

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Pada laporan tugas akhir ini, penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan keluarga yang bertujuan untuk membantu klien mengatasi masalah gangguan nyeri kronis pada *gout arthritis*.

B. Subjek Asuhan Keperawatan

Dalam asuhan keperawatan fokus tindakan ini yang dijadikan subjek asuhan adalah keluarga dengan tahap perkembangan lansia klien yang mengalami masalah kebutuhan nyeri kronis pada penderita *gout arthritis* di wilayah desa Tanjung Seneng, Kotaumi Selatan, Lampung Utara. Adapun kriteria klien:

1. Lansia berusia 60 tahun keatas yang mengalami gangguan nyeri kronis
2. Lansia penderita *gout arthritis* yang memiliki masalah gangguan nyeri kronis
3. Lansia yang mampu diajak bicara dan kooperatif terhadap tindakan yang diberikan

Lansia yang bersedia menjadi responden dan memahami tujuan, prosedur dan bersedia menandatangani lembar persetujuan *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu

Asuhan keperawatan ini dilakukan bulan Febuari 2021 selama 1 minggu dengan melakukan kunjungan 4 kali kunjungan ke rumah warga di desa Tanjung Seneng, Kotabumi Selatan, Lampung Utara.

D. Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Adapun alat yang digunakan dalam proses keperawatan khusus pada asam urat yaitu *Easy Touch GCU*, alkohol swab, jam (arloji), stetoskop, tensi, alat tulis.

2. Teknik Pengumpulan Data

Terdapat metode yang dapat digunakan dalam pengumpulan data pada tahap pengkajian, yaitu:

a. Pengamatan (observasi)

Notoatmodjo (2010) adalah suatu hasil perbuatan jiwa aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Penulis melakukan pengamatan pada klien untuk melihat adanya gangguan nyeri kronis. Penulis mengamati wajah dan cara berjalan klien sebelum dan sesudah dilakukan tindakan keperawatan.

b. Wawancara (intervensi)

Menurut Notoatmodjo (2010) adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana penulis mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran asuhan keperawatan (klien), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan prang tersebut (*face to face*).

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik perlu dilakukan oleh penulisan untuk data pendukung mengetahui terjadinya masalah kebutuhan yang dialami oleh klien, dan pemeriksaan karakteristik nyeri menggunakan pengkajian pendekatan analisis symptom (PQRST) dan untuk mengetahui skala nyeri, asuhan keperawatan menggunakan skala *Numeric Raining Scale (NRS)*.

Ada empat tehnik dalam melakukan pemeriksaan fisik:

1) Inspeksi

Inspeksi melibatkan penggunaan penglihatan untuk membedakan temuan normal dan abnormal. Langkah awal yang dilakukan penulis data pemeriksaan fisik yaitu infeksi, mengamati secara seksama dampak tanpa terburu-buru dari kepala sampai ujung kaki. Fokus inspeksi pada setiap bagian meliputi: ukuran tubuh, warna bentuk, kesimetrisan, lesi, dan benjolan atau pembengkakan. Saat dilakukan pemeriksaan fisik inspeksi didapatkan klien mengalami nyeri dengan wajah nya tampak meringis, kelihatan gelisah, klien tidak dapat berjalan dengan lancar atau melakukan aktivitas. Gangguan mobilitas fisik terdapat penurunan kekuatan otot, edema dibagian sendi ekstremitas

bawah, fisik tampak lemah, ROM ekstremitas bawah kanan dan kiri menurun. Gangguan pola tidur didapatkan klien dengan klien tampak lemas, wajah mengantuk, dan kantung mata klien tampak menghitam.

2) Palpasi

Palpasi melibatkan penggunaan tangan untuk menyentuh bagian tubuh agar dapat dilakukan pemeriksaan yang sensitif. Palpasi digunakan oleh penulis untuk memeriksa seluruh tubuh yang dapat dijangkau. Fokus palpasi untuk memeriksa suhu tubuh, kelembapan kulit, nyeri tekan, denyut nadi, serta merasakan adanya pembengkakan atau tidak. Dari hasil pemeriksaan fisik palpasi terdapat nyeri tekan dibagian sendi ekstremitas bagian bawah.

3) Perkusi

Perkusi merupakan langkah ketiga yang digunakan penulis dalam pemeriksaan fisik klien. Perkusi yang dilakukan penulis melibatkan pengetahuan tubuh klien dengan ujung jari untuk menghasilkan getaran yang berjalan melalui jaringan tubuh, sifat suara menentukan lokasi, ukuran, konsisten jaringan. Misalnya batas-batas jantung, batas hepar. Dari hasil pemeriksaan fisik perkusi di dapatkan suara paru-paru sonor.

4) Auskultasi

Auskultasi yaitu menggunakan pendegaran suara tubuh untuk mendeteksi penyimpangan dari keadaan normal. Penulis menggunakan suara dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan suara paru-paru, jantung, dan bagian dalam/viscera abdomen misalnya bising usus. Setelah auskultasi dapat dibandingkan dengan abnormal suara bagian tubuh dengan suara tubuh lainnya. Dari hasil pemeriksaan fisik auskultasi terdapat suara jantung lup dup dan bising usus 20 x/menit.

3. Sumber Data

a. Sumber data primer

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

b. Sumber data sekunder

Sumber data yang diperoleh selain klien, yaitu orang terdekat, orang tua, suami atau istri, anak dan teman klien, mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi atau kesadaran menurun, misalnya klien bayi atau anak-anak, atau klien dalam keadaan tidak sadar.

