# BAB III METODOLOGI STUDI KASUS

## Rancangan Studi Kasus

Karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif, penulis menggambarkan hasil asuhan keperawatan dengan memfokuskan salah satu masalah yaitu gangguan nyeri akut pada pasien post operasi fraktur tertutup. 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 Operasi Fraktur dengan Gangguan Nyeri Akut.

## Subyek Studi Kasus

Subjek studi kasus pada karya tulis ilmiah ini adalah mengelola asuhan keperawatan satu pasien yang mengalami post operasi fraktur dengan masalah nyeri.

## 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
2. **PENGKAJIAN**

A. Pengumpulan data

1. Identitas Pasien
2. Identitas Penanggung Jawab
3. Riwayat Kesehatan
4. Riwayat Kesehatan Sekarang
5. Keluhan utama saat masuk RS

Menguraikan saat keluhan pertama dirasakan, tindakan yang dilakukan, sampai pasien datang ke RS, tindakan yang sudah dilakukan di rumah sakit samapai pasien menjalani perawatan.

1. Keluhan utama saat dikaji

Keluhan yang paling dirasakan oleh pasien saat dikaji, 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
2. Jika sakit penyakit menular buat struktur keluarga yang tinggal serumah.
3. Jika ada riwayat penyakit keturunan buat genogram tiga generasi.
4. Pola Aktivitas Sehari-hari

Bandingkan ADL antara kondisi sehat dan sakit: nutrisi, eliminasi, personal hygiene, istirahat tidur, aktifitas dan gaya hidup pasien.

1. Pemeriksaan Fisik
2. Sistem Pernafasan
3. Sistem kardiovaskular
4. Sistem pencernaan
5. Sistem persyarafan
6. Sistem endokrin
7. Sistem genitourinaria
8. Sistem musculoskeletal
9. Sistem integumen dan imunitas
10. Wicara dan THT
11. Sistem penglihatan
12. Data Psikologis

Berisikan status emosi, kecemasan, pola koping, gaya komunikasi, konsep diri.

1. Data Sosial

Berisikan hubungan dan pola interaksi dengan keluarga dan masyarakat.

1. Data Spritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimism terhadap kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah.

1. 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.

1. Program dan Rencana Pengobatan
2. **Analisa Data**

Analisis data dilakukan menggunakan instrument lembar observasi dengan membandingkan hasil skala nyeri *(Numeric Rating Scale)* sebelum dan sesudah diberikan kompres dingin pada pasien post operasi fraktur.

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**

Pelaksanaan pemberian kompres dingin ini diberikan pada pasien post operasi fraktur yang dilakukan menggunakan kirbat es yang diisikan es dan garam agar es tidak mudah cair, dialasi pengalas dan handuk, lalu dikompres selama 15 - 20 menit, sebanyak 1x/ hari selama 5 hari.

1. **Evaluasi**
2. Evaluasi formatif dituliskan sebagai hasil suatu tindakan, dicatat dalam format tindakan keperawatan.
3. Evaluasi sumatif berupa evaluasi pemecahan diagnose keperawatan dibuat dalam bentuk catatan perkembangan (SOAPIER) yang dibuat apabila :
4. Kerangka waktu ditujuan tercapai
5. Diagnosa telah teratasi sebelum waktu di tujuan
6. Terjadi perubahan konsidi
7. Muncul masalah baru
8. Format SOP

SOP Tindakan keperawatan menggunakan SOP Kompres Dingin

**PROSEDUR:**

1. Pastikan kebutuhan pasien untuk memberi kompres dingin
2. Persiapan pasien:
3. Sampaikan salam (Lihat SOP Komunikasi Terapeutik)
4. Beritahu pasien tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan
5. Persiapan alat:
6. Kirbat es dan sarungnya
7. Pengalas dan handuk
8. Mangkuk berisi potongan es
9. Satu sendok kecil garam untuk menjadikan es tahan lama
10. Sebelum dimasukkan ke dalam kirbat, potongan es dicelupkan dulu ke dalam air untuk menghilangkan ujung-ujungnya yang runcing
11. Masukkan potongan-potongan es ke dalam kirbat es kira-kira 2/3 bagian. Udara dikeluarkan kemudian ditutup.
12. Cek adakah kebocoran pada kirbat es
13. Kirbat es diberi sarung
14. Pelaksanaan
15. Cuci tangan (lihat SOP Cuci Tangan)
16. Bantu pasien posisi yang
17. Ukur skala nyeri pasien menggunakan NRS
18. Pengalas dan handuk dipasang
19. Kirbat es dipasang pada bagian tubuh yang memerlukan
20. Perhatikan respon pasien
21. Perhatikan kulit di sekitar pemasangan kirbat es (apakah ada kemerahan akibat iritasi)
22. Lakukan kompres selama 15-20 menit dengan gerakan sirkular agar tidak terjadi frostbite
23. Jika telah selesai tindakan kompres dingin, angkat pengalas dan handuk
24. Atur kembali posisi pasien
25. Ukur kembali skala nyeri menggunakan NRS
26. Rapikan alat-alat
27. Sampaikan salam terminasi (Lihat SOP Komunikasi Terapeutik)
28. Cuci tangan
29. Dokumentasikan hasil tindakan
30. Rencana tindak lanjut
31. Alat ukur

Menggunakan alat ukur *Numerical Rating Scales* (NRS) dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi.



Keterangan :

0 = tidak nyeri

1-3 = nyeri ringan

4-6 = nyeri sedang

7-10 = nyeri hebat

Indikasi Nyeri :

1. 0 = Tidak nyeri.
2. 1-3 = Nyeri ringan. Nyeri dapat ditahan, dan pasien dapat berkomunikasi dengan baik.
3. 4-6 = Nyeri sedang. Pasien mendesis, menyeringai, dapat mendeskripsikan, memerlukan usaha untuk menahan nyeri, mengikuti perintah dengan baik dan dapat menunjukan lokasi nyeri.
4. 7-10 = Nyeri hebat. Nyeri tidak dapat ditahan, pasien tidak dapat mengikuti perintah, tidak dapat mengalokasikan nyeri, tidak dapat mendeskripsikan, distraksi dan tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang.

* Uji Validitas dan Uji Reliabel

Uji Validutas dan Uji Reliabel pada *Numeric Rating Scale* Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Li, Liu dan Herr dalam Swarihadiyanti (2014) yang diaplikasikan pada pasien pasca bedah menunjukkan validitas yang baik dengan menggunakan uji validitas *intraclass correlation coefficients* (ICCs) skala nyeri NRS (*Numeric Rating Scale*) menunjukkan hubungan kekuatan atau validitas 0,90. Sedangkan pada penelitian Li, Liu & Herr dalam Swarihadiyanti (2014) nilai uji reliabilitas menunjukkan lebih dari 0,95. Oleh karena itu, kuesioner NRS menunjukkan valid dan reliabel.

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.

## Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam asuhan keperawatan ini menggunakan beberapa metode yaitu:

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 responden untuk menanyakan dan mencatat respon dari responden (Swarjana, 2015).

Wawancara yang dilakukan menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan pada pasien post operasi fraktur dari buku panduan praktik klinik keperawatan medikal bedah di Jurusan Keperawatan Bandung Poltekkes Kemenkes Bandung.

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, 2022).

1. Studi Dokumentasi

Pada studi dokumentasi, pengumpulan data diperoleh dengan melihat keadaan pasien dan menganalisis dokumen-dokumen hasil dari pemeriksaan diagnostik 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.

## Tempat dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Al-Ihsan yang beralamat di Jl. Kiastramanggala, Balaendah, Kec. Balaendah, 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.

## Etika Studi Kasus

1. *Inform Consent (Kesepakatan)*

*Informed Consent* adalah suatu bentuk persetujuan diantara penulis 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. *Anonimity (Tanpa Nama)*

Dalam penyusunan studi kasus ini, penulis tidak 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 dijaga kerahasiaannya.