

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan Studi Kasus

Dalam karya Tulis Ilmiah ini peneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif, dengan rancangan studi kasus. Studi kasus merupakan penelitian yang menekankan pada pemahaman lebih mendalam terhadap satu fenomena tertentu pada diri seseorang. Metode yang digunakan dalam peneliti ini diantara lain mengumpulkan data, menganalisis data, dan menarik kesimpulan data. Penulis mengambil kasus yang akan dijadikan Karya Tulis ilmiah dengan judul Implementasi Membimbing Doa & Mendoakan Secara Islam Untuk Mengatasi Ansietas Pada Pasien Diabetes Melitus di UPTD Puskesmas Cilacap Utara 2. Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis menggunakan metode keperawatan/*nursing procces* yang terdiri dari pengkajian, diagnosis masalah keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek yang akan digunakan dalam studi kasus ini yaitu pasien DM masalah keperawatan ansietas :

1. Kriteria inklusi
 - a. Pasien DM dengan ansietas.
 - b. Pasien kooperatif.
 - c. Pasien bersedia menjadi responden.

2. Kriteria eksklusi
 - a. Pasien DM tanpa ansietas.
 - b. Pasien tidak sadarkan diri.

C. Fokus Studi Kasus

Fokus studi pada penelitian ini yaitu implementasi keperawatan pada pasien DM dengan masalah ansietas di Puskesmas Cilacap Utara 2, terutama pada respon pasien DM dengan gangguan ansietas terhadap penerapan implementasi membimbing doa dan mendoakan yang dilakukan perawat.

D. Definisi Operasional

| No | Tema / Topik | Definisi Operasional |
|----|---|--|
| 1 | Ansietas | Ansietas kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu, melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2018). |
| 2 | Implementasi membimbing doa & mendoakan | Membimbing doa dan mendoakan secara islam merupakan terapi nonfarmakologis yang dapat dilakukan terhadap pasien DM yang mengalami kecemasan terkait dengan naik turunnya kadar glukosa darah. |

Tabel 3.1 Definisi Operasional

E. Instrumen Studi Kasus

Instrumen adalah sebuah alat atau fasilitas yang digunakan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan selama melakukan studi kasus. Pada penelitian ini yang dibutuhkan dalam pengambilan data antara lain:

1. Format pengkajian keluarga (Terlampir)

Proses keperawatan merupakan proses pengkajian, analisa data, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan diagnosa keperawatan dengan implementasi membimbing doa dan mendoakan pasien mengalami ansietas penderita DM dan evaluasi tindakan keperawatan. Alat yang dibutuhkan antara lain buku atau kertas untuk mencatat hasil, bolpoin, buku SDKI, SLKI, SIKI.

2. Format pengukuran ansietas ZSA/SAS (Zung Self Rating Anxiety Scale) kepada pasien terdiri dari beberapa pertanyaan (Terlampir).

Pengukuran ZSA/SAS terdiri dari 20 pertanyaan dengan 5 pernyataan positif dan 15, Nilai setiap jawaban :

- a. 1 : Tidak pernah sama sekali
- b. 2 : Kadang – kadang saja
- c. 3 : Sering mengalami
- d. 4 : Selalu mengalami

Nilai akhir/akumulasi ansietas (Yanti, 2021) :

- a. Skor 20 – 44 : Normal / tidak cemas.
- b. Skor 45 – 59 : Ansietas ringan.
- c. Skor 60 – 74 : Ansietas berat.
- d. Skor 75 – 80 : Ansietas sangat berat /panik

3. Nursing Care Plan (Terlampir)

4. Tools membimbing doa (Terlampir)
 - a. Persiapan Pasien
Kontrak waktu, tempat, menjelaskan tujuan mendoakan.
 - b. Persiapan lingkungan
Menjaga privasi pasien.
 - c. Teknik membimbing mendoakan
 - d. Teknik membimbing doa & mendoakan yaitu dengan menggunakan Standar Operasional Prosedur.

F. Metode Pengumpulan Data

Metode yang digunakan peneliti dalam studi kasus ini, antara lain:

1. Menyusun Karya Tulis Ilmiah

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah studi kasus ini, peneliti menggunakan jurnal dan buku serta sumber yang relevan yang terkait membimbing doa dan mendoakan pasien mengalami kecemasan pada penderita DM.

