# **BAB III**

# **METODOLOGI STUDI KASUS**

## **Rancangan Studi Kasus**

Studi kasus ini menggunakan rancangan studi kasus deskriptif yang bertujuan untuk mendeskripsikan bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien Ca Mammae dengan Gangguan nyeri akut.

## **Subjek Fokus pada Studi Kasus**

Subyek yang dilakukan dalam studi kasus ini adalah satu orang pasien yang mengalami Ca Mammae dengan Ganggua nyeri akut.

## **Instrumen**

Pengumpulan data

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

Format asuhan keperawatan

1. Pengkajian
2. Pengumpulan data
   * + 1. Identitas pasien
       2. Identitas penanggung jawab
       3. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan sekarang

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.

Keluhan utama saat dikaji

Keluhan yang paling dirasakan oleh pasien saat dikaji, diuraikan dalam konsep PQRST.

Riwayat Kesehatan Dahulu (Riwayat kesehatan yang berhubungan atau memperberat keadaan penyakit saat ini)

Riwayat kesehatan keluarga

Jika sakit penyakit menular buat struktur keluarga yang tinggal serumah

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

Sistem pernafasan

Sistem kardiovaskular

Sistem pencernaan

Sistem persyarafan

Sistem endokrin

Sistem genitourianaria

Sistem muskuloskeletal

Sistem integumen dan imunitas

Wicara dan THT

Sitem penglihatan

* + - 1. Data psikologis

Status emosi, kecemasan, pola koping, gaya komunikasi, konsep diri.

* + - 1. Data sosial

Berisi hubungan dan pola interaksi dengan keluarga dan masyarakat.

* + - 1. Data spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimisme 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

1. Analisa data

Analisa 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 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

Berdasarkan penelitian Anifah & Yumni (2018), teknik relaksasi nafas dalam dilakukan sebanyak 1 siklus 15 kali hembusan nafas secara sistematis dalam waktu 5 menit, dilakukan 2x dalam sehari yaitu pagi dan sore hari, selama 3 hari hari berturut-turut ini didapatkan tingkat nyeri pada Ny. A mengalami penurunan dari skala 7 menjadi nyeri skala 3 pada hari kedua, dan pada hari ketiga menjadi nyeri skala 1.

1. Evaluasi
2. Evaluasi formatif dituliskan sebagai hasil suatu tindakan, dicatat dalam format tindakan keperawatan.
3. Evaluasi sumatif berupa evalusi pemecahan diagnosa keperawatan dibuat dalam bentuk catatan perkembangan (SOAPIER), yang dibuat bila

Kerangka waktu ditujuan tercapai

Diagnosa telah teratasi sebelum waktu di tujuan

Terjadi perubahan kondisi

Muncul masalah baru

FORMAT

* SOP tindakan keperawatan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam

Prosedur

1. Pastikan kebutuhan klien akan latihan pernafasan dalam
2. Persiapan klien

Sampaikan salam

Informasikan kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan

1. Persiapan lingkungan

Jaga privacy klien dengan menutup gordin/pasang sampiran

Buka jendela dan ciptakan ruangan yang bersih serta nyaman

1. Pelaksanaan

Cuci tangan (lihat SOP cuci tangan)

Atur posisi klien fowler atau duduk

Anjurkan klien untuk meletakkan kedua telapak tangan dengan bagian tengah telapak tangan pada batas bawah iga ke-12 anterior

Minta klien untuk menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan menahannya selama 2-3 detik

Kemudian keluarkan secara perlahan melalui mulut

Ulangi tindakan no. 5.2.7 dan 5.2.8 sebanyak 3-5 kali

Perhatikan gerakan normal diafragma selama inspirasi dan ekspirasi serta area abdomen

Evaluasi respon klien setelah latihan dan rencana tindak lanjut

Anjurkan klien untuk melatih nafas dalam setiap hari minimal 1 kali

Sampaikan salam terminasi (lihat SOP komunikasi terapeutik)

Cuci tangan

Dokumentasikan hasil tindakan

* 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 terapeutik.

Gambar 3. 1 Alat Ukur: Skala NRS



Keterangan :

0 = Tidak nyeri

1-3 = Nyeri ringan

4-6 = Nyeri sedang

7-10 = Nyeri berat

* Uji Validitas dan uji reliabel

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.

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**

1. Wawancara

Menurut Nursalam (2015), wawancara adalah metode pengumpulan data dengan mengajukan pertanyaan secara lisan yang mencakup permasalahan secara luas yang meliputi kepribadian, perasaan dan emosi seseorang. Wawancara terbagi menjadi dua:

Auto anamnesa yaitu wawancara dengan klien langsung

Allo anamnesa yaitu wawancara dengan keluarga atau orang terdekat

Wawancara yang dilakukan menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan pasien Ca Mammae dari Standar Prosedur Operasional 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 dilapangan 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 yang dilakukan menurut Nursalam (2015) menggunakan empat cara yaitu:

1. Inspeksi

Pemeriksaan yang dilakukan secara sistematis dengan menggunakan indra penglihatan, pendengaran, dan penciuman secara berurutan dari kepala sampai kaki.

1. Palpasi

Suatu teknik pemeriksaan menggunakan indra peraba tangan dan jari-jari yang dilakukan untuk mengetahui tentang turgor, kelembaban, vibrasi, suhu dan ukuran.

1. Perkusi

Pemeriksaan fisik ini menggunakan tangan atau satu jari yang diketukkan ke bagian permukaan tubuh tertentu untuk membandingkan suara bagian tubuh satu dengan yang lainnya. Dengan tujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, dan konsistensi jaringan.

1. Auskultasi

Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh menggunakan alat yang disebut stetoskop. Pemeriksaan ini dilakukan untuk memeriksa bunyi jantung, paru, dan peristaltik usus.

1. Studi dokumentasi

Metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumentasi asli yang berupa gambar, tabel, dan daftar periksa. Pada kasus ini penulis melakukan studi dokumentasi melalui catatan medis dan keperawatan berupa catatan status perkembangan, laporan hasil laboratorium, radiologi dan lainnya. Pengumpulan data ini digunakan untuk menegakkan diagnosis maupun perkembangan status kesehatan pasien.

## **Lokasi dan Waktu Studi Kasus**

Studi kasus dilakukan di Rumah Sakit Al-Ihsan Bandung Provinsi Jawa Barat Jl. Kiastramanggala, Baleendah, Kec. Baleendah, Kabupaten Bandung, Jawa Barat 40375 pada tanggal 12 – 16 April 2023 (5 hari).

## **Etika Studi Kasus**

1. Informed Consent

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

​Informed consesnt yang dilakukan adalah sebelum melakukan asuhan keperawatan penulis terlebih dahulu terlebih dahulu menjelaskan kepada pasien dan keluarga apa yang akan penulis lakukan, pasien dan keluarga mengerti dan selanjutnya pasien/ keluarga menandatangani *form informed consent* yang penulis berikan.

1. Anonymity

Penulis menerapkan anonimity dalam studi kasus ini sehingga tidak mencantumkan identitas responden dan hanya inisialnya saja.

1. Confidentiality

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