

## **BAB III**

### **METODOLOGI STUDI KASUS**

#### **3.1 DESAIN**

Karya tulis ilmiah ini akan menggunakan metode deskriptif, dimana penulis menggambarkan hasil asuhan keperawatan dengan memfokuskan salah satu masalah yaitu gangguan nyeri akut pada pasien post operasi laparatomi. Karya tulis ilmiah ini menggunakan pendekatan studi kasus.

Studi kasus merupakan metode penelitian yang dilakukan dengan meneliti suatu masalah secara rinci dengan melakukan penggalian informasi pada subjek agar dapat memperoleh pemahaman lebih mendalam lagi. Tujuan dari pendekatan studi kasus pada karya tulis ilmiah ini yaitu untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien post op laparatomi dengan nyeri akut.

#### **3.2 SUBYEK FOKUS PADA STUDI KASUS**

Subjek studi kasus pada karya tulis ilmiah ini adalah mengelola asuhan keperawatan satu pasien post op laparatomi dengan gangguan nyeri akut. Dengan kriteria pasien mengalami nyeri berat dan tidak ada kontra indikasi untuk melakukan relaksasi nafas dalam.

### 3.3 INSTRUMEN

#### a. 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

#### A. PENGKAJIAN

##### 1. Pengumpulan Data

- a) Identitas Pasien
- b) Identitas Penanggung Jawab
- c) Riwayat Kesehatan

##### 1) Keluhan utama saat masuk RS

menguraikan saat keluhan pertama kali dirasakan, tindakan yang dilakukan, sampai pasien datang ke RS, tindakan yang sudah dilakukan di RS sampai pasien menjalani perawatan.

##### 2) Riwayat Kesehatan Sekarang

keluhan yang paling dirasakan oleh pasien saat dikaji, diuraikan dalam konsep P Q R S T

##### 3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan yang berhubungan atau memperberat keadaan penyakit saat ini. Termasuk faktor predisposisi.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

- Jika sakit penyakit menular buat struktur keluarga yang tinggal serumah.
- 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

- 1) Sistem Pernafasan
- 2) Sistem Kardiovaskular
- 3) Sistem Pencernaan
- 4) Sistem Persyarafan
- 5) Sistem Endokrin
- 6) Sistem Genitourinaria
- 7) Sistem Muskuloseletal
- 8) Sistem Integumen dan Imunitas
- 9) Wicara dan THT
- 10) Sistem pengelihatan

f) Data Psikologis

Status emosi, Kecemasan, Pola koping, Gaya komunikasi, Konsep diri.

g) Data Sosial

Berisi hubungan dan pola interaksi dengan keluarga dan masyarakat.

h) Data Spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimisme terhadap kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah.

i) 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.

j) Program dan Rencana Pengobatan

2. Analisa Data

Analisa data merupakan metode yang dilakukan perawat untuk mengkaitkan data klien serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan keperawatan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan pasien dan keperawatan pasien.

3. Diagnosa Keperawatan

Daftar diagnosa keperawatan yang sudah diurutkan sesuai prioritas masalah.

4. 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.

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 berturut-turut.

#### 5. Pelaksanaan

Pelaksanaan menggunakan format sesuai dengan pedoman asuhan keperawatan dengan berisi tanggal dan jam, tindakan, serta hasil.

#### 6. Evaluasi

##### a) Evaluasi Formatif

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

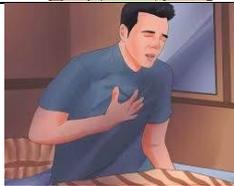
##### b) Evaluasi Sumatif

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

- 1) Kerangka waktu ditujuan tercapai
- 2) Diagnosa telah teratasi sebelum waktu di tujuan
- 3) Terjadi perubahan kondisi
- 4) Muncul masalah baru

### 3.4 LANGKAH-LANGKAH RELAKSASI NAFAS DALAM

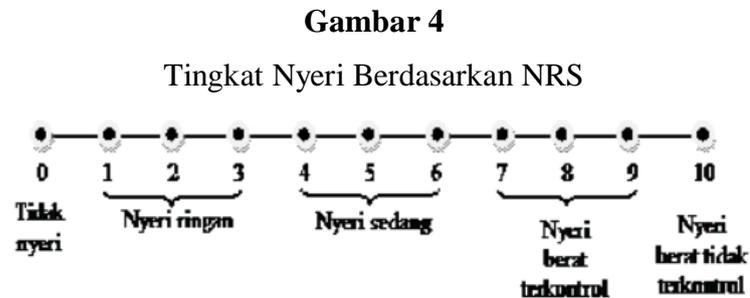
**Tabel 8 Langkah-Langkah Relaksasi Nafas Dalam**

1. Atur posisi pasien fowler atau duduk	
2. Anjurkan pasien untuk meletakkan kedua telapak tangan dengan bagian tengah telapak tangan berada pada batas iga ke-12 interior	
3. Minta klien untuk menarik nafas melalui hidung 2-3 detik	
4. Kemudian keluarkan secara perlahan melalui mulut	
5. Ulangi tindakan nomor 3 dan 4 sebanyak 3-5 kali	

### 3.5 ALAT UKUR NYERI

Nyeri pasien akan diukur dengan instrumen berupa Numerical rating scale (NRS). Skala penilaian nyeri ini menggunakan skala 0 sampai 10. Skala yang paling efektif digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Dengan arti 0 = tidak nyeri, 1 = Nyeri sangat ringan, 2 = Nyeri tidak menyenangkan, 3 = Nyeri bisa ditoleransi, 4 = Menyedihkan, 5 = Sangat

menyedihkan, 6 = Sangat intens, 7 = Intens, 8 = mengerikan, 9 = Sangat mengerikan, 10 = Nyeri tidak terkontrol.



### 3.6 METODE PENGUMPULAN DATA

#### a. 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.

#### b. 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 penulis dapat belajar tentang perilaku dan makna dari

perilaku tersebut. Observasi dalam studi kasus 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).

#### **c. 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).

#### **d. 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.

### **3.7 Lokasi dan Waktu Studi Kasus**

Studi kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Al-Ihsan Yang beralamat di Jl.Kiastramanggala, Baleendah, Kec. Baleendah, Kab. Bandung, Jawa Barat, Di ruang Said bin Zaid.

Waktu pelaksanaan studi kasus dilakukan selama 5 hari yaitu tanggal 11-15 April 2023 yaitu selama Praktik Klinik Keperawatan Komprehensif dari mulai tanggal 10-19 April 2023.

### **3.8 Etika Asuhan Keperawatan**

#### **a. Lembar persetujuan menjadi Pasien (*Informed Consent*)**

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

Penulis memberikan Inform consent 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.

#### **b. 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).

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

**c. Kerahasiaan (Confidentiality)**

Confidentiality yaitu tidak akan menginformasikan data dan hasil penulisan berdasarkan data individual, namun data dilaporkan berdasarkan kelompok.

Penulis menjaga kerahasiaan dalam studi kasus dan memberikan jaminan kepada pasien bahwa semua bentuk informasi yang telah diperoleh akan dijaga kerahasiaannya.