

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Fokus Asuhan Keperawatan**

Laporan tugas akhir ini menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang bertujuan membantu klien dengan kebutuhan interaksi sosial pada pasien *afasia wernicke* dengan gangguan komunikasi verbal di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Mardi Waluyo Kota Metro tahun 2025, yang mencakup pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

#### **B. Subjek Asuhan Keperawatan**

Subjek asuhan ini berfokus pada 1 orang pasien yang mengalami masalah kebutuhan interaksi sosial pada pasien *afasia wernicke* dengan gangguan komunikasi verbal di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Mardi Waluyo Kota Metro tahun 2025.

1. Bersedia menjadi pasien kelolaan secara sukarela dengan menandatangani lembar persetujuan *informed consent*
2. Pasien berusia 81 tahun
3. Hipertensi
4. Memiliki keluhan sakit kepala/pusing

#### **C. Lokasi dan Waktu Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan ini dilakukan bulan Januari selama 1 minggu pada tanggal 7 sampai 9 Januari di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Mardi Waluyo Kota Metro tahun 2025. Waktu tersebut digunakan untuk melakukan asuhan keperawatan untuk satu orang pasien.

#### **D. Teknik pengumpulan data**

##### **1. Alat pengumpulan data**

Penulis menggunakan lembar format asuhan keperawatan medikal bedah yang mencakup pengkajian, diagnosa, rencana, implementasi, dan

evaluasi keperawatan. Alat yang digunakan meliputi stetoskop, refleks hammer, termometer, sphygmomanometer, buku catatan, dan pena untuk pemeriksaan fisik dan pencatatan data.

## 2. Pengumpulan data

Teknik pengumpulan data pada penyusunan laporan tugas akhir ini mengikuti alur proses keperawatan yaitu:

### a. Wawancara

Wawancara adalah dialog atau tanya jawab secara langsung pada anggota keluarga, tidak hanya pada klien, tetapi bisa kepada anggota keluarga yang lainnya. Perawat perlu melakukan berbagai pencatatan terkait hasil wawancara (Maria, 2018).

Pada saat penelitian wawancara penulis memperkenalkan diri dengan baik, menjelaskan institusi, menjelaskan tujuan kedatangan, tujuan penelitian, dan menjelaskan kontrak waktu kunjungan. Setelah dilakukan perkenalan dan sudah terbangunnya hubungan saling percaya dengan pasien, penulis meminta persetujuan pada pasien agar bersedia untuk dijadikan responden atau tidak. Pada saat itu, pasien dan keluarga bersedia untuk dijadikan responden penelitian, lalu penulis memberikan lembar persetujuan (*informed consent*) kepada pasien dan keluarga dengan menandatangani lembar tersebut. Setelah pasien dan keluarga setuju, maka penulis meminta izin dan waktu kepada pasien dan keluarga terlebih dahulu untuk melakukan pengkajian.

Wawancara yang dilakukan saat pengkajian sesuai dengan format pengkajian keperawatan terdiri dari identitas pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan sekarang, keluhan utama, keluhan saat dilakukan pengkajian, riwayat kesehatan yang lalu, riwayat kesehatan keluarga, kebutuhan dasar antara lain makan, minum, tidur, mandi, eliminasi, aktivitas pasien, pemeriksaan fisik dan data psikologis.

### b. Pengamatan/observasi

Perawat melakukan pengamatan terhadap klien, keluarga dan

lingkungan. Pengamatan inilah yang kemudian disebut sebagai observasi. Apakah didalam keluarga atau lingkungan ada hal-hal yang memang berdampak buruk pada pasien atau justru mendukung (Maria, 2018).

Dilakukan untuk mencatat aktivitas yang dilakukan oleh pasien mengenai kebiasaan sehari-hari seperti makan, minum, aktivitas, pekerjaan, dan *personal hygiene*. Dalam penelitian metode observasi digunakan penulis untuk mengamati keadaan umum pasien, mengamati proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnose yang ditegakkan, intervensi, implementasi, evaluasi serta mengamati perkembangan pasien setiap harinya.

c. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik penulis melakukan pemeriksaan yang dilakukan pada anggota tubuh pasien, dimulai dari kepala ke ujung kaki dapat lebih mudah dilakukan pada kondisi klinik. Pada pemeriksaan fisik yang di lakukan penulis adalah empat modalitas dasar yang digunakan yaitu:

1) Inspeksi

Proses pengamatan disebut inspeksi. Penulis memeriksa bagian tubuh pasien untuk mencari gejala fisik atau ciri khas yang perlu diperhatikan. Catat setiap gerakan dan periksa bagian tubuh atau area yang diperiksa dengan seksama untuk mencari ketidaknormalan.

2) Palpalasi

Penulis menggunakan indra peraba (jari atau tangan) dengan cara meraba permukaan tubuh pasien untuk mengidentifikasi kondisi tubuh. Palpasi bertujuan untuk mengevaluasi ukuran, konsistensi, tekstur, lokasi, dan nyeri pada organ atau bagian tubuh pasien.

3) Aukultasi

Auskultasi adalah metode pemeriksaan fisik yang mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh. Penulis melakukan dengan cara mendengarkan dengan menggunakan stetoskop, suara

lainnya dapat didengar dengan telinga tanpa alat bantu.  
Dengarkan suara di

d. Tes diagnostis

Data hasil tes diagnostik sangat dibutuhkan karena lebih objektif dan lebih akurat. Tes diagnostik lain misalnya radiologi, pemeriksaan urin, feses, USG, MRI, dan lain-lain.

### **3. Sumber Data**

Dalam buku konsep dasar keperawatan, menyatakan ada beberapa sumber data dalam penyusunan laporan tugas akhir yaitu:

a. Sumber Data Primer

Sumber data primer yaitu data yang didapatkan penulis langsung dari pemeriksaan pasien. Bila pasien dalam keadaan tidak sadar, mengalami gangguan bicara atau pendengaran, klien masih bayi atau karena beberapa sebab klien tidak dapat memberikan data subjektif secara langsung. Penulis dapat menggunakan data objektif untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Namun, bila diperlukan klasifikasi data subjektif, penulis melakukan anamnesis pada keluarga pasien.

b. Sumber Data Sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang diperoleh selain pasien, yaitu penulis menanyakan kepada orang terdekat, orang tua, suami atau istri, anak dan teman pasien.

c. Sumber Data Lainnya

- a. Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya
- b. Riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, dan catatan perkembangan
- c. Hasil pemeriksaan diagnostik, seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik.

### **E. Penyajian Data**

Penulis menyajikan data pada penelitian ini dengan bentuk narasi dan juga dalam bentuk tabel.

### 1. Narasi

Penulis menyajikan data dalam laporan tugas akhir dengan menggunakan penyajian tekstual, yaitu dengan menuliskan hasil dalam bentuk frasa. Sebagai ilustrasi, penulis menggunakan kalimat penyajian untuk menunjukkan hasil asesmen klien baik sebelum maupun setelah menerima asuhan keperawatan, sedangkan dalam bentuk teks, penulis hanya menggunakannya untuk menyampaikan informasi dalam bentuk yang mudah dipahami.

### 2. Tabel

Laporan akhir ditulis oleh penulis dalam bentuk tabel, yang merupakan tampilan data yang disusun secara metodis dalam baris atau kolom. Penilaian, formulasi diagnostik, rencana tindakan keperawatan, implementasi, dan evaluasi semuanya disertakan dalam penyajian dalam format tabel.

### 3. Gambar

Laporan akhir ini juga ditulis oleh penulis dalam bentuk gambar, yang merupakan gambaran untuk memvisualisasikan proses patofisiologi *afasia wernicke*.

## F. Etika Keperawatan

Kode etik keperawatan merupakan seperangkat prinsip-prinsip yang memberi arahan bagi praktik profesi keperawatan dalam interaksi dengan pasien, masyarakat, rekan profesi, lembaga profesi, dan dalam praktik keperawatan itu sendiri menurut Hasanah (2020). Berikut ini adalah prinsip-prinsip etika keperawatan:

### 1. Otonomy (menghormati harkat dan martabat manusia)

Merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu menentukan sesuatu bagi dirinya. Dalam prinsip ini perawat menerima dan menghargai keputusan yang dibuat oleh klien. Terkait hal tersebut penulis tidak boleh ada paksaan atau penekanan tertentu agar subjek bersedia ikut dalam penelitian. Prinsip ini tertuang dalam pelaksanaan *informed consent* yaitu persetujuan untuk berpartisipasi sebagai subjek penelitian setelah

mendapatkan penjelasan yang lengkap dan terbuka dari penulis tentang keseluruhan pelaksanaan penelitian.

## **2. *Beneficience* (bersikap baik)**

Mengupayakan memberi pelayanan terbaik dan tidak merugikan pasien. Dalam prinsip ini penulis wajib berbuat baik dalam melakukan tindakan keperawatan dan mencegah dari kesalahan.

## **3. *Non malaficience* (tidak merugikan)**

Tidak melukai atau tidak menimbulkan bahaya atau cedera bagi klien. Dalam prinsip ini penulis harus berhati-hati dalam melakukan tindakan keperawatan bertujuan mengurangi resiko bahaya atau cedera baik fisik maupun psikologis pada pasien.

## **4. *Veracity* (jujur)**

Mengatakan informasi dengan keadaan yang sebenarnya. Dalam prinsip ini penulis harus jujur dalam menyampaikan informasi. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif dan objektif.

## **5. *Confidentiality* (kerahasiaan)**

Merupakan perilaku menghormati privasi dan kerahasiaan pasien. Dalam prinsip ini penulis harus menjaga data-data pasien dan tidak akan memberitahukan informasi tentang pasien kepada orang lain. Misalnya penulis menuliskan nama pasien dengan samara yaitu Ny. M.

## **6. *Fidelity* (menepati janji)**

Merupakan perilaku menepati janji dan bertanggung jawab. Dalam prinsip ini perawat berkewajiban untuk selalu setia serta bertanggung jawab atas janji yang telah dibuat pada pasien. Misalnya penulis berjanji akan memberikan obat jam 10 pagi maka ia harus menepatinya tanpa penundaan.

## **7. *Justice* (bersikap adil)**

Keadilan merupakan perlakuan yang adil untuk semua individu. Dalam prinsip ini perawat dalam melaksanakan pelayanan harus adil dan sama untuk semua klien. Misalnya penulis memberikan perhatian dan pelayanan yang sama baik kepada pasien kaya maupun kurang mampu.

## **8. *Accountability* (bertanggung jawab)**

Accountability adalah tanggung jawab profesional perawat dalam

memenuhi standar praktik, bertanggung jawab atas tindakan dan keputusan yang diambil. Contohnya, saat penulis tidak sengaja menjatuhkan obat pasien, ia segera melapor kepada perawat ruangan untuk meminta obat pengganti.