E. Penyajian Data

Menurut Notoatmodjo (2010), penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai bentuk, pada umumnya di kelompokkan menjadi tiga, yaitu bentuk teks, penyajian dalam bentuk tabel, dan penyajian dalam bentuk grafik.

Pada asuhan keperawatan ini penulis akan menggunakan dua 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 klien sebelum dilakukan tindakan keperawatan dan setelah dilakukan tindakan keperawatan, dalam tugas akhir penulis menggunakan metode narasi pada latar belakang, tinjauan kebutuhan penyakit, tinjauan asuhan keperawatan, dan tinjauan konsep penyakit.
2. Penyajian tabel penulis menggunakan tabel untuk menjelaskan hasil menggunakan angka-angka yang akan dimasukkan ke dalam tabel, salah satu contoh yang akan digunakan penulis adalah untuk pengkajian pada klien, penulis tentunya akan mengkaji fungsi kognitif klien sebelum diberikan tindakan keperawatan dimana tabel diperlukan dalam penilaian fungsi kognitif klien.

F. Prinsip Etik

Prinsip etik yang di gunakan penulis dalam membuat asuhan keperawatan fokus tindakan keperawatan ini adalah prinsip etik keperawatan

dalam memberikan layanan keperawatan kepada individu, kelompok atau keluarga dan masyarakat. Prinsip etik yang di gunakan antara lain :

1. *Autonomy* (otonomi)

Prinsip ini di dasarkan 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 di pandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Orang dewasa di anggap kompeten dan memiliki kekuatan membuat sendiri, memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang harus di hargai oleh orang lain. Prinsip otonomi direfleksikan dalam sebuah praktek profesional ketika perawat menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawat dirinya.

2. *Beneficial* (berbuat baik)

Benerficial artinya mendatangkan manfaat atau kebaikan. Kebaikan memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Terkadang, dalam situasi pelayanan kesehatan, terjadi konflik antara prinsip ini dengan otonomi. Prinsip kemurahan hati adalah :

- a. Menghilangkan kondisi yang sangat merugikan
- b. Mencegah kerugian atau kerusakan atau kesalahan
- c. Berbuat baik

3. *Non-maleficence* (tidak merugikan)

Prinsip ini mengondisikan bahwa individu secara moral haruskan untuk menghindari sesuatu yang dapat merugikan orang lain (tindakan menghindarkan kerusakan atau kerusakan atau kerugian atau kejahatan). Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya atau cedera fisik dan psikologis pada klien

4. *Justice* (keadilan)

Prinsip ini di butuhkan untuk tercapainya keadilan terhadap orang

lain dengan tetap menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Nilai ini terefleksikan dalam praktek profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai dengan hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.

5. *Fidelity* (kesetiaan)

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 seseorang perawat adalah meningkatkan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan.

6. *Accountability* (akuntabilitas)

Akuntabilitas yang dilakukan merupakan satu aturan profesional. Untuk mempertanggung jawabkan hasil pekerjaan, dimana tindakan yang dilakukan merupakan satu aturan profesional. Oleh karena itu pertanggung jawabkan atas hasil asuhan keperawatam mengarah langsung kepada praktisi itu sendiri.

7. *Confidentialty* (kerahasiaan)

Prinsip ini menggariskan bahwa informasi tentang klien harus di jaga kerahasiaannya. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien. Tidak ada seseorangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diizinkan oleh klien dengan bukti persetujuan. Diskusi tentang klien dengan tenaga kesehatan lain di luar area pelayanan, menyampaikan pada teman atau keluarga klien tentang klien harus di hindari

8. *Veracity* (kejujuran)

Veracity berarti penuh dengan kebenaran. Pemberi pelayanan kesehatan harus menyampaikan kebenaran pada setiap klien dan memastikan bahwa klien sangat mengerti dengan situasi yang dia hadapi. Dengan kata lain, prinsip ini berkaitan dengan kemampuan

seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi yang di sampaikan harus akurat, komprehensif, dan obyektif sehingga klien mendapatkan pemahaman yang baik mengenai keadaan dirinya selama menjalani perawatan. Kebenaran merupakan dasar dalam membangun hubungan saling percaya.

Selain itu etika dalam asuhan keperawatan di gunakan penulis karena dalam pelaksanaan sebuah asuhan keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika asuhan keperawatan harus di perhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan ini.

Dalam asuhan keperawatan fokus tindakan keperawatan ini sebelumnya penulis mendatangi klien untuk meminta kesediaan menjadi partisipan. Penulis juga harus melalui beberapa tahap pengurusan perizinan dan setelah mendapat persetujuan barulah di laksanakan asuhan keperawatan dengan memperhatikan etika-etika asuhan keperawatan yaitu:

a. *Informed consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara penulis dan klien asuhan keperawatan dengan memberikan lembaran persetujuan *informed consent* tersebut di berikan sebelum asuhan keperawatan dilakukan dengan memberikan persetujuan untuk menjadi klien. Tujuan *inform consent* adalah agar klien mengerti maksud dan tujuan asuhan keperawatan, mengetahui dampaknya. Jika klien bersedia, maka mereka harus mendatangi lembar persetujuan. Jika klien tidak bersedia maka penulis harus menghormati hak klien.

b. *Anonimity* (tanpa nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek asuhan keperawatan dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama klien pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil asuhan keperawatan yang akan di sajikan.

c. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Masalah ini merupakan etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil asuhan keperawatan, baik informasi manapun masalah- masalah lainnya. Semua informasi yang telah di kumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh penulis, hanya kelompok data tertentu yang akan di laporkan pada hasil asuhan.