

BAB III

METODE

A. Pendekatan Asuhan Keperawatan

Dalam laporan karya tulis ilmiah ini penulis melakukan pendekatan asuhan keperawatan, mulai dari pengkajian, menentukan diagnosis keperawatan, menentukan perencanaan (intervensi), melakukan tahap pelaksanaan (implementasi), serta melakukan tahap evaluasi. Asuhan ini berfokus pada klien dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman di Desa Pemanggilan, Kecamatan Natar, Lampung Selatan.

B. Subyek Asuhan Keperawatan

Subyek asuhan dalam laporan karya tulis ilmiah ini adalah dua klien yang mengalami gangguan kebutuhan rasa nyaman dengan diagnosa medis hipertensi di Desa Pemanggilan, Kecamatan Natar, Lampung Selatan, karakteristik subyek tidak menyimpang, maka sebelum dilakukan pengambilan data perlu ditentukan kriteria yaitu:

1. Klien ada dirumah di Desa Pemanggilan Kecamatan Natar Kabupaten Lampung Selatan
2. Klien dengan usia remaja (10-18 Tahun) sampai usia lansia (≥ 60 Tahun)
3. Klien dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman
4. Memahami bahasa Indonesia dan mempunyai fungsi pendengaran dan penglihatan yang baik
5. Klien bersedia untuk diberikan asuhan keperawatan dengan menyetujui lembar *informed consent*.

C. Fokus Asuhan Keperawatan

Fokus studi adalah kajian utama yang akan dijadikan titik acuan studi kasus. Fokus studi pada asuhan keperawatan ini adalah tindakan asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi yang mengalami gangguan kebutuhan rasa nyaman.

D. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan dilaksanakan di Dusun Srimulyo 1, Desa Pemanggilan, Kecamatan Natar, Kabupaten Lampung Selatan.

2. Waktu asuhan keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 09 sampai 14 Januari 2023, selama 3x7 jam yaitu pada klien 1 (Ny.R) dimulai tanggal 09 sampai 11 januari dan klien 2 (Ny.T) tanggal 10 sampai 13 januari 2023.

E. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakter yang diamati, sehingga memungkinkan penulis untuk observasi secara cermat terhadap objek atau fenomena.

1. Asuhan keperawatan adalah asuhan atau tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien dengan hipertensi dan urutannya sebagai berikut:
 - a. Pengkajian adalah pengambilan data umum seperti identitas responden, data umum lainnya, data tekanan darah, dan data gangguan rasa nyaman yang dialami.
 - b. Diagnosa keperawatan adalah adanya masalah keperawatan gangguan rasa nyaman yang berhubungan dengan gejala penyakit.
 - c. Perencanaan adalah rencana asuhan keperawatan yang akan diberikan pada klien yaitu manajemen nyeri, terapi relaksasi, dan pengaturan posisi dalam untuk menurunkan rasa tidak nyaman yang disebabkan adanya hipertensi yang diderita.
 - d. Implementasi adalah melakukan asuhan keperawatan kompres hangat, teknik relaksasi nafas dalam dan pengaturan posisi yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut dan dilakukan 2 kali sehari yaitu pagi dan sore hari.
 - e. Evaluasi adalah langkah terakhir dari proses keperawatan yaitu menilai apakah terdapat penurunan rasa tidak nyaman setelah dilakukan manajemen nyeri dengan kompres hangat, teknik relaksasi nafas dalam, pengaturan posisi dan pendidikan kesehatan.
2. Hipertensi adalah bila tekanan darah sistolik lebih atau sama dengan 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih atau sama dengan 90 mmHg. Sedangkan kategori prahipertensi yakni tekanan darah sistolik 120

mmHg sampai 139 mmHg atau tekanan darah diastolik 80 mmHg sampai 89 mmHg (Ardiana, 2022).

3. Kenyamanan adalah suatu keadaan dimana individu mengalami sensasi tidak menyenangkan dalam berespon terhadap rangsangan. Gangguan rasa nyaman dibedakan menjadi tiga yaitu kenyamanan fisik, kenyamanan lingkungan, kenyamanan sosial (Haswita, 2017).
4. Gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial (SDKI, 2017).

F. Instrumen Asuhan Keperawatan

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati. Instrumen penelitian digunakan sebagai alat pengumpulan data. Instrumen yang digunakan pada asuhan keperawatan ini yaitu: Alat pengukur tekanan darah (Tensimeter dan Stetoskop) lembar pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah, dan alat tulis.

