

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Pada laporan tugas akhir ini penulis menggunakan pendekatan dengan fokus asuhan keperawatan pada kebutuhan dasar. Asuhan keperawatan yang dipilih adalah diagnosis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) yang bertujuan untuk menangani pasien yang mengalami gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit khususnya hipovolemia di Ruang Anak RSUD Jendral Ahmad Yani Metro Provinsi Lampung.

B. Subyek Asuhan

Subyek asuhan pada laporan tugas akhir ini adalah 1 (satu) pasien yang mengalami gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit khususnya hipovolemia di Ruang Anak RSUD Jendral Ahmad Yani Metro. Agar karakteristik subyek tidak menyimpang, maka sebelum dilakukan pengambilan data perlu ditentukan kriteria dari subyek penelitian, dengan memiliki kriteria sebagai berikut:

1. Pasien anak yang terdiagnosis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) yang dirawat di Ruang Anak RSUD Jendral Ahmad Yani Metro Provinsi Lampung
2. Pasien anak dengan usia 0 bulan-14 tahun
3. Pasien yang mengalami gangguan cairan dan elektrolit khususnya hipovolemia dengan diagnosa DHF
4. Pasien atau orang tua yang bersedia dijadikan obyek asuhan
5. Pasien anak yang kooperatif

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian pada asuhan keperawatan dengan fokus kebutuhan dasar ini dilakukan di ruang anak RSUD Jendral Ahmad Yani Metro.

2. Waktu Penelitian

Waktu pelaksanaan kegiatan penelitian dilakukan pada tanggal 25 sampai 27 Februari 2020.

D. Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpul Data

Alat pengumpulan data yang digunakan pada asuhan keperawatan anak DHF yang berfokus pada gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit antara lain format pengkajian keperawatan anak, alat-alat pemeriksaan fisik, serta panduan kriteria normal hasil pemeriksaan fisik pada anak.

2. Teknik Pengumpulan Data

Ada empat metode yang digunakan dalam pengumpulan data yang digunakan penulis dan termasuk dalam tahap pengkajian, yaitu anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

a. Anamnesis

Pada kegiatan anamnesis yang perlu ditanyakan pada pasien atau keluarganya yaitu:

- 1) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, dll.)
- 2) Keluhan yang dirasakan
- 3) Intake cairan (berapa banyak anak minum dan makan makanan yang mengandung air?)
- 4) Output cairan (berapa volume urine/frekuensi BAK dan frekuensi BAB anak perhari?)
- 5) Apakah anak mengalami demam?
- 6) Apakah anak banyak mengeluarkan keringat?

- 7) Apakah anak muntah?
- 8) Apakah ada kehilangan atau bertambahnya berat badan?

b. Observasi

Pada metode ini yang perlu di observasi yaitu:

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

c. Pemeriksaan Fisik

1) Mata

Inspeksi: mata cekung, konjungtiva, air mata, edema periorbital, papilledema

2) Tenggorokan dan mulut

Inspeksi: mukosa, bibir, air liur

3) Kardiovaskular

Inspeksi: distensi vena jugularis, pengisian vena

Palpasi: denyut nadi, CRT (*capillary refill time*)

Auskultasi: tekanan darah

4) Kulit

Inspeksi: warna kulit, kelembaban

Palpasi: suhu tubuh, edema

5) Pernafasan

Inspeksi: frekuensi dan pola pernafasan

6) Neurologi

Inspeksi: tingkat kesadaran, fungsi motorik, refleks

d. Pemeriksaan Penunjang

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

3. Sumber Data

Sumber data menurut Budiono & Sumirah (2016), yaitu:

a. Sumber Data Primer

Sumber data primer adalah pasien. Sumber data primer bila pasien dalam keadaan tidak sadar, mengalami gangguan bicara, atau pendengaran, klien masih bayi, karena beberapa sebab klien tidak dapat memberikan data subjektif untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Namun, bila diperlukan klarifikasi data subjektif, hendaknya perawat melakukan anamnesis kepada keluarga.

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 dalam kondisi tidak sadar.

c. Sumber Data Lainnya

- 1) Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya, catatan kesehatan terdahulu dapat digunakan sebagai sumber informasi yang dapat mendukung rencana tindakan perawatan.
- 2) Riwayat penyakit, pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit yang dapat diperoleh dari terapis. Informasi yang diperoleh adalah hal-hal yang difokuskan pada identifikasi patologis untuk menentukan rencana tindakan medis.

