

BAB 3

METODE LAPORAN KASUS

1. Desain Laporan Kasus

Desain yang digunakan dalam laporan ini adalah deskriptif kualitatif, yang bertujuan menggambarkan secara mendalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada satu orang pasien dengan gangguan rasa nyaman akibat cephalgia. Desain ini dipilih untuk memfokuskan analisis pada kondisi individu secara komprehensif melalui pendekatan proses keperawatan.

2. Subjek laporan

Subjek dalam laporan ini adalah individu yang didiagnosis menderita gangguan rasa nyaman akibat Cephalgia yang menjalani perawatan di Rs Bhayangkara di Ruang Edelwes 7/1.

Pemilihan subjek dilakukan secara tujuan (*purposive sampling*), yakni pasien yang memenuhi kriteria dan relevan dengan focus kasus

a. Kriteria inklusi:

- 1) Individu laki-laki atau perempuan yang didiagnosis dengan gangguan rasa nyaman akibat cephalgia (sakit kepala).
- 2) Dirawat atau menjalani pengobatan di RS Bhayangkara.
- 3) Mendapatkan persetujuan dari pasien atau keluarga melalui lembar persetujuan (*informed consent*).

b. Kriteria eksklusi:

- 1) Pasien yang tidak bersedia menjadi subjek atau tidak memenuhi persyaratan administratif maupun klinis, meskipun tengah dirawat di lingkungan Rumah Sakit Bhayangkara.

3. Fokus laporan kasus

Fokus utama dalam laporan kasus ini adalah pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan gangguan rasa nyaman akibat cephalgia (sakit kepala) yang dirawat di RS Bhayangkara.

4. Variabel dan Definisi Operasional

Table 3.1

Variable dan Definisi Operasional variable Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan gangguan rasa nyaman akibat cheplagia di Rs Bhayangkara

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur
Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan gangguan rasa nyaman akibat Cephalgia	Serangkaian proses pemberian pelayanan keperawatan yang dilakukan secara sistematis mulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, rencana tindakan, implementasi dan evaluasi keperawatan.	Format asuhan keperawatan (SOAP/SDKI-SIKI-SLKI)

5. Instrumen laporan kasus

Instrumen laporan kasus merupakan perangkat atau alat bantu yang digunakan untuk mempermudah proses pengumpulan data selama pelaksanaan asuhan keperawatan, sehingga kegiatan berjalan secara sistematis dan terarah.

Pada laporan kasus ini, instrumen yang digunakan meliputi: format asuhan keperawatan pada pasien dengan cephalgia, lembar Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berkaitan dengan penatalaksanaan nyeri, serta skala penilaian nyeri numerik (Numeric Rating Scale/NRS). Seluruh instrumen tersebut digunakan untuk mendukung proses pengkajian, intervensi, dan evaluasi keperawatan serta dilampirkan secara lengkap dalam bagian lampiran laporan ini.

6. Metode pengumpulan data

Metode yang digunakan dalam pengumpulan data pada laporan kasus ini meliputi wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Data diperoleh secara langsung dari pasien dengan gangguan rasa nyaman akibat cephalgia untuk mendukung proses pengkajian dan pelaksanaan asuhan keperawatan.

7. Langkah-langkah Pelaksanaan

Prosedur pelaksanaan laporan kasus ini meliputi:

1. Mengajukan izin pengambilan kasus kepada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Memberikan surat izin penelitian kepada Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.
3. Mengidentifikasi pasien cephalgia dengan bantuan perawat di ruang pelayanan rawat jalan atau poli umum.
4. Menyusun dan menyerahkan informed consent kepada calon subjek penelitian.
5. Melakukan pengkajian kondisi kesehatan pasien secara menyeluruh sesuai dengan format asuhan keperawatan.
6. Merumuskan diagnosis keperawatan berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan.
7. Menyusun rencana intervensi keperawatan, termasuk kontrak waktu dan rencana tindakan yang akan diberikan.
8. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan standar SDKI, SLKI, dan SIKI.
9. Melakukan evaluasi keperawatan terhadap hasil dari intervensi yang telah diberikan.

10. Mencatat seluruh proses keperawatan ke dalam dokumentasi asuhan keperawatan secara sistematis dan rinci.

8. Tempat dan waktu pelaksanaan

Pelaksanaan laporan kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Bhayangkara Kupang, khususnya diruangan Edelwes. Adapun waktu pelaksanaan dimulai sejak bulan Juli hingga Agustus 2025, dengan menyesuaikan jadwal kegiatan akademik serta kondisi dan ketersediaan subjek penelitian.

9. Populasi dan sampel

Populasi dalam laporan kasus ini adalah seluruh pasien yang mengalami cephalgia (nyeri kepala) dan menjalani perawatan atau pengobatan di Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.

Sampel yaitu teknik pengambilan sampel secara sengaja berdasarkan kriteria yang telah ditentukan dan relevan dengan fokus laporan kasus. Laporan kasus ini menggunakan satu pasien sebagai sampel yang dipilih secara purposif sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan.

a. inklusi:

- 1) Individu laki-laki atau perempuan yang didiagnosis cephalgia (sakit kepala).
- 2) Dirawat atau menjalani pengobatan di RS Bhayangkara.
- 3) Mendapatkan persetujuan dari pasien atau keluarga melalui lembar persetujuan (informed consent).

b. eksklusi:

- 1) Pasien yang tidak bersedia menjadi subjek atau tidak memenuhi persyaratan administratif maupun klinis, meskipun tengah dirawat di lingkungan Rumah Sakit Bhayangkara.

10. Pengolahan dan analisis data

Data yang diperoleh dari hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi akan diolah dan dianalisis secara deskriptif. Informasi tersebut dikategorikan menjadi data subjektif dan objektif, kemudian ditelaah, diinterpretasikan, dan

disesuaikan dengan teori keperawatan yang relevan serta pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi.

11. Etika penulisan laporan kasus

Penyusunan laporan ini mengacu pada prinsip-prinsip etika penelitian keperawatan sebagai berikut:

a. Persetujuan Tindakan (*Informed Consent*)

Sebelum laporan kasus dilakukan, pasien diberikan penjelasan menyeluruh mengenai maksud, tujuan, serta potensi dampak dari keterlibatannya dalam laporan kasus. Persetujuan tertulis diberikan dalam bentuk lembar informed consent yang ditandatangani secara sukarela. Bila pasien tidak bersedia, keputusan tersebut dihormati tanpa paksaan atau konsekuensi negatif.

b. Menjaga Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Setiap informasi pribadi pasien yang diperoleh selama proses pengumpulan data dijaga kerahasiaannya. Informasi hanya akan digunakan untuk keperluan ilmiah dan tidak dibagikan kepada pihak yang tidak berwenang. Identitas pasien disamarkan atau diberi kode tertentu guna menjaga kerahasiaan tersebut.

c. Anonimitas (*Anonymity*)

Untuk melindungi identitas pasien, nama dan informasi pengenal lainnya tidak dicantumkan dalam dokumen pengumpulan data maupun laporan akhir. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa subjek tidak dapat dikenali secara langsung dari data yang dipublikasikan.

d. Keadilan (*Justice*)

Tindakan keperawatan diberikan secara adil kepada semua pasien, tanpa memandang latar belakang sosial, budaya, atau status lainnya. Peneliti memastikan bahwa hak pasien tetap dihormati, baik selama maupun setelah proses pelaporan, tanpa perlakuan diskriminatif

e. Berbuat Baik (*Beneficence*)

Peneliti memastikan bahwa segala tindakan yang dilakukan bertujuan untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi pasien. Setiap intervensi dilakukan dengan pertimbangan untuk mencegah risiko atau dampak negatif yang mungkin timbul.

f. Kejujuran (*Veracity*)

Seluruh proses asuhan keperawatan dilakukan dengan keterbukaan dan kejujuran. Pasien dan keluarga diberikan informasi yang benar dan lengkap mengenai prosedur keperawatan yang akan dijalani, guna meningkatkan rasa percaya dan kerja sama selama proses asuhan berlangsung.