

BAB III

METODE

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Pada laporan tugas akhir ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk membantu klien dan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami, khususnya gangguan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada Anak R keluarga Bapak S dengan *dismenore* di Desa Gantiwarno, Kabupaten Lampung Timur. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulis adalah asuhan keperawatan keluarga pada keluarga usia remaja.

B. Subjek Asuhan

Subyek asuhan keperawatan pada laporan tugas akhir ini adalah keluarga dengan masalah kesehatan *dismenore* di Desa Gantiwarno, Kecamatan Pekalongan, Kabupaten Lampung Timur yang mengalami gangguan rasa nyaman nyeri dengan kriteria :

1. Klien mengeluh nyeri pada abdomen bawah.
2. Klien mengeluh sulit tidur.
3. Klien tampak meringis.
4. Klien tampak memegang daerah yang nyeri.
5. Klien berumur 18 tahun.
6. Bersedia mengikuti secara sukarela dengan manandatangani lembar persetujuan *informed consent*.

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Asuhan

Lokasi asuhan dilakukan di Desa Gantiwarno, Kabupaten Lampung Timur.

2. Waktu Asuhan

Waktu asuhan dilakukan pada tanggal 15-20 Februari 2021.

D. Teknik Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Pada asuhan keperawatan ini teknik pengumpulan data dengan menggunakan format pengkajian, NRS (*Numerical Rating Scale*) bertujuan untuk mengetahui tingkatan nyeri pada penderita menggunakan skala 0-10 serta mengukur tanda-tanda vital pasien menggunakan alat *spygmanometer*, 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 menjangar informasi dari klien ataupun keluarga. Teknik pengumpulan data yang benar akan menghasilkan data yang memiliki kredibilitas tinggi. Oleh karena itu, tahap pengumpulan data yang benar akan menghasilkan data yang tidak boleh salah dan harus dilakukan dengan cermat sesuai prosedur berikut:

a. Wawancara

Wawancara ialah proses interaksi atau komunikasi secara langsung antara pewawancara dengan responden.

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

b. *Description Research* (Penelitian Deskriptif)

Istilah “deskriptif” berasal dari istilah bahasa Inggris *to describe* yang berarti memaparkan atau menggambarkan sesuatu hal, misalnya keadaan, kondisi, situasi, peristiwa, kegiatan, dan lain-lain. Dengan demikian yang dimaksud dengan penelitian deskriptif adalah penelitian yang dimaksudkan untuk menyelidiki keadaan, kondisi

atau hal lain-lain yang disebutkan, yang hasilnya dipaparkan dalam bentuk laporan penelitian (Suharsimi Arikunto, 2013).

c. Survey Rumah Tangga

Survey rumah tangga adalah suatu survey deskriptif yang ditujukan kepada rumah tangga. Biasanya, pengumpulan data yang dilakukan dengan wawancara kepada kepala keluarga. Informasi yang diperoleh dari kepala keluarga ini tidak saja informasi mengenai diri kepala keluarga tersebut, tetapi juga informasi tentang diri atau keadaan anggota-anggota keluarga yang lain, dan bahkan informasi tentang rumah dan lingkungannya (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

d. Observasi

Observasi adalah pengamatan dan pencatatan secara sistematis terhadap gejala yang tampak pada klien sehingga dapat menyajikan gambaran riil mengenai klien (Sujarweni, 2014).

e. Pemeriksaan Fisik

Pengkajian fisik perlu dilakukan penulis untuk data penunjang yang akan menemukan kebutuhan individu. Alat yang digunakan untuk pemeriksaan fisik yaitu sphygmomanometer, stetoskop dan jam tangan. Pengkajian ini dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari riwayat keperawatan individu (Smeltzer and Bare, 2002). Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan nyeri:

P : Paliatif/provoking/penyebab nyeri

Q : *Quality*/kualitas nyeri

R : *Region*/lokasi nyeri menyebar sampai daerah mana

S :Skala nyeri

T :*Time*/ Waktu

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 masih bayi atau karena beberapa sebab 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 anamnesis pada keluarga.

b. Sumber data sekunder

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

c. Sumber Data Lainnya

- 1) Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya. Catatan kesehatan terdahulu dapat digunakan sebagai sumber informasi yang dapat mendukung rencana tindakan perawatan.
- 2) Riwayat penyakit. Pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit yang dapat diperoleh dari terapis. Informasi yang diperoleh adalah hal – hal yang difokuskan pada identifikasi patologis dan untuk menentukan rencana tindakan medis.
- 3) Konsultasi. Kadang terapis memerlukan konsultasi dengan anggota tim kesehatan spresialis, khususnya dalam menentukan diagnosa medis atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis. Informasi tersebut dapat diambil unruk membantu menegakkan diagnosa.
- 4) Hasil pemeriksaan diagnostik. Seperti hasil pemeriksaan labolatorium dan tes diagnostik, dapat digunakan sebagai data objektid yang dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan klien.

Hasil pemeriksaan diagnostik 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 tabel.

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 daripada data numeric, yang tersusun dalam kolom atau jajaran. Penulis menggunakan tabel untuk menuliskan hasil pengkajian keperawatan, analisa data, skoring prioritas masalah, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan serta evaluasi.

F. Prinsip Etik

Prinsip etik menurut Potter & Perry (2009) yang digunakan penulis dalam membuat asuhan keperawatan ini adalah prinsip etik keperawatan dalam memberikan 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 penulis menggunakan prinsip ini untuk memberikan hak kepada pasien dalam memberikan keputusan sendiri untuk ikut serta sebagai sasaran asuhan penulis.

2. *Beneficience* (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.

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 di dalam dokumentasi asuhan keperawatan sesuai dengan hokum dan standart praktik keperawatan.

4. *Nonmaleficince* (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.

6. *Fidelity* (Menepati janji)

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

7. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

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

8. *Accountability* (Akuntabilitas)

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