**BAB III**

**METODOLOGI STUDI KASUS**

**3.1 Rancangan Studi Kasus**

Karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif, dimana penulis menggambarkan hasil asuhan keperawatan dengan memfokuskan salah satu masalah yaitu gangguan mobilitas fisik pada pasien post op laparatomi. Karya tulis ilmiah ini menggunakan pendekatan studi kasus.

Studi kasus merupakan metode penelitian yang dilakukan dengan meneliti suatu masalah secara rinci dengan melakukan penggalian informasi pada subjek agar dapat memperoleh pemahaman lebih mendalam lagi. Tujuan dari pendekatan studi kasus pada karya tulis ilmiah ini yaitu untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien post op laparatomi dengan gangguan mobilitas fisik.

**3.2 Subjek Studi Kasus**

Subjek studi kasus pada karya tulis ilmiah ini adalah mengelola asuhan keperawatan satu pasien post op laparatomi dengan gangguan mobilitas fisik. Dengan kriteria pasien belum bisa melakukan miring kanan miring kiri, duduk diatas tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi roda, dan berjalan.

**3.3 Instrumen**

* 1. Pengumpulan data

Pengumpulan data dari hasil wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik kemudian dibuat hasil dokumentasi dengan menggunakan format asuhan keperawatan dan format SOP sebagai berikut:

* + - 1. Format Asuhan Keperawatan
  1. **PENGKAJIAN**

a. .Pengumpulan Data

* 1. Identitas Pasien
  2. Identitas Penanggung Jawab
  3. Riwayat Kesehatan
     + 1. Keluhan utama

Keluhan yang paling dirasakan pasien

* + - 1. Riwayat Kesehatan sekarang

Menguraikan saat keluhan pertama kali dirasakan, Tindakan yang dilakukan, sampai pasien datang ke RS, Tindakan yang sudah dilakukan di RS sampai pasien menjalani perawatan. Diuraikan dalam konsep P Q R S T

* + 1. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan yang berhubungan atau memperberat keadaan penyakit saat ini. Termasuk faktor predisposisi.

* + 1. Riwayat Kesehatan Keluarga
       1. Jika sakit penyakit menular buat struktur keluarga yang tinggal serumah.
       2. Jika ada riwayat penyakit keturunan buat genogram 3 generasi.
  1. Pola Aktivitas Sehari-hari (Bandingkan ADL antara kondisi sehat dan sakit: nutrisi, eliminasi, personal hygiene, istirahat tidur, aktifitas dan gaya hidup pasien )
  2. Pemeriksaan Fisik
     1. Sistem Pernafasan
     2. Sistem kardiovaskular
     3. Sistem pencernaan
     4. Sistem persyarafan
     5. Sistem endokrin
     6. Sistem genitourinaria
     7. Sistem muskuloskeletal
     8. Sistem integumen dan imunitas
     9. Wicara dan THT
     10. Sistem penglihatan
  3. Data psikologis ; (Status emosi, Kecemasan, Pola koping, Gaya komunikasi, Konsep diri)
  4. Data sosial : ( berisi hubungan dan pola interaksi dengan keluarga dan masyarakat)
  5. Data spiritual : (mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimisme terhadap kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah)
  6. Data penunjang : (dicatat semua prosedur diagnostik dan lab yang dijalani pasien . Hasil ditulis kan termasuk nilai rujukan. Tulis cukup 3 kali pemeriksaan terakhir secara berturut-turut).
  7. Program dan rencana pengobatan

1. **Analisa Data**

Analisis data merupakan metode yang dilakukan perawat untuk mengkaitkan data pasien serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan keperawatan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan pasien dan keperawatan pasien.

1. **Diagnosa Keperawatan**

Daftar diagnosa keperawatan yang sudah diurutkan sesuai prioritas masalah.

1. **Perencanaan**

Perencanaan dibuat menggunakan format sesuai dengan pedoman asuhan keperawatan dengan berisi diagnosa keperawatan, intervensi dan rasional. Rumusan tujuan mengandung konsep SMART dan mengandung kriteria indikator diagnosa keperawatan teratasi.

1. **Pelaksanaan**

Menurut (Marhamah, Astuti, Choire, 2021) pelaksanaan mobilisasi dini pasca operasi dilakukan pada tanggal 11-15 April 2023, Tindakan yang dilakukan berupa mobilisasi miring kanan dan miring kiri selama maksimal 2 jam persesinya, Pasien duduk diatas tempat tidur, dimulai dari posisi semi fowler lalu posisi fowler selama 10-15 menit, lalu pasien pindah dari tempat tidur ke kursi roda, dan berlatih berjalan.

Catatan : Intervensi dilakukan selama 5 hari, setelah 5 hari perawatan diukur hasil post intervensi.

1. **Evaluasi**
   1. Evaluasi formatif dituliskan sebagai hasil suatu tindakan, dicatat dalam format tindakan keperawatan
   2. Evaluasi sumatif berupa evalusi pemecahan diagnosa keperawatan dibuat dalam bentuk catatan perkembangan (SOAPIER), yang dibuat bila
      1. Kerangka waktu ditujuan tercapai
      2. Diagnosa telah teratasi sebelum waktu di tujuan
      3. Terjadi perubahan kondisi
      4. Muncul masalah baru

b) Format SOP

1. Langkah-langkah Miring kanan dan miring kiri (PPNI, 2021)
2. Cuci tangan (lihat SOP Cuci Tangan)
3. Pasang sarung tangan, *jika perlu*.
4. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik.
5. Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan mobilisasi.
6. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.
7. Minimalkan posisi tidur terlentang sebab posisi tidur terlentang akan membuat otot-otot postur menjadi tidak aktif dan berdampak semakin cepatnya terjadi penurunan kekuatan otot.
8. Berikan posisi miring kanan selama maksimal 2jam dan berikan sokongan bantal pada punggung, lengan dan kaki.
9. Berikan posisi terlentang selama maksimal 2 jam
10. Berikan posisi miring kiri selama maksimal 2 jam dan berikan sokongan bantal pada punggung, lengan dan kaki.
11. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.
12. Libatkan keluarga dalam membantu pasien untuk melakukan mobilisasi.
13. Lepaskan sarung tangan, *jika menggunakan*.
14. Cuci tangan
15. Evaluasi respon pasien
16. Dokumentasi hasil Tindakan
17. Langkah-langkah melatih duduk diatas tempat tidur
    * 1. Cuci tangan (lihat SOP Cuci Tangan)
      2. Pastikan tempat tidur dalam keadaan terkunci
      3. Atur posisi pasien dalam keadaan terlentang
      4. Angkat bantal pasien
      5. Peserta didik menghadap kearah kepala tempat tidur
      6. Tempatkan salah satu kaki peserta didik dekat kaki tempat tidur terdekat dan kaki lain ditempatkan dibelakangnya
      7. Tempatkan tangan peserta didik yang terjauh dibawah bahu pasien, untuk menyangga kepala dan tulang belakang bagian servikal
      8. Tempatkan tangan lainnya di atas permukaan tempat tidur
      9. Angkat pasien untuk posisi duduk dengan memindahkan tumpuan dari kaki depan ke kaki belakang peserta didik
      10. Dorong berlawanan dengan tempat tidur dengan tangan tetap bertumpu pada permukaan tempat tidur
      11. Jelaskan kepada pasien jika diberi aba-aba nanti untuk menekankan tangan ketempat tidur
      12. Sandarkan pasien ke ujung tempat tidur atau atur bantal dibagian tubuh belakang pasien
      13. Jika tempat tidur bisa diatur, tinggikan bagian kepala tempat tidur
      14. Pastikan bahwa posisi pasien benar dan aman
      15. Rapikan pasien dan tempat tidur
      16. Evaluasi kenyamanan pasien
      17. Salam terminasi
      18. Cuci tangan
      19. Dokumentasi hasil Tindakan
18. Langkah-langkah pindah dari tempat tidur ke kursi roda
    * 1. Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan)
      2. Periksa tekanan darah dan nadi pasien
      3. Dekatkan kursi roda ke tempat tidur, sepatu/sendal pasien disiapkan
      4. Bantu pasien duduk di tempat tidur serta geserkan ke pinggir tempat tidur (jika terpasang infus matikan tetesan infus dan letakkan di dekat pasien)
      5. Tanyakan apakah pasien merasa pusing atau mata berkunang-kunang
      6. Kedua kaki pasien diletakkan pada alas kaki kursi roda
      7. Tahan tubuh pasien dengan menyangga kedua aksila dari belakang pasien
      8. Dudukkan pasien di kursi roda perlahan-lahan, anjurkan tangan pasien memegang pegangan kursi roda, jika perlu diberi bantal atau selimut. Pegang atau letakkan botol infus di pangkuan pasien (Jika memungkinkan)
      9. Rapikan pasien dan tanyakan kenyamanan
      10. Buka pengunci kursi roda dan dorong kursi roda ke tempat tujuan
      11. Pindahkan pasien dari kursi roda ke tempat tidur
      12. Dekatkan kursi roda ke tempat tidur dan kunci kursi roda
      13. Bantu pasien berdiri dari kursi roda, dengan menyangga kedua aksila pasien dari arah depan pasien
      14. Kemudian geserkan badan pasien ke tempat tidur dan dudukkan di pinggir tempat tidur
      15. Anjurkan pasien untuk menyangga tubuhnya dengan meletakkan kedua tangannya di tempat tidur
      16. Buka sandal/sepatu pasien, kemudian geserkan pasien ke tengah tempat tidur dan angkat kedua kaki ke tempat tidur
      17. Atur posisi nyaman pasien
      18. Letakkan botol infus pada tiang, serta atur kembali tetesan
      19. Periksa tekanan darah dan nadi Kembali
      20. Evaluasi respon pasien
      21. Bereskan alat dan sampaikan salam terminasi
      22. Cuci tangan
      23. Dokumentasi hasil Tindakan
19. Langkah-langkah melatih berjalan
20. Mencuci tangan
21. Mintalah pasien untuk meletakkan tangan disamping badan atau memegang telapak tangan perawat (bisa dua perawat)
22. Perawat berdiri di samping pasien dan pegang telapak dan lengan tangan pada bahu pasien (bisa dua perawat)
23. Bantu pasien untuk berjalan dan ikuti sesuai dengan langkah pasien sesuai kemampuan (bisa dua perawat)
24. Selalu observasi respon pasien saat berdiri dari tempat tidur dan saat jalan (frekuensi nadi dan tanda pusing kepala).
25. Mencuci tangan.
26. Catat tindakan dan respon pasien.
27. Alat ukur

Menggunakan alat ukur Barthel Index Setiap item dinilai dalam hal apakah pasien dapat melakukan tugas secara mandiri, dengan beberapa bantuan, atau bergantung pada bantuan berdasarkan pengamatan. Skor akhir mendapatkan angka pada skor 100 poin. Pedoman yang diusulkan untuk menafsirkan skor Barthel adalah bahwa skor 0-20 menunjukkan ketergantungan “total”, 21-60 menunjukkan ketergantungan “berat”, 61-90 menunjukkan ketergantungan “sedang”, dan 91-99 menunjukkan ketergantungan “ringan” , 100 menunjukkan “mandiri”. Menilai kemampuan aktivitas sebelum dilakukan intervensi dan setelah diberikan intervensi.

Kesimpulannya, bila telah didapatkan nilai setelah diberikan intervensi, maka hasil tersebut yang menentukan pasien termasuk kategori mana.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Aktivitas** | **Nilai** |
|  | **Makan** |  |
| 1 | 0 : tidak mampu |  |
| 2 | 5 : dibantu (makanan dipotong-potong dulu |  |
| 3 | 10 : mandiri  **Mandi** |  |
| 4 | 0 : dibantu |  |
| 5 | 5 : mandiri (menggunakan shower) |  |
|  | **Personal hygiene (cuci muka, mencuci rambut, bercukur jenggot, gosok gigi)** |  |
| 6 | 0 : dibantu |  |
| 7 | 5 : mandiri |  |
|  | **Berpakaian** |  |
| 8 | 0 : dibantu seluruhnya |  |
| 9 | 5 : dibantu sebagian |  |
| 10 | 10 : mandiri (termasuk mengancing baju, memakai tali sepatu, dan resleting) |  |
|  | **Buang Air Besar (BAB)** |  |
| 11 | 0 : tidak dapat mengontrol BAB (perlu diberikan enema) |  |
| 12 | 5 : kadang mengalami kecelakaan |  |
| 13 | 10 : mampu mengontrol BAB |  |
|  | **Buang Air Kecil (BAK)** |  |
| 14 | 0 : tidak dapat mengontrol BAK, dan menggunakan kateter |  |
| 15 | 5 : kadang mengalami kecelakaan |  |
| 16 | 10 : mampu mengontrol BAK |  |
|  | ***Toileting* /ke kamar kecil** |  |
| 17 | 0 : dibantu seluruhnya |  |
| 18 | 5: dibantu sebagian |  |
| 19 | 10 : mandiri (melepas atau memakai pakaian, menyiram WC, membersihkan organ kelamin) |  |
|  | **Berpindah (dari tempat tidur kekursi, dan sebaliknya)** |  |
| 20 | 0 : tidak ada keseimbangan untuk duduk |  |
| 21 | 5 : dibantu satu atau dua orang, dan bisa duduk |  |
| 22 | 10 : dibantu (lisan atau fisik) |  |
| 23 | 15 : mandiri |  |
|  | **Mobilisasi (berjalan di permukaan datar)** |  |
| 24 | 0 : tidak dapat berjalan |  |
| 25 | 5 : menggunakan kursi roda |  |
| 26 | 10 : berjalan dengan bantuan satu orang |  |
| 27 | 15 : mandiri |  |
|  | **Naik dan turun tangga** |  |
| 28 | 0 : tidak mampu |  |
| 29 | 5 : dibantu menggunakan tongkat |  |
| 30 | 10 : mandiri. |  |

1. Uji validitas dan uji reliabel

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Oktari, Febtrina, Malfasari, Guna, 2020) variabel dependen diukur tingkat kemandirian aktivitas sehari-hari di ukur menggunakan Barthel Index. Barthel index adalah satu pengukuran tingkat kemandirian dalam pengkajian fungsional. Pengkajian Barthel index berdasarkan pada evaluasi kemampuan fungsi mandiri atau ketergantungan, dengan nilai validitas r > (0,4438) dan uji reliabilitas sebesar (0,884)

* 1. Analisa data

Analisa data dalam studi kasus ini dilakukan sejak studi kasus di lapangan dan dikumpulkan untuk kemudian dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif, lalu merumuskan masalah, menegakkan diagnosa, membuat intervensi, melakukan implementasi dan evaluasi. Sehingga asuhan keperawatan dapat dianalisis secara lengkap dan tepat.

**3.4 Metode Pengumpulan Data**

1. Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data dalam bentuk personal yang dilaksanakan oleh pewawancara. Bentuk yang paling umum adalah personal atau face-to-face, pewawancara bekerja secara langsung dengan pasien untuk menanyakan dan mencatat respon dari pasien (Swarjana, 2015).

1. Observasi

Metode observasi adalah metode pengumpulan data tentang perilaku manusia. Perilaku yang diobservasi mungkin pasien atau orang-orang yang mendapatkan treatment atau pelayanan atau implementasi dari sebuah kebijakan (Swarjana, 2015).

Observasi dalam penelitian ini yaitu dengan melakukan pengamatan langsung di lapangan untuk mengetahui kondisi pasien sebelum dan sesudah diberikan asuhan keperawatan. Bentuk observasi yang digunakan dalam studi kasus ini adalah observasi catatan berkala, bentuk observasi ini mencatat gejala secara berurutan menurut waktu namun tidak terus menerus (menggunakan daftar yang memuat nama observer disertai jenis gejala yang diamati).

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik adalah salah satu prosedur yang biasa dilakukan perawat untuk mendiagnosis penyakit. Hasil pemeriksaan ini kemudian digunakan untuk merencanakan perawatan lanjutan. Penulis akan melakukan pemeriksaan fisik dengan pendekatan IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) pada semua sistem tubuh pasien. (Fadli, 2023).

1. Studi Dokumentasi

Pada Studi Dokumentasi, pengumpulan data diperoleh dengan melihat keadaan pasien dan menganalisis dokumen-dokumen hasil dari pemeriksaan diagnostic dan data yang relevan. Dokumentasi dilakukan setelah melakukan asuhan keperawatan pada setiap hari berupa catatan status perkembangan, laporan hasil laboratorium,radiologi dan lainnya. Pengumpulan data ini digunakan untuk menegakkan diagnosis maupun perkembangan status Kesehatan pasien.

**3.5 Tempat dan Waktu**

Studi kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Al-Ihsan Yang beralamat di Jl.Kiastramanggala, Baleendah, Kec. Baleendah, Kab. Bandung, Jawa Barat, Di ruang Zaid bin Said.

Waktu pelaksanaan studi kasus dilakukan selama 5 hari yaitu tanggal 11-15 April 2023 yaitu selama Praktik Klinik Keperawatan Komprehensif dari mulai tanggal 10-19 April 2023.

**3.6 Etika Pelaksanaan Studi Kasus**

* 1. *Informed consent*

Informed consent adalah suatu bentuk persetujuan diantara peneliti dengan pasien dengan memberikan lembar persetujuan sebelum dilakukan penelitian terhadap pasien.

Inform consent yang dilakukan adalah sebelum melakukan asuhan keperawatan, penulis terlebih dahulu menjelaskan kepada pasien dan keluarga apa yang akan penulis lakukan, pasien dan keluarga mengerti dan selanjutnya pasien/keluarga menandatangani form inform consent yang penulis berikan.

* 1. *Anonymity* (tanpa nama)

Dalam penyusunan studi kasus ini, penulis tidak akan mencantumkan nama pasien secara lengkap, melainkan dengan mencantumkan inisial.

* 1. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan dalam studi kasus ini bertujuan untuk memberikan jaminan kepada pasien bahwa semua bentuk informasi yang telah diperoleh akan dijaga kerahasiaannya.