

## **BAB III**

### **METODE STUDI KASUS**

#### **3.1 Rancangan Studi Kasus**

Studi kasus ini menggunakan rancangan studi kasus deskriptif yang bertujuan untuk mendeskripsikan bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Sistem Persyarafan akibat Penyakit Stroke dengan Masalah Defisit Perawatan Diri.

#### **3.2 Subyek Fokus Studi Kasus**

Subyek yang akan dilakukan dalam studi kasus ini adalah satu orang pasien stroke dengan gangguan perawatan diri.

#### **3.3 Instrument**

##### **3.3.1 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:

##### **a) Format Asuhan Keperawatan**

###### **A. PENGKAJIAN**

Pengumpulan Data

- a. Identitas Pasien
- b. Identitas Penanggung Jawab
- c. Riwayat Kesehatan
  - 1) Riwayat Kesehatan Sekarang

- a) 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 sampai pasien menjalani perawatan.
- b) Keluhan utama saat dikaji  
(keluhan yang paling dirasakan oleh pasien saat dikaji, diuraikan dalam konsep)  
(P Q R S T)
- 2) Riwayat Kesehatan Dahulu (Riwayat kesehatan yang berhubungan atau memperberat keadaan penyakit saat ini. Termasuk faktor predisposisi.
- 3) Riwayat Kesehatan Keluarga
  - a) Jika sakit penyakit menular buat struktur keluarga yang tinggal serumah.
  - b) Jika ada riwayat penyakit keturunan buat genogram 3 generasi.
- d. Pola Aktivitas Sehari-hari (Bandingkan ADL antara kondisi sehat dan sakit: nutrisi, eliminasi, personal hygiene, istirahat tidur, aktifitas dan gaya hidup pasien)
- e. Pemeriksaan Fisik
  - i. Sistem Pernafasan
  - ii. Sistem kardiovaskular
  - iii. Sistem pencernaan
  - iv. Sistem persyarafan
  - v. Sistem endokrin
  - vi. Sistem genitourinaria
  - vii. Sistem muskuloskeletal
  - viii. Sistem integumen dan imunitas
  - ix. Wicara dan THT

x. Sistem penglihatan

b. Data psikologis ; (Status emosi, Kecemasan, Pola koping, Gaya komunikasi, Konsep diri)

c. Data sosial : (berisi hubungan dan pola interaksi dengan keluarga dan masyarakat)

d. Data spiritual : (mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimisme terhadap kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah)

e. 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).

f. Program dan rencana pengobatan

### **B. 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.

### **C. Diagnosa Keperawatan**

Daftar diagnosa keperawatan yang sudah diurutkan sesuai prioritas masalah.

### **D. 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.

## **E. Pelaksanaan**

Waktu melakukan personal hygiene :

### 1. Mandi

Pasien dapat dimandikan satu kali setiap hari di rumah sakit. Namun, bila kulit pasien kering, mandi mungkin dibatasi sekali atau dua kali seminggu sehingga tidak akan menambah kulit menjadi kering.

### 2. Merawat kuku

Perawatan dapat digabungkan selama mandi atau pada waktu yang terpisah, dapat dilakukan satu sampai dua kali dalam seminggu, tergantung kondisi kebersihan kuku pasien.

### 3. Mencuci rambut

Idealnya mencuci rambut pada orang sehat biasanya dilakukan sebanyak tiga kali dalam seminggu, namun bagi pasien di rumah sakit bisa dilakukan satu atau dua kali tergantung kondisi kebersihan rambut pasien.

### 4. Membersihkan mulut

Perawatan mulut harus dilakukan setiap hari sebanyak satu atau dua kali dan bergantung terhadap keadaan mulut pasien.

## **F. Evaluasi**

a. Evaluasi formatif dituliskan sebagai hasil suatu tindakan, dicatat dalam format tindakan keperawatan

b. Evaluasi sumatif berupa evaluasi pemecahan diagnosa keperawatan dibuat dalam bentuk catatan perkembangan (SOAPIER), yang dibuat bila

### 1. Kerangka waktu tujuan tercapai

2. Diagnosa telah teratasi sebelum waktu di tujuan
3. Terjadi perubahan kondisi
4. Muncul masalah baru

**b) Penilaian Kebersihan**

Lembar Observasi *Personal Hygiene Index*

No	Komponen Personal Hygiene	Ya	Tidak	Nilai
<b>1</b>	<b>Keadaan Kulit</b>			
	a. Kulit bersih (tidak ada kotoran)			
	c. Tidak ada lesi/kerusakan pada kulit (peradangan)			
	c. Tekstur kulit (lembab)			
<b>JUMLAH</b>				
<b>2</b>	<b>Keadaan Kuku Tangan dan Kaki</b>			
	a. Ujung kuku bersih			
	d. Tidak terdapat lesi sekitar kuku tangan dan kaki			
	e. Pertumbuhan kuku (kuku tidak panjang)			
<b>JUMLAH</b>				
<b>3</b>	<b>Keadaan Mulut dan Gigi</b>			
	<b>Keadaan Mulut</b>			
	g. Mukosa mulut lembab			
	h. Tidak ada luka (sariawan)			
	i. Mulut tidak berbau			
	<b>Keadaan Gigi</b>			
	j. Gigi tampak tidak kuning			
k. Tidak ada karies gigi				
	l. Gigi tidak terdapat sisa makanan			
<b>JUMLAH</b>				
<b>4</b>	<b>Keadaan Rambut</b>			
	a. Keadaan rambut tidak mudah rontok			
	b. Keadaan rambut tidak kusam			
	c. Tidak terdapat ketombe			
	d. Rambut tidak berketu			
	e. Tidak terdapat eritema pada kulit kepala			
<b>JUMLAH</b>				
<b>5</b>	<b>Keadaan mata telinga dan hidung</b>			
	<b>a. Keadaan mata</b>			
	Mata bersih tidak ada kotoran			
	<b>b. Keadaan hidung</b>			
Hidung bersih tidak ada kotoran				
	<b>c. Keadaan telinga</b>			
Telinga bersih				
<b>JUMLAH</b>				

### Tabel Penilaian

No	Komponen personal hygiene	Skor Maksimal	Skor yang didapat	Skor akhir $\frac{\text{Nilai yang didapat}}{\text{Nilai maksimal}} \times 100$
1.	Keadaan kulit			
2.	Keadaan kuku tangan dan kaki			
3.	Keadaan mulut dan gigi			
4.	Keadaan rambut			
5.	Keadaan mata telinga dan hidung			
Jumlah				
Nilai				

### Keterangan

Baik : 71-100

Cukup : 36-70

Kurang :  $\leq 35$

### Catatan :

Cara menggunakan lembar observasi ini dengan memberikan ceklis pada kolom Ya atau Tidak, kemudian jumlahkan semua skor yang didapat, jika sudah ada nilai score yang didapat maka total score jumlah jawaban Ya dikali 100 dibagi jumlah score maksimal, setelah itu bisa ditentukan pasien ada di kategori baik, cukup, atau kurang, dengan keterangan yang telah tersedia.

Rumus Nilai Presentasi :

$$\frac{\text{Total score jumlah jawaban ya}}{\text{Jumlah score maksimal}} \times 100$$

(20)

### c) Uji validitas dan uji reliabel

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Zemmy Arfandy di Ungaran tahun 2014, variabel dependen diukur menggunakan lembar observasi *personal hygiene*.

Lembar observasi *personal hygiene* adalah daftar pertanyaan yang diberikan kepada pasien secara langsung maupun tidak langsung meliputi kebersihan diri. Berdasarkan evaluasi tingkat kebersihan diri, dengan nilai validitas  $r \geq (0,739)$  dan uji reliabilitas (0,948)

### **3.3.2 Analisa Data**

Analisa data dilakukan menggunakan instrument lembar observasi dengan membandingkan hasil perawatan diri sebelum dan sesudah diberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan teori yang ada sebelumnya sebagai dasar pedoman tindakan tersebut. Data yang dihasilkan diolah dalam bentuk narasi.

## **3.4 Metode Pengumpulan Data**

### **3.4.1 Wawancara**

Dalam wawancara pertanyaan yang akan diajukan meliputi permasalahan yang menyangkut pada kepribadian, perasaan, dan kondisi pasien saat ini yang bertujuan untuk mendapatkan atau mengetahui keluhan pasien terhadap masalahnya.

Wawancara yang dilakukan menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan dari Standar Prosedur Operasional di Jurusan Keperawatan Bandung Poltekkes Kemenkes Bandung.

### **3.4.2 Observasi**

Sugiyono (2018:229) observasi merupakan teknik pengumpulan data yang mempunyai ciri yang spesifik bila dibandingkan dengan teknik yang lain. Observasi juga tidak terbatas pada orang, tetapi juga objek-objek alam yang lain. Melalui kegiatan observasi peneliti dapat belajar tentang perilaku dan makna dari perilaku tersebut. 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).

### **3.4.3 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)

### **3.4.4 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 Lokasi dan Waktu Studi Kasus**

Studi kasus ini akan dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Al-Ihsan yang beralamat di Jl.Kiastramanggala, Baleendah, Kec. Baleendah, Kab. Bandung, Jawa Barat.

Waktu pelaksanaan studi kasus yaitu selama Praktik Klinik Keperawatan Komprehensif dari mulai tanggal 10-19 April 2023.

### **3.6 Etika Studi Kasus**

#### **3.6.1 Lembar persetujuan menjadi pasien (*Informed Consent*)**

Berisi penjelasan mengenai studi kasus yang dilakukan, tujuan studi kasus, tata cara studi kasus, manfaat yang diperoleh pasien, dan risiko yang mungkin terjadi. Pernyataan dalam lembar persetujuan jelas dan mudah dipahami sehingga pasien mengetahui proses studi kasus. Apabila subjek menolak, maka penulis tidak memaksa pasien dan tetap menghormati hak-hak pasien (Aziz Alimul Hidayat, 2015). Pada informed consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu (Nursalam, 2015). Untuk pasien yang bersedia maka mengisi dan menandatangani lembar persetujuan secara sukarela.

### **3.6.2 Tanpa nama (*Anonymity*)**

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek studi kasus dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama pasien pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil studi kasus yang akan disajikan (Aziz Alimul Hidayat, 2015).

### **3.6.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)**

Masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil studi kasus, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya (Aziz Alimul Hidayat, 2015). Confidentiality yaitu tidak akan menginformasikan data dan hasil penulisan berdasarkan data individual, namun data dilaporkan berdasarkan kelompok.