

BAB III

METODE

A. Faktor Asuhan Keperawatan

Pada laporan tugas akhir ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah Kesehatan yang dialami, khususnya gangguan nyeri kronis pada lansia Ibu. S Dengan gout arthritis di Desa Rama Gunawan, kecamatan seputih raman, Lampung tengah. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulisan adalah asuhan keperawatan keluarga pada keluarga lansia.

B. Subjek Asuhan

Dalam laporan tugas akhir ini fokus kepada keluarga lansia yang dijadikan subjek asuhan. merupakan klien yang mengalami masalah gangguan rasa nyeri kronis pada penderita gout arthritis di Desa rama gunawan, kecamatan seputih raman, Lampung tengah, adapun kriteria klien:

1. Lansia berusia 60 tahun keatas yang mengalami gout arthritis
2. Lansia penderita gout arthritis
3. Lansia yang mampu diajak berbicara dan kooperatif terhadap tindakan yang diberikan
4. Lansia yang bersedia menjadi responden dan memahami tujuan, prosedur dan bersedia menandatangani lembar persetujuan *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Asuhan

Lokasi asuhan dilakukan di kelurahan Rama Gunawan, Kecamatan Seputih raman, Kabupaten Lampung tengah.

2. Waktu Asuhan

Waktu asuhan dilakukan pada tanggal 06 - 12 Maret 2021.

D. Teknik Pengumpulan data

1. Alat Pengumpulan Data

Pada asuhan keperawatan ini alat pengumpulan data dengan menggunakan format pengkajian asuhan keluarga, alat mengukur tanda-tanda vital pasien menggunakan alat *spygromanometer*, stetoskop, dan jam tangan. Kemudian hasil pengukuran ditulis dalam lembar format pengkajian.

2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan cara yang dilakukan untuk mengungkap atau menjangkau informasi dari klien ataupun keluarga. Teknik pengumpulan data yang benar akan menghasilkan data yang dimilikikredibilitas tinggi. Oleh karena itu, tahap pengumpulan data yang benar akan menghasilkan data yang tidak boleh dan harus dilakukan dengan cermat sesuai prosedur berikut.

a. Wawancara

Wawancara ialah proses interaksi atau komunikasi secara langsung antara pewawancara dengan responden, penulis melakukan wawancara tentang riwayat kesehatan dengan menggunakan format pengkajian keluarga.

Pengumpulan data dengan teknik ini dapat digunakan untuk memperoleh data yang bersifat fakta, misalnya umur, pekerja, jumlah anak, tingkat pendidikan, dan penyakit yang pernah diderita. Wawancara dapat pula digunakan untuk mengetahui sikap, pendapat, pengalaman, dan lain-lain (dr.eko budiarto, 2001).

b. Observasi

Observasi adalah pengamatan dan pencatatan secara sistematis terhadap gejala yang tampak pada klien sehingga dapat menyajikan gambaran riil mengenai klien (Sujarweni,2014). Pada laporan asuhan keperawatan ini penulis melakukan observasi keadaan lingkungan rumah berpanduan dengan format asuhan keperawatan keluarga.

c. Pemeriksaan Fisik

Pengkajian fisik perlu dilakukan penulis untuk data penunjang yang akan menemukan kebutuhan individu. Alat yang digunakan untuk pemeriksaan fisik yaitu *spygromanometer*, stetoskop dan jam tangan. Pengkajian ini dipergunakan untuk

memperoleh data objektif dan riwayat keperawatan individu (Smeltzer and Bare, 2002). Dengan menggunakan teknik pemeriksaan fisik, yaitu :

- a) Inspeksi : tahap yang bertujuan melihat bagian tubuh dan menentukan apakah seorang mengalami kondisi tubuh normal atau abnormal.
- b) Palpasi : pemeriksaan fisik lanjutan dengan menyentuh tubuh dan dilakukan bersamaan dengan inspeksi. Palpasi dilakukan menggunakan telapak tangan, jari, dan ujung jari.
- c) Auskultasi : proses mendengarkan suara yang dihasilkan tubuh untuk membedakan suara normal dan abnormal menggunakan alat bantu stetoskop.
- d) Perkusi : tahapan ini bertujuan mengetahui bentuk, lokasi, dan struktur dibawah kulit.

d. Pemeriksaan diagnostik (pemeriksaan penunjang)

Pemeriksaan diagnostik adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk menentukan diagnosis penyakit pada pasien, serta tingkat keparahannya. Pada laporan asuhan ini penulis melakukan pemeriksaan kadar asam urat dengan hasil 6,6 mg/dL

3. Sumber Data

Sumber – sumber data yang dapat diperoleh sesuai dengan jenis data yang diperlukan dalam pengkajian, seperti:

a. Sumber data primer

Klien adalah sebagai sumber utama data (primer) dan anda dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai masalah kesehatan klien. Apabila klien tidak dapat memberikan data subjektif secara langsung, Anda dapat menggunakan data objektif untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Namun, apabila diperlukan klarifikasi data subjektif, hendaknya anda melakukan anamnesia pada keluarga.

b. Sumber data sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang diperoleh selain klien, yaitu orang terdekat, suami atau istri, anak, teman klien, jika klien mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi atau kesadaran yang menurun, misalnya klien dalam kondisi tidak sadar.

c. Sumber Data Lainnya

- 1) Riwayat penyakit. Pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit yang dapat diperoleh dari teraosis. Informasi yang diperoleh adalah hal-hal yang difokuskan pada identifikasi patologis dan untuk menentukan rencana tindakan medis.
- 2) Hasil pemeriksaan diagnostik. Seperti hasil pemeriksaan labolatorium dan tes diagnostic, dapat digunakan sebagai dapat objektid yang dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan klien. Hasil pemeriksaan diagnostic dapat digunakan untuk membantu mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan.

E. Penyajian Data

Penulis menyajikan data pada laporan tugas akhir ini dengan cara textular, yaitu penyajian data hasil penelitian dalam bentuk narasi dan juga table.

1. Narasi

Penyajian data dengan bentuk narasi adalah penyajian data hasil penelitian dalam bentuk uraian kalimat yang biasanya berupa deskriptif untuk memberikan informasi melalui kalimat Yang mudah dipahami pembaca.

2. Tabel

Penyajian data dalam bentuk tabel adalah suatu penyajian yang sistematis dari pada data numerik, yang tersusun dalam kolom atau jajaran. Penulis menggunakan table untuk menuliskan hasil pengkajian keperawatan, analisa data, scoring prioritas masalah, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan serta evaluasi.

F. Prinsip Etika

Prinsip etika menurut Potter & Perry (2009) yang digunakan penulisan dalam membuat asuhan keperawatan ini adalah prinsip etik keperawatan dalam memeberikan layanan keperawatan kepada individu, kelompok/keluarga dalam masyarakat yaitu:

1. *Autonomi* (Otonomi)

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berfikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Maka penulisan menggunakan prinsip ini untuk memberikan hak kepada pasien dalam memberikan keputusan sendiri

untuk ikut serta sebagai sasaran asuhan penulis. Untuk memenuhi prinsip otonomi ini sebelum melakukan asuhan keperawatan penulis membuat kontrak dengan keluarga.

2. *Beneficence* (Berbuat baik)

Prinsip ini menuntut penulis untuk melakukan hal yang baik dengan begitu dapat mencegah kesalahan atau kejahatan. Penulis menggunakan prinsip ini sebagai perawat dalam memberikan asuhan keperawatan individu dengan baik. Untuk memenuhi prinsip *beneficence* penulis membantu keluarga memodifikasi lingkungan untuk mencegah risiko jatuh pada lansia.

3. *Justice* (Keadilan)

Nilai ini direfleksikan dalam praktek profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan. Maka penulis akan menuliskan hasil didalam dokumentasi asuhan keperawatan sesuai dengan hukum dan standar praktik keperawatan. Untuk memenuhi prinsip *justice* penulis melakukan asuhan kepada seluruh anggota keluarga.

4. *Nonmaleficence* (Tidak merugikan)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cidera fisik dan psikologis pada pasien. Penulis akan sangat memperhatikan kondisi pasien agar tidak menimbulkan bahaya atau cidera fisik pada saat dilakukan asuhan keperawatan.

5. *Veracity* (Kejujuran)

Nilai ini bukan hanya dimiliki oleh perawat namun harus dimiliki oleh seluruh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap pasien untuk meyakinkan agar pasien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif.

Penulis akan menggunakan kebenaran yang merupakan dasar membina hubungan saling percaya, pasien memiliki otonomi sehingga mereka berhak mendapatkan informasi yang ia ingin tahu dari penulis.

Untuk memenuhi prinsip *veracity* penulis menjelaskan secara jujur ke seluruh anggota keluarga mengenai penyakit yang dialami.

6. *Fidelity* (Menetap janji)

Tanggung jawab besar seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan. Untuk mencapai itu penulis harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmennya dengan orang lain.

Untuk memenuhi prinsip fidelity penulis datang pada tepat waktu sesuai dengan kontrak sebelumnya.

7. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Penulis akan menjaga informasi tentang pasien. Dokumentasi tentang keadaan kesehatan klien hanya bias dibaca guna keperluan pengobatan dan peningkatan kesehatan klien.

8. *Accountability* (Akuntabilitas)

Akuntabilitas merujuk pada kemampuan seorang untuk menjelaskan alasan dari tindakannya. Dengan adanya akuntabilitas ini maka penulisan dapat belajar untuk menjamin tindakan professional yang akan dilakukan kepada klien.