G. Metode Pengumpulan Data

Menurut (Hastuti et al., 2022) metode pengumpulan data meliputi :

1. Wawancara

Perawat dapat menggunakan berbagai teknik wawancara dalam berkomunikasi untuk mendapatkan informasi yang diperlukan dari klien atau sumber lainnya. Ada 2 teknik wawancara yang digunakan dalam mengidentifikasi masalah klien dan perawat di antaranya

a. Teknik Pertanyaan Langsung

Wawancara pertanyaan langsung adalah format terstruktur yang membutuhkan jawaban satu atau dua kata dan sering kali digunakan untuk mengklarifikasi informasi sebelumnya atau memberikan informasi tambahan.

b. Teknik Pertanyaan Terbuka

Wawancara pertanyaan terbuka ditujukan untuk mendapatkan respons lebih dari satu atau dua kata. Teknik ini mengarah kepada

diskusi di mana klien secara aktif menguraikan status kesehatan mereka.

2. Observasi

Observasi merupakan tahap kedua dari pengumpulan data. Pengumpulan data ini perawat mengamati perilaku dan melakukan observasi perkembangan kondisi kesehatan pasien. Kegiatan observasi meliputi *sight*, *smell*, *hearing*, *feeling*, dan *taste*. Kegiatan tersebut mencakup aspek fisik, mental, sosial dan spiritual. Adapun keterangan kegiatan dalam observasi adalah:

- a. S = *Sight*/melihat
 - 1) Gunakan indera penglihatan untuk menghasilkan data
 - 2) Lihat dan perhatikan Semua bentuk performance klien
 - 3) Lihat segala bentuk kelainan bentuk tubuh, raut muka, kondisi umum klien.
- b. S = *Smell*
 - 1) Gunakan indera penciuman untuk menghasilkan data
 - 2) Bau/cium yang tidak wajar pada pasien atau lingkungan disekitar pasien
- c. H= *Hearing*
 - 1) Menggunakan indera pendengaran untuk menghasilkan data
 - 2) Pemeriksaan dengan auskultasi
 - 3) Alat yang digunakan stetoskop
 - 4) Mendengarkan suara nafas, bunyi jantung
- d. F= *Feeling*
 - 1) Menggunakan daya rasa
 - 2) Meningkatkan empati ke pasien
 - 3) Meningkatkan responsitas dan sensitivitas perawat terhadap kondisi dan kebutuhan klien
 - 4) Misalkan ikut bahagia jika pasien bisa sembuh
 - 5) Ikut berempati pada saat pasien mengalami fase kehilangan/kematian

e. T= *Taste*

Teknik terakhir ini perawat tidak saja melakukan perabaan namun juga harus biasa bisa merasakan apa yang diraba. Contoh dari Teknik ini yaitu:

- 1) Saat kita meraba kulit pasien, kita harus merasakan bagaimana suhu tubuh pasien panas atau tidak
- 2) Saat kita meraba denyut nadi, kita harus merasakan kekuatan denyutan, volume pengisian nadinya cukup atau tidak, reguleritas nadi

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan bersamaan dengan wawancara, yang menjadi fokus perawat pada pemeriksaan ini adalah kemampuan fungsional pasien. Tujuan dari pemeriksaan fisik ini adalah untuk menentukan status kesehatan pasien, mengidentifikasi masalah kesehatan dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana tindakan perawatan. Adapun pemeriksaan fisik dilakukan dengan IPPA (inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi).

a) Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan fisik pasien dengan cara melihat atau mengamati seperti kondisi umum pasien, melihat irama nafas pasien, melihat kondisi konjungtiva dan sklera, ada tidaknya oedema, ada tidaknya perlukaan, karakteristik urine/feces.

b) Palpasi

Palpasi adalah perabaan, perawat melakukan pemeriksaan dengan cara meraba seperti, mengidentifikasi ada tidaknya nyeri, vokal fremitus, ictus cordis, ada tidaknya massa/benjolan, pertanda appendiksitis.

c) Perkusi

Perkusi adalah pemeriksaan dengan melakukan ketukan pada tubuh pasien dengan memakai jari tengah perawat atau refleksi hammer. Ketukan dengan menggunakan jari tengah perawat

dilakukan saat kita melakukan pemeriksaan paru-paru, batas jantung, perkusi abdomen.

d) Auskultasi

Auskultasi merupakan pemeriksaan fisik dengan menggunakan alat seperti stetoskop. Stetoskop digunakan oleh perawat saat mengidentifikasi suara nafas, suara jantung, dan peristaltik usus.

