# BAB III METODOLOGI STUDI KASUS



## Desain

Studi kasus ini menggunakan rancangan studi kasus deskriptif yang bertujuan untuk mendeskripsikan bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis dengan Gangguan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif.

## Subjek Fokus pada Studi Kasus

Subjek yang digunakan dalam studi kasus ini adalah satu orang pasien PPOK dengan gangguan bersihan jalan napas tidak efektif.

## Instrumen

## 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
   * + - 1. Pengkajian
2. Pengumpulan data
3. Identitas pasien
4. Identitas penanggung jawab
5. 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

Tabel 3 1: Kerangka Analisa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Interprestasi | Masalah |
| Kelompok data senjang yang menunjang rumusan masalah. Dikelompokan dalam data subjektif dan objektif | Interprestasi data senjang secara ilmiah/pathofisiologi untuk setiap kelompok data senjang sehingga muncul masalah | Rumusan masalah keperawatan |

1. Diagnosa Keperawatan

Daftar diagnosa keperawatan yang sudah diurutkan sesuai prioritas masalah.

1. Perencanaan

Tabel 3 2 : Perencanaan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | Diagnosa Keperawatan | Intervensi | | |
| Tujuan | Tindakan | Rasional |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Catatan: Rumusan tujuan mengandung konsep SMART dan mengandung kriteria indikator diagnosa keperawatan teratasi.

1. Pelaksanaan

Berdasarkan penelitian (Ni Made Dkk, 2020) tindakan fisioterapi dada dilakukan dua kali sehari selama dua minggu pada waktu pagi dan sore hari.

Tabel 3 3 : Pelaksanaan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal dan Jam | Tindakan | DP | Paraf |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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 fisioterapi dada

Prosedur

pastikan kebutuhan pasien akan fisioterapi dada

persiapan pasien : memberitahu dan menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai prosedur yang akan dilakukan

Persiapan lingkungan :

Menjaga privasi pasien

Memasang perlak/alas

Pelaksanaan :

Identifikasi indikasi dilakukan fisioterapi dada

Identifikasi kontradiksi bersihan jalan napas

Monitor status pernapasan

Periksa segera paru yang mengandung sekresi berlebihan

Draignase postural

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Cuci tangan
3. Posisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum
4. Gunakan bantal untuk membantu pengaturan posisi
5. Lama pengaturan posisi pertama kali adalah 10 menit, kemudian periode selanjutnya kurang lebih 15-30 menit
6. Lakukan observasi tanda vital selama prosedur
7. Setelah pelaksanaan drainase postural lakukan *clapping*, vibrasi, dan batuk efektif
8. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan

*clapping* dan *vibrating*

1. lakukan *clapping*/perkusi dengan posisi telapak tangan ditangkupkan selama 3-5 menit
2. lakukan vibrasi dengan posisi telapak tangan rata bersamaan ekspirasi melalui mulut
3. lakukan fisioterapi dada setidaknya 2 jam setelah makan
4. hindari perkusi pada tulang belakang, ginjal, payudara wanita, insisi, dan tulang rusuk yang patah
5. setelah dilakukan tindakan drainase postural, *clapping*, dan vibrasi , dapat dilakukan tindakan penghisapan lender atau batuk efektif
6. lakukan auskultasi pada daerah paru yang dilakukan tindakan drainase postural, *clapping*, dan vibrasi
7. cuci tangan setelah prosedur dilakukan

evaluasi :

kaji respon pasien

berikan *reinforcement* positif

lakukan kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya

Dokumentasi :

1. Catat tindakan yang telah dilakukan, tanggal dan jam pelaksanaan
2. Catat respon pasien terhadap tindakan
3. Nama dan tanda tangan perawat

Sumber :

1. Wahyudi, Setiya, A. and Wahid, A. (2016). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar.* Jakarta : Mitra Wacana Media.
2. Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).* Edisi 1. Jakarta : Persatuan Perawat Indonesia

* Alat ukur

Saturasi oksigen dapat diukur dengan menggunakan *Pulse Oximetry*, *Pulse Oximetry* merupakan metode pemantauan non-invasif secara kontinu terhadap saturasi oksigen hemoglobin. Meski oksimetri nadi tidak bisa menggantikan gasgas darah arteri, oksimetri nadi merupakan suatu cara efektif untuk memantau pasien terhadap perubahan saturasi oksigen yang kecil atau mendadak (Suzane C & Brenda G, 2013)

Oksimetri yang paling umum digunakan adalah *Pulse Oximetry Portable*. Tipe ini melaporkan amplitudo nadi dengan data saturasi oksigen. Perawat biasanya mengikatkan sensor non-invasif ke jari tangan atau jari kaki pasien yang memantau saturasi oksigen darah. Nasal probe (alat untuk meyelidiki kedalaman) direkomendasikan untuk kondisi perfusi darah yang sangat rendah (Potter, Perry, 2010)

Keakuratan nilai oksimetri nadi secara langsung berhubungan dengan perfusi di daerah probe. Pengukuran oksimetri pada pasien yang memiliki perfusi jaringan buruk, yang disebabkan oleh syok, hipotermia, atau penyakit vascular perifer mungkin dapat dipercaya. Oksimetri nadi mengukur konsentrasi oksigen dalam pembuluh darah arteri teruama dalam hemoglobin (Pottter, Perry, 2010)

Alat untuk memeriksa saturasi Oksigen adalah oksimetri nadi atau Pulse Oxymeter. Hasil pengukuran saturasi oksigen menurut (Price & Wilson, 2006) dapat menunjukkan kondisi kesehatan sebagai berikut:

1. Nilai saturasi oksigen 95-100% : Normal
2. Nilai saturasi oksigen 90-94% : Hipoksemia
3. Nilai saturasi oksigen 85-89%: hipoksemia berat
4. Nilai saturasi oksigen di bawah 85%: hipoksemia kritis.
5. Analisa Data

Analisa data dalam studi kasus ini akan dilakukan 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

Pengumpulan data adalah proses mendekati subjek dan proses mengumpulkan karakteristik subjek yang dibutuhkan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2014). Teknik pengumpulan data merupakan tahapan yang paling strategis dalam studi kasus karena tujuan utamanya adalah untuk memperoleh data (Nursalam, 2014).

1. Observasi

Penulis mengobservasi kondisi pasien, dan mengobservasi tindakan apa saja yang telah dilakukan pada pasien.

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan lima cara yaitu observasi, inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk menunjang data obyektif dan sebagai metoda untuk memantau kondisi pasien.

1. Wawancara

Wawancara merupakan suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana penulis mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penulis, atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut. Pada studi kasus ini, wawancara digunakan untuk menggali informasi mengenai identitas pasien, riwayat kesehatan, pola aktivitas sehari-hari, dan data psikologi spiritual pasien. Wawancara yang dilakukan menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan pasien PPOK dari Standar Prosedur Operasional di Jurusan Keperawatan Bandung Poltekkes Kemenkes Bandung

1. Dokumentasi

Dalam studi kasus ini menggunakan dokumentasi dari rumah sakit untuk menunjang studi kasus yang akan dilakukan. Dokumentasi dapat berupa tulisan, gambar, tabel, hasil laboratorium, status pasien, dan lembar observasi yang dibuat.

## Lokasi dan Waktu

Studi kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung. Pada tanggal 13-17 April 2023.

## Etika Studi Kasus



### Informed Consent

Informed consent adalah suatu bentuk persetujuan diantara peneliti 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.

### *Anonimity* (tanpa nama)

Dalam penyusunan studi kasus ini, penulis tidak akan mencantumkan nama pasien secara lengkap, melainkan dengan mencantumkan inisial.

### Confidentiality (kerahasiaan)

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