2. Pendekatan

Pendekatan dilakukan dengan menggunakan BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya) pada pasien dan keluarga.

3. Wawancara

Pada teknik ini peneliti melakukan anamnesa atau tanya jawab kepada klien dan keluarganya. Hasil yang didapatkan dari wawancara ini yaitu data yang berisi tentang identitas keluarga meliputi identitas dari kepala keluarga, identitas pasien, identitas anak, dll, riwayat penyakit

sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga, serta data-data lain yang bersumber dari pasien, keluarga, dan perawat.

4. Studi dokumentasi

Pada teknik ini ketika peneliti sedang melakukan pengumpulan data, peneliti juga akan melihat dan menganalisis data dari dokumen penunjang pasien, seperti hasil pemeriksaan diagnostik.

5. Observasi

Melakukan observasi yang akan dilakukan yaitu pemeriksaan fisik. Hal ini dilakukan untuk memeriksa ada gangguan atau tidak dalam tubuh pasien dan mengkaji kondisi lingkungan klien, meliputi :

- a. Karakteristik rumah
- b. Karakteristik tetangga dan komunitas
- c. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

G. Langkah - langkah Pelaksanaan Studi Kasus

1. Identifikasi kasus

Penulis akan melalui beberapa tahapan sebelum mendatangi calon responden untuk meminta kesediaan menjadi responden sebelum mendatangi pasien melakukan pengisian kuesioner Zung Self Ranting Anxiety Scale yang bisa dilakukan pada kegiatan prolansi maupun di puskesmas.

Penulis sebelumnya mengurus hal-hal antara lain penulis meminta persetujuan dari bagian diklat Puskesmas Cilacap Utara 2.

Setelah mendapat persetujuan kemudian penulis mendatangi rumah keluarga yang digunakan untuk mengambil kasus penelitian dan meminta persetujuan dari CI.

Setelah mendapat persetujuan dari CI atau keluarga pasien kemudian penulis membuka rekam medis atau catatan keperawatan dan mendatangi rumah keluarga yang sebelumnya sudah mendapatkan persetujuan dengan tujuan untuk mengidentifikasi pasien. Penulis ini telah menerima persetujuan dari pasien dengan mengisi *informed consent* (Terlampir).

2. Pemilihan kasus

Penulis memilih kasus pada pasien yang menderita DM disertai dengan masalah ansietas. Pemilihan kasus berdasarkan dengan kriteria pasien yang sudah dijelaskan sebelumnya.

3. Kerja lapangan/pengelola kasus

Penulis akan mengelola kasus selama 1 minggu. Pasien dikelola dengan cara melakukan strategi pelaksanaan sesuai dengan penatalaksanaan pasien DM. Penulis mengobservasi keadaan pasien, mulai dari pasien akan di bimbing doa dan diajarkan doa untuk diri sendiri. Setelah itu penulis menanyakan bagaimana perasaan setelah dibimbing doa dan diajarkan doa untuk diri sendiri. Terapi ini dilakukan 3 hari pengelolaan. Penulis melakukan evaluasi terhadap terapi yang sudah diberikan.

H. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Cilacap Utara 2.

Waktu penelitian ini dilakukan mulai dari 17 Juni 2024 sampai 22 juni.

I. Analisis Data dan Penyajian Data

Tindakan dilakukan mulai dari penulis melakukan metode mengumpulkan data sampai seluruh data yang diinginkan telah selesai dikumpulkan.

1. Pengumpulan Data

a. Anamnesa

Teknik ini peneliti melakukan anamnesa atau tanya jawab kepada pasien dan keluarganya. Hasil yang didapat dari wawancara yaitu data yang berisi tentang Identitas keluarga

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan *head to toe* yang merupakan pemeriksaan esensial dari asuhan keperawatan, dimana pemeriksaan dilakukan dari kepala hingga kaki untuk menentukan status kesehatan klien. Dalam pemeriksaan fisik ada beberapa hal yang perlu di lakukan oleh seorang perawat diantaranya :

1) Inspeksi

Pemeriksaan dengan cara mengamati atau melihat keadaan pasien.

