

## **BAB III**

### **METODE**

#### **A. Pendekatan Asuhan Keperawatan**

Dalam laporan tugas akhir ini, penulis mengaplikasikan pendekatan asuhan keperawatan Keluarga yang bertujuan untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah Kesehatan Hipertensi yang dialami ibu M dengan focus khusus pada gangguan rasa nyaman. Konsep yang diterapkan dalam asuhan keperawatan ini adalah asuhan keperawatan Keluarga yang ditujukan kepada pasien keperawatan keluarga.

#### **B. Subjek Asuhan Keperawatan**

Subjek Asuhan Keperawatan keluarga pada pasien Ibu M dengan masalah kesehatan Hipertensi di desa Hajimena pada tahun 2025.

1. Diagnosa hipertensi oleh dokter tanpa komplikasi.
2. Berjenis kelamin Laki-laki/ perempuan
3. Berumur 18 sampai 55 tahun
4. Tekanan darah >140/90mmHg
5. Memiliki keluhan tidak nyaman

#### **C. Lokasi dan Waktu**

1. Lokasi Pengumpulan Data

Lokasi pengumpulan data pada Asuhan Keperawatan Keluarga Ibu M dengan masalah kesehatan Hipertensi di desa Hajimena pada tahun 2025.

2. Waktu Pengambilan Data

Waktu pengambilan data dilakukan pada bulan Januari 2025 Selama 6 hari untuk masing masing pasien terhitung sejak tanggal 06 Januari sampai 11 Januari 2025.

#### **D. Pengumpulan Data**

1. Alat Pengumpulan Data

Alat yang digunakan penulis dalam Menyusun Laporan Tugas Akhir ini adalah lembar format Asuhan Keperawatan Keluarga, yang meliputi proses pengkajian, Diagnosis keperawatan, Rencana Keperawatan Keluarga, Tindakan keperawatan Keluarga, serta evaluasi tindakan yang dilakukan.

Selain itu juga peneliti dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga menggunakan alat bantu berupa : thermometer, tensimeter, oksimeter, stetoskop, jam tangan, penlight, masker, handscoon, buku catatan dan pena, alat pemeriksaan fisik sebagai alat pendukung dalam pemeriksaan pada pasien yang mengalami gangguan rasa aman nyaman pada pasien Hipertensi.

## **2. Teknik Pengumpulan Data**

Penulisan dalam melakukan laporan tugas akhir ini menggunakan empat Teknik dalam pengumpulan data yaitu, pengamatan observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi. Data data yang dikumpulkan adalah data data keperawatan keluarga yaitu berupa respons yang terlihatkan Ibu M dan keluarga terhadap pemenuhan kebutuhan dasarnya. Untuk itu data dapat dilakukan dengan beberapa metode.

### **a. Wawancara**

Wawancara yang dilaksanakan bertujuan untuk mengumpulkan data dari responden, di mana kami mewawancarai Ibu M dan keluarganya untuk memperoleh informasi mengenai biodata Ibu M dan keluarganya. Selain itu, kami juga menggali riwayat kesehatan yang mencakup penyakit yang pernah dialami, baik oleh pasien maupun anggota keluarga. Wawancara ini mencakup riwayat kesehatan terkini, riwayat sosial, serta kebutuhan nutrisi seperti aktivitas dan istirahat, perawatan pribadi, eliminasi, dan pengkajian pemeriksaan fisik

Dari hasil wawancara, kami mendapat informasi mengenai keluarga Bapak B, di mana Ibu M, yang berusia 50 tahun, menderita hipertensi. Ibu M mengeluhkan merasa tidak nyaman, sering merasa pusing di tengkuk leher. Selain itu, ia juga kurang memahami mengenai kondisi kesehatannya.

### **b. Pengamatan**

Pengamatan/Observasi dilakukan dengan mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan Ibu M dan keluarganya. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indera lainnya, melalui

rabaan, sentuhan, dan pendengaran. Tujuan dari observasi adalah mengumpulkan data tentang masalah yang dihadapi klien melalui kepekaan alat panca indera.

c. Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan penulis setiap hari setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan keluarga pada pasien Hipertensi yang ditulis dalam format asuhan keperawatan.

d. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi (melihat)

Melakukan pengamatan visual terhadap Ibu M dan keluarganya guna mengevaluasi keadaan umum mereka, ekspresi wajah, serta tingkat kecemasan. Kami juga memeriksa warna kulit dan membran mukosa untuk mendeteksi adanya sianosis atau pucat, serta mengidentifikasi kemungkinan edema perifer, perubahan pada retina, atau gejala mencurigakan lainnya.

2) Palpasi (meraba)

Menggunakan sentuhan untuk menilai suhu kulit, memeriksa frekuensi, irama dan kekuatan nadi untuk menilai status hemodinamik.

3) Perkusi (mengetuk)

Mengetuk permukaan tubuh dengan jari, memeriksa batas jantung untuk mendeteksi pembesaran jantung.

4) Auskultasi (mendengarkan)

Menggunakan stetoskop untuk mendengarkan suara tubuh Ibu M dan keluarga, seperti bunyi jantung, napas, dan peristaltic usus, pemeriksaan ini penting untuk mendeteksi kelainan seperti murmur jantung, wheezing pada paru atau bising usus tidak normal.

### 3. Sumber Data

a. Sumber Data Primer

Ibu M sebagai sumber utama untuk mengetahui informasi yang sebenarnya mengenai masalah Ibu M dan keluarga. Ibu M dan keluarga dapat memberikan informasi secara langsung, data yang didapatkan

berupa data subjektif dan objektif. Namun untuk mendapatkan informasi lebih perlu melakukan anamnesis kepada keluarga.

b. Sumber Data Sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang di peroleh selain dari klien yaitu keluarga seperti suami, anak,dan tetangga klien. Data didapatkan untuk meneggakan diagnosis.

**E. Penyajian Data**

Dalam penulisan laporan tugas akhir ini, penulis menyajikan data dalam dua bentuk yaittu narasi/ uraian kalimat dan tabel :

1. Narasi

Penulis akan menggunakan penyaji data secara narasi yaitu penyaji data hasil laporan tugas akhir akan ditulis dalam bentuk kalimat. Contohnya hasil pengkajian sebelum dan setelah diberikan terapi atau pengobatan untuk mengurangi rasa tidak nyaman

2. Tabel

Penulis menggunakan table untuk menjelaskan data yang menggunakan angka angka.

3. Gambar

Penulis menggunakan gambar untuk mempermudah pemahaman dan membantu pembaca memahami informaasi.

4. Pathway

Penulis menggunakan pathway pada laporan tugas akhir untuk menjelaskan data yang digunakan, dan mempermudah pemahaman tentang penyakit.

Pada laporan tugas akhir ini, penulis menggunakan kedua bentuk tersebut. Narasi digunakan untuk menyajikan data hasil pengkajian,sementara tabel digunakan untuk menyajikan data mengenai rencana keperawatan, implementasi, dan evaluasi dari asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan terhadap klien.

digunakan untuk menyajikan data mengenai rencana keperawatan, implementasi, dan evaluasi dari asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan terhadap klien.

#### **F. Prinsip Etik**

Prinsip etik yang mendasari penulisan asuhan keperawatan ini adalah prinsip etik keperawatan dalam memberikan layanan kepada individu dan keluarga. Berikut adalah rincian prinsip-prinsip tersebut:

1. Otonomi (*Autonomy*)

Penulis menghargai hak Ibu M dan keluarga untuk membuat keputusan mengenai perawatan mereka sendiri, termasuk hak menerima atau menolak tindakan medis tertentu.

2. Kebaikan (*Beneficence*)

Kewajiban penulis untuk bertindak demi kepentingan terbaik Ibu M dan keluarga, dengan memberikan perawatan yang dapat meningkatkan kesejahteraan Ibu M dan keluarga

3. Tidak Merugikan (*Non-Maleficence*)

Pada prinsip ini penulis mengharuskan untuk menghindari tindakan yang menyebabkan kerugian fisik, emosional, atau psikologis kepada Ibu M dan keluarga. Penulis berhati-hati dalam setiap keputusan dan tindakan untuk memastikan bahwa mereka tidak menyebabkan kerugian atau membahayakan Ibu M dan Keluarga.

4. Keadilan (*Justice*)

Penulis memastikan bahwa setiap keluarga menerima perawatan yang sama, serta tidak ada anggota pasien yang diabaikan atau diperlakukan secara tidak adil.

5. Tepat Janji (*Fidelity*)

Penulis berpegang pada komitmen moral dan profesional yang telah di sepakati, serta memenuhi janji untuk memberikan perawatan yang aman, tepat waktu, dan sesuai dengan harapan keluarga

6. Kejujuran (*Veracity*)

Penulis memberikan informasi yang akurat dan transparan kepada Ibu M dan keluarga mengenai diagnosis, dan pilihan pengobatan yang tersedia.

Penulis tidak menutupi atau mengubah fakta, serta selalu memberika informasi yang jujur kepada Ibu M dan keluarga.

keperawatan kepada keluarga. Semua tindakan dilakukan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan penulis siap mempertanggungjawabkan hasil kerja sesuai dengan aturan profesional dan SOP yang berlaku.

#### 7. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Penulis harus menghormati privasi Ibu M dan keluarga untuk tidak membagikan informasi Keluarga tanpa izin yang sah, kecuali ada kewajibab hukum atau situasi yang memerlukan pengungkapan.

Dengan mendasari asuhan keperawatan pada prinsip-prinsip etik tersebut, diharapkan pelayanan yang diberikan dapat memenuhi standar serta kebutuhan kline dan keluarga dengan baik.

Dalam pelayanan kesehatan, sangat penting untuk menjaga kerahasiaan klien. Pelanggaran terhadap hal ini dapat mengakibatkan sanksi, seperti tindakan menyalin rekam medis tanpa izin dari klien. Ketidakpatuhan dalam melindungi informasi pasien dapat merugikan reputasi klien dan keluarganya. Penulis berkomitmen untuk menjaga informasi yang diberikan oleh keluarga saat melakukan pengkajian, dan tidak akan membagikan informasi klien kepada pihak lain tanpa izin dari klien dan keluarga.