

## **BAB III**

### **METODOLOGI STUDI KASUS**

#### **3.1. Desain/Rancangan Studi Kasus**

Desain yang digunakan penulis adalah studi kasus dengan pendekatan proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **3.2. Subjek Fokus Pada Studi Kasus**

Fokus studi kasus ini, penulis mengambil satu pasien untuk dijadikan subjek studi kasus yaitu pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi akibat carcinoma mammae

#### **3.3. Instrumen**

##### **3.3.1. Pengumpulan data**

- a. Tahap pengkajian, ada beberapa data yang harus diperoleh dalam melakukan pengkajian, diantaranya (Budiono & Pertami, 2015):
  1. Data dasar : Data dasar adalah seluruh informasi tentang status kesehatan pasien yang meliputi data umum, data demografi, riwayat keperawatan, pola fungsi kesehatan, dan pemeriksaan.
  2. Data fokus : Data fokus adalah informasi tentang status kesehatan pasien yang menyimpang

3. Data subjektif : Data yang merupakan ungkapan keluhan pasien secara langsung dari pasien maupun tidak langsung melalui orang lain yang mengetahui keadaan pasien secara langsung dan menyampaikan masalah yang terjadi perawat berdasarkan keadaan yang terjadi pada pasien.
4. Data objektif : Data yang diperoleh secara langsung melalui observasi dan pemeriksaan langsung pada pasien.

Sumber-sumber data yang diperlukan berasal dari sumber data primer (pasien), sumber data sekunder (orang terdekat, orang tua, suami atau istri, anak, dan teman pasien), sumber lainnya (catatan medis, riwayat penyakit, konsultasi, hasil pemeriksaan diagnostic, perawat lain, dan kepustakaan (Budiono & Pertami, 2015).

b. Tahap perencanaan

Berikut tahap-tahap perencanaan, diantaranya (Budiono & Pertami, 2015) :

1) Menentukan prioritas masalah keperawatan

Prioritas pertama diartikan bahwa masalah ini perlu mendapat perhatian, karena dapat memengaruhi masalah yang lain. Beberapa teknik membuat skala prioritas antara lain (Budiono & Pertami, 2015) :

- a) Standar V (Standar Asuhan Keperawatan) : Prioritas pertama yaitu masalah yang mengancam kehidupan, kedua yaitu masalah yang mengancam kesehatan, ketiga yaitu masalah yang memengaruhi perilaku manusia.
- b) Depkes RI (Pedoman Asuhan Keperawatan) : Prioritas pertama diberikan pada masalah aktual, prioritas kedua pada masalah potensial.

- c) Hierarki Maslow : Prioritas pertama terletak pada kebutuhan dasar yang bersifat fisiologis yang meliputi oksigenasi, cairan dan elektrolit, eliminasi, nutrisi, istirahat tidur, aktivitas dan mobilitas, seksualitas dan lain-lain. Prioritas kedua adalah rasa nyaman. Prioritas ketiga dengan cinta kasih dan sayang. Prioritas keempat kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri.
- d) Pendekatan body sistem (B1-B6) : Prioritas pertama pada fungsi pernafasan, kedua pada darah dan sirkulasi darah, ketiga pada kesadaran, keempat pada perkemihan, kelima pada pencernaan, terakhir pada kulit, selaput lender, dan tulang.

## 2) Menetapkan tujuan dan kriteria hasil

Yang dimaksud disini merupakan perilaku pasien yang diharapkan perawat setelah dilakukan tindakan keperawatan berhasil dilakukan. Cara membuat rumusan dalam menentukan tujuan rencana asuhan keperawatan dengan menggunakan komponen-komponen berikut,

- a) S : Spesifik (berfokus pada pasien, singkat dan jelas)
- b) M : *measurable* (dapat diukur)
- c) A : *achievable* (realistis)
- d) R : *reasonable* (ditentukan oleh perawat dan pasien)
- e) T : *time* (kontrak waktu)

## 3) Menetapkan kriteria hasil

Kriteria hasil merupakan batasan karakteristik atau indicator keberhasilan dari tujuan yang ditetapkan. Kriteria hasil ini berorientasi pada masalah dan

kemungkinan penyebab yang merujuk pada simptom dan meliputi empat aspek, yaitu kognitif (pengetahuan), afektif (perubahan status fungsi), psikomotor (perilaku), dan perubahan fungsi tubuh (Budiono & Pertami, 2015).

4) Merumuskan rencana tindakan keperawatan

Harus berdasarkan tujuan yang merupakan alternative tindakan terbaik, melibatkan pasien dan keluarga, mempertimbangkan latar belakang budaya, mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, lingkungan, sumber daya, dan fasilitas, menjamin rasa aman dan nyaman bagi pasien, berupa kalimat intruksi ringkas, tegas, dan penulisan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti, dan menggunakan formulir yang berlaku. Ada empat tipe rencana keperawatan yaitu, observasi, terapeutik, health education, dan kolaborasi (Budiono & Pertami, 2015).

c. Tahap pelaksanaan

Adapun tahap-tahap dalam melaksanakan tindakan keperawatan, diantaranya :

1) Tahap persiapan

- a) Review rencana tindakan keperawatan.
- b) Analisis pengetahuan dan keterampilan.
- c) Antisipasi komplikasi yang akan timbul.
- d) Mempersiapkan peralatan (waktu, tenaga, alat).
- e) Mengidentifikasi aspek-aspek hukum dan etik.
- f) Memperhatikan hak-hak pasien, seperti hak atas pelayanan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan, hak atas informasi, hak untuk menentukan nasib sendiri, dan hak atas second opinion.

- 2) Tahap melaksanakan
  - a) Berfokus pada pasien.
  - b) Berorientasi pada tujuan.
  - c) Memperhatikan keamanan fisik dan psikologis pasien.
  - d) Kompeten.
- 3) Tahap sesudah pelaksanaan
  - a) Menilai keberhasilan tindakan.
  - b) Mendokumentasikan tindakan, yang meliputi aktivitas/tindakan keperawatan, hasil/respon pasien, tanggal/jam, nomor diagnosa keperawatan, dan tanda tangan.

d. Tahap evaluasi

Untuk memudahkan mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien, digunakan komponen SOAP/SOAPIER tetapi tergantung kebijakan setempat (Budiono & Pertami, 2015).

- 1) S artinya data subjektif yang meliputi keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- 2) O artinya data objektif yang meliputi hasil pengukuran dan hasil observasi secara langsung kepada pasien.
- 3) A artinya analisis yang interpretasi dari data subjektif dan objektif.
- 4) P artinya *planning* yang meliputi perencanaan keperawatan yang akan dirawat lanjutkan, hentikan, modifikasi, atau tambahkan dari rencana keperawatan yang sudah dibuat sebelumnya.

- 5) I artinya implementasi yang meliputi tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (planning).
- 6) E artinya evaluasi meliputi respon pasien yang telah dilakukan tindakan keperawatan.
- 7) R artinya reassessment meliputi pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan yang setelah diketahui hasil evaluasi.

### **3.3.2. Analisa Data**

Berikut langkah-langkah dalam menentukan diagnosa keperawatan (Budiono & Pertami, 2015) :

- 1) Melakukan klasifikasi data berdasarkan pada kebutuhan dasar manusia yang dikelompokkan dalam data subjektif dan data objektif.
- 2) Membuat interpretasi data yang sudah dikelompokkan dalam bentuk masalah keperawatan atau masalah kolaboratif.
- 3) Menentukan sebab-akibat yang mengacu pada pola kelompok data yang ada.
- 4) Merumuskan diagnosa keperawatan

### **3.4. Metode Pengumpulan Data**

#### **a. Wawancara**

Dalam studi kasus ini, wawancara dilakukan secara anamnesis dimana merupakan suatu proses tanya jawab atau komunikasi untuk mengajak pasien atau keluarga bertukar pikiran dan perasaan, mencakup keterampilan verbal maupun non-verbal, empati dan rasa peduli yang tinggi. Teknik verbal meliputi pernyataan terbuka/tertutup, menggali jawaban, dan memvalidasi

respons pasien. Dan teknik non-verbal meliputi mendengarkan secara aktif, diam, sentuhan, dan kontak mata (Budiono & Pertami, 2015).

b. Observasi

Kegiatan observasi, meliputi 2S HFT : Sight (seperti, kelainan fisik, perdarahan, terbakar, dan menangis), Smell (seperti, alkohol, darah, feses, obat-obatan, dan urine), Hearing (seperti, tekanan darah, batuk, menangis, ekspresi nyeri, heart rate, dan ritme), Feeling (seperti, daya rasa), Taste (seperti, cita rasa) (Budiono & Pertami, 2015).

c. Pemeriksaan fisik dengan melakukan dengan menggunakan metode PE (Physical Examination) yang terdiri atas (Budiono & Pertami, 2015) :

- 1) Infeksi adalah pemeriksaan fisik kepada pasien dengan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis.
- 2) Palpasi adalah pemeriksaan fisik pasien kepada dengan menggunakan indra peraba.
- 3) Perkusi adalah pemeriksaan fisik kepada pasien dengan cara mengetuk yang bertujuan untuk membandingkan kiri dan kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara. Contoh suara-suara yang dihasilkan : sonor, redup, pekak, hipersonor/timpani.
- 4) Auskultasi adalah pemeriksaan fisik kepada pasien dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh menggunakan stetoskop

d. Metode dokumentasi (meliputi hasil dari pemeriksaan diagnostic dan data lainnya yang relevan)

### **3.5.Lokasi dan Waktu**

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat pada tanggal 10-15 April 2023.

### **3.6.Penerapan Etika**

a. Autonomy (Otonomi)

Otonomi adalah hak kebebasan dan kemandirian dari setiap individu. Dalam memenuhi aspek otonomi bagi pasien, sebagai perawat harus menghargai hak-hak pasien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya.

b. Beneficence (Bersikap baik dan melakukan yang terbaik)

Untuk menjamin beneficence pada pasien terpenuhi, sebagai perawat berkewajiban memberikan segalanya yang terbaik terhadap pasien sehingga mencegah terjadinya kesalahan atau konflik dalam proses perawatan pasien.

c. Justice (Keadilan)

Untuk menjamin justice pada pasien terpenuhi, sebagai perawat harus menjunjung tinggi prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Maksud dari bersikap adil disini adalah dengan menjamin semua pasien yang berasal dari berbagai latar belakang harus memperoleh kualitas pelayanan kesehatan yang baik

d. Non-maleficence (Tidak merugikan pasien)

Dalam memenuhi aspek non-maleficence pasien, sebagai perawat dilarang melakukan sebuah tindakan yang dapat menimbulkan bahaya, baik fisik maupun psikis pada pasien.

e. Kejujuran (Veracity)

Aspek veracity akan terpenuhi apabila seorang perawat dalam menjalankan profesinya selalu memberikan informasi yang seharusnya, baik terkait kesehatannya ataupun tindakan selanjutnya untuk pasien. Perawat juga harus mampu menyampaikan informasi yang akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada. Dengan begitu, akan tumbuh rasa saling percaya antara pasien dan perawat.

f. Fidelity (Menepati janji)

Dalam memenuhi aspek fidelity pasien, sebagai perawat memiliki tanggung jawab yang besar, yakni dalam mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, hingga meminimalisir penderitaan yang dirasakan oleh pasien. Maka, sebagai perawat perlu berkomitmen dalam memegang janjinya dan harus menepatinya.

g. Confidentiality (Menjaga kerahasiaan)

Untuk menjamin confidentiality terpenuhi, sebagai perawat harus menjaga kerahasiaan informasi mengenai dokumentasi keadaan kesehatan yang dialami oleh pasien. Oleh karena itu, diskusi mengenai pasien diluar lingkungan pelayanan harus dihindari.

h. Accountability (Bertanggung jawab)

Dalam memenuhi aspek fidelity pasien, sebagai perawat harus menyadari bahwa setiap tindakannya harus dipertanggungjawabkan karena tindakan perawat akan menjadi penilaian bagi kesehatan pasien.