

## **BAB III**

### **METODE KARYA TULIS ILMIAH**

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

Laporan tugas akhir ini menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar pasien dengan gangguan aktivitas akibat Infark Lakunar. Asuhan keperawatan diberikan secara holistik untuk membantu pasien dalam meningkatkan kemampuan aktivitas sehari-hari dan mencapai kemandirian optimal sesuai kondisi kesehatannya.

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

Subjek dalam asuhan keperawatan ini adalah satu orang pasien, yaitu Ny. A, yang dirawat di Ruang Kenanga RSUD Dr. H. Abdul Moeloek. Kriteria subjek dalam penelitian ini adalah:

1. Pasien dengan diagnosis Stroke Lakunar dengan usia 60 tahun.
2. Pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas.
3. Dirawat di Ruang Kenanga RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.
4. Bersedia menjadi subjek penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan (*Informed Consent*).

#### **C. Lokasi dan Waktu**

Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan di Ruang Kenanga RSUD Dr. H. Abdul Moeloek, yang merupakan ruang perawatan pasien penyakit dalam, termasuk kasus neurologis seperti Stroke Lakunar dengan gangguan aktivitas. Asuhan keperawatan dilaksanakan pada tanggal 6 sampai 11 Januari 2025, sesuai dengan jadwal perawatan pasien selama masa rawat inap.

#### **D. Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan untuk memperoleh informasi yang akurat mengenai kondisi pasien, khususnya yang berkaitan dengan gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas. Data yang dikumpulkan terdiri dari data subjektif dan data objektif.

## 1. Alat Pengumpulan Data

Alat yang digunakan dalam pengumpulan data meliputi format pengkajian keperawatan, alat pemeriksaan fisik, serta lembar observasi pasien terkait kemampuan aktivitas sehari-hari.

## 2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data meliputi:

### a. Wawancara / Anamnesis

Dilakukan dengan pasien atau keluarga untuk memperoleh informasi mengenai kondisi kesehatan, riwayat penyakit, dan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Bertujuan untuk mengidentifikasi hambatan aktivitas, tingkat kemandirian, serta menyusun rencana keperawatan yang sesuai.

### b. Observasi

Mengamati secara langsung kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas seperti makan, berpindah tempat tidur, berjalan, dan perawatan diri. Digunakan untuk menilai derajat gangguan aktivitas dan perkembangan kondisi pasien selama perawatan.

### c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis untuk menilai kondisi umum pasien yang mengalami infark lakunar, dengan fokus pada kemampuan fisik dan fungsional. Teknik pemeriksaan meliputi:

- 1) Inspeksi: Mengamati postur tubuh, kekuatan otot, gerakan ekstremitas, ekspresi wajah saat beraktivitas, dan tanda-tanda kelelahan.
- 2) Palpasi: Menilai tonus otot, adanya nyeri tekan saat bergerak, dan fungsi ekstremitas.
- 3) Perkusi: Dilakukan jika ada indikasi komplikasi akibat imobilisasi seperti distensi abdomen atau retensi urine.
- 4) Auskultasi: Digunakan jika ditemukan keluhan sekunder terkait gangguan mobilisasi seperti gangguan pencernaan atau pernapasan karena tirah baring.

### 3. Sumber Data

Sumber data adalah subjek dari mana informasi diperoleh. Berdasarkan sumbernya, data dibagi menjadi:

#### a. Data Primer

Data primer diperoleh langsung dari pasien apabila dalam kondisi sadar dan kooperatif. Wawancara dilakukan untuk mengetahui keluhan utama, keterbatasan dalam beraktivitas, serta persepsi pasien terhadap kemampuan fungsionalnya. Observasi dan pemeriksaan fisik mendukung informasi terkait aktivitas sehari-hari pasien.

#### b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari keluarga pasien, yaitu suami dan cucunya. Wawancara dilakukan untuk melengkapi informasi tentang pola aktivitas sebelum sakit, bantuan yang biasa diperlukan pasien, serta perubahan kondisi yang mungkin tidak disadari oleh pasien. Informasi tambahan juga diperoleh dari catatan rekam medis dan hasil pemeriksaan penunjang.

### E. Penyajian Data

Penyajian data dilakukan dalam bentuk narasi yang memuat informasi mengenai hasil pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, serta evaluasi yang berfokus pada gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas pasien. Data yang disajikan bertujuan untuk memberikan gambaran yang jelas mengenai keterbatasan aktivitas yang dialami pasien, faktor penyebab, serta upaya keperawatan yang telah dilakukan selama proses asuhan untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam aktivitas sehari-hari.

### F. Prinsip Etik

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas, penulis menerapkan prinsip-prinsip etika keperawatan sebagai pedoman dalam berinteraksi dan memberikan tindakan. Prinsip-prinsip tersebut diimplementasikan secara nyata selama proses pengkajian hingga evaluasi keperawatan, sebagai berikut:

1. Otonomi (*Autonomy*)

Penulis memberikan penjelasan yang jelas kepada pasien mengenai setiap tindakan keperawatan yang berkaitan dengan peningkatan aktivitas, termasuk tujuan dan risikonya. Pasien diberikan hak untuk menyatakan persetujuan, menolak, atau memilih tindakan lain, sebagai bentuk penghormatan terhadap hak asasi dalam pengambilan keputusan.

2. *Beneficence* (Berbuat Baik)

Setiap intervensi yang diberikan bertujuan mendukung pemulihan kemampuan aktivitas pasien, meningkatkan kemandirian, serta mencegah komplikasi akibat imobilisasi. Penulis juga berupaya menciptakan lingkungan yang nyaman dan mendukung proses adaptasi pasien.

3. *Non-Maleficence* (Tidak Merugikan)

Penulis memastikan seluruh tindakan dilakukan secara hati-hati dan sesuai prosedur, terutama dalam mobilisasi pasien, guna menghindari risiko jatuh, cedera, atau kelelahan berlebih.

4. *Justice* (Keadilan)

Asuhan keperawatan diberikan secara adil kepada pasien tanpa memandang usia, jenis kelamin, latar belakang sosial, atau ekonomi. Semua tindakan ditujukan berdasarkan kondisi dan kebutuhan pasien, bukan preferensi pribadi.

5. *Fidelity* (Kesetiaan)

Penulis menjaga kepercayaan dengan konsisten hadir, melaksanakan intervensi sesuai yang direncanakan, serta tidak memberikan janji yang tidak realistis terhadap hasil perawatan.

6. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Informasi mengenai keterbatasan aktivitas dan kondisi kesehatan pasien disimpan secara rahasia dan hanya dibagikan kepada tim medis yang berkepentingan dalam proses perawatan.

7. *Veracity* (Kejujuran)

Selama proses komunikasi, penulis menyampaikan informasi dengan jujur dan terbuka, termasuk mengenai kemampuan pasien saat ini, rencana perawatan, dan harapan realistis terhadap hasil yang mungkin dicapai.

#### 8. *Accountability* (Akuntabilitas)

Penulis bertanggung jawab atas setiap tindakan keperawatan yang dilakukan, mencatat perkembangan aktivitas pasien secara sistematis, serta melakukan evaluasi untuk memastikan efektivitas intervensi yang diberikan.