuh pasien yang akan dikaji untuk membandingkan bagian yang kiri dengan yang kanan. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk, dan konsistensi jaringan. Suara-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

Auskultasi 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).

3. Sumber data

Berdasarkan sumber data yang diperoleh, data dapat dibedakan menjadi dua, yaitu sumber data primer dan sumber data sekunder.

a. Sumber data primer

Sumber data primer yaitu data yang didapatkan langsung dari pemeriksaan klien. Bila klien dalam keadaan tidak sadar, mengalami gangguan bicara atau pendengaran, pasien masih bayi atau karena beberapa sebab klien tidak dapat memberikan data subjektif secara langsung. Perawat dapat menggunakan data objektif untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Namun, bila di perlukan klasifikasi data subjektif, hendaknya perawat melakukan anamnesis pada keluarga.

b. Sumber data sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang diperoleh selain klien, yaitu orang terdekat seperti orangtua atau kerabat dekat klien yang dekat dengan rumah klien.

E. Penyajian Data

Dalam laporan tugas akhir ini penulis menyajikan data hasil penelitian dalam bentuk :

1. Narasi

Penulis akan menggunakan penyajian data secara narasi yaitu penyajian data hasil laporan tugas akhir akan ditulis dalam bentuk kalimat. Contohnya hasil pengkajian klien sebelum dan setelah diberikan asuhan keperawatan keluarga. Penyajian dalam bentuk teks hanya digunakan penulis untuk memberikan informasi melalui kalimat yang mudah dipahami pembaca.

2. Tabel

Penulis menggunakan table untuk menjelaskan data yang menggunakan angka-angka. Misalnya table skala prioritas masalah pada klien.

F. Prinsip Etik

Prinsip etik yang digunakan peneliti dalam membuat asuhan keperawatan fokus tindakan keperawatan ini adalah prinsip etika keperawatan dalam memberikan layanan keperawatan kepada individu, kelompok atau keluarga dan masyarakat, yaitu:

1. Autonomi

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Penulis menggunakan prinsip ini untuk memberikan hak kepada keluarga dan balita dalam memberikan keputusan sendiri untuk ikut serta sebagai sasaran asuhan keperawatan.

2. Beneficience

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

3. Justice

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

4. Nonmaleficince

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada anggota keluarga. Penulis akan sangat memperhatikan kondisi keluarga agar tidak menimbulkan bahaya atau cidera fisik pada saat dilakukan asuhan keperawatan.

5. Veracity

Nilai ini bukan cuma dimiliki oleh perawat namun harus dimiliki oleh seluruh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap anggota keluarga untuk meyakinkan agar klien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif. Penulis akan menggunakan kebenaran yang merupakan dasar membina hubungan saling percaya. Keluarga memiliki otonomi sehingga mereka berhak mendapatkan informasi yang ia ingin tahu dari penulis.

6. 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 anggota keluarga sebagian asuhan keperawatan.

7. Confidentiality

Penulis akan menjaga informasi dokumentasi anggota keluarga tentang keadaan kesehatan balita hanya bisa dibaca guna keperluan pengobatan dan peningkatan kesehatan keluarga.

8. Accountability

Standar yang pasti bahwa tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali. Penulis menggunakan prinsip ini untuk memberikan jawaban kepada otoritas yang lebih tinggi atas tindakan yang telah diberikan oleh penulis kepada anggota keluarga).

9. Informed consent

Sebagai suatu cara persetujuan antara peneliti dengan keluarga, dengan memberikan lembar persetujuan (informed consent). Informed consent tersebut diberikan sebelum tindakan keperawatan dilaksanakan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi sasaran asuhan keperawatan. Tujuan informed consent adalah agar keluarga mengerti maksud dan tujuan, mengetahui dampaknya. Jika keluarga bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan, serta bersedia untuk

direkam dan jika keluarga tidak bersedia maka penelitian harus menghormati hak keluarga.