

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Pada penelitian ini digunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus, yaitu studi yang mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus masalah keperawatan risiko gangguan integritas kulit di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang.

#### **3.2 Batasan Istilah**

Asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan masalah Risiko gangguan integritas kulit di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang, yang dijabarkan oleh penulis adalah asuhan keperawatan pada pasien dewasa dengan penyakit diabetes melitus dengan masalah keperawatan risiko gangguan integritas kulit tanpa memandang jenis kelamin. Pasien yang dimaksud penulis adalah :

- 1) Pasien dewasa yang telah didiagnosis penyakit diabetes melitus dengan, atau, tanpa penyakit penyerta.
- 2) Pasien dengan faktor risiko gangguan integritas kulit yang mengalami penurunan mobilitas karena saat di RS bedrest, adanya Nyeri dan kemerahan pada ekstremitas bawah.
- 3) Pasien dengan diabetes melitus yang memiliki kisaran gula darah lebih atau kurang dari kadar normal dalam satuan miligram per desiliter (mg/dL) dengan kisaran gula darah normal, gula darah 2 jam pp  $\leq 140$  mg/dL, gula darah sewaktu  $\leq 200$  mg/dL, gula darah setelah puasa 70-100 mg/dL.

#### **3.3 Partisipasi**

Pada penelitian ini yang berpartisipasi 2 pasien penderita diabetes melitus dengan masalah risiko gangguan integritas kulit di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang.

#### **3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap dewasa Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang selama 3 hari.

### **3.6 Pengumpulan Data**

Melakukan pencarian pengumpulan data pasien diabetes melitus dengan masalah risiko gangguan integritas kulit. Penulis menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut:

1. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan pasien atau keluarga pasien dengan penyakit diabetes melitus yang mengalami masalah risiko gangguan integritas kulit. Wawancara diawali dengan membina hubungan saling percaya, menjelaskan tujuan serta bertanya apakah pasien dan keluarga setuju, jika setuju kita dapat mengajukan beberapa pertanyaan. Wawancara ini meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit keluarga data psikologis, pola kebersihan dan pola fungsi Kesehatan

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Kegiatan observasi ini melibatkan seluruh Indera seperti pendengaran, penglihatan, perasa, sentuhan, dan cita rasa berdasarkan pada fakta-fakta peristiwa yang terjadi. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk menentukan ada atau tidaknya masalah fisik yang memiliki tujuan untuk mendapatkan informasi yang valid tentang kesehatan pasien. Pemeriksaan fisik ini dilakukan dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), mendengarkan (auskultasi) pada sistem tubuh pasien.

3. Studi Dokumen

Kegiatan ini digunakan untuk melengkapi hasil penulisan yang telah diperoleh dari data rekam medis pasien diabetes melitus dengan masalah risiko gangguan integritas kulit di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang.

### **3.7 Uji Keabsahan Data**

Uji keabsahan data dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. Data primer

Yaitu sumber data yang didapatkan dari pasien yang dapat memberikan informasi secara lengkap tentang masalah kesehatan yang dihadapi pasien

2. Data Sekunder

Yaitu data atau informasi tambahan yang dapat didapatkan dari keluarga pasien ataupun perawat dengan masalah yang diteliti

3. Data tersier

Yaitu data yang dapat dikumpulkan melalui catatan riwayat penyakit lainnya.

4. Tidak dilakukan dengan perpanjangan waktu pengamatan atau tindakan
5. Sumber informasi dari data rekam medis

### **3.8 Analisa Data**

#### **1. Pengumpulan Data**

Data yang dikumpulkan merupakan hasil dari proses wawancara, observasi, dan dokumen, yang dimana pengumpulan data ini terbagi menjadi dua kategori jenis data yang di dapatkan, yaitu Data Subjektif (DS) dan Data Objektif (DO). Dimana data subjektif berasal dari pasien secara langsung, keluarga atau penanggung jawab pasien secara langsung, sedangkan data objektif didapatkan berdasarkan pengamatan, pemeriksaan, catatan rekam medik, dan hasil lab pasien. Setelah data yang dibutuhkan sudah terkumpul maka dapat menentukan masalah keperawatan baik masalah actual, potensial maupun risiko, setelah masalah keperawatan maka munculah diagnosa keperawatan, kemudian dapat ditentukan rencana tindakan keperawatan beserta kriteria hasilnya, setelah dilakukan Tindakan keperawatan maka dilakukan evaluasi untuk menentukan ada tidaknya perubahan pada pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan. Dan untuk hasilnya akan ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disusun dalam bentuk catatam terstruktur.

#### **2. Penyajian Data**

Data dapat disajikan dalam bentuk tabel, gambar, bagan dan teks naratif. Kerahasiaan pasien terjamin dengan cara menuliskan nama dengan inisial pasien.

#### **3. Kesimpulan**

Data yang telah disajikan, maka data akan dibahas dan dibandingkan dengan hasil penulis terlebih dahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Kesimpulan dilakukan menggunakan metode induksi, data yang dikumpulkan yaitu data pengkajian, diagnosis, perencanaan, Tindakan keperawatan, dan evaluasi.

### **3.9 Etika Penelitian**

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari :

#### **1. *Informed Consent* ( Lembar persetujuan )**

Lembar persetujuan ini diberikan kepada pasein yang akan diteliti atau keluarga yang bertujuan untuk mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data dan disetujui oleh pasien maupun keluarga.

#### **2. *Anonimity* ( Tanpa Nama )**

Untuk menjaga kerahasiaan penulis tidak mencantumkan nama responden namun hanya dicantumkan inisial saja.

3. *Confidentiality* ( Kerahasiaan)

penulis menjaga semua privasi yang berhubungan dengan pasien dan hanya data kelompok tertentu yang akan dilaporkan.