

BAB III METODE ASUHAN KEPERAWATAN

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Pada laporan tugas akhir ini penulis menggunakan asuhan keperawatan keluarga yang bertujuan untuk menerapkan teori-teori keperawatan dalam mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik dengan *Gout Arthritis* pada Bapak T.

B. Subjek Asuhan Keperawatan

Dalam asuhan keperawatan keluarga fokus tindakan ini dijadikan subjek asuhan adalah Bapak T yang sudah lansia mengalami kebutuhan mobilitas fisik pada penderita *Gout Arthritis* di Desa Natar Kecamatan Natar Kabupaten Lampung Selatan. Adapun kriteria Bapak T yaitu:

1. Berusia 60 tahun keatas yang mengalami gangguan mobilitas fisik
2. Penderita *Gout Arthritis* yang memiliki masalah gangguan mobilitas fisik
3. Mampu diajak berbicara dan kooperatif terhadap tindakan yang diberikan
4. Bersedia menjadi responden dan memahami tujuan, prosedur dan bersedia menandatangani lembar persetujuan *informed concent*.

C. Lokasi dan waktu

Asuhan keperawatan ini dilakukan selama 7 hari yaitu pada 15 Februari sampai 20 Februari 2021 dengan melakukan kunjungan 4 kali yakni kunjungan rumah pada keluarga Bapak T di jalan Dahlia 1 Desa Natar Kecamatan Natar Kabupaten Lampung Selatan.

D. Pengumpulan data

1. Alat dan pengumpulan data

Alat yang digunakan untuk menyusun Laporan Tugas Akhir adalah lembar format asuhan keperawatan keluarga, yang meliputi proses

pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi dan pemeriksaan fisik.

2. Teknik pengumpulan data

Menurut Notoadmodjo (2010) terdapat beberapa metode yang digunakan dalam pengumpulan data pada tahap pengkajian, yaitu :

a. Pengamatan (observasi)

Observasi adalah suatu hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Penulis melakukan pengamatan pada klien untuk melihat adanya gangguan mobilitas fisik. Penulis mengamati wajah dan cara berjalan Bapak T sebelum dan sesudah dilakukan tindakan keperawatan.

b. Wawancara (intervensi)

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*). Jadi data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu pertemuan atau percakapan.

c. Pemeriksaan fisik

Menurut Budiono & Sumirah (2015) pemeriksaan fisik yang anda lakukan dengan menggunakan metode atau teknik P.E (*Physical Examination*) yaitu terdiri atas:

1. Inspeksi: fokus inspeksi pada bentuk tubuh (kaki), warna, bentuk, kesimetrisan, lesi dan benjolan hasil normal dan abnormal bagian tubuh satu dengan tubuh yang lainnya.
2. Palpasi: melakukan palpasi pada kulit untuk memeriksa suhu, kelembaban, nyeri tekan, serta merasakan apakah adanya pembengkakan.

E. Sumber data

1. Sumber data primer

Sumber data yang diperoleh dari hasil pengkajian, observasi dan pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Bapak T.

2. Sumber data sekunder

Sumber data yang diperoleh selain Bapak T, yaitu orang terdekat, istri, anak Bapak T yang tidak mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi atau kesadaran menurun. Misalnya klien bayi atau anak-anak atau klien dalam keadaan tidak sadar.

F. Penyajian data

Menurut Notoatmodjo (2010), penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai bentuk. Pada umumnya dikelompokkan menjadi 3 yaitu, bentuk teks, penyajian dalam bentuk tabel dan penyajian dalam bentuk grafik. Pada asuhan keperawatan ini penulis akan menggunakan 2 bentuk penyajian data yaitu:

1. Penyajian textular, penulis akan menggunakan penyajian data hasil laporan tugas akhir akan ditulis dalam bentuk kalimat. Misalnya menjelaskan hasil pengkajian pasien sebelum dilakukan tindakan keperawatan dan setelah dilakukan tindakan keperawatan, dalam tugas akhir ini penulis menggunakan metode narasi pada latar belakang, tinjauan penyakit, tinjauan asuhan keperawatan, dan tinjauan konsep penyakit.
2. Penyajian tabel, penulis menggunakan tabel untuk menjelaskan hasil menggunakan angka-angka yang akan dimasukkan kedalam tabel. Salah satu contoh yang akan digunakan penulis adalah untuk pengkajian pada pasien, penulis tentunya akan mengkaji fungsi kognitif pasien sebelum diberikan tindakan keperawatan dimana tabel diperlukan dalam penilaian fungsi kognitif pasien .

G. Prinsip etik

Prinsip etik menurut Perry dan Potter (2005) yang digunakan penulis dalam membuat laporan tugas akhir ini adalah prinsip etik keperawatan, dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada individu, kelompok/keluarga dan masyarakat yaitu:

1. *Autonomy* (otonomi)

Prinsip ini didasarkan pada keyakinan bahwa setiap individu memiliki kemampuan berpikir logis dan membuat keputusan sendiri. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri. Prinsip otonomi merupakan bentuk respek terhadap seseorang atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Prinsip otonomi direfleksikan dalam sebuah praktek profesional ketika perawat menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya.

2. *Beneficial* (berbuat baik)

Kebaikan memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Prinsip kemurahan hati adalah:

- a) Menghilangkan kondisi-kondisi yang merugikan
- b) Mencegah kerugian/kerusakan/kesalahan
- c) Berbuat baik

3. *Justice* (keadilan)

Nilai ini terefleksikan dalam praktek profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai dengan hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar sesuai dengan hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.

4. *Nonmaleficence* (tidak merugikan)

Prinsip ini mengindikasikan bahwa individu secara normal diharuskan untuk menghindari sesuatu yang dapat merugikan orang lain. Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien.

5. *Veracity* (kejujuran)

Pemberi pelayanan kesehatan harus menyampaikan kebenaran pada setiap klien dan memastikan bahwa klien sangat mengerti dengan situasi yang dihadapinya. Prinsip ini berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi yang disampaikan harus akurat, komprehensif, dan obyektif sehingga pasien mendapatkan pemahaman yang baik mengenai keadaan dirinya selama menjalani perawatan. Kebenaran merupakan dasar dalam membangun hubungan saling percaya.

6. *Fidelity* (kesetiaan, menepati janji)

Prinsip ini berarti bahwa tenaga kesehatan wajib menepati janji, menjaga komitmennya dan menyimpan rahasia klien. Kesetiaan perawat menggambarkan kepatuhan perawat terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan.

7. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Prinsip ini menggariskan bahwa informasi tentang klien harus dijaga kerahasiaannya. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien. Tidak ada seorangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diizinkan oleh klien dengan bukti persetujuan.

8. *Accountability* (akuntabilitas)

Akuntabilitas merujuk pada kemampuan seseorang untuk menjelaskan alasan tindakannya. Anda akan belajar untuk menjamin tindakan profesional yang anda lakukan pada Bapak T dan atasan anda. Institusi pelayanan Kesehatan juga berperan dalam akuntabilitas dengan memonitor individu dan kepatuhan institusional terhadap standar nasional yang dibuat oleh *The Joint Commission* dan ANA.

Selain itu etika dalam melakukan asuhan keperawatan digunakan penulis menurut Hidayat (2008) mengingat dalam pelaksanaan sebuah asuhan keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia,

maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan ini. Dalam asuhan keperawatan ini sebelumnya penulis mendatangi pasien dan meminta ketersediannya menjadi partisipan. Penulis melakukan penelitian asuhan keperawatan dengan memperhatikan etika – etika penelitian yaitu:

a. *Informed consent*

Merupakan bentuk persetujuan antara penulis dengan responden, dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* diberikan sebelum asuhan keperawatan dilaksanakan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi sampel. Tujuan *informed consent* adalah agar subyek mengerti maksud dan tujuan pemberian asuhan dan dampaknya. Beberapa informasi yang harus ada didalam *informed consent* tersebut antara lain:

- 1) Partisipasi pasien
- 2) Tujuan dilakukan tindakan
- 3) Komitmen
- 4) Prosedur pelaksanaan
- 5) Potensial masalah yang terjadi
- 6) Manfaat
- 7) Kerahasiaan
- 8) Informasi yang mudah dihubungi

b. *Anonimity* (tanpa nama)

Merupakan etika keperawatan dengan cara tidak mencantumkan nama Bapak T pada pendokumentasian asuhan keperawatan dan hanya menuliskan kode atau inisial pada lembar pengumpulan data atau hasil laporan yang disajikan.

c. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Penulis harus bisa menjamin kerahasiaan dari hasil laporan baik informasi maupun masalah lainnya. Hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil laporan.