

BAB III

METODE KASUS

A. Jenis/Rancangan/Desain Studi Kasus

Jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian deskriptif bertujuan untuk menggambarkan objek yang diteliti. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan Asuhan Keperawatan pada Ny. M.W dengan *Congestive Heart Failure* yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan pada Ny. M.W dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang diteliti pada Ny. M.W dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) yang dirawat di ruang di RPD I, II RSUD Ende.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Istilah yang digunakan dalam karya tulis ilmiah yaitu Asuhan Keperawatan dan *Congestive Heart Failure* (CHF)

1. Asuhan keperawatan adalah rangkaian proses keperawatan dimulai dari pengkajian sampai evaluasi.
2. *Congestive heart failure* (CHF) atau gagal jantung merupakan kondisi kelainan dari fungsi jantung yang mengakibatkan jantung gagal memompa darah ke seluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan jaringan.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus Asuhan Keperawatan ini dilakukan selama 3 hari di Ruang Penyakit Dalam I, II RSUD Ende pada tanggal 15-17 Mei 2025.

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal yang dimulai pada tanggal 28 September 2024. Penulis melakukan proses penyusunan proposal dan memperoleh data awal menggunakan referensi dari jurnal yang dikonsultasikan selama 7 kali dan disetujui untuk melakukan ujian proposal pada tanggal 21 Februari 2025. Setelah proposal disetujui pembimbing dan penguji pada tanggal 6 April 2025 penulis meminta izin untuk melakukan pengambilan kasus. Penulis mengajukan permohonan izin melakukan penelitian pada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende dan Kepala Ruangan Penyakit Dalam. Setelah mendapatkan izin pada tanggal 14 Mei 2025 penulis diarahkan oleh Kepala Ruangan Penyakit Dalam untuk menentukan pasien dengan penyakit *Congestive Heart Failure* (CHF) yakni Ny. M.W yang baru dirawat di Ruang Penyakit Dalam pada tanggal 14 Mei 2025.

Pada tanggal 15 Mei 2025 penulis melakukan studi kasus, penulis bertemu pasien dan memperkenalkan nama, menjelaskan tujuan, melakukan kontrak waktu, dan melakukan penandatanganan *informed consent* pada Ny. M. W dan keluarga.

Penulis mulai melakukan pengumpulan data melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan metode inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi pada Ny. M. W Selanjutnya penulis merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan data-data yang telah dikumpulkan, lalu membuat intervensi keperawatan, dan melakukan implementasi keperawatan dari intervensi yang telah dibuat lalu melakukan evaluasi.

Selanjutnya penulis membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus nyata dan menyusun laporan hasil penelitian.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara di pergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari Ny. M.W dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, penanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit terdahulu, riwayat sosial kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental dan perkembangan Ny.M.W selama dirawat.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi pada Ny. M.W bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti dalam mendukung penulisan tugas akhir, observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik pada pasien menggunakan 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.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan melihat hasil pemeriksaan Ny. M.W seperti hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis, dan keperawatan.

G. Instrument Pengumpulan Data

Instrument 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 Ny. M.W baik melalui wawancara maupun pemeriksaan fisik.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat Ny. M.W (keluarga) meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien dirumah maupun dirumah sakit dan status pasien.

I. Analisis Data

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