

**HUBUNGAN TINGKAT KESADARAN DENGAN
KETERGANTUNGAN *ACTIVITY DAILY OF LIVING* (ADL)
PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR. SLAMET GARUT**

SKRIPSI

**Diajukan Untuk Menempuh Ujian Akhir
Pada Program Studi S1 Keperawatan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut**

**RIKA NURHAYATI
NIM: KHGC22111**



**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
2026**

LEMBAR PENGESAHAN

HUBUNGAN TINGKAT KESADARAN DENGAN KETERGANTUNGAN *ACTIVITY DAILY OF LIVING (ADL)* PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SLAMET GARUT

Disusun Oleh:

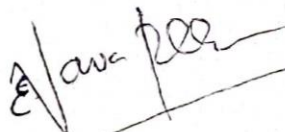
RIKA NURHAYATI
KHGC22111

SKRIPSI

Skripsi ini telah disidangkan dihadapan Tim penguji
Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2026
Menyetujui,

Pembimbing Utama



(Eldessa Vava Rilla, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Pembimbing Pendamping



(Andhika Perceka, S.Kom.,M.Si)

Tugas akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Sarjana Keperawatan

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Dan Kebidanan



(Sulastini, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Mengetahui
Ka. Prodi S1 Keperawatan



(Devi Ratnasari, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

LEMBAR PERSETUJUAN

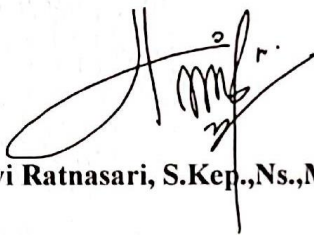
PERBAIKAN SKRIPSI

Judul : Hubungan Tingkat Kesadaran Dengan ketergantungan
Activity Daily Of Living (ADL) Pada Pasien Stroke di
Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Dr
Slamet Garut
Nama : Rika Nurhayati
Nim : KHGC22111

Menyatakan bahwa mahasiswa di atas telah melaksanakan perbaikan sidang dan perbaikan skripsi

Garut, Juli 2026
Mengetahui

Penelaah I



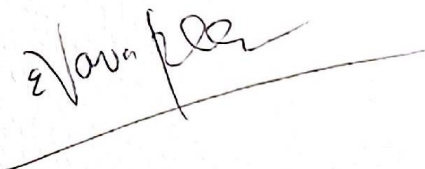
(Devi Ratnasari, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Penelaah II



(Eva Daniati, S.Kep.,Ns.,M.Pd)

Pembimbing Utama



(Eldessa Vava Rilla, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Pembimbing Pendamping



(Andhika Perceka, S.Kom.,M.Si)

Mengetahui,
Ka. Prodi S1 Keperawatan



(Devi Ratnasari, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya tulis saya ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik S. Kep, baik dari Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali Tim Pembimbing.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Juli 2026

Yang membuat pernyataan

(Rika Nurhayati)

KHGC22111

ABSTRAK

HUBUNGAN TINGKAT KESADARAN DENGAN KETERGANTUNGAN *ACTIVITY DAILY OF LIVING (ADL)* PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SLAMET GARUT

RIKA NURHAYATI

Stroke merupakan salah satu penyebab utama kecacatan yang dapat menimbulkan gangguan neurologis, termasuk penurunan tingkat kesadaran dan keterbatasan dalam melakukan *Activity of Daily Living (ADL)*. Penurunan tingkat kesadaran diduga berhubungan dengan meningkatnya ketergantungan pasien dalam memenuhi aktivitas sehari-hari. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan tingkat kesadaran dengan ketergantungan ADL pada pasien stroke di RSUD dr. Slamet Garut. Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif dengan pendekatan deskriptif korelasional. Sampel berjumlah 84 responden yang dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*. Data dikumpulkan melalui observasi dan wawancara terstruktur. Tingkat kesadaran diukur menggunakan *Glasgow Coma Scale (GCS)*, sedangkan tingkat ketergantungan ADL diukur menggunakan *Barthel Index*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat kesadaran *compos mentis*, sedangkan tingkat ketergantungan ADL didominasi oleh ketergantungan total. Analisis bivariat menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kesadaran dengan ketergantungan ADL pada pasien stroke ($p < 0,005$) dengan kekuatan hubungan yang kuat. Semakin baik tingkat kesadaran pasien, semakin tinggi tingkat kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Meskipun demikian, tingkat ketergantungan ADL juga dipengaruhi oleh faktor lain, seperti derajat keparahan stroke, fungsi motorik, fungsi kognitif, usia, komorbiditas, dukungan keluarga, dan program rehabilitasi. Disimpulkan bahwa tingkat kesadaran berhubungan secara signifikan dengan ketergantungan ADL pada pasien stroke. Oleh karena itu, pengkajian tingkat kesadaran perlu dilakukan secara optimal sebagai dasar dalam menentukan intervensi keperawatan guna meningkatkan kemandirian pasien.

Kata kunci: *tingkat kesadaran, tingkat kemandirian, stroke*

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE LEVEL OF CONSCIOUSNESS AND DEPENDENCE IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL) AMONG STROKE PATIENTS AT DR. SLAMET REGIONAL GENERAL HOSPITAL, GARUT

RIKA NURHAYATI

Stroke is one of the leading causes of disability, resulting in neurological impairments, including decreased level of consciousness and limitations in performing Activities of Daily Living (ADL). A decreased level of consciousness is believed to be associated with increased dependence in carrying out daily activities. This study aimed to determine the relationship between the level of consciousness and ADL dependence among stroke patients at dr. Slamet Garut Regional General Hospital. This study employed a quantitative research design with a descriptive correlational approach. A total of 84 respondents were selected using a purposive sampling technique. Data were collected through observation and structured interviews. The level of consciousness was assessed using the Glasgow Coma Scale (GCS), while ADL dependence was measured using the Barthel Index. The results showed that most respondents had a compos mentis level of consciousness, whereas the majority experienced total dependence in ADL. Bivariate analysis revealed a statistically significant relationship between the level of consciousness and ADL dependence among stroke patients ($p < 0.005$), with a strong correlation. The higher the patient's level of consciousness, the greater the level of independence in performing daily activities. However, ADL dependence is also influenced by other factors, including stroke severity, motor function, cognitive function, age, comorbidities, family support, and rehabilitation programs. In conclusion, the level of consciousness is significantly associated with ADL dependence in stroke patients. Therefore, comprehensive assessment of the level of consciousness should be performed as a basis for determining appropriate nursing interventions to improve patients' independence.

Keywords: level of consciousness, level of independence, stroke

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-nya kepada kita semua, shalawat serta salam semoga terlimpah curahkan kepada Nabi Muhammad SAW yang mana telah memberikan ketauladanan yang baik kepada kita selaku umatnya.

Dalam proses penyusunan skripsi yang berjudul “**Hubungan Tingkat Kesadaran Dengan ketergantungan Activity Daily Of Living (ADL) Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Dr Slamet Garut**”. Tentunya banyak mengalami hambatan dan kesulitan, namun berkat dukungan, bantuan, bimbingan dan pengarahan dari berbagai pihak akhirnya penulis dapat menyelesaikan proposal penelitian ini. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. DR. H. Hadiat, M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. DR. Iwan Wahyudi, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
3. Sulastini, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan (FIKK)
4. Devi Ratnasari, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan
5. Eldessa Vava Rilla, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Pembimbing Utama yang telah menyediakan waktu, arahan, motivasi, dan bimbingan bagi penulis.

5. Andhika Lungguh Perceka, S.Kom.,M.Si, selaku Pembimbing Pendamping yang telah menyediakan waktu, arahan, motivasi, dan bimbingan bagi penulis.
6. Seluruh dosen pengajar yang telah banyak memberikan bimbingan keilmuan dan nasihat yang berharga selama menjalani perkuliahan. Semoga segala ilmu dan amal baik Bapak dan Ibu, mendapatkan balasan yang tak terhingga dari Allah SWT.
7. Kepada alm mamah terimakasih karya sederhana ini saya persembahkan untuk mamah,rindu ini tidak akan pernah hilang, tapi kasih sayang mamah akan selalu hidup dalam hati saya. semoga mamah tenang di surga dan bangga melihat saya sampai di titik ini.dan juga terimakasih kepada ayah saya yang selalu senantiasa memberikan dorongan baik moral maupun materi dan seluruh doa sehingga penulis sampai tahap ini.
8. kepada kakak dan adik saya terima kasih karena selalu ada untuk saya, memberikan semangat ketika saya lelah, mendengarkan keluh kesah saya, dan percaya bahwa saya mampu menyelesaikan semua ini. dukungan kecil maupun besar yang kalian berikan memiliki arti yang sangat besar dalam perjalanan saya.
9. Kepada rekan-rekan seperjuangan yang telah membantu dan memberikan semangat serta selalu memberikan saran yang bermanfaat bagi penulis.
- 10.Kepada semua pihak yang tidak tertulis terima kasih atas jasa yang telah diberikan semoga Allah meridhoi dan memberikan balasan yang berlipat ganda.
11. Kepada Rika Nurhayati terima kasih telah bertahan di segala rintangan dan tetap kuat dikala sudah lelah atau pun hilang arah, terimakasih sudah memaksa diri

untuk bangun lagi setiap kali rasanya ingin berhenti. Skripsi ini adalah bukti kamu hebat, Rika kamu berhasil

Penyusun sangat menyadari bahwa penulisan proposal penelitian ini jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun serta bermanfaat guna perbaikan pada penulis proposal penelitian ini.

Garut, April 2026

Rika Nurhayati
NIM: KHGC22111

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN SKRIPSI	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PERNYATAAN	ii
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR BAGAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	7
1.4.2 Manfaat Praktisi	8
BAB II	9
KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS.....	9
2.1 Kajian Pustaka.....	9
2.1.1 Konsep Stroke	9
2.1.1.1 Pengertian Stroke	9
2.1.1.2 Klasifikasi Stroke	10
2.1.1.3 Etiologi Stroke	12
2.1.1.4 Patofisiologi Stroke.....	15
2.1.1.5 Manifestasi Stroke.....	18
2.1.1.6 Faktor Resiko Stroke.....	20

2.1.2 Konsep Tingkat Kesadaran	23
2.1.2.1 Pengertian Tingkat Kesadaran	23
2.1.2.2 Klasifikasi Tingkat Kesadaran	25
2.1.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kesadaran	27
2.1.2.4 Pengukuran Tingkat Kesadaran	30
2.1.3 Konsep Ketergantungan <i>Activity Daily Living</i> (ADL).....	31
2.1.3.1 Pengertian <i>Activity Daily Living</i>	31
2.1.2.3 Klasifikasi <i>Activity Daily Of Living</i> (ADL)	32
2.1.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi <i>Activity of Daily Living</i>	34
2.1.3.4 Pengukuran Kemandirian <i>Activity Daily living</i>	36
2.2 Kerangka Pemikiran.....	38
2.3 Hipotesis.....	45
BAB III.....	46
METODOLOGI PENELITIAN	46
3.1 Rancangan Penelitian	46
3.2 Variabel Penelitian	46
3.2.1 Variabel Bebas (Independent).....	46
3.2.2 Variabel Terikat (Dependen).....	47
3.3 Definisi Operasional Variabel.....	47
3.4 Populasi dan Sampel Penelitian	48
3.4.1 Populasi	48
3.4.2 Sampel.....	49
3.5 Teknik Pengumpulan Data Penelitian	51
3.6 Uji Validitas Dan Reabilitas Instrumen Penelitian	51
3.7 Rancangan Analisis Hasil Data Penelitian	52
3.7.1 Analisis Univariat.....	53
3.7.1.1 Tingkat Kesadaran	53
3.7.1.2 <i>Activity Daily Living</i>	54
3.7.2 Analisis Bivariat.....	55
3.7.3 Pengolahan Data.....	55
3.8 Langkah-Langkah Penelitian	57

3.9 Tempat Dan Waktu Penelitian	58
BAB IV	59
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	59
4.1 Hasil Penelitian	59
4.1.1 Karakteristik Responden	59
4.1.1.1 Gambaran Usia Pada Pasien Stroke	59
4.1.1.2 Gambaran Jenis Kelamin Pada Pasien Stroke.....	60
4.1.1.3 Gambaran Jenis Stroke Responden.....	60
4.2 Analisis Univariat.....	61
4.2.1 Gambaran Tingkat Kesadaran Pasien Stroke	61
4.2.2 Gambaran Tingkat Ketergantungan Pasien Stroke	61
4.3 Analisis Bivariat.....	63
4.3.1 Tingkat Kesadaran dengan <i>Activity Daily Of Living</i>	63
4.5 Pembahasan.....	64
4.5.1 Karakteristik Responden	64
4.5.1.1 Karakteristik Usia.....	64
4.5.1.2 Karakteristik Jenis Kelamin	64
4.5.1.3 Karakteristik Jenis Stroke	64
4.5.1.4 Karakteristik Penyakit Penyerta.....	65
4.5.1.5 Karakteristik Derajat Keparahan Stroke	66
4.5.1.6 Karakteristik Gangguan Motorik	67
4.5.2 Gambaran Tingkat Kesadaran pada pasien stroke	69
4.5.3 Gambaran ADL pada pasien stroke	71
4.5.4 Hubungan Tingkat Kesadaran dengan ADL pada pasien stroke	72
BAB V.....	78
KESIMPULAN DAN SARAN	78
5.1 Kesimpulan	78
5.2 Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA.....	80
LAMPIRAN.....	84
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	110

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Manifestasi Klinis Stroke.....	19
Tabel 3. 1 Definisi Operasional Variabel	47
Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Usia Pada Pasien Stroke	59
Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Pada Pasien Stroke	60
Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Jenis Stroke	60
Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Tingkat Kesadaran.....	61
Tabel 4. 5 Distribusi Frekuensi Tingkat Ketergantungan	61
Tabel 4. 6 Hubungan Tingkat Kesadaran dengan Activity Daily of Living ..	63

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Kerangka Pemikiran.....	44
---	-----------

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan ancaman serius yang sering terjadi secara mendadak dan dapat mengubah kehidupan seseorang dalam waktu singkat, sehingga sering disebut sebagai pencuri waktu. Dalam hitungan menit, aliran darah ke otak yang terganggu dapat menyebabkan kerusakan sel saraf.

Istilah stroke atau penyakit serebrovaskular merujuk pada gangguan saraf yang muncul secara tiba-tiba akibat adanya hambatan maupun terhentinya aliran darah pada sistem arteri yang menyuplai otak. Kondisi tersebut menyebabkan kerusakan jaringan otak sehingga menimbulkan defisit saraf. Secara khusus, istilah stroke sering digunakan untuk menggambarkan terjadinya infark serebri. Istilah lain yang sebelumnya banyak dipakai dan hingga kini masih digunakan adalah *Cerebrovaskular Accident (CVA)* Price *et.al* dalam Hidayah (2019).

Menurut WHO pada tahun 2021, stroke menempati urutan ketiga sebagai penyebab utama kematian dan kecacatan di dunia, dengan jumlah penderita yang hidup setelah stroke diperkirakan mencapai 93,8 juta kasus. Pada tahun yang sama, tercatat sekitar 11,9 juta kasus stroke baru secara global (Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) 2021). Pada tahun 2021, Amerika Serikat mencatat sekitar 0,41 juta (410.000) kasus stroke baru, dengan stroke iskemik mencakup 0,31 juta kasus atau sekitar 75,6%. Total penderita stroke mencapai 6,3 juta orang, terdiri dari 3,07 juta laki-laki dan 3,23 juta perempuan. Pada tahun yang sama, stroke juga menyebabkan sekitar 0,19 juta kematian (Park *et al.*, 2025).

Di Indonesia, stroke merupakan salah satu penyebab dominan terjadinya kecacatan dan kematian, dengan kontribusi sekitar 11,2% terhadap total kasus kecacatan dan 18,5% terhadap keseluruhan angka kematian. Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi stroke tercatat sebesar 8,3 atau 638.178 jiwa (Kementrian Kesehatan Indonesia, 2024). Di Jawa Barat, jumlah penderita stroke mencapai 114.619 jiwa dan menjadikan provinsi ini sebagai salah satu penyumbang kasus stroke terbanyak di Indonesia Kemenkes dalam Sakinah, (2025). Prevalensi penyakit stroke di Kabupaten Garut berdasarkan data dari Rumah Sakit Umum Daerah Dr Slamet tahun 2025 jumlah penderita stroke sebanyak 516 kasus (Medrek RSU dr slamet 2025).

Kesadaran manusia dipertahankan oleh sebuah sistem di otak yang disebut *ARAS (Ascending Reticular Activating System)*. Sistem ini membuat seseorang terjaga. Pada kasus stroke yang langsung mengenai pusat sistem kesadaran atau mendesak pusat sistem kesadaran dapat dijumpai penurunan kesadaran. Penurunan kesadaran yang terjadi mendadak haruslah dicurigai sebagai sebuah stroke, sampai terbukti bukan gejala stroke. Ada banyak penyebab penurunan kesadaran, termasuk gangguan elektrolit, gangguan pada kadar gula darah, dan juga stroke. Kasus stroke yang disertai penurunan kesadaran pada umumnya dijumpai pada stroke perdarahan. Penurunan kesadaran dapat berupa mengantuk/*somnolen* (terbangun dengan suara), *soporo* (terbangun dengan rangsang nyeri), sampai dengan *koma* (tidak ada respon dengan rangsang sakit) (Pinzon *et al* 2016). Dengan demikian, stroke tidak hanya berdampak pada sistem kesadaran, tetapi stroke juga sering kali disertai dengan gangguan fungsi motorik sebagai akibat dari kerusakan jaringan

otak. Gangguan fungsi motorik tersebut dapat berupa kelemahan otot, kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (*hemiparesis* atau *hemiplegia*), gangguan koordinasi, serta kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti berjalan, makan, dan berpakaian.

Pasien yang mengalami stroke memiliki risiko yang tinggi untuk mengalami gangguan pada fungsi motorik akibat adanya kerusakan pada jaringan otak yang berperan dalam mengatur pergerakan tubuh. Gangguan fungsi motorik tersebut dapat berupa kelemahan otot, penurunan kekuatan ekstremitas, gangguan koordinasi, hingga kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. Kondisi ini menyebabkan pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, seperti makan, mandi, berpakaian, berjalan, maupun berpindah tempat. Akibat keterbatasan bantuan tersebut, pasien menjadi lebih bergantung pada orang lain untuk memenuhi kebutuhan dasar dan aktivitas perawatan dirinya (Triwidiyantari *et al.* 2025). Keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari berkaitan erat dengan konsep (ADL), yang digunakan untuk menilai tingkat kemandirian seseorang dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

Kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas atau disebut dengan *ADL* dan fungsi-fungsi kehidupan sehari-hari yang dilakukan oleh manusia secara rutin dan universal. Untuk menilai *ADL* digunakan berbagai skala seperti Katz Index Barthel yang dimodifikasi dan *Functional Activities Questioner (FAQ)* (Ediawati dalam (Adriani *et al.* 2021). Kegiatan ADL yang dilakukan pasien stroke tidak bisa dilakukan mandiri layaknya manusia pada umumnya karena terdapat kerusakan jaringan otak sehingga pasien memerlukan bantuan dalam memenuhi kebutuhan

dasarnya. Barthel Index merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat kemandirian seseorang dalam menjalankan aktivitas kehidupan sehari-hari, sehingga dapat menentukan derajat ketergantungan individu secara objektif.

Dampak dari penyakit stroke itu sendiri mengalami kelumpuhan pada anggota fisik yang terkena. Selain itu membutuhkan waktu dan biaya perawatan yang tidak sedikit maka akan berpengaruh pada keluarga (Hutagulung 2019). Dampak yang timbul pada pasien stroke tidak hanya terbatas pada gangguan fisik, tetapi juga mencakup perubahan pada aspek psikologis. Keterbatasan dalam beraktivitas dapat memicu perubahan kepribadian dan ketidakstabilan emosi, yang berpotensi berkembang menjadi kondisi depresi. Selain itu, Gangguan dalam perawatan diri umumnya disebabkan oleh kelemahan otot, gangguan koordinasi, serta penurunan fungsi mobilitas akibat kerusakan saraf. Kondisi tersebut menghambat pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari atau (ADL), seperti makan, mandi, berpakaian, dan berpindah tempat. Ketika kemampuan fungsional menurun, pasien memerlukan bantuan dalam berbagai aspek kehidupan sehari-hari. sekitar 40% pasien stroke masih membutuhkan bantuan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari karena adanya gejala sisa atau defisit saraf yang menetap Budiyo dalam Kariasa (2022). Hal ini menunjukkan bahwa stroke memiliki dampak jangka panjang terhadap kehidupan seseorang.

