

BAB III

METODOLOGI PENULISAN

1.1 Jenis dan Rancangan Studi Kasus

Studi kasus mengenai asuhan keperawatan keluarga dengan hipertensi ini menggunakan desain studi kasus deskriptif, yaitu suatu metode yang dilakukan dengan tujuan untuk membuat atau mendeskripsikan mengenai asuhan keperawatan dengan hipertensi. Studi kasus berjudul “Asuhan keperawatan pada keluarga Bapak U dengan manajemen keperawatan keluarga tidak efektif pada Ibu S akibat Hipertensi di RW 03 Kelurahan Dungus Cariang wilayah kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung”. Studi kasus ini dilakukan dengan melakukan pendekatan proses asuhan keperawatan yang terdiri dari pengakajian keluarga, diagnosa keperawatan keluarga, perencanaan keperawatan, implemetasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1.2 Definisi konseptual

- a. Hipertensi pada populasi manula didefinisikan sebagai tekanan sistolik \geq 160 mmHg dan tekanan diastolik \geq 90 mmHg. Hipertensi adalah tekanan darah sistolik (TDS) \geq 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik (TDD) \geq 90 mmHg (*Indonesia Society of Hipertention* dalam Yanti Cahyati dkk.2021)

- b. Manajemen kesehatan tidak efektif merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pola pengaturan dan pengintegrasian penanganan masalah kesehatan ke dalam kebiasaan hidup sehari-hari tidak memuaskan untuk mencapai status kesehatan yang diharapkan (SDKI,2018).

1.3 Definisi operasional

- a. Dalam studi kasus ini hipertensi dalam keluarga yaitu salah satu anggota keluarga yang mengalami tekanan darah sistolik (TDS) ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik (TDD) ≥ 90 mmHg pada umur 18 – 59 tahun yang diukur menggunakan *spignamometer*.
- b. Dalam studi kasus ini manajemen keperawatan keluarga tidak efektif adalah kurangnya penanganan dan perawatan hipertensi pada keluarga yang akan diatasi dengan pemberian pendidikan kesehatan mengenai penyakit hipertensi, diet rendah garam dan senam hipertensi.

1.4 Subjek studi kasus

Subjek pada studi kasus ini adalah keluarga yang didalamnya ada anggota keluarga yang mengalami hipertensi di RW.. Kelurahan.. dengan kriteria :

- 1) Kriteria subjektif studi kasus :
 - a. Keluarga yang didalamnya terdapat penderita Hipertensi.
 - b. Keluarga dengan rentan usia 18 – 59 tahun.

- c. Warga dari RW 03 Kelurahan Dungsu Cariang wilayah kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung.
 - d. Kooperatif saat berkomunikasi.
 - e. Keluarga yang kurang memahami mengenai perawatan hipertensi.
 - f. Keluarga bersedia menjadi subjek pada studi kasus dengan menandatangani lembar *informed consent* secara sukarela.
- 2) Kriteria di luar subjektif studi kasus
- a. Anggota keluarga buan penderita hipertensi.
 - b. Keluarga yang didalamnya terdapat anggota keluarga yang mempunyai penyakit komplikasi.
 - c. Menolak melanjutkan menjadi subjek studi kasus.

1.5 Fokus Studi

Fokus studi kasus ini adalah melakukan asuhan keperawatan khususnya pada keluarga dengan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif akibat Hipertensi.

1.6 Tempat dan Waktu

1.6.1 Tempat

Tempat yang akan digunakan untuk studi kasus ini berada di Rw 03 Kelurahan Dungsu Cariangdi wilayah kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung.

1.6.2 Waktu

Waktu penulisan pengelolaam studi kasus dimulai dari bulan Januari – Juni 2023, sedangkan untuk implementasi kepada klien dimulai pada tanggal 10 – 19 April 2023 dengan kunjungan keluarga pasien sebanyak 6 kali dan durasi waktu 45 - 60 menit.