- 3) Konsultasi, kadang terapis memerlukan konsultasi dengan anggota tim kesehatan spesialis, khususnya dalam menentukan diagnosis medis atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis.
- 4) Hasil pemeriksaan diagnostik, seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik, dapat digunakan sebagai data objektif yang dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan klien. Hasil pemeriksaan diagnostik dapat digunakan untuk membantu mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan.
- 5) Perawat lain, jika klien adalah rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya maka harus meminta informasi kepada teman sejawat yang telah merawat klien sebelumnya. Hal ini untuk kelanjutan tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- 6) Kepustakaan, untuk mendapatkan data dasar klien yang komprehensif, dapat dengan membaca literatur yang berhubungan dengan masalah klien. Memperoleh literatur sangat membantu dalam memberikan asuhan keperawatan yang benar dan tepat.

E. Penyajian Data

Cara penyajian data menurut Moch. Imron (2010), yaitu:

1. Narasi atau tulisan (*textular presentation*)

Bentuk penyajian data secara naratif atau dengan teks, berisi informasi tentang prosedur penelitian, hasil-hasil yang diperoleh serta kesimpulan yang dimuat secara garis besar.

2. Tabel (*table presentation*)

Penyajian dalam bentuk tabel yakni penyajian dalam bentuk angka yang disusun sedemikian rupa dan dimasukkan kedalam kolom-kolom. Penyajian data dalam bentuk tabel paling banyak digunakan dalam penyusunan laporan.

F. Prinsip Etik

Menurut Potter dan Perry, 2009:

1. Otonomi (*Autonomy*)

Menghargai otonomi (*autonomy*) berarti komitmen terhadap klien dalam mengambil keputusan tentang semua aspek pelayanan. Persetujuan yang dibaca dan ditandatangani oleh klien sebelum tindakan menggambarkan penghargaan terhadap otonomi.

2. Kebaikan (*Beneficence*)

Kebaikan adalah tindakan positif untuk membantu orang lain. Melakukan niat baik mendorong keinginan untuk melakukan kebaikan bagi orang lain.

3. Tidak Merugikan (*Non maleficence*)

Dalam pelayanan kesehatan, praktik etik tidak hanya melibatkan keinginan untuk melakukan kebaikan, tetapi juga janji untuk tidak mencederai. Janji untuk sedikit mungkin melakukan intervensi yang melukai menggambarkan sikap *nonmaleficence*.

4. Keadilan (*Justice*)

Penyelenggara pelayanan kesehatan setuju untuk berusaha bersikap adil dalam memberikan pelayanan kesehatan. Istilah ini sering digunakan dalam diskusi tentang sumber daya pelayanan kesehatan.

5. Kesetiaan (*Fidelity*)

Kesetiaan adalah persetujuan untuk menepati janji. Janji setia mendukung rasa tidak ingin untuk meninggalkan klien, meskipun saat klien tidak menyetujui keputusan yang telah dibuat. Standar kesetiaan termasuk kewajiban mengikuti pelayanan yang ditawarkan kepada klien.

6. Advokasi (*Advocacy*)

Advokasi merujuk pada dukungan. Sebagai perawat, kita melakukan advokasi terhadap kesehatan, keamanan, dan hak klien. Kita menjaga hak klien atas privasi fisik dan pemeriksaan.

7. Tanggung jawab

Kata tanggung jawab merujuk pada keinginan untuk melaksanakan kewajiban dan memenuhi janji. Perawat harus bertanggung jawab terhadap tindakan yang dilakukan. Perawat harus berperan aktif dalam membentuk praktik dan harus memiliki kompetensi praktik agar mampu melakukan tanggung jawab dengan baik.

8. Akuntabilitas (*Accountability*)

Akuntabilitas merujuk pada kemampuan seorang untuk menjelaskan alasan tindakannya. Perawat akan belajar untuk menjamin tindakan profesional yang dilakukan pada klien dan atasan.

9. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Perawat harus menjaga kerahasiaan data klien. Perawat tidak dapat menyalin rekam medis tanpa izin dari klien. Perawat tidak dapat membagi informasi pelayanan kesehatan, termasuk hasil laboratorium, diagnosis, dan prognosis dengan orang lain tanpa izin khusus dari klien, kecuali informasi tersebut diperlukan dalam upaya penyelenggaraan perawatan.