



**HUBUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL) DAN *LONELINESS*
DENGAN *QUALITY OF LIFE* PADA KLIEN STROKE *SURVIVOR*
DI POLI SARAF RSUD M.NATSIR SOLOK**

SKRIPSI

IKHSANIKE PUTRI
NIM: 241004614201111

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS PRIMA NUSANTARA
BUKITTINGGI
TAHUN 2026**



**HUBUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL) DAN *LONELINESS*
DENGAN *QUALITY OF LIFE* PADA KLIEN STROKE *SURVIVOR*
DI POLI SARAF RSUD M.NATSIR SOLOK**

SKRIPSI

IKHSANIKE PUTRI
NIM: 241004614201111

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS PRIMA NUSANTARA
BUKITTINGGI
TAHUN 2026**



**HUBUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL) DAN *LONELINESS*
DENGAN *QUALITY OF LIFE* PADA KLIEN STROKE *SURVIVOR*
DI POLI SARAF RSUD M.NATSIR SOLOK**

Diajukan ke Program Studi S1 Keperawatan
Fakultas Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat
Universitas Prima Nusantara Bukittinggi Sebagai Pemenuhan Syarat untuk
Mendapatkan Gelar Sarjana Keperawatan

IKHSANIKE PUTRI
NIM: 241004614201111

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS PRIMA NUSANTARA
BUKITTINGGI
TAHUN 2026**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar

Nama : IKHSANIKE PUTRI
NIM : 241004614201111
Program Studi : S1 Keperawatan
Tanda Tangan :



Tanggal : 29 Juni 2026

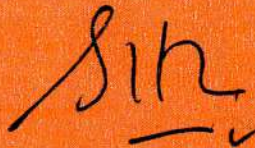
PERNYATAAN PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dan *Loneliness* dengan
Quality of Life pada Klien *Stroke Survivor* di Poli Saraf RSUD
M.Natsir Solok
Nama : Ikhsanike Putri
Nim : 241004614201111

Skripsi ini telah diperiksa dan disetujui dan telah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.

Bukittinggi, Juni 2026

Koordinator Skripsi



(Ns. Masyithah Fadhani, M. Kep)

Menyetujui,
Pembimbing



(Ns. Nike Puspita Alwi, M.Kep)

Mengetahui,

Ketua Prodi S1 Keperawatan

Fakultas Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat

Universitas Prima Nusantara Bukittinggi



(Dwi Apriadi, S.Kep, Ners, M.Kep, PhD)

NIDN : 1024049302

PERNYATAAN PENGESAHAN

Judul Skripsi : Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dan *Loneliness* dengan
Quality of Life pada Klien *Stroke Survivor* di Poli Saraf RSUD
M.Natsir Solok
Nama : Ikhsanike Putri
NIM : 241004614201111

Skripsi ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Nusantara Bukittinggi

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Ns. Nike Puspita Alwi, M.Kep



Penguji I : Dwi Apriadi, S.Kep, Ners, M.Kep, PhD ()

Penguji II : Ns. Elfira Husna, M.Kep ()

Ditetapkan di : Bukittinggi

Tanggal : Juni 2026

Mengetahui

Dekan Fakultas Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat


Ns. Elfira Husna, M.Kep

NIDN: 1016058704

Universitas Prima Nusantara Bukittinggi

RIWAYAT HIDUP



Nama : Ikhsanike Putri
Tempat/Tanggal Lahir : Panyakalan/ 08 Februari 1984
Alamat : Jr. Hilie Banda Nagari Panyakalan Kec. Kubung Kab. Solok
NIM : 241004614201111
Status Keluarga : Menikah
Alamat Instansi : Jl. Simpang Rumbio Kota Solok
Email : ikhsanikeputri@gmail.com
No. Hp : 085374640284
Nama orang Tua
Ayah : Jalumar (Alm)
Ibu : Risnayati

Riwayat Pendidikan

1	SD	: SDN 06 Panyakalan	Lulus Tahun 1996
2	SMP	: MTsM Panyakalan	Lulus Tahun 1999
3	SMA	: SMU Negeri 2 Solok	Lulus Tahun 2002
4	Perguruan Tinggi/Akademi	: Poltekkes Padang Prodi Keperawatan Solok	Lulus Tahun 2006

Riwayat Pekerjaan : RSUD M. Natsir

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Nusantara Bukittinggi, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : **Ikhsanike Putri**
NIM : 241004614201111
Program Studi : S1 Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Prodi S-1 Keperawatan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi **Hak Bebas Royalti Non eksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas skripsi Saya yang berjudul :“ *Hubungan Activity Daily Living (ADL) dan Loneliness dengan Quality of Life pada Klien Stroke Survivor di Poli Saraf RSUD M.Natsir Solok* ”. Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Prima Nusantara Bukittinggi berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), merawat dan mempublikasikan skripsi, saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Bukittinggi

Pada tanggal : Mei 2026

Yang Menyatakan



Ikhsanike Putri

Universitas Prima Nusantara Bukittinggi

**UNIVERSITAS PRIMA NUSANTARA BUKITTINGGI
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN**

SKRIPSI , April 2026

IKHSANIKE PUTRI

Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien Stroke Survivor di Poli Saraf RSUD M.Natsir Solok Tahun 2026
xii+ VII BAB, 76 halaman + 11 tabel + 3 daftar Bagan + 9 lampiran

ABSTRAK

Penyakit stroke akan membuat penderitanya menjadi tergantung kepada orang lain dalam menjalankan aktivitas kehidupannya sehari-hari, seperti makan, minum, mandi, berpakaian, *toileting* dan sebagainya. Berkurangnya tingkat kemandirian dan mobilitas penderita stroke dapat berpengaruh terhadap kualitas hidupnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui “Bagaimana ada Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien Stroke Survivor di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok”. Jenis penelitian ini kuantitatif dengan design *cross sectional study*. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh klien stroke survivor di Poli saraf RSUD M. Natsir Solok, dengan sampel sebanyak 79 orang responden. Kriteria sampel meliputi klien stroke pertama yang menjalani rehabilitasi tanpa komplikasi penyakit akut seperti jantung dan epilepsi. Pengambilan sampel menggunakan teknik *Accidental Sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner *KATZ indeks*, *University California of Los Angeles Loneliness Scale* dan *Stroke Spesific-Quality Of Life* dengan analisa univariat dan bivariat. Diketahui bahwa hampir separuh responden yaitu sebanyak 43% dengan ADL kategori mandiri, sebagian besar responden sebanyak 54,5% dengan *Loneliness* kategori sedang, dan sebagian besar 62% responden dengan *Quality of Life* kategori baik. Adanya hubungan ADL ($p < 0,001$ nilai $r=0,636$ tingkat kolerasi kategori kuat) dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada klien stroke survivor ($p < 0,001$ nilai $r=0,478$ tingkat kolerasi kategori sedang). Kesimpulan adanya hubungan yang signifikan antara ADL dan *Loneliness* dengan Kualitas hidup pasien stroke survivor. Saran: Perawat diharapkan terus berupaya memberikan informasi terkait perawatan diri pada penderita stroke terutama keluarga untuk mendampingi dan terlibat aktif agar pasien memenuhi ADL dan tidak merasa kesepian.

Kata kunci : *Activity Daily Living* (ADL), *Loneliness*, *Quality of Life*, Stroke

Referensi : 2014-2026 (71)

**UNIVERCITY PRIMA NUSANTARA BUKITTINGGI FACULTY OF
NURSING AND PUBLIC HEALTH BACHELOR OF NURSING STUDY
PROGRAM**

THESIS, April 2026

IKHSANIKE PUTRI

***The Relationship between Activity Daily Living (ADL) and Loneliness with
Quality of Life in Stroke Survivor Clients at the Neurological Polyclinic of
M.Natsir Solok Hospital 2026***

xii+ VII CHAPTER, 76 pages + 11 tables + 3 chart lists + 9 appendices

ABSTRACT

Stroke will make the sufferer dependent on others in carrying out their daily life activities, such as eating, drinking, bathing, dressing, toileting and so on. The reduced level of independence and mobility of stroke patients can affect their quality of life. This study aims to find out "How is there a relationship between Activity Daily Living (ADL) and Loneliness with Quality of Life in stroke survivor clients at the Neurological Polyclinic of M. Natsir Solok Hospital". This type of research is quantitative with a cross sectional study design. The population in is all stroke survivor clients at the Neurological Polyclinic of M. Natsir Solok Hospital. With a sample of 79 respondents, where the respondents were clients with the criteria of first stroke clients undergoing rehabilitation without additional disease diagnoses such as heart disease and epilepsy. Sampling was using the Accidental Sampling technique. Data collection in used the KATZ questionnaire index, UCLA and Stroke Specific-Quality Of Life with univariate and bivariate analysis. It is known that almost half of the respondents, namely 43% with ADL in the independent category, more than 54.5% with Loneliness in the medium category, and more than 62% respondents with good Quality of Life category. There was a relationship between Activity Daily Living (ADL) ($p < 0.001$ $r=0.636$ strong category correlation level) and Loneliness with Quality of Life in stroke survivor clients ($p < 0.001$ $r=0.478$ medium category correlation level). Conclusion clients with stroke survivors already have a good quality of life, moderate levels of loneliness with independent ADLs. Suggestion: Nurse are expected to continue to strive to provide information regarding self-care to stroke patients, especially families to accompany and be actively involved so that patients can fulfill ADL and do not feel lonely.

Keywords: Activity Daily Living (ADL), Loneliness, Quality of Life

References : 2014-2026 (71)

KATA PENGANTAR

Bismillah, Puji syukur peneliti ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia serta hidayahnya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien *Stroke Survivor* di Poli Saraf RSUD M.Natsir Solok”**. Skripsi ini disusun dengan maksud untuk memenuhi tugas akhir sebagai salah satu syarat kelulusan pada Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Nusantara Bukittinggi. Peneliti menyadari bahwa pembuatan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih terutama kepada Yth Ibu Ns. Nike Puspita Alwi, M.Kep selaku pembimbing yang telah memberi arahan dan masukan sehingga peneliti dapat menyelesaikan Skripsi ini. Seterusnya peneliti ucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Dr. Hj. Evi Susanti, S.ST, M.Biomed selaku Rektor Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
2. Bapak Ns. Fauzi Ashra, M.Kep, PhD selaku Wakil Rektor I (Bidang Akademik, Penelitian dan Pengabdian) Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
3. Bapak Yuhendri Putra, S.Si, M.Biomed selaku Wakil Rektor II (Bidang Administrasi Umum, Keuangan, SDM, Kerjasama dan HI, Sarana Prasarana) Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
4. Ibu Mellia Fransiska, SKM, M,Kes selaku Wakil Rektor III (Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Pusat Karir) Universitas Prima Nusantara Bukittinggi
5. Ibu Ns. Elfira Husna, M.Kep selaku Dekan Fakultas Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Nusantara Bukittinggi sekaligus penguji 2.
6. Bapak Dwi Apriadi, S.Kep, Ners, M.Kep, PhD, selaku Ketua Prodi S1 Keperawatan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi sekaligus penguji 1.

7. Ibu Ns. Masyithah Fadhani, M. Kep selaku Dosen Koordinator Skripsi Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
8. Bapak/Ibu dosen serta tenaga kependidikan yang telah membantu proses selama ini.
9. Keluarga besar Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Nusantara Bukittinggi
10. Kepada RSUD M. Natsir yang telah mengizinkan melakukan penelitian ini.
11. Kepada para responden peneliti yang bersedia berpartisipasi pada penelitian ini.
12. Suami, anak-anak, orang tua tercinta, kakak adik beserta keluarga yang telah memberikan dukungan do'a, materil dan perhatian yang tidak terhingga.
13. Para sahabat yang telah sama-sama berjuang dalam suka dan duka menjalani pendidikan ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak sangat peneliti harapkan demi kesempurnaan skripsi ini dimasa akan datang. Mudah-mudahan skripsi ini bermanfaat bagi kita semua dan juga bagi tenaga Kesehatan.

Bukittinggi, April 2026

Ikhsanike Putri

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
PERNYATAAN ORISINALITAS	
PERNYATAAN PERSETUJUAN	
HALAMAN PENGESAHAN	
RIWAYAT HIDUP	
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	
ABSTRAK	i
ABSTRACT	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian.....	10
D. Manfaat Penelitian.....	11
E. Ruang Lingkup	12
 BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN	
A. Konsep Stroke	14
1. Defenisi	14
2. Klasifikasi	14
3. Etiologi	19
4. Patofisiologi	20
5. Manifestasi Klinis.....	21
6. Derajat Keparahan Stroke	24
7. Faktor Resiko	25
8. Penatalaksanaan	26
9. Komplikasi	28
10. Golden Periode	29
B. <i>Quality Of Life</i> (QoL).....	30
1. Defenisi	29
2. Kebutuhan yang menentukan kualitas hidup	31
3. Komponen Kualitas Hidup	32
4. Penilaian Kualitas Hidup	32
5. Faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup	33
6. Kualitas Hidup Klien Stroke <i>Survivor</i>	35
C. <i>Activity Daily Living</i> (ADL)	36
1. Defenisi	36
2. Jenis-jenis ADL	37

3. Latihan ADL	37
4. Faktor yang mempengaruhi ADL.....	38
5. Pengukuran ADL.....	39
D. <i>Loneliness</i> (kesepian)	41
1. Defenisi	41
2. Dampak Kesepian.....	42
3. Pengukuran Kesepian	42
E. Kerangka Teori.....	44

BAB III KERANGKA KONSEPTUAL

A. Kerangka Konsep	45
B. Defenisi Operasional.....	46
C. Hipotesis	47

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian.....	48
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	48
C. Populasi dan Sampel	48
D. Instrumen Penelitian	50
E. Etika Penelitian	53
F. Metode Pengumpulan Data	54
G. Teknik Pengolahan data	55
H. Analisis Data	57

BAB V HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Penelitian	59
B. Analisa Univariat	59
C. Analisa Data Bivariat	71

BAB VI PEMBAHASAN

A. Analisa Univariat	64
B. Analisa Bivariat.....	71
C. Keterbatasan Penelitian.....	77

BAB VII PENUTUP

A. Kesimpulan	78
B. Saran.....	79

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Halaman
3.1 Definisi Operasional.....	46
4.1 Pedoman interpretasi Uji Korelasi <i>Spearman Rank</i>	58
5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden	59
5.2 Distribusi frekuensi <i>Activity Daily Living (ADL)</i>	60
5.3 Distribusi frekuensi <i>Loneliness</i>	61
5.4 Distribusi frekuensi <i>Quality of Life</i>	61
5.5 Hubungan <i>Activity Daily Living (ADL)</i> dengan <i>Quality of Life</i>	62
5.6 Hubungan <i>Loneliness</i> dengan <i>Quality of Life</i>	63

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori	44
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	45

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : *Ghanchart*
- Lampiran 2 : Surat Rekomendasi Persetujuan Etik Penelitian
- Lampiran 3 : Surat Izin Penelitian dari LP2M
- Lampiran 4 : Surat Balasan Tempat Penelitian
- Lampiran 5 : Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 6 : *Informed Consent*
- Lampiran 7 : Lembar Kuesioner
- Lampiran 8 : Master Tabel
- Lampiran 9 : SPSS
- Lampiran 10 : Analisis Kuesioner Variabel
- Lampiran 11 : SPSS Analisis Kuesioner Variabel
- Lampiran 12 : Dokumentasi
- Lampiran 13 : Format Bimbingan Skripsi oleh Pembimbing
- Lampiran 14 : Format Bimbingan Revisi oleh Penguji



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World health organization*, stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular. Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah ¹.

Prevalansi penyakit stroke tertinggi berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) dan *Global Burden of Disease* (GBD) tahun 2024, setiap tahun terdapat sekitar 15 juta kejadian stroke secara global, dengan 5 juta di antaranya berakhir dengan kematian dan 5 juta lainnya menyebabkan disabilitas permanen. Saat ini, lebih dari 94 juta orang hidup dengan riwayat stroke, menunjukkan peningkatan prevalensi global yang signifikan dalam dua dekade terakhir. Sejak tahun 1990, angka kejadian stroke meningkat hingga 70%, kematian akibat stroke naik 44%, dan disabilitas yang ditimbulkan naik 32%. Stroke diketahui sebagai penyebab kematian tertinggi kedua di seluruh dunia dan penyebab ketiga terjadinya kecacatan. Setiap tahun lima belas juta orang di dunia mengalami stroke dimana terdapat lima juta orang meninggal dan lima juta orang mengalami disabilitas. Dari sini dapat terlihat bahwa klien stroke *survivor* berkemungkinan besar untuk mengalami disabilitas, dimana setiap kebutuhan sehari-harinya harus dibantu sepenuhnya atau sebagian oleh orang lain ².

Di Indonesia, yang menyumbang sekitar 87% kematian dan 89% total beban penyakit stroke di seluruh dunia. Ironisnya, sekitar 60–65% kasus stroke terjadi pada kelompok usia di bawah 70 tahun, bahkan sekitar 22% menyerang usia muda 15-49 tahun ³. Dari data ini dapat terlihat bahwa stroke merupakan masalah kesehatan yang sangat serius di Indonesia karena menyumbang proporsi kematian dan beban penyakit yang sangat tinggi. Tingginya angka kejadian stroke pada usia di bawah 70 tahun, bahkan pada kelompok usia produktif 15–49 tahun, menunjukkan bahwa stroke bukan lagi penyakit yang hanya menyerang lansia, tetapi juga mengancam generasi muda.

Berdasarkan SKI tahun 2023, 5 provinsi dengan prevalensi stroke tertinggi di Indonesia menurut SKI 2023, yaitu di urutan pertama adalah di Yogyakarta: 11,4 per 1.000 penduduk, Sulawesi Utara: 11,3 per 1.000 penduduk, DKI Jakarta: 10,7 per 1.000 penduduk, Jawa Barat: 10,0 per 1.000 penduduk, Sumatera Barat: 8,8 per 1.000 penduduk, Sumatera Barat berada pada posisi ke-5, bersama dengan Provinsi Aceh yang juga memiliki prevalensi sebesar 8,8 per 1.000 penduduk ⁴. Yayasan stroke Indonesia, menemukan bahwa 80% dari total kasus stroke merupakan stroke iskemik dan 20 % stroke hemoragik. Stroke yang lebih banyak diderita di Indonesia merupakan stroke iskemik. Meski demikian stroke hemoragik merupakan penyebab kematian hingga 40-50% dalam 48 jam hingga 30 hari pertama setelah serangan, sedangkan sisanya membutuhkan perawatan jangka panjang dan hanya 20% diantaranya dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Prevalensi stroke pada jenis kelamin laki-laki sebanyak 11,0% sedangkan untuk perempuan sebanyak 10,9%. Hal ini menunjukkan kejadian stroke pada laki-

laki dan perempuan tidak signifikan berbeda. Seiring dengan bertambahnya usia maka kejadian stroke juga meningkat. Prevalensi stroke tertinggi terjadi pada usia 75 tahun keatas (50,2%).⁵ Dari data ini dapat terlihat bahwa di Indonesia penyakit stroke tidak memandang usia maupun jenis kelamin untuk menyerang setiap individu. Saat ini stroke yang banyak diderita menyebabkan gangguan fisik sehingga pasien membutuhkan bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhannya.

Berdasarkan hasil Riskesdas, prevalensi penyakit stroke di Sumatera Barat mengalami kenaikan sebanyak 3,4% dalam rentang waktu 5 tahun terakhir, yaitu dari 7,5% di tahun 2013 menjadi 10,9% tahun 2018⁶. Di provinsi Sumatera Barat menurut data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatra Barat tahun 2023, stroke merupakan salah satu dari tiga penyakit penyebab kematian paling banyak. Dengan prevalensi 12,2%, penyakit gagal jantung sebanyak 1,2%, dan penyakit jantung koroner terjadi pada 0,3%⁷.

Penyakit stroke akan membuat penderitanya menjadi tergantung kepada orang lain dalam menjalankan aktivitas kehidupannya sehari-hari, seperti makan, minum, mandi, berpakaian, toileting dan sebagainya⁸. Berkurangnya tingkat kemandirian dan mobilitas penderita stroke dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup (*quality of life*) yang dimilikinya⁹.

Kualitas hidup sebagai persepsi seseorang terkait kehidupan yang dilihat dalam konteks budaya dan sistem nilai berdasarkan lingkungan tinggal serta kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan hal-hal lain yang menjadi perhatian individu¹⁰. Sedangkan WHO menyatakan bahwa kualitas hidup yang memiliki kaitan dengan kesehatan dapat meliputi keterbatasan fungsional yang

mencakup fisik, ekspresi positif, mental, spiritual, dan kesejahteraan fisik. Klien stroke *survivor* yang memiliki kualitas hidup buruk akan memiliki kemampuan yang kurang secara fisik dan membuat mereka kehilangan kesempatan untuk aktualisasi diri karena keterbatasan fisik yang akan menimbulkan kualitas hidup rendah ¹¹.

Hal lain yang juga berdampak pada fisik klien stroke *survivor* yaitu kelumpuhan dan kecacatan, gangguan berkomunikasi, gangguan emosi, depresi dan lain-lain. Pasca terserang stroke akan membuat tingkat ketergantungan seseorang terhadap orang lain menjadi semakin meningkat, sehingga orang tidak mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari ¹². Dampak dari stroke dapat mengakibatkan penurunan status fungsional seorang individu, yang dinilai dengan kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti pemenuhan perawatan diri, pemeliharaan diri, dan aktivitas fisik. Keberhasilan penanganan stroke tidak hanya diukur dari angka keberlangsungan hidup (*survival rate*), melainkan dari Kualitas Hidup (QoL). Kualitas hidup mencakup kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Rendahnya ADL dan tingginya *loneliness* diduga menjadi penyebab utama rendahnya kualitas hidup pada stroke *survivor* ¹³.

ADL adalah aktivitas perawatan diri yang harus klien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari. ADL meliputi mandi, berpakaian, berdandan, makan dan toileting. Banyak pasien yang tidak mampu dalam melakukan aktivitas ini dengan mudah karena keterbatasan mobilisasi akibat kerusakan saraf yang dialami oleh pasien pasca stroke. Terdapat kira-kira 2 juta orang yang bertahan hidup pada penyakit stroke yang

mengalami kecacatan dari angka ini 40% memerlukan bantuan dalam menjalani aktivitas kehidupannya sehari-hari ¹⁴.

Stroke merupakan penyebab terjadinya kecacatan pada penderitanya. Klien stroke *survivor* seringkali mengalami defisit neurologis yang mengganggu kemampuan mereka dalam melakukan ADL seperti makan, mandi, dan berpindah tempat. Ketidakmampuan fisik ini menciptakan ketergantungan yang menurunkan harga diri pasien. Umumnya gejala yang dirasakan meliputi kelemahan atau kelumpuhan pada bagian tubuh tertentu dapat meliputi wajah, anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), gangguan penglihatan, gangguan menelan, dan mengalami kelemahan. Gejala lainnya seperti pusing yang berat, muntah bahkan sampai terjadi penurunan kesadaran, pingsan dan tiba-tiba jatuh ¹⁵. Dampak penyakit stroke pada penderita pasca stroke dapat menyebabkan kecacatan secara fisik maupun mental sehingga kualitas hidup klien menjadi menurun ¹⁶.

Pada aspek psikologis merupakan masalah kesepian yang banyak terjadi, dimana kecemasan juga dialami oleh klien stroke *survivor*. Kecemasan merupakan respon terhadap berbagai macam tekanan yang mengakibatkan perasaan takut dan terancam, kecemasan dapat disebabkan oleh penyakit medis fisiologis yang sulit diatasi, kehilangan pasangan hidup, pekerjaan, keluarga, dukungan sosial, respons yang berlebihan terhadap kejadian hidup, serta pikiran tentang kematian, selain itu gangguan mental yang erat hubungannya dengan gangguan tidur, faktor-faktor psikososial seperti pensiun, isolasi, kesepian, dan juga insomnia klien stroke *survivor* ¹⁷.

Pasca-stroke, terjadi penyusutan jaringan sosial secara drastis. Keterbatasan mobilitas dan gangguan komunikasi (afasia) membuat pasien merasa terisolasi. *Loneliness* atau kesepian bukan sekadar kondisi sendirian secara fisik, melainkan perasaan subjektif akan kurangnya koneksi bermakna, yang terbukti memperburuk proses pemulihan saraf (*neuroplasticity*). Masalah mental pada klien stroke survivor berupa kesepian, emosi tidak stabil, hingga depresi. Secara mental, aktivitas fisik dapat memperbaiki mood, meningkatkan rasa percaya diri, mengurangi gejala depresi serta kesepian¹⁸. Kemudian klien stroke survivor yang kesepian biasanya mempunyai kualitas hidup (*Quality of life*) buruk, hal ini disebabkan karena tidak adanya dukungan sosial pada klien stroke survivor. Dukungan sosial adalah suatu proses hubungan yang terbentuk dari individu dengan persepsi bahwa seseorang dicintai dan dihargai, disayangi untuk memberikan bantuan kepada individu yang mengalami tekanan-tekanan dalam kehidupan. Dukungan sosial dan kepedulian pada klien stroke survivor diperoleh dari keluarga, kerabat, dan masyarakat sangat diperlukan dan berguna sehingga klien merasa nyaman, diperhatikan, dan dihargai. Dukungan sosial yang diberikan pada klien stroke survivor akan mengurangi kesepian, semakin besar dukungan sosial yang diberikan maka kesepian pada lansia akan berkurang sehingga kualitas hidup klien juga akan membaik¹⁹.

Penelitian yang dilakukan oleh Noviana N²⁰ terdapat ADL diperoleh sebagian besar responden memiliki kemampuan ADL kategori mandiri sebanyak 72,7%, ketergantungan ringan sebanyak 15,2% dan ketergantungan berat 12,1%. Sebagian besar responden memiliki kualitas hidup baik sebanyak 74,2%, cukup baik sebanyak 13,6% dan kualitas hidup buruk sebanyak 12,1%.

Kemandirian dan mobilitas seseorang yang menderita stroke menjadi berkurang atau bahkan hilang. Berkurangnya tingkat kemandirian dan mobilitas seseorang dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup (*Quality of life*) yang dimilikinya. Perlu diupayakan agar pasien tetap aktif setelah stroke untuk mencegah timbulnya komplikasi tirah baring dan stroke berulang. *Quality of Life (QoL)* yang menurun pada klien stroke *survivor* dapat mempengaruhi semangat hidupnya sehingga mempengaruhi semangatnya untuk sembuh dari penyakitnya. Stroke yang diderita dapat menurunkan kualitas hidupnya, dengan keterbatasan fisiknya maka dia tidak mampu lagi melakukan aktivitas sehari-harinya sendiri harus dibantu dengan orang lain sehingga berdampak pada kualitas hidupnya menjadi buruk. Jadi semakin bergantung *ADL* pada orang lain maka semakin buruk juga kualitas hidupnya.

Masniah dalam Kurnia¹² penelitiannya mengatakan bahwa pasien pasca stroke mengalami gangguan fisik dan fungsional tubuh yang bersifat jangka panjang dan menimbulkan gangguan respon psikologis, sosial maupun spiritualnya yang mempengaruhi perubahan kualitas hidupnya. Hasil penelitian ini menunjukkan kemampuan menyesuaikan diri serta meningkatkan kualitas hidupnya oleh partisipan pasca stroke berupa harapan yang realistis, pasrah, sabar, sakit sebagai hikmah dan cobaan. Kualitas hidup penderita pasca stroke dapat mengalami gangguan atau hambatan karena adanya kecacatan fisik, kognisi, gangguan psikologis dan sosial. Data lain yang juga didapatkan pada pasien pasca stroke yang menjalani kehidupan tanpa bantuan keluarga akan lebih mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, hal ini tentu saja berdampak pada penurunan kualitas hidup pasien tersebut.

Ketidakmampuan tersebut akan berdampak pada perubahan kepribadian, emosi dan dalam keadaan ini bisa mengakibatkan depresi maupun ketergantungan yang akan mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke¹².

Berdasarkan penelitian Ningsih dan Setyowati²¹ didapatkan responden yang masuk kategori kesepian tingkat rendah dan kualitas hidup baik sebanyak 39 responden (78%), sedangkan yang masuk dalam kategori kesepian tingkat sedang dan kualitas hidup cukup sebanyak 10 responden (20%) dan yang masuk dalam kategori kesepian tingkat tinggi dan kualitas hidup buruk sebanyak 1 responden (2%) dengan hasil uji statistic signifikan (p value $0,000 \leq 0,05$). Pada penelitian AR Rahmawati, dkk²² tentang kesepian pada lansia diperoleh hasil, lansia mengalami kesepian berat (33,7), kesepian sedang (39,8%), kesepian rendah 26,5%) dan kualitas hidup baik (61,4%), kualitas hidup buruk (38,6%) dengan hasil uji statistik didapatkan nilai (p value $=0.000$), karena p value ≤ 0.05 . Kesepian adalah kondisi yang sering mengancam kehidupan bagi lansia dimana ketika anggota keluarga tinggal terpisah dari mereka, kehilangan pasangan, kehilangan seorang sahabat atau teman, kehilangan kemampuan untuk hidup mandiri. Merasa bosan dengan hidup, tidak berharga, tidak diperhatikan dan tidak dicintai²³. Lansia yang mengalami kematian pasangannya lebih besar kemungkinannya untuk menderita gangguan depresi seperti merasa kesepian, kesedihan, gangguan mood, dan anoreksia²⁴.

Menurut data dari BPS Kota Solok tahun 2020, penyakit stroke non-haemoragik merupakan penyebab kematian keempat di Kota solok dengan persentase 8,72 % atau sekitar 1.697 orang²⁵. Rumah Sakit Umum Daerah

Mohammad Natsir yang selanjutnya disingkat RSUD M. Natsir adalah Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Provinsi Sumatera Barat yang terletak di Kota Solok. Pada tahun 2024 prevelansi stroke yang diperoleh dari Rekam Medik RSUD M.Natsir Solok angka kejadian stroke rawat jalan tahun 2024 sebanyak 1517 kunjungan dan sedangkan angka kejadian stroke tahun 2025 dari bulan januari hingga oktober terdapat sebanyak 1233 kunjungan. Data 3 bulan terakhir terdapat sebanyak 298 kunjungan ²⁶.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan di RSUD M. Natsir Solok pada tanggal 01 November 2025 melalui wawancara pada 10 orang klien stroke *survivor* di poli saraf RSUD M. Natsir Solok, didapatkan data bahwa 4 orang mengatakan dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari perlu bantuan seperti berpindah, makan hingga ke kamar kecil dan merasa tidak puas dengan kualitas hidupnya, karena untuk melakukan kegiatan sehari-hari selalu dibantu orang lain, 3 orang mengatakan kegiatan sehari-harinya dapat dilakukan secara mandiri, seperti dapat mandi sendiri, berkontinen sendiri dan merasa puas dengan kualitas hidupnya, karena mampu melakukan aktifitas sehari-harinya , dan terdapat 3 orang lainnya dalam melakukan kegiatan sehari-hari bergantung pada orang lain/keluarganya dan merasa kualitas hidupnya sangat buruk dan sangat berubah karena selalu membutuhkan bantuan orang lain seperti dalam membantu menyiapkan makanan, mandi, berpindah , serta berpakaian. Sedangkan terdapat 5 orang mengatakan mereka malu dengan keadaannya sekarang, mereka merasa ditinggalkan dan merasa dikucilkan/terisolasi sehingga merasa kesepian.

Berdasarkan uraian di atas memperjelas bahwa ketidakmampuan beraktivitas dialami oleh klien stroke *survivor* sangat berpengaruh terhadap kehidupannya dengan melihat dampak dari stroke dimana klien dapat mengalami penurunan status fungsional dan disfungsi yang dapat mempengaruhi kualitas hidup klien stroke *survivor*. Begitu juga klien stroke *survivor* merasa kesepian saat orang-orang lain pergi melakukan urusan masing-masing sedangkan dia tidak melakukannya karena keterbatasan gerak yang dimiliki. Dari uraian di atas maka peneliti tertarik untuk meneliti “Hubungan *Activity Daily Living (ADL)* dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien Stroke *Survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang diatas maka peneliti merumuskan masalah adalah “Apakah ada Hubungan *Activity Daily Living (ADL)* dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien Stroke *Survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuinya Hubungan *Activity Daily Living (ADL)* dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien Stroke *Survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya distribusi frekuensi *Activity Daily Living* pada Klien Stroke *Survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok.

- b. Diketuainya distribusi frekuensi *Loneliness* pada Klien Stroke *Survivor* di poli saraf RSUD M. Natsir Solok.
- c. Diketuainya distribusi frekuensi *Quality of Life* pada Klien Stroke *Survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok.
- d. Diketuainya Hubungan *Activity Daily Living* dengan *Quality of Life* pada Klien Stroke *Survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok.
- e. Diketuainya Hubungan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien Stroke *Survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok.

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

a. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan peneliti saat melakukan penelitian khususnya penelitian bidang keperawatan komunitas yaitu tentang Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien Stroke *Survivor* di poli saraf RSUD M. Natsir Solok.

b. Bagi Peneliti selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan dan perbandingan dalam melakukan penelitian lebih lanjut terkait Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien Stroke *Survivor* di poli saraf RSUD M. Natsir Solok.

2. Praktis

a. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan dapat menjadi masukan bagi institusi pelayanan kesehatan dan dapat dijadikan sebagai pedoman untuk intervensi keperawatan dalam pelayanan kesehatan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai literatur bagi institusi dan menjadi referensi bagi mahasiswa Universitas Prima Nusantara dalam proses pembelajaran mengenai Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien *Stroke Survivor*. Hasil penelitian diharapkan dapat menambah informasi dan dapat dimanfaatkan ilmu lain untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) dan akhirnya untuk kesejahteraan umat manusia.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien *Stroke Survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok. Jenis penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan metode *Cross Sectional*. Penelitian ini memiliki dua variabel, Variabel independent yang terdiri dari ADL dan *Loneliness*, sementara itu variabel dependent penelitian ini adalah *Quality of Life* pada Klien *Stroke Survivor*. Penelitian ini direncanakan akan dilakukan di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok pada bulan Maret sampai April Tahun 2026. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien *stroke survivor* di Poli Saraf RSUD

M.Natsir Solok. Instrumen penelitian ini kuesioner dan diolah dengan system komputerisasi dengan menggunakan uji statistic *Spearman rank*.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Stroke

1. Defenisi

Menurut *WHO (World health organization)* ³, stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular. Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah. Akibatnya sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen yang diperlukan sehingga mengalami kematian sel/jaringan. Sedangkan menurut Darwati, Purwati dan Setianingsih ²⁷ stroke merupakan kedaruratan medik yang terjadi akibat gangguan suplai darah menuju sel otak sehingga terjadi kerusakan dan kematian sel-sel dan jaringan otak yang dapat menimbulkan resiko disabilitas jangka panjang bahkan kematian. Tersumbatnya pembuluh darah menyebabkan terpotongnya suplai oksigen dan nutrisi yang menyebabkan kerusakan jaringan otak ²⁸.

2. Klasifikasi

Stroke dapat dibagi menjadi dua kategori utama yaitu, stroke hemoragik (pendarahan) dan stroke iskemik. Dua kategori ini merupakan suatu kondisi yang berlawanan. Pada stroke hemoragik kranium yang tertutup mengandung darah yang terlalu banyak, sedangkan pada stroke iskemik terjadinya gangguan ketersediaan darah pada suatu area di otak dengan kebutuhan oksigen dan

nutrisi area tersebut. Setiap strategi dari stroke dapat dibagi menjadi beberapa sub tipe, yang masing-masing mempunyai strategi penanganan yang berbeda.

a). Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah disfungsi neurologis yang akut dan disebabkan oleh perdarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan bukan oleh karena trauma kapitis, tetapi disebabkan oleh karena pecahnya pembuluh arteri, vena, dan kapiler. Perdarahan tersebut dapat menggenangi dan membunuh sel-sel otak, sekitar 20% stroke adalah stroke hemoragik. Stroke hemoragik dapat dibagi menjadi 2 sub tipe, yaitu perdarahan intraserebral (PIS) yaitu terjadi perdarahan langsung ke jaringan otak atau disebut juga sebagai perdarahan parenkim otak dan perdarahan subaraknoid (PSA) yang terjadi perdarahan di ruangan sub-arachoid (antara arachnoid dan piamater). Dua sub tipe stroke perdarahan ini mempunyai perbedaan etiologi, gambaran klinis, prognosis dan strategi penanganan.

(1). Perdarahan Intraserebral (PIS)

Perdarahan intraserebral terjadi di dalam substansi atau parenkim otak. Penyebab utamanya adalah hipertensi, khususnya yang tidak terkontrol. Pecahnya pembuluh darah karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak.

(2). Perdarahan Subaraknoid (PSA)

Penyebab tersering perdarahan ini adalah rupturnya aneurisma arterial yang terletak di dasar otak dan perdarahan dari malformasi

vaskuler yang terletak dekat dengan permukaan piamater. Penyebab lain dapat berupa perdarahan diatesis, trauma, angiopati amiloid dan penggunaan obat.

b). Stroke Iskemik / infark

Stroke iskemik dapat dibagi lagi ke dalam 2 jenis, stroke trombotik dan stroke embolik yaitu :

- 1) Stroke trombotik. Bagi sebagian orang, istilah stroke trombotik mungkin masih terdengar asing. Stroke trombotik adalah penyumbatan aliran darah yang terjadi akibat pembekuan darah di dalam salah satu arteri otak. Stroke trombotik dapat memengaruhi pembuluh darah besar atau kecil. Stroke yang memengaruhi pembuluh darah besar akan mengakibatkan sumbatan yang besar, dan luasan area otak yang terpengaruh juga besar. Stroke yang seperti ini dapat mengakibatkan kelumpuhan. Sementara pada pembuluh darah kecil, gejala yang ditimbulkan tidak sebesar jika stroke menyerang pembuluh darah besar. Pasalnya, bagian otak yang terpengaruh juga tidak terlalu besar. Migrain adalah salah satu penyebab stroke trombotik. Dalam kasus yang parah, sakit kepala migrain dapat menyebabkan arteri otak menjadi kejang untuk waktu yang lama. Hal ini dapat membentuk pembekuan darah di otak.
- 2) Stroke emboli adalah kondisi di mana benda atau zat asing seperti gumpalan darah atau gelembung gas tersangkut dalam pembuluh darah dan menyebabkan penyumbatan pada aliran darah. Penyumbatan tersebut dapat menimbulkan gejala yang berbeda pada

tiap orang, tergantung tipe dan lokasi pembuluh darah yang tersumbat. Pada dasarnya tubuh memiliki tiga tipe pembuluh darah yang terdapat di seluruh organ tubuh, yakni arteri, vena, dan kapiler. Arteri berperan sebagai penyuplai oksigen dari jantung ke seluruh tubuh, vena berperan mengembalikan oksigen ke jantung, dan kapiler adalah pembuluh darah terkecil yang menghubungkan arteri dan vena sekaligus mengatur pasokan oksigen ke jaringan tubuh ²⁹.

Berdasarkan perjalanan klinis, stroke iskemik terdiri dari Transient Ischemic Attack (TIA), Reversible Ischemic Neurological Deficit (RIND), Stroke in Evolution (SIE), dan Complete Stroke Iskemik (CSI). Perjalanan klinis pasien dengan stroke iskemik ini dilihat dari waktu berlangsungnya defisit neurologis yang dialami pasien/penderita.

1) Transient Ischemic Attack (TIA)

TIA merupakan perjalanan klinis yang menggambarkan terjadinya defisit neurologis fokal (kelainan fungsional area tubuh) secara tiba-tiba yang mana dan peristiwa tersebut berlangsung hanya sementara, tidak lebih dari 24 jam. Karena peristiwanya berlangsung singkat dan penderitanya bisa pulih dalam satu hari tanpa ada gejala sisa, dokter jarang melihat sendiri peristiwa TIA. Oleh sebab itu, dalam melakukan diagnosis terhadap TIA, dokter berdasarkan keterangan pasien saja.

2) Reversible Ischemic Neurological Deficit (RIND)

RIND juga merupakan defisit neurologis fokal atau kelainan fungsional area tubuh secara tiba-tiba, tetapi berlangsung lebih lama

dibandingkan TIA, yaitu lebih dari 24 jam. Penderita yang terkena RIND biasanya juga akan membaik dalam waktu 24 sampai 48 jam. Tetapi, ada juga yang membaik dalam waktu 3-4 hari yang mana hal ini dikenal sebagai Prolonged Reversible Ischemic Neurological Deficit (PRIND). Karena berlangsung lebih dari 24 jam dan beberapa hari, berbeda dengan TIA, pada RIND atau PRIND ada kemungkinan dokter dapat mengamati atau menyaksikan sendiri peristiwanya.

3) Stroke in Evolution (SIE)

SIE merupakan perjalanan klinis yang menggambarkan terjadinya defisit neurologis fokal yang terjadi secara tiba-tiba dan terus memburuk setelah 48 jam. Defisit neurologis fokal yang timbul pada perjalanan klinis SIE ini berlangsung secara bertahap, dari yang bersifat ringan menjadi lebih berat.

4) Complete Stroke Ischemic (CSI)

CSI merupakan perjalanan klinis yang dialami oleh penderita di mana defisit neurologis fokal yang timbul sifatnya sudah menetap. Artinya, telah terjadi kelumpuhan atau tidak berfungsi secara semestinya dan tubuh tidak memperlihatkan perkembangan atau progresi lagi. Defisit neurologis yang muncul pada perjalanan klinis CSI bermacam-macam. Ini bergantung pada daerah otak mana yang mengalami penyumbatan yang menyebabkan aliran darah terhambat sehingga terjadi kerusakan jaringan otak dan menyebabkan stroke yang ditandai dengan defisit neurologis.

3. Etiologi

Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan stroke antara lain:

a). Trombosis cerebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemik jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemik serebral. Tanda dan gejala neurologis sering kali memburuk pada 48 jam setelah thrombosis.

b). Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

c). Hemorrhagic

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena atherosklerosis atau hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan

otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, oedema dan mungkin herniasi otak.

d). Hypoksia Umum

- (1). Hipertensi yang parah.
- (2). *Cardiac pulmonary arrest*.
- (3). *Cardiac output turun akibat aritmia*.

e). Hipoksia setempat

- (1). Spasme arteri serebral, yang disertai perdarahan subarachnoid.
- (2). Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migrain ³⁰.

4. Patofisiologi

Otak sangat tergantung kepada oksigen dan otak tidak mempunyai cadangan oksigen, apabila tidak adanya suplai oksigen maka metabolisme di otak mengalami perubahan, kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi dalam waktu 3 sampai 10 menit. Iskemia dalam waktu lama menyebabkan sel mati permanen dan berakibat menjadi infark otak yang disertai oedema otak sedangkan bagian tubuh yang terserang stroke secara permanen akan tergantung kepada daerah otak mana yang terkena. Stroke itu sendiri disebabkan oleh adanya arterosklerosis ³¹.

Arterosklerosis terjadi karena adanya penimbunan lemak yang terdapat di dinding-dinding pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah ke jaringan otak. Arterosklerosis juga dapat menyebabkan suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat sehingga menyebabkan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak. Arterosklerosis dapat menyebabkan terbentuknya bekuan darah atau trombus yang melekat pada dinding pembuluh darah sehingga

menyebabkan sumbatan pada pembuluh darah. Apabila arterosklerosis bagian trombus terlepas dari dinding arteri akan mengikuti aliran darah menuju arteri yang kecil dan menyebabkan sumbatan yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah.

5. Manifestasi klinis

WHO ³² menjelaskan bahwa gejala umum yang terjadi pada stroke yaitu wajah, tangan atau kaki yang tiba-tiba kaku atau mati rasa dan lemah, dan biasanya terjadi pada satu sisi tubuh saja. Gejala lainnya yaitu pusing, kesulitan bicara atau mengerti perkataan, kesulitan melihat baik dengan satu mata maupun dengan kedua mata, sulit berjalan, kehilangan koordinasi dan keseimbangan, sakit kepala yang berat dengan penyebab yang tidak diketahui, dan kehilangan kesadaran atau pingsan. Tanda dan gejala yang terjadi tergantung pada bagian otak yang mengalami kerusakan dan seberapa parah kerusakannya itu terjadi.

Serangan stroke dapat terjadi secara mendadak pada beberapa pasien tanpa diduga sebelumnya. Stroke bisa terjadi ketika pasien dalam kondisi tidur dan gejalanya baru dapat diketahui ketika bangun. Gejala yang dimiliki pasien tergantung pada bagian otak yang rusak. Tanda dan gejala yang umumnya terjadi pada stroke atau TIA yaitu wajah, lengan, dan kaki dari salah satu sisi tubuh mengalami kelemahan dan atau kaku atau mati rasa, kesulitan berbicara, masalah pada penglihatan baik pada satu ataupun kedua mata, mengalami pusing berat secara tiba-tiba dan kehilangan keseimbangan, sakit kepala yang sangat parah, bertambah mengantuk dengan kemungkinan kehilangan kesadaran dan kebingungan.

a). Kehilangan motorik

Stroke dapat mengakibatkan kehilangan volunter terhadap gerakan motorik. Disfungsi motorik yang paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesisi atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.

Diawal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul biasanya adalah paralisis dan hilang atau menurunnya reflek tendon dalam. Apabila reflek tendon dalam ini muncul kembali (biasanya dalam 48 jam), peningkatan tonus disertai dengan spastisitas (peningkatan tonus otot abnormal) pada ektremitas yang terkena dapat dilihat.

b). Kehilangan komunikasi

Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi. Stroke adalah penyebab afasia paling umum. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut:

- 1) Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggungjawab untuk menghasilkan bicara.
- 2) Afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresif atau represif.
- 3) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

c). Gangguan persepsi

Gangguan persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual spasial dan kehilangan sensori.

- 1) Disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensori primer diantara mata dan korteks visual. Homominius hemianopsia (kehilangan setengah lapang pandang) dapat terjadi karena stroke dan mungkin sementara atau permanen. Sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis. Kepala pasien berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan cenderung mengabaikan tempat dan ruang pada sisi tersebut, ini disebut amorfosintesis.
- 2) Gangguan hubungan visual spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada pasien dengan hemiplagia kiri.
- 3) Kehilangan sensori, karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan proprioepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimulasi visual, taktil, dan auditorius.

d). Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik

Bila kerusakan telah terjadi pada lobus frontal, mempelajari kapasitas, memori atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian

terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa dan kurang motivasi yang menyebabkan pasien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi mereka. Depresi umum terjadi dan mungkin diperberat oleh respon alamiah pasien terhadap penyakit katastrofik ini. Masalah psikologik lain juga umum terjadi dan dimanifestasikan oleh labilitas emosional, bermusuhan, frustrasi, dendam dan kurang kerja sama.

e). Disfungsi kandung kemih

Setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal/bedpan karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang-kadang setelah stroke kandung kemih menjadi atonik, dengan kerusakan sensasi dalam respon terhadap pengisian kandung kemih. Kadang-kadang kontrol sfingter urinnarius eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Ketika tonus otot meningkat dan reflex tendon kembali, tonus kandung kemih meningkat dan spatisitas kandung kemih dapat terjadi. Karena indera kesadaran pasien kabur, inkontinensia urinarius menetap atau retensi urinarius mungkin simptomatik karena kerusakan otak bilateral. Inkontinensia ani dan urin yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologik luas.

6. Derajat keparahan stroke

National Stroke Foundation guidelines merekomendasikan National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) sebagai alat penilaian yang valid untuk menilai tingkat keparahan stroke. NIHSS memiliki domain yang

mencakup tingkat kekuatan otot anggota gerak, kesadaran, sensasi, koordinasi, gerakan mata, integrity of visual fields, gerakan wajah, bahasa, kemampuan berbicara dan neglect. Hasil penilaian skala NIHSS terdiri dari skor 0 sampai 42, dengan interpretasi semakin tinggi skor maka semakin tinggi keparahan stroke dan prognosis semakin buruk ³³. Muchada menyatakan derajat keparahan stroke dapat dibagi menjadi tiga antara lain, stroke ringan apabila skor NIHSS 0-8, stroke sedang apabila skor NIHSS 9-15, dan stroke berat ketika skor NIHSS >16 ³⁴.

7. Faktor Resiko

Faktor resiko stroke dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu :

a) Faktor yang tidak dapat dimodifikasi

Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi merupakan faktor yang berupa karakteristik atau sifat pada seseorang yang dapat meningkatkan kemungkinan berkembangnya suatu penyakit tertentu. Faktor resiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi yaitu faktor yang berupa karakteristik atau sifat pasien yang tidak dapat diubah. Contoh dari faktor ini yaitu usia, jenis kelamin, berat badan lahir rendah, ras, suku, dan faktor genetik.

b) Faktor yang dapat dimodifikasi

Faktor yang dapat dimodifikasi terdiri dari tingkatan pertama dan kedua. Tingkat pertama faktor resiko stroke yang dapat dimodifikasi, diurutkan dari tingkat banyaknya kejadian yaitu hipertensi, diabetes melitus, merokok, fibrilasi atrium dan disfungsi ventrikel kiri. Tingkatan kedua yaitu terdiri dari kolesterol, hiperlipidemia, asimtomatik karotid stenosis, sickle cell disease, terapi hormon esterogen, diet, obesitas,

alkohol, migrain, dan hiperkoagulasi. Kebanyakan dari faktor risiko yang tingkatan kedua ini, memiliki hubungan dengan pengembangan faktor risiko tingkat pertama, misalnya obesitas merupakan faktor resiko untuk terjadinya hipertensi dan diabetes.

Faktor resiko yang umumnya menyebabkan stroke yaitu tekanan darah tinggi (hipertensi). Tekanan darah tidak boleh melebihi 140/90 mmHg. Tekanan darah yang tinggi akan menyebabkan tingginya tekanan di dinding arteri sehingga bisa menyebabkan bocornya arteri otak, bahkan ruptur pada arteri otak yang akan mengakibatkan terjadinya stroke hemoragik. Tekanan darah tinggi juga bisa menyebabkan stroke iskemik yang dikarenakan oleh adanya atherosclerosis.

8. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan umum

Penatalaksanaan umum yaitu berupa tindakan darurat sambil berusaha mencari penyebab dan penatalaksanaan yang sesuai dengan penyebab. Penatalaksanaan umum ini meliputi memperbaiki jalan napas dan mempertahankan ventilasi, menenangkan pasien, menaikkan atau elevasi kepala pasien 30° yang bermanfaat untuk memperbaiki drainase vena, perfusi serebral dan menurunkan tekanan intrakranial, atasi syok, mengontrol tekanan rerata arterial, pengaturan cairan dan elektrolit, monitor tanda-tanda vital, monitor tekanan tinggi intrakranial, dan melakukan pemeriksaan pencitraan menggunakan *computerized tomography* untuk mendapatkan gambaran lesi dan pilihan pengobatan ³⁵.

Berdasarkan perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI)³⁶ penatalaksanaan umum lainnya yang dilakukan pada pasien stroke yaitu meliputi pemeriksaan fisik umum, pengendalian kejang, pengendalian suhu tubuh, dan melakukan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu berupa pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan jantung, dan neurologi. Pengendalian kejang pada pasien stroke dilakukan dengan memberikan diazepam dan antikonvulsan profilaksi pada stroke perdarahan intraserebral, dan untuk pengendalian suhu dilakukan pada pasien stroke yang disertai dengan demam. Pemeriksaan penunjang pada pasien stroke yaitu terdiri dari elektrokardiogram, laboratorium (kimia darah, kadar gula darah, analisis urin, gas darah, dan lain-lain), dan pemeriksaan radiologi seperti foto rontgen dada dan CT scan.

b. Penatalaksanaan terapi

Penatalaksanaan medis lainnya menurut PERDOSSI³⁶ terdiri dari rehabilitasi, terapi psikologi jika pasien gelisah, pemantauan kadar glukosa darah, pemberian anti muntah dan analgesik sesuai indikasi, pemberian H₂ antagonis jika ada indikasi perdarahan lambung, mobilisasi bertahap ketika kondisi hemodinamik dan pernapasan stabil, pengosongan kandung kemih yang penuh dengan kateterisasi intermitten dan discharge planning. Tindakan lainnya untuk mengontrol peninggian tekanan intra kranial dalam 24 jam pertama yaitu bisa dilakukan tindakan hiperventilasi.

9. Komplikasi

Menurut Junaidi ³¹ komplikasi yang sering terjadi pada pasien stroke yaitu:

- a. Dekubitus, merupakan tidur yang terlalu lama karena kelumpuhan yang dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian yang menjadi tumpuan saat berbaring, seperti pinggul, sendi kaki, pantat dan tumit. Luka dekubitus jika dibiarkan akan menyebabkan infeksi.
- b. Bekuan darah, merupakan bekuan darah yang mudah terjadi pada kaki yang lumpuh dan penumpukan cairan.
- c. Kekuatan otot melemah merupakan terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot atau sendi. Penekanan saraf peroneus dapat menyebabkan drop foot. Selain itu dapat terjadi kompresi saraf ulnar dan kompresi saraf femoral.
- d. Osteopenia dan osteoporosis, hal ini dapat dilihat dari berkurangnya densitas mineral pada tulang. Keadaan ini dapat disebabkan oleh imobilisasi dan kurangnya paparan terhadap sinar matahari.
- e. Depresi dan efek psikologis dikarenakan kepribadian penderita atau karena umur sudah tua. 25 % menderita depresi mayor pada fase akut dan 31% menderita depresi pada 3 bulan paska stroke dan keadaan ini lebih sering pada hemiparesis kiri.
- f. Inkontinensia dan konstipasi pada umumnya penyebabnya adalah imobilitas, kekurangan cairan dan intake makanan serta pemberian obat.
- g. Spastisitas dan kontraktur pada umumnya sesuai pola hemiplegi dan nyeri bahu pada bagian di sisi yang lemah. Kontraktur dan nyeri bahu (shoulder hand syndrome) terjadi pada 27% pasien stroke.

10. Golden Periode

Batasan awal pasca stroke yang terganggu kualitas hidupnya (masa kritis/akut) umumnya terjadi pada 24 jam hingga beberapa minggu (sekitar 1-4 minggu) setelah serangan awal. Namun, periode gangguan kualitas hidup yang signifikan dan membutuhkan intervensi intensif paling sering terjadi dalam 3 bulan pertama (12 minggu pertama) pasca stroke ³⁷.

a. Masa Kritis/Akut (24 Jam - 1 Minggu)

- Kondisi: Ini adalah tahap terendah kualitas hidup, di mana pasien mengalami gangguan fisik, kognitif, dan emosional yang parah.
- Perawatan: Fokus pada stabilisasi medis dan seringkali pasien dirawat inap di ICU atau bangsal akut.
- Kualitas Hidup: Sangat terganggu, sering terjadi ketergantungan penuh pada orang lain.

b. Fase Subakut Awal (1 Minggu - 3 Bulan)

- Periode Emas: 1-3 bulan pertama adalah periode terpenting untuk pemulihan dan peningkatan fungsional yang signifikan.
- Tantangan: Pasien seringkali merasa frustrasi karena penurunan kemampuan mandiri (ADL - *Activities of Daily Living*), perubahan emosi, atau depresi pasca stroke.
- Rehabilitasi: Rehabilitasi intensif dimulai di fase ini untuk memaksimalkan pemulihan.

c. Fase Pemulihan Lanjutan (3 - 6 Bulan ke Atas)

- Setelah 3-6 bulan, kecepatan pemulihan biasanya mulai melambat, namun peningkatan masih bisa terjadi, bahkan setelah 12 bulan.
- Fase ini menentukan apakah gangguan kualitas hidup akan menetap menjadi kronis atau membaik.

Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Awal:

- a. Tingkat kecacatan fisik dan mental: Kelumpuhan atau gangguan kognitif yang parah memengaruhi kualitas hidup secara drastis.
- b. Partisipasi Rehabilitasi: Terapi dini dan rutin (fisioterapi, okupasi, psikolog) sangat menentukan, dengan pemulihan 50% pasien sering kali tercapai dalam hitungan bulan.
- c. Dukungan Sosial/Keluarga: Membantu beradaptasi dengan keterbatasan baru.

B. *Quality of Life (QoL)*

1. Defenisi QoL

Kualitas hidup (*Quality Of Life*) merupakan konsep analisa kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standar dan perhatian secara spesifik terhadap kehidupan yang dialami dengan dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan individu tersebut berada. Kualitas hidup digunakan dalam bidang pelayanan kesehatan untuk menganalisis emosional seseorang, faktor sosial, dan kemampuan untuk memenuhi tantangan kegiatan dalam kehidupan

secara normal dan dampak sakit dapat berpotensi untuk menurunkan kualitas hidup terkait kesehatan ³⁸.

Menurut *World Health Organization* ³⁹ kualitas hidup adalah persepsi individual terhadap posisinya dalam kehidupan, dalam konteks budaya, sistem nilai dimana mereka berada dan hubungannya terhadap tujuan hidup, harapan, standar, dan lainnya yang terkait. Masalah yang mencakup kualitas hidup sangat luas dan kompleks termasuk masalah kesehatan fisik, status psikologik, tingkat kebebasan, hubungan sosial dan lingkungan dimana mereka berada.

Definisi kualitas hidup terkait kesehatan adalah konsep multidimensi yang mengacu pada persepsi subjektif pasien tentang efek penyakit dan pengobatannya terhadap aspek fisik, psikologis, sosial, kognitif, hubungan dengan peran atau pekerjaan yang dijalani, dan aspek spiritual yang dikaitkan dengan variasi gejala penyakit, terapi yang didapatkan beserta dengan dampak kondisi medis, dan dampak secara financial kehidupan sehari-hari ⁴⁰.

2. Kebutuhan yang Menentukan Kualitas Hidup

Menurut Hunt & McKenna ⁴¹ kebutuhan yang menentukan kualitas hidup, yaitu:

- a. Makan, minum, tidur, aktivitas, seks, menghindari rasa sakit, kehangatan, keamanan, tidak adanya kecemasan dan stabilitas.
- b. Cinta, kontak fisik, keintiman, berkomunikasi, saling berbagi pengalaman, bekerja menuju tujuan bersama.
- c. Rasa ingin tahu, menjelajahi dunia, persetujuan, rasa hormat, perasaan kegunaan, harga diri, profesionalisme, kekuasaan, kemandirian dan kebebasan.

d. Aktualisasi diri.

3. Komponen Kualitas Hidup

Menurut Vaanhoven ⁴² ada tujuh komponen dalam kualitas hidup, yaitu:

a. Kesejahteraan materi

Diukur berdasarkan pendapatan, kualitas rumah dan harta benda.

b. Kesehatan

Diukur dengan jumlah cacat dan konsumsi medis.

c. Produktivitas

Diukur dengan kegiatan dalam pekerjaan, pendidikan dan rekreasi.

d. Keintiman

Kontak dengan teman dekat dan ketersediaan dukungan, keselamatan, keamanan yang dirasakan di rumah, kualitas tidur dan mengkhawatirkan.

e. Tempat di komunitas

Kegiatan sosial, tanggung jawab, diminta untuk saran.

f. Kesejahteraan emosional

Kesempatan untuk melakukan atau memiliki hal-hal yang diinginkan dan kenikmatan hidup.

4. Penilaian kualitas hidup (*Quality Of Life*)

Stroke Spesific-Quality Of Life (SS-QOL) merupakan sebuah kuesioner untuk menilai kualitas hidup yang dikembangkan oleh Williams yang berisi 20 item yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup pada pasien stroke. Konsep dari kualitas hidup mencakup fisik, emosional dan aspek sosial yang dapat dipengaruhi dengan perubahan kesehatan.

SS-QOL dikembangkan sebagai pengukuran yang holistik. Setiap itemnya dikembangkan dari wawancara dengan penderita stroke iskemik dan seleksi 20 item merupakan hasil analisis kohort lebih dari 80 item pada penderita stroke iskemik. Item dikelompokkan menjadi 12 domain, yaitu : mobilitas, energy, fungsi ekstremitas atas, kerja/produktivitas, mood, peran sosial, peran keluarga, penglihatan, bahasa, berfikir, personal dan perawatan diri. Tiap item dinilai dengan 5 poin Likert scale. Hasil respon berkisar dari 1 sampai 5, dengan total nilai tertinggi menunjukkan kualitas hidup yang tinggi, dan nilai rendah menunjukkan kualitas hidup yang rendah.

Hadiati ⁴³, telah melakukan uji validas dan reabilitas *Stroke Specific Quality Of Life* (SS-QoL) berbahasa Indonesia pada pasien stroke dengan hasil uji cronbach's α 0,92 dan uji validitas $r \geq 3$ dan $p < 0,001$. SS-QOL berbahasa Indonesia mempunyai validitas dan reliabilitas yang baik untuk dapat digunakan sebagai penilaian kualitas hidup pada pasien stroke.

5. Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Menurut Kumar & Majumdar ⁴⁴ faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah:

a. Usia

Usia sangat mempengaruhi kualitas hidup individu, karena individu yang semakin tua akan semakin turun kualitas hidupnya. Semakin bertambahnya usia, munculnya rasa putus asa akan terjadi hal-hal yang lebih baik dimasa yang akan datang.

b. Pendidikan

Pendidikan juga merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahl bahwa kualitas hidup akan meningkat seiring dengan tingginya tingkat pendidikan yang didapat oleh individu. Hal tersebut terjadi karena individu yang memiliki pendidikan yang rendah akan merasa tidak percaya diri dan merasa bahwa dirinya tidak berguna.

c. Status pernikahan

Individu yang telah menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah. Karena pasangan yang menikah akan merasa lebih bahagia dengan adanya pasangan yang selalu menemaninya.

d. Keluarga

Keluarga juga merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Individu yang memiliki keluarga yang utuh dan harmonis akan lebih tinggi kualitas hidupnya. Dikarenakan keluarga dapat memberikan dukungan dan kasih sayang untuk meningkatkan kualitas hidup.

Menurut Ellasi, Rasi & Tavakoli ⁴⁵ menjelaskan beberapa faktor utama dari kualitas hidup lansia adalah :

a. Kesehatan fisik

Individu yang sehat secara fisik cenderung memiliki kualitas hidup yang baik, hal ini dikarenakan dengan fisik yang sehat dapat menciptakan kemandirian pada lansia tersebut.

b. Lingkungan tempat tinggal

Lingkungan yang positif serta adanya rasa aman, informasi yang memadai menjadi faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang lansia.

c. Status perkawinan

Dibandingkan dengan individu/lansia yang lajang ataupun bercerai, tingkat kualitas hidup yang memiliki pasangan cenderung lebih tinggi. Hal ini dikarenakan interaksi / hubungan sosial dengan pasangannya menimbulkan efek protektif dan adanya dukungan.

d. Pendidikan

Individu yang berlatar belakang pendidikan rendah cenderung kurang familiar dengan metode pemecahan masalah ataupun strategi coping yang positif.

e. Status sosial ekonomi

Rendahnya status sosial ekonomi cenderung menyebabkan lebih banyak tekanan dan kualitas hidup yang rendah.

6. Kualitas hidup klien stroke *survivor*

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Ketut wisma⁴⁶ menunjukkan bahwa kualitas hidup penderita stroke sebagian besar dalam kategori kurang, hal tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya faktor usia, jenis kelamin, pekerjaan, kondisi fisik, lama menderita penyakit dan faktor lainnya. Berdasarkan hasil penelitian ini diketahui bahwa penderita stroke dengan kualitas hidup kurang sebagian besar adalah berusia diatas 55 tahun. Penyakit stroke dengan rerata usia >55 tahun terjadi karena secara fisiologis terjadi

perubahan fisik yang berhubungan dengan umur meliputi pembuluh darah secara umum termasuk pembuluh darah otak yang menjadi kurang elastik dan adanya penumpukan plak pada percabangan pembuluh darah otak yang berlangsung bertahun-tahun. Pasien pasca stroke dengan kualitas hidup buruk lebih banyak pada umur berisiko yaitu > 55 tahun dibandingkan dengan umur tidak berisiko. Demikian pula dengan pasien pasca stroke dengan kualitas hidup baik lebih banyak pada umur dengan risiko tinggi dibandingkan dengan risiko rendah.

Keadaan pasca stroke merupakan faktor risiko terjadinya stroke berulang. Meta analisis dari Mohan dkk, menyatakan bahwa risiko serangan ulang adalah 3,1% pada 30 hari, 11,1% pada 1 tahun, 26,4% pada 5 tahun. Data lain menyebutkan 12–14% pasien stroke mengalami serangan ulang pada tahun pertama dan 30% terjadi dalam waktu 5 tahun pasca stroke. Risiko kematian dan ketidakmampuan setelah stroke meningkat dengan adanya kejadian stroke berulang tersebut. Adanya peningkatan risiko ketidakmampuan tersebut juga menunjukkan adanya peningkatan risiko penurunan kualitas hidup pada klien serangan stroke berulang ⁴⁶.

C. Activity Daily Living (ADL)

1. Defenisi

ADL adalah kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari-hari. ADL merupakan aktivitas pokok bagi perawatan diri. ADL meliputi antara lain toilet, makan, berpakaian (berdandan), mandi, dan berpindah tempat ⁴⁷.

Sedangkan menurut Brunner & Suddart ADL adalah aktivitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan

tuntunan hidup sehari-hari. ADL adalah keterampilan dasar dan tugas okupasional yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya secara mandiri yang dikerjakan seseorang sehari-harinya dengan tujuan untuk memenuhi/berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat ⁴⁷.

2. Jenis-jenis ADL

ADL dapat diklasifikasikan menjadi :

a. *Basic Activity Daily Living (BADL)*

BADL terdiri dari kebutuhan dasar seperti perilaku self care yang meliputi mobilisasi, berpakaian, berhias, mandi, makan, dan toileting ⁴⁸.

b. *Instrumental Activity Daily Living (IADL)*

IADL merupakan aktivitas yang berhubungan dengan penggunaan alat penunjang dalam melakukan ADL yang terdiri dari transfer, menggunakan telepon, persiapan makan, manajemen medikasi, manajemen finansial, melakukan pekerjaan rumah tangga, mencuci dan belanja ⁴⁸.

3. Latihan ADL (*Activity Daily Living*) / Latihan aktivitas keseharian

Penderita stroke umumnya akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas-aktivitas kesehariannya oleh karena kelemahan pada salah satu sisi anggota tubuhnya sebagai akibat dari stroke tersebut.

Pada masa ini, penderita stroke akan sangat membutuhkan bantuan dari orang lain, tetapi sebaiknya beberapa aktivitas yang menyangkut aktivitas perawatan diri pribadi pasien seperti berpakaian, menyisir rambut, menggosok gigi, mencuci muka, sebisa mungkin dari sejak awal dilakukan secara mandiri dengan menggunakan satu sisi anggota gerak yang kuat. Hal ini sangat penting

agar penderita stroke terbiasa mandiri dan yang lebih penting dari itu adalah penderita stroke dapat terpupuk kemandiriannya sehingga semangatnya untuk pulih dapat lebih terpacu.

Latihan-latihan ADL ini sebisa mungkin dilakukan beriringan dengan latihan *pasif*, *active assisted*, *active*, dan latihan penguatan karena pada kondisi stroke, semua latihan yang dilakukan berorientasi pada aktivitas keseharian. Tujuannya penderita dapat melakukan aktivitas-aktivitas kesehariannya dengan tingkat kemandirian yang seoptimal mungkin sesuai dengan kondisinya.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi ADL (*Activity Daily Living*)

ADL terdiri dari aspek motorik yaitu kombinasi gerakan volunter yang terkoordinasi dan aspek propioseptif sebagai umpan balik gerakan yang dilakukan. ADL dipengaruhi oleh:

- a. ROM sendi
- b. Kekuatan otot
- c. Tonus otot
- d. Propioseptif
- e. Persepsi visual
- f. Kognitif
- g. Koordinasi
- h. Keseimbangan

Menurut Hadiwynoto faktor yang mempengaruhi penurunan *Activity Daily Living* adalah:

- a. Kondisi fisik misalnya penyakit menahun, gangguan mata dan telinga.

- b. Kapasitas mental.
- c. Status mental seperti kesedihan dan depresi.
- d. Penerimaan terhadap fungsinya anggota tubuh.
- e. Dukungan anggota keluarga.

5. Pengukuran ADL (*Activity Daily Living*)

Skala *Activity of Daily Living* (ADL) terdiri dari skala ADL dasar atau *Basic Activity of Daily Living* (BADLs), *Instrumental or Intermediate Activity of Daily Living* (IADLs). Skala ADL dasar mengkaji kemampuan dalam hal perawatan diri sendiri (*self care*) dan sangat bermanfaat dalam menggambarkan status fungsional dasar seseorang. Skala ADL dasar ini biasanya digunakan dalam pusat-pusat rehabilitasi seperti menentukan target yang ingin dicapai pada pasien-pasien dengan derajat gangguan fungsional yang tinggi ⁴⁹.

1. *Activity of Daily Living* (ADL)

Aktivitas kehidupan harian (*activity daily of living*) adalah aktivitas pokok dalam perawatan diri yang harus dilakukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari ⁵⁰. ADL adalah kegiatan dasar untuk kehidupan mandiri di rumah dan dilakukan rutin dalam setiap hari. Dalam mengkaji ADL, ada dua instrumen yang dapat digunakan yaitu:

a) *Katz Indeks*

Katz Indeks merupakan salah satu instrumen pengkajian dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan telah teruji validitasnya. Beberapa poin yang dinilai dalam pengukuran ADL

meliputi mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah, kontinen dan makan. Dari penilaian ini dapat ditemukan hasil apakah lansia mengalami ketergantungan sebagian, bisa jadi ketergantungan berat, atau bahkan masih mandiri ⁵¹.

b) *Barthel Indeks*

Barthel Indeks merupakan instrumen pengkajian yang berfungsi untuk mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas. Barthel Indeks dapat pula digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami masalah berupa gangguan keseimbangan. Barthel Indeks menggunakan 10 poin indikator antara lain: makan, mandi, perawatan diri, berpakaian, buang air kecil, buang air besar, penggunaan toilet, berpindah (tidur atau duduk), mobilitas, dan naik turun tangga ⁵¹.

2. *Instrumental Activity of Daily Living (IADL)*

IADL adalah kegiatan yang lebih kompleks dan terampil berhubungan dengan penggunaan alat serta kegiatan lain yang memerlukan interaksi dengan alat atau melalui perantara alat yang diperlukan untuk kehidupan mandiri di masyarakat. Adapun aktivitas yang dimaksud meliputi kemampuan dalam menggunakan telepon, belanja, membersihkan rumah, menyiapkan makanan, mencuci, kemampuan menggunakan transportasi, mengonsumsi obat, maupun kemampuan dalam mengelola keuangan ⁵².

D. *Loneliness* (Kesepian)

1. Definisi *Loneliness* (Kesepian)

Kesepian merupakan masalah psikologis yang paling banyak terjadi pada lansia, merasa terasing (terisolasi), tersisihkan, terpencil dari orang lain karena merasa berbeda dengan orang lain. Kesepian merupakan kondisi yang sering mengancam kehidupan para lansia ketika anggota keluarga hidup terpisah dari lansia, kehilangan pasangan hidup, kehilangan teman sebaya, dan ketidakberdayaan untuk hidup mandiri⁵³. Dari beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa kesepian adalah dimana seseorang merasa terasing dari lingkungan sosial, tersisihkan dari kelompoknya, tidak diperhatikan oleh orang sekitarnya, serta berdampak pada gangguan kesehatan pada lansia.

Menurut *World Health Organization*¹ Kesepian pada lansia merupakan salah satu penyebab yang dialami lansia, masalah kesepian atau perubahan fisik terjadi akibat proses penuaan pada lansia, seseorang yang dikatakan lansia berusia 60-74 tahun⁵⁴. Kesepian sebagai salah satu masalah psikologis yang paling banyak terjadi pada lansia, lansia sering kali merasakan perasaan terasing (terisolasi atau kesepian) karena merasa berbeda dengan orang lain²¹.

Menurut Arsrianti⁵⁵ Kesepian pada lansia dapat terjadi karena kematian pasangan, kemunduran fisik atau keterbatasan kemampuan sosial serta minimnya dukungan dari keluarga atau orang terdekat terhadap lansia, kesepian lansia akan berdampak pada kondisi emosional, kemampuan mekanisme koping atau penerimaan dan pada akhirnya akan berdampak pada kualitas hidup lansia, penuaan dapat menyebabkan sejumlah kehilangan, termasuk hilangnya kesehatan, teman, pasangan, transportasi dan kemandirian,

kehilangan ini dapat berkontribusi terhadap kesepian yang dialami lansia⁵⁵. Menurut Santini⁵⁶ mengatakan bahwa kesepian juga merupakan salah satu faktor yang menentukan gangguan mental yang belakangan ini sedang menyita perhatian banyak orang, kesepian dapat memberikan dampak negatif baik keadaan fisik dan psikologis seseorang⁵⁷.

2. Dampak Loneliness (Kesepian)

Adapun dampak dari kesepian menurut Robinson dan Rinda A⁵⁸ yaitu:

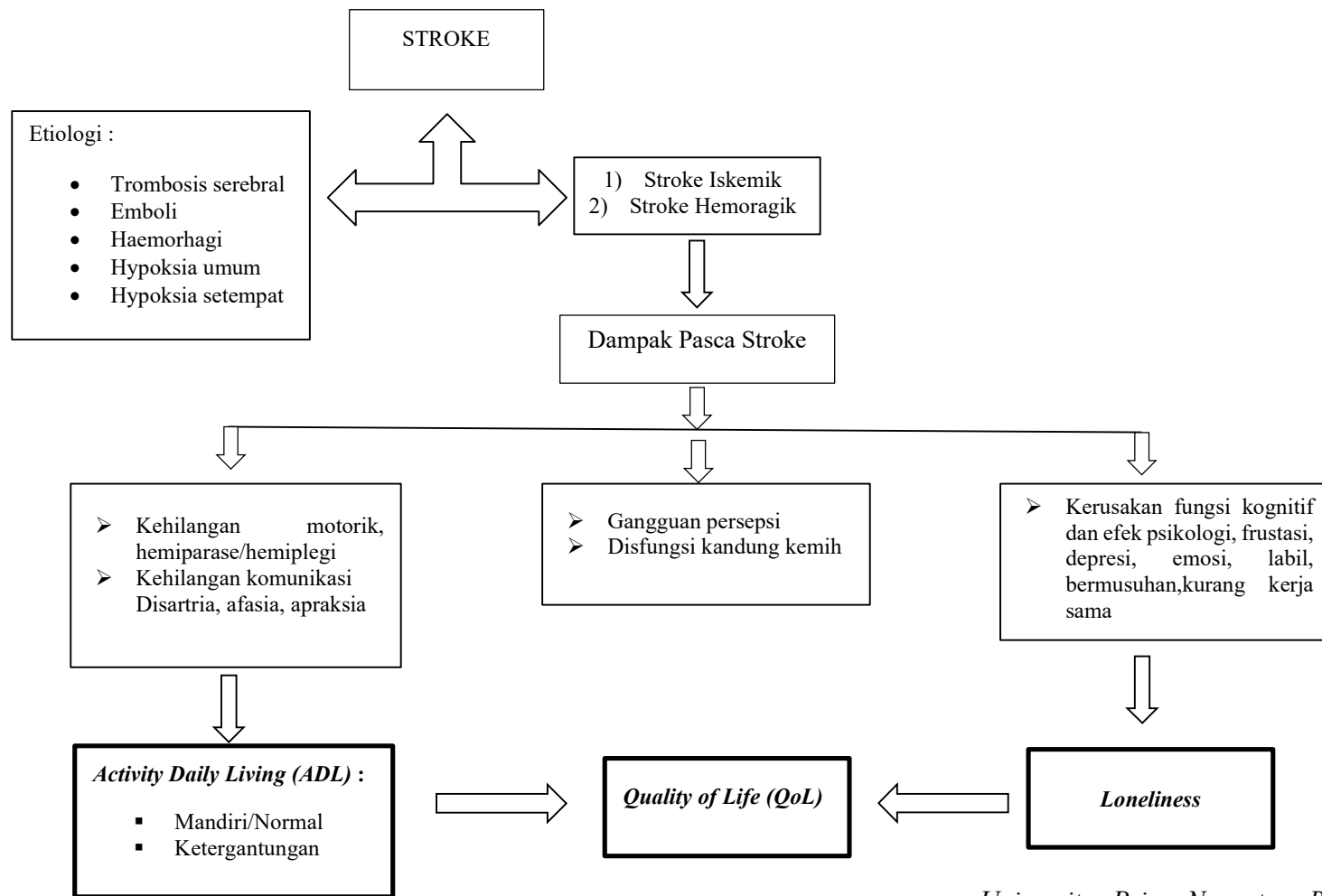
- a. Lansia akan mengalami rendah diri.
- b. Tingkat ingin terlibat pada kegiatan sosial.
- c. Mengalami kesulitan dalam pengambilan keputusan.
- d. Takut bertemu orang lain dan menghindari situasi baru.
- e. Mempunyai persepsi negatif tentang diri sendiri.
- f. Merasakan keterasingan, kesendirian, dan perasaan tidak bahagia terhadap lingkungan sekitar.

3. Pengukuran Tingkat Loneliness (Kesepian)

Tingkat kesepian pada seseorang dapat di ukur dengan menggunakan *University California of Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale* yang disusun oleh Daniel W. Russel yang telah dilakukan beberapa revisi pada skala tersebut sehingga saat ini menjadi *University California of Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale Version 3*, Ruseel melakukan dua kali revisi yang bertujuan untuk memberikan skor pertanyaan positif menjadi keterbalikan dari pertanyaan negatif kemudian revisi yang kedua bertujuan untuk menyederhanakan beberapa pertanyaan supaya responden akan lebih mudah untuk memahami pertanyaan tersebut, terdapat 20 pertanyaan dalam UCLA

Loneliness Scala Version 3 yang terdiri 11 pertanyaan bersifat negatif (menunjukkan kesepian) dan 9 pertanyaan bersifat positif (menunjukkan tidak kesepian) dengan menggunakan model skala Likert 4 poin ⁵⁸.

E. Kerangka Teori





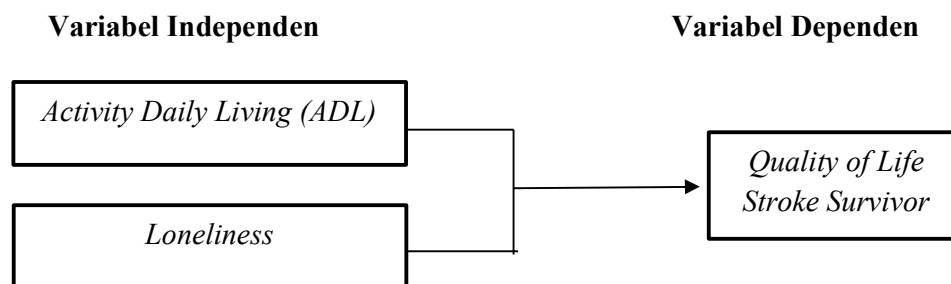
BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah hubungan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya dari masalah yang akan diteliti. Variabel yang diteliti terdiri dari variabel independen (variabel bebas) dan variabel dependen (variabel terikat). Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat (variabel dependen) sedangkan variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas⁵⁹.

Dari pengertian diatas dapat diambil kesimpulan bahwa kerangka konsep penelitian ini menggambarkan bahwa variabel independennya adalah *Activity Daily Living (ADL)* dan *Loneliness* sedangkan variabel dependen adalah *Quality of Life* pada klien stroke survivor. Dari kerangka konsep ini diharapkan pembaca dapat dengan mudah memahami apa yang menjadi fokus utama penelitian variabel-variabel yang diteliti. Jadi tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan *Activity Daily Living (ADL)* dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada klien stroke survivor.



Skema 3. 1 Kerangka konsep

B. Defenisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Independen : <i>Activity Daily Living (ADL)</i>	ADL adalah kegiatan rutin atau wajib yang harus dilakukan seseorang didalam kehidupan sehari-hari agar kehidupannya tetap berlangsung secara baik	Wawancara	<i>KATZ Indeks</i>	1. Skor 0-2 : Ketergantungan Total 2. Skor 3-4 : Ketergantungan sebagian 3. Skor 5-6 : Mandiri	Ordinal
<i>Loneliness</i>	Kesepian adalah dimana seseorang merasa sendirian, merasa terisolasi, merasa tidak memiliki seseorang pun untuk dijadikan pelarian saat dibutuhkan serta kurangnya waktu untuk berhubungan dengan lingkungannya (lingkungan sosial) yang baik.	Wawancara	Kuesioner <i>University California of Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale (likert scale 4 point)</i>	1. Jika Skor 20-40 : Kesepian Rendah 2. Jika Skor 41-60 : Kesepian sedang 3. Jika Skor 61-80 : Kesepian Tinggi	Ordinal
Dependen : <i>Quality of Life</i>	Kualitas hidup adalah tingkat kesejahteraan dan kepuasan dengan peristiwa atau kondisi yang dialami, yang meliputi kesejahteraan lansia, emosi,fisik, pekerjaan, kognitif, dan kehidupan sosial.	Wawancara	Kuesioner <i>Stroke Specific Quality Of Life (SS-QoL)</i>	1. Jika skor 49-171 : kualitas hidup kurang. 2. Jika skor 172-245 : kualitas hidup baik	Ordinal

C. Hipotesis

Adapun hipotesis dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

- Ha1** : adanya Hubungan signifikan antara *Activity Daily Living (ADL)* dengan *Quality of Life* pada klien stroke *survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok.
- Ha2** : adanya Hubungan signifikan antara *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada klien stroke *survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok.



BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian deskriptif korelasi yaitu penelitian yang bertujuan mendeskripsikan atau memaparkan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada saat ini ⁶⁰. Penelitian ini menggambarkan tentang karakteristik responden, serta memaparkan hubungan ADL dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada klien stroke *survivor*.

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu jenis desain penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat ⁶⁰. Penelitian ini dilakukan untuk melihat hubungan *Activity Daily Living (ADL)* dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada klien stroke *survivor*.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian telah dilakukan pada tanggal 11 Maret - 2 April 2026 di Poli Saraf RSUD M.Natsir Solok.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan jumlah yang terdiri atas obyek atau subjek yang mempunyai karakteristik dan kualitas tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan kemudian ditarik kesimpulannya⁶⁰. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh klien stroke *survivor* di Poli saraf RSUD M. Natsir Solok tahun 2025 dengan

klien yang menderita Stroke pada bulan Agustus-Oktober sebanyak 298 kunjungan, dengan rata-rata perbulan sebanyak 99 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki populasi tersebut, atau bagian kecil dari anggota populasi yang diambil menurut prosedur tertentu sehingga dapat mewakili populasinya ⁶⁰. Metode sampel yang digunakan penelitian ini adalah secara teknik *accidental sampling* yaitu seluruh klien yang ditemui saat penelitian sedang berlangsung maka dijadikan responden.

Cara menentukan sampel menggunakan rumus *Slovin* yaitu:

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

$$n = \frac{99}{99(0,05)^2 + 1}$$

$$n = \frac{99}{99(0,0025) + 1}$$

$$n = 79,3$$

$$n = 79$$

Keterangan :

n = Sampel yang dicari

N = Populasi

d = Nilai presisi 95% atau sig = 0,05

Kriteria Inklusi dan Eksklusi

1. Kriteria Inklusi

- a. Bersedia menjadi responden.
- b. Bisa berkomunikasi dengan baik.
- c. Klien stroke *survivor* yang menjalani rehabilitasi.
- d. Klien dengan stroke pertama.

2. Kriteria Eksklusi

- a. Responden dengan diagnosa stroke yang memiliki komplikasi penyakit akut yang akan menyulitkan dalam melakukan penelitian, contoh penyakit jantung, epilepsy.

D. Instrumen Penelitian

1. *Stroke Spesific-Quality Of Life (SS-QOL)*

Stroke Spesific-Quality Of Life (SS-QOL) merupakan sebuah kuesioner untuk menilai kualitas hidup yang dikembangkan oleh Williams yang berisi 20 item yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup pada pasien stroke. Konsep dari kualitas hidup mencakup fisik, emosional dan aspek sosial yang dapat dipengaruhi dengan perubahan kesehatan.

SS-QOL dikembangkan sebagai pengukuran yang holistik. Setiap itemnya dikembangkan dari wawancara dengan penderita stroke iskemik dan seleksi 20 item merupakan hasil analisis kohort lebih dari 80 item pada penderita stroke iskemik. Item dikelompokkan menjadi 12 domain, yaitu : mobilitas, energy, fungsi ekstremitas atas, kerja/produktivitas, mood, peran sosial, peran keluarga, penglihatan,

bahasa, berfikir, personal dan perawatan diri. Tiap item dinilai dengan 5 poin *Likert scale*. Hasil respon berkisar dari 1 sampai 5, dengan total nilai tertinggi menunjukkan kualitas hidup yang tinggi, dan nilai rendah menunjukkan kualitas hidup yang rendah.

Hadiati⁴³, telah melakukan uji validas dan reabilitas *Stroke Specific Quality Of Life* (SS-QoL) berbahasa Indonesia pada pasien stroke dengan hasil uji cronbach's α 0,92 dan uji validitas $r \geq 3$ dan $p < 0,001$. SS-QOL berbahasa Indonesia mempunyai validitas dan reliabilitas yang baik untuk dapat digunakan sebagai penilaian kualitas hidup pada pasien stroke.

2. Form Pengkajian KATZ Indeks

Katz Indeks merupakan alat yang digunakan untuk menilai tingkat kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari pada lanjut usia. Status fungsional mencerminkan kemampuan individu dalam melakukan tugas fisik dan sosial yang diperlukan untuk mempertahankan perawatan diri dan aktivitas sehari-hari. Penuaan menyebabkan penurunan kemampuan fungsional dan hilangnya kemandirian. Pada penelitian ini pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar kuesioner tingkat kemandirian yaitu menggunakan indeks katz, Kuesioner ini terdiri dari 6 item pertanyaan yaitu mandi, berpakaian, toileting, berpindah, koninensia, makan. Pada 6 item pertanyaan yang ada pada kuesioner indeks katz ini diberi skor 0-2 (Tergantung Total), skor 3-5 (Sebagian Tergantung) dan skor 6 (mandiri). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah

menggunakan indeks katz (Dr. Sidney Katz) tidak memerlukan uji reabilitas karena instrumen sudah terstandar sebelumnya.⁶¹

3. *Loneliness Scale*

Tingkat kesepian pada seseorang dapat di ukur dengan menggunakan *University California of Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale* yang disusun oleh Daniel W. Russel yang telah dilakukan beberapa revisi pada skala tersebut sehingga saat ini menjadi *University California of Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale Version 3*. Kuesoner UCLA Loneliness scale version 3 sudah valid, instrumen ini berbentuk baku dan berbahasa inggris yang sudah diterjemahkan dengan hasil yang didapatkan yaitu tingkat r hitung 0,493-0,886 (nilai r table >0,444) mempunyai makna memenuhi taraf signifikasi, nilai hasil uji cronbach's sebesar 0.89. Kuesioner ini memiliki nilai reabilitas yang baik, sehingga sangat reliabel untuk digunakan sebagai instrument penelitian untuk mendeteksi perasaan kesepian seseorang. Terdapat 20 pertanyaan dalam *UCLA Loneliness Scala Version 3* yang terdiri 11 pertanyaan bersifat negatif (menunjukkan kesepian) dan 9 pertanyaan bersifat positif (menunjukkan tidak kesepian) dengan menggunakan model *skala Likert* 4 poin, pada pertanyaan positif sering skor 4, kadang-kadang skor 3, jarang skor 2, tidak pernah skor 1. Sedangkan pada pertanyaan negative sering skor 1, kadang-kadang skor 2, jarang skor 3, tidak pernah skor 4. Seluruh skor jawaban dijumlahkan jika skor 20-35 kategori kesepian sangat rendah, skor 36-50 kategori kesepian

rendah, skor 51-65 kategori kesepian tinggi, skor 66-80 kategori kesepian sangat tinggi⁵⁸.

E. Etika penelitian

1. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan.

2. *Anonymity* (Tanpa Nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

4. *Justice* (Keadilan)

Peneliti tidak membedakan dalam memilih responden pada penelitian ini. Semua responden diberikan informasi dan tindakan yang sama terkait dengan tujuan, manfaat, hak responden sebelum bersedia untuk menjadi responden penelitian ini. Semua responden sama-sama

dihargai dan dihormati, serta informasi yang didapatkan dari seluruh responden sama-sama tetap diberikan intervensi.

5. *Autonomy*

Subjek penelitian mempunyai hak untuk memutuskan secara sukarela apakah dia ingin berpartisipasi dalam suatu penelitian, tanpa beresiko untuk dihukum, dipaksa, atau diperlakukan tidak adil. Peneliti telah meminta persetujuan terlebih dahulu pada responden. Responden memutuskan untuk mengikuti dalam penelitian, tanpa paksaan dari pihak manapun.

F. Metode Pengumpulan Data

1. Jenis Data

a. Data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung dan dilakukan oleh peneliti melalui pertanyaan yang ada di dalam kuesioner tentang Hubungan *Activity Daily Living (ADL)* dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada klien stroke survival di Poli saraf RSUD M. Natsir Solok.

b. Data sekunder

Data yang diperoleh peneliti dari data yang dimiliki oleh RSUD M. Natsir Solok

2. Cara Pengumpulan Data

Prosedur Pengumpulan Data adalah suatu rangkaian pengumpulan data mulai dari perizinan dari LPPM UPN Bukittinggi sampai izin ke RSUD

M. Natsir Solok dan selanjutnya melakukan pengambilan data kepada responden sampai dengan waktu yang telah ditentukan sebagai berikut:

a. Pengambilan izin penelitian

Pengambilan izin penelitian ini melalui dari Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.

b. Mengadakan survey pendahuluan

Peneliti melakukan survey pendahuluan di Poli saraf RSUD M. Natsir Solok.

c. Mencari data klien dengan pasca stroke.

d. Menemui calon responden untuk menjelaskan tujuan penelitian dan meminta persetujuan responden.

e. Pengisian kuesioner dilakukan oleh responden dan didampingi peneliti.

f. Setelah data terkumpul dan jumlah sampel terpenuhi, data diperiksa kembali dan ditabulasi ke master table.

g. Dilakukan pengolahan data melalui SPSS.

G. Teknik Pengolahan Data

Data yang terkumpul pada penelitian ini diolah melalui proses komputerisasi. Menurut Notoatmojo dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh, diantaranya:

a. Memeriksa data (*editing*)

Melakukan pemeriksaan data dari hasil jawaban kuesioner dan hasil observasi mengenai kelengkapan mengisi jawaban. Editing data dilakukan agar seluruh data dapat diolah dengan baik, sehingga

mendapatkan output yang merupakan gambaran jawaban pertanyaan yang berkaitan dengan kelengkapan pengisian jawaban dan kejadian hasil pengisian kuesioner.

b. Pemberian kode (*coding*)

Setelah semua lembar observasi diedit dan disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean atau coding, yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan.

c. Memasukkan data (*entry*)

Setelah semua data, yakni lembar observasi dari masing-masing responden terisi, dan juga sudah melewati pengkodean, maka langkah selanjutnya adalah memasukkan data agar dapat dianalisa. Pemrosesan data dilakukan secara manual dengan menggunakan master table base computer.

d. Mentabulasikan data (*tabulating*)

Data kemudian diklasifikasi kedalam beberapa kelompok dan dipindahkan kedalam tabel distribusi frekuensi.

e. Pembersihan data (*cleaning*)

Apabila semua data dari setiap sumber atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode. Jika data yang dimasukkan belum lengkap maka sampel dianggap gugur dan diambil sampel baru.

H. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis data yang akan menggambarkan setiap variabel baik itu variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan distribusi frekuensi dan proporsi sehingga tergambar fenomena yang berhubungan dengan variabel yang diteliti ⁶⁰. Variabel yang dianalisa univariat pada penelitian ini yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, ADL, *Loneliness* dan *Quality of Life* pada klien *stroke survival*.

2. Analisis Bivariat

Sebelum dilakukan uji bivariant sebelumnya dilakukan uji normalitas menggunakan *Kolmogrove Smirnov* dikarenakan jumlah sampel yang lebih dari 50, jika data terdistribusi normal maka akan dilanjutkan uji parametrik *Spearman rank* untuk melihat adanya hubungan ADL, *Loneliness* terhadap *Quality of Life*. Analisis data ditentukan untuk menjawab tujuan penelitian dan menguji hipotesis penelitian untuk mengetahui adanya hubungan variabel Independen (*ADL, Loneliness*) dengan variabel dependen *Quality of Life* dengan menggunakan uji statistic *Spearman rank* dengan nilai kemaknaan ($\alpha = 0,05$). Setelah uji hipotesis dilakukan dengan taraf kesalahan (α) yang digunakan yaitu 5% atau 0,05 maka penelitian hipotesis yaitu apabila $p \leq 0,05$, maka H_a (Hipotesis penelitian) diterima yang berarti ada hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Sedangkan bila $p > 0,05$, maka H_o (Hipotesis penelitian) ditolak yang berarti tidak ada hubungan antara variabel terikat.

Pengujian menggunakan tingkat signifikan 0,05. Untuk mengidentifikasi tinggi rendahnya koefisien korelasi atau memberikan interpretasi koefisien korelasi digunakan tabel kriteria pedoman untuk koefisien korelasi. Apabila dari perhitungan nilai signifikan $p > 0,05$ atau nilai $p > \alpha$, maka H_a ditolak dan H_o diterima. Malah jika $p \leq 0,05$ atau $p \leq \alpha$, maka H_a diterima dan H_o ditolak. Penafsiran terhadap kekuatan hubungan dari nilai yang didapat dari *Spearman Rank* dapat dilihat pada tabel:

Tabel 4.1 Pedoman interpretasi Uji Korelasi Spearman Rank

Interval Korelasi	Hubungan Variabel
$< 0,20$	Sangat rendah (tidak korelasi)
$\geq 0,20 - < 0,39$	Rendah
$\geq 0,40 - < 0,59$	Sedang
$\geq 0,60 - < 0,79$	Kuat
$\geq 0,80 - 1,00$	Sangat kuat

Angka yang dihasilkan dari nilai yang menunjukkan hubungan antara dua variabel yang diuji, tambahlah angka 1 maka hubungan semakin kuat dan semakin menuju angka 0 maka hubungan semakin rendah. Tanda positif dan negatif menunjukkan sifat korelasi. Jika negatif maka hubungan antara variabel bersifat berlawanan arah, sedangkan analisis positif maka menunjukkan hubungan bersifat searah⁶⁰.



BAB V HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada tanggal 11 Maret - 2 April 2026, untuk mengetahui Hubungan *Activity Daily Living (ADL)* dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien *Stroke Survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok, dengan jumlah responden sebanyak 79 orang responden yang sesuai dengan kriteria sample yang telah ditentukan.

Setelah seluruh data terkumpul selanjutnya dilakukan pengolahan data, untuk mengetahui variabel independent yaitu *Activity Daily Living (ADL)* dan *Loneliness* serta variabel dependen dan *Quality of Life* pada klien *stroke survivor*. Analisa dilakukan secara komputersasi dengan aplikasi *SPSS* menggunakan *uji Sperman rank*.

B. Analisa Univariat

Tabel 5.1
Karakteristik Responden

Karakteristik		<i>f</i>	%
Jenis Kelamin			
Laki-laki		27	34,2
Perempuan		52	65,8
Umur			
Mean	Min-Max	Median	St.Deviasi
56,9	45-69	56	5,77
Pendidikan			
SD		11	13,9
SMP		15	19
SMA		35	44,3
PT		18	22,8
Status Pernikahan			
Tidak Menikah		5	6,3
Janda/Duda		12	15,2
Menikah		62	78,5

Pekerjaan		
PNS	15	19
Swasta	10	12,6
Wiraswasta	24	30,4
Tani/Buruh	6	7,6
Tidak Bekerja	24	30,4
Tinggal Bersama		
Sendiri	14	17,7
Keluarga	65	82,3
Total	79	100

Berdasarkan tabel dapat dilihat bahwa dari total 79 responden dengan karakteristik jenis kelamin terbanyak 65,8% perempuan, umur rata-rata berusia 56,9 tahun, Karakteristik Pendidikan terbanyak SMA yaitu 44,3%, Status Pernikahan terbanyak 78,5% kategori menikah, Pekerjaan terbanyak yaitu 30,4% kategori tidak bekerja dan wiraswasta, Responden lebih banyak tinggal Bersama keluarga 82,3% pada Klien stroke *survivor* di Poli Saraf RSUD M.Natsir Solok Tahun 2026.

1. *Activity Daily Living (ADL)*

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi *Activity Daily Living (ADL)* Pada Klien Stroke *Survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok tahun 2026

ADL	<i>f</i>	%
Ketergantungan Total	12	15,2
Ketergantungan Sebagian	33	41,8
Mandiri	34	43
Total	79	100

Dari Tabel 5.2 diatas dapat diketahui bahwa dari total 79 orang responden yang diteliti, yaitu 34 responden (43%) responden mengalami *Activity Daily Living (ADL)* kategori mandiri.

2. *Loneliness*

Tabel 5.3
**Distribusi Frekuensi *Loneliness* Pada Klien *Stroke Survivor* di Poli Saraf
RSUD M. Natsir Solok tahun 2026**

<i>Loneliness</i>	<i>f</i>	%
Tinggi	14	17,7
Sedang	43	54,4
Rendah	22	27,8
Total	79	100

Dari Tabel 5.3 diatas dapat diketahui bahwa dari total 79 orang responden yang diteliti, yaitu 43 responden (54,4%) dengan *Loneliness* kategori Sedang.

3. *Quality of Life*

Tabel 5.4
**Distribusi Frekuensi *Quality of Life* Pada Klien *Stroke Survivor* di Poli
Saraf RSUD M. Natsir Solok tahun 2026**

Kualitas Hidup	<i>f</i>	%
Kurang	30	38
Baik	49	62
Total	79	100

Dari Tabel 5.4 diatas dapat diketahui bahwa dari total 79 orang responden yang diteliti, yaitu 49 responden (62%) dengan *Quality of Life* kategori Baik.

C. Analisa Bivariat

1. Hubungan *Activity Daily Living (ADL)* dengan *Quality of Life*

Tabel 5.5
Hubungan *Activity Daily Living (ADL)* dengan *Quality of Life* pada
Klien *stroke survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok

<i>ADL</i>	<i>Quality of Life</i>						<i>rho</i>	<i>p value</i>
	Kurang	%	Baik	%	total	%		
Total	11	14	1	1,2	12	15,2		
Sebagian	17	21,5	16	20,3	33	41,8	0,636	0,001
Mandiri	2	2,5	32	40,5	34	43		
Jumlah	30	38	49	62	79	100		

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui dari total 34 responden dengan ADL kategori mandiri terdapat 32 orang (40,5%) responden dengan *Quality of Life* kategori baik, 2 orang (2,5%) kategori kurang baik.

Jadi untuk mengetahui ada hubungan antara ADL Dengan *Quality of Life* Klien *stroke survivor* dengan menggunakan uji statistik *Spearman rank* dengan tingkat kepercayaan 95% atau $p < \alpha$ (0,05). Kesimpulannya adalah ada hubungan antara ADL Dengan *Quality of Life* Klien *stroke survivor*. Nilai $r = 0,636$, artinya terdapat korelasi kategori kuat antara variabel ADL dengan variabel *Quality of Life* Klien *stroke survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok.

2. Hubungan *Loneliness* dengan *Quality of Life*

Tabel 5.6
Hubungan *Lonelines* dengan *Quality of Life* pada Klien *Stroke Survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok

<i>Loneliness</i>	<i>Quality of Life</i>						<i>rho</i>	<i>p value</i>
	Kurang	%	Baik	%	total	%		
Tinggi	9	11,5	5	6,4	14	17,9		
Sedang	21	26,5	22	27,8	43	54,3	0,478	0,001
Rendah	0	0	22	27,8	22	27,8		
Jumlah	30	38	49	62	79	100		

Berdasarkan tabel 5.6 dapat diketahui dari total 43 responden dengan *Lonelines* kategori sedang terdapat 22 orang (27,8%) responden dengan *Quality of Life* kategori baik, 21 orang (26,5%) kategori kurang baik.

Jadi untuk mengetahui ada hubungan antara *Lonelines* Dengan *Quality of Life* klien *stroke survivor* dengan menggunakan uji statistik *Spearman rank* dengan tingkat kepercayaan 95% atau $p < \alpha$ (0,05). Kesimpulannya adalah ada hubungan antara *Lonelines* dengan *Quality of Life* klien *stroke survivor*. Nilai $r = 0,478$, artinya terdapat kolerasi kategori sedang antara variabel *Lonelines* dengan variabel *Quality of Life* Klien *Stroke Survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok.



BAB VI

PEMBAHASAN

A. Analisa Univariat

1. *Activity Daily Living* (ADL)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dapat diketahui bahwa dari total 79 orang responden yang diteliti, yaitu 34 orang (43%) dengan ADL kategori mandiri, sebanyak 33 orang (41,8%) responden kategori dibantu sebagian dan 12 responden (15,2%) dengan ADL kategori dibantu total.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Diantari⁶² dengan judul penelitian hubungan tingkat kemandirian *Activity Daily Living* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 132 responden diperoleh sebagian besar responden memiliki kemampuan *activity daily living* kategori mandiri sebanyak 72,7%, ketergantungan ringan sebanyak 15,2% dan ketergantungan berat 12,1%. Penelitian Mather⁶³ dengan judul hubungan yang kuat antara kemandirian ADL dan kualitas hidup pasien pasca stroke iskemik di RS Abdul Aziz Kota Singkawang. Hasil penelitian menunjukkan responden dengan tingkat kemandirian ADL paling banyak ketergantungan mandiri dan ringan yaitu sebanyak 43 responden (71,6%) dan responden dengan tingkat kemandirian ADL ketergantungan sedang yaitu sebanyak 12 responden (21,6%) dan kategori total 4 orang (6,7%).

Selain itu, salah satu faktor tingkat kemandirian ADL yakni motivasi diri. Pada penelitian ini tidak diteliti untuk motivasi diri. Tetapi berdasarkan penelitian⁶⁴ bahwa keinginan dan motivasi yang kuat dari pasien yang ingin cepat sembuh, pasien akhirnya rutin untuk melakukan terapi. Motivasi pasien

pasca stroke dalam melakukan terapi seperti ROM menunjukkan memiliki motivasi yang baik dalam melakukan terapi.

Penyakit stroke dapat mengakibatkan kelumpuhan motorik yang dipengaruhi oleh kendali otak sebelah kanan yang bertugas menggerakkan tubuh bagian kiri begitupun sebaliknya, sehingga akan mengalami keterbatasan dalam melakukan ADL. Oleh karena itu pasien stroke membutuhkan bantuan untuk memenuhi kebutuhan untuk memenuhi ADL seperti makan, mandi serta berganti pakaian. Menurut penelitian yang dilakukan Djamaludin & Oktaviana menyebutkan gejala sisa dari post stroke seperti hemiparesis atau hemiplegia dapat menyebabkan pasien mengalami *selfcare deficit* atau ketergantungan kepada orang lain dan membutuhkan perawatan yang berkesinambungan agar dapat melakukan *Activity Of Daily Living* (ADL) secara mandiri⁶⁵.

Kemandirian merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan kegiatan sehari-hari sendiri atau dengan sedikit bimbingan dan sesuai dengan tahapan perkembangan dan kapasitasnya. Pasien pasca stroke yang mempunyai ketergantungan sedang pasien ditunjukkan dengan kemampuan mereka yang dapat melakukan aktivitas meskipun masih ada aktivitas yang membutuhkan bantuan orang lain. Pada fase ini perlu diberikan bantuan dalam melakukan aktivitas yang dianggap pasien belum mampu melakukannya namun perlu dilatih agar bisa melakukannya secara mandiri⁶⁶.

Berdasarkan hasil kuesioner yang telah dibagikan untuk melihat ADL responden. Dari ke enam soal yang diberikan rata-rata responden menjawab mandiri yaitu 69,6%, dan menjawab tergantung atau memerlukan bantuan sebanyak 30,4%. Pada pertanyaan tertinggi yang dijawab mandiri yaitu mandi

dengan 93,7% dilakukan mandiri. Sedangkan untuk jawaban terendah dijawab mandiri yaitu untuk ke kamar kecil dan kontinen 53,2%. Sisanya dilakukan dengan bantuan. Hal ini terlihat karena saat mandi responden hanya dibantu ke kamar mandi tetapi saat mandi mereka mengupayakan sendiri. Untuk berpindah mereka memerlukan bantuan setidaknya didampingi, begitu juga dengan makan mereka cenderung makan sendiri tetapi tetap diambilkan atau disediakan keluarga untuk mempersiapkannya.

Menurut peneliti, ADL adalah kemampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan dasarnya. Kegiatan yang sederhana untuk menunjang keberlangsungan hidupnya. Berdasarkan kuesioner yang telah diberikan diperoleh klien dengan *Stroke Survivor* lebih banyak dengan ketergantungan secara mandiri, terutama untuk berpindah, untuk bangkit sendiri atau akan duduk hampir semua responden dapat melakukannya sendiri, responden dapat melakukan kegiatan yang dibutuhkannya, sedangkan seperti mengambil makan sendiri menyuapi diri sendiri, berkemih mandiri, mandi sendiri, berpakaian sendiri walau kadang masih dibantu keluarga tetapi hanya dibantu sedikit saja.

2. *Loneliness*

Hasil penelitian dapat diketahui bahwa dari total 79 orang responden yang diteliti, yaitu 43 responden (54,4%) dengan Tingkat kesepian kategori sedang, 22 orang (27,7%) kategori rendah dan sisanya 14 responden (17,7%) dengan kesepian kategori tinggi.

Sejalan dengan penelitian Zamaa⁶⁷ dengan judul penelitian hubungan kesepian dengan kualitas hidup pada lansia di Puskesmas Karuwisi kota Makassar. Diperoleh hasil penelitian lebih sebagian besar lansia mengalami

kesepian sedang (39,8%), kesepian berat (33,7%), kesepian rendah (26,5%). Penelitian Setiyowati ⁶⁸ dengan judul hubungan tingkat kesepian dengan kualitas hidup pada lansia di Panti Werdha Pucang Gading Semarang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas dalam kategori sedang, yaitu sebanyak 56%. Meskipun demikian, di Panti Werdha Pucang Gading Semarang, terdapat 12 (24%) lansia yang memiliki tingkat kesepian tinggi, dan 10 orang (20%) kategori rendah.

Salah satu faktor kualitas hidup yakni dukungan keluarga, namun pada penelitian ini tidak ada meneliti tentang dukungan keluarga. Tetapi berdasarkan hasil penelitian Ludiana ⁶⁹ menunjukan bahwa hasil korelasi Pearson didapatkan nilai sebesar 0,774 arah korelasi positif dengan kekuatan hubungan kuat, artinya semakin tinggi dukungan keluarga maka akan semakin meningkatkan kualitas hidup pasien pasien pasca stroke.

Kesepian adalah kondisi yang sering mengancam kehidupan bagi klien dengan stroke *survivor* dimana ketika anggota keluarga tinggal terpisah dari mereka, kehilangan pasangan, kehilangan seorang sahabat atau teman, kehilangan kemampuan untuk hidup mandiri. Merasa bosan dengan hidup, tidak berharga, tidak diperhatikan dan tidak dicintai ⁷⁰. Pasien dengan stroke *survivor* yang mengalami keterbatasan aktifitas dikarenakan penyakit yang diderita lebih besar kemungkinannya untuk menderita gangguan depresi seperti merasa kesepian, kesedihan, gangguan mood, dan anoreksia karena mereka sudah merasa tidak berguna, sering menyusahkan orang lain ⁷¹.

Berdasarkan hasil kuesioner diperoleh hasil bahwa dari total pertanyaan yang diberikan terdiri dari negatif dan positif. Pada pertanyaan negatif yang

terdiri dari 11 pertanyaan responden banyak yang menjawab tidak pernah (6,5%), jarang (24,3%), kadang-kadang (40,4%) dan sering (28,8%). Sedangkan pertanyaan positif yang terdiri dari 9 pertanyaan, terbanyak menjawab kadang-kadang (42,6%), tidak pernah (24,9%), sering (24,2%) dan tidak pernah (8,3%). Sedangkan untuk skor keseluruhan pertanyaan tertinggi pada pertanyaan nomor 7 yaitu seberapa sering Anda merasa ditinggalkan? dan 17 seberapa sering Anda merasa hubungan Anda dengan orang lain tidak berhenti?. Untuk skor pertanyaan terendah pada pertanyaan nomor 5 seberapa sering Anda merasa bahwa Anda tidak dekat dengan orang lain.

Menurut asumsi peneliti *Loneliness* atau kesepian adalah perasaan merasa sendiri tidak memiliki orang lain disekitaran hidupnya, sehingga merasa tidak mampu memenuhi kebutuhan hidupnya, merasa rendah diri dengan keterbatasan yang dimiliki diakibatkan oleh penyakit stroke yang diderita. Pasien dengan stroke *survivor* merasa dirinya sudah tidak berguna, mereka merasa dirinya menjadi beban dikeluarganya sehingga mereka cenderung berdiam diri dari pada menyusahkan orang lain. Berdasarkan hasil kuesioner yang dibagikan responden sering merasa orang tidak memihak pada dirinya, merasa sendiri dikehidupannya, merasa menjadi beban bagi keluarga lain, merasa tidak cocok dengan orang sekitarnya seperti berbicara tidak nyambung karena keterbatasan efek stroke. Merasa susah memintai tolong dengan orang lain, sering merasa sendiri, dan juga sering merasa semua ide yang diberikan seperti tidak berharga bagi orang lain. Berdasarkan hasil kuesioner diperoleh jawaban terbanyak responden menjawab kadang-kadang

yaitu 41,39%, jawaban sering 26,71%, jawaban jarang 24,56%, dan sisanya menjawab tidak pernah 7,34%.

3. *Quality Of Life*

Hasil penelitian dapat diketahui bahwa dari total 79 orang responden yang diteliti, lebih sebagian yaitu 49 responden (62%) dengan kualitas hidup kategori baik, 30 orang (38%) dengan kualitas hidup kategori kurang.

Sejalan dengan penelitian Zamaa ⁶⁷ dengan judul penelitian hubungan kesepian dengan kualitas hidup pada lansia di Puskesmas Karuwisi kota Makassar. Diperoleh hasil penelitian lebih sebagian besar kualitas hidup baik (61,4%), kualitas hidup buruk (38,6%). Penelitian Diantari ⁶² dengan judul penelitian hubungan tingkat kemandirian *Activity Daily Living* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 132 responden diperoleh sebagian besar responden memiliki kemampuan kualitas hidup kategori baik sebanyak 74,2%, kualitas kateori cukup baik sebanyak 13,6% dan kualitas hidup kategori kurang baik 12,1%.

Stroke bisa mempengaruhi kehidupan seseorang dalam beberapa cara (fisik, emosional, psikologis, kognitif, dan sosial). Kejadian Stroke juga adalah penyebab utama masalah fungsional, di mana 20 % penderita yang bertahan hidup masih memerlukan perawatan medis setelah 3 bulan dan 15 hingga 30 % pasiennya mengalami cacat permanen. Di Negara Indonesia, 55 hingga 60 % pasien dengan tanda-tanda stroke mengalami disabilitas ringan hingga berat, 25 % meninggal dunia, dan 10 hingga 15 % pasien berhasil selamat. Hasilnya masalah fisik ini menyebabkan pasien stroke mengalami penurunan produktivitasnya dan membutuhkan biaya yang besar untuk perawatan

rehabilitasi. Berkurangnya tingkat kemandirian dan mobilitas pada individu pasca stroke dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup individu tersebut⁷².

Berdasarkan hasil kuesioner yang dibagikan diperoleh hasil, skor tertinggi yang dijawab responden yaitu pada pertanyaan nomor 30, membutuhkan bantuan untuk menggunakan toilet 49,4% menjawab sedikit bantuan (poin 4). Sedangkan skor terendah yang jawaban responden sangat butuh bantuan (poin 1) pada pertanyaan nomor 2, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 44, dan 45, dimana tidak seorang pun responden yang memilih jawaban tersebut.

Menurut asumsi peneliti *Quality of Life* atau kualitas hidup adalah responden yang berkualitas hidup baik merupakan kondisi fungsional responden pada kondisi optimal, sehingga mereka bisa menikmati waktunya dengan penuh makna, membahagiakan dan berguna. Ada beberapa faktor yang menyebabkan seorang untuk tetap bisa berguna, yakni: kemampuan menyesuaikan diri dan menerima segala perubahan dan kemunduran yang dialami, adanya penghargaan dan perlakuan yang wajar dari lingkungan klien dengan stroke *survivor* tersebut, lingkungan yang menghargai hak-hak klien serta memahami kebutuhan dan kondisi psikologis dan tersedianya media atau sarana bagi klien untuk mengaktualisasikan potensi dan kemampuan yang dimiliki. Kesempatan yang diberikan akan memiliki fungsi memelihara dan mengembangkan fungsi-fungsi yang dimiliki oleh klien. Berdasarkan hasil kuesioner yang dibagikan pada kuesioner kualitas hidup diperoleh hasil total skor tertinggi pada bagian, pekerjaan(76,3%), visi (76,6%), dan ekstermitas

(76,2%). Sedangkan total skor terendah pada bagian Energi (44,6%), dan dukungan keluarga (42,4%).

B. Analisa Bivariat

1. Hubungan *Activity Dayli Living (ADL)* dengan *Quality of Life*

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh hasil dari total 34 responden dengan ADL kategori mandiri terdapat 32 orang (40,5%) pasien dengan *Quality of Life* kategori baik, 2 orang (2,5%) kategori kurang baik. Hasil uji statistic diperoleh nilai $p < 0,001$ ($p < 0,05$), maka secara statistik disebut bermakna. Kesimpulannya adalah ada hubungan antara AD) dengan *Quality of Life* pada klien stroke *survivor*. Nilai $r = 0,636$ artinya terdapat kolerasi kategori kuat antara variabel ADL dengan variabel *Quality of Life* Klien Stroke *Survivor* di Poli Saraf RSUD M.Natsir Solok.

Sejalan dengan penelitian Diantari⁶² dengan judul penelitian hubungan tingkat kemandirian *Activity Daily Living* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. Hasil penelitian diketahui bahwa dari 132 responden, terdapat 86 responden memiliki kemampun ADL kategori mandiri dengan kualitas hidup yang baik. Nilai p value sebesar 0,001 dengan koefisien korelasi diperoleh sebesar 0,327 (positif), hal ini berarti H_0 ditolak sehingga dapat disimpulkan adanya hubungan yang signifikan antara ADL dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke, dimana adanya hubungan yang berarah positif. Hal ini berarti bahwa semakin baik kemampuan ADL, maka kualitas hidup akan lebih baik. Mather⁶³ dengan judul hubungan yang kuat antara kemandirian ADL dan kualitas hidup pasien pasca stroke iskemik di RS Abdul Aziz Kota Singkawang. Hubungan Kemandirian *Activity Daily Living* ada hubungan yang

signifikan antara *Activity of Daily Living* dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke iskemik nilai, $p \text{ value} = 0,000$ ($p < \alpha$) dengan kekuatan korelasi 0,514 yang termasuk dalam katagori sedang (0,40 – 0,599).

Pasien stroke yang tidak dapat melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri memerlukan motivasi untuk merespon psikologi dalam mengalami perubahan perilaku. Semakin tinggi dorongan diri seseorang, akan mempercepat pemulihan pasca stroke dan peningkatan fungsi fisik, serta mengalami peningkatan kualitas hidup. Dukungan keluarga atau orang terdekat sangat penting untuk membuat pasien lebih optimis dalam kesembuhan penyakitnya. Pada saat pasien merasa ada yang peduli, tidak merasa kesepian akan mendapat kepuasan dalam kehidupannya, rehabilitasi akan semakin cepat, sehingga kualitas hidup meningkat ⁷³.

Metode mengurangi merupakan rehabilitasi ketergantungan dapat akan perawatan dirinya. Pemenuhan kegiatan keseharian atau bisa disebut dengan ADL yang perlu dilakukan oleh setiap individu⁷⁴. ADL adalah kegiatan perawatan diri yang perlu individu lakukan setiap hari untuk mencukupi keperluan dan tanggung jawabnya sehari-hari. ADL terdiri dari kebersihan, mandi, berganti pakaian, berhias, makan dan toileting. Banyak klien yang tidak sanggup untuk melakukan kegiatan sehari-hari secara lancar karena mengalami keterbatasan bergerak dikarenakan kerusakan saraf yang dihadapi pasien setelah stroke. Sehingga klien pasca stroke mengalami *self care deficit* atau ketergantungan kepada orang lain dan memerlukan pertolongan keperawatan secara bersamaan supaya secara bertahap pasien bisa melakukan ADL secara mandiri ⁷¹.

Menurut peneliti berdasarkan hasil penelitian responden pada klien dengan stroke *survivor* lebih banyak dengan ADL kategori mandiri dengan kualitas hidup kategori baik. Berdasarkan hasil kuesioner responden mengatakan berusaha mengusahakan dirinya untuk tidak terlalu tergantung dengan keluarga dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Contohnya responden berusaha untuk berpindah sendiri tanpa bantuan orang lain. Saat berkemih klien bisa melakukannya sendiri, namun beberapa klien mengatakan ada yang harus dibantu saat ke kamar mandi. Pemenuhan makan, hampir sebagian responden dapat makan sendiri tanpa bantuan keluarga, beberapa juga masih disuapi hingga harus diambalikan keluarga untuk makan. Sedangkan untuk mandi responden sudah banyak yang bisa mandi sendiri tetapi ada responden dengan keterbatasan sebagian harus dibantu untuk mandi.

Dari hasil penelitian juga diketahui bahwasanya masih ada temuan pada sedikit responden yang tidak sejalan dengan hasil statistik, ada 1,2% memiliki kategori ADL total namun kualitas hidupnya baik. Berdasarkan analisis sebaran jawaban responden diperoleh pada kuesioner ADL hanya dapat melakukan mandiri yaitu berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri, sisanya responden dibantu sebagian atau sepenuhnya oleh keluarga. Pada kuesioner kualitas hidup, pertanyaan membutuhkan bantuan untuk menggunakan toilet dengan jawaban sedikit bantuan (poin 4). Menurut peneliti ditemukannya ada pasien dengan ADL ketergantungan total tetapi memiliki kualitas hidup yang baik. Hal ini disebabkan responden memiliki dukungan keluarga saat masa sakit yang dihadapi, keluarga selalu memenuhi semua kebutuhan responden, bahkan tanpa diminta sebelumnya,

kegiatan kebutuhan sehari-hari responden sudah terpenuhi sehingga kualitas hidup responden lebih baik.

Sedangkan ditemukan ada responden dengan ADL kategori mandiri tetapi memiliki kualitas hidup yang kurang baik yaitu sebanyak 2,5%. Pada responden ini diperoleh bahwa pertanyaan ADL semua sudah dijawab mandiri atau bisa dilakukan sendiri, kuesioner kualitas hidup pertanyaan membutuhkan bantuan untuk menggunakan toilet dengan jawaban poin 2 yaitu banyak bantuan. Hal ini juga disebabkan oleh lingkungan sekitar atau keluarga yang tidak acuh terhadap responden, sehingga responden melakukannya sendiri tetapi responden merasa kesepian atau tidak memiliki siapapun dalam membantunya, responden tidak merasa tidak berguna atau merasa dirinya beban bagi keluarganya.

2. Hubungan *Loneliness* dengan *Quality of Life*

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh hasil dari total 43 responden dengan *Loneliness* kategori sedang terdapat 22 orang (27,8%) pasien dengan *Quality of Life* kategori baik, 21 orang (26,6%) kategori kurang baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,000$ ($p<0,05$), maka secara statistik disebut bermakna. Kesimpulannya adalah ada hubungan antara *Loneliness* Dengan *Quality of Life* klien stroke survivor. Nilai $r= 0,478$ artinya terdapat korelasi kategori sedang antara variabel *Loneliness* dengan variabel *Quality of Life* klien stroke survivor di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok.

Sejalan dengan penelitian Aryati⁷⁵ dengan judul penelitian hubungan tingkat kesepian dengan kualitas hidup lansia di Panti Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bojongbata Pemalang. Hasil analisis data dengan korelasi Pearson

diperoleh p value $0,000 < 0,05$ dengan kekuatan hubungan tingkat kesepian dengan kualitas hidup lansia diperoleh r: -0,505 yang berarti kekuatan sedang. Zamaa⁶⁷ dengan judul penelitian hubungan kesepian dengan kualitas hidup pada lansia di Puskesmas Karuwisi kota Makassar. Hasil uji chi-square didapatkan nilai ($p = 0.001 < 0,05$) yang menunjukkan terdapat hubungan Kesepian Dengan Kualitas Hidup Lansia di Puskesmas Karuwisi Kota Makassar.

Penyakit stroke lebih banyak ditemukan pada umur 45-60 tahun karena secara fisiologis terjadi perubahan fisik yang berhubungan dengan umur meliputi perubahan pembuluh darah secara umum termasuk pembuluh darah otak yang menjadi kurang elastis dan adanya penumpukan plak pada percabangan pembuluh darah otak yang berlangsung bertahun-tahun. Plak yang terjadi pada pembuluh darah otak akan mengganggu sirkulasi darah ke otak sehingga otak akan mengalami gangguan metabolisme, jika terjadi secara terus menerus akan terjadi iskemia dan akhirnya infark serebral. Hasil penelitian juga sesuai pada teori yang mengatakan bahwa pasien stroke rate meningkat sesuai dengan penambahan umur⁶⁷.

Menurut teori kualitas hidup, seperti yang dikemukakan oleh WHO, kualitas hidup merujuk pada persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup, serta terkait dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian mereka. Ketika kesepian meningkat, aspek psikologis dan sosial lansia terganggu, yang akhirnya menurunkan kualitas hidup mereka⁶⁷.

Menurut Peneliti berdasarkan hasil penelitian responden pada klien dengan stroke *survivor* lebih banyak dengan kesepian kategori ringan sehingga kualitas hidup responden banyak dengan kategori baik. Berdasarkan hasil kuesioner yang dibagikan responden lebih banyak yang tinggal dengan keluarganya dibandingkan dengan responden tinggal sendiri, hal ini bisa menjadi pendukung responden untuk dapat meningkatkan kualitas hidupnya saat menjalani penyakit stroke yang diderita.

Dari hasil penelitian ditemukan juga bahwa masih ada temuan pada sedikit responden yang tidak sejalan dengan hasil statistik, dimana Ditemukan juga responden dengan kesepian kategori tinggi tetapi memiliki kualitas hidup yang baik, yaitu sebanyak 6,4% sebaran jawaban kuesioner kesepian, seberapa sering merasa bahwa ada orang yang dapat Anda ajak bicara dengan jawaban tidak pernah (poin 1). Kuesioner kualitas hidup pertanyaan apakah Anda membutuhkan bantuan untuk menggunakan toilet, jawaban poin 4 yaitu sedikit bantuan. Hal ini terjadi karena responden yang sudah berdamai dengan keadaannya sudah menerima penyakit yang dideritanya sehingga sudah tidak memusingkan menghadapi penyakitnya hanya menjalani dengan ikhlas, sehingga keluarga juga memberikan dukungan yang baik pada responden.

Responden juga berusia 45-65 tahun yang merupakan dewasa akhir atau sudah memasuki usia lanjut, dengan lebih sebagian masih berstatus menikah, biasanya responden dengan status menikah masih memiliki pasangan dalam hidupnya memiliki dukungan dan motivasi untuk menjalani hidup lebih baik, dibandingkan dengan responden hidup sendiri atau yang sudah janda/ duda tidak memiliki pasangan yang mendukung atau membantu merawat hidupnya.

Beberapa responden tinggal sendiri dirumah karena memiliki anak yang sudah dewasa berpisah rumah, sehingga responden hanya mengurus hidupnya sendiri jadi responden memiliki kualitas hidup yang kurang baik.

C. Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini, penelitian mengalami beberapa keterbatasan dan peneliti banyak sekali mengalami kekurangan dan hambatan yang mana keterbatasan penelitian yang ditemui yaitu: tempat penelitian di Poli Saraf sehingga waktu pengumpulan data sangat terbatas, sehingga peneliti tidak bisa menggali lebih dalam terkait penelitian yang dilakukan.



BAB VII PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan penelitian pada tanggal 11 Maret - 2 April 2026, untuk mengetahui Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien *Stroke Survivor* di Poli Saraf RSUD M.Natsir Solok, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Diketahui Klien *Stroke Survivor* dengan *Activity Daily Living* (ADL) kategori mandiri sebanyak 34 responden (43%) dari total 79 orang responden yang diteliti.
2. Diketahui Klien *Stroke Survivor* dengan *Loneliness* kategori sedang lebih sebagian yaitu 43 responden (54,4%) dari total 79 orang responden yang diteliti.
3. Diketahui *Quality of Life* Klien *Stroke Survivor* kategori baik lebih separoh yaitu 49 orang (62%) dari total 79 orang responden yang diteliti.
4. Adanya hubungan positif antara *Activity Daily Living* (ADL) dengan *Quality of Life* pada Klien *Stroke Survivor*, dengan nilai $p=0,001$ dengan nilai $r=0,601$ dengan tingkat kekuatan kolerasi kategori kuat.
5. Adanya hubungan positif antara *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien *Stroke Survivor*, dengan nilai $p=0,001$ dengan nilai $r=0,478$ dengan tingkat kekuatan kolerasi kategori sedang.

B. Saran

1. Kepada Instansi Pendidikan

Kepada institusi pendidikan agar hasil penelitian ini menjadi bahan acuan dan referensi bagi peneliti selanjutnya, guna untuk melanjutkan penelitian dimasa yang akan datang.

2. Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan kepada petugas kesehatan untuk lebih memperhatikan pasien yang ada di Poli Saraf dengan Stroke *Survivor* agar dapat meningkatkan kualitas hidup pasien stroke. Serta memberikan motivasi dalam pengobatannya sehingga menjadikan kualitas hidup dengan penyakit stroke yang diderita agar lebih baik nantinya.

3. Bagi Peneliti

Kepada peneliti untuk lebih mengembangkan wawasan dan pengetahuan tentang *Activity Daily Living* (ADL) dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien Stroke *Survivor*.



DAFTAR PUSTAKA

1. Organization WH. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2021 global survey. World Health Organization; 2023.
2. Chong B, Jayabaskaran J, Jauhari SM, Chan SP, Goh R, Kueh MTW, et al. Global burden of cardiovascular diseases: projections from 2025 to 2050. *Eur J Prev Cardiol.* 2025;32(11):1001–15.
3. Organization WH. WHO bacterial priority pathogens list, 2024: bacterial pathogens of public health importance, to guide research, development, and strategies to prevent and control antimicrobial resistance. World Health Organization; 2024.
4. RI K. Survei Kesehatan Indonesia Tahun 2023. Jakarta Kementerian Kesehatan RI. 2024;
5. Kemenkes RI 2020. No Title. 2020;(2015):1–8.
6. Riskesdas K. Hasil utama riset kesehatan dasar (RISKESDAS). *J Phys A Math Theor.* 2018;44(8):1–200.
7. Lara DS. Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan pada Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi tahun 2024. Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat; 2024.
8. Ibrahim MK, Shehata MA, Ghozy S, Bilgin C, Jabal MS, Heiferman DM, et al. Operator assessment versus core laboratory adjudication of recanalization following endovascular treatment of acute ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis. *J Neurointerv Surg.* 2023;15(2):133–8.
9. Fitriani E, Mulyono S. Pengaruh telenursing pada peningkatan kualitas hidup pasien stroke. *J Innov Res Knowl.* 2022;1(10):1165–70.
10. Dewi DS, Asman A. Resiko Stroke Pada Usia Produktif Di Ruang Rawat Inap Rsud Pariaman. *J Sci Mandalika e-ISSN 2745-5955| p-ISSN 2809-0543.* 2021;2(11):576–81.
11. Widyawati I, Badriyah WDN, Fikriana R. Literature Review: Efektivitas Terapi Range Of Motion (ROM) Pada Klien CVA. *J Citra Keperawatan.* 2020;8(2):93–100.

12. Kurnia E, Idris DNT. Kualitas hidup pada pasien pasca stroke. *J Penelit Keperawatan*. 2020;6(2):146–51.
13. Pebri FN. Pengaruh Self Management Terhadap Status Fungsional Penderita Pasca Stroke: Literature Review. *J Med Utama*. 2022;3(04 Juli):2905–14.
14. LEMBANG M. Hubungan Activity Daily Living (ADL) dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar. STIK Stella Maris; 2018.
15. Dharma KK. Pemberdayaan keluarga untuk mengoptimalkan kualitas hidup pasien paska stroke. Deepublish; 2018.
16. Rahmadiliyani NR, Fitria A. A Ketepatan Penentuan Kode Diagnosis Utama Penyebab Kematian Pada Kasus Stroke Di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan. *J Kesehat Indones*. 2019;9(2):104–16.
17. Hamida AS, Wahyuliati T. The Correlation between Various Types of Antihypertensive Drugs and the Incidence of Acute Stroke. *Mutiara Med J Kedokt dan Kesehat*. 2023;23(1):8–13.
18. Fitriana RN, Ns MK. Penerapan latihan range of motion (ROM) dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragic di ruang cempaka 3 RSUD KARANGANYAR. Universitas kusuma husada surakata; 2023.
19. Alimansur M, Santoso P. Faktor resiko dekubitus pada pasien stroke. *J Ilmu Kesehat*. 2019;8(1):82–8.
20. Yulia Noviana N. Hubungan Antara Protein Dalam Urine Dengan Tekanan Dadah Pada Pasien Hipertensi DI RSUD Tarempa. Universitas Perintis Indonesia; 2024.
21. Ningsih RW, Setyowati S. Hubungan tingkat kesepian dengan kualitas hidup pada lansia di Posyandu Lansia Dusun Karet Yogyakarta. *J Keperawatan AKPER YKY Yogyakarta*. 2020;12(2):80–7.
22. Rahmawati AR, Wisnusakti K, Bolla IN. Hubungan Tingkat Kesepian dengan Depresi pada Lansia Di UPTD Pusat Pelayanan Sosial Griya Lansia. *J Kesehat Kartika*. 2023;18(2):80–7.
23. Masithoh Mittah Kholjanah M. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik: Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Intervensi Range Of

- Motion (ROM) Pasif. Universitas Kusuma Husada Surakarta; 2024.
24. Priastana IKA, Agustini NRS. Posisi Tidur Lateral 30 Derajat Terhadap Kualitas Tidur Lansia Pasca Stroke. In: Prosiding Seminar Nasional Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat. 2023.
 25. Infodatin 2020. No Title. 2020;
 26. Medik R. RSUD M.Natsir Solok. data pasien. 2026;
 27. Darwati LE, Setianingsih S, Purwati P. Penanganan Awal Stroke Non Hemoragic oleh Masyarakat Awam. *J Gawat Darurat*. 2019;1(2):45–50.
 28. Suwaryo PAW, Widodo WT, Setianingsih E. Faktor risiko yang mempengaruhi kejadian stroke. *J Keperawatan*. 2019;11(4):251–60.
 29. Ferawati N, Kep M, Ika Rita S, Salma Amira A. Stroke: Bukan Akhir Segalanya (Cegah dan Atasi Sejak Dini). Guepedia; 2020.
 30. Purwanto H. Pengaruh Head Up 15° Terhadap Tekanan Arteri Rata-rata (MAP) Pada Pasien Stroke Di RSUD DR. Soedono Madium. Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum; 2016.
 31. Junaidi I. Stroke, waspadai ancamannya. Penerbit Andi; 2011.
 32. WHO 2016. No Title. 201AD;(2019):1–5.
 33. Kwah LK, Diong J. National institutes of health stroke scale (NIHSS). *J Physiother*. 2014;60(1):61.
 34. Muchada M, Rubiera M, Rodriguez-Luna D, Pagola J, Flores A, Kallas J, et al. Baseline national institutes of health stroke scale–adjusted time window for intravenous tissue-type plasminogen activator in acute ischemic stroke. *Stroke*. 2014;45(4):1059–63.
 35. Affandi IG, Panggabean R. Pengelolaan Tekanan Tinggi Intrakranial pada Stroke. *Cermin Dunia Kedokt*. 2016;43(3):180–4.
 36. Saraf PSPDS. Indonesia (PERDOSSI).(2011). Guidel stroke tahun. 2011;
 37. Riyanti A, Wibowo YI, Irawati S. Faktor yang Memengaruhi Keterlambatan Pra-Rumah Sakit pada Pasien ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI): Kajian Sistematis. *Keluwih J Kesehat dan Kedokt*. 2023;4(2):1–15.
 38. Harefa C, Purjianti S, Dachi F, Khairiyah M, Siahaan J, Kaban KB. The Relationship Between Family Support and Quality of Life of Hemodialysis

- Patients At RSU Royal Prima Medan. Malahayati Nurs J. 2023;5(7):2212–21.
39. Jacob DE, Sandjaya S. Faktor faktor yang mempengaruhi kualitas hidup masyarakat Karubaga district sub district Tolikara propinsi Papua. J Nas Ilmu Kesehat. 2018;1(1).
 40. Bottomley A, Reijneveld JC, Koller M, Flechtner H, Tomaszewski KA, Greimel E, et al. Current state of quality of life and patient-reported outcomes research. Eur J Cancer. 2019;121:55–63.
 41. Juzwiszyn J, Łabuń A, Tański W, Szymańska-Chabowska A, Zielińska D, Chabowski M. Acceptance of illness, quality of life and nutritional status of patients after lower limb amputation due to diabetes mellitus. Ann Vasc Surg. 2022;79:208–15.
 42. Veenhoven R. For a better quality of life. In: Sociologists in a Global Age. Routledge; 2016. p. 175–86.
 43. Hadiati D. Uji Validitas dan Reliabilitas Stroke Specific Quality of Life (SS-QOL) Berbahasa Indonesia Pada Pasien Stroke= Validity and Reliability the Indonesian Version of Stroke Specific Quality of Life in Stroke patient. 2014;
 44. Kumar S, Majumdar S, Mukherjee M, Paul A. Quality of life among geriatric population in a rural area of West Bengal: A cross-sectional study. J Indian Acad Geriatr. 2023;19(2):99–104.
 45. Eliasi LG, Rasi HA, Tavakoli A. Factors affecting quality of life among elderly population in Iran. Diabetes. 2017;3(0.014).
 46. WISMA JATENDRA AB IK, Aniroh U, Wijayanti F. Studi Deskriptif Kualitas Hidup Penderita Pasca Stroke yang Sedang Melakukan Rawat Jalan di RSUD Ungaran. Universitas Ngudi Waluyo; 2020.
 47. Sarce V. Hubungan Fungsi Kognitif Dengan Tingkat Kemampuan Dalam Melakukan Activity Daily Living Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werda Gau Mabaji Kabupaten Gowa Makasar. STIK Stella Maris; 2017.
 48. LATIFAH LIAN. Pemenuhan Kebutuhan Activities of Daily Living (ADL) Pasien Stroke Oleh Perawat di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan Gamping. FKIK UMY; 2016.

49. Carmona-Torres JM, Rodríguez-Borrego MA, Laredo-Aguilera JA, López-Soto PJ, Santacruz-Salas E, Cobo-Cuenca AI. Disability for basic and instrumental activities of daily living in older individuals. *PLoS One*. 2019;14(7):e0220157.
50. Arya S. Development of Theoretical Multidimensional Policy Model for Caregivers to Improve the Quality of Life of a Person With Parkinson's Disease. Northeastern Illinois University; 2023.
51. Pratama ZM. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Adl (Activities Daily Living) Pada Lansia (Studi di Dusun Klagen Desa Kepuh Kembang Kecamatan Peterongan Jombang). STIKes Insan Cendekia Medika Jombang; 2019.
52. Semariasih NKD, Andayani NLN, Muliarta IM. Hubungan Antara Kekuatan Otot Genggam dan Tingkat Kemandirian Kemampuan Fungsional Pada Lansia Wanita di Desa Tista Kecamatan Kerambitan Tabanan. *MIFI*. 2019;
53. Nuraini N, Kusuma FHD, Rahayu W. Hubungan interaksi sosial dengan kesepian pada lansia di kelurahan tlogomas kota malang. *Nurs News J Ilm Keperawatan*. 2018;3(1).
54. THOHIROH N. Gambaran tingkat kesepian lansia dan interaksi sosial di panti werdha Semarang. Universitas Islam Sultan Agung Semarang; 2023.
55. Batubara S, Siregar JH, Fuad A. Hubungan tingkat kesepian dengan kualitas hidup pada lansia di Panti Jompo Tresna Werda Kota Bengkulu. *Zo Kedokt Progr Stud Pendidik Dr Univ Batam*. 2022;12(1):79–87.
56. Santini ZI, Jose PE, Cornwell EY, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Heal*. 2020;5(1):e62–70.
57. Darmawan TW, Rahmawati A, Kep M, Kom SK, Isnaeni Y, Kp S, et al. HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KESEPIAN PADA LANSIA: LITERATURE REVIEW. 2021;
58. Budiarti A, Indrawati P, Sabarhun W. Hubungan interaksi sosial terhadap tingkat kesepian dan kualitas hidup pada lansia di Uptd Griya Werdha Jambangan Surabaya. *J Ilm Kesehat UNUSA*. 2020;13(2):124–33.

59. Sugiyono PD. Metode penelitian bisnis: pendekatan kuantitatif, kualitatif, kombinasi, dan R&D. Penerbit CV Alf Bandung. 2017;225:87.
60. Nursalam 2017. No Title. 2020;
61. Novitarum L, Saragih I, Simorangkir L, Damanik JV. Gambaran Tingkat Kemandirian Lansia Melakukan Aktivitas Sehari-hari di Desa Payasimbirong Kecamatan Silinda Tahun 2022. Elisabeth Heal J. 2022;7(2):147–53.
62. Diantari NKM. Activity of daily living (ADL) dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. J Borneo Holist Heal. 2024;7(1):1–7.
63. Mather M, Rahayu R, Amandus H, Sudarto S, Triyani I. Adl Activity Of Daily Living Dan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Iskemik. J Keperawatan Dan Kesehat. 2024;15(2):129–37.
64. Tatali AJ, Katuuk ME, Kundre R. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kemandirian Activity Daily Living (Adl) Pada Pasien Pasca Stroke Di Poliklinik Neurologi Rsu Gmim Pancaran Kasih Manado. J Keperawatan. 2018;6(1):15.
65. Djamaludin D, Oktaviana ID. Hubungan tingkat ketergantungan dalam pemenuhan aktivitas kehidupan sehari-Hari terhadap kualitas hidup pasien pasca stroke di wilayah kerja puskesmas metro pusat. Malahayati Nurs J. 2020;2(2):268–78.
66. Widayawati W, Faridah Aini A, Trimawarti T. Hubungan Kemandirian Beraktivitas Sehari-hari Dengan Kualitas Hidup Penderita PASCA Stroke DI RSUD Tidar Kota Magelang. Universitas Ngudi Waluyo; 2020.
67. Zamaa MS, Renaldi M, Peruge D. Hubungan Kesepian Ddengan Kualitas Hidup Pada Lansia Di Puskesmas Karuwisi Kota Makasar. J Mitrasehat. 2025;15(2):920–6.
68. Setiyowati F. Hubungan Tingkat Kesepian Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia Di Panti Werdha Pucang Gading Semarang Dan Wening Wardoyo Ungaran. Universitas Islam Sultan Agung Semarang; 2025.
69. Ludiana L, Supardi S. Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Banjarsari Metro. J Wacana Kesehat. 2020;5(1):505–11.

70. Masithoh AR, Faridah U, Ramadhani HU. Hubungan aspek intelektual (psikologi perkembangan) dengan kesepian pada lansia di Panti Pelayanan Sosial Lanjut Usia (POTROYUDAN) Jepara. *J Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*. 2021;12(1):157–63.
71. Priastana IKA, Haryanto J, Suprajitno S. Peran dukungan sosial keluarga terhadap berduka kronis pada lansia yang mengalami kehilangan pasangan dalam budaya pakurenan. *Indones J Heal Res*. 2018;1(1):20–6.
72. Gani L, Mihardja L, Delima D. Faktor risiko dominan penderita stroke di Indonesia. *Bul Penelit Kesehat*. 2016;44(1).
73. Ardiani H. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup lansia di kelurahan mugarsari kecamatan tamansari kota tasikmalaya tahun 2014. *Healthc Nurs J*. 2019;1(1).
74. Budianto P, Prabaningtyas H, Putra SE. Mirawati, diah K., Muhammad, F., & Hafizan, M.(2021). Stroke iskemik akut dasar dan Klin January. 2021;84(11).
75. Aryati DP, Fatimah S. Hubungan Kesepian dengan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal di Panti Pelayanan Sosial Lanjut Usia. *J Ilm Kesehat*. 2024;17(1):18–26.

LAMPIRAN

Lampiran 1

JADWAL KEGIATAN SKRIPSI

HUBUNGAN ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) DAN LONELINESS DENGAN QUALITY OF LIFE PADA KLIEN STROKE SURVIVOR DI POLI SARAF RSUD M. NATSIR SOLOK

No	Kegiatan	Oktober				November				Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
1	Pengajuan Judul																																								
2	ACC Judul Proposal																																								
3	Pengambilan Data Awal																																								
4	Konsultasi BAB I-IV Beserta Lampiran																																								
5	Seminar Proposal																																								
6	Perbaikan Proposal																																								
7	Penelitian																																								
8	Konsultasi Skripsi																																								
9	Sidang Skripsi																																								
10	Perbaikan Skripsi																																								
11	Pengumpulan Skripsi																																								

Pembimbing

(Ns. Nike Puspita Alwi, M.Kep)

Bukittinggi, Juni 2026
Peneliti

Ikhsanike Putri

Lampiran 2



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR

Jl. Simpang Rumbio Kota Solok Telp (0755) 20001 Faks (0755) 20001
Website: www.rsudmohammadnatsir.go.id email: rsudmohammadnatsir@sumbarprov.go.id



KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

Nomor : 070/89/RS/ETIK/2026

Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir Solok dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protocol berikut informasi yang diberikan kepada calon subjek yang berjudul :

"Hubungan Activity Daily Living (ADL) dan Loneliness dengan Quality of Life pada Klien Stroke Survivor di Poli Saraf RSUD M.Natsir Solok"

The Ethics Commitee of the Mohammad Natsir Hospital, with regards of the protection of human rights dan welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol including the information given to the potential subject entitled

Peneliti Utama : Ikhsanike Putri

Nama Institusi : S I – Keperawatan

Dan telah menyetujui protocol berikut informasi yang diberikan kepada calon subjek.

And approves the above mentioned protocol including the information given to the potential subject.



dr. At-Mudarris, Sp.PD.KGER
NIP. 1967 1226 1999032001

Lampiran 3

 UPN BUKITTINGGI	LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN MASYARAKAT UNIVERSITAS PRIMA NUSANTARA BUKITTINGGI
--	---

No : 293/UPNB/SP/8.NA/III/2026	Bukittinggi, 11 Maret 2026
Lamp : -	
Hal : Izin Penelitian	

Kepada Yth.
Direktur RSUD M. Natsir Solok
di
Tempat

Dengan Hormat,

Bersama ini kami sampaikan kepada Bapak/Ibu bahwa Mahasiswa dari Universitas Prima Nusantara Bukittinggi :

Nama	: Ikhsanike Putri
NIM	: 24100461420111
Semester	: III
Program Studi	: S1 Keperawatan

Akan melakukan penelitian dengan judul *"Hubungan Activity Daily Living (ADL) dan Loneliness dengan Quality of Life pada Klien Stroke Survivor di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok"*

Adapun tempat dan waktu penelitian Mahasiswa kami adalah:

Tempat	: Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok
Waktu	: 11 Maret – 11 April 2026

Demikianlah kami sampaikan, atas bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Kepala LP2M
Universitas Prima Nusantara Bukittinggi


Lady Wizia, S.Keb. Bd.M.Keb
NUPTK. 4953769670230352

Tembusan Kepada Yth:

1. Ketua Yayasan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi
2. Rektor Universitas Prima Nusantara Bukittinggi
3. Wakil Rektor I Bidang Akademik Universitas Prima Nusantara Bukittinggi
4. Dekan Fakultas Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Nusantara Bukittinggi
5. Kepala Program Studi S1 Keperawatan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi

Lampiran 4



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks. (0755) 20003
Website: www.rsudmohammadsolok.go.id email: rsudmohammadsolok@gmail.com



Solok, 12 Maret 2026

Nomor : 892/ 40 /SDM-Diklat/2026
Lampiran :
Hal : Izin Penelitian

Kepada Yth :
Kepala LP2M
Universitas Prima Nusantara
di
Bukittinggi

Dengan Hormat,

Membalas surat Bapak Nomor : 293/UPNB/SP/8.NA/III/2026 Tanggal 11 Maret 2026, perihal Izin Penelitian, Pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberikan izin kepada :

Nama : Ikhsanike Putri
NIM : 24100461420111
Jurusan : S I – Keperawatan

Yang berjudul :

"Hubungan Activity Daily Living (ADL) dan Loneliness dengan Quality of Life pada Klien Stroke Survivor di Poli Saraf RSUD M.Natsir Solok"

Dengan catatan :

1. Semua informasi yang diperoleh di RSUD MOHAMMAD Natsir semata-mata digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarluaskan pada pihak lain.
2. Harus menyerahkan hasil penelitian ke perpustakaan RSUD Mohammad Natsir
3. Tetap mematuhi segala aturan yang berlaku di RSUD Mohammad Natsir

Demikianlah di sampaikan atas perhatian dan kerja samanya di ucapkan terima kasih.

Analisa Aparatur SDM Muda
Subkoordinator Diklat, Latihan dan Sertifikasi



(Ns. Armis Sepriati, S.Kep)
Nip. 19700908 199503 2002

Tembusan :

1. Perawat Penanggung Jawab Poli Saraf
2. Ka. Inst Rekam Medis
3. Arsip

Lampiran 5

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth :

Bapak / Ibu

Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Nusantara Bukittinggi Semester III (Tiga) yang bermaksud mengadakan Penelitian :

Nama : IKHSANIKE PUTRI

NIM : 241004614201111

Akan melaksanakan penelitian dengan judul “Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien *Stroke Survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok”.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian bagi saudara sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan digunakan hanya untuk kepentingan penelitian. Apabila Bapak / Ibuk menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesediaan menandatangani lembaran persetujuan dan menjawab semua pertanyaan-pertanyaan yang saya ajukan.

Atas kesediaan Bapak / Ibuk bersedia sebagai responden saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

IKHSANIKE PUTRI

Lampiran 6

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bersedia ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh :

Nama Mahasiswa : IKHSANIKE PUTRI

NIM : 241004614201111

Judul : Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien *Stroke Survivor* di Poli Saraf RSUD M. Natsir Solok

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap saya sehingga jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya dan akan dirahasiakan.

Demikian pernyataan ini saya buat agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Yang membuat pertanyaan

Responden

()

KUESIONER

HUBUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING (ADL)* DAN *LONELINESS* DENGAN *QUALITY OF LIFE* PADA KLIEN STROKE *SURVIVOR* DI POLI SARAF RSUD M.NATSIR SOLOK

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pernyataan dalam kuesioner ini
2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar
3. Pilihlah salah satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu paling sesuai dengan kondisi yang dialami oleh Bapak/Ibu dengan cara memberikan tanda *ceklis list* (✓) pada pilihan jawab yang dipilih

A. DATA DEMOGRAFI

1. No Responden * :
2. Nama (Inisial) :
3. Umur : Tahun
4. Jenis Kelamin : ☐ Laki-Laki ☐ Perempuan
5. Status Pernikahan :
☐ Tidak Menikah ☐ Menikah ☐ Janda/duda
6. Pendidikan terakhir :
☐ SD sederajat ☐ SLTA sederajat
☐ SLTP sederajat ☐ Lain-Lain
7. Status pekerjaan :
☐ IRT ☐ Buruh ☐ Pensiunan PNS
☐ Pedagang ☐ Wiraswasta ☐ Petani
8. Keluarga yang tinggal serumah
☐ Sendiri ☐ Suami/Istri ☐ Suami/Istri & Anak
☐ Anak ☐ Menantu

Ket : * diisi oleh peneliti

B. Kuesioner *KATZ Indeks*

Keterangan : Beri tanda *ceklist* list (✓) pada point yang sesuai kondisi responden.

Aktivitas	Mandiri (Poin 1)	Tergantung (Poin 0)
Mandi Poin:	Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya ☐	Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri ☐
Berpakaian Poin:	Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian ☐	Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian ☐
Ke Kamar Kecil Poin:	Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri ☐	Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot ☐
Berpindah Poin:	Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri ☐	Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan ☐
Kontinen Poin :	BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri ☐	Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter,pispot, enema dan pembalut (pampers) ☐
Makan Poin:	Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri ☐	Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT) ☐
Total Skor		

Penilaian menggunakan Skor :

Skor 5-6 = Mandiri

Skor 3-4 = Ketergantungan sebagian

Skor 0-2 = Ketergantungan total

C. Kuesioner Kesepian

Berikut ini beberapa pertanyaan keadaan yang anda alami, jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan baik. Berdasarkan jawaban dari responden tandai dengan (✓) pada pertanyaan di bawah ini sesuai dengan keadaan yang dialami responden.

No	Pertanyaan	Tidak pernah	Jarang	Kadang-Kadang	Sering
		4	3	2	1
Pertanyaan Negatif					
1	Seberapa sering Anda merasa tidak cocok dengan orang-orang disekitar anda?				
2	Seberapa sering Anda merasa tidak memiliki teman?				
3	Seberapa sering Anda merasa tidak ada seseorangpun yang dapat Anda mintai tolong?				
4	Seberapa sering anda merasa sendiri?				
5	Seberapa sering Anda merasa bahwa Anda tidak dekat dengan orang lain?				
6	Seberapa sering Anda merasa bahwa hobi dan ide Anda tidak sama dengan orang-orang disekitar Anda?				
7	Seberapa sering Anda merasa ditinggalkan?				
8	Seberapa sering Anda merasa tak satupun orang mengenal Anda dengan baik?				
9	Seberapa sering Anda terisolasi dari orang lain?				
10	Seberapa sering Anda merasa malu?				

11	Seberapa sering Anda merasa bahwa orang-orang disekitar Anda ada, tetapi tidak bersama Anda?				
Pertanyaan Positif		Tidak Pernah	Jarang	Kadang-Kadang	Sering
		1	2	3	4
12	Seberapa sering Anda menjadi bagian dari kelompok teman-teman Anda?				
13	Seberapa sering Anda merasa bahwa Anda memiliki banyak persamaan dengan orang-orang disekitar Anda?				
14	Seberapa sering Anda merasa ramah dan bersahabat?				
15	Seberapa sering Anda merasa dekat dengan orang lain?				
16	Seberapa sering Anda dapat menemukan teman ketika Anda membutuhkannya?				
17	Seberapa sering Anda merasa hubungan Anda dengan orang lain tidak berhenti?				
18	Seberapa sering Anda merasa bahwa ada seseorang yang benar-benar dapat mengerti Anda?				
19	Seberapa sering Anda merasa bahwa ada orang yang dapat anda ajak bicara (ngobrol)?				
20	Seberapa sering Anda merasa bahwa ada orang yang dapat Anda mintai tolong?				

Dengan Interpretasi sebagai berikut :

Skor 20-40 : Kesepian Rendah

Skor 40-60 : Kesepian Sedang

Skor 61-80 : Kesepian Tinggi

D. Kuesioner Skala Kualitas Hidup Spesifik Stroke (*SS-QOL*)

Beri tanda *ceklist* ($\checkmark$) pada point yang sesuai kondisi responden.

Penilaian: setiap item harus dinilai dengan kunci berikut:

1. Sangat butuh bantuan - Tidak bisa melakukan sama sekali - Sangat setuju (1)
2. Banyak bantuan - Banyak masalah - Cukup setuju (2)
3. Beberapa bantuan - Beberapa masalah - Tidak setuju (3)
4. Sedikit membantu - Sedikit kesulitan - Agak tidak setuju (4)
5. Tidak perlu bantuan - Tidak ada masalah sama sekali - Sangat tidak setuju (5)

No	Pertanyaan	Sangat butuh bantuan / Tidak bisa melakukan sama sekali/ Sangat Setuju	Banyak bantuan / Banyak masalah / Cukup Setuju	Beberapa bantuan / Beberapa masalah / Tidak Setuju	Sedikit membantu / Sedikit kesulitan / Agak Tidak Setuju	Tidak perlu bantuan / Tidak ada masalah sama sekali / Sangat Tidak Setuju
		1	2	3	4	5
	Energi					
1	Saya merasa lelah hampir sepanjang waktu.					
2	Saya harus berhenti dan beristirahat di siang hari.					
3	Saya terlalu lelah untuk melakukan apa yang ingin saya lakukan.					
	Peran Keluarga					
4	Saya tidak mengikuti kegiatan hanya untuk					

	bersenang-senang dengan keluarga.					
5	Saya merasa menjadi beban bagi keluarga saya.					
6	Kondisi fisik saya mengganggu kehidupan pribadi saya.					
Bahasa						
7	Apakah Anda mengalami kesulitan berbicara? Misalnya, tersendat-sendat, gagap, terbata-bata, atau kata-kata Anda terbata-bata?					
8	Apakah Anda mengalami kesulitan berbicara dengan cukup jelas untuk menggunakan telepon?					
9	Apakah orang lain mengalami kesulitan dalam memahami apa yang Anda katakan?					
10	Apakah Anda kesulitan menemukan kata yang ingin Anda ucapkan?					
11	Apakah Anda harus mengulang-ulang agar orang lain dapat memahami Anda?					

	Mobilitas					
12	Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan? (Jika pasien tidak dapat berjalan, lanjutkan ke pertanyaan 4 dan beri nilai 1 untuk pertanyaan 2-3)					
13	Apakah Anda kehilangan keseimbangan ketika membungkuk atau meraih sesuatu?					
14	Apakah Anda mengalami kesulitan menaiki tangga?					
15	Apakah Anda harus berhenti dan beristirahat lebih banyak daripada yang Anda inginkan saat berjalan atau menggunakan kursi roda?					
16	Apakah Anda mengalami kesulitan saat berdiri?					
17	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk bangun dari kursi?					
	Mood					
18	Saya sempat berkecil hati tentang masa depan saya.					
19	Saya tidak tertarik dengan orang atau aktivitas lain.					
20	Saya merasa menarik diri dari orang lain.					

21	Saya tidak terlalu percaya diri					
22	Saya tidak tertarik dengan makanan.					
Kepribadian						
23	Saya mudah tersinggung.					
24	Saya dirawat inap bersama orang lain.					
25	Kepribadian saya telah berubah.					
Perawatan Diri						
26	Apakah Anda membutuhkan bantuan untuk menyiapkan makanan?					
27	Apakah Anda membutuhkan bantuan untuk makan? Misalnya, memotong makanan atau menyiapkan makanan?					
28	Apakah Anda membutuhkan bantuan untuk berpakaian? Misalnya, mengenakan kaus kaki atau sepatu, mengancingkan kancing, atau ritsleting?					
29	Apakah Anda membutuhkan bantuan untuk mandi atau berendam?					

30	Apakah Anda membutuhkan bantuan untuk menggunakan toilet?					
Peran Sosial						
31	Saya tidak keluar rumah sesering yang saya inginkan					
32	Saya melakukan hobi dan rekreasi dalam waktu yang lebih singkat dari yang saya inginkan.					
33	Saya tidak bertemu dengan teman-teman saya sebanyak yang saya inginkan					
34	Saya berhubungan seks lebih jarang daripada yang saya inginkan.					
35	Kondisi fisik saya mengganggu kehidupan sosial saya					
Berpikir						
36	Sulit bagi saya untuk berkonsentrasi.					
37	Saya mengalami kesulitan mengingat banyak hal					
38	Saya harus menuliskannya untuk mengingatnya					

	Fungsi Ekstremitas Atas					
39	Apakah Anda mengalami kesulitan menulis atau mengetik?					
40	Apakah Anda mengalami kesulitan mengenakan kaus kaki?					
41	Apakah Anda mengalami kesulitan mengancingkan kancing?					
42	Apakah Anda mengalami kesulitan dalam memasang ritsleting?					
43	Apakah Anda kesulitan membuka stoples?					
	Visi					
44	Apakah Anda mengalami kesulitan melihat televisi dengan cukup baik untuk menikmati acara?					
45	Apakah Anda mengalami kesulitan menjangkau sesuatu karena penglihatan yang buruk?					
46	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk melihat sesuatu dari satu sisi?					

	Pekerjaan/Produktivitas					
47	Apakah Anda mengalami kesulitan dalam melakukan pekerjaan sehari-hari di sekitar rumah?					
48	Apakah Anda mengalami kesulitan dalam menyelesaikan pekerjaan yang telah Anda mulai?					
49	Apakah Anda mengalami kesulitan dalam melakukan pekerjaan yang biasa Anda lakukan?					

TOTAL SKOR :

Penilaian menggunakan skor:

Jika skor 49-171 : kualitas hidup kurang

Jika skor 171-245 : kualitas hidup baik

MASTER TABEL
HUBUNGAN *ACTIVITY DAILY LIVING* DAN *LONELINESS* DENGAN *QUALITY OF LIFE*
PADA KLIEN STROKE *SURVIVOR* DI POLI SARAF RSUD M.NATSIR SOLOK
TAHUN 2026

[illegible]

JK	Pekerjaan	Tinggal Bersama	Status Perkawinan ADL:		LoneLines:	Kualitas Hidup :
P=Perempuar	P=Petani	K=Keluarga	M=Menikah	M=Mandiri	T=Tinggi	B=Baik
L=Laki-laki	TB=Tidak Bekerj	S=sendiri	D/J=Duda/ Janda	S=Sebagian	S=Sendang	K=Kurang
	W=Wiraswasta		BM=Belum Menii	T=Total	R=Rendah	
	S=Swasta					

Lampiran 9

HASIL OLAH DATA SPSS 24

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Umur	79	45	69	56.94	5.779
UCLA_Skor	79	24	67	42.51	12.922
SSQOL	79	104	207	168.43	27.004
KARZ_Skor	79	1.00	6.00	4.0886	1.82004
Valid N (listwise)	79				

Frequency Table

JK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LK	27	34.2	34.2	34.2
	PR	52	65.8	65.8	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

Status_Pernikahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak_Menikah	5	6.3	6.3	6.3
	Janda/Duda	12	15.2	15.2	21.5
	Menikah	62	78.5	78.5	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	11	13.9	13.9	13.9
	SMP	15	19.0	19.0	32.9
	SMA	35	44.3	44.3	77.2
	PT	18	22.8	22.8	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	24	30.4	30.4	30.4
	Petani/Buruh	6	7.6	7.6	38.0
	Wiraswasta	24	30.4	30.4	68.4
	PNS	15	19.0	19.0	87.3
	Swasta	10	12.7	12.7	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

Tinggal_Bersama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sendiri	14	17.7	17.7	17.7
	Keluarga	65	82.3	82.3	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

ADL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Total	12	15.2	15.2	15.2
	Sebagian	33	41.8	41.8	57.0
	Mandiri	34	43.0	43.0	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

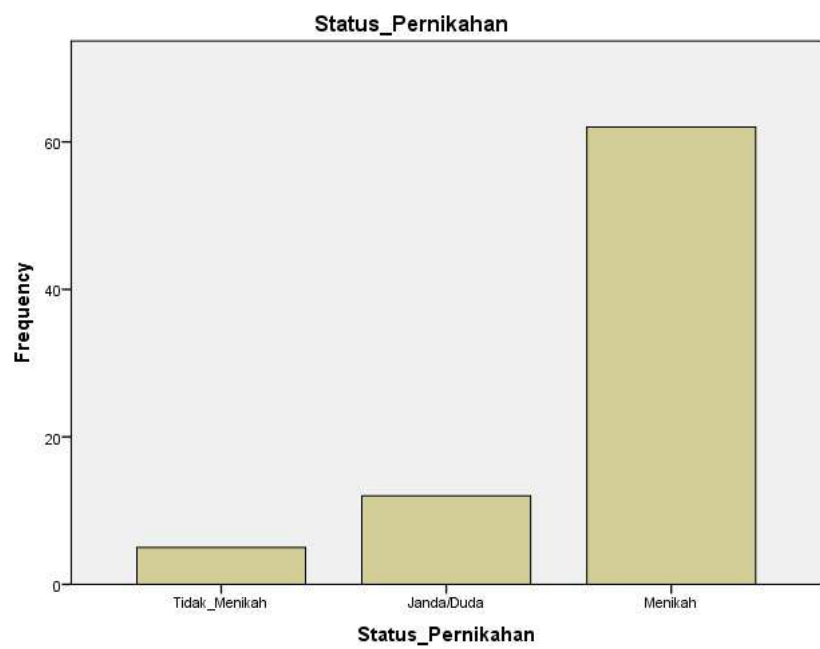
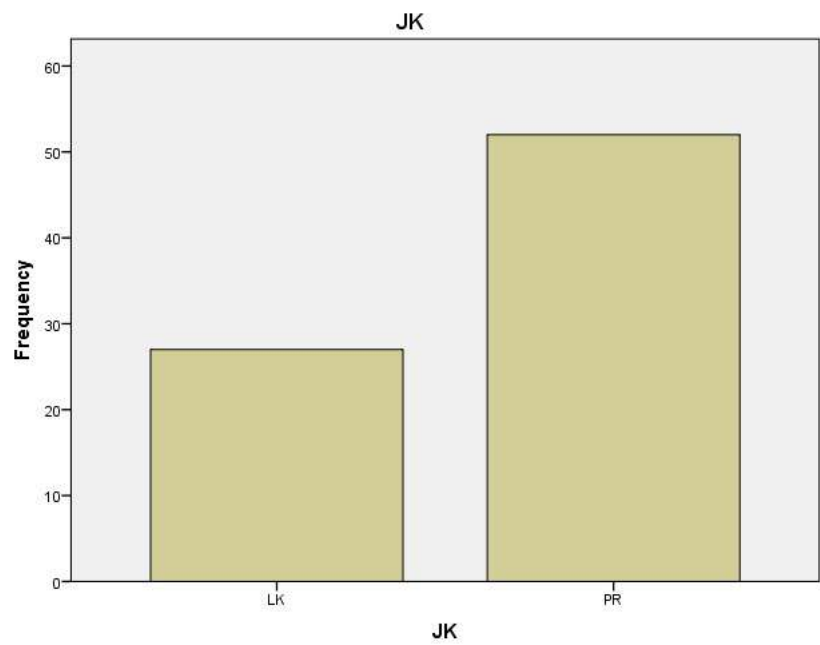
Loneliness

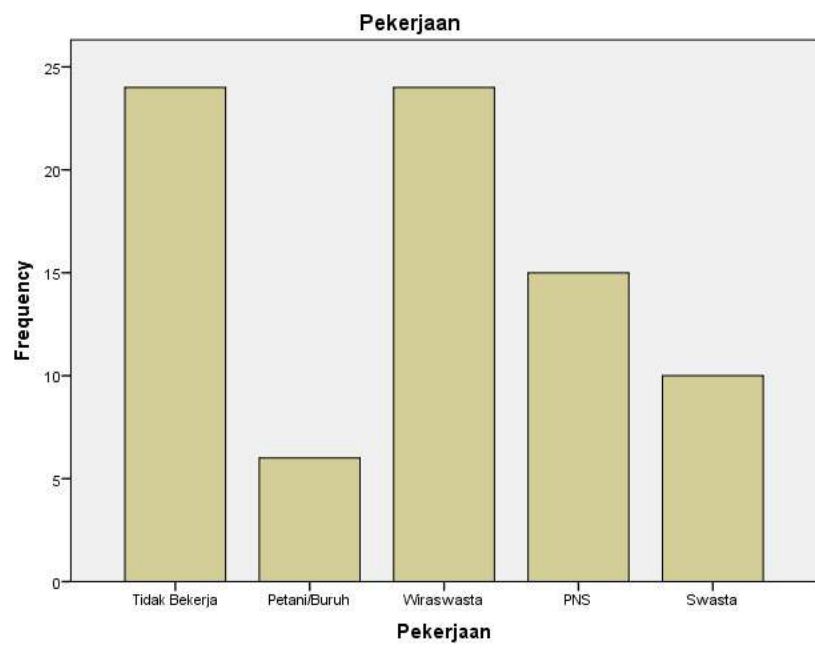
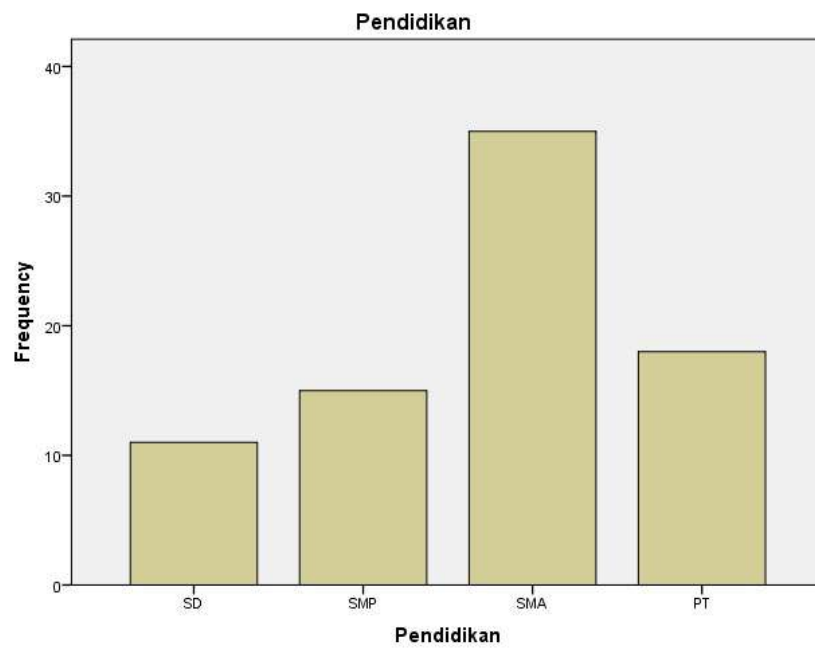
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	14	17.7	17.7	17.7
	Sedang	43	54.4	54.4	72.2
	Rendah	22	27.8	27.8	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

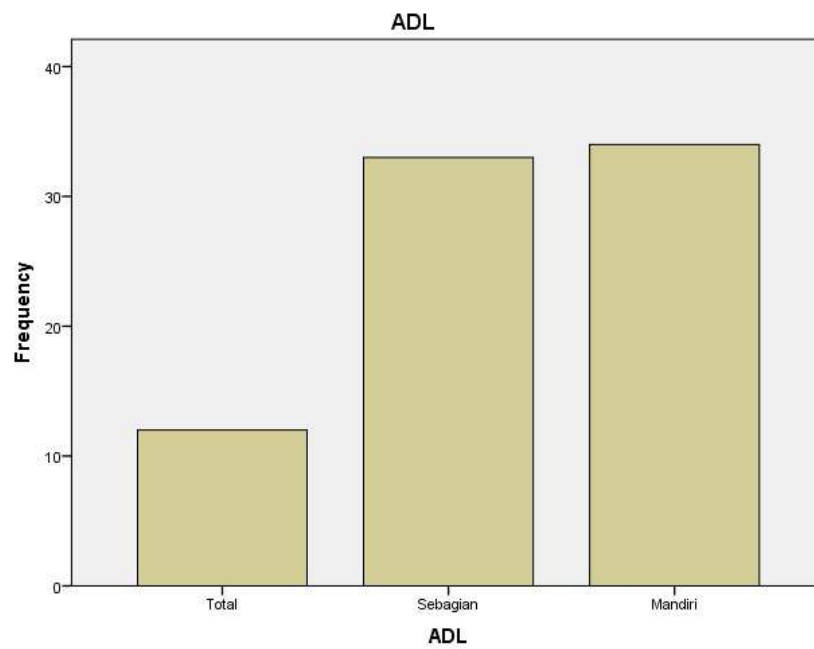
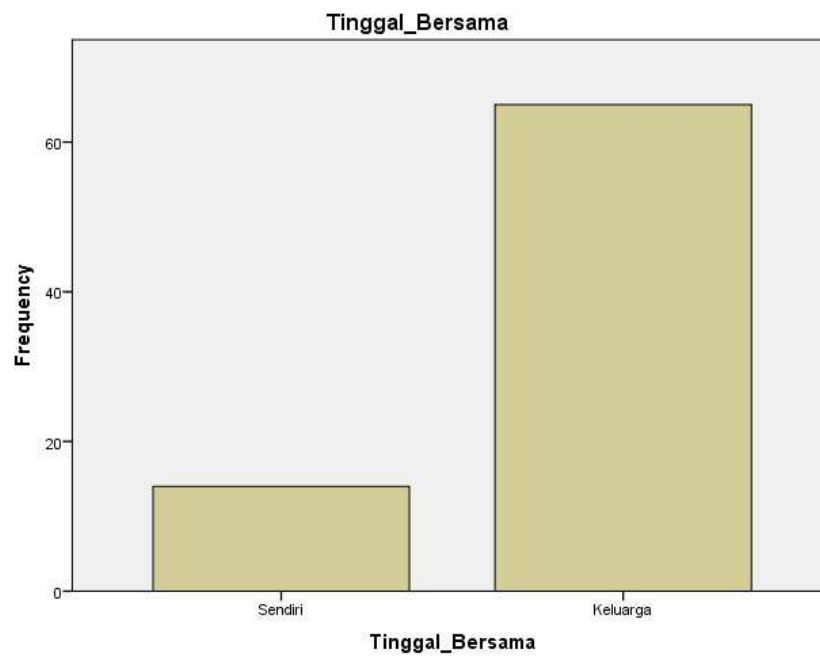
Kualitas_Hidup

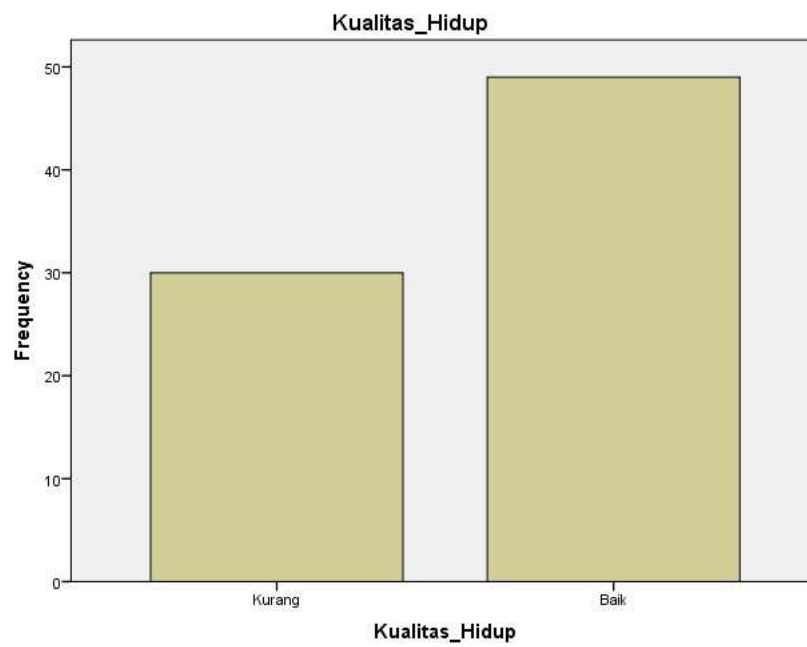
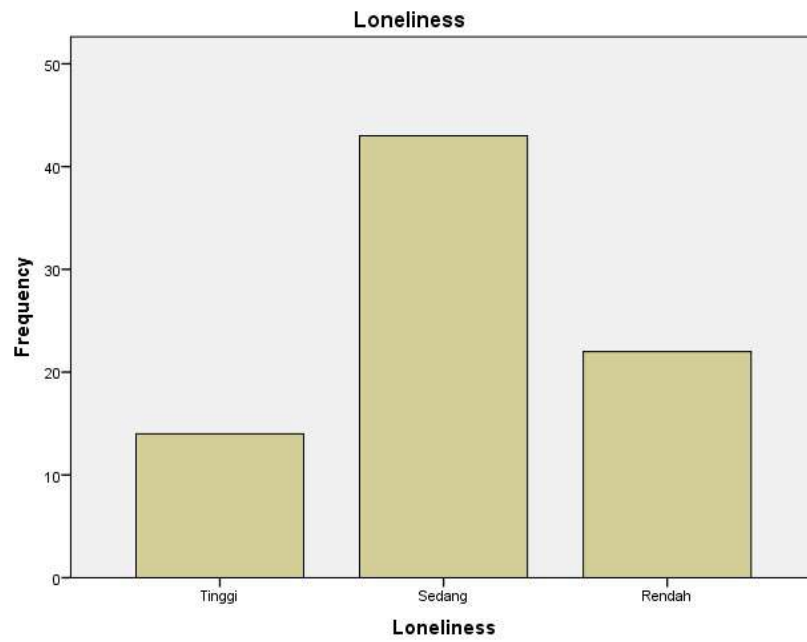
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	30	38.0	38.0	38.0
	Baik	49	62.0	62.0	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

Bar Chart









Crosstabs

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ADL * Kualitas_Hidup	79	100.0%	0	0.0%	79	100.0%
Loneliness * Kualitas_Hidup	79	100.0%	0	0.0%	79	100.0%

ADL * Kualitas_Hidup Crosstabulation

			Kualitas_Hidup		
			Kurang	Baik	Total
ADL	Total	Count	11	1	12
		% within ADL	91.7%	8.3%	100.0%
		% within Kualitas_Hidup	36.7%	2.0%	15.2%
		% of Total	13.9%	1.3%	15.2%
	Sebagian	Count	17	16	33
		% within ADL	51.5%	48.5%	100.0%
		% within Kualitas_Hidup	56.7%	32.7%	41.8%
		% of Total	21.5%	20.3%	41.8%
	Mandiri	Count	2	32	34
		% within ADL	5.9%	94.1%	100.0%
		% within Kualitas_Hidup	6.7%	65.3%	43.0%
		% of Total	2.5%	40.5%	43.0%
Total	Count	30	49	79	
	% within ADL	38.0%	62.0%	100.0%	
	% within Kualitas_Hidup	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	38.0%	62.0%	100.0%	

Loneliness * Kualitas_Hidup Crosstabulation

			Kualitas_Hidup		
			Kurang	Baik	Total
Loneliness	Tinggi	Count	9	5	14
		% within Loneliness	64.3%	35.7%	100.0%
		% within Kualitas_Hidup	30.0%	10.2%	17.7%
		% of Total	11.4%	6.3%	17.7%
	Sedang	Count	21	22	43
		% within Loneliness	48.8%	51.2%	100.0%
		% within Kualitas_Hidup	70.0%	44.9%	54.4%
		% of Total	26.6%	27.8%	54.4%
	Rendah	Count	0	22	22
		% within Loneliness	0.0%	100.0%	100.0%
		% within Kualitas_Hidup	0.0%	44.9%	27.8%
		% of Total	0.0%	27.8%	27.8%
Total	Count	30	49	79	
	% within Loneliness	38.0%	62.0%	100.0%	
	% within Kualitas_Hidup	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	38.0%	62.0%	100.0%	

Nonparametric Correlations

Correlations

			Loneliness	Kualitas_Hidup
Spearman's rho	Loneliness	Correlation Coefficient	1.000	.478**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	79	79
	Kualitas_Hidup	Correlation Coefficient	.478**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	79	79

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

Correlations

		Kualitas_Hidup	ADL
Spearman's rho	Kualitas_Hidup	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	79
	ADL	Correlation Coefficient	.636**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	79

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

Lampiran 10

Analisis Kuesioner Variabel *Activity Daily Living (ADL)*

No	Aktivitas	Mandiri (1)		Tergantung (0)	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1	Mandi : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya/ Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri	74	93.7	5	6.3
2	Berpakaian : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian/ Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian	51	64.5	28	35.4
3	Ke kamar kecil : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri/ Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	42	53.2	37	46.8
4	Berpindah : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri/ Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	69	87.3	10	12.7
5	Kontinen : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri/ Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter,pispot, enema dan pembalut (pampers)	42	53.2	37	46.8
6	Makan : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri/ Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	52	65.8	27	34.2
	Total	330	69.6	144	30.4

Analisis Kuesioner Variabel *Loneliness*

No	Pertanyaan Negatif	Tidak Pernah (4)		Jarang (3)		Kadang-kadang (2)		Sering (1)	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1	Seberapa sering Anda merasa tidak cocok dengan orang-orang disekitar anda?	8	10.1	20	25.3	30	38.0	21	26.6
2	Seberapa sering Anda merasa tidak memiliki teman?	3	3.8	19	24.1	34	43.0	23	29.1
3	Seberapa sering Anda merasa tidak ada seseorangpun yang dapat Anda mintai tolong?	7	8.9	15	19.0	35	44.3	22	27.8
4	Seberapa sering anda merasa sendiri?	5	6.3	22	27.8	27	34.2	25	31.6
5	Seberapa sering Anda merasa bahwa Anda tidak dekat dengan orang lain?	2	2.5	21	36.6	28	35.4	28	35.4
6	Seberapa sering Anda merasa bahwa hobi dan ide Anda tidak sama dengan orang-orang disekitar Anda?	5	6.3	25	31.6	30	38.0	19	24.1
7	Seberapa sering Anda merasa ditinggalkan?	4	5.1	16	20.3	43	54.4	16	20.3

8	Seberapa sering Anda merasa tak satupun orang mengenal Anda dengan baik?	5	6.3	17	21.5	30	38.0	27	34.2
9	Seberapa sering Anda terisolasi dari orang lain?	6	7.6	18	22.8	30	38.0	25	31.6
10	Seberapa sering Anda merasa malu?	4	5.1	22	27.8	33	41.8	20	25.3
11	Seberapa sering Anda merasa bahwa orang-orang disekitar Anda ada, tetapi tidak bersama Anda?	8	10.1	16	20.3	31	39.2	24	30.4
	Total	57	6.5	211	24.3	351	40.4	250	28.8
	Pertanyaan positif	Tidak Pernah (1)		Jarang (2)		Kadang-kadang (3)		Sering (4)	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
12	Seberapa sering Anda menjadi bagian dari kelompok teman-teman Anda?	8	10.1	15	19.0	42	53.2	14	17.7
13	Seberapa sering Anda merasa bahwa Anda memiliki banyak persamaan dengan orang-orang disekitar Anda?	4	5.1	25	31.6	33	41.8	17	21.5

14	Seberapa sering Anda merasa ramah dan bersahabat?	5	6.3	23	29.1	31	39.2	20	25.3
15	Seberapa sering Anda merasa dekat dengan orang lain?	9	11.4	23	29.1	31	39.2	16	20.3
16	Seberapa sering Anda dapat menemukan teman ketika Anda membutuhkannya?	7	8.9	18	22.8	31	39.2	23	29.1
17	Seberapa sering Anda merasa hubungan Anda dengan orang lain tidak berhenti?	9	11.4	16	20.3	35	44.3	19	24.1
18	Seberapa sering Anda merasa bahwa ada seseorang yang benar-benar dapat mengerti Anda?	4	5.1	19	24.1	33	41.8	23	29.1
19	Seberapa sering Anda merasa bahwa ada orang yang dapat Anda ajak bicara (ngobrol)	5	6.3	22	27.8	33	41.8	19	24.1
20	Seberapa sering Anda merasa bahwa ada orang yang dapat Anda mintai tolong?	8	10.1	16	20.3	34	43.0	21	26.6
	Total	59	8.3	177	24.9	303	42.6	172	24.2
	Total Negatif + positif	116	7.34	388	24.56	654	41.39	422	26.71

Analisis Kuesioner Variabel *Quality of Life*

No	SSQOL	Sangat butuh bantuan/ Tidak bisa melakukan sama sekali/ Sangat setuju (1)		Banyak bantuan/ Banyak masalah/ Cukup Setuju (2)		Beberapa bantuan/ Beberapa masalah/ Tidak Setuju (3)		Sedikit membantu/ Sedikit kesulitan/ Agak Tidak Setuju (4)		Tidak perlu bantuan/ Tidak ada masalah/ Sangat Tidak Setuju (5)	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1	Saya merasa lelah hampir sepanjang waktu.	5	6.3	22	27.8	20	25.3	30	38.0	2	2.5
2	Saya harus berhenti dan beristirahat di siang hari.	0	0	18	22.8	31	39.2	27	34.2	3	3.8
3	Saya terlalu lelah untuk melakukan apa yang ingin saya lakukan.	4	5.1	18	22.8	27	34.2	25	31.6	5	6.3
4	Saya tidak mengikuti kegiatan hanya untuk bersenang-senang dengan keluarga.	3	3.8	19	24.1	15	19.0	33	41.8	9	11.4
5	Saya merasa menjadi beban bagi keluarga saya.	3	3.8	19	24.1	22	27.8	26	32.9	9	11.4
6	Kondisi fisik saya mengganggu kehidupan pribadi saya.	4	5.1	20	25.3	19	24.1	27	34.2	9	11.4

7	Apakah Anda mengalami kesulitan berbicara? Misalnya, tersendat-sendat, gagap, terbata-bata, atau kata-kata Anda terbata-bata?	2	2.5	16	20.3	30	38.0	24	30.4	7	8.9
8	Apakah Anda mengalami kesulitan berbicara dengan cukup jelas untuk menggunakan telepon?	4	5.1	19	24.1	25	31.6	24	30.4	7	8.9
9	Apakah orang lain mengalami kesulitan dalam memahami apa yang Anda katakan?	6	7.6	14	17.7	25	31.6	24	30.4	10	12.7
10	Apakah Anda kesulitan menemukan kata yang ingin Anda ucapkan?	11	13.9	15	19.0	23	29.1	23	29.1	7	8.9
11	Apakah Anda harus mengulang-ulang agar orang lain dapat memahami Anda?	6	7.6	21	26.6	13	16.5	32	40.5	7	8.9
12	Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan? (Jika pasien tidak dapat berjalan, lanjutkan ke pertanyaan 4 dan beri nilai 1 untuk pertanyaan 2- 3)	6	7.6	12	15.2	23	29.1	24	30.4	14	17.7
13	Apakah Anda kehilangan keseimbangan ketika membungkuk atau meraih sesuatu?	6	7.6	16	20.3	17	21.5	34	43.0	6	7.6
14	Apakah Anda mengalami kesulitan menaiki tangga?	7	8.9	19	24.1	15	19.0	28	35.4	10	12.7

15	Apakah Anda harus berhenti dan beristirahat lebih banyak daripada yang Anda inginkan saat berjalan atau menggunakan kursi roda?	9	11.4	13	16.5	13	16.5	31	39.2	13	16.5
16	Apakah Anda mengalami kesulitan saat berdiri?	8	10.1	16	20.3	19	24.1	28	35.4	8	10.1
17	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk bangun dari kursi?	6	7.6	12	15.2	23	29.1	25	31.6	13	16.5
18	Saya sempat berkecil hati tentang masa depan saya.	2	2.5	16	20.3	19	24.1	36	45.6	6	7.6
19	Saya tidak tertarik dengan orang atau aktivitas lain.	5	6.3	17	21.5	22	27.8	24	30.4	11	13.9
20	Saya merasa menarik diri dari orang lain.	1	1.3	15	19.0	23	29.1	32	40.5	8	10.1
21	Saya tidak terlalu percaya diri.	8	10.1	19	24.1	10	12.7	34	43.0	8	10.1
22	Saya tidak tertarik dengan makanan.	3	3.8	16	20.3	20	25.3	31	39.2	9	11.4
23	Saya mudah tersinggung.	3	3.8	21	26.6	22	27.8	27	34.2	6	7.6
24	Saya dirawat inap bersama orang lain.	7	8.9	16	20.3	17	21.5	33	41.8	6	7.6
25	Kepribadian saya telah berubah.	3	3.8	17	21.5	17	21.5	34	43.0	8	10.1
26	Apakah Anda membutuhkan bantuan untuk menyiapkan makanan?	5	6.3	20	25.3	15	19.0	35	44.3	4	5.1

27	Apakah Anda membutuhkan bantuan untuk makan? Misalnya memotong makanan atau menyiapkan makanan?	0	0	7	8.9	16	20.3	32	40.5	24	30.4
28	Apakah Anda membutuhkan bantuan untuk berpakaian? Misalnya, mengenakan kaus kaki atau sepatu, mengancingkan kancing, atau ritsleting?	0	0	8	10.1	26	32.9	29	36.7	16	20.3
29	Apakah Anda membutuhkan bantuan untuk mandi atau berendam?	0	0	5	6.3	22	27.8	27	34.2	25	31.6
30	Apakah Anda membutuhkan bantuan untuk menggunakan toilet?	0	0	8	10.1	14	17.7	39	49.4	18	22.8
31	Saya tidak keluar rumah sesering yang saya inginkan	0	0	7	8.9	19	24.1	32	40.5	21	26.6
32	Saya melakukan hobi dan rekreasi dalam waktu yang lebih singkat dari yang saya inginkan.	10	12.7	18	22.8	32	40.5	18	22.8	1	1.3
33	Saya tidak bertemu dengan teman-teman saya sebanyak yang saya inginkan	0	0	4	5.1	28	35.4	28	35.4	19	24.1
34	Saya berhubungan seks lebih jarang daripada yang saya inginkan.	0	0	5	6.3	19	24.1	31	39.2	24	30.4

35	Kondisi fisik saya mengganggu kehidupan sosial saya	0	0	12	15.2	21	26.6	23	29.1	23	29.1
36	Sulit bagi saya untuk berkonsentrasi.	0	0	9	11.4	19	24.1	28	35.4	23	29.1
37	Saya mengalami kesulitan mengingat banyak hal	12	15.2	8	10.1	36	45.6	22	27.8	1	1.3
38	Saya harus menuliskannya untuk mengingatnya	11	13.9	17	21.5	31	39.2	19	24.1	1	1.3
39	Apakah Anda mengalami kesulitan menulis atau mengetik?	0	0	9	11.4	16	20.3	31	39.2	23	29.1
40	Apakah Anda mengalami kesulitan mengenakan kaus kaki?	0	0	8	10.1	28	35.4	24	30.4	19	24.1
41	Apakah Anda mengalami kesulitan mengancingkan kancing?	0	0	7	8.9	16	20.3	35	44.3	21	26.6
42	Apakah Anda mengalami kesulitan dalam memasang ritsleting?	0	0	6	7.6	18	22.8	30	38.0	25	31.6
43	Apakah Anda kesulitan membuka stoples?	0	0	7	8.9	17	21.5	32	40.5	23	29.1
44	Apakah Anda mengalami kesulitan melihat televisi dengan cukup baik untuk menikmati acara?	0	0	10	12.7	26	32.9	24	30.4	19	24.1
45	Apakah Anda mengalami kesulitan menjangkau sesuatu karena penglihatan yang buruk?	0	0	7	8.9	28	35.4	16	20.3	28	35.4

46	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk melihat sesuatu dari satu sisi?	9	11.4	17	21.5	28	35.4	18	22.8	7	8.9
47	Apakah Anda mengalami kesulitan dalam melakukan pekerjaan sehari-hari di sekitar rumah?	7	8.9	20	25.3	27	34.2	10	12.7	15	19.0
48	Apakah Anda mengalami kesulitan dalam menyelesaikan pekerjaan yang telah Anda mulai?	4	5.1	26	32.9	20	25.3	22	27.8	7	8.9
49	Apakah Anda mengalami kesulitan dalam melakukan pekerjaan yang biasa Anda lakukan?	2	2.5	31	39.2	25	31.6	18	22.8	3	3.8
	Total	182	4.7	702	18.1	1057	27.3	1339	34.6	591	15.3

Frequency Table

		KATZ1			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tergantung	5	6.3	6.3	6.3
	Mandiri	74	93.7	93.7	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

		KATZ2			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tergantung	28	35.4	35.4	35.4
	Mandiri	51	64.6	64.6	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

		KATZ3			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tergantung	37	46.8	46.8	46.8
	Mandiri	42	53.2	53.2	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

		KATZ4			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tergantung	10	12.7	12.7	12.7
	Mandiri	69	87.3	87.3	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

		KATZ5			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tergantung	37	46.8	46.8	46.8
	Mandiri	42	53.2	53.2	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

KATZ6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tergantung	27	34.2	34.2	34.2
	Mandiri	52	65.8	65.8	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sering	21	26.6	26.6	26.6
	Kadang-kadang	30	38.0	38.0	64.6
	Jarang	20	25.3	25.3	89.9
	Tidak Pernah	8	10.1	10.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sering	23	29.1	29.1	29.1
	Kadang-kadang	34	43.0	43.0	72.2
	Jarang	19	24.1	24.1	96.2
	Tidak Pernah	3	3.8	3.8	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sering	22	27.8	27.8	27.8
	Kadang-kadang	35	44.3	44.3	72.2
	Jarang	15	19.0	19.0	91.1
	Tidak Pernah	7	8.9	8.9	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sering	25	31.6	31.6	31.6
	Kadang-kadang	27	34.2	34.2	65.8
	Jarang	22	27.8	27.8	93.7
	Tidak Pernah	5	6.3	6.3	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sering	28	35.4	35.4	35.4
	Kadang-kadang	28	35.4	35.4	70.9
	Jarang	21	26.6	26.6	97.5
	Tidak Pernah	2	2.5	2.5	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sering	19	24.1	24.1	24.1
	Kadang-kadang	30	38.0	38.0	62.0
	Jarang	25	31.6	31.6	93.7
	Tidak Pernah	5	6.3	6.3	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sering	16	20.3	20.3	20.3
	Kadang-kadang	43	54.4	54.4	74.7
	Jarang	16	20.3	20.3	94.9
	Tidak Pernah	4	5.1	5.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sering	27	34.2	34.2	34.2
	Kadang-kadang	30	38.0	38.0	72.2
	Jarang	17	21.5	21.5	93.7
	Tidak Pernah	5	6.3	6.3	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sering	25	31.6	31.6	31.6
	Kadang-kadang	30	38.0	38.0	69.6
	Jarang	18	22.8	22.8	92.4
	Tidak Pernah	6	7.6	7.6	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sering	20	25.3	25.3	25.3
	Kadang-kadang	33	41.8	41.8	67.1
	Jarang	22	27.8	27.8	94.9
	Tidak Pernah	4	5.1	5.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sering	24	30.4	30.4	30.4
	Kadang-kadang	31	39.2	39.2	69.6
	Jarang	16	20.3	20.3	89.9
	Tidak Pernah	8	10.1	10.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	14	17.7	17.7	17.7
	Jarang	42	53.2	53.2	70.9
	Kadang-kadang	15	19.0	19.0	89.9
	Sering	8	10.1	10.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	17	21.5	21.5	21.5
	Jarang	33	41.8	41.8	63.3
	Kadang-kadang	25	31.6	31.6	94.9
	Sering	4	5.1	5.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	20	25.3	25.3	25.3
	Jarang	31	39.2	39.2	64.6
	Kadang-kadang	23	29.1	29.1	93.7
	Sering	5	6.3	6.3	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	16	20.3	20.3	20.3
	Jarang	31	39.2	39.2	59.5
	Kadang-kadang	23	29.1	29.1	88.6
	Sering	9	11.4	11.4	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	23	29.1	29.1	29.1
	Jarang	31	39.2	39.2	68.4
	Kadang-kadang	18	22.8	22.8	91.1
	Sering	7	8.9	8.9	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	19	24.1	24.1	24.1
	Jarang	35	44.3	44.3	68.4
	Kadang-kadang	16	20.3	20.3	88.6
	Sering	9	11.4	11.4	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	23	29.1	29.1	29.1
	Jarang	33	41.8	41.8	70.9
	Kadang-kadang	19	24.1	24.1	94.9
	Sering	4	5.1	5.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	19	24.1	24.1	24.1
	Jarang	33	41.8	41.8	65.8
	Kadang-kadang	22	27.8	27.8	93.7
	Sering	5	6.3	6.3	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

UCLA20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	21	26.6	26.6	26.6
	Jarang	34	43.0	43.0	69.6
	Kadang-kadang	16	20.3	20.3	89.9
	Sering	8	10.1	10.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	5	6.3	6.3	6.3
	Cukup Setuju	22	27.8	27.8	34.2
	Tidak Setuju	20	25.3	25.3	59.5
	Agak Tidak Setuju	30	38.0	38.0	97.5
	Sangat Tidak Setuju	2	2.5	2.5	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	18	22.8	22.8	22.8
	Tidak Setuju	31	39.2	39.2	62.0
	Agak Tidak Setuju	27	34.2	34.2	96.2
	Sangat Tidak Setuju	3	3.8	3.8	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	4	5.1	5.1	5.1
	Cukup Setuju	18	22.8	22.8	27.8
	Tidak Setuju	27	34.2	34.2	62.0
	Agak Tidak Setuju	25	31.6	31.6	93.7
	Sangat Tidak Setuju	5	6.3	6.3	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	3	3.8	3.8	3.8
	Cukup Setuju	19	24.1	24.1	27.8
	Tidak Setuju	15	19.0	19.0	46.8
	Agak Tidak Setuju	33	41.8	41.8	88.6
	Sangat Tidak Setuju	9	11.4	11.4	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	3	3.8	3.8	3.8
	Cukup Setuju	19	24.1	24.1	27.8
	Tidak Setuju	22	27.8	27.8	55.7
	Agak Tidak Setuju	26	32.9	32.9	88.6
	Sangat Tidak Setuju	9	11.4	11.4	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	4	5.1	5.1	5.1
	Cukup Setuju	20	25.3	25.3	30.4
	Tidak Setuju	19	24.1	24.1	54.4
	Agak Tidak Setuju	27	34.2	34.2	88.6
	Sangat Tidak Setuju	9	11.4	11.4	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	2	2.5	2.5	2.5
	Cukup Setuju	16	20.3	20.3	22.8
	Tidak Setuju	30	38.0	38.0	60.8
	Agak Tidak Setuju	24	30.4	30.4	91.1
	Sangat Tidak Setuju	7	8.9	8.9	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	4	5.1	5.1	5.1
	Cukup Setuju	19	24.1	24.1	29.1
	Tidak Setuju	25	31.6	31.6	60.8
	Agak Tidak Setuju	24	30.4	30.4	91.1
	Sangat Tidak Setuju	7	8.9	8.9	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	6	7.6	7.6	7.6
	Cukup Setuju	14	17.7	17.7	25.3
	Tidak Setuju	25	31.6	31.6	57.0
	Agak Tidak Setuju	24	30.4	30.4	87.3
	Sangat Tidak Setuju	10	12.7	12.7	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	11	13.9	13.9	13.9
	Cukup Setuju	15	19.0	19.0	32.9
	Tidak Setuju	23	29.1	29.1	62.0
	Agak Tidak Setuju	23	29.1	29.1	91.1
	Sangat Tidak Setuju	7	8.9	8.9	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	6	7.6	7.6	7.6
	Cukup Setuju	21	26.6	26.6	34.2
	Tidak Setuju	13	16.5	16.5	50.6
	Agak Tidak Setuju	32	40.5	40.5	91.1
	Sangat Tidak Setuju	7	8.9	8.9	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	6	7.6	7.6	7.6
	Cukup Setuju	12	15.2	15.2	22.8
	Tidak Setuju	23	29.1	29.1	51.9
	Agak Tidak Setuju	24	30.4	30.4	82.3
	Sangat Tidak Setuju	14	17.7	17.7	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	6	7.6	7.6	7.6
	Cukup Setuju	16	20.3	20.3	27.8
	Tidak Setuju	17	21.5	21.5	49.4
	Agak Tidak Setuju	34	43.0	43.0	92.4
	Sangat Tidak Setuju	6	7.6	7.6	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	7	8.9	8.9	8.9
	Cukup Setuju	19	24.1	24.1	32.9
	Tidak Setuju	15	19.0	19.0	51.9
	Agak Tidak Setuju	28	35.4	35.4	87.3
	Sangat Tidak Setuju	10	12.7	12.7	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	9	11.4	11.4	11.4
	Cukup Setuju	13	16.5	16.5	27.8
	Tidak Setuju	13	16.5	16.5	44.3
	Agak Tidak Setuju	31	39.2	39.2	83.5
	Sangat Tidak Setuju	13	16.5	16.5	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	8	10.1	10.1	10.1
	Cukup Setuju	16	20.3	20.3	30.4
	Tidak Setuju	19	24.1	24.1	54.4
	Agak Tidak Setuju	28	35.4	35.4	89.9
	Sangat Tidak Setuju	8	10.1	10.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	6	7.6	7.6	7.6
	Cukup Setuju	12	15.2	15.2	22.8
	Tidak Setuju	23	29.1	29.1	51.9
	Agak Tidak Setuju	25	31.6	31.6	83.5
	Sangat Tidak Setuju	13	16.5	16.5	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	2	2.5	2.5	2.5
	Cukup Setuju	16	20.3	20.3	22.8
	Tidak Setuju	19	24.1	24.1	46.8
	Agak Tidak Setuju	36	45.6	45.6	92.4
	Sangat Tidak Setuju	6	7.6	7.6	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	5	6.3	6.3	6.3
	Cukup Setuju	17	21.5	21.5	27.8
	Tidak Setuju	22	27.8	27.8	55.7
	Agak Tidak Setuju	24	30.4	30.4	86.1
	Sangat Tidak Setuju	11	13.9	13.9	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	1	1.3	1.3	1.3
	Cukup Setuju	15	19.0	19.0	20.3
	Tidak Setuju	23	29.1	29.1	49.4
	Agak Tidak Setuju	32	40.5	40.5	89.9
	Sangat Tidak Setuju	8	10.1	10.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	8