

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lansia ditandai dengan proses kemampuan tubuh beradaptasi dengan lingkungan dan menjaga keseimbangan tubuh dalam kondisi fisiologis (Gati dkk., 2023). Pada lansia terjadi perubahan anatomi, fungsi, psikologi, dan sosial yang disebut dengan proses penuaan (Yasin, 2022). Penuaan merupakan jaringan kompleks yang saling terkait dari penyimpangan fenotip yang merusak fungsi secara progresif yang mendasari penuaan biologis, yang menyebabkan penurunan kemampuan beradaptasi, fungsi fisiologis dan mental, serta ketahanan individu (Khaltourina *et al.*, 2020). Pada proses penuaan juga terjadi peningkatan morbiditas dan mortalitas (Silva & Schumacher, 2021). Penuaan disertai dengan kemunduran kondisi fisik dan sejumlah proses fisiologis, sehingga meningkatkan risiko berbagai penyakit dan gangguan (Hill *et al.*, 2020).

Jumlah lansia terbanyak di dunia berada di negara Jepang. Berdasarkan data jumlah lansia di negara Jepang, yaitu pada tahun 2023 sebanyak 36,23 juta jiwa (29,1%), dan terjadi peningkatan pada tahun 2024 menjadi 36,25 juta jiwa (29,3%) yang merupakan proporsi jumlah lansia tertinggi di dunia (MIC, 2024). Berdasarkan data jumlah lansia di Panti Jompo Shijonawatesou tahun 2024 sebanyak 333 orang. Jumlah lansia di ruang Dei Saabisu Shijonawatesou pada tahun 2024 sebanyak 93 orang.

Permasalahan khusus yang sering terjadi pada lansia yaitu proses penuaan yang menimbulkan masalah fisik, mental, dan sosial (Sunaryo dkk., 2016). Masalah fisik yang terjadi pada lansia yaitu penurunan aktivitas fisik yang dapat diukur dari

beberapa parameter seperti kapasitas aerobik, kekuatan otot dan kelelahan (Wowor & Wantania, 2020). Terjadinya penurunan kekuatan otot mengakibatkan lansia mengalami gangguan atau kesulitan berjalan (Megawati & Sunarno, 2023). Lansia juga mengalami gangguan keseimbangan tubuh atau bisa disebut imobilisasi (Kune & Pakaya, 2023).

Imobilisasi atau gangguan mobilitas fisik adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami keterbatasan gerak fisik (Rohman, 2019). Gangguan mobilitas fisik yaitu terganggunya ekstremitas yang tidak bisa bergerak secara bebas karena adanya gangguan pada organ tubuh akibat dari proses penuaan ataupun penyakit kronis yang diderita (Tulak dkk., 2023). Kondisi ini dapat menyebabkan seseorang mengalami kesulitan atau ketidakmampuan untuk bergerak secara bebas dan terarah.

Berdasarkan data jumlah pekerja lansia di Jepang pada tahun 2023 dan 2024 sebanyak 9,14 juta jiwa dari jumlah seluruh lansia (NHK, 2024). Berdasarkan data tersebut, sebanyak 25,2% dari jumlah lansia di Jepang masih aktif bekerja, namun sebagian besar lansia di Jepang menggunakan alat bantu mobilitas dan dibuktikan dengan negara Jepang memiliki infrastruktur yang ramah lansia yaitu kereta Shinkansen memiliki kursi khusus dan ruang yang luas untuk penumpang lansia dan pengguna kursi roda, stasiun kereta dilengkapi dengan lift dan jalur khusus lansia, tempat wisata dan transportasi umum telah disesuaikan dengan kebutuhan para lansia termasuk akses untuk kursi roda (MIC, 2024). Berdasarkan hasil observasi di ruang Dei Saabisu Shijonawatesou, jumlah lansia yang menggunakan alat bantu mobilisasi didapatkan sebanyak 12 lansia menggunakan kursi roda, 32 lansia menggunakan kruk, dan 33 lansia menggunakan tongkat.

Seseorang yang mengalami gangguan gerak atau gangguan pada kekuatan ototnya akan berdampak pada aktivitas sehari-harinya (Silalahi dkk., 2023). Selain itu, akan terjadi penurunan pada tingkat kemandirian dalam menjalani aktivitas sehari-hari dan akan bergantung kepada orang lain (Rofi'i, 2024). Seseorang yang ketergantungan atau selalu menerima bantuan orang lain secara terus-menerus dalam menjalankan seluruh aktivitas fisiknya, tanpa disadari akan membuat tubuh seseorang menjadi semakin lemah, mudah lelah, serta gerakan terasa berat akibat anggota gerak menjadi kaku sehingga dapat menimbulkan komplikasi dengan penyakit lainnya (Agustiyaningsih dkk., 2020).

Gangguan mobilitas fisik pada lansia umumnya disebabkan oleh proses penuaan yang mengakibatkan perubahan pada sistem tubuh, terutama sistem muskuloskeletal. Perubahan ini meliputi penurunan massa otot, kekakuan sendi, dan risiko osteoporosis yang dapat membatasi pergerakan lansia (Rozanna dkk., 2022). Gangguan mobilitas fisik yang berkepanjangan akan menimbulkan dampak buruk bagi kesehatan lansia seperti penurunan kemandirian, gangguan aktivitas, peningkatan risiko jatuh, komplikasi kesehatan meliputi atrofi otot, osteoporosis, gangguan sirkulasi darah, dan penurunan kapasitas kardiorespirasi (Sasongko & Khasanah, 2023).

Gangguan mobilitas fisik memiliki dampak negatif yang berbeda pada pasien termasuk berkurangnya kesempatan untuk berpartisipasi secara sosial, peningkatan risiko morbiditas dan mortalitas (Kisch *et al.*, 2018). Gangguan mobilitas fisik pada pasien dapat berdampak buruk pada fisik, seperti osteoporosis, hiperkalsemia, obesitas, nyeri, dan ulkus dekubitus, serta konsekuensi psikologis seperti gangguan tidur dan depresi (Bogataj *et al.*, 2023). Gangguan mobilitas fisik yang disertai nyeri

mengakibatkan peningkatan risiko terjatuh dan cedera berulang pada pasien (Musich *et al.*, 2018). Gangguan mobilitas fisik juga memberikan dampak pada keluarga yaitu beban perawatan, perubahan dinamika dan peran keluarga, adanya tekanan pada hubungan karena peningkatan tanggung jawab pengasuhan, serta potensi isolasi sosial bagi anggota keluarga (Merits *et al.*, 2023). Untuk mengurangi dampak tersebut, diperlukan penanganan yang tepat untuk menangani gangguan mobilitas fisik. Penanganan gangguan mobilitas fisik bertujuan untuk meningkatkan kemampuan gerak seseorang dan mencegah komplikasi lebih lanjut, yaitu latihan *range of motion* (ROM), dukungan ambulasi dan mobilisasi, fisioterapi, penggunaan alat bantu, dan modifikasi lingkungan (Aditama & Muntamah, 2024).

Fisioterapi merupakan salah satu penanganan gangguan mobilitas fisik yang memberikan manfaat sangat penting dalam penanganan gangguan mobilitas fisik, salah satunya yaitu terapi pijat yang berguna untuk melatih penguatan otot (Khofifah & Widada, 2023). Terapi pijat bermanfaat untuk merelaksasikan otot-otot yang tegang, melancarkan peredaran darah, dan limfe (Aslan & Altın, 2022). Otot yang tidak rileks akan mengganggu peredaran darah, pembuluh limfe, dan persarafan (Fauziyyah dkk., 2022). Salah satu terapi pijat yang digunakan untuk merelaksasikan otot yang tegang dan kelelahan otot di Jepang adalah terapi pijat *medoma* (Ooshima & Tanabe, 2016).

Terapi pijat *medoma* merupakan terapi pijat tipe gelombang yang digunakan di Jepang untuk terapi pijat tekanan udara. (Kuaidenki, 2024). Terapi pijat *medoma* digunakan untuk mendukung mobilitas pada pasien dengan gangguan fisik, khususnya pasien yang memiliki keterbatasan mobilitas karena imobilitas yang

berkepanjangan, membantu meredakan ketegangan muskuloskeletal (kelelahan otot kaki dan menghilangkan kekakuan sendi), dan memulihkan kelelahan, serta memiliki efek meningkatkan sirkulasi darah (Akio, 2024). *Medoma* memberikan efek hangat pada ekstremitas bawah yang terbukti bermanfaat untuk merelaksasikan otot yang lelah (Haseba & Ikeda, 2011). Terapi pijat *medoma* dapat memberikan dukungan yang bermanfaat dengan menerapkan tekanan udara yang terkontrol ke bagian tubuh tertentu, meningkatkan sirkulasi, dan membantu mencegah komplikasi imobilitas, seperti atrofi otot, kekakuan sendi, dan luka tekan (Cardoso *et al.*, 2022).

Penelitian terdahulu tentang efektivitas terapi pijat *medoma* untuk edema ekstremitas bawah yang bertujuan untuk menyelidiki efektivitas terapi pijat untuk edema ekstremitas bawah. Jumlah sampel sebanyak 16 orang dewasa sehat (12 laki-laki, 4 perempuan dengan usia rata-rata 41 tahun). Alat yang digunakan untuk pengukuran yaitu *medoma* dengan tiga pengaturan tekanan dari 1 hingga 3 dan dua mode, yaitu mode gelombang dan mode pemerasan, digunakan untuk mengukur tekanan maksimum yang diterapkan pada tungkai bawah lingkaran maksimum dan minimum, tekanan darah, dan denyut nadi kaki bagian bawah diukur 10, 20, dan 30 menit setelah pijat udara. Pengaturan tekanan dan waktu pengaplikasian yang sama didapatkan hasil nilai $p < 0,05$ yang berarti bahwa pengurangan edema dengan pijatan udara memiliki pengaruh besar pada durasi tekanan dengan mode pemerasan lebih efektif (Sumihito *et al.*, 2015).

Penelitian terdahulu tentang pemberian *foot massage* dan latihan *range of motion* dapat mengatasi gangguan mobilitas fisik pada lansia dengan stroke, setelah dilakukan intervensi selama 6 hari dan diberikan 2 kali sehari pagi dan sore hari

dengan durasi waktu 15-30 menit didapatkan hasil terjadi peningkatan kekuatan otot yang dimana ekstremitas kanan atas dari tidak ada pergerakan menjadi ada pergerakan yang tampak dipalpasi terdapat sedikit kontraksi dan ekstremitas kanan bawah dari gerakan dapat melawan gravitasi menjadi bisa melakukan gerakan horizontal dalam satu bidang sendi (Dohanis & Rantesigi, 2023).

Penelitian terdahulu tentang pemberian terapi pijat dengan tekanan udara terhadap kinerja dan pemulihan olahraga yang bertujuan untuk mengetahui efek terapi pijat dengan tekanan udara terhadap kinerja dan pemulihan olahraga kelelahan otot dan fleksibilitas. Jumlah sampel yang digunakan yaitu 246 orang. Alat yang digunakan yaitu alat terapi pijat yang menggunakan tekanan udara. Hasil yang didapatkan yaitu $p=0,01$, SMD 1,07, 95%CI 0,21 hingga 1,93 yang berarti terapi pijat dengan tekanan udara secara signifikan meningkatkan kinerja dan pemulihan olahraga dalam hal kelelahan otot dan fleksibilitas (Davis *et al.*, 2020).

Penelitian yang dilakukan oleh Matsuzaki *et al* (2023) yang berjudul “1-Nenkan No Tanjikan Tsūsho Riha Ga Undō-Ki Shikkan O Yūsuru Chiiki Zaijū Kōki Kōrei-Sha No Nitchū No Katsudō Patān Ni Oyobosu Eikyō” membuktikan bahwa terdapat peningkatan secara signifikan pada aktivitas berjalan dan pola aktivitas sehari-hari pada lansia dengan gangguan muskuloskeletal (alat gerak) setelah dilakukan rehabilitasi rawat jalan jangka pendek dengan terapi pijat *medoma*. Rata-rata jumlah langkah, berjalan, dan aktivitas harian berdasarkan waktu sebelum diberikan terapi pijat *medoma* mencapai puncaknya sekitar pukul 12.00 dan 13.00. Setelah diberikan terapi pijat *medoma* mencapai puncaknya pada pagi dan sore hari pada pukul 08.00, 09.00, 10.00, 16.00, dan 17.00 meningkat secara signifikan.

Penelitian dilakukan oleh Morimoto (2019) berjudul “*Riyōsha Kara Mita Kōrei-sha Deisābisu o Riyō Suru Koto no Imi - A Deisābisu de no Chōsa o Tōshite* —“ menunjukkan hasil bahwa aktivitas fisik lansia seperti fungsi ekstremitas bawah menunjukkan terjadi peningkatan setelah diberikan terapi pijat *medoma*. Berdasarkan uraian tersebut, terapi pijat *medoma* memiliki efek positif pada pengobatan gangguan mobilitas fisik pada lansia.

Berdasarkan latar belakang permasalahan diatas, maka penulis tertarik untuk membahas Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Terapi Pijat *Medoma* Pada Lansia Di Ruang Dei Saabisu Shijonawatesou Osaka Tahun 2024.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka masalah yang dapat ditetapkan adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik dengan Terapi Pijat *Medoma* Pada Lansia di Ruang Dei Saabisu Shijonawatesou Osaka Tahun 2024?”.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Tujuan umum dari karya ilmiah ini adalah untuk menggambarkan Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik dengan Terapi Pijat *Medoma* pada Lansia di Ruang Dei Saabisu Shijonawatesou Osaka Tahun 2024.

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik

- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik
- c. Menetapkan rencana asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik
- d. Melakukan implementasi keperawatan menggunakan terapi pijat *medoma* pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik
- e. Melakukan evaluasi keperawatan dengan terapi pijat *medoma* pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik
- f. Menganalisa hasil pemberian terapi pijat *medoma* pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik.

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat teoritis

Hasil karya ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai pembendaharaan Pustaka bagi penulis selanjutnya dalam melakukan studi kasus serupa terkait pemberian terapi pijat *medoma* pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik.

2. Manfaat praktis

- a. Hasil karya ilmiah ini dapat dijadikan bahan pertimbangan atau masukan bagi petugas kesehatan dalam memberikan terapi non-farmakologi pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik.
- b. Hasil karya ilmiah ini dapat memberikan informasi bagi klien dan masyarakat umum mengenai penerapan pemberian terapi pijat *medoma* pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik.

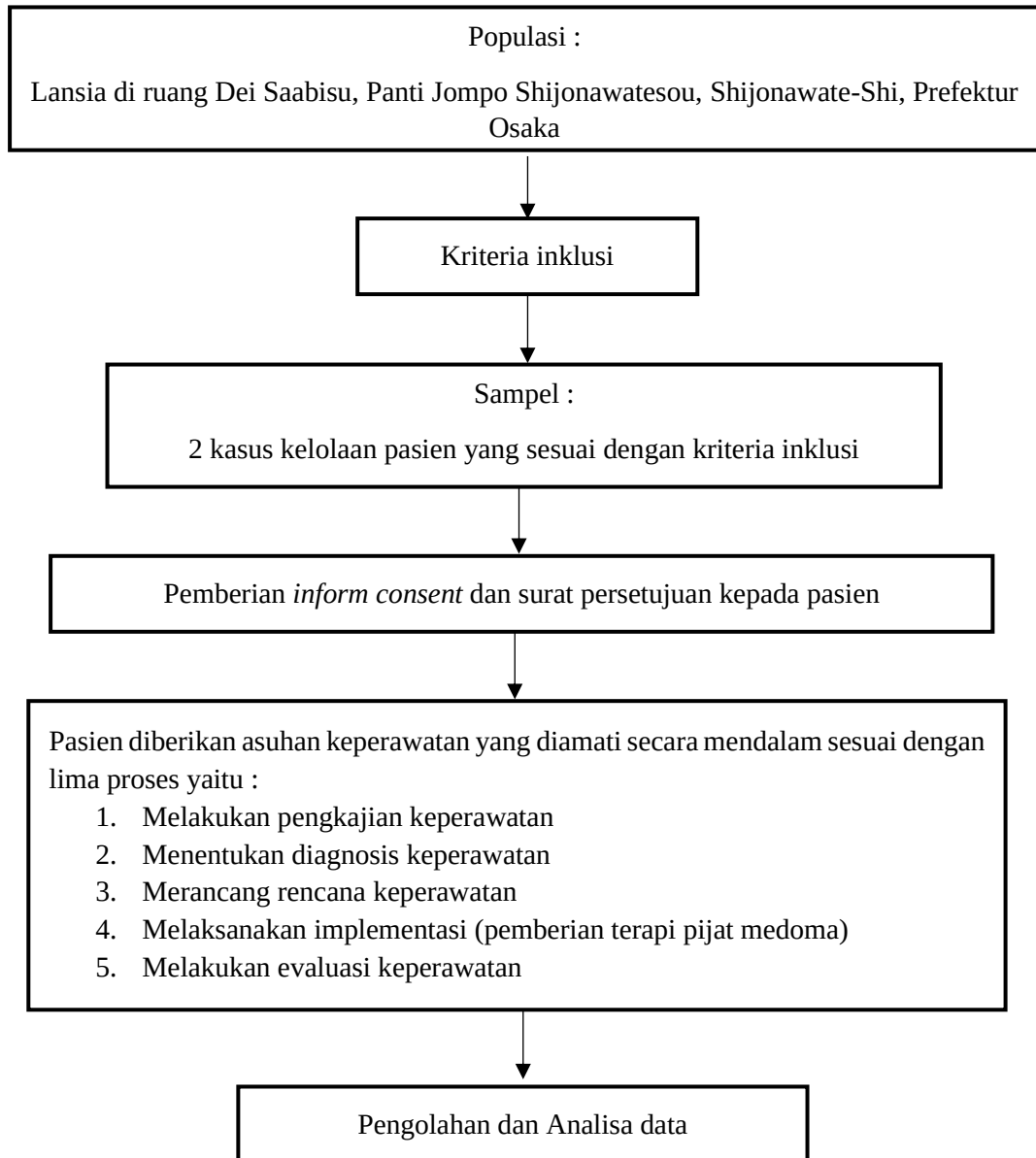
E. Metode Penyusunan Karya Ilmiah

1. Metode penyusunan

Metode penelitian adalah proses objektif agar memperoleh data dengan maksud dapat dikembangkan dan dibuktikan, sehingga berguna dalam memecahkan masalah dalam bidang tertentu (Mulyani, 2021). Karya ilmiah ini menggunakan jenis penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif merupakan metode penelitian yang menggambarkan tentang suatu variabel, gejala atau keadaan (Rosmiati, 2017). Karya ilmiah ini menggunakan rancangan studi kasus yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif dengan dua kasus kelolaan pada lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik di ruang Dei Saabisu Shijonawatesou Osaka.

2. Alur penyusunan

Studi kasus diawali dengan menentukan sampel, melakukan pengkajian asuhan keperawatan, merumuskan diagnosis keperawatan, menetapkan rencana asuhan keperawatan, melakukan implementasi keperawatan, melakukan evaluasi keperawatan, menganalisis data serta menyajikan data. Alur dalam karya ilmiah ini dijelaskan seperti gambar 1.



Gambar 1 Bagan alur penyusunan Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Lansia di Ruang Dei Saabisu Shijonawatesou Osaka Tahun 2024

3. Tempat dan waktu pengambilan kasus

Pengambilan kasus kelolaan dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini dilaksanakan di Ruang Dei Saabisu, Panti Jompo Shijonawatesou, Shijonawates-Shi, Prefektur Osaka, Jepang. Waktu studi kasus dilaksanakan pada tanggal 4, 6, dan 7 November 2024. Adapun jadwal karya ilmiah terlampir.

4. Populasi dan sampel

a. Populasi

Populasi penelitian adalah kelompok atau kumpulan individu, objek, atau entitas yang menjadi subjek penelitian (Sukwika, 2023). Populasi dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini adalah lansia di Ruang Dei Saabisu, Panti Jompo Shijonawatesou, Shijonawate-Shi, Prefektur Osaka.

b. Sampel

Sampling penelitian adalah proses pemilihan sebagian kecil dari populasi penelitian yang mewakili karakteristik keseluruhan populasi. Sampel dipilih dengan tujuan untuk melakukan pengamatan, pengukuran, atau analisis yang mewakili seluruh populasi dengan cara yang efisien (Sukwika, 2023). Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dari sampel yang diambil adalah sebagai berikut.

1) Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2020). Kriteria inklusi dari karya ilmiah ini yaitu:

- a) Lansia yang bersedia menjadi pasien dengan menandatangani *informed consent* data pengambilan data
- b) Lansia yang memiliki masalah gangguan mobilitas fisik

2) Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab, seperti terdapat penyakit yang mengganggu pengukuran maupun interpretasi hasil, hambatan etis atau subjek menolak berpartisipasi (Nursalam, 2020). Kriteria eksklusi dari penelitian ini yaitu:

- a) Lansia dengan penyakit komplikasi, seperti stroke, hemiplegia, paraplegia
- b) Lansia yang sakit saat dilakukan studi kasus (*bedrest*)

5. Jenis dan teknik pengumpulan data

a. Jenis data yang dikumpulkan

Jenis data yang dikumpulkan dalam karya ilmiah ini berupa data primer dan data sekunder.

1) Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh sendiri oleh penyusun dari hasil pengukuran, pengamatan, survey dan lain-lain (Setiadi, 2013). Data primer yang dikumpulkan dari kasus kelolaan dalam karya ilmiah ini meliputi data pengkajian individu (data identitas pasien, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan lain-lain), pengkajian indeks katz, pengkajian mental dan kognitif (*short portable mental status questionnaire* (SPMSQ)), *mini mental state exam* (MMSE), *geriatric depression scale* (GDS), observasi dan wawancara. Data diperoleh dari subjek penelitian menggunakan lembar format pengkajian asuhan keperawatan gerontik.

2) Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang didapat dari pihak lain, badan, atau instansi yang mengumpulkan data dari rekam medik pasien (Setiadi, 2013). Data

sekunder yang dikumpulkan untuk studi kasus ini adalah data-data yang didapatkan bersumber dari dokumen asli dan petugas yang ada di Ruang Dei Saabisu, Panti Jompo Shijonawatesou, Shijonawate-Shi, Prefektur Osaka. Data tersebut meliputi data yang melengkapi format pengkajian keperawatan gerontik.

b. Teknik pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2017). Teknik pengumpulan data dalam studi kasus ini meliputi :

1) Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data yang dapat dilakukan dengan cara berinteraksi, bertanya atau mendengarkan apa yang disampaikan secara lisan melalui responden atau partisipan (Kusumawaty dkk., 2022). Metode wawancara pada penelitian ini digunakan untuk mengetahui pendapat, pandangan, pengalaman atau persepsi klien mengenai keluhan-keluhan terhadap masalah kesehatan yang dialaminya. Peneliti mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara terstruktur sesuai dengan format asuhan keperawatan dan dilakukan secara fleksibel sesuai dengan respon yang diberikan klien.

2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan-kelainan dari suatu sistem atau suatu organ bagian tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi) (Arafah dkk., 2021). Pemeriksaan fisik dilakukan kepada klien meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital, BB, TB, dan pemeriksaan secara *head to toe*.

3) Observasi

Observasi adalah mengamati perilaku dan keadaan klien menggunakan kepekaan panca indra untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien (Nasution, 2020). Observasi yang dilakukan meliputi perilaku, keadaan sebelum dan sesudah pemberian terapi pijat *medoma*, keluhan pasien dan tanda gejala gangguan mobilitas fisik yang dialami pasien.

4) Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan untuk mengumpulkan data dalam bentuk fakta berupa dokumen atau surat. Data atau dokumen dapat digunakan sebagai sumber untuk menggali informasi yang lebih mendalam atau keadaan yang sebelumnya terjadi yang telah didokumentasikan. Dokumentasi dilakukan untuk menunjang hasil data yang telah diperoleh berdasarkan hasil wawancara maupun observasi yang ditemukan selama proses keperawatan pada penelitian ini.

Adapun langkah-langkah pengumpulan data yaitu :

- a) Melakukan pemilihan sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi
- b) Melakukan pendekatan secara informal dan memberikan *informed consent* kepada subjek studi kasus. Penulis memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari studi kasus yang dilakukan. Bila pasien bersedia maka diberikan lembar persetujuan untuk ditanda tangani. Namun, apabila pasien tidak setuju maka pasien tidak dipaksa mengikuti studi kasus dan tetap dihormati haknya (*informed consent*)
- c) Melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik pada pasien kelolaan
- d) Menentukan diagnosis keperawatan yang tepat sesuai masalah yang dialami oleh pasien

- e) Membuat perencanaan keperawatan yang sesuai dengan masalah yang dialami oleh pasien
- f) Melaksanakan implementasi dan terapi yang diberikan pada pasien. Penulis memberikan intervensi terapi pijat *medoma* kepada pasien sesuai dengan SPO dan waktu yang telah ditentukan selama tiga hari dengan frekuensi terapi 1 kali sehari
- g) Membuat evaluasi pada akhir pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan
- h) Proses pengumpulan data dilakukan secara luring di Ruang Dei Saabisu, Panti Jompo Shijonawatesou, Shijonawate-Shi, Prefektur Osaka.
- c. Instrumen pengumpulan data

Instrumen adalah suatu alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam suatu penelitian yang berasal dari tahapan bentuk konsep, dan variabel sesuai dengan kajian teori yang mendalam (Masturoh & Temesvari, 2018). Instrumen yang digunakan pada studi kasus ini adalah lembar pengkajian asuhan keperawatan gerontik yang terdiri dari data biografi, riwayat kesehatan, pengkajian fisiologis, pengkajian psikologis, pengkajian status kognitif dan mental, dan pemeriksaan fisik head to toe.

6. Pengolahan dan Analisa data

- a. Pengumpulan data

Pengolahan data adalah suatu cara atau proses dalam memperoleh data ringkasan atau angka ringkasan dengan menggunakan cara-cara atau rumus tertentu (Surahman dkk., 2016). Pengolahan data diperlukan untuk memperoleh penyajian

data sebagai hasil yang berarti dan mendapatkan kesimpulan yang baik. Analisis pada Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) meliputi:

1) Reduksi data

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya dan membuang yang tidak perlu. Tujuan dari reduksi data ini adalah untuk menyederhanakan data yang diperoleh selama penggalan data di lapangan.

2) Penyajian data

Penyajian data adalah sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan. Tahap ini dilakukan dengan menyajikan sekumpulan informasi yang tersusun serta memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan. Penyajian data dilakukan untuk melihat gambaran keseluruhan atau bagian-bagian tertentu dari gambaran keseluruhan.

3) Kesimpulan atau verifikasi

Kesimpulan atau verifikasi adalah tahap akhir dalam proses analisa data. Pada tahap ini peneliti mengutarakan kesimpulan dari data yang telah diperoleh. Proses ini dimaksudkan untuk mencari makna data yang dikumpulkan dengan mencari hubungan, persamaan, atau perbedaan. Penarikan kesimpulan dapat dilakukan dengan jalan membandingkan kesesuaian pernyataan dari subyek penelitian dengan makna yang terkandung dengan konsep-konsep dasar dalam penelitian tersebut.

b. Analisis data

Analisis data merupakan bagian penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian yang mengungkap fenomena (Nursalam, 2016). Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini

adalah analisis deskriptif. Analisa data dilakukan secara naratif dengan mengemukakan fakta, membandingkan dengan teori yang ada selanjutnya dituangkan dalam bentuk pembahasan.

c. Etika penyusunan karya ilmiah

Pada penelitian ilmu keperawatan, karena hampir 90% subjek yang dipergunakan adalah manusia, maka peneliti harus memahami prinsip-prinsip etika penelitian. Hal ini dilaksanakan agar peneliti tidak melanggar hak-hak (otonomi) manusia yang menjadi subjek penelitian (Nursalam, 2017).

1) *Autonomy* / menghormati arkat dan martabat manusia

Autonomy berarti responden memiliki kebebasan untuk memilih rencana kehidupan dan cara bermoral mereka sendiri. Peneliti memberikan kebebasan kepada responden untuk memilih bersedia menjadi responden atau tidak. Peneliti tidak memaksa calon responden yang tidak bersedia menjadi responden.

2) *Confidentiality* / kerahasiaan

Kerahasiaan adalah prinsip etika dasar yang menjamin kemandirian klien. Setiap orang memiliki hak pribadi dasar, termasuk hak atas privasi dan kebebasan untuk memberikan informasi pribadi. Maka dari itu, peneliti tidak boleh memberikan informasi tentang identitas subjek dan privasi. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan *coding* untuk pengganti identitas responden

3) *Justice* / keadilan

Justice berarti bahwa dalam melakukan sesuatu pada responden, Peneliti tidak boleh mebeda-bedakan responden berdasarkan suku, agama, ras, status, sosial ekonomi, politik ataupun atribut lainnya dan harus adil dan merata. Saat melakukan

penelitian peneliti menyamakan setiap perlakuan yang diberikan kepada setiap responden tanpa memandang suku, agama, ras dan status sosial ekonomi.

4) *Beneficience* dan *non maleficience*

Berprinsip pada aspek manfaat, maka segala bentuk penelitian diharapkan dapat dimanfaatkan untuk kepentingan manusia. Penelitian keperawatan mayoritas menggunakan populasi dan sampel manusia oleh karena itu sangat berisiko terjadi kerugian fisik dan psikis terhadap subjek penelitian. Penelitian yang dilakukan oleh perawat hendaknya tidak mengandung unsur bahaya atau merugikan responden sampai mengancam jiwa.