H. Analisis Data dan Penyajian Data

1. Analisis Data

Analisa data merupakan kegiatan pemilihan/pengelompokkan data berdasarkan masalah keperawatan yang terjadi dalam rangka proses klasifikasi dan validasi informasi untuk mendukung penegakkan diagnosa keperawatan yang akurat. Analisis data membutuhkan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan (Fadhilah et al., 2021). Analisis data yang digunakan pada asuhan keperawatan ini dilakukan dengan mengumpulkan dan membandingkan data subjektif dan data objektif yang didapatkan dari pengkajian kedua klien.

2. Penyajian Data

Penulis menyajikan data pada asuhan keperawatan ini dengan bentuk narasi, tabel dan juga dalam bentuk gambar.

a. Narasi

Penulis akan menggunakan penyajian secara teks yaitu penyajian data hasil laporan tugas akhir akan ditulis dalam bentuk kalimat. Contohnya, penulis memaparkan hasil dari pengkajian pada klien sebelum dan sesudah diberikan asuhan keperawatan dalam bentuk kalimat penyajian, dalam bentuk teks hanya digunakan penulis untuk memberi informasi melalui kalimat yang mudah dipahami pembaca.

b. Tabel

Penulis juga akan menuliskan hasil laporan dalam bentuk tabel yang merupakan suatu penyajian yang sistematis, yang tersusun

dalam kolom atau jajaran. Penyajian dalam bentuk tabel berisi pengkajian, diagnosa, rencana tindakan keperawatan, dan implementasi serta evaluasi.

c. Gambar

Penulis juga akan menggunakan hasil laporan dalam bentuk gambar seperti *pathway* dan genogram yang merupakan suatu penyajian data sebagai dokumentasi implementasi yang dilakukan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan.

I. Etika Asuhan Keperawatan

Menurut (Ariga, 2020) prinsip etik keperawatan yaitu :

a. Otonomi

Penulis menghargai hak, kemandirian dan kebebasan klien dalam mengambil keputusan.

b. Berbuat baik, mendatangkan manfaat (*Beneficial*)

Beneficial artinya, pada prinsip ini penulis mendatangkan manfaat atau kebaikan. Kebaikan yang dilakukan penulis adalah mencegah masalah kesehatan yang dialami klien agar tidak bertambah parah dan membantu meningkatkan kesehatan klien dengan cara melakukan asuhan keperawatan pada klien selama 3 hari berturut-turut yang kegiatannya terdiri edukasi kesehatan tentang hipertensi dan cara melakukan strategi meredakan gangguan rasa nyaman yang dialami klien.

c. Keadilan (*justice*)

Prinsip ini dibutuhkan untuk tercapainya keadilan terhadap orang lain dengan tetap menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Penulis selalu bersikap adil kepada kedua klien dan melakukan asuhan keperawatan tanpa membedakan dengan cara berkunjung kerumah klien selama 3 hari berturut-turut untuk melakukan monitor TTV kedua klien.

d. Tidak merugikan (*Nonmaleficience*)

Prinsip ini penulis menghindari sesuatu yang dapat merugikan klien dan mencegah untuk tidak menimbulkan bahaya/ cedera fisik dan

psikologis klien. Disini penulis melakukan tindakan asuhan keperawatan sesuai SOP sehingga menghindari terjadinya hal yang merugikan klien.

e. Kejujuran (*Veracity*)

Penulis memberikan pelayanan dengan menyampaikan kebenaran pada setiap klien dan memastikan bahwa klien sangat mengerti dengan situasi yang ia hadapi. Penulis berkata jujur tentang kondisi yang dialami klien dan menyampaikan hasil pemeriksaan yang dilakukan penulis tanpa ada manipulasi data.

f. Kesetiaan, menepati janji (*Fidelity*)

Penulis menepati janji, dengan selalu menepati kontrak waktu dengan klien sesuai kesepakatan dan menjaga komitmennya serta menjaga rahasia klien terkait masalah kesehatannya.

g. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Penulis merahasiakan informasi tentang klien harus dan harus dijaga kerahasiaannya.

h. Akuntabilitas (*Accountability*)

Penulis mempertanggungjawabkan hasil kerja, dimana tindakan yang dilakukan merupakan satu aturan professional dan sesuai SOP.