1.7 Pengumpulan data

Teknik pengumpulan data yang digunakan untuk studi kasus adalah :

- a. Instrumen studi kasus
 - 1) *Standard Operating Procedure* (SOP) tindakan yang akan dilakukan kepada keluarga yang didalamnya terdapat penderita hipertensi meliputi persiapan alat dan bahan serta langkah – langkah melakukan tindakan seperti *Standard Operating Procedure* (SOP) mengukur tekanan darah.
 - 2) Lembar wawancara berisi format pengkajian asuhan keperawatan keluarga guna mendapatkan data meliputi identifikasi identitas keluarga, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stress dan coping keluarga, dan harapan keluarga.
 - 3) Alat – alat pendukung lainnya seperti spignamometer, stetoskop, penlight, termometer, handscoon(sesuai kebutuhan) dan media saat memberikan penyuluhan.
- b. Metode pengumpulan data
 - 1) Observasi dan pemeriksaan fisik

Dalam studi kasus penulis melakukan observasi mengenai pengetahuan keluarga mengenai hipertensi dan juga melakukan observasi mengenai pengukuran tekanan darah dan menuliskannya pada lembar asuhan keperawatan keluarga. Selain observasi mengenai pengetahuan keluarga, penulis juga melakukan pemeriksaan fisik *head to toe* sebagai berikut :

a) Keadaan umum

Biasanya klien dalam keluarga memiliki hipertensi mengalami adanya sakit kepala, lemas dan mudah lelah.

b) Tanda-tanda vital : suhu meningkat $>37^{\circ}\text{C}$, nadi meningkat (70- 82 x/menit), tekanan darah meningkat $>140/90$ mmHg, RR meningkat.

c) Sistem Penginderaan (Penglihatan)

Pada kasus Hipertensi, terdapat gangguan penglihatan seperti penglihatan menurun, buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutaan monokuler), penglihatan ganda, (diplopia)/gangguan yang lain. Ukuran reaksi pupil tidak sama, kesulitan untuk melihat objek, warna dan wajah yang pernah dikenali dengan baik.

d) Sistem Penciuman

Terdapat gangguan pada sistem penciuman, terdapat hambatan jalan nafas.

e) Sistem Pernafasan

Terdapat dispnea, pernafasan dengan bantuan otot napas dalam, menurunnya reflek batuk, menarik nafas menjadi lebih berat, terdapat bunyi nafas, suara nafas terdengar ronki (aspirasi sekresi).

f) Sistem Kardiovaskular

Nadi, frekuensi dapat bervariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung atau kondisi jantung), perubahan EKG, adanya penyakit jantung miocard infark, rematik atau penyakit jantung vaskuler.

g) Sistem Pencernaan

Ketidakmampuan menelan, mengunyah, tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi sendiri.

h) Sistem Urinaria

Terdapat perubahan sistem berkemih seperti inkontinensia.

i) Sistem Persarafan :

- a. Nervus I Olfaktori (penciuman)
- b. Nervus II Optic (penglihatan)
- c. Nervus III Okulomotor (gerak ekstraokuler mata, kontriksi dilatasi pupil)
- d. Nervus IV Trokhlear (gerak bola mata ke atas ke bawah)
- e. Nervus V Trigeminal (sensori kulit wajah, penggerak otot rahang)
- f. Nervus VI Abduksen (gerak bola mata menyamping)
- g. Nervus VII Fasial (ekspresi fasial dan pengecap)
- h. Nervus VIII Auditori (pendengaran)

- i. Nervus IX Glossofaringeal (gangguan pengecapan, kemampuan menelan, gerak lidah)
- j. Nervus X Vagus (sensasi faring, gerakan pita suara)
- k. Nervus XI Asesori (gerakan kepala dan bahu)
- l. Nervus XII Hipoglosal (posisi lidah)

j) Sistem Musculoskeletal

Kaji kekuatan dan gangguan tonus otot, pada klien Hipertensi didapat klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kesemutan atau kebas.

k) Sistem Integument

Keadaan turgor kulit ,ada tidaknya lesi, oedem pada ekstremitas.

2) Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data bersama dengan keluarga klien. Tujuan dari wawancara adalah mendengarkan dan meningkatkan hubungan saling percaya dan suportif. Digunakan untuk mendapatkan masalah utama keluarga dan riwayat penyakit saat ini. Wawancara dalam studi kasus akan dilakukan kepada keluarga sesuai dengan format asuhan keperawatan keluarga.

c. Prosedur pengumpulan data

- 1) Mengunjungi keluarga yang bersedia untuk diberikan asuhan keperawatan keluarga.

- 2) Melakukan bina hubungan saling percaya dan memberi penjelasan kepada keluarga mengenai maksud dan tujuan studi kasus serta kegiatan yang akan dilakukan.
- 3) Memberi kesempatan keluarga untuk bertanya jika ada yang ingin ditanyakan.
- 4) Memberikan lembar informed consent kepada responden.
- 5) Keluarga menyetujui dengan bukti menandatangani informed consent.
- 6) Mahasiswa melakukan kontrak waktu kepada keluarga untuk melakukan pengkajian menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan keluarga dengan teknik wawancara dan anamnesa. Mahasiswa juga melakukan observasi dan pemeriksaan fisik secara *head to toe* pada responden.
- 7) Setelah melakukan pengkajian, mahasiswa mengumpulkan data fokus untuk menegakkan diagnosa.
- 8) Menyusun perencanaan asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan perencanaan yang telah disusun.
- 9) Melakukan tindakan asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan perencanaan yang telah disusun.
- 10) Melakukan evaluasi asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan perencanaan yang telah disusun.
- 11) Mahasiswa melakukan dokumentasi keperawatan.

1.8 Analisa dan Penyajian Data

Penulisan analisa data studi kasus ini diperoleh dari proses pengkajian sampai dengan evaluasi. Teknik analisa data yang digunakan dalah deskriptif

dimana penulis melakukan analisa berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian sampai dengan evaluasi bersama responden. Data berisi data subjektif dan objektif yang telah diolah dan dikelompokkan. Selanjutnya penulis merumuskan diagnosa keperawatan yang telah diprioritaskan dengan menggunakan skoring, merencanakan tindakan keperawatan dan melakukan implementasi.

Tabel 1
Analisa data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>a. Gejala dan tanda mayor subjektif :</p> <p>1) Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita</p> <p>2) Mengungkapkan perawatan yang ditetapkan</p> <p>b. Gejala dan tanda mayor objektif</p> <p>1) Gejala penyakit anggota keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak teapat.</p> <p>2) Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat</p> <p>c. Gejala dan tanda minor objektif</p> <p>1) Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko</p>	<p>Etiologi terjadinya masalah kesehatan keluarga :</p> <p>1) Keluarga mampu mengenal kesehatan Hipertensi.</p> <p>2) Keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi anggota keluarga yang menderita Hipertensi.</p> <p>3) Keluarga mampu melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit Hipertensi.</p> <p>4) Keluarga mampu menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan.</p> <p>5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan tempat tinggal.</p>	<p>Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)</p>

1.9 Etika Pelaksanaan studi kasus

- a. Hak untuk *self determination*, keluarga memiliki otonomi dan untuk membuat keputusan secara sadar dan dipahami dengan baik, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak dalam studi kasus atau untuk mengundurkan diri dari studi kasus
- b. *Consent* (lembar persetujuan menjadi partisipan) yaitu untuk persetujuan yang diberikan oleh klien atau keluarga setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan terhadap klien dan keluarga.
- c. *Anonimity* (tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan) yaitu untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama partisipan atau keluarga tetapi lembar tersebut diberikan kode.
- d. *Confidentially* (kerahasiaan) adalah informasi tentang pasien harus dijaga privasi klien, dokumentasi tentang keadaan kesehatan pasien hanya bisa dibaca guna keperluan pengobatan dan peningkatan kesehatan klien.