Penelitian ini selaras dengan riset yang dilakukan oleh Deliana *et al.* (2024) yang menjelaskan bahwa gangguan tingkat kesadaran pada pasien stroke berkaitan dengan ketidakseimbangan proses sirkulasi darah ke otak dan pertukaran oksigen. Kondisi tersebut menyebabkan suplai oksigen tidak mencukupi kebutuhan jaringan

serebral sehingga mempengaruhi fungsi saraf pasien. Perubahan fungsi saraf tersebut dapat diukur melalui pengukuran *Glasgow Coma Scale* (GCS) sebagai indikator tujuan dalam menentukan derajat kesadaran pasien stroke.

Penelitian ini selaras dengan riset yang dilakukan oleh Nurhidayat *et al.* (2024). penilaian *ADL* pada pasien stroke iskemik sebagian besar mengalami ketergantungan total, sedangkan pada pasien stroke hemoragik hampir seluruhnya juga mengalami ketergantungan total. Terdapat kebudayaan pasien juga dalam kemandirian sangat kenatal sehingga menjadi faktor pendukung tingginya tingkat ketergantungan pasien stroke iskemik dan hemoragik.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara kepada 10 pasien stroke di ruang Santolo di RSUD Dr Slamet, didapatkan hasil pengukuran tingkat kesadaran menggunakan instrumen *Glasgow Coma Scale* (GCS) dan tingkat kemandirian menggunakan Barthel Index diperoleh bahwa sebanyak 2 orang mengalami tingkat kesadaran 14 dengan tingkat ketergantungan ringan 15, sebanyak 3 orang mengalami tingkat kesadaran 8 dengan tingkat ketergantungan berat 7, sebanyak 5 orang mengalami tingkat kesadaran 5 dengan ketergantungan total 4.

Ditemukan pasien dengan tingkat kesadaran yang sama namun memiliki tingkat kemandirian (*ADL*) yang berbeda yaitu ketergantungan sedang dan ketergantungan berat. Perbedaan ini diduga dipengaruhi oleh beberapa faktor lain, seperti usia pasien yaitu sebanyak 7 dari 10 pasien berada pada rentang usia 45-65 tahun, lama perawatan pasien bervariasi yaitu 4 pasien baru masuk, 6 pasien sudah dirawat >3 hari, serta kondisi neurologis seperti sebanyak 5 pasien mengalami

hemiparesis dan 1 pasien mengalami *hemiplegia*, sebagian besar pasien berjenis kelamin laki-laki.

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa meskipun tingkat kesadaran merupakan salah satu indikator kondisi pasien, kemampuan ADL tidak hanya dipengaruhi oleh tingkat kesadaran saja, sehingga perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan antara tingkat kesadaran dengan ADL pada pasien stroke.”

Berdasarkan hasil studi pendahuluan tersebut, RSUD Dr Slamet dipilih sebagai tempat penelitian karena memiliki jumlah pasien stroke yang cukup banyak terhitung dari bulan Januari sampai bulan Mei sebanyak 330 kasus, variasi kondisi pasien yang beragam, serta ketersediaan data dan akses penelitian yang mendukung, sehingga relevan untuk meneliti hubungan tingkat kesadaran dengan ADL.”

Berdasarkan permasalahan diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian “Hubungan Tingkat Kesadaran Dengan ketergantungan *Activity Daily Of Living* (ADL) Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Dr Slamet Garut”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dirumuskan suatu masalah yaitu Apakah ada Hubungan Tingkat Kesadaran Dengan ketergantungan *Activity Daily Of Living* (ADL) Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Dr Slamet Garut.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan tingkat kesadaran dengan ketergantungan ADL pada pasien stroke di RSUD Dr. Slamet Garut, sehingga hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan asuhan keperawatan, khususnya dalam ketergantungan ADL berbasis kondisi kesadaran pasien.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran tingkat kesadaran pada pasien stroke di RSUD Dr. Slamet Garut.
2. Mengetahui gambaran ketergantungan ADL pada pasien stroke di RSUD Dr. Slamet Garut.
3. Mengetahui hubungan tingkat kesadaran dengan ketergantungan ADL pada pasien stroke di RSUD Dr. Slamet Garut.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Melalui penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan secara ilmiah bagi para pengembang ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan. Penelitian ini juga diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi penelitian selanjutnya.

1.4.2 Manfaat Praktisi

1. Bagi Tempat Peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan dan pertimbangan dalam membuat kebijakan-kebijakan dibidang kesehatan di masa mendatang khususnya pada pasien stroke. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi data dasar bagi penelitian selanjutnya.

2. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi sebagai dasar bagi perawat dalam menyusun intervensi keperawatan yang sesuai dengan hubungan tingkat kesadaran dengan ketergantungan ADL pada pasien stroke di RSUD Dr Slamet Garut.

3. Bagi Peneliti

Sebagai sarana untuk menerapkan ilmu yang diperoleh di bangku kuliah dan meningkatkan pengetahuan, wawasan dan kemampuan khususnya dibidang keperawatan serta menambah pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS

2.1 Kajian Pustaka

2.1.1 Konsep Stroke

2.1.1.1 Pengertian Stroke

Stroke merupakan suatu kondisi yang ditandai dengan terjadinya gangguan fungsi sistem saraf yang muncul secara tiba-tiba akibat adanya gangguan pada aliran darah ke otak. Keadaan ini terjadi karena adanya kelainan pada pembuluh darah serebral, baik berupa penyumbatan maupun pecahnya pembuluh darah di otak. Akibat gangguan tersebut, pasokan oksigen dan nutrisi yang seharusnya diterima oleh jaringan otak menjadi tidak adekuat. Kekurangan oksigen dalam jaringan otak dapat menyebabkan kematian sel-sel saraf (neuron). Kerusakan fungsi otak yang terjadi selanjutnya akan menimbulkan berbagai manifestasi klinis yang dikenal sebagai gejala stroke (Pinzon et al. 2016).

Stroke adalah sindroma klinis yang ditandai oleh disfungsi cerebral fokal atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih, yang dapat menyebabkan disabilitas atau kematian yang disebabkan oleh perdarahan spontan atau suplai darah yang tidak adekuat pada jaringan otak. Sementara itu, stroke iskemik merupakan disfungsi neurologis yang disebabkan oleh infark fokal serebral, spinal maupun retinal. Stroke iskemik ditandai dengan hilangnya sirkulasi darah secara tiba-tiba pada suatu area otak, dan secara klinis menyebabkan hilangnya fungsi neurologis dari area tersebut. Stroke iskemik akut disebabkan oleh thrombosis atau emboli

pada arteri cerebral dan stroke iskemik lebih sering terjadi daripada stroke hemoragik (Hafizhan *et al.* 2020).

Berdasarkan uraian diatas, stroke dapat diartikan sebagai suatu gangguan neurologis yang terjadi secara mendadak akibat terganggunya aliran darah ke otak. Kondisi ini dapat disebabkan oleh penyumbatan atau perdarahan pada pembuluh darah otak yang mengakibatkan penurunan suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak, sehingga menimbulkan gangguan fungsi neurologis yang dapat berlangsung lebih dari 24 jam dan berisiko menyebabkan disabilitas hingga kematian. Salah satu jenis stroke yang paling sering terjadi adalah stroke iskemik, yaitu gangguan neurologis akibat terhentinya aliran darah pada suatu area otak yang umumnya disebabkan oleh trombosis atau emboli pada arteri serebral.

2.1.1.2 Klasifikasi Stroke

Secara klinis stroke dapat dibagi atas 2 jenis yaitu stroke non hemoragik dan stroke hemoragik (Hutagulung 2021)

1) Stroke non hemoragik (iskemik)

Secara patofisiologis stroke non hemoragik (iskemik) adalah kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak adekuat. Secara klinis stroke non hemoragik (iskemik) merupakan defisit neurologis fokal yang timbul akut dan berlangsung lebih lama dari 24 jam serta tidak disebabkan oleh perdarahan. Stroke non hemoragik dibagi berdasarkan manifestasi klinis dan kausal, yaitu:

a) Berdasarkan manifestasi klinis:

- (1) Serangan iskemik Sepintas/Transient Ischemic Attack (TIA). Pada bentuk ini gejala neurologik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak akan menghilang dalam waktu 24 jam.
- (2) Defisit *Neurologik Iskemik Sepintas/Reversible Ischemic Neurological Deficit (RIND)*. Gejala neurologik yang timbul akan menghilang dalam waktu lebih lama dan 24 jam, tapi tidak lebih dari seminggu.
- (3) Stroke progresif (*Progressive Stroke/Stroke in evolution*). Gejala neurologik makin lama makin berat.
- (4) Stroke Komplit (*Complete Stroke*) Gejala klinis sudah menetap.

b) Berdasarkan kausal:

- (1) Stroke trombotik. Stroke trombotik adalah jenis stroke karena pembuluh darah dari jantung yang menuju otak mengalami penyempitan. Hal ini dapat disebabkan oleh terjadinya aterosklerosis, sebagai akibat tingginya kadar kolesterol dan tingginya tekanan darah.
- (2) Stroke emboli/non trombotik. Jenis stroke ini terjadi karena emboli yang dapat terdiri dari debris kolesterol, gumpalan trombosit dan fibrin, menyumbat pembuluh darah yang lebih kecil yang merupakan cabang dari pembuluh arteri utama yang menuju otak. Bagian dari otak yang tidak dialiri darah akan mengalami kerusakan dan tidak berfungsi lagi.

2) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan non traumatik di otak. Menurut WHO *International Classification of Disease* (ICD) stroke hemoragik dibagi atas:

(a) Perdarahan Intra Serebral (PIS)

PIS adalah perdarahan primer yang berasal dari pembuluh darah dalam parenkim otak dan bukan disebabkan oleh trauma. Perdarahan ini paling banyak disebabkan oleh hipertensi. Pada hipertensi kronis dapat terjadi aneurisma-aneurisma mikro di sepanjang arteri. Arteri tadi dapat pecan atau robek.

(b) Perdarahan Sub Arachnoidal (PSA)

PSA adalah keadaan akut dimana terdapatnya atau masuknya darah ke dalam ruangan subaraknoid. Penyebab utama PSA adalah aneurisma intrakranial

2.1.1.3 Etiologi Stroke

Stroke terjadi akibat gangguan suplai darah ke jaringan otak yang menyebabkan terhentinya pasokan oksigen dan nutrisi, sehingga memicu kerusakan sel saraf. Gangguan aliran darah tersebut dapat terjadi melalui berbagai mekanisme yang melibatkan pembuluh darah otak maupun faktor sistemik lainnya. Oleh karena itu, pemahaman mengenai penyebab stroke menjadi bagian penting dalam menentukan langkah pencegahan dan penatalaksanaan yang tepat. Menurut (Bowman L. dalam Lolo and Astrid 2023) membagi 4 etiologi strok:

1) Trombosis

Pengumpulan thrombus mulai terjadi dari adanya kerusakan pada bagian garis endothelial dari pembuluh darah. Aterosklerosis merupakan penyebab utama.

Aterosklerosis menyebabkan zat lemak tertumpuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh darah. Plak ini terus membesar dan menyebabkan penyempitan (stenosis) pada arteri. Stenosis menghambat aliran darah yang biasanya lancar pada arteri. Darah akan berputar-putar di bagian permukaan yang terdapat plak, menyebabkan penggumpalan yang akan melekat pada plak tersebut. Akhirnya rongga pembuluh darah menjadi tersumbat. Selain itu, penyumbatan dapat terjadi karena inflamasi pada arteri atau disebut arteritis atau vaskulitis tetapi hal ini jarang terjadi.

Thrombus biasanya terjadi di semua bagian sepanjang arteri carotid atau pada cabang-cabangnya. Bagian yang biasa terjadi penyumbatan adalah pada bagian yang mengarah pada percabangan dari karotid utama ke bagian dalam dan luar dari arteri karotid. Strok karena trombosis adalah tipe yang paling sering terjadi pada orang dengan diabetes.

Stroke lakunar adalah strok pada pembuluh darah yang kecil. Bagian endothelium dari pembuluh darah kecil dipengaruhi sebagian besar oleh kondisi hipertensi, yang menyebabkan penebalan dari dinding pembuluh darah dan penyempitan. Infark lakunar juga sering terjadi pada penderita diabetes mellitus

2) Embolisme

Sumbatan pada arteri serebral yang disebabkan oleh embolus menyebabkan strok embolik. Embolus terbentuk di bagian luar otak, kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi serebral sampai embolus tersebut melekat pada pembuluh darah dan menyumbat arteri. Embolus yang paling sering terjadi adalah

plak. Thrombus dapat terlepas dari arteri karotis bagian dalam pada bagian luka plak dan bergerak ke dalam sirkulasi serebral.

Kejadian fibrilasi atrial kronik dapat berhubungan dengan tingginya kejadian strok embolik yaitu darah terkumpul di dalam atrium yang kosong. Gumpalan darah yang sangat kecil terbentuk dalam atrium kiri dan bergerak menuju jantung dan masuk ke dalam sirkulasi serebral. Pompa mekanik jantung buatan memiliki permukaan yang lebih kasar dibandingkan otot jantung yang normal dan dapat juga menyebabkan peningkatan risiko terjadinya penggumpalan.

Endokarditis yang disebabkan oleh bakteri maupun yang non bakteri dapat menjadi sumber terjadinya emboli. Sumber-sumber penyebab emboli lainnya adalah tumor, lemak, bakteri, dan udara. Emboli bias terjadi pada seluruh bagian pembuluh darah serebral. Kejadian emboli pada serebral meningkat bersamaan dengan meningkatnya usia.

3) Perdarahan (hemoragik)

Perdarahan intraserebral paling banyak disebabkan oleh adanya ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah, yang bias menyebabkan perdarahan ke dalam jaringan otak. Perdarahan intraserebral paling sering terjadi akibat dari penyakit hipertensi dan umumnya terjadi setelah usia 50 tahun. Akibat lain dari perdarahan adalah aneurisma. Aneurisma adalah pembengkakan pada pembuluh darah. Walaupun aneurisma serebral biasanya kecil (diameter 2-6 mm), hal ini bias menyebabkan ruptur. Diperkirakan sekitar 6% dari seluruh strok disebabkan oleh ruptur aneurisma.

Stroke yang disebabkan perdarahan sering kali menyebabkan spasme pembuluh darah serebral dan iskemik pada serebral karena darah yang berada di luar pembuluh darah membuat iritasi pada jaringan. Strok hemoragik biasanya menyebabkan terjadinya kehilangan fungsi yang banyak dan penyembuhannya paling lambat dibandingkan dengan tipe strok yang lain. Hemoragik berkisar antara 25% sampai 60%. Jumlah volume perdarahan merupakan satu-satunya prediktor yang paling penting untuk melihat kondisi klien. Dengan demikian, tidak mengherankan bahwa perdarahan pada otak penyebab paling fatal dari semua jenis stroke.

4) Penyebab lain

Spasme arteri serebral yang disebabkan oleh infeksi, menurunkan aliran darah ke arah otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang menyempit. Spasme yang berdurasi pendek tidak selamanya menyebabkan kerusakan otak yang permanen. Kondisi hiperkoagulasi adalah kondisi terjadinya penggumpalan yang berlebihan pada pembuluh darah yang bias terjadi pada kondisi kekurangan protein C dan protein S, serta gangguan aliran gumpalan darah yang dapat menyebabkan terjadinya strok trombosis dan strok iskemik. Tekanan pada pembuluh darah serebral bisa disebabkan oleh tumor, gumpalan darah, perlukaan pada otak, atau gangguan lain.

2.1.1.4 Patofisiologi Stroke

Otak kita sangat sensitif terhadap kondisi penurunan atau hilangnya suplai darah. Hipoksia dapat menyebabkan iskemik serebral karena tidak seperti jaringan pada bagian tubuh lainnya, misalnya otot, otak tidak bisa menggunakan

metabolisme anaerobik jika terjadi kekurangan oksigen atau glukosa. Otak diperfusi dengan jumlah yang cukup banyak dibanding organ lain yang kurang vital untuk mempertahankan metabolisme serebral. Iskemia jangka pendek dapat mengarah kepada penurunan sistem neurologis sementara atau TIA. Jika aliran darah tidak diperbaiki, terjadi kerusakan yang tidak dapat diperbaiki pada jaringan otak atau infark dalam hitungan menit. Luasnya infark bergantung pada lokasi dan ukuran arteri yang tersumbat dan kekuatan kolateral ke area yang disuplai Black dalam Lolo and Astrid (2023).

Dengan menghambat Na/K-ATPase, defisiensi energi menyebabkan penimbunan Na dan Ca²⁺ di dalam sel, serta meningkatkan konsentrasi K⁺ ekstrasel sehingga menimbulkan depolarisasi. Depolarisasi menyebabkan penimbunan Cl⁻ di dalam sel, pembengkakan sel, dan kematian sel.

Depolarisasi juga meningkatkan pelepasan glutamate, yang mempercepat kematian sel melalui masuknya Na⁺ dan Ca²⁺. Pembengkakan sel, pelepasan mediator vasokonstriktor dan penyumbatan lumen pembuluh darah oleh granulosit kadang-kadang mencegah reperfusi oleh granulosit, meskipun pada kenyataannya penyebab primernya telah dihilangkan. Kematian sel menyebabkan inflamasi yang juga merusak sel di tepi area iskemia Silbernagl et al dalam Lolo and Astrid (2023).

Iskemia dengan cepat bisa mengganggu metabolisme kematian sel dan perubahan yang permanen dapat terjadi dalam waktu 3-10 menit. Tingkat oksigen dasar klien dan kemampuan mengkompensasi menentukan seberapa cepat perubahan yang tidak bisa diperbaiki akan terjadi. Aliran darah dapat terganggu oleh masalah perfusi lokal, seperti pada stroke atau gangguan perfusi lokal, seperti pada stroke atau

gangguan perfusi secara umum, misalnya pada hipotensi atau henti jantung. Tekanan perfusi serebral harus turun dua pertiga di bawah nilai normal (nilai tengah arterial sebanyak 50 mm Hg atau di bawahnya dianggap nilai normal) sebelum otak tidak autoregulasi akan mengalami manifestasi dari gangguan neurologis Black dalam Lolo and Astrid (2023).

Penurunan perfusi serebral biasanya disebabkan oleh sumbatan arteri serebral atau perdarahan intraserebral. Sumbatan yang terjadi mengakibatkan iskemik pada jaringan otak yang mendapatkan suplai dari arteri yang terganggu dan karena adanya pembengkakan di jaringan sekelilingnya. Sel-sel di bagian tengah atau utama pada lokasi strok akan mati dengan segera setelah kejadian stroke terjadi. Hal itu dikenal dengan istilah cedera sel-sel saraf primer (*primary neural injury*). Daerah yang mengalami hipoperfusi juga terjadi di sekitar bagian utama yang mati. Bagian ini bergantung pada jumlah sirkulasi kolateral yang ada. Sirkulasi kolateral merupakan gambaran pembuluh darah yang memperbesar sirkulasi pembuluh darah dari otak. Perbedaan dalam ukuran dan jumlah pembuluh darah kolateral dapat menjelaskan berbagai macam tingkat keparahan manifestasi strok yang dialami oleh klien di daerah yang sama Black dalam Lolo and Astrid (2023).

Beberapa proses reaksi biokimia akan terjadi dalam hitungan menit pada kondisi iskemik serebral. Reaksi-reaksi tersebut seperti neurotoksin, oksigen radikal bebas, nitro oksida dan glutamate akan dilepaskan. Asidosis lokal juga akan terbentuk. Depolarisasi membran juga akan terjadi. Sebagai hasilnya akan terjadi edema sitotoksik dan kematian sel. Hal ini dikenal dengan perlukaan sel-sel saraf sekunder. Bagian neuron penumbra paling dicurigai terjadi sebagai akibat dari

iskemik serebral. Bagian yang membengkak setelah iskemik bisa mengarah kepada penurunan fungsi saraf sementara. Edema bisa berkurang dalam beberapa jam atau hari dan klien bisa mendapatkan kembali beberapa fungsinya Black dalam Lolo and Astrid (2023).

2.1.1.5 Manifestasi Stroke

Manifestasi klinis stroke menurut Black dalam Lolo and Astrid (2023) dengan penyebab yang berbeda antara lain:

1) Trombosis

- a) Cenderung terjadi pada saat tidur atau dalam waktu satu jam setelah bangun
- b) Iskemik terjadi secara perlahan, sehingga manifestasi klinis terjadi secara perlahan daripada strok yang terjadi karena perdarahan atau emboli

2) Emboli

- a) Keberlangsungan kesadaran yang relatif.
- b) Hipertensi
- c) Pola waktu tidak dapat diprediksi, tidak berhubungan dengan aktivitas.
- d) Manifestasi klinis terjadi dengan cepat dalam waktu 10-30 detik dan sering tanpa peringatan

3) Perdarahan

- a) Bisa terjadi perbaikan yang cepat
- b) Keberlangsungan kesadaran yang relatif
- c) Tekanan darah normal
- d) Sering terjadi pada seseorang dalam kondisi aktif, jam bangun

- e) Sakit kepala yang parah dan tegang pada leher bagian belakang (jika klien dapat melaporkan manifestasi yang dirasakan)
- f) Serangan hemiplegia lengkap yang cepat, terjadi selama hitungan menit sampai satu jam.
- g) Biasanya mengakibatkan kehilangan fungsional permanen dan luas yang lebih lambat dan waktu penyembuhan menyeluruh yang lebih sedikit
- h) Progresi ke arah kondisi koma yang cepat.

Manifestasi klinis stroke dihubungkan dengan area otak yang terkena:

Tabel 2. 1 Manifestasi Klinis Stroke

Lokasi	Arteri Serebral Tengah	Arteri Serebral Anterior	Arteri Serebral Posterior
Perubahan Motorik	<i>Hemiparesis</i> Kontralateral atau <i>Hemiplegia</i> , kerusakan pada muka dan lengan lebih besar dari pada tungkai	1. <i>Hemiparesis</i> kontralateral, kerusakan pada kaki dan tungkai lebih besar dari pada lengan, kaki jatuh dan gangguan cara berjalan 2. gangguan <i>hemisensoris</i> kontralateral	1. <i>hemiparesis</i> kontralateral sedang (dengan bagian thalamus dan subtalamus yang terlihat) 2. <i>tremor</i> yang terlihat
Perubahan Sensoris	1. gangguan <i>hemisensoris</i> kontralateral 2. pengabaian ekstremitas yang terlihat	Gangguan <i>hemisensoris</i> kontralateral	Hilangnya difusi sensoris (thalamus)

2.1.1.6 Faktor Resiko Stroke

Beberapa faktor risiko stroke yang dapat diidentifikasi antara lain:

1) Riwayat Keluarga

Faktor genetik merupakan salah satu risiko stroke di masa depan. Untuk mengidentifikasi faktor genetik ini, anamnesis riwayat keluarga pasien stroke perlu dilakukan.

2) Penyakit Kardiovaskular

Risiko stroke meningkat pada individu dengan riwayat penyakit aterosklerotik, seperti penyakit jantung koroner, gagal jantung, dan klaudikasio intermiten. Pencegahan stroke pada orang dengan faktor risiko ini dapat dilakukan dengan pemberian antiplatelet, yang akan dibahas lebih lanjut dalam pedoman ini.

3) Hipertensi

Hipertensi adalah faktor risiko stroke yang paling umum, termasuk stroke lacunar. The Joint National Committee Eighth (JNC 8) dan European Stroke Organization (ESO) merekomendasikan skrining tekanan darah secara teratur dan penanganan yang sesuai (kelas 1, peringkat bukti A), termasuk modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologi dengan target tekanan darah sistolik <150 mmHg dan diastolik <90 mmHg. Obat antihipertensi yang disarankan mencakup diuretik tiazid, penyekat kanal kalsium, penghambat angiotensin-converting enzyme, atau penyekat reseptor angiotensin. Untuk pasien dengan gagal ginjal kronik, penghambat angiotensin-converting enzyme atau penyekat reseptor angiotensin adalah pilihan utama.

4) Merokok

Semua pasien harus ditanyakan apakah mereka merokok. Pasien disarankan untuk berhenti merokok mengingat bukti epidemiologi yang menunjukkan bahwa merokok berisiko menyebabkan stroke iskemik dan perdarahan subarachnoid. Strategi penghentian merokok termasuk konseling, penggunaan pengganti nikotin, atau obat oral untuk berhenti merokok. Fakta penting terkait merokok. Merokok meningkatkan koagulabilitas dan viskositas darah, kadar fibrinogen, agregasi platelet, tekanan darah, hematokrit, menurunkan kolesterol HDL, dan meningkatkan kolesterol LDL. Berhenti merokok dapat memperbaiki fungsi endotel. Perokok pasif memiliki risiko yang sama dengan perokok aktif.

5) Diabetes

Diabetes meningkatkan risiko stroke, sehingga penting dilakukan pemeriksaan gula darah secara teratur. Kontrol gula darah dilakukan melalui modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologi. Pasien diabetes juga disarankan untuk mengontrol tekanan darah (target 130/80 mmHg sesuai JNC 8) dan dislipidemia. Hipertensi pada pasien diabetes dapat diobati dengan ACEI dan ARB, sedangkan dislipidemia dengan statin.

6) Dislipidemia

Dislipidemia merupakan penyebab stroke keempat terbanyak di Indonesia, terutama pada stroke iskemik. Pasien dengan dislipidemia disarankan untuk melakukan modifikasi gaya hidup dan diberikan inhibitor HMG-CoA reductase (statin), terutama pada pasien dengan risiko tinggi seperti riwayat jantung koroner dan diabetes. Pasien dengan LDL-C >150 mg/dL sebaiknya mendapat terapi.

7) Fibrilasi Atrium

Pemeriksaan nadi dan EKG disarankan bagi pasien berusia >65 tahun untuk mendeteksi fibrilasi atrium.

8) Patent Foramen Ovale (PFO) dengan Right to Left Shunt

Foramen ovale adalah celah antara atrium kanan dan kiri yang memungkinkan aliran darah dari atrium kanan ke kiri.

9) Penyakit Jantung Lain

Pasien dengan riwayat infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI) dan trombus mural ventrikel kiri atau kelainan akinetik segmen ventrikel kiri dapat diberikan warfarin untuk mencegah stroke.

10) Stenosis Karotis Asimtomatik

Pasien dengan stenosis karotis asimtomatik sebaiknya diberikan aspirin dan statin serta menjalani modifikasi gaya hidup.

11) Sickle Cell Disease (SCD)

Anak-anak pasien SCD direkomendasikan untuk menjalani skrining dengan TCD mulai usia 2 tahun hingga 16 tahun. Terapi tranfusi dianjurkan untuk menurunkan risiko stroke pada anak-anak berisiko. Dewasa dengan SCD juga perlu dievaluasi faktor risiko stroke dan dikelola sesuai panduan umum.

12) Polisitemia

Polisitemia reaktif adalah peningkatan hematokrit lebih dari 48%, yang dapat menyebabkan hiperviskositas dan gangguan perfusi. Penanganannya termasuk aspirin dosis rendah dan flebotomi dengan target hematokrit <45%.

13) Terapi Sulih Hormon

Terapi sulih hormon (estrogen dengan atau tanpa progestin) tidak disarankan sebagai pencegahan primer stroke pada pasien pasca-menopause.

14) Kontrasepsi Oral

Kontrasepsi oral dapat berbahaya bagi pasien dengan faktor risiko tambahan seperti merokok dan riwayat tromboemboli. Bagi yang memilih tetap menggunakan kontrasepsi oral, faktor risiko stroke yang ada harus dikelola secara agresif.

15) Obesitas dan Lemak Tubuh

Pada individu dengan kelebihan berat badan dan obesitas, penurunan berat badan direkomendasikan untuk menurunkan tekanan darah dan risiko stroke. Target IMT <25 kg/m² dan lingkaran pinggang <80 cm untuk wanita dan <90 cm untuk pria (kemenkes RI dalam Ismoyowati 2024).

2.1.2 Konsep Tingkat Kesadaran

2.1.2.1 Pengertian Tingkat Kesadaran

Kesadaran didefinisikan sebagai keadaan menyadari peristiwa fisik atau konsep mental. Para pasien yang sadar terjaga dan tanggap terhadap lingkungan mereka (Marcovitch dalam Kardiudiani *et al.* 2019). Tingkat kesadaran telah digambarkan sebagai tingkat rangsangan dan kesadaran. Manifestasi kesadaran yang berubah menyiratkan disfungsi otak yang mendasarinya. Onsetnya bisa mendadak, misalnya setelah cedera kepala akut, atau bisa terjadi lebih bertahap, seperti hipoglikemia.

Sedangkan Menurut (Budi S 2019). Tingkat kesadaran adalah indikator sensitif terhadap status perubahan neurologis klien. Kesadaran dapat dipertahankan

karena Cerebral Hemisphere dan Reticularis Activating System/RAS tetap berfungsi. Tingkat kesadaran (*level of consciousness*) dapat ditentukan secara kualitatif dan kuantitatif

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa tingkat kesadaran merupakan kondisi individu dalam menyadari diri dan lingkungannya yang menjadi indikator penting dalam menilai fungsi neurologis. Perubahan tingkat kesadaran menunjukkan adanya gangguan pada fungsi otak dan dapat dinilai melalui respons pasien terhadap rangsangan secara kualitatif maupun kuantitatif.

1) Tingkat Kesadaran Kualitatif

Tingkat kesadaran kualitatif ditentukan berdasarkan kesimpulan pemeriksaan subjektif. Ini berarti dibutuhkan kesamaan pemahaman dan kesepakatan bersama dari semua perawat mengenai ciri, indikator atau tanda khusus untuk setiap kelompok tingkat kesadaran. Rentang tingkat kesadaran bisa dijabarkan sebagai berikut.

- a) Sadar penuh (*compos mentis*).
- b) Kehilangan kemampuan berpikir dan mengambil keputusan (*confusion*).
- c) Tanda-tanda mulai hilang kesadaran disorientasi tempat, orang dan waktu (*disorientation*).
- d) Keinginan untuk tidur terus namun mudah bangun karena mendengar suara (*lethargy*).
- e) Berkurangnya respons terhadap lingkungan penurunan respons verbal (*obtundation*).

2) Tingkat Kesadaran Kuantitatif

Tingkat kesadaran kuantitatif ditentukan berdasarkan ukuran numerik atau angka. Penilaian yang umum digunakan adalah nilai dari *Glasgow Coma Scale* (GCS). Jumlah total skor terkecil adalah 3 sedangkan nilai total terbaik adalah 15. Skor GCS ini biasanya dikonversi menjadi kategori ringan, berat dan sedang pada kasus cedera kepala.

Ringan : Skor GCS 14-15

Sedang : Skor GCS 9-13

Berat : Skor GCS Kurang Dari 8

Glasgow Coma Scale (GCS) merupakan alat ukur tingkat kesadaran yang dikembangkan oleh Teasdale dan Jennet pada tahun 1974 dan hingga saat ini masih digunakan secara luas dalam praktik klinis (Bidur et al. 2022)

2.1.2.2 Klasifikasi Tingkat Kesadaran

Pada pemeriksaan tingkat kesadaran dengan menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS). Untuk mengukur tingkat kesadaran dengan memperhatikan respon mata, respon verbal, dan respon motorik. Sebagai berikut :

a) Eye (4)

(4): membuka mata dengan spontan

(3): membuka mata dengan suara

(2): membuka mata dengan rangsang nyeri

(1): tidak berespons

b) Verbal (5)

(5): terorientasi dan mampu berbicara

(4): disorientasi dan mampu berbicara

(3): kata-kata tidak tepat/tidak jelas

(2): suara tidak dapat dimengerti/ hanya suara erangan.

(1): tidak berespons

c) Motorik (6)

(6): bergerak menurut perintah

(5): dapat melokalisasi nyeri

(4): fleksi menarik badan ketika diberi rangsangan nyeri

(3): fleksi abnormal

(2): ekstensi abnormal

(1): tidak berespon

Contoh penulisan nilai GCS: 15 (E4, M6, V5)

Mangkaji tingkat kesadaran dikategorikan sebagai berikut:

(a) *Composmentis*

Pada kondisi ini, respon pasien terhadap diri sendiri dan lingkungan sangat baik.

Nilai GCS untuk compos mentis adalah 15-14.

(b) *Apatis*

Kondisi seseorang yang tampak acuh tak acuh terhadap lingkungannya. Nilai

GCS untuk apatis ialah 13-12.

(c) *Delirium*

Kondisi menurunnya tingkat kesadaran yang disertai dengan kekacauan motorik.

Nilai GCS adalah 11-10.

(d) *Somnolen*

Kondisi seseorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila dirangsang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur kembali. Nilai GCS untuk somnolen adalah 9-7.

(e) Semi Koma

Kondisi penurunan kesadaran pasien, yang tidak bisa memberikan respons pada rangsangan verbal. Tetapi kalau diperiksa melalui mata, masih akan terlihat refleks kornea dan pupil yang baik. Nilai GCS untuk semi-koma adalah 6-4.

(f) Koma

Penurunan kesadaran yang sangat dalam, dengan tidak ada gerakan, dan tidak ada respons terhadap rangsang nyeri. Nilai GCS untuk koma adalah 3 (Ardi *et al.* 2024).

Setelah dilakukan scoring maka dapat diambil kesimpulan :

(a) Compos Mentis (GCS:15-14)

(b) Apatis (GCS:13-12)

(c) Somnolen (GCS:11-10)

(d) Delirium (GCS:9-7)

(e) Sporo Coma (GCS:6-4)

(f) Coma (GCS:3)

2.1.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kesadaran

Penurunan kesadaran pada manusia merupakan kondisi serius yang terjadi ketika fungsi otak terganggu, baik secara langsung maupun tidak langsung.

Menurut (Rismala dalam Jamil *et al.* 2025) mengemukakan beberapa faktor yang menyebabkan penurunan tingkat kesadaran yaitu:

1) Stroke iskemik dan hemoragik

Pada stroke iskemik, aliran darah menuju otak terhenti akibat adanya penyumbatan pada pembuluh darah, yang menyebabkan sel-sel otak kekurangan oksigen serta nutrisi. Situasi ini mengakibatkan kerusakan pada jaringan otak, yang berdampak pada pusat kesadaran. Selain itu, stroke hemoragik ditandai dengan pecahnya pembuluh darah di otak, yang memicu terjadinya perdarahan. Darah yang tumpah tersebut dapat menekan jaringan otak di sekitarnya serta meningkatkan tekanan dalam rongga kepala, sehingga mengganggu fungsi otak. Kedua tipe stroke ini dapat menyebabkan penurunan kesadaran pada pasien, yang dapat berkisar dari mengantuk, kebingungan, hingga koma, tergantung pada seberapa luas dan lokasi kerusakan pada otak.

2) Ensefalopati uremik

Penurunan kesadaran juga dapat terjadi dalam kasus ensefalopati uremik, yaitu gangguan fungsi otak akibat dari gagal ginjal. Pada kondisi ini, ginjal tidak mampu melakukan detoksifikasi sisa metabolisme dan toksin dari tubuh. Dampaknya, zat-zat berbahaya tersebut menumpuk dalam darah dan mengganggu kinerja sistem saraf pusat. Hal ini dapat menyebabkan pasien mengalami perubahan dalam perilaku, penurunan konsentrasi, kebingungan, hingga penurunan tingkat kesadaran. Semakin parah kerusakan fungsi ginjal, semakin besar pula dampak yang ditimbulkan pada fungsi otak dan tingkat kesadaran pasien.

3) Sepsis

Pada sepsis, tubuh merespons infeksi dengan peradangan yang luas, yang mengakibatkan gangguan aliran darah, penurunan tekanan darah, dan masalah pada berbagai organ. Otak sangat peka terhadap variasi dalam aliran darah dan kadar oksigen. Sebagai akibatnya, pasien sepsis sering mengalami gangguan fungsi otak yang dikenal sebagai ensefalopati sepsis, yang ditandai dengan kebingungan, kegelisahan, apatis, hingga penurunan kesadaran yang parah. Hal ini menunjukkan bahwa otak sedang mengalami stres metabolik serta sirkulasi darah yang tidak mencukupi.

4) Gangguan fungsi hati

Gangguan pada fungsi hati juga dapat mengakibatkan penurunan kesadaran melalui proses yang dikenal sebagai ensefalopati hepatik. Dalam kasus penyakit hati yang kronis atau kondisi akut yang parah, hati tidak bisa menetralkan zat-zat berbahaya seperti amonia. Zat beracun ini kemudian beredar dalam sirkulasi dan memengaruhi aktivitas otak. Secara klinis, pasien mungkin terlihat sangat mengantuk, mengalami perubahan perilaku, kebingungan, hingga penurunan kesadaran yang signifikan. Kondisi ini menunjukkan bahwa kerusakan pada organ selain otak juga dapat berdampak besar pada tingkat kesadaran seseorang.

5) Efek samping obat

Efek samping dari obat-obatan juga menjadi salah satu faktor yang sering dihadapi dalam praktik klinis. Beberapa jenis obat, terutama yang bekerja dengan menekan sistem saraf pusat seperti sedatif, obat tidur, opioid, dan beberapa obat psikiatri, dapat menurunkan kesadaran jika diambil dalam dosis tinggi,

dikombinasikan dengan obat lain, atau pada pasien yang memiliki masalah pada fungsi hati dan ginjal. Dalam situasi tertentu, efek dari obat-obatan itu dapat terakumulasi di dalam tubuh sehingga pasien tampak sangat mengantuk, sulit untuk dibangunkan, hingga mengalami koma.

2.1.2.4 Pengukuran Tingkat Kesadaran

1) Alat Ukur Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran diukur menggunakan GCS, instrumen yang sering digunakan dan sederhana (Ozoilo dalam Marbun *et al.* 2020). Instrumen ini merupakan sistem penilaian fisiologis pertama dan diperkenalkan pada tahun 1974 oleh Teasdale dan Jennett. Penilaian ini dilakukan dengan menilai membuka mata, respon verbal, dan motorik kemudian nilai dijumlahkan nilai berkisar antara 3-15.

Penilaian GCS cepat dan sederhana, dan pengulangan perhitungan dapat menginformasikan perkembangan atau perburukan pasien, akan tetapi penilaian ini bersifat subjektif pada beberapa kasus. Pada anak-anak perhitungan GCS mengalami modifikasi, GCS adalah metode yang diakui untuk cedera kepala (Kingston&O’Flanaganon dalam Marbun *et al.* 2020). cedera kepala diklasifikasikan ringan (GCS 13-15), sedang (GCS 9-12), berat (GCS 3-8), nilai rendah menggambarkan cedera yang lebih berat dan memiliki resiko mortalitas yang lebih tinggi.

Glasgow coma scale merupakan skala pengukuran pada tingkat kesadaran pasien atau salah satu instrumen sederhana dalam menilai tingkat kesadaran pada pasien stroke, GCS pertama kali dirancang oleh Teasdale dan Jannett pada tahun

1974 sebagai instrumen penelitian untuk mempelajari tingkat kesadaran pasien (A.H.P Mawuntu dalam Wida *et al.* 2025).

2) Kategori Tingkat Kesadaran Berdasarkan GCS

Pada pengukuran tingkat kesadaran penilaian dilakukan dengan observasi menilai respon mata, respon verbal, respon motorik dikelompokkan sebagai berikut :

(a) Compos Mentis (GCS:15-14)

(b) Apatis (GCS:13-12)

(c) Somnolen (GCS:11-10)

(d) Delirium (GCS:9-7)

(e) Sporo Coma(GCS:6-4)

(f) Coma (GCS:3)

2.1.3 Konsep Ketergantungan *Activity Daily Living* (ADL)

2.1.3.1 Pengertian *Activity Daily Living*

ADL mencakup berbagai kegiatan perawatan diri yang bersifat mendasar, seperti menggunakan toilet, makan, berpakaian, mandi, serta melakukan mobilisasi atau berpindah tempat (Pipit dalam Mubarak *et al.* 2021). Aktivitas-aktivitas tersebut merupakan bagian penting dalam mempertahankan fungsi kehidupan sehari-hari dan mencerminkan tingkat kemandirian seseorang.

Tindakan perawatan diri yang perlu dilakukan secara teratur agar individu dapat memenuhi kebutuhan dasar dan mempertahankan keberlangsungan hidupnya atau yang disebut dengan ADL. ADL juga menggambarkan keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk mampu merawat dirinya secara mandiri tanpa ketergantungan pada orang lain. Selain itu, aktivitas ini berperan dalam mendukung

fungsi sosial individu, karena kemampuan melakukan ADL memungkinkan seseorang menjalankan hidup bersama dalam keluarga maupun masyarakat secara optimal (Brunner & Suddarth dalam Mubarak et al. 2021).

Berdasarkan kedua pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa ADL merupakan serangkaian aktivitas dasar yang dilakukan secara rutin oleh individu untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri dan mempertahankan kelangsungan hidup. Aktivitas ini meliputi kemampuan dalam melakukan makan, mandi, berpakaian, toileting, serta mobilisasi, yang mencerminkan tingkat kemandirian seseorang. ADL tidak hanya berfungsi untuk menjaga kebutuhan fisik dasar, tetapi juga berperan dalam mendukung fungsi sosial individu, karena kemampuan melakukan aktivitas tersebut memungkinkan seseorang menjalani kehidupan secara mandiri tanpa ketergantungan pada orang lain.

2.1.2.3 Klasifikasi *Activity Daily Of Living* (ADL)

Jenis Aktivitas Sehari-hari (Stund *et al* dalam Irawan *et al.* 2021), ADL diklasifikasikan menjadi dua kategori utama, antara lain:

1) Basic ADL (BADL) atau ADL Dasar

a) Mandi

Kemampuan untuk melakukan ritual mandi secara mandiri, termasuk membersihkan diri, keramas, dan berpakaian.

b) Makan

Kemampuan untuk menyantap makanan dan minuman tanpa bantuan, termasuk mengunyah, menelan dan membersihkan diri setelah makan.

c) Toilet

Kemampuan untuk menggunakan toilet secara mandiri, meliputi buang air kecil dan besar, serta memberikan diri setelahnya.

d) Mobilitas

Kemampuan untuk berpindah tempat tanpa bantuan seperti berjalan, naik turun tangga, dan berpindah dari satu posisi ke posisi lain.

e) Berpakaian

Kemampuan untuk mengenakan pakaian secara mandiri. memilih dan mengenakan pakaian secara mandiri.

2) Instrumental ADL (IADL) atau ADL Instrumental

a) Memasak

Kemampuan untuk menyiapkan makanan dan minuman, termasuk berbelanja bahan makanan, memasak dan mencuci piring.

b) Berbelanja

Kemampuan untuk berbelanja kebutuhan sehari-hari, termasuk memilih barang, membayar, dan membawa pulang barang belanjaan.

c) Berkomunikasi

Kemampuan untuk berkomunikasi dengan orang lain, baik secara lisan maupun tertulis.

d) Bertransportasi

Kemampuan untuk berpergian secara mandiri, baik menggunakan kendaraan pribadi maupun transportasi umum.

e) Mengurus keuangan

Kemampuan untuk mengelola keuangan, termasuk membayar tagihan, menabung dan berinvestasi.

2.1.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Activity of Daily Living

Menurut Hardywinoto dalam Adriani *et al.* (2021), kemauan dan kemampuan untuk melakukan *ADL* tergantung pada beberapa faktor yaitu:

a) Umur dan status perkembangan

Seorang klien menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana klien bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan *ADL*. Saat perkembangan dari bayi sampai dewasa, seseorang secara perlahan-lahan berubah dari tergantung menjadi mandiri dalam melakukan *ADL*.

b) Kesehatan fisiologis

Seseorang dapat mempengaruhi kemampuan partisipasi dalam *ADL*, contoh sistem nervous mengumpulkan, menghantarkan dan mengolah informasi dari lingkungan, Sistem muskuloskeletal mengkoordinasikan dengan sistem nervous sehingga dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan. Gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit, atau trauma injuri dapat mengganggu pemenuhan *ADL*.

c) Fungsi Kognitif

Tingkat kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan *ADL*. Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental memberikan kontribusi pada fungsi kognitif

dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan ADL.

d) Fungsi Psikososial

Fungsi psikologi menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistis. Proses ini meliputi interaksi yang kompleks antara perilaku intrapersonal dan interpersonal. Gangguan pada intrapersonal contohnya akibat gangguan konsep diri atau ketidakstabilan emosi dapat mengganggu dalam tanggung jawab keluarga dan pekerjaan. Gangguan interpersonal seperti masalah komunikasi, gangguan interaksi sosial atau disfungsi dalam penampilan peran juga dapat mempengaruhi dalam pemenuhan ADL.

e) Tingkat Stress

Tingkat stress merupakan respon fisik nonspesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Faktor yang dapat menyebabkan stress, dapat timbul dari tubuh atau lingkungan atau dapat mengganggu keseimbangan tubuh. Stressor tersebut dapat berupa fisiologis seperti injuri atau psikologi seperti kehilangan.

f) Ritme biologi

Ritme atau irama biologi membantu makhluk hidup mengatur lingkungan fisik disekitarnya dan membantu homeostasis internal (keseimbangan dalam tubuh dan lingkungan). Salah satu irama biologi yaitu irama sirkadian, berjalan pada siklus 24 jam. Perbedaan irama sirkadian membantu pengaturan aktivitas meliputi tidur, temperatur tubuh, dan hormon. Beberapa faktor yang ikut berperan pada

irama sirkadian diantaranya faktor lingkungan seperti hari terang dan gelap, seperti cuaca yang mempengaruhi ADL.

g) Status mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Seperti yang diungkapkan oleh Cahya yang dikutip dari Baltes, salah satu yang dapat mempengaruhi ketidakmandirian individu dalam memenuhi kebutuhannya adalah keterbatasan status mental. Seperti halnya lansia yang memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan.

2.1.3.4 Pengukuran Kemandirian *Activity Daily living*

1) Alat Ukur ADL

Barthel Index mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas. (Mao *et al.* dalam Adriani *et al.* 2021) mengungkapkan bahwa Barthel Index dapat digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan. Barthel Indeks merupakan alat ukur yang banyak dipakai. Barthel Index dengan 13 kriteria dikategorikan menjadi 3 kategori, yaitu mandiri, ketergantungan sebagian, dan ketergantungan total. Adapula Barthel index dengan 10 kriteria dan dikategorikan menjadi 5 kategori, yaitu: mandiri, ketergantungan ringan, ketergantungan sedang, ketergantungan berat, dan ketergantungan total.

Barthel Indeks, tidak mengukur ADL instrumental, komunikasi dan psikososial. Item-item dalam IB dimaksudkan untuk menunjukkan tingkat pelayanan keperawatan yang dibutuhkan oleh pasien. Barthel Indeks, merupakan

skala yang diambil dari catatan medik penderita, pengamatan langsung atau dicatat sendiri oleh pasien. Dapat dikerjakan dalam waktu kurang dari 10 menit (Sugiarto dalam Adriani *et al.* 2021).

Dalam beberapa tahun terakhir banyak para peneliti yang melakukan pengujian secara ilmiah tentang Barthel Indeks, dalam rangka mengukur tingkat kemandirian melalui pengukuran ADL pada lansia Sugiarto dalam Adriani *et al.* (2021) menyatakan bahwa Barthel Indeks handal, sah, dan cukup sensitif, pelaksanaannya mudah dan cepat (dalam waktu kurang dari 10 menit), dari pengamatan langsung atau dari catatan medik penderita, lingkupnya cukup mewakili ADL dasar dan mobilitas ADL dasar.

Barthel Index merupakan instrumen yang digunakan untuk menilai ADL pada pasien stroke, telah digunakan secara luas dan paling umum digunakan dalam praktik klinis. Instrumen ini memiliki validitas dan reliabilitas yang baik dalam mengukur tingkat kemandirian pasien. Selain itu, Barthel Index lebih sederhana dan mudah digunakan sehingga sesuai digunakan dalam penelitian ini (Zheng *et al.* 2021).

2) Kategori Tingkat Ketergantungan *ADL* Berdasarkan Indeks Barthel Modifikasi

Dalam Skor Indeks Barthel Modifikasi memiliki range nilai maksimal 0-20 dengan kategori sebagai berikut:

- a) 20: Mandiri (A)
- b) 12-19: Ketergantungan Ringan (B)
- c) 9-11: Ketergantungan Sedang (B)
- d) 5-8: Ketergantungan Berat (C)

e) 0-4: Ketergantungan Total (C)

2.2 Kerangka Pemikiran

Berdasarkan teori Lawrence Green dalam Malinda (2024) menjelaskan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor penguat. Teori Lawrence Green bukan teori khusus mengenai ketergantungan activity daily of living, tetapi merupakan model perilaku kesehatan yang sering digunakan untuk menjelaskan faktor-faktor yang memengaruhi perilaku, termasuk ketergantungan activity daily of living pada pasien stroke. Berdasarkan teori Lawrence Green ketergantungan activity daily of living dipengaruhi 3 faktor yaitu :

1) faktor predisposisi meliputi

(a) umur, Seorang klien menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana klien bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan ADL. Saat perkembangan dari bayi sampai dewasa, seseorang secara perlahan-lahan berubah dari tergantung menjadi mandiri dalam melakukan ADL.

(b) tingkat kesadaran, Pasien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran umumnya mengalami gangguan fungsi neurologis sehingga kemampuan melakukan aktivitas seperti makan, mandi, berpakaian, berjalan, dan toileting menjadi terbatas dan membutuhkan bantuan orang lain. Sebaliknya, pasien dengan tingkat kesadaran yang baik cenderung lebih mampu melakukan ADL secara mandiri karena dapat mengontrol gerakan, memahami instruksi, dan berpartisipasi dalam proses rehabilitasi.

(c) fungsi kognitif, Tingkat kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan ADL. Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental memberikan kontribusi pada fungsi kognitif dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan ADL.

(d) psikologi atau psikososial, fungsi psikologi menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistik. Proses ini meliputi interaksi yang kompleks antara perilaku intrapersonal dan interpersonal. Gangguan pada intrapersonal contohnya akibat gangguan konsep diri atau ketidakstabilan emosi dapat mengganggu dalam tanggung jawab keluarga dan pekerjaan. Gangguan interpersonal seperti masalah komunikasi, gangguan interaksi sosial atau disfungsi dalam penampilan peran juga dapat mempengaruhi dalam pemenuhan ADL.

(e) tingkat stress, stres merupakan respon fisik nonspesifik terhadap bermacam kebutuhan. Faktor yang dapat menyebabkan stress (stressor), dapat timbul dari tubuh atau lingkungan atau dapat mengganggu keseimbangan tubuh. Stressor tersebut dapat berupa fisiologis seperti injuri atau psikologi seperti kehilangan.

2) Faktor pendukung yaitu

(a) lingkungan fisik, Lingkungan fisik memiliki peran penting dengan kemampuan Activity Daily Living (ADL) pada pasien stroke karena kondisi lingkungan dapat memengaruhi tingkat kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari

seperti makan, mandi, berpakaian, berjalan, dan toileting. Pasien stroke umumnya mengalami kelemahan otot, gangguan mobilitas, serta penurunan keseimbangan sehingga membutuhkan lingkungan yang aman dan mendukung.

3) Selain faktor pendukung, selanjutnya faktor pendorong yaitu

(a) dukungan keluarga, menurut Prasetya dalam Nur *et al.* (2025), yang menyatakan bahwa keluarga berperan sebagai support system utama bagi pasien pasca stroke. Keluarga yang aktif memberikan motivasi, bantuan fisik, dan memperhatikan kebutuhan pasien dapat membantu pemulihan fungsi motorik dan mempercepat pencapaian kemandirian. Pelibatan keluarga dalam edukasi, pelatihan perawatan, dan dukungan psikososial tidak hanya meningkatkan efektivitas terapi tetapi juga menumbuhkan rasa percaya diri dan kemandirian pada pasien.

Menurut teori keperawatan Dorothea Orem menjelaskan dalam Kirana *et al.* (2023) bahwa setiap individu memiliki kemampuan merawat diri sendiri yang disebut *self-care agency*. Kemampuan ini membantu seseorang memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri. Pada pasien dengan penurunan kesadaran yang ditandai nilai *GCS* rendah, kemampuan *self-care agency* ikut menurun karena fungsi kognitif dan motorik terganggu. Akibatnya, pasien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas dasar seperti makan, mandi, berpindah tempat, dan berpakaian kondisi tersebut disebut *self-care deficit*, yaitu keadaan ketika kebutuhan perawatan diri lebih besar dibandingkan kemampuan pasien untuk memenuhinya. Pada pasien stroke, semakin rendah skor *GCS* maka semakin tinggi ketergantungan pasien terhadap bantuan perawat dalam memenuhi *ADL*. Menurut Orem, pasien dengan penurunan kesadaran berat termasuk dalam *wholly*

compensatory system, yaitu kondisi memberikan bantuan secara penuh kepada pasien yang memiliki tingkat ketergantungan total atau ketidak mampuan memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri. Namun, jika tingkat kesadaran pasien membaik dan skor *GCS* meningkat, maka kemampuan perawatan diri pasien juga dapat meningkat secara bertahap hingga pasien mampu melakukan *ADL* secara mandiri. Orem juga mengatakan salah satu dari lima premis yang mendasari teori keperawatan, manusia memiliki keterbatasan dalam merawat diri sendiri dan orang lain dan memerlukan bantuan orang lain dalam membantu mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraanya.

Menurut Mao dalam Adriani *et al.* (2021) mengungkapkan bahwa Barthel Index dapat digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan. Barthel Indeks merupakan alat ukur yang banyak dipakai dengan mengkategorikan tingkat kesadaran menjadi 5 kategori dalam Skor Indeks Barthel Modifikasi yaitu

- a) 20: Mandiri,
- b) 12-19: Ketergantungan Ringan,
- c) 9-11: Ketergantungan Sedang,
- d) 5-8: Ketergantungan Berat
- e) 0-4: Ketergantungan Total.

Tingkat kesadaran merupakan faktor predisposisi yang paling berpengaruh terhadap ketergantungan *activity daily of living* pada pasien stroke. Hal ini karena faktor tersebut secara langsung berkaitan dengan perubahan biologis serta kemampuan aktivitas individu yang terjadi pasca pemulihan penyakit stroke.

Tingkat kesadaran dianggap sebagai faktor yang paling berpengaruh terhadap ketergantungan *ADL* karena kesadaran merupakan dasar utama seseorang dalam menjalankan fungsi dirinya. Individu yang memiliki kesadaran baik akan lebih mampu menerima rangsangan, memahami perintah, mengontrol gerakan, serta melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Sebaliknya, penurunan tingkat kesadaran dapat menyebabkan gangguan dalam kemampuan motorik, komunikasi, orientasi, dan respons terhadap lingkungan sehingga pasien menjadi lebih bergantung pada bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhan dasar seperti makan, mandi, berpindah tempat, dan toileting.

Dibandingkan dengan faktor usia, tingkat kesadaran memiliki pengaruh yang lebih langsung terhadap kemampuan *ADL*. Peningkatan usia memang dapat menyebabkan penurunan fungsi fisik, namun tidak semua lansia mengalami ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari. Lansia dengan kesadaran yang baik masih dapat melakukan *ADL* secara mandiri. Sebaliknya, pasien usia muda yang mengalami penurunan kesadaran dapat mengalami ketergantungan total.

Fungsi kognitif juga berkaitan dengan kemampuan melakukan *ADL*, tetapi fungsi kognitif tetap memerlukan tingkat kesadaran yang adekuat agar dapat bekerja secara optimal. Ketika kesadaran menurun, kemampuan berpikir, mengingat, dan mengambil keputusan juga ikut terganggu. Oleh karena itu, tingkat kesadaran dapat dianggap lebih mendasar dibanding fungsi kognitif (Ginanjar et al. 2026).

Faktor psikososial dan tingkat stres lebih banyak memengaruhi kondisi emosional, motivasi, serta kemampuan adaptasi pasien. Namun, faktor tersebut

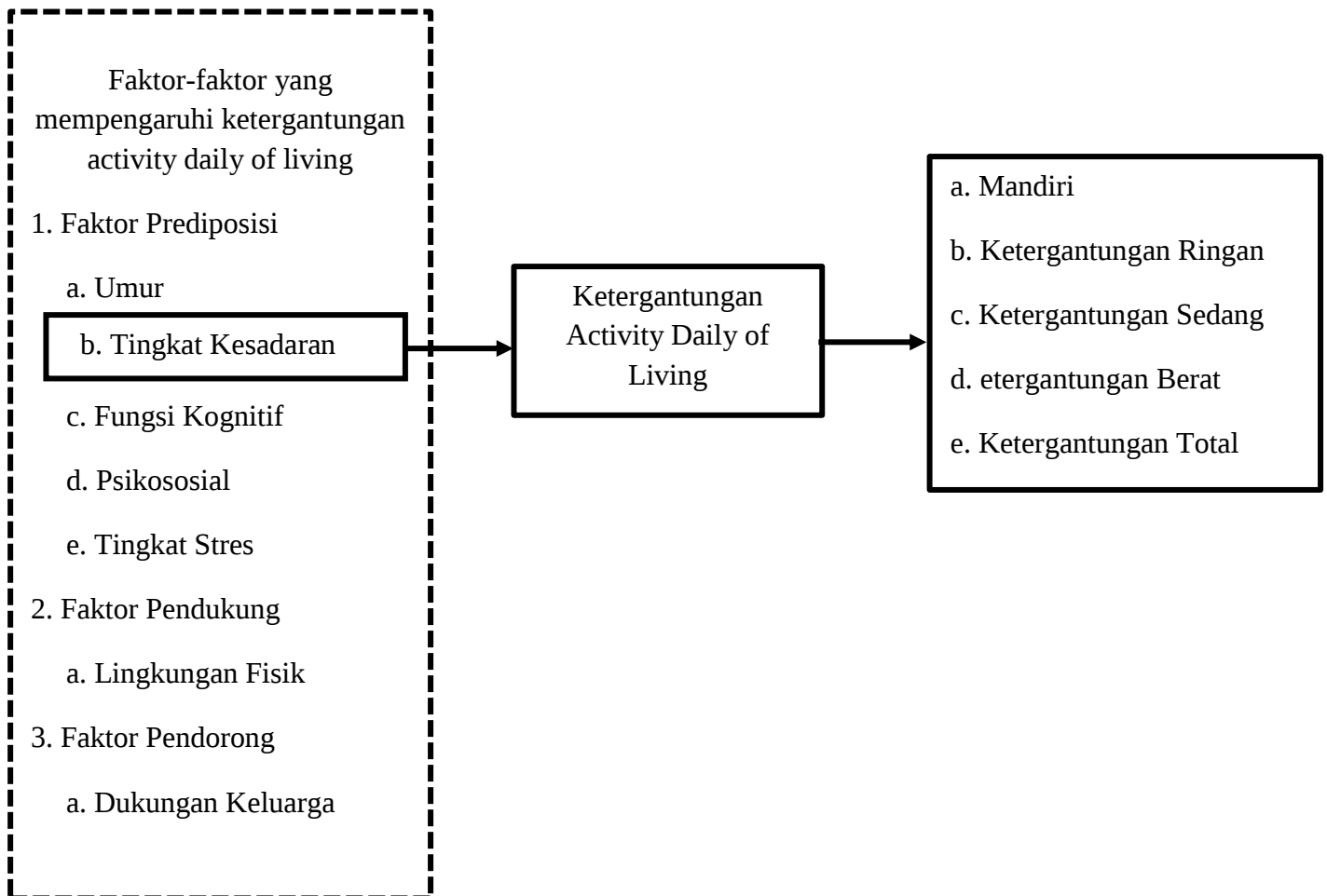
tidak secara langsung menyebabkan hilangnya kemampuan dasar dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Pasien dengan kondisi psikososial yang kurang baik masih dapat melakukan *ADL* apabila tingkat kesadarannya baik.

Lingkungan fisik dan dukungan keluarga merupakan faktor eksternal yang dapat membantu meningkatkan kemandirian pasien. Akan tetapi, bantuan lingkungan dan keluarga tidak akan optimal apabila pasien mengalami penurunan kesadaran. Pasien tetap membutuhkan kemampuan untuk merespons dan berpartisipasi dalam aktivitas yang dilakukan.

Dengan demikian, tingkat kesadaran menjadi faktor yang paling dominan terhadap ketergantungan *ADL* karena kesadaran berperan sebagai dasar utama dalam kemampuan individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Secara garis besarnya alur penelitian ini dapat dilihat pada bagan dibawah ini:

Bagan 2. 1 Kerangka Pemikiran

Hubungan Tingkat Kesadaran Dengan Ketergantungan ADL Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr Slamet Garut



: Diteliti

: Tidak Diteliti

: Alur penelitian

Sumber : Modifikasi dari Teori Lawrence Green dalam Malinda (2024), Hardywinoto dalam Adriani *et al.* (2021), Prasetyo dalam Nur *et al.* (2025), (Hafizhan *et al.* 2020), (Mubarak *et al.* 2021)

2.3 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan. dikatakan sementara, karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data. jadi hipotesis juga dapat dinyatakan sebagai jawaban teoritis terhadap rumusan masalah penelitian, belum jawaban yang empirik (Sugiyono 2023).

H_0 : Tidak ada Hubungan Tingkat Kesadaran Dengan Activity Daily Living Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut.

H_1 : Ada Hubungan Tingkat Kesadaran Dengan Dengan Activity Daily Living Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam rancangan penelitian ini adalah kuantitatif deskriptif korelasional. Penelitian kuantitatif deskriptif korelasional dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu fenomena yang terjadi kemudian dilakukan penelaahan dengan meneliti hubungan antara dua variabel pada sekelompok subjek Notoatmodjo dalam Muttaqin (2024).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara Tingkat Kesadaran dengan *Activity Daily Living* (ADL) pada pasien stroke di Ruang Rawat Inap RSUD dr. Slamet Garut

3.2 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2023).

3.2.1 Variabel Bebas (Independent)

variabel ini disebut sebagai variabel stimulus, prediktor, antecedent. Dalam bahasa Indonesia disebut variabel bebas. Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (terikat) (Sugiyono, 2023). Dalam penelitian ini variabel independent adalah tingkat kesadaran.

3.2.2 Variabel Terikat (Dependen)

variabel ini sering disebut sebagai variabel output, kriteria, konsekuen. dalam bahasa Indonesia disebut variabel terikat. variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Sugiyono 2023). Dalam penelitian ini variabel dependen adalah *Activity Daily Living*.

3.3 Definisi Operasional Variabel

Tabel 3. 1 Definisi Operasional Variabel

Hubungan Tingkat Kesadaran Dengan ketergantungan ADL Pada Pasien Stroke di RSUD Dr Slamet Garut

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Tingkat Kesadaran	Kondisi individu dalam menyadari diri dan lingkungannya yang menjadi indikator penting dalam menilai	Observasi menggunakan instrumen GCS dengan tiga komponen penilainya yaitu respon mata, respon verbal,	Mengobservasi pada pasien secara langsung dengan menggunakan instrumen GCS yang diperoleh kemudian	1. <i>Compos Mentis</i> (GCS:15-14) 2. <i>Apatis</i> (GCS:13-12) 3. <i>Somnolen</i> (GCS:11-10) 4. <i>Delirium</i> (GCS:9-7)	ordinal

		fungsi neurologis.	respon motorik (Manoppo et al. 2024)	menghitung scor GCS yang diperoleh		
2.	<i>Activity Daily Living</i>	Serangkaian aktivitas dasar yang dilakukan secara rutin oleh individu untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri dan mempertahankan kelangsungan hidup.	Observasi dengan menggunakan barthel indeks dan juga wawancara dilakukan secara data pendukung (Nurhidayat et al. 2024)	Diukur menggunakan instrumen barthel indeks, dengan metode observasi kepada responden untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien.	1.20: Mandiri (A) 2.12-19: Ketergantungan Ringan (B) 3.9-11: Ketergantungan Sedang (B) 4.5-8: Ketergantungan Berat (C) 5.0-4: Ketergantungan Total (C)	ordinal

3.4 Populasi dan Sampel Penelitian

3.4.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulanya (Sugiyono 2023).

Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien stroke yang ada di Ruang Rawat Inap RSUD dr Slamet Garut termasuk ruangan santolo Tahun 2025 dan tercatat sebanyak 516 orang.

3.4.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. (Sugiyono 2023). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis purposive sampling adalah teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2023).

Berdasarkan perhitungan menggunakan rumus *Slovin* (Sugiyono 2023), dengan jumlah populasi 516 dan tingkat kesalahan 10% diperoleh besar sampel sebanyak 84 responden, Untuk perhitunganya sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel yang diperlukan

N = jumlah populasi

e = tingkat kesalahan

Sampel pada penelitian ini yaitu:

$$n = \frac{516}{1+516(0,1)^2}$$

$$n = \frac{516}{1+516(0,01)}$$

$$n = \frac{516}{1 + 5,16}$$

$$n = \frac{516}{6,16}$$

$$n = 83,77$$

Hasil dari 83,77 dibulatkan menjadi 84

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling. Menurut Sugiyono (2023), purposive sampling adalah teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu. Berdasarkan tujuan tertentu untuk memberikan informasi yang dibutuhkan peneliti, subjek penelitian diambil dengan melakukan pertimbangan kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti yaitu:

a) Kriteria Inklusi

- (1) Pasien dengan diagnosis medis stroke infark dan pendarahan
- (2) Pasien yang dirawat di ruang rawat inap RSUD Dr Slamet Garut
- (3) Pasien dengan usia > 18 tahun
- (4) Memiliki nilai GCS yang tercatat dalam rekam medis saat pengkajian awal
- (5) Pasien yang tidak menggunakan sedasi dan tidak terpasang ventilator
- (6) pasien dengan atau tanpa gangguan komunikasi verbal

b) Kriteria Eksklusi

- (1) Pasien dengan tingkat kesadaran koma ($GCS < 7$)
- (2) Pasien dalam kondisi menggunakan sedasi atau ventilator
- (3) Pasien dengan data rekam medis tidak lengkap, terutama terkait nilai GCS

3.5 Teknik Pengumpulan Data Penelitian

Pengumpulan data penelitian dilakukan dengan 2 cara yaitu melalui:

1) Observasi

Sebagai teknik pengumpulan data mempunyai cara yang spesifik bila dibandingkan dengan teknik yang lain, yaitu wawancara dan kuisioner (Sugiyono 2023). Dalam observasi ini dilakukan secara langsung kepada responden menggunakan instrumen *Glasgow Coma Scale* (GCS) untuk menilai tingkat kesadaran pasien stroke penilaian dilakukan oleh peneliti berdasarkan respon mata, verbal, dan motorik pasien dan Barthel Indeks untuk menilai kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

2) Wawancara Terstruktur

Digunakan sebagai teknik pengumpulan data, bila peneliti atau pengumpul data telah mengetahui dengan pasti tentang informasi apa yang akan diperoleh (Sugiyono, 2023). Dalam wawancara ini dilakukan kepada keluarga sebagai data pendukung apabila terdapat data yang tidak dapat diperoleh melalui observasi langsung seperti pada pasien tidak kooperatif atau keterbatasan kondisi.

3.6 Uji Validitas Dan Reabilitas Instrumen Penelitian

Penelitian yang valid bila terdapat kesamaan antara data yang terkumpul dengan data yang sesungguhnya terjadi pada objek yang diteliti. Kalau dalam obyek berwarna merah, sedangkan data yang terkumpul memberikan data berwarna putih maka hasil penelitian tidak valid. Selanjutnya hasil penelitian yang reliabel, bila

terdapat kesamaan data dalam waktu yang berbeda. Kalau dalam obyek kemarin berwarna merah, maka sekarang dan besok tetap berwarna merah (Sugiyono, 2023).

Untuk penelitian ini tidak dilakukan uji validitas dan reabilitas karena variabel independent dan variabel dependen menggunakan metode wawancara dan juga observasi dan menggunakan instrumen baku yaitu *GCS* dan *ADL*. *GCS* menjadi penilaian berharga dalam menilai kesadaran pasien (Setiorini *et al.* 2024) dan untuk barthel indeks diuji pada responden stroke di Jawa Barat, Indonesia. Hasilnya menunjukkan valid dan reliabel (Alifiar *et al.* 2025).

Pada penelitian (Nurhidayat *et al.* 2021) diperoleh nilai sig. (2-tailed) sebesar 0,440 $p\text{-value} > 0,05$ sehingga dapat disimpulkan tingginya tingkat ketergantungan pada pasien stroke tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara stroke iskemik dan stroke hemoragik.

Pada penelitian (Jefrianda 2020) terdapat hubungan *GCS* dengan tanda-tanda vital pada pasien stroke di IGD dengan suhu tubuh sebagai tanda-tanda vital yang paling berhubungan dengan *GCS* pada pasien stroke dengan $p=0,000$ atau $p\text{-value} < 0,05$.

3.7 Rancangan Analisis Hasil Data Penelitian

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan dalam dua tahap, yaitu analisis univariat dan analisis bivariat, dengan tujuan untuk mendeskripsikan karakteristik sampel serta menguji hubungan antar variabel.

3.7.1 Analisis Univariat

3.7.1.1 Tingkat Kesadaran

Deskripsi tentang tingkat kesadaran dibagi kedalam 5 kelompok yaitu *compos mentis*, *apatis*, *somnolen*, *delirium* dengan menjumlahkan skor yang diperoleh dari setiap jawaban, adapun kriteria tingkat kesadaran yaitu :

- 1) *Compos Mentis* (GCS:15-14)
- 2) *Apatis* (GCS:13-12)
- 3) *Somnolen* (GCS:11-10)
- 4) *Delirium* (GCS:9-7)

Setelah mendapatkan total nilai dari semua item, kemudian dikelompokkan dalam kategori *Compos Mentis*, *Apatis*, *Somnolen*, *Delirium*, maka didistribusi frekuensi kategori tingkat kesadaran responden dapat diketahui dengan menggunakan rumus distribusi proporsi :

$$P = \frac{X}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P = persentase

X = jumlah per kategori (*compos mentis*, *apatis*, *somnolen*, *delirium*)

N = jumlah responden

3.7.1.2 *Activity Daily Living*

Analisis univariat ADL diperoleh dengan menjumlahkan skor yang diperoleh dari setiap kemampuan yang ada di dalam barthel indeks kemudian dibagi kedalam 5 kelompok, yaitu :

- 1) 20: Mandiri
- 2) 12-19: Ketergantungan Ringan
- 3) 9-11: Ketergantungan Sedang
- 4) 5-8: Ketergantungan Berat
- 5) 0-4: Ketergantungan Total

Selanjutnya ADL dibuat persentase dengan menggunakan rumus seperti pada perhitungan tingkat kesadaran. Data yang dipersentasekan kemudian diinterpretasikan menggunakan skala sebagai berikut :

- | | |
|------------|--------------------------------|
| 0% | : Tidak seorang pun responden |
| 1% - 25% | : Sebagian kecil responden |
| 26% - 49% | : Hampir setengahnya responden |
| 50% | : Setengahnya responden |
| 51% - 75% | : Sebagian besar responden |
| 76% - 98% | : hampir seluruh responden |
| 99% - 100% | : seluruh responden |

3.7.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antar dua variabel (dependent dan independent). Jenis uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini disesuaikan dengan jenis data yaitu ordinal uji statistik yang digunakan adalah korelasi range spearman dengan menggunakan SPSS versi 26.

Uji range spearman yaitu uji yang digunakan untuk menguji signifikan dua variabel dengan rumus:

$$r_s = \frac{1 - 6 (\sum d^2)}{n(n-1)}$$

Keterangan:

r_s = Koefisiensi korelasi spearman

n = Banyaknya pasangan data

d = Selisih peringkat

Kaidah Hasil:

- 1) Jika P-value < 0,05 berarti ada hubungan, dapat disimpulkan bahwa H_a diterima.
- 2) Jika P-value $\geq$ 0,05 berarti tidak ada hubungan, dapat disimpulkan bahwa H_o diterima.

3.7.3 Pengolahan Data

1) Editing

Editing adalah memastikan bahwa data yang diperoleh adalah bersih, yaitu data tersebut telah terisi, relevan dan dapat dibaca dengan baik. Hal ini dilakukan dengan meneliti tiap lembar pada waktu penerimaan dari pengumpulan data.

2) Coding

Coding adalah merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan, hal ini untuk mempermudah analisa dan entry data. Coding yang diberikan untuk pengolahan data dilakukan sebagai berikut:

a) untuk tingkat kesadaran

- (1) compos mentis diberi kode 1
- (2) apatis diberi kode 2
- (3) somnolen diberi kode 3
- (4) delirium diberi kode 4

b) sedangkan untuk *ADL*

- (1) Mandiri diberi kode 1
- (2) Ketergantungan Ringan diberi kode 2
- (3) Ketergantungan Sedang diberi kode 3
- (4) Ketergantungan Berat diberi kode 4
- (5) Ketergantungan Total diberi kode 5

3) Entying

Kegiatan membuat struktur data dan data file yang dikembangkan sesuai dengan analisa yang akan dilakukan dan jenis perangkat lunak yang akan dipergunakan.

4) Analyzing

Kegiatan memasukan data, yaitu memproses data ke dalam perangkat lunak agar data bisa dianalisa lebih lanjut.

5) Cleaning

Cleaning adalah kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di entry, apakah ada kesalahan atau tidak, diharapkan data yang masuk sudah benar-benar bersih dan sesuai.

3.8 Langkah-Langkah Penelitian

1) Tahap persiapan

- a) Melakukan pengajuan judul penelitian
- b) Melakukan studi pendahuluan untuk menentukan masalah penelitian
- c) Mengkaji dan merumuskan masalah
- d) melakukan studi pendahuluan untuk mencari data pada masalah penelitian
- e) Mengumpulkan dan mengkaji kepustakaan
- f) Menyusun proposal penelitian
- g) Menyusun instrumen dan perbaikan instrumen
- h) Seminar proposal penelitian.

2) Tahap pelaksanaan

- a) Melaksanakan uji coba instrument
- b) melakukan observasi dan wawancara keluarga
- c) Pengumpulan data
- d) Pengecekan kelengkapan data
- e) Pengolahan data
- f) Pembahasan hasil penelitian.

3) Tahap akhir

- a) Mengolah data hasil penelitian

b) Penyusunan laporan penelitian

c) Penyajian hasil penelitian.

3.9 Tempat Dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian ini akan dilakukan di RSUD Dr Slamet Garut dan waktu penelitian ini dilakukan pada tanggal 29 Mei – 13 Juni 2026

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 29 Mei 2026 sampai dengan 13 Juni 2026, dengan didapatkan hasil 84 responden dengan menyesuaikan kriteria inklusi dan eklusi di Rsud Dr Slamet Garut. Dari hasil penelitian yang berjudul “Hubungan Tingkat Kesadaran dengan *Activity Daily of Lliving* Pada Pasien Stroke di Rsud Dr Slamet Garut” di dapatkan hasil sebagai berikut:

4.1.1 Karakteristik Responden

4.1.1.1 Gambaran Usia Pada Pasien Stroke

Distribusi frekuensi Usia Pada Pasien Stroke di Rsud Dr Slamet Garut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Usia Pada Pasien Stroke

Gambaran Usia Pada Pasien Stroke di Rsud Dr Slamet Garut

Usia	Frekuensi	Persentase (%)
Dewasa Ahir	16	19,0
Lansia Awal	25	29,8
Lansia Ahir	26	31,0
Manula	17	20,2
Total	84	100,0

Berdasarkan tabel 4.1 hampir setengahnya responden (31,0%) pasien stroke memiliki usia lansia ahir (56-65 tahun) sebanyak 26 orang, dan Sebagian kecil responden (19,0 %) memiliki usia dewasa ahir (36-45 tahun) 16 orang.

4.1.1.2 Gambaran Jenis Kelamin Pada Pasien Stroke

Distribusi frekuensi Jenis Kelamin Pada Pasien Stroke di Rsud Dr Slamet Garut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Pada Pasien Stroke

Gambaran Jenis Kelamin Pada Pasien Stroke di Rsud Dr Slamet Garut

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-laki	50	59,5
Perempuan	34	40,5
Total	84	100,0

Berdasarkan tabel 4.2 sebagian besar responden (59,5%) pasien stroke berjenis kelamin laki-laki sebanyak 50 orang, dan sebagian responden (40,5%) berjenis kelamin Perempuan sebanyak 34 orang.

4.1.1.3 Gambaran Jenis Stroke Responden

Distribusi frekuensi Jenis Stroke Pada responden di Rsud Dr Slamet Garut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Jenis Stroke

Gambaran Jenis Stroke Pada Responden di Rsud Dr Slamet Garut

Jenis Stroke	Frekuensi	Persentase (%)
Infark	60	71,4
Pis	24	28,6
Total	84	100,0

Berdasarkan tabel 4.3 sebagian besar responden (71,4%) memiliki Jenis Stroke Infark sebanyak 60 orang, dan hampir setengahnya responden (28,6%) memiliki Jenis Stroke Pis sebanyak 24 orang.

4.2 Analisis Univariat

4.2.1 Gambaran Tingkat Kesadaran Pasien Stroke

Distribusi frekuensi Tingkat Kesadaran Pada Pasien Stroke di Rsud Dr Slamet Garut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Tingkat Kesadaran

Gambaran Tingkat Kesadaran Pasien Stroke di Rsud Dr Slamet Garut

Tingkat Kesadaran	Frekuensi	Persentase (%)
Compos Mentis	38	45,2
Apatis	11	13,1
Somnolen	16	19,0
Delirium	19	22,6
Total	84	100,0

Berdasarkan tabel 4.4 sebagian responden (45%) pasien stroke memiliki tingkat kesadaran *compos mentis* sebanyak 38 orang, dan sangat sedikit (13,1%) memiliki tingkat kesadaran *apatis* sebanyak 11 orang.

4.2.2 Gambaran Tingkat Ketergantungan Pasien Stroke

Distribusi frekuensi Tingkat Ketergantungan Pada Pasien Stroke di Rsud Dr Slamet Garut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. 5 Distribusi Frekuensi Tingkat Ketergantungan

Gambaran Tingkat Ketergantungan Pasien Stroke di Rsud Dr Slamet Garut

Tingkat ketergantungan	Frekuensi	Persentase (%)
Mandiri	0	0,0
Ketergantungan ringan	9	10,7
Ketergantungan sedang	17	20,2
Ketergantungan berat	17	20,2
Ketergantungan total	41	48,8
Total	84	100,0

Berdasarkan tabel 4.5 sebagian responden (48,8%) pada pasien stroke memiliki ketergantungan total sebanyak 41 orang, dan sangat sedikit dari responden (10,7%) pada pasien stroke memiliki ketergantungan ringan sebanyak 9 orang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat kesadaran *compos mentis*, yaitu kondisi di mana pasien sadar penuh, mampu mengenali diri, waktu, tempat, dan merespons rangsangan dengan baik. Namun, pada penelitian ini sebagian besar responden juga mengalami ketergantungan total dalam *ADL*. Temuan ini menunjukkan adanya kondisi yang bertolak belakang dengan teori yang dikemukakan oleh Dorothea Orem.

Menurut Teori Orem menjelaskan kemampuan *self-care agency* ikut menurun karena fungsi kognitif dan motorik terganggu. Akibatnya, pasien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas dasar seperti makan, mandi, berpindah tempat, dan berpakaian kondisi tersebut disebut *self-care deficit*. Namun, pada pasien stroke, kemampuan melakukan *ADL* tidak hanya dipengaruhi oleh tingkat kesadaran, tetapi juga dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, seperti kelemahan atau kelumpuhan anggota gerak (*hemiparesis* atau *hemiplegia*), gangguan keseimbangan, gangguan koordinasi, gangguan bicara, usia lanjut, serta tingkat keparahan stroke yang dialami pasien. Meskipun pasien berada dalam kondisi *compos mentis* dan mampu memahami instruksi dengan baik, keterbatasan fisik akibat kerusakan neurologis dapat menyebabkan pasien tetap bergantung pada bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti makan, mandi, berpakaian, berpindah tempat, dan toileting.

4.3 Analisis Bivariat

4.3.1 Tingkat Kesadaran dengan *Activity Daily Of Living*

Hasil pengolahan data mengenai Hubungan Tingkat Kesadaran dengan *Activity Daily of Living* Pada Pasien Stroke di Rsud Dr Slamet Garut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. 6 Hubungan Tingkat Kesadaran dengan Activity Daily of Living

Tingkat Kesadaran	Activity Daily Living										Total	
	Mandi ri		Ketergantun gan Ringan		Ketergantun gan Sedang		Ketergantun gan Berat		Ketergantun gan Total			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Compos Mentis	0	0	9	23.7	15	39.5	10	26.3	4	10.5	38	100.0
Apatis	0	0	0	0	1	9.1	4	36.4	6	54.5	11	100.0
Somnolen	0	0	0	0	0	0	3	18.8	13	81.2	16	100.0
Delirium	0	0	0	0	1	5.3	0	0	18	94.7	19	100.0
Total	0	0	9	10.7	17	20.2	17	20.2	41	48.8	84	100.0
Test Spearman Rho					p = 0.001					r = 0,733		

Berdasarkan hasil pengolahan data sesuai tabel 4.6 diperoleh hasil Tingkat

Kesadaran dengan *Activity Daily of Living*, hasil ini diketahui bahwa p-value = $0,001 < 0,05$ maka menunjukkan terdapat hubungan tingkat kesadaran dengan *Activity Daily of Living* pada pasien stroke di Rsud Dr Slamet Garut dan diperoleh angka koefisien korelasi sebesar 0,733 yang artinya tingkat kekuatan/hubungannya adalah hubungan yang kuat.

4.5 Pembahasan

4.5.1 Karakteristik Responden

4.5.1.1 Karakteristik Usia

Di dapatkan hasil mayoritas responden memiliki usia lansia ahir sebanyak 26 orang, dan sebagian kecil responden memiliki usia dewasa ahir sebanyak 16 orang. berdasarkan klasifikasi usia menurut (Departemen Kesehatan Republik Indonesia dalam Rosita *et al.* 2024) usia di kelompokan menjadi dewasa ahir (36-45 th), lansia awal (46-55 th), lansia ahir (56-65 th), manula (65 tahun keatas).

4.5.1.2 Karakteristik Jenis Kelamin

Di dapatkan hasil mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 50 orang dan sebagian responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 34 orang. Temuan ini mengindikasikan bahwa laki-laki memiliki proporsi kejadian stroke yang lebih tinggi pada penelitian ini. Secara umum, laki-laki memang diketahui memiliki risiko mengalami stroke lebih besar dibandingkan perempuan, terutama pada usia dewasa hingga lanjut usia sebelum perempuan memasuki masa menopause. Kondisi tersebut berkaitan dengan tingginya prevalensi faktor risiko pada laki-laki, seperti kebiasaan merokok, serta gaya hidup yang kurang sehat.

4.5.1.3 Karakteristik Jenis Stroke

Di dapatkan hasil mayoritas responden memiliki jenis stroke infark dengan jumlah 60 orang, sedangkan untuk jenis stroke iskemik dengan jumlah 24 orang. Temuan ini sejalan dengan epidemiologi stroke yang menunjukkan bahwa stroke infark merupakan tipe stroke yang paling sering terjadi. Secara global, sekitar 80–85% kasus stroke merupakan stroke iskemik (infark), sedangkan 10–20% merupakan

stroke hemoragik, termasuk perdarahan intraserebral (PIS). Hal ini terjadi karena stroke infark umumnya disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah akibat trombus atau embolus yang lebih sering dijumpai dibandingkan pecahnya pembuluh darah pada stroke hemoragik (Murphy *et al.* 2023).

dominannya pasien stroke infark menyebabkan sebagian besar responden memiliki tingkat kesadaran yang relatif lebih baik, seperti compos mentis, karena pada stroke infark penurunan kesadaran tidak selalu terjadi dan sangat bergantung pada luas serta lokasi infark. Namun demikian, meskipun tingkat kesadaran masih baik, banyak pasien tetap mengalami ketergantungan dalam ADL akibat gangguan motorik, kelemahan ekstremitas (hemiparesis atau hemiplegia), gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan, maupun afasia yang membatasi kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Sebaliknya, pada pasien stroke PIS, penurunan kesadaran umumnya lebih berat karena adanya perdarahan yang meningkatkan tekanan intrakranial, menimbulkan edema serebri, dan memberikan efek massa pada jaringan otak. Kondisi tersebut menyebabkan pasien stroke PIS lebih sering mengalami penurunan kesadaran hingga koma serta ketergantungan ADL yang lebih berat dibandingkan pasien stroke infark (Puy *et al.* 2023).

4.5.1.4 Karakteristik Penyakit Penyerta

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar responden memiliki penyakit penyerta (komorbid). Kondisi ini menunjukkan bahwa pasien stroke umumnya tidak hanya mengalami gangguan serebrovaskular, tetapi juga disertai penyakit kronis lain seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung. Penyakit-penyakit tersebut merupakan faktor risiko utama terjadinya stroke sekaligus dapat

memperberat kondisi klinis pasien setelah serangan stroke. Menurut (Kleindorfer *et al.* 2021), pengendalian faktor risiko vaskular, terutama hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, dan penyakit jantung, merupakan bagian penting dalam pencegahan maupun penatalaksanaan stroke karena faktor-faktor tersebut berperan dalam kerusakan pembuluh darah dan meningkatkan risiko kekambuhan stroke.

Hipertensi merupakan penyakit penyerta yang paling sering ditemukan pada pasien stroke. Tekanan darah yang tinggi dalam jangka waktu lama menyebabkan perubahan struktur dinding pembuluh darah, mempercepat proses aterosklerosis, serta meningkatkan risiko terjadinya stroke infark maupun stroke perdarahan. Selain itu, diabetes melitus dapat menyebabkan disfungsi endotel, aterosklerosis, dan gangguan mikrosirkulasi sehingga perfusi jaringan otak menurun. Kombinasi penyakit penyerta tersebut dapat memperberat defisit neurologis yang dialami pasien, memperlambat proses rehabilitasi, serta meningkatkan risiko kecacatan setelah stroke. Pedoman (American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA) dalam Kleindorfer *et al.* 2021) juga menegaskan bahwa pengelolaan hipertensi, diabetes, kadar lipid, dan faktor risiko vaskular lainnya merupakan komponen utama dalam meningkatkan luaran fungsional pasien stroke.

4.5.1.5 Karakteristik Derajat Keparahan Stroke

Pada penelitian ini, fase stroke (akut, subakut, atau kronik) tidak diidentifikasi sebagai karakteristik responden sehingga tidak dapat dianalisis secara khusus. Namun, fase stroke merupakan salah satu faktor yang dapat memengaruhi kondisi neurologis dan kemampuan fungsional pasien. Pada fase akut, pasien lebih

berisiko mengalami penurunan kesadaran akibat cedera otak yang masih berlangsung. Sementara itu, pada fase subakut hingga kronik, tingkat kesadaran umumnya telah membaik, tetapi gangguan fungsi motorik, keseimbangan, koordinasi, dan kekuatan otot sering kali masih menetap sehingga pasien tetap mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Minelli *et al.* 2022).

Kondisi tersebut dapat menjelaskan mengapa pada penelitian ini sebagian besar responden memiliki tingkat kesadaran *compos mentis*, tetapi masih berada pada kategori ketergantungan total dalam ADL. Hasil ini menunjukkan bahwa kemampuan ADL tidak hanya dipengaruhi oleh tingkat kesadaran, tetapi juga oleh faktor lain seperti gangguan motorik, derajat keparahan stroke, lokasi lesi, usia, penyakit penyerta, serta fase pemulihan stroke. Oleh karena itu, meskipun pasien telah sadar penuh, mereka belum tentu mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri karena masih mengalami disabilitas fisik pasca stroke.

Karena fase stroke tidak dikumpulkan sebagai variabel penelitian, peneliti tidak dapat memastikan apakah responden berada pada fase akut, subakut, maupun kronik. Oleh sebab itu, fase stroke merupakan salah satu keterbatasan penelitian.

4.5.1.6 Karakteristik Gangguan Motorik

Berdasarkan karakteristik klinis responden, sebagian besar pasien stroke dalam penelitian ini mengalami hemiparesis, sebagian kecil mengalami hemiplegia. Hemiparesis merupakan salah satu gangguan neurologis yang sering ditemukan pada pasien stroke berupa kelemahan pada salah satu sisi tubuh akibat adanya kerusakan pada area otak yang mengatur fungsi motorik. Kondisi ini dapat

menyebabkan keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari karena pasien mengalami penurunan kekuatan otot, gangguan koordinasi, serta hambatan dalam melakukan mobilisasi secara mandiri. Gangguan fungsi motorik pasca stroke menjadi salah satu faktor utama yang berkontribusi terhadap penurunan kemampuan fungsional pasien dan meningkatkan ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Guendalina *et al.* 2022).

Sebagian kecil responden pada penelitian ini mengalami hemiplegia, yaitu kondisi kehilangan kemampuan gerak atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh yang menunjukkan adanya gangguan neurologis yang lebih berat dibandingkan hemiparesis. Pasien dengan hemiplegia umumnya mengalami keterbatasan yang lebih besar dalam melakukan aktivitas seperti berpindah posisi, berjalan, makan, berpakaian, maupun melakukan perawatan diri sehingga membutuhkan bantuan dari orang lain. Gangguan motorik akibat stroke dapat menyebabkan penurunan kemandirian pasien karena fungsi anggota tubuh yang terganggu berpengaruh langsung terhadap kemampuan melakukan aktivitas dasar kehidupan sehari-hari (Guendalina *et al.* 2022).

Selain gangguan motorik, pada penelitian ini ditemukan beberapa responden yang terpasang kateter urin. Pemasangan kateter pada pasien stroke dapat dilakukan pada kondisi tertentu, seperti pasien dengan keterbatasan mobilitas, gangguan kontrol eliminasi, penurunan kemampuan merawat diri, atau pasien yang membutuhkan pemantauan keseimbangan cairan. Adanya penggunaan kateter menunjukkan bahwa sebagian pasien mengalami hambatan dalam memenuhi kebutuhan eliminasi secara mandiri sehingga membutuhkan bantuan tenaga

kesehatan maupun keluarga. Kondisi tersebut dapat memengaruhi penilaian ketergantungan ADL, khususnya pada aspek eliminasi dan mobilisasi (Guendalina *et al.* 2022).

Berdasarkan uraian tersebut, tingginya kejadian hemiparesis, adanya hemiplegia, serta penggunaan alat bantu seperti kateter dapat menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap tingginya tingkat ketergantungan ADL pada pasien stroke dalam penelitian ini.

4.5.2 Gambaran Tingkat Kesadaran pada pasien stroke

Berdasarkan analisis data penelitian terhadap 84 sampel tingkat kesadaran pada pasien stroke di Rsud Dr Slamet Garut, dapat diketahui bahwa hasil yang didapatkan mayoritas mengalami tingkat kesadaran *compos mentis*. Dari total 84 responden pada pasien stroke yang diteliti pada bulan mei-juni 2026, pasien dengan tingkat kesadaran *compos mentis* sebanyak 38 orang atau sekitar (45,2%) sementara itu pasien dengan tingkat kesadaran *apatis* sebanyak 11 orang atau sekitar (13,1%).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat kesadaran *compos mentis*, yaitu kondisi di mana pasien sadar penuh, mampu mengenali diri, waktu, tempat, dan merespons rangsangan dengan baik. Secara teori, kondisi kesadaran yang baik seharusnya mendukung kemampuan individu dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

Pada penelitian ini ditemukan beberapa responden dengan tingkat kesadaran delirium yang menunjukkan perilaku kurang responsif atau cenderung acuh terhadap lingkungan sekitar. Kondisi tersebut dapat terjadi karena delirium merupakan gangguan fungsi otak akut yang ditandai dengan perubahan kesadaran,

gangguan perhatian, perubahan fungsi kognitif, serta gangguan kemampuan berinteraksi dengan lingkungan. Pada pasien stroke, kerusakan jaringan otak akibat gangguan vaskular dapat memengaruhi fungsi neurologis sehingga menyebabkan perubahan status mental seperti penurunan perhatian, respons yang lambat, dan berkurangnya keterlibatan pasien terhadap aktivitas di sekitarnya (Siokas *et al.* 2022).

Oleh karena itu, sikap acuh tak acuh pada responden dengan delirium dalam penelitian ini kemungkinan lebih dipengaruhi oleh adanya gangguan neurologis akibat stroke yang menyebabkan perubahan tingkat kesadaran dibandingkan dengan faktor psikologis berupa depresi pasca stroke. Hal ini sesuai dengan pedoman penatalaksanaan stroke yang merekomendasikan skrining delirium dan gangguan kognitif pada pasien stroke karena kondisi tersebut dapat memengaruhi kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas dan proses rehabilitasi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien stroke mengalami tingkat kesadaran *compos mentis* temuan ini sejalan dengan penelitian (Alkhachroum *et al.* 2022) menjelaskan bahwa penurunan kesadaran hanya terjadi pada sebagian pasien stroke iskemik dan umumnya berkaitan dengan stroke yang lebih berat serta dengan gejala yang lebih buruk.

Penurunan kesadaran merupakan salah satu manifestasi yang sering terjadi pada pasien stroke, temuan penelitian ini tidak sejalan karena rata-rata responden mengalami tingkat kesadaran *compos mentis*, temuan ini berbeda dengan penelitian (Manoppo *et al.* 2024) yang menyatakan hasil penelitiannya mengalami penurunan kesadaran pada pasien stroke dengan nilai GCS 11, perbedaan tersebut dipengaruhi

oleh perbedaan karakteristik responden, jenis dan tingkat keparahan stroke, waktu penelitian, serta lokasi penelitian. Penurunan kesadaran umumnya terjadi apabila terdapat kerusakan jaringan otak yang luas, edema serebri, peningkatan tekanan intrakranial, atau keterlibatan batang otak. Sebaliknya pasien dengan stroke ringan hingga sedang, terutama stroke iskemik yang mendapat penanganan cepat, umumnya masih mempertahankan tingkat kesadaran *compos mentis*.

4.5.3 Gambaran ADL pada pasien stroke

Berdasarkan hasil penelitian, dapat diketahui bahwa ketergantungan dalam melakukan ADL pada pasien stroke di RSUD Dr Slamet Garut menunjukkan pasien hampir atau sama sekali tidak mampu melakukan ADL secara mandiri dan membutuhkan bantuan penuh dari orang lain. Dari 84 responden pasien stroke mengalami ketergantungan total (48,8%) atau sebanyak 41 orang dan sebanyak 9 orang atau (10,7%) pasien stroke mengalami ketergantungan ringan artinya sekitar 9 orang pasien masih mampu melakukan ADL dengan sedikit bantuan dari keluarga.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien stroke mengalami ketergantungan total sehingga membuktikan bantuan penuh dalam memenuhi ADL. Kondisi ini menunjukkan adanya penurunan status fungsional yang berat sehingga pasien tidak mampu melakukan ADL secara mandiri. Temuan ini didukung oleh penelitian (Mulyani *et al.* 2023) yang menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat ketergantungan ADL pasien stroke, semakin besar kebutuhan bantuan dari keluarga serta semakin tinggi beban yang dirasakan oleh *family caregiver*.

Masih terdapat 10,7% pasien stroke dengan ketergantungan ringan, hal ini membuat keluarga tidak sepenuhnya memberikan bantuan kepada pasien karna pasien masih dapat melakukan ADL secara mandiri seperti pasien dapat makan secara penuh sendiri tanpa bantuan dari keluarga.

4.5.4 Hubungan Tingkat Kesadaran dengan ADL pada pasien stroke

Merujuk pada hasil uji statistik Range Spearman, diperoleh nilai p-value sebesar 0,001 ($<0,05$) dengan nilai koefisien korelasi 0,733 yang menyatakan kekuatan hubungannya adalah kuat, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kesadaran dengan ADL pada pasien stroke di Rsud Dr Slamet Garut.

Berdasarkan hasil penelitian, mayoritas responden memiliki tingkat kesadaran *compos mentis*, yaitu kondisi ketika pasien sadar penuh, mampu mengenali diri dan lingkungan, serta dapat memberikan respons yang baik terhadap rangsangan. Secara teori, kondisi kesadaran yang baik seharusnya mendukung kemampuan individu dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, namun pada penelitian ini ditemukan bahwa sebagian besar responden tetap berada pada kategori ketergantungan total dalam ADL. Hasil tersebut menunjukkan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi seseorang dalam kemampuannya melakukan aktivitas sehari-hari, penelitian (Aini *et al.* 2021) menjelaskan faktor yang mempengaruhi ketergantungan ADL pada pasien stroke diantaranya:

1. Gangguan Motorik (Kelemahan atau Kelumpuhan Anggota Gerak)

Faktor yang paling sering menyebabkan ketergantungan total pada pasien stroke adalah gangguan motorik berupa *hemiparesis* (kelemahan pada satu sisi tubuh)

atau *hemiplegia* (kelumpuhan pada satu sisi tubuh). Kerusakan pada area motorik otak akibat stroke mengakibatkan pasien mengalami penurunan kekuatan otot sehingga sulit melakukan aktivitas dasar seperti makan, mandi, berpakaian, berjalan, dan berpindah tempat. Meskipun pasien dalam keadaan sadar penuh (*compos mentis*), keterbatasan fisik tersebut membuat pasien tetap membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan ADL.

2. Gangguan Keseimbangan dan Koordinasi

Stroke dapat mengganggu fungsi otak yang mengatur keseimbangan dan koordinasi tubuh. Akibatnya, pasien mengalami kesulitan mempertahankan posisi tubuh saat duduk, berdiri, atau berjalan. Risiko jatuh yang tinggi membuat pasien tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Oleh karena itu, pasien sering kali memerlukan bantuan keluarga atau tenaga kesehatan meskipun tingkat kesadarannya baik.

3. Tingkat Keparahan Stroke

Tingkat keparahan stroke sangat memengaruhi kemampuan pasien dalam melakukan ADL. Semakin luas kerusakan jaringan otak yang terjadi, semakin berat gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien. Pada beberapa kasus, pasien dengan kesadaran *compos mentis* tetap mengalami defisit neurologis yang berat sehingga belum mampu memenuhi kebutuhan dasarnya secara mandiri. Kondisi ini menyebabkan tingkat ketergantungan ADL tetap tinggi.

4. Gangguan Sensorik

Pasien stroke sering mengalami gangguan sensorik seperti penurunan sensasi sentuhan, nyeri, suhu, maupun propriosepsi (kemampuan mengenali posisi

tubuh). Gangguan ini menyebabkan pasien kesulitan mengontrol gerakan dan mengenali kondisi tubuhnya sendiri. Akibatnya, kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari menjadi terbatas dan pasien memerlukan bantuan dalam berbagai kegiatan ADL.

5. Gangguan Komunikasi (*Afasia*)

Stroke yang menyerang area bahasa dapat menyebabkan afasia, yaitu gangguan dalam berbicara, memahami bahasa, membaca, atau menulis. Walaupun pasien sadar penuh dan memahami lingkungan sekitar, kesulitan berkomunikasi dapat menghambat kemampuan pasien dalam mengekspresikan kebutuhan dan mengikuti instruksi selama melakukan aktivitas sehari-hari. Kondisi ini dapat meningkatkan ketergantungan pasien terhadap orang lain.

6. Usia

Usia lanjut merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kemampuan ADL. Pada lansia terjadi penurunan fungsi fisiologis tubuh, seperti kekuatan otot, keseimbangan, daya tahan fisik, dan kecepatan pemulihan jaringan. Pasien stroke dengan usia yang lebih tua cenderung membutuhkan waktu rehabilitasi yang lebih lama dan memiliki tingkat ketergantungan yang lebih tinggi dibandingkan pasien yang lebih muda.

7. Penyakit Penyerta (*Komorbid*)

Adanya penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, atau gangguan ginjal dapat memperburuk kondisi pasien stroke. Penyakit-penyakit tersebut dapat menghambat proses pemulihan fungsi tubuh dan

menurunkan kemampuan fisik pasien. Akibatnya, pasien tetap mengalami ketergantungan dalam melakukan ADL meskipun tingkat kesadarannya baik.

8. Fase Stroke dan Lama Sakit

Pada fase akut stroke, pasien umumnya masih mengalami kondisi fisik yang belum stabil sehingga mobilisasi dan aktivitas sehari-hari masih sangat terbatas. Banyak pasien yang masih menjalani tirah baring atau membutuhkan bantuan penuh selama masa perawatan. Oleh karena itu, tingkat ketergantungan ADL pada fase ini cenderung lebih tinggi dibandingkan pada fase rehabilitasi atau fase kronis.

9. Kurangnya Rehabilitasi dan Latihan Fisik

Pemulihan kemampuan ADL pada pasien stroke sangat bergantung pada program rehabilitasi yang dijalani. Pasien yang belum mendapatkan fisioterapi, terapi okupasi, atau latihan rentang gerak secara optimal cenderung mengalami keterbatasan fungsi yang lebih berat. Akibatnya, pasien tetap bergantung pada bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

10. Faktor Psikologis

Pasien stroke sering mengalami kecemasan, ketakutan, kurang percaya diri, depresi, atau kehilangan motivasi setelah mengalami perubahan kondisi fisik. Keadaan psikologis tersebut dapat mengurangi kemauan pasien untuk berlatih dan melakukan aktivitas secara mandiri. Walaupun kemampuan kognitif dan kesadarannya masih baik, faktor psikologis dapat menyebabkan tingkat ketergantungan ADL tetap tinggi.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan teori keperawatan Dorothea Orem menjelaskan kemampuan *self-care agency* ikut menurun karena fungsi kognitif dan motorik terganggu. Akibatnya, pasien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas dasar seperti makan, mandi, berpindah tempat, dan berpakaian kondisi tersebut disebut *self-care deficit*, yaitu keadaan ketika kebutuhan perawatan diri lebih besar dibandingkan kemampuan pasien untuk memenuhinya. Menurut Orem, pasien dengan penurunan kesadaran berat termasuk dalam *wholly compensatory system*, yaitu kondisi memberikan bantuan secara penuh kepada pasien yang memiliki tingkat ketergantungan total atau ketidak mampuan memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri. Pada pasien stroke, semakin rendah skor GCS maka semakin tinggi ketergantungan pasien terhadap bantuan perawat dalam memenuhi ADL. Menurut Orem, pasien dengan penurunan kesadaran berat termasuk dalam *wholly compensatory system*, yaitu kondisi memberikan bantuan secara penuh kepada pasien yang memiliki tingkat ketergantungan total atau ketidak mampuan memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri. Namun, jika tingkat kesadaran pasien membaik dan skor GCS meningkat, maka kemampuan perawatan diri pasien juga dapat meningkat secara bertahap hingga pasien mampu melakukan ADL secara mandiri. Orem juga mengatakan salah satu dari lima premis yang mendasari teori keperawatan, manusia memiliki keterbatasan dalam merawat diri sendiri dan orang lain dan memerlukan bantuan orang lain dalam membantu mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraanya.

Dengan demikian, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat kesadaran yang baik tidak selalu diikuti dengan tingkat kemandirian ADL yang baik

pada pasien stroke. Temuan ini tidak sepenuhnya sesuai dengan teori Orem karena adanya faktor fisik dan neurologis yang lebih dominan memengaruhi kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, peningkatan kemandirian pasien stroke tidak hanya berfokus pada pemulihan kesadaran, tetapi juga memerlukan rehabilitasi fisik, latihan mobilisasi, dan dukungan keluarga untuk membantu pasien mencapai kemampuan self-care yang optimal.

Penelitian ini didukung oleh penelitian (Luh et al. 2023) yang mengemukakan sebagian besar responden stroke memiliki ketergantungan total dalam melakukan ADL.

Dapat disimpulkan dari penjelasan diatas adanya hubungan antara tingkat kesadaran dengan *activity daily of living* pada pasien stroke yang didapatkan nilai p-value $0,001 < 0,05$, dan nilai koefisien korelasi sebesar 0,733 yang berarti terdapat hubungan yang signifikan dengan kekuatan hubungan yang kuat antara tingkat kesadaran dengan *activity daily of living* pada pasien stroke.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan terhadap 84 responden pasien stroke di Rsud Dr Slamet Garut, dapat disimpulkan bahwa:

1. Sebagian responden pasien stroke di Rsud Dr Slamet Garut memiliki Tingkat kesadaran *compos mentis*.
2. Sebagian responden pasien stroke di Rsud Dr Slamet Garut memiliki Tingkat ketergantungan total.
3. terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kesadaran dengan kemampuan ADL pasien stroke di Rsud Dr Slamet Garut.

5.2 Saran

1. Bagi Rsud Dr Slamet Garut

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan bagi tenaga kesehatan dalam melakukan pengkajian tingkat kesadaran dan kemampuan ADL pada pasien stroke secara komprehensif. Selain itu, perlu dilakukan intervensi keperawatan dan rehabilitasi yang berkesinambungan untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

2. Bagi Perawat

Perawat diharapkan dapat melakukan pemantauan tingkat kesadaran secara berkala serta memberikan edukasi dan latihan aktivitas sehari-hari sesuai kondisi

pasien. Hal ini bertujuan untuk membantu meningkatkan kemampuan fungsional dan kemandirian pasien stroke.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kemampuan ADL pada pasien stroke, seperti kekuatan motorik, derajat keparahan stroke, usia, lama menderita stroke, serta dukungan keluarga, sehingga diperoleh gambaran yang lebih komprehensif mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kemandirian pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, Rita B et al. 2021. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Cetakan Pe. ed. Muhamad Seto Soedirma. Indramayu.
- Aini, Dwi N et al. 2021. “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Activity Daily of Living Pada Pasien Stroke.” : 1–11.
- Alifiar, Ilham et al. 2025. “Penerjemahan, Adaptasi, Dan Validasi Indeks Barthel Untuk Pasien Stroke Iskemik Di Populasi Jawa Barat, Indonesia.” doi:<http://dx.doi.org/10.2174/0118749445389275250602062049>.
- Alkhachroum, Ayham et al. 2022. “Association Of Acute Alteration Of Consciousness in Patients With Acute Ischemic Stroke with Outcomes and Early Withdrawal of Care.” *Neurology*.
- Ardi, Muhammad et al. 2024. *Buku Ajar Metodologi Keperawatan :Landasan Konseptual Untuk Praktik*. ed. PT Nuansa Fajar Cemerlang. Jakarta.
- Bidur, K. C., and Mohamed Zaidan Adil. 2022. “Knowledge of Glasgow Coma Scale among Nurses in a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-Sectional Study.” *Journal of the Nepal Medical Association* 60(252): 723–26. doi:10.31729/jnma.7673.
- Budi S, Catur. 2019. *Keperawatan Medikal Bedah Persyarafan*. ed. Baru Press Pustaka. Yogyakarta.
- Ginanjari, Rizal et al. 2026. “Gangguan Fungsi Kognitif Terhadap Kemandirian Melakukan Activity Daily Living Pada Pasien Stroke.” 7: 2940–49.
- Guendalina, B et al. 2022. “Optimising Rehabilitation and Recovery after a Stroke.” *Neurology*.
- Hafizhan, Faizal et al. 2020. *Stroke Iskemik Akut:Dasar Dan Klinis*. ed. Pepi Budianto. Surakarta.
- Hidayah, Nurul. 2019. *Buku Seri Keperawatan Komplementer:Totok Punggung (Topung)Untuk Penderita Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik*. ed. Nur Azizah. Surabaya.
- Hutagulung, M Siregar. 2019. *Panduan Lengkap Stroke: Mencegah,Mengobati Dan Menyembuhkan*. ed. Qorry `Aina Albata. Bandung.

- Hutagulung, M Siregar. 2021. *Mengenal Stroke Serta Karakteristik Penderita Stroke Haemoragik Dan Non Haemoragik*. ed. Nusamedia.
- Irawan, Erna et al. 2021. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik: Untuk Mahasiswa Diploma III Keperawatan*. ed. Ferdinan Sihombing. Jawa Tengah.
- Ismoyowati, Tri Wahyuni. 2024. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Berdasarkan Evidence Based Practice*. Cetakan Pe. ed. PT Nuansa Fajar Cemerlang. Jakarta.
- Jamil, Mia Mildani et al. 2025. "Pengalaman Perawat Dalam Menangani Pasien Dengan Penurunan Kesadaran Di Ruangan Intensive Care Unit (ICU): A Literatur Review." 9.
- Jefrianda, Rofina Sari. 2020. "Analisis Perubahan Status Neurologis Dan Tanda Vital Pasien Stroke Fase Akut Yang Mendapat Terapi Manitol Di Rumah Sakit Kota Medan." 7(1): 89–103.
- Kardiyudiani, Ni Ketut, and Brigitta Ayu Dwi Susanti. 2019. *Keperawatan Medikal Bedah 1*. Pertama. ed. Intan Kusuma Dewi. Yogyakarta.
- Kariasa, I Made. 2022. *Antisipasi Serangan Stroke Berulang*. Cetakan Pe. ed. Moh Nasrudin. Jawa Tengah.
- Kirana, Sukma Ayu Candra et al. 2023. *Falsafah & Teori Keperawatan*. Cetakan Pe. ed. Putu Intan Daryaswanti. Jambi.
- Kleindorfer, Dawn O MD FAHA et al. 2021. "2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack." *AHA /ASA Neurologi*.
- Lolo, Lestari Lorna, and Maria Astrid. 2023. *Stroke: Ungkapan Rasa Penderita Dan Caregiver Stroke*. ed. CV Budi Utama. Yogyakarta.
- Luh, Ni et al. 2023. "The Relationship of Self-Efficacy and Attention Level with Activity Daily Living of Post-Stroke Patients in Private Hospitals in Bali Pendahuluan Metode." : 0–4.
- Malinda, Risnati. 2024. "Implementasi Model PRECEDE-PROCEED Dalam Promosi Kesehatan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS)." (2007): 0–5.
- Manoppo, Arlien Jeannete, and Elisa Anderson. 2024. "Tanda Vital Dan Tingkat Kesadaran Pasien Stroke." *Nutrix Journal* 8(1): 118–24.

doi:10.37771/nj.v8i1.1093.

Marbun, Agnes Silviana et al. 2020. *Manajemen Cedera Kepala*. Cetakan Pe. ed.

Yayuk Umay. Malang: Ahlimedia Press (Anggota IKAPI: 264/JTI/2020.

Minelli, C. et al. 2022. "Brazilian Academy of Neurology Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation."

Mubarak et al. 2021. *Keperawatan Gerontik*. eds. Sri Susanti and Laode Saltar. Jawa Tengah.

Mulyani, Siti, and Miftatu Darussalam. 2023. "Hubungan Ketergantungan Activity Daily Of Living Penderita Stroke Dengan Bebanm Family Caregriver Di Puskesmas Kasihan II." 7(1): 29–39. doi:10.22146/jkkk.83043.

Murphy, Stephen Jx, and David J Werring. 2023. "Stroke: Cause and Clinical Features." *Acute Neurologi* 51(9): 602–7.

Muttaqin, Ahmad Toni. 2024. "Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Activity Daily Living (ADL) Pada Pasien Stroke." Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Nur, Mohamad et al. 2025. "HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMENUHAN AKTIVITAS KEHIDUPAN SEHARI-HARI (ADL) PADA PENDERITA PASCA STROKE DI DESA NYALABU, KECAMATAN PAMEKASAN." 4(11): 8825–36.

Nurhidayat, Saiful et al. 2021. "Tingkat Ketergantungan Activity Daily Living (Adl) Pada Pasien Stroke (Iskemik Dan Hemoragik) Berdasarkan Indeks Barthel Di Rsud Dr. Harjono S. Ponorogo." *Jurnal Kesehatan Mesencephalon* 7(1). doi:10.36053/mesencephalon.v7i1.271.

Nurhidayat, Saiful et al. 2024. "Tingkat Ketergantungan Activity Daily Living (ADL) Pada Pasien Stroke (Iskemik Dan Hemoragik)."

Pinzon, and Rizaldi Taslim. 2016. *Awas Stroke*. pertama. ed. Betha Grafika. Yogyakarta.

Puy, Laurent et al. 2023. "Intracerebral Haemorrhage." *Stroke*.

Rosita, Sry et al. 2024. *Buku Ajar Perilaku Organisasi*. ed. Sry Rosita.

Setiorini, Anggi et al. 2024. "Glasgow Coma Scale : Tinjauan Terhadap Kegunaan , Keterbatasan , Dan Perkembangannya Glasgow Coma Scale : A Review of

- Its Uses , Limitations , and Developments.” *Jurnal Kesehatan* 14(1): 2172–76.
- Siokas, V. et al. 2022. “The Role of Vascular Risk Factors in Post-Stroke Delirium: A Systematic Review and Meta-Analysis.” *Journal of Clinical Medicine*.
- Sugiyono. 2023. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif: Dan R&D*. Kedua Ceta. ed. Sutopo. Bandung.
- Triwidiyantari, Dyah et al. 2025. *Gawat Darurat Berbasis Bukti*. Cetakan Pe. ed. PT Nuansa Fajar Cemerlang. Jakarta.
- Wida, Agustina s w d et al. 2025. *Penerapan Familiar Auditory Sensory Training (FAST) Pada Pasien Stroke Dalam Meningkatkan Glasgow Coma Scale (GCS)*. Cetakan Pe. ed. Nuansa Fajar Cemerlang. Jakarta.
- Zheng, Xingzhen et al. 2021. “Analisis Korelasi Klinis Komplikasi Pada Pasien Lansia Dengan Sekuela Stroke Dengan Indeks Barthel Yang Berbeda Di Unit Gawat Darurat Tianjin.” doi:10.1155/2021/6625440.

LAMPIRAN

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Kepada Yth.

Calon Responden

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini mahasiswa Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Nama : Rika Nurhayati

NIM : KHGC22111

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Tingkat Kesadaran Dengan ketergantungan ADL Pada Pasien Stroke di RSUD Dr Slamet Garut”.

Untuk keperluan tersebut saya memohon kesediaan dari Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Selanjutnya saya mengharapkan Bapak/Ibu untuk memberikan tanggapan atau jawaban atas pertanyaan yang diberikan dengan kejujuran. Jawaban tersebut akan terjamin kerahasiaannya dan penelitian ini akan bermanfaat semaksimal mungkin.

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

(Rika Nurhayati)

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN

(Informed Consent)

Dengan hormat,

Dengan menandatangani lembar ini, saya:

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Menyatakan bersedia untuk menjadi responden pada penelitian yang akan dilaksanakan oleh saudara Rika Nurhayati (KHGC22111), mahasiswa Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut dengan judul “Hubungan Tingkat Kesadaran Dengan ketergantungan ADL Pada Pasien Stroke di RSUD Dr Slamet Garut”.

Dengan demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sejujur-jujurnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Garut, April 2026

(.....)

Lampiran 3

KUESIONER PENELITIAN

**HUBUNGAN TINGKAT KESADARAN DENGAN *ACTIVITY DAILY OF LIVING (ADL)* PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH Dr. SLAMET GARUT**

Instrumen Penilaian Barthel Indeks

No	Fungsi	Skor	Keterangan	Hasil
1	Mengendalikan rangsang BAB	0	Tidak mampu mengontrol (sering bab tidak disadari)	
		1	Kadang tidak mampu menahan (1x/minggu)	
		2	Terkendali teratur (mampu mengontrol)	
2	Mengendalikan rangsang BAK	0	Tidak mampu mengontrol /pakai kateter	
		1	Kadang tidak terkontrol (hanya 1x 24jam)	
		2	Mandiri (mampu mengontrol)	
3	Membersihkan diri (mencuci wajah, menyikat rambut, mencukur kumis, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	
		1	mandiri	
4	Penggunaan wc (keluar masuk wc, melepas/memakai celana, cebok, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain	
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain	
		2	mandiri	
5	Makan minum (jika makan harus berupa pertolongan, dianggap dibantu)	0	Tidak mampu	
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
		2	mandiri	
6	Bergerak dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	0	Tidak mampu	
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk(2orang)	
		2	Bantuan minimal 1 orang	

	(termasuk duduk di tempat tidur)	3	mandiri	
7	Berjalan ditempat rata (jika tidak bisa berjalan, menjalankan kursi roda)	0 1 2 3	Tidak mampu Bisa pindah dengan kursi roda Berjalan dengan bantuan 1 orang mandiri	
8	Berpakaian (termasuk memasang tali sepatu, mengencangkan sabuk)	0 1 2	Tergantung orang lain Sebagian dibantu (mengancing baju) mandiri	
9	Naik turun tangga	0 1 2	Tidak mampu Butuh pertolongan mandiri	
10	Mandi	0 1	Tergantung orang lain mandiri	
Skor total				

Lampiran 4

KUESIONER PENELITIAN

Lampiran penilaian *Glasgow Coma Scale*

No	Aspek Yang Dinilai	Skor	Keterangan
1	Menilai respon mata (4): membuka mata dengan spontan (3): membuka mata dengan suara (2): membuka mata dengan rangsang nyeri (1): tidak berespons		
2	Menilai respon suara (5): terorientasi dan mampu berbicara (4): disorientasi dan mampu berbicara (3): kata-kata tidak tepat/tidak jelas (2): suara tidak dapat dimengerti/ hanya suara erangan. (1): tidak berespons		
3	Menilai respon motorik (6): bergerak menurut perintah (5): dapat melokalisasi nyeri (4): fleksi menarik badan ketika diberi rangsangan nyeri (3): fleksi abnormal (2): ekstensi abnormal (1): tidak berespons		
Skor total			

Lampiran 5 Hasil Analisis SPSS

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	50	59.5	59.5	59.5
	Perempuan	34	40.5	40.5	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

Usia Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dewasa ahir(36-45th)	16	19.0	19.0	19.0
	Lansia awal(46-55th)	25	29.8	29.8	48.8
	lansia ahir(56-65th)	26	31.0	31.0	79.8
	manula(65th >)	17	20.2	20.2	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

Tingkat Kesadaran

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Compos Mentis	38	45.2	45.2	45.2
	Apatis	11	13.1	13.1	58.3
	Somnolen	16	19.0	19.0	77.4
	Delirium	19	22.6	22.6	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

Activity Daily Of Living

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ketergantungan Ringan	9	10.7	10.7	10.7
	Ketergantungan Sedang	17	20.2	20.2	31.0
	Ketergantungan Berat	17	20.2	20.2	51.2
	Ketergantungan total	41	48.8	48.8	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

Correlations

		Tingkat Kesadaran	Activity Daily Of Living
Spearman's rho	Tingkat Kesadaran	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	84
	Activity Daily Of Living	Correlation Coefficient	.733**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	84

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran 6 Jawaban Responden Tingkat Kesadaran

No.Responden	P1	P2	P3
1	2	3	4
2	4	4	5
3	4	5	6
4	4	3	5
5	2	2	4
6	3	3	3
7	4	5	6
8	4	5	6
9	4	4	5
10	3	3	2
11	4	5	6
12	4	3	5
13	4	4	6
14	3	4	5
15	4	5	2
16	4	5	6
17	2	3	4
18	4	5	6
19	2	3	5
20	4	3	4
21	2	3	3
22	4	5	6
23	3	2	5
24	3	4	5
25	4	2	4
26	4	5	6
27	3	5	6
28	4	5	6
29	2	3	4
30	3	3	2
31	2	3	4
32	4	5	6
33	3	4	6
34	2	3	4
35	2	3	4
36	4	5	6
37	3	4	6
38	3	4	6
39	3	3	4
40	3	4	4
41	2	3	3
42	3	3	3
43	3	3	4
44	3	3	4
45	4	5	6
46	2	3	4
47	4	5	6
48	4	5	6
49	4	5	6
50	3	4	4
51	4	5	6
52	3	4	4
53	4	5	6
54	3	3	4
55	2	3	4
56	3	4	5
57	2	3	4
58	4	5	6
59	3	4	5
60	3	3	3
61	4	5	6
62	2	3	4
63	4	5	6
64	3	4	4
65	3	3	4
66	4	5	6
67	3	3	4
68	4	5	6
69	3	3	4
70	4	4	5
71	4	5	6
72	4	5	6
73	4	5	6
74	4	5	6
75	4	5	6
76	4	4	4
77	4	5	6
78	2	3	4
79	3	4	5
80	4	5	6
81	3	3	4
82	4	5	6
83	4	5	6
84	3	4	5

Lampiran 7 Jawaban ADL

No.Register	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
3	1	1	0	1	1	2	2	0	0	0
4	2	2	0	1	2	1	2	1	1	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	1	1	0	0	1	2	2	1	0	0
8	1	1	1	1	1	2	1	1	1	0
9	2	2	0	1	2	2	1	1	0	0
10	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0
11	1	1	1	1	1	3	3	2	2	1
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0
14	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0
15	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
16	2	2	1	2	2	3	3	2	1	0
17	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
18	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
22	1	2	1	1	2	2	2	1	1	0
23	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
24	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0
25	0	1	0	1	1	1	10	1	1	0
26	2	2	1	2	2	3	3	1	2	1
27	1	1	0	1	2	2	2	1	0	0
28	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
29	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
32	1	1	0	1	1	2	2	1	0	0
33	1	1	0	0	1	1	2	1	0	0
34	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
35	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
36	1	1	0	1	2	2	2	1	0	0
37	1	1	0	1	2	2	2	1	0	0
38	1	1	0	1	2	2	2	1	0	0
39	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
40	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
41	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
42	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0

43	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
44	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0
45	2	2	0	1	2	1	1	1	0	0
46	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
47	1	1	0	1	1	2	2	1	0	0
48	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0
49	1	1	0	1	1	1	2	1	0	0
50	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
51	2	2	0	1	2	2	2	2	1	0
52	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
53	1	1	0	1	1	2	2	1	0	0
54	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0
55	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
56	1	1	0	0	1	2	2	1	0	0
57	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
58	2	2	1	2	2	2	2	1	0	0
59	1	1	0	0	1	2	2	1	0	0
60	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0
61	1	1	0	1	1	2	2	1	0	0
62	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
63	1	1	0	1	1	2	2	1	0	0
64	1	1	0	1	1	2	1	0	0	0
65	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
66	2	2	0	0	2	2	2	1	0	0
67	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
68	1	1	0	1	1	2	2	1	0	0
69	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
70	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
71	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
72	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
73	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
74	1	1	0	1	1	2	2	1	0	0
75	2	2	0	1	1	2	2	0	0	0
76	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0
77	1	1	0	0	1	2	2	0	0	0
78	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0
79	1	1	0	0	1	2	2	1	0	0
80	2	2	0	2	2	2	2	1	0	0
81	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
82	1	1	0	1	1	1	2	0	0	0
83	1	1	0	1	1	2	2	0	0	0
84	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0

Lampiran 8 Dokumentasi Kegiatan



Lampiran 9 Izin Etik Penelitian



Komite Etik Penelitian Research Ethics Committee

Surat Layak Etik Research Ethics Approval



No:003490/KEP STIKes Karsa Husada Garut/2026

Peneliti Utama <i>Principal Investigator</i>	: Rika Nurhayati
Peneliti Anggota <i>Member Investigator</i>	: Eldessa Vava Rilla S.Kep.,Ners.,M.Kep Andhika Lungguh Perceka S.Kom.,M.Si
Nama Lembaga <i>Name of The Institution</i>	: STIKes Karsa Husada Garut
Judul <i>Title</i>	: Hubungan Tingkat Kesadaran dengan Activity Daily Of Living ADL Pada Pasien Stroke di RSUD Dr Slamet Garut <i>The Relationship Between The Level Of Consciousness And Daily Living Activities ADL In Stroke Patients At Dr. Slamet Garut Regional Hospital</i>

Atas nama Komite Etik Penelitian (KEP), dengan ini diberikan surat layak etik terhadap usulan protokol penelitian, yang didasarkan pada 7 (tujuh) Standar dan Pedoman WHO 2011, dengan mengacu pada pemenuhan Pedoman CIOMS 2016 (lihat lampiran). *On behalf of the Research Ethics Committee (REC), I hereby give ethical approval in respect of the undertakings contained in the above mention research protocol. The approval is based on 7 (seven) WHO 2011 Standard and Guidance part III, namely Ethical Basis for Decision-making with reference to the fulfilment of 2016 CIOMS Guideline (see enclosed).*

Kelayakan etik ini berlaku satu tahun efektif sejak tanggal penerbitan, dan usulan perpanjangan diajukan kembali jika penelitian tidak dapat diselesaikan sesuai masa berlaku surat kelayakan etik. Perkembangan kemajuan dan selesainya penelitian, agar dilaporkan. *The validity of this ethical clearance is one year effective from the approval date. You will be required to apply for renewal of ethical clearance on a yearly basis if the study is not completed at the end of this clearance. You will be expected to provide mid progress and final reports upon completion of your study. It is your responsibility to ensure that all researchers associated with this project are aware of the conditions of approval and which documents have been approved.*

Setiap perubahan dan alasannya, termasuk indikasi implikasi etis (jika ada), kejadian tidak diinginkan serius (KTD/KTDS) pada partisipan dan tindakan yang diambil untuk mengatasi efek tersebut; kejadian tak terduga lainnya atau perkembangan tak terduga yang perlu diberitahukan; ketidakmampuan untuk perubahan lain dalam personel penelitian yang terlibat dalam proyek, wajib dilaporkan. *You require to notify of any significant change and the reason for that change, including an indication of ethical implications (if any); serious adverse effects on participants and the action taken to address those effects; any other unforeseen events or unexpected developments that merit notification; the inability to any other change in research personnel involved in the project.*

Masa berlaku:
22 May 2026 - 22 May 2027

22 May 2026
Chair Person



Andhika Lungguh Perceka

Lampiran 10 Surat dari Bangesbangpol



PEMERINTAH KABUPATEN GARUT
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Patriot No.10A, Telp. (0262) 2247473 Garut, Jawa Barat 44151

Nomor : 072/1423-Bakesbangpol/V/2026
Sifat : -
Lampiran : 1 Lembar
Hal : Penelitian

Garut, 25 Mei 2026

Kepada Yth,
Direktur UOBK RSUD dr. Slamet Garut
di
Tempat

Dalam rangka membantu Mahasiswa/i Institut Kesehatan Karsa Husada Garut bersama ini terlampir Keterangan Penelitian Nomor : **072/1423-Bakesbangpol/V/2026** Tanggal 25 Mei 2026, Atas Nama **RIKA NURHAYATI / KHGC.22111** yang akan melaksanakan Penelitian dengan mengambil lokasi di RSUD dr. Slamet Garut. Demi kelancaran Penelitian dimaksud, mohon bantuan dan kerjasamanya untuk membantu Kegiatan tersebut.

Demikian atas perhatiannya, kami ucapkan terima kasih.

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik



Drs. H. NURRODHIN, M.Si.
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 19661019 199203 1 005

Tembusan, disampaikan kepada:

1. Yth. Kepala Bappeda Kabupaten Garut;
2. Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Garut;
3. Yth. Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut;
4. Arsip.



PEMERINTAH KABUPATEN GARUT
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Patriot No.10A, Telp. (0262) 2247473 Garut, Jawa Barat 44151

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : 072/1423-Bakesbangpol/V/2026

- a. Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 316), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 14 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 168)
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian.
- b. Memperhatikan : Surat dari Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, Nomor /IKKHG/UM/V/2026 Tanggal 25 Mei 2026

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK, memberikan Surat Keterangan Penelitian kepada:

1. Nama / NPM /NIM/ NIDN : RIKA NURHAYATI/ KHGC.22111
2. Alamat : Kp. Pataruman RT/RW 005/012, Kel. Pataruman, Kec. Tarogong Kidul, Kab. Garut
3. Tujuan : Penelitian
4. Lokasi/ Tempat : RSUD dr. Slamet Garut
5. Tanggal Penelitian/ Lama Penelitian : 27 Mei 2026 s/d 27 Juli 2026
6. Bidang/ Status/ Judul Penelitian : Hubungan Tingkat Kesadaran dengan Aktifity Daily Of Living (ADL) pada Pasien Stroke di RSUD dr. Slamet Garut
7. Penanggung Jawab : Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep
8. Anggota : -

Yang bersangkutan berkewajiban melaporkan hasil Penelitian ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Garut. Menjaga dan menjunjung tinggi norma atau adat istiadat dan Kebersihan, Ketertiban, Keindahan (K3) masyarakat setempat dilokasi Penelitian. Serta Tidak melakukan hal-hal yang bertentangan dengan hukum.

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik

Tembusan, disampaikan kepada:

1. Yth. Kepala Bappeda Kabupaten Garut;
2. Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Garut;
3. Yth. Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut;
4. Arsip.



Drs. H. NURRODHIN, M.Si.
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 19661019 199203 1 005

Lampiran 11 Lembar Izin Penelitian Rsud Dr Slamet



PEMERINTAH KABUPATEN GARUT
DINAS KESEHATAN
UNIT ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS (UOBK)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SLAMET GARUT
Alamat : Jl. Rumah Sakit No. 12 Telp. (0262) 232720 Website rsudrslamet.garutkab.go.id
Email garutrsuddrslamet@gmail.com Kode Pos 44151
GARUT

IZIN PENELITIAN

Nomor : 800.2.4/ 093 -Penelitian/UOBK RSUD

Menindaklanjuti surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Garut, nomor : 072/1423-Bakesbangpol/V/2026, Tanggal 29 Mei 2026, perihal: Penelitian . Dengan ini kami sampaikan bahwa kami memberikan Izin Penelitian kepada peneliti atas nama :

Nama : RIKA NURHAYATI
NIM : KHGC22111
Institusi : Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
Program Studi : S1 Keperawatan
Judul : Hubungan tingkat Kesadaran dengan Activity Daily of Living (ADL) Pada Pasien Stroke di RSUD dr. Slamet Garut
Tanggal Pelaksanaan : Juni-Juli 2026

Kegiatan tersebut dapat dilaksanakan di UOBK RSUD dr. Slamet Garut dengan ketentuan sebagai berikut :

- Tidak Mengganggu pelayanan di UOBK RSUD dr. Slamet Garut.
- Memenuhi ketentuan atau prosedur yang telah ditentukan oleh UOBK RSUD dr. Slamet Garut, khususnya kebijakan untuk pelaksanaan penelitian yang memperhatikan aspek keselamatan pasien.
- Hasil dari kegiatan hanya untuk tujuan akademik, apabila akan dipublikasikan harus mengajukan surat permohonan izin publikasi penelitian kepada Direktur UOBK RSUD dr. Slamet Garut.
- Menyerahkan laporan hasil kegiatan kepada UOBK RSUD dr. Slamet Garut, melalui Tim Kerja Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian UOBK RSUD dr. Slamet Garut.
- Untuk pelaksanaannya dilaksanakan berdasarkan kesepakatan Saudara dengan unit terkait.
- Bersedia mempresentasikan hasil penelitian (apabila diperlukan oleh UOBK RSUD dr. Slamet Garut).

Untuk memperoleh keterangan lebih lanjut sebelum melaksanakan kegiatan tersebut, kami harap yang bersangkutan dapat menghubungi Tim Kerja Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian UOBK RSUD dr. Slamet Garut guna penyelesaian administrasi.

Demikian surat izin ini disampaikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya dan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Garut, 29 Mei 2026

a.n Direktur,
Wakil Direktur

Pendidikan dan Pengembangan Mutu,



dr. R.M. Willy Andrawilis, Sp.KJ
NIP. 197607242005011003

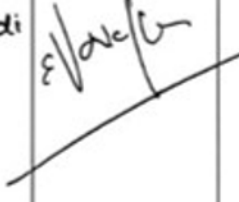
Tembusan Disampaikan Kepada Yth :

1. Direktur RSUD dr. Slamet Garut (Sebagai Laporan)
2. Wadir Pelayanan dan Keperawatan
3. Wadir Umum dan Keuangan

Lampiran 12 Lembar Bimbingan Skripsi Pembimbing Utama

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Rica Nurhayati
 NIM : 210220111
 Pembimbing : Pok. Aideso Wana Rika
 Judul :

No	Tanggal		Materi yang dikonsultasikan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
1	08 Desember 2025 14.35	08 Desember 2025 15.50	bimbingan untuk 19 petha wali	arahan untuk konteks bimbingan, dan teknik bimbingan seperti apa	
2.	15 Desember 2025 12.35	15 Desember 2025 13.30	pengajuan artikel tema ISPA, DM, gngal,	judul dan tema yang disarankan stroke CHF masalah yang ada di RS	
3.			Pengajuan artikel stroke, CHF hubungan adaptasi diri dengan media himne kopong pada pasien pasca stroke di RS di alamat	masalah yang diambil belum tentu ada di RS	

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Fika Nurharati
 NIM : 19022111
 Pembimbing : PA eldesa uanarilla
 Judul : Hubungan tingkat keparahan dengan
 risiko pasien stroke di RSUD dr Soetomo

No	Tanggal		Materi yang dikonsultasikan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
4	17 Desember 2023		Pengajuan 3 outline terkait s. Rempok	- arahan untuk obs ke RS terkait masalah yang berkaitan dengan untuk menentukan masalah sekalian sebagai acuan judul skripsi	
5	20 Desember 2023		Pengajuan outline yang disarankan oleh pembimbing	Acc judul pengajuan ke IP4M arahan bab 2 di bab 2 arahan judul yang di ACC teori dan material terkaitnya	
6	27 Desember 2023 2023 10.00	27 Januari 2024 10.22	Bab 1	mengarahkan judul resiko dengan faktor derajat 1-4 - WHO hrs jelas tahun dan jumlah penduduk tahun 2020 paling tua di data, data semua aspek dari negara, kota sampai ke qarut arahan selanjutnya	

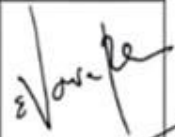
LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Rika Nurhafati
 NIM : khg20111
 Pembimbing : Edeisa Vianariva
 Judul :

No	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
7	04 februari 2026 11.00		Revisi Bab 1	di bab 1 dijen setiap paragraf	
8	25 februari 2026 10.00	25 februari 2026 11.00	bab 1 revisi bab 2 konsep	ganti variabel dependen derajat kebebasan menjadi ketergantungan aktivitas di daily living (ADL) atau cemir diartikan bab 1 dan full jurnal harus selesai	
9.	27 februari 2026 09.05	27 februari 2026 09.30	bab 1 revisi	deklarasi dampak per sub bab di skripsi juga di jelaskan lebih detail terkait kesadaran brp ADL brp itu brp orang, tambahkan kata sambung di paragraf ke	

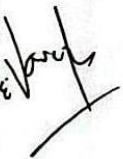
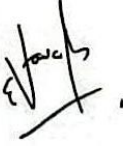
LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Rizka Nurhikmah
 NIM : 61622111
 Pembimbing : Pa Edda Wana Riva
 Judul :

No	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
10.	Rabu, 04 Maret 2026 09.30	Rabu, 04 Maret 2026	Revisi bab 3 dan pengerjaan bab I	Adi di judul miring rapikan penduan paragraf disatukan dan paragraf ke 2 Adi di tiap paragraf jangan di jelaskan dari reject aja kutipan dari buku yang disebutkan menurut siapa bilang ajarmurid buku fropa	
11.	Senin, 09 Maret 2026 13.30	Senin, 09 Maret 2026 14.00	Revisi bab II	Bab 2 Acc lanjut mt 3	
12	Rabu, 01 April 2026 09.10	Rabu, 01 April 2026	Bab III	- kode spss - scs semantika - Barffel index semantika - p value pada uji validitas reliabilitas	

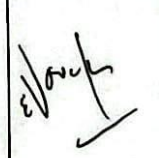
LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Rika Nurhayati
 NIM : KH9C22111
 Pembimbing : Pk Adelfa Vana Rina
 Judul :

No	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
13	06 April 2026 12.02	06 April 2026 12.29	BAB 3 kearifan Draf Sempro	Ace Sidang Propoel. Denga Penul: 1. Kerangka 2. Kuesione ADL	
14	07 April 2026 09.00	06 April 2026 09.20	Revisi bab 3/KU Pener ADL <Draf>	Ace Sempro.	
15	21 April 2026 10.00	21 April 2026 10.30	Revisi ADL Sempro Bab 3 LK	Perbaiki stlh Sempro	

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : pika Nurhayati
 NIM : 210222111
 Pembimbing : Pa Eldezza wawa pika
 Judul :

No	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
16	seri 22 juni 2026 09.00	seri 22 juni 2026 09.30	bab IV, V	- tambahan distribusi frekuensi di responden di bab IV - analisis tingkat kesdm dgn menggunakan total gap antara teori dan kmp teori, penelitianya ferris ini di analisis univariat	
17	29 juni 26 11.00	29 juni 26 11.30	revisi bab IV, V	- revisi bab IV - revisi bab V - penulisan	
18	01 juli 2026 11.09	01 juli 2026 11.30	revisi bab IV, V	Ace sedang Draft lnsksp.	

Lampiran 13 Lembar Bimbingan Skripsi Pembimbing Pendamping

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Rika Wahyuni

NIM : 202111

Pembimbing : Plc andika

Judul : Hubungan tingkat keadaban dengan
pada pasien HIV di RSUD Siamet

No	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
1.	24/12/25		Topik penelitian	- Kutipan terbaru - Keterbacaan	
2	24/01/26		Bab I	- Perbaiki margin - Spasi double - Buat lebih ringkas	
3	2/02/26		Bab I	- penulisan kutipan - tanda baca y perbaikan Acc bab I	

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Rea Nurhati
 NIM : 14022011
 Pembimbing : Dr. Andika
 Judul :

No	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
4	27/2/26 09.55	27/2/26 09.59	Bab I Perubahan Label	Acc I	
5	09/3/26	9/3/2026	Bab II	Acc II	
6	2/3/2026	2/3/2026	Topik/ Judul	Acc Topik/ Kerangka.	

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Rika Nurhafidha
 NIM : Khgc22111
 Pembimbing : Pk Ardika
 Judul :

No	Tanggal		Materi yang dikonsultasikan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
7	01 April 2026 10.23		Bab III	Perbaikan Spesifikasi dan Uraian Lampiran Pemeriksaan (pemeriksaan Sample)	
8	06 April 2026 12.30	06 April 2026 12.30	Bab III	AEC Bab III & Draft	
9	07/04/2026 09.30	07/04/2026 09.45	Draft	AEC perbaikan Draft Sedang proposal	

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Riko Alkhodli
 NIM : 21022011
 Pembimbing : Dik Andika
 Judul :

No	Tanggal		Materi yang dikonsultasikan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
10	24/4/26 10.30	21/4/26 10.45	Revisi Pabekem propaganda	Acc 	
"	01 Juli 2026 11.32	01 Juli 2026 11.45	bab IV, V	Acc bab IV & V	
	7/7/26		Propose Seminar Hasil	Acc proposal - Seminar Hasil - Abstrak 2026 - Spm & tagline - Penutupan	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



- Identitas Pribadi

Nama : Rika Nurhayati
Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 14 Juni 2003
Agama : Islam
Email : rikanurhayati487@gmail.com
Alamat : Kp Pataruman Ds Pataruman Kec Tarogong Kidul
Kab Garut

- Pendidikan yang telah ditempuh

TK : TK Ash Sholihin (2008-2009)
SD : SDN Haurpanggung I (2009-2015)
SMP : PPI 19 Bentar Garut (2015-2018)
SMA : SMK YBKP 3 Garut (2018-2021)
Perguruan Tinggi : Institut Kesehatan Karsa Husada Garut (2022-2026)

MOTTO

“Jalan ini terjal tanpa genggam tangan mamah. Tapi aku percaya, dari surga mamah tetap menuntunku pulang”

“Tidak mudah, tapi tidak pernah menyerah. Dipersembahkan untuk mamah malaikatku di surga”