BAB III

METODE STUDI KASUS

3.1 Subyek Studi Kasus

Subyek pada studi kasus ini adalah seorang pasien dengan diagnosa risiko perilaku kekerasan yang dirawat di ruang tenang Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat. Subjek studi kasus tersebut dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan ekslusi sebagai berikut:

3.1.1. Kriteria Inklusi

a. Pasien menyetujui untuk menjadi kasus kelolaan.

b. Berusia > 17tahun.

c. Pasien dapat berkomunikasi dengan efektif dan dalam keadaan sadar .

3.1.2. Kriteria Ekslusi

a. Pasien yang mengalami gaduh gelisah dan tidak kooperatif.

3.2 Tempat dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat yang beralamat di Jl. Kolonel Masturi No.KM.07, Jambudipa, Kec. Cisarua, Kabupaten Bandung Barat, Jawa Barat. Studi kasus ini dilaksanakan sejak Januari-Juni 2024.

3.3 Pelaksanaan Studi Kasus

Pada saat dilaksanakannya studi kasus, ada beberapa kegiatan seperti:

3.3.1 Pengkajian

a. Pengumpulan data

Alat yang digunakan dalam pengumpulan data seperti pulpen, panduan pengkajian pada pasien psikiatrik dan SOP Poltekkes Kemenkes Bandung yang disusun oleh Tim Jiwa Jurusan Keperawatan Bandung yang bersumber Pratama&Senja(2022).

1) Teknik pengumpulan data

a) Wawancara

Wawancara adalah salah satu cara yang dipergunakan dalam mengumpulkan data dengan cara mendapatkan secara langsung atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan narasumber (Notoatmodjo,2018). Adapun dua tahap pengkajian keperawatan, yaitu mengumpulkan dari sumber primer (pasien) dan sekunder (keluarga, tenaga kesehatan, rekam medis) (Sutejo,2017).

b) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah proses pemeriksaan tubuh pasien untuk menentukan ada atau tidaknya masalah pada fisik. Tujuannya untuk mendapatkan informasi valid tentang kesehatan psien. Pemeriksaan fisik mempunyai empat pilar seperti (Sugiarto,dkk, 2018) :

(a) Inspeksi (melihat)

Inspeksi dengan melihat pada sistem integument apakah bibir pasien kering dan apakah ada luka atau ruam di bagian kulit pasien. Pada sistem pencernaan melihat apakah adanya mulut kering, stomatitis. Pada sistem persyarafan

melihat apakah pasien tremor. Pada sistem musculoskeletal melihat apakah pasien ngencen atau tidak.

(b) Palpasi (meraba)

Palpasi dengan memeriksa pada sistem endokrin apakah adanya benjolan, bengkak, pembesaran kelenjar tiroid dan gangguan menelan pada sistem pencernaan.

(c) Perkusi (mengetuk)

Perkusi dengan mengetuk pada bagian lutut dan siku bagian luar menggunakan alat *reflex hammer*.

(d) Auskultasi (mendengarkan)

Auskultasi dengan mendengarkan pada suara jantung, paru, dan bising usus pada sistem pencernaan menggunakan alat stetoskop.

c) Studi dokumentasi

Studi dokumentasi bertujuan untuk melengkapi data hasil studi pasien yang didapatkan dari catatan rekam medik pasien.

b. Analisa data

Setelah dilakukan pengkajian, maka data yang didapatkan akan dikelompokkan menjadi data mayor dan minor yang kemudian akan terbentuk masalah keperawatan.

3.3.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap proses kehidupan baik secara aktual maupun potensial.

Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI,2017).

Karakteristik diagnosis keperawatan terdapat diagnosis sindrom. Diagnosis sindrom yaitu kelompok diagnosis keperawatan yang terjadi bersama, mengatasi masalah secara bersama, melalui beberapa tahap yang sama. Kategorinya dapat berupa risiko atau masalah. Contohnya sindrom postrauma, sindrom kekerasan, sindrom kelemahan lansia (Sutejo,2017).

Diagnosa keperawatan pada pasien psikiatrik menggunakan diagnosa tunggal. Sehingga dalam studi kasus ini, diagnosis keperawatan yang diangkat adalah risiko perilaku kekerasan.

3.3.3 Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pengetahuan dan penilaian klinis (SIKI,2017). Dalam studi kasus ini, untuk intervensi pada pasien risiko perilaku kekerasan menggunakan perencanaan perawat Jurusan keperawatan Poltekkes Bandung yang bersumber Wijayaningsih (2015).

3.3.4 Implementasi

Implementasi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu penyembuhan pasien yang telah disusun pada tahap intervensi (Sutejo,2017). Proses pelaksanaan implementasi berpusat kepada kebutuhan pasien, kemampuan pasien, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan perawatan. Perawat bekerja sama dengan pasien, keluarga, serta

tim kesehatan lain dalam melakukan tindakan keperawatan (Stuart,2013 dalam Pratama & Senja,2022).

3.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah proses keperawatan yang menentukan apakah intervensi yang dibuat berhasil atau tidak untuk meningkatkan kesehatan pasien (Sutejo,2017). Adapun evaluasi yang akan digunakan adalah evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

3.4 Penyajian Data

Penyajian data dibuat dengan tabel dan teks naratif yang didapatkan dari hasil asuhan keperawatan dengan menjaga kerahasiaan pasien dengan menyebutkan inisial.

3.5 Etika Studi Kasus

3.5.1 *Informed Consent* (Persetujuan saat menjadi pasien)

Saat pengambilan subyek studi kasus, dilakukan meminta izin kepada subyek secara lisan maupun tulisan atas kesediaan menjadi pasien studi kasus. Jika menolak, maka penulis tidak akan memaksa dan tetap menghargai hak pasien.

3.5.2 *Anonimity* (Tanpa nama) dan *Confidentality* (Kerahasiaan)

Menjaga kerahasiaan pasien maka nama tidak dicantumkan nama lengkap dan hanya inisial. Semua informasi yang pasien berikan akan penulis jaga kerahasiaannya.

3.5.3 *Non-Malifience* (Tidak merugikan)

Tindakan keperawatan harus sesuai prosedur agar tidak terjadi kesalahan yang dapat merugikan pasien.

3.5.4 *Veracity* (Kejujuran)

Dalam proses asuhan keperawatan diwajibkan berkata jujur terkait tindakan yang dilakukan kepada pasien dan keluarga.