2) Palpasi

Pemeriksaan dengan cara meraba. Misalnya : Ada tidaknya nyeri.

3) Perkusi

Pemeriksaan dengan cara mengetuk bagian tubuh yang akan diperiksa.

4) Auskultasi

Pemeriksaan dengan cara mendengarkan suara jantung, paru-paru, dan abdomen dengan menggunakan alat stetoskop.

c. Format Pengkajian Asuhan keperawatan keluarga, yang terdiri dari:

1) Data Umum

2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

3) Lingkungan

4) Fungsi keluarga

5) Struktur dan koping keluarga

6) Analisa data

7) Diagnosis keperawatan

8) Intervensi

9) Implementasi

10) Evaluasi

d. Penyajian data

Penulis akan menyajikan data dengan mendeskripsikan hasil pengkajian dalam bentuk uraian teks naratif, intervensi dan

implementasi yang direncanakan dalam 3x kunjungan rumah dalam bentuk narasi, evaluasi yang dilakukan dalam bentuk narasi. Ada beberapa data yang akan disajikan antara lain:

- 1) Hasil pengkajian keluarga dengan masalah keperawatan ansietas pada penderita DM.
- 2) Hasil respon pasien dan keluarga mengenai membimbing doa dan mendoakan.
- 3) Membandingkan data tingkat ansietas sebelum dan sesudah dilakukan tindakan membimbing doa dan mendoakan pasien.

e. Penarikan kesimpulan

Penarikan kesimpulan merupakan suatu proses untuk mengetahui kondisi pasien selama dilakukan tindakan keperawatan, pada tahap ini penulis membandingkan antara tujuan dengan evaluasi yang dituliskan dalam bentuk (SOAP).

f. Interpretasi data

Interpretasi data bertujuan untuk menentukan masalah pada pasien, menentukan masalah pasien yang pernah di alami dan menentukan keputusan dengan menggunakan buku acuan SDKI, SLKI, dan SIKI.

J. Etika Studi Kasus

Penulis sebelum melakukan studi kasus, penulis memperhatikan etika dalam studi kasus karena merupakan masalah yang sangat penting mengingat studi kasus ini berhubungan langsung dengan manusia yang mempunyai hak

asasi dalam kegiatan studi kasus, sebelum meminta persetujuan dari pasien, penulis memberikan penjelasan tentang studi kasus yang dilakukan.

1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi klien)

Informed Consent yaitu merupakan suatu bentuk persetujuan antar penulis dan responden dengan memberikan lembar persetujuan yang diberikan sebelum pengelolaan kasus dan pasien yang bersedia menjadi kelolaan diminta untuk mengisi surat persetujuan pasien serta mendatanganinya.

2. *Otonomy (Autonomy)*

Prinsip otonomi di dasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri.

3. Berbuat Baik (*Beneficence*)

Perawat wajib berbuat kebaikan yang menguntungkan pasien dan mempertimbangkan kerugian atau yang membahayakan pasien.

4. Keadilan (*justice*)

Prinsip keadilan dibutuhkan untuk tercapainya sesuatu yang sama dan adil terhadap orang lain yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan.

5. Tidak Merugikan (*Non Maleficience*)

Segala tindakan yang dilakukan pada klien tidak menimbulkan bahaya/cedera secara fisik dan psikologik selama perawat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan keluarga.

6. Kejujuran (*Veracity*)

Prinsip veracity berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Perawat wajib mengatakan hal yang sebenarnya dengan bijaksana demi kebaikan pasiennya.

7. Menepati Janji (*Fidelity*)

Prinsip fidelity dibutuhkan individu untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia pasien.

8. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Prinsip kerahasiaan ini adalah bahwa informasi tentang klien harus dijaga privasinya. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien.

9. Akuntabilitas (*Accountability*)

Akuntabilitas merupakan standar pasti bahwa tindakan seorang professional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali. Prinsip ini berhubungan erat dengan fidelity yang berarti bahwa tanggung jawab pasti pada setiap tindakan dan dapat digunakan untuk menilai orang lain (Anggraeni, 2019).