

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Pendekatan yang digunakan dalam Laporan Tugas Akhir ini yaitu metode pendekatan studi kasus asuhan keperawatan yang dilakukan melalui proses keperawatan yang 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 pemenuhan kebutuhan Cairan pada An.S dengan diagnosis medis Diare dan An. E dengan diagnosis medis Diare dengan minimal perawatan selama 3 hari. Karena pasien anak-anak berusia 2 tahun, maka keluarganya yang menjadi responden saat pengkajian anamnesis dengan menandatangani *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu

a) Lokasi

Studi kasus ini dilaksanakan di RS Mardi Waluyo Metro bertempat di Ruang Bougenville.

b) Waktu

Studi kasus ini dilaksanakan selama 5 hari, dimulai sejak tanggal 02 sampai dengan 06 Januari 2024.

D. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah proses mengumpulkan informasi tentang status kesehatan klien. Proses ini harus sistematis atau kontinu untuk mencegah kehilangan data yang signifikan dan menggambarkan perubahan status kesehatan. Adapun metode pengumpulan data dapat melalui hal-hal sebagai berikut:

1. Alat pengumpulan Data

Alat pengumpulan data dalam penusunan Karya Tulis Ilmiah ini dengan menggunakan lembar kertas/ format asuhan keperawatan individu pasien 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 dilakukan penulis kepada pasien menggunakan stetoskop, thermometer, jam tangan/ stopwatch, gelas ukur urine, timbangan berat badan, meteran/ 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, dan evaluasi keperawatan. Berikut prosedur dalam pengumpulan data yang dilakukan penulis untuk asuhan keperawatan.

a. Wawancara

Wawancara dilakukan pada tanggal 02 Januari 2021 di Ruang Bougenville RS Mardi Waluyo Kota Metro pada pasien 1 An. S berusia 2 tahun dan pasien 2 An.E berusia 2 tahun, 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, alas an 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 .

b. 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.

c. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan penunjang didapat dari dokumen pemeriksaan laboratorium darah lengkap dan pemeriksaan urine dan feses.

3. 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, 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, hasil dokumen pemeriksaan laboratorium darah lengkap, urine dan feses.

E. Penyajian Data

Penulis menyajikan data pada Karya Tulis Ilmiah 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 paragraph dimulai dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

F. Prinsip Etik

Menurut (Kozier et al., 2016), prinsip etik keperawatan adalah menghargai pihak dan martabat setiap manusia, tidak akan berubah prinsip etik keperawatan. Etika menggambarkan aspek-aspek etik yang dipergunakan menjadi pertimbangan dalam memberikan asuhan keperawatan bagi pasien sampai dengan proses dokumentasi yang dilakukan. Etika studi kasus adalah suatu bentuk hubungan moral atau nurani yang berupa sopan santun, tata susila, dan budi pekerti dalam pelaksanaan studi kasus dengan menggunakan metode ilmiah yang teruji secara validitas dan reliabilitas. Prinsipdasar etika keperawatan taralain:

1. Otonomy (*Autonomy*)

Kemampuan untuk menentukan sendiri atau mengatur diri sendiri. Menghargai otonomy berarti menghargai manusia sebagai seseorang yang mempunyai harga

diri, martabat yang mampu menentukan sesuatu bagi dirinya.

2. Berbuat baik (*Beneficience*)

Selalu mengupayakan tiap keputusan dibuat berdasarkan keinginan untuk melakukan yang terbaik dan tidak merugikan pasien.

3. Tidak membahayakan (*Non Maleficience*)

Tindakan dan pengobatan harus berpedoman “yang paling utama adalah jangan merugikan), tidak melukai atau tidak menimbulkan bahaya atau cedera bagi pasien

4. Kejujuran (*Veracity*)

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

5. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

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

6. Menepati Janji (*Fidelity*)

Menepati janji sesuai kontrak yang telah dilakukan kepada pasien dan keluarga pasien.

7. Keadilan (*Justice*)

Selama pemberian asuhan keperawatan bersikap adil kepada kedua pasien dalam memberikan asuhan keperawatan dan komunikasi terapeutik.