

BAB III METODE

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Penulisan laporan tugas akhir ini penulis menggunakan pendekatan yang berfokus pada Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Nutrisi Dengan Risiko Defisit Nutrisi Pada Keluarga Bapak D Khususnya Pada Anak A Di Batu Keramat Tanggamus Tahun 2021 yang bertujuan untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami khususnya pada keluarga dengan gangguan kebutuhan nutrisi. Konsep asuhan penulis adalah asuhan keperawatan keluarga pada anak dengan gangguan kebutuhan nutrisi.

B. Subjek Asuhan Keperawatan

Subjek asuhan keperawatan dalam penulisan tugas akhir ini adalah keluarga Bapak D khususnya pada Anak A di Batu Keramat Kabupaten Tanggamus tahun 2021 dengan masalah kesehatan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada keluarga dengan gizi kurang.

Kriteria subjek asuhan keperawatan :

1. Balita yang terdeteksi atau mengalami gizi kurang ($Z\text{-Score} > -3,0$ s/d $< -2,0$)
2. Keluarga yang mempunyai balita gizi kurang dalam rentang usia 2,5 – 5 tahun
3. Keluarga yang bersedia untuk menjadi subjek asuhan keperawatan

C. Lokasi dan Waktu

Asuhan keperawatan dilakukan pada keluarga dengan gangguan kebutuhan nutrisi yaitu keluarga dengan gizi kurang di Batu Keramat Kabupaten Tanggamus pada tanggal 15 Februari 2021 sampai dengan 20 Februari 2021.

D. Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data

Alat pengumpulan data dalam penyusunan laporan tugas akhir adalah:

- a. Lembar format asuhan keperawatan keluarga

- b. Alat alat pemeriksaan fisik seperti stetoskop, tensimeter, thermometer, alat ukur BB, alat ukur TB (meteran) dan pita LILA
- c. Standar antropometri penilaian status gizi anak.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Wawancara adalah menanyakan atau tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi keluarga dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan. Wawancara dilakukan pada Bapak D dengan tujuan untuk mendapatkan informasi yang diperlukan dalam mengidentifikasi dan merencanakan tindakan keperawatan, meningkatkan hubungan perawat-keluarga dalam komunikasi, membantu keluarga untuk memperoleh informasi dan berpartisipasi dalam mengidentifikasi masalah dan tujuan, membantu perawat menentukan rencana keperawatan lebih lanjut selama tahap pengkajian.

b. Observasi

Observasi adalah mengamati perilaku dan keadaan keluarga Bapak D untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan keluarga, kegiatan ini meliputi aspek fisik, mental, social, dan spiritual.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik terhadap anggota keluarga bapak D khususnya pada Anak A.

1) Inspeksi

Inspeksi adalah proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis yang dilakukan dengan menggunakan indra penglihatan, pendengaran dan penciuman sebagai alat untuk mengumpulkan data. Inspeksi dimulai pada awal interaksi dengan keluarga dan dilanjutkan dengan pemeriksaan lebih lanjut. 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 yaitu Teknik pemeriksaan dengan menggunakan indera peraba. Tangan dan jari adalah instrument yang sensitif sehingga dapat digunakan untuk mengumpulkan data diantaranya adalah temperature, turgor, bentuk kelembaban, vibrasi, dan ukuran

3) Perkusi

Perkusi yaitu Teknik pemeriksaan dengan cara mengetuk pada bagian tubuh yang dikaji/periksa. Tindakan ini bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan

4) Auskultasi

Auskultasi yaitu Teknik pemeriksaan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan suatu alat stetoskop, yang perlu dikaji pada pemeriksaan auskultasi ini adalah pitching, keras, kualitas, dan waktu/lama

3. Sumber data

a. Sumber data primer

Sumber data primer adalah keluarga yaitu keluarga Bapak D ialah keluarga dengan risiko defisit nutrisi pada balita di Batu Keramat Kabupaten Taanggamus tahun 2021. Sebagai sumber data primer perawat dapat menggunakan data objektif untuk menegakkan diagnosis keperawatan dengan melakukan anamnesis pada keluarga.

Langkah kerja dalam mendapatkan data primer yaitu:

- 1) Perawat mendatangi rumah keluarga
- 2) Keluarga diberikan penjelasan mengenai tujuan asuhan keperawatan
- 3) Informed consent diberikan kepada keluarga
- 4) Keluarga diberikan kesempatan untuk bertanya

- 5) Keluarga menandatangani informed consent
- 6) Perawat meminta waktu keluarga untuk melakukan pengkajian menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan keluarga
- 7) Perawat melakukan pemeriksaan fisik dengan metode head to toe (pengukuran TB, BB, LILA, lingkaran perut, suhu, tekanan darah, observasi perubahan warna rambut, warna konjungtiva, sklera mata, turgor kulit, kelembaban kulit, mukosa bibir, retraksi dinding dada, pemeriksaan capillary refill rate (CRT), pembengkakan yang abnormal, menghitung denyut nadi dan pernapasan)
- 8) Perawat melakukan intervensi, implementasi dan evaluasi pada keluarga dan kemudian perawat melakukan dokumentasi

b. Sumber data sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang diperoleh selain dari klien, seperti orang terdekat, teman, dan orang lain yang tahu tentang status kesehatan klien. Selain itu, tenaga kesehatan lainnya seperti dokter, ahli gizi, ahli fisioterapi, laboratorium, juga termasuk sumber data sekunder (Rohmah & Nikmatur, 2016). Dalam hal ini, untuk mendapatkan data sekunder penulis melakukan wawancara dengan Ny N selaku nenek dari Anak A

E. Penyajian data

Menurut Notoadmojo (2010) penyajian data dilakukan melalui berbagai bentuk. Pada umumnya dikelompokkan menjadi tiga yaitu bentuk teks (textular), penyajian dalam bentuk tabel dan penyajian dalam bentuk grafik. Pada studi kasus ini penulisan menggunakan dua bentuk penyajian data tersebut yaitu:

1. Textular (narasi)

Penyajian textular adalah penyajian data hasil asuhan keperawatan dalam bentuk uraian kalimat. Penyajian textular disajikan dalam bentuk narasi.

2. Tabel

Penyajian data tabel dalam bentuk tabel adalah suatu penyajian yang sistematis daripada numerik yang tersusun dalam kolom atau jajaran

3. Grafik

Dalam laporan tugas akhir ini penulis akan menyajikan data dalam bentuk narasi dan tabel.

F. Prinsip etik

1. Otonomi (outonomy)

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berfikir secara logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki kekuatan membuat sendiri, memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang harus dihargai oleh orang lain. Prinsip otonomi merupakan bentuk respek terhadap seseorang atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Praktek professional merefleksikan otonomi saat perawat menghargai hal – hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya.

2. Berbuat baik (Beneficience)

Beneficience berarti hanya melakukan sesuatu yang baik. Kebaikan memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain, terkadang dalam situasi pelayanan kesehatan terjadi konflik antara prinsip ini dengan prinsip otonomi.

3. Keadilan (justice)

Prinsip keadilan dibutuhkan untuk perlakuan yang sama dan adil terhadap orang lain yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Nilai ini direfleksikan dalam praktik professional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.

4. Tidak merugikan (nonmaleficence)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cidera fisik dan psikologis pada klien.

5. Kejujuran (veracity)

Prinsip veracity berarti penuh dengan kebenaran. Nilai ini diperlukan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien untuk meyakinkan bahwa klien sangat mengerti. Prinsip veracity berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada dan mengatakan yang sebenarnya kepada klien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan, walaupun demikian terdapat beberapa argument mengatakan adanya Batasan untuk kejujuran seperti jika kebenaran dan kesalahan prognosis klien untuk pemulihan atau adanya hubungan peristaltic bahwa “doctors knows best” sebab individu memiliki otonomi, mereka memiliki hak untuk mendapatkan informasi penuh tentang kondisinya. Kebenaran merupakan dasar dalam membangun hubungan saling percaya.

6. Menepati janji (fidelity)

Prinsip fidelity dibutuhkan individu untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia klien. Ketaatan, kesetiaan adalah kewajiban seseorang untuk mempertahankan komitmen yang telah dibuatnya. Kesetiaan menggambarkan kepatuhan perawat terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar dari perawat adalah untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan.

7. Kerahasiaan (confidentiality)

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang klien harus dijaga privasi klien. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien, tidak ada seorangpun yang dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diijinkan klien dengan bukti persetujuan. Anak Diskusi tentang klien diluar arean pelayanan, menyampaikan pada teman atau keluarga tentang klien dengan tenaga kesehatan lain harus dihindari.

8. Akuntabilitas (accountability)

Akuntabilitas merupakan standar yang pasti bahwa tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali.