

BAB III

METODOLOGI STUDI KASUS

1.1 Desain Studi Kasus

Studi kasus ini menggunakan metode deskriptif, yang artinya berfokus pada penjelasan sistematis tentang fakta yang diperoleh saat pelaksanaan dilakukan (Abdullah, 2015). Desain yang digunakan penulis adalah Studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan. Pendekatan yang digunakan mulai dari tahap pengkajian, analisa data, merumuskan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

3.2 Subyek Fokus Pada Studi Kasus

Fokus studi kasus ini yaitu melakukan asuhan keperawatan pada Tn. D Dengan Gangguan Kebutuhan Aktivitas Akibat Coronary Artery Disease (CAD) Di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

3.3 Instrumen Studi Kasus

Instrument yang digunakan pada studi kasus ini adalah instrument untuk pendekatan proses keperawatan yaitu format Asuhan keperawatan Medikal Bedah yang terdiri dari :

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan menghasilkan data berupa data dasar yang terdiri dari data pasien, data penanggung jawab, keluhan utama, riwayat penyakit (riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat

penyakit menular), pola aktivitas sehari-hari dirumah dan dirumah sakit, hasil pemeriksaan fisik (IAPP). Data di dapatkan langsung baik secara objektif maupun subjektif.

b. Analisa data

Pada table analisa data terdiri dari (data subjektif dan data objektif), pohon masalah, dan masalah.

c. Diagnosa keperawatan

Dalam diagnose keperawatan disusun dengan pola P+E+S (problem/masalah, Etiologi/penyebab, Sintom/tanda).

d. Perencanaan Keperawatan

Dalam membuat rencana keperawatan ada beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu menentukan prioritas masalah, menentukan tujuan dan kriteria hasil, dan rencana tindakan keperawatan.

b. Pelaksanaan Keperawatan

Dalam table implementasi terdiri dari tanggal dan jam, diagnose, implementasi beserta dengan evaluasi formatif, danparaf perawat.

c. Evaluasi Keperawatan

Dalam table evaluasi keperawatan terdiri dari tanggal dan jam, diagnose, evaluasi sumatif dan paraf perawat. Dalam menuliskan evaluasi keperawatan, digunakan komponen format SOP/SOAPIER yang penggunaannya tergantung pada kondisi pasien saat evaluasi dilakukan.

3.4 Metode Pengumpulan Data Studi Kasus

Metode pengumpulan data yang digunakan pada studi kasus ini diantaranya :

a. Wawancara

Wawancara pada pengumpulan data perlu dilakukan untuk menentukan perencanaan keperawatan yang tepat untuk pasien. Selain itu, dengan adanya wawancara maka dapat terjalin bina *trust* antara perawat dengan pasien. Wawancara dapat dilakukan dengan cara *Autoanamnesa* dilakukan pada pasien sadar bila di tanya mengenai keadaannya, *Aloanamnesa* dilakukan pada keluarga atau wali yang mengetahui informasi dan kondisi pasien. Dalam melakukan wawancara sebaiknya pasien dalam keadaan sadar, tidak boleh dalam keadaan nyeri, gelisah, ataupun kelelahan jika terjadi masalah tersebut maka harus diatasi terlebih dahulu masalahnya, dan melakukan kontrak waktu terlebih dahulu.

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 (Suriatna et al., 2019). Data yang dikumpulkan melalui observasi diantaranya frekuensi napas, irama jantung, kemampuan melakukan aktivitas.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang lengkap dari pasien untuk

mengetahui keadaan atau kelainan dari pasien. Pemeriksaan ini dilakukan secara detail dimulai dari ujung kepala sampai ujung kaki guna mendapatkan data yang akurat dari pasien (Suciati, 2014).

1) Inspeksi

Inspeksi merupakan proses pengamatan atau observasi untuk mendeteksi masalah kesehatan pasien. Data yang diperoleh melalui inspeksi ialah ada tidaknya jaringan parut pada dada klien, bentuk dan kondisi dada klien, cara bernapas klien, ada tidaknya pembengkakan di tungkai atau organ tubuh lain.

2) Palpasi

Palpasi merupakan pemeriksaan dengan bantuan indra peraba yaitu tangan menentukan ketahanan, kekenyalan, kekerasan, tekstur dan mobilitas. Data yang diperoleh melalui palpasi ialah menghitung denyut nadi, ada tidaknya denyut nadi perifer melemah.

3) Perkusi

Perkusi pemeriksaan dengan melakukan ketukan pada bagian tubuh yang diperiksa dengan ujung-ujung jari untuk mengetahui ukuran, batasan, konsistensi organ-organ tubuh, dan mengetahui adanya cairan dalam rongga tubuh. Data yang diperoleh melalui perkusi ialah batas jantung tidak mengalami pergeseran.

4) Auskultasi

Auskultasi dengan cara mendengarkan bunyi yang dihasilkan tubuh melalui stetoskop. Data yang diperoleh melalui auskultasi ialah bunyi jantung normal/abnormal.

d. Dokumentasi

Pengumpulan data dengan studi dokumentasi berarti mengumpulkan data pasien melalui riwayat perawatan sebelumnya dengan cara mengambil data dari dokumentasi asli pihak rumah sakit. Dokumentasi asli berisi catatan status perkembangan pasien, laporan hasil laboratorium, dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya.

3.5 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Pelaksanaan Studi kasus ini dilakukan di ruang Umar Bin Khatab 2 Kamar 204B RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat yang dimulai dari tanggal 12-17 April 2023, waktu pelaksanaan sesuai dengan praktik komprehensif yang dimulai dari tanggal 10-19 April 2023.

3.6 Etika Asuhan Keperawatan

Etik merupakan prinsip yang menyangkut benar dan salah, baik dan buruk dalam hubungan dengan orang lain. Etik merupakan studi tentang perilaku, karakter dan motif yang baik serta ditekankan pada penetapan apa yang baik dan berharga bagi semua orang (Nasrullah, 2019).

a. *Informed Consent*

Informed consent atau persetujuan medik adalah persetujuan yang

diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. Pada pasien Tn. D sebelum dilakukannya asuhan keperawatan perawat telah melakukan tindakan *informed consent* terlebih dahulu kepada pasien dan keluarga sesuai dengan standar dan prosedur.

b. Otonomi (*Autonomy*)

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Praktek profesional merefleksikan otonomi yaitu saat perawat menghargai hak-hak pasien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya. Pada pasien Tn. D saat dilakukan asuhan keperawatan, penulis telah melakukan tindakan otonomi kepada pasien dan keluarga sesuai dengan standar dan prosedur.

c. Tidak merugikan (*Nonmaleficence*)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada pasien. Yang dapat dilakukan oleh perawat dalam nilai ini yaitu perawat harus melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan prosedur yang ada agar tidak terjadi kesalahan yang dapat merugikan baik untuk pasien, keluarga, rumah sakit maupun bagi perawat sendiri. Pada pasien Tn. D saat dilakukan asuhan keperawatan, penulis telah melakukan tindakan tidak merugikan kepada pasien dan keluarga sesuai dengan standar dan prosedur.

d. Kejujuran (*Veracity*)

Nilai ini diperlukan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap pasien dan untuk meyakinkan bahwa

pasien mengerti. Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada, dan mengatakan yang sebenarnya kepada pasien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan. Pada pasien Tn. D saat dilakukan asuhan keperawatan, penulis telah melakukan tindakan kejujuran kepada pasien dan keluarga sesuai dengan standar dan prosedur.

e. Kerahasiaan (Confidentiality)

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang pasien harus dijaga privasi pasien. Tidak ada seorangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diijinkan oleh pasien dengan bukti persetujuan. Jangan mendiskusikan keadaan pasien diluar ruangan dengan orang lain atau perawat lain. Pada pasien Tn. D saat dilakukan asuhan keperawatan, penulis telah melakukan tindakan kerahasiaan kepada pasien dan keluarga sesuai dengan standar dan prosedur.