

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

1.1 Rancangan Studi Kasus

Rancangan studi kasus ini yaitu menggunakan studi kasus deskriptif yang bertujuan untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan keluarga Ibu. D dengan nyeri kronis akibat hipertensi di RW 03 Kelurahan Dungus Cariang Wilayah Kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

1.2 Definisi Konsep

3.2.1 Hipertensi

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dengan tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg (Aspirani, 2015).

3.2.2 Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau digambarkan dalam ragam yang menyangkur kerusakan, atau sesuatu yang digambarkan dengan terjadinya kerusakan (Zakiyah, 2015).

3.3 Definisi Operasional

Untuk mempermudah dalam memahami proses studi kasus ini, maka penulis membuat penjelasan sebagai berikut :

3.3.1 Hipertensi

Klien yang mengalami peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg dengan rentang usia 20-59 tahun.

3.3.2 Nyeri

Klien yang mengalami nyeri atau perasaan tidak menyenangkan yang dialami tubuh dan dapat diukur menggunakan *numeric rating scale* (NRS) dengan skala 0-10.

3.4 Subjek Studi Kasus

Subyek pada studi kasus ini adalah Ibu.D dengan kriteria yang telah ditentukan, yaitu :

- a. Memiliki tekanan darah sistole >140 mmHg dan diastole >90 mmHg
- b. Sedang dan punya riwayat nyeri kepala
- c. Tinggal bersama keluarga
- d. Usia 20-59 tahun
- e. Warga RW 03 Kelurahan Dungus Cariang Wilayah Kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung
- f. Kondisi kesadaran baik (sadar penuh)
- g. Tidak ada indikasi perawatan di RS

- h. Kooperatif diajak komunikasi
- i. Tidak sedang menjalani pengobatan untuk mengurangi nyeri maupun mengontrol tekanan darah
- j. Menandatangani *informed consent* secara sukarela.
- k. Klien tidak mempunyai penyakit komplikasi

3.5 Fokus Studi

Fokus studi pada studi kasus ini adalah Ibu.D dengan nyeri kronis akibat hipertensi

3.6 Tempat dan Waktu

3.6.1 Tempat

Tempat yang telah digunakan untuk studi kasus ini berada di RW 03 Kelurahan Dungus Cariang Wilayah Kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung.

3.6.2 Waktu

Telah dilaksanakan asuhan keperawatan pada tanggal 10-19 April 2023 selama 10 hari dengan lama waktu setiap kali kunjungan 30 menit.

3.7 Pengumpulan Data

3.7.1 Instrumen Studi Kasus

a. *Standard Procedure Operational* (SPO) tindakan untuk mengatasi nyeri kepala akibat hipertensi, diantaranya : Relaksasi nafas dalam, kompres hangat, massage, dan terapi musik.

b. Skala Nyeri Numerik (*Numeric Rating Scale/ NRS*)

NRS digunakan sebagai alat ukur nyeri kepala sebelum dan sesudah diberikan tindakan untuk mengatasi nyeri. Perawat mengajukan pertanyaan mengenai skala nyeri kepala yang dirasakan klien. Klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10.

c. Lembar Wawancara

Lembar wawancara berisi format wawancara mengenai nyeri dan format pengkajian asuhan keperawatan keluarga dengan hipertensi melalui pengumpulan data meliputi : identifikasi data, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stress dan coping keluarga, serta harapan keluarga.

d. Alat-alat Pendukung Lainnya

Alat untuk pemeriksaan fisik : spignomanometer, manset, stetoskop, *handscoon* (apabila diperlukan), jam tangan dengan detik, termometer tubuh digital, *penlight*, dan *Snellen chart* (apabila diperlukan). Alat yang digunakan untuk mengatasi nyeri terdapat pada SPO relaksasi nafas dalam, kompres hangat, masase, dan terapi musik.

3.7.2 Metode Pengumpulan Data

a. Wawancara

Penulis melaksanakan pengamatan secara langsung melalui tanya jawab dengan klien dan keluarga untuk memperoleh data subjektif (data yang didapatkan langsung dari klien) mengenai nyeri akibat hipertensi.

Wawancara pada pengumpulan data dilakukan untuk menentukan perencanaan keperawatan yang tepat untuk klien. Selain itu, dengan adanya wawancara maka dapat terjalin bina *trust* antara perawat dengan klien.

b. Observasi

Observasi yaitu suatu kegiatan pengamatan terhadap suatu objek atau proses menggunakan pancaindera (penglihatan, penciuman, pendengaran, perabaan) atau menggunakan alat untuk memperoleh informasi yang diperlukan dalam upaya menjawab masalah studi kasus (Suirakoa dkk, 2019). Data yang dikumpulkan melalui observasi pada klien dengan masalah nyeri akibat hipertensi, yaitu berfokus pada diri sendiri.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik sebagai data objektif yang berasal dari klien dapat berupa inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pengukuran ini berorientasi pada dimensi fisiologi. Data yang dikumpulkan melalui pemeriksaan fisik, yaitu (Ardiansyah, 2012) :

1) Keadaan umum

Kaji tingkat kesadaran (GCS) dan keadaan/penampilan secara umum. Keadaan umum pada klien hipertensi biasanya composmentis hingga mengalami penurunan kesadaran pada hipertensi berat yang sudah terjadi komplikasi.

2) Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang dikaji meliputi tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu. Tanda-tanda vital biasanya melebihi batas normal terutama tekanan darah pada klien hipertensi mengalami peningkatan melebihi batas normal (120/80 mmHg). Pada klien hipertensi tekanan darah systole >140 mmHg dan diastole >90 mmHg. nadi meningkat (>100 x/menit), RR meningkat (>20x/menit)

3) Sistem Pernafasan

Kaji apakah terdapat suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing, crackles, atau stidor. Apakah terdapat bantuan otot pernafasan atau tidak. Pada klien hipertensi biasanya tidak ditemukan suara nafas tambahan. Secara umum, gangguan ini berhubungan dengan kardiopulmonal, tahap lanjut dari hipertensi menetap/berat seperti adanya dipsnea atau takipneu.

4) Sistem Kardiovaskular

Terdapat kenaikan tekanan darah melebihi batas normal, nadi, frekuensi dapat bervariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung atau kondisi jantung), perubahan EKG, adanya penyakit jantung miokard

infark, rematik atau penyakit jantung vaskuler. Pada klien hipertensi yang sudah mengenai jantung biasanya akan mengalami iskemik yang mengakibatkan nyeri pada dada.

5) Sistem Pencernaan

Pada hipertensi yang berat, klien biasanya didapatkan mual dan muntah, penurunan nafsu makan akibat pembesaran vena dan statis vena di dalam rongga abdomen, serta penurunan berat badan.

6) Sistem Persyarafan

Kesadaran *compos mentis*, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Kaji Nervus I-XII, refleks bisep dan trisep.

7) Sistem Endokrin

Pada hipertensi ringan tidak ditemukan adanya kelainan pada system endokrin, namun jika telah terjadi komplikasi pada jantung melalui auskultasi, pemeriksaan dapat mendengar bising kelenjar tiroid yang menunjukkan peningkatan vaskularisasi akibat hiperfungsi tiroid.

8) Sistem Perkemihan

Tidak ada edema dan tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih. Kaji frekuensi BAK/hari. Pada klien hipertensi yang mengkonsumsi obat penurun darah dapat menimbulkan efek diuretik, yaitu menyebabkan peningkatan kecepatan pembentukan urine sehingga seseorang menjadi lebih sering buang air kecil.

9) Sistem Genetalia

Riwayat mentruasi, tidak ada penyakit kelamin, kebersihan kelamin terawat.

10) Sistem Muskuloskeletal

Kaji kekuatan dan gangguan tonus otot, pada klien hipertensi didapat klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan dan mudah lelah.

11) Sistem Integumen

Kondisi klien terkait dengan penyakit hipertensi yang dialaminya, tanda-tanda yang ditemukan biasanya kulit pucat karena kurang adekuatnya perfusi jaringan dan dema ekstremitas.

12) Sistem Pendengaran

Kebanyakan klien hipertensi tidak mengalami gangguan pendengaran.

13) Sistem Penglihatan

Pada kasus hipertensi, terdapat gangguan penglihatan seperti penglihatan menurun, kehilangan daya lihat sebagian (kebutaan monokuler), penglihatan ganda, (diplopia)/gangguan yang lain. Kesulitan untuk melihat objek, warna dan wajah yang pernah dikenali dengan baik. Peningkatan tekanan darah akan menyebabkan kerusakan pembuluh darah mata yang bersifat progresif sehingga akan menyebabkan penurunan ketajaman penglihatan.

d. Metode Dokumentasi

Metode dokumentasi merupakan metode pengumpulan data yang dilakukan dengan mengumpulkan berbagai dokumen yang berkaitan dengan masalah studi kasus (Suiraoaka dkk, 2019). Dalam hal ini data yang diperlukan yaitu data pemeriksaan penunjang, seperti (Aspirani, 2015) :

1) Laboratorium

- a) Albuminuria pada hipertensi karena kelainan parenkim ginjal
- b) Kreatinin serum dan BUN meningkat pada hipertensi karena parenkim ginjal dengan gagal ginjal akut
- c) Darah perifer lengkap
- d) Kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa)

2) EKG

- a) Hipertrofi ventrikel kiri
- b) Iskemia atau infark miokard
- c) Peninggian gelombang P
- d) Gangguan konduks

3) Foto Rontgen

- a) Bentuk dan besar jantung *Noothing* dari iga pada koarktasi aorta
- b) Pembendungan, lebarnya paru
- c) Hipertrofi parenkim ginjal
- d) Hipertrofi vascular ginjal

3.7.3 Prosedur Pengumpulan Data

- a. Studi pendahuluan untuk mendapatkan kasus keluarga dengan hipertensi yang akan dibina
- b. Melakukan survey di wilayah RW 03 Kelurahan Dungus Cariang Wilayah Kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung yang dibimbing oleh kader setempat
- c. Mencari anggota keluarga yang sesuai dengan kriteria inklusi yaitu klien dengan Hipertensi di wilayah RW 03 Kelurahan Dungus Cariang Wilayah Kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung
- d. Menjelaskan kepada calon anggota keluarga tentang asuhan keperawatan yang akan dilakukan, yaitu mengenai pengertian dan tujuan dilakukannya asuhan keperawatan. Bila bersedia menjadi responden dipersilahkan untuk menandatangani *informed consent*
- e. Melakukan bina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga yang mengalami hipertensi.
- f. Menyiapkan alat yang dibutuhkan, seperti format pengkajian dan alat-alat pemeriksaan fisik untuk klien dengan hipertensi. Selain itu juga mempersiapkan lingkungan yang nyaman, tidak berisik, pencahayaan cukup, dan suhu udara cukup.
- g. Melakukan pengkajian kepada klien dengan hipertensi dan keluarga melalui pengisian format pengkajian, wawancara, dan observasi.

- h. Setelah data yang dibutuhkan terkumpul maka dilakukan pengolahan data dan analisa data untuk menegakkan diagnosa bersama keluarga klien dengan hipertensi.
- i. Menyusun perencanaan dan melakukan tindakan asuhan keperawatan keluarga dengan klien hipertensi sesuai perencanaan yang telah dibuat dan disepakati bersama keluarga
- j. Melakukan evaluasi setiap setelah melakukan implementasi asuhan keperawatan keluarga dengan hipertensi
- k. Melakukan dokumentasi dan penyusunan laporan hasil studi kasus pada klien dengan hipertensi
- l. Melakukan terminasi kepada keluarga yang dibina

3.8 Analisa dan Penyajian Data

3.8.1 Analisa

Data yang dikumpulkan melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi selanjutnya dianalisis dan dikumpulkan. Data yang dikumpulkan dapat berupa data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien berupa suatu pendapat terhadap suatu situasi atau kejadian. Sedangkan data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur, yang diperoleh menggunakan panca indera (melihat, mendengar, mencium, dan meraba) selama pemeriksaan fisik.

Analisa data dalam studi kasus ini dilakukan dengan menganalisis hasil evaluasi setelah mengimplementasikan tindakan keperawatan yang telah

direncanakan sehingga dapat membandingkan tindakan satu dengan tindakan lainnya yang lebih efektif dalam mengatasi masalah nyeri pada klien dengan hipertensi.

3.8.2 Penyajian Data

Penyajian data hasil pengkajian disajikan dengan bentuk tabel, diagram dan teks naratif dengan menjaga kerahasiaan klien dengan menuliskan nama klien dengan inisial.

3.9 Etika Pelaksanaan Studi Kasus

Penulis harus dapat memahami prinsip-prinsip etika studi kasus. Sebab pada studi kasus ilmu keperawatan, subjek yang dipergunakan adalah manusia. Apabila etika studi kasus tidak dilaksanakan, maka penulis dianggap telah melanggar hak-hak (otonomi) manusia (sebagai klien). Etika studi kasus diantaranya (Nursalam, 2015) :

3.9.1 *Informed Consent*

Informed consent adalah persetujuan antara penulis dan klien melalui lembar persetujuan, dimana sebelumnya penulis memberikan penjelasan mengenai studi kasus yang akan dijalankan kepada responden tersebut. Penjelasan tersebut diantaranya tujuan studi kasus, tata cara studi kasus, manfaat yang diperoleh oleh responden, dan resiko yang mungkin terjadi. Subjek dalam studi kasus ini mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden.

3.9.2 Anonimity (tanpa nama)

Penulis melindungi hak-hak privasi responden sehingga identitas responden terjaga. Penulis tidak akan mencantumkan nama responden tetapi menggunakan inisial atau kode pada lembar pengumpulan data.

3.9.3 Confidentiality (kerahasiaan)

Semua informasi mengenai responden dijamin kerahasiaannya oleh penulis. Hanya data tertentu saja (yang dibutuhkan) akan dicantumkan sebagai hasil studi kasusan.

3.9.4 Bebas dari penderitaan

Studi kasusan harus dilaksanakan dengan tidak mengakibatkan penderitaan kepada subjek yang diteliti, terutama apabila menggunakan tindakan khusus.

3.9.5 Bebas dari eksploitasi

Subjek harus diyakinkan bahwa keikutsertaannya dalam studi kasus atau informasi yang telah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan subjek dalam bentuk apapun.

3.9.6 Benefits Ratio (Risiko)

Penulis harus berhati-hati mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan