

## **BAB III METODE**

### **A. Fokus Asuhan Keperawatan**

Pada Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang berfokus pada asuhan keperawatan gangguan kebutuhan keamanan (hipertermia) pada pasien febris. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan adalah asuhan keperawatan anak yang meliputi tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

### **B. Subyek Asuhan**

Subyek asuhan keperawatan pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah berfokus pada dua pasien dengan diagnosis medis observasi febris gangguan kebutuhan keamanan (hipertermia) di Ruang Bougenville Rumah Sakit Mardi waluyo Kota Metro Lampung. Dengan kriteria hasil sebagai berikut:

1. Pasien dengan diagnosis observasi febris
2. Pada usia 2 tahun dan 6 tahun
3. Pasien laki-laki
4. Pasien berada di Ruang Bougenville Rumah Sakit Mardi Waluyo Kota Metro Lampung
5. Pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan keamanan (hipertermia)
6. Pasien atau keluarga bersedia untuk dijadikan subyek asuhan keperawatan dengan menyetujui lembar *informed consent*

### **C. Lokasi dan Waktu**

#### **1. Lokasi Pengumpulan Data**

Lokasi pengumpulan data pada asuhan keperawatan dengan fokus kebutuhan keamanan (hipertermia) ini dilakukan di Ruang Bougenville Rumah Sakit Mardi Waluyo Kota Metro Lampung.

#### **2. Waktu Pengumpulan Data**

Waktu pengambilan data dilakukan pada bulan januari 2024 selama minimal 3 hari untuk masing-masing pasien.

## **D. Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode asuhan keperawatan sebagai berikut:

### **1. Alat Pengumpulan Data**

Alat pengumpulan data dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah dengan lembar format asuhan keperawatan individu yang meliputi proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis, intervensi, dan evaluasi. Dalam melakukan pencatatan anamnesis dan hasil pemeriksaan fisik penulis menggunakan alat tulis pena dan pensil. Selain lembar format pengkajian asuhan keperawatan, penulis juga dalam mengumpulkan data menggunakan alat-alat pemeriksaan fisik seperti menggunakan stetoskop, termometer, pita ukur, timbangan, oksimetri, *penlight*, jam tangan/*stopwach*, dan gelas ukur urine.

### **2. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah menggunakan metodologi keperawatan dengan menerapkan proses keperawatan pada pasien dengan gangguan keamanan (hipertermia) yang dilakukan selama tiga hari perawatan dan mendokumentasikan hasil sesuai dengan format asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Berikut prosedur pengumpulan data untuk asuhan keperawatan pada dua pasien anak, antara lain;

#### **a. Anamnesis**

Anamnesis merupakan suatu proses tanya jawab atau komunikasi untuk mengajak pasien dan keluarga bertukar pikiran dan perasaan, mencakup keterampilan secara verbal dan nonverbal, empati dan rasa kepedulian yang tinggi. Penulis dalam melakukan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode wawancara. Validasi data yang dianamnesis meliputi: nama, umur, alamat, pendidikan, keluhan utama, data yang dianamnesis kepada pasien dan keluarga meliputi: alasan masuk rumah sakit, riwayat kesehatan pasien, riwayat kehamilan dan kelahiran, riwayat imunisasi, kebutuhan dasar, tingkat perkembang.

## **b. Observasi**

Observasi merupakan pengamatan perilaku dan keadaan pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan pasien secara langsung. Observasi pada pasien meliputi keadaan umum, keadaan fisik (seperti tampak menggigil, tampak pucat, tampak lemas, terdapat kemerahan pada wajah), tanda-tanda vital (suhu tubuh, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan dan *balance* cairan) dan observasi data laboratorium (seperti darah lengkap dan darah rutin), yang berhubungan dengan febris.

## **c. Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik merupakan pengumpulan data yang dilakukan dengan menggunakan metode atau teknik P.E. (*Physical Examination*) yang terdiri dari (Budiono & Pertami, 2019):

### **1) Inspeksi**

Inspeksi merupakan teknik yang dilakukan dengan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis. Inspeksi dilakukan dengan menggunakan indra penglihatan, pendengaran, dan penciuman sebagai pengumpulan data. Fokus inspeksi berada pada bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna kulit, bentuk tubuh, serta posisi dan kesimetrisan tubuh.

### **2) Palpasi**

Palpasi merupakan teknik yang dapat dilakukan dengan indra peraba. Penulis melakukan teknik palpasi pada pasien untuk pemeriksaan nadi, abdomen, suhu kulit, turgor kulit, dan CRT.

### **3) Perkusi**

Perkusi merupakan teknik yang dapat dilakukan dengan mengetuk dengan tujuan untuk membandingkan kiri kanan pada setiap daerah bagian tubuh yang menghasilkan suara. Penulis melakukan teknik perkusi pada pasien yang dilakukan untuk pemeriksaan abdomen yang bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan.

#### **4) Auskultasi**

Auskultasi merupakan teknik pemeriksaan yang dengan cara menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh. Penulis melakukan teknik auskultasi pada pasien untuk pemeriksaan bunyi nafas dan bising usus pada abdomen, yang bertujuan untuk mendengar bunyi yang dihasilkan oleh tubuh dan mengidentifikasi ada tidaknya suara abnormal.

#### **d. Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan yang dilakukan untuk mendukung data dan menegakkan diagnosis. Adapun pemeriksaan penunjang dalam Karya Tulis Ilmiah ini yaitu hasil dokumen laboratorium pemeriksaan darah rutin dan darah lengkap.

#### **e. Sumber Data**

Terdapat dua tipe sumber data yang digunakan peneliti, yaitu data primer dan data sekunder

##### **1) Data Primer**

Pasien adalah sumber utama data (primer) dan dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai masalah kesehatan pasien. data primer dalam studi kasus ini berupa hasil anamnesis kepada pasien dan keluarga pasien. Anamnesis yang dilakukan meliputi validasi data: nama, umur, alamat, pendidikan, keluhan utama, data yang dianamnesis kepada pasien dan keluarga meliputi: keluhan utama, alasan masuk rumah sakit, riwayat kesehatan pasien, riwayat kehamilan dan kelahiran, riwayat imunisasi, kebutuhan dasar, tingkat perkembangan, penyebab masuk rumah sakit dan melakukan pemeriksaan fisik *head to toe* yang sesuai dengan penyakit pasien.

##### **2) Data Sekunder**

Sumber data sekunder adalah data yang berhubungan dengan informasi dari sumber yang telah ada sebelumnya seperti dokumen-dokumen penting. Data sekunder dalam studi kasus ini berupa rekam medis dan hasil dokumen laboratorium darah rutin dan darah lengkap.

## **E. Penyajian Data**

Penulis menyajikan data pada Karya Tulis Ilmiah ini dengan cara narasi, penulis akan menggunakan penyajian data secara narasi yaitu suatu bentuk penyajian yang digunakan dalam bentuk kalimat yang biasa berupa deskriptif untuk memberikan informasi yang mudah dipahami oleh pembaca. Seperti hasil pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

## **F. Prinsip Etik**

Proses asuhan keperawatan ini menggunakan prinsip etik yang bertujuan untuk mencegah munculnya masalah etik selama memberikan asuhan keperawatan. Prinsip etik yang diterapkan dalam melakukan penelitian sebagai berikut:

### **1. Otonomy (*Autonomy*)**

Prinsip menghormati otonomi pasien yaitu kemampuan untuk menentukan sendiri atau mengatur diri sendiri. Menghargai otonomi berarti menghargai manusia sebagai seseorang yang mempunyai harga diri dan martabat yang mampu menentukan sesuatu bagi dirinya. pada penelitian ini responden atau pasien diberi kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini tanpa adanya paksaan.

### **2. Perbuatan Baik (*Beneficence*)**

Setiap tindakan yang dilakukan harus memiliki manfaat kepada pasien maupun keluarga pasien dan tidak merugikan pasien. Pasien yang terlibat dalam proses asuhan keperawatan ini akan memperoleh manfaat secara langsung. Penulis memotivasi keluarga untuk selalu merawat dan menjaga pasien.

### **3. Tidak Membahayakan (*Non Maleficienci*)**

Tindakan dan pengobatan harus sesuai prosedur agar tidak terjadi kesalahan maupun kelalaian yang dapat merugikan pasien maupun keluarga, yang paling utama adalah jangan merugikan, tidak melukai atau tidak menimbulkan bahaya atau cedera bagi pasien. Penulis melakukan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan standar operasional prosedur dengan hati-hati.

**4. Kejujuran (*Veracity*)**

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

**5. Kerahasiaan (*Confidentiality*)**

Perawat harus menghormati privasi dan kerahasiaan pasien, meskipun pasien telah meninggal. Penulis menjaga kerahasiaan mengenai pasien dan keluarga pasien dengan tidak melakukan penyebarluasan semua informasi yang didapatkan, menjaga kerahasiaan pasien dengan mencantumkan nama inisialnya pada laporan asuhan keperawatan.

**6. Menepati Janji (*Fidelity*)**

Perawat akan menepati janji bila melakukan kontrak kerja dengan pasien. Penulis berusaha menepati janji sesuai kontrak yang telah dilakukan kepada pasien dan keluarga pasien.

**7. Keadilan (*Justice*)**

Perawat harus berlaku adil dan tidak berat sebelah, tindakan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dilarang membeda-bedakan antara pasien satu dengan pasien lainnya. Selama pemberian asuhan keperawatan penulis bersikap adil kepada kedua pasien.