

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis/Rancangan/Desain Studi Kasus

Penelitian deskriptif adalah jenis studi kasus yang bertujuan untuk menggambarkan subjek yang diteliti. Pada pasien Pneumonia di RPD RSUD Ende, pendekatan asuhan keperawatan diterapkan, yang mencakup penelitian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

B. Subjek Studi Kasus

Pada studi kasus asuhan keperawatan ini, Tn. D. S., seorang pasien dengan diagnosa medis pneumonia, berada di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Karya tulis ilmiah menggunakan istilah "asuhan keperawatan" dan "pneumonia".

- 1) Asuhan keperawatan adalah serangkaian prosedur keperawatan yang dimulai dengan pengkajian dan dievaluasi.
- 2) Pneumonia adalah penyakit yang menyerang paru-paru dan terjadi secara akut.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus asuhan keperawatan ini dilakukan di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende di Jl. Prof. Dr. W.Z. Yohanes, Kelurahan Puupire, Kecamatan Ende Tengah, Kabupaten Ende, selama tiga hari, dari tanggal 10 hingga 12 Juni 2025.

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal yang dimulai pada tanggal 29 Agustus 2024. Penulis melakukan proses penyusunan proposal dan memperoleh data awal menggunakan referensi dari jurnal yang dikonsultasikan selama 8 kali dan disetujui untuk melakukan ujian proposal pada tanggal 21 Maret 2025. Setelah proposal disetujui pembimbing dan penguji pada tanggal 27 Mei 2025 penulis meminta izin untuk melakukan pengambilan kasus. Penulis mengajukan permohonan izin melakukan penelitian pada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende dan Kepala Ruang Perawatan Khusus. Setelah mendapatkan izin pada tanggal 9 Juni 2025 penulis diarahkan oleh Kepala Ruang Penyakit Dalam untuk menentukan pasien dengan penyakit Pneumonia yakni Tn. D. S. yang baru dirawat di Ruang Penyakit Dalam pada tanggal 9 Juni 2025.

Penulis mulai melakukan studi kasus pada tanggal 10 Juni 2025. Mereka bertemu dengan pasien dan memberikan nama mereka, menjelaskan tujuan, melakukan kontrak waktu, dan memberi tanda tangan informed consent kepada Tn. D.S dan keluarganya. Penulis mulai mengumpulkan data dengan melakukan wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik pada Tn. D.S, yang dilakukan dengan metode inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Selanjutnya, berdasarkan data ini, penulis membuat diagnosa keperawatan, membuat rencana keperawatan, dan menerapkan intervensi

yang telah dibuat, sebelum melakukan evaluasi. Penulis kemudian menyusun laporan penelitian dan membahas perbedaan antara teori dan kasus dunia nyata.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Digunakan wawancara lisan untuk mengumpulkan data dari pasien dan keluarganya. Wawancara ini mencakup biodata klien, tanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan selama wawancara, riwayat penyakit terdahulu, riwayat sosial kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas dan istirahat, perawatan kebersihan pribadi, eliminasi, pemeriksaan fisik dan mental, dan perkembangan selama perawatan. Pasien dirawat di rumah sakit dari 10 Juni hingga 12 Juni 2025 selama wawancara dilakukan.

2. Pemeriksaan Fisik

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti dalam mendukung penulisan tugas akhir, observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik pada pasien prinsip *head to toe* dan hal ini dilakukan dengan cara pendekatan IPPA yaitu inspeksi palpasi, perkusi, auskultasi dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, thermometer, tensi meter dan observasi dilakukan selama 3 hari dari tanggal 10-12 Juni 2025.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan melihat hasil pemeriksaan pasien yaitu hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis, dan keperawatan pasien.

G. Instrument Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual. Pada studi kasus ini data diperoleh dari:

1. Data Primer

Merupakan data yang diperoleh langsung dari pasien baik melalui wawancara maupun pemeriksaan fisik.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien (keluarga pasien) meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien di rumah maupun di rumah sakit, serta data yang dikumpulkan dari hasil studi dokumentasi seperti status pasien, hasil pemeriksaan laboratorium, hasil rontgen, dan terapi obat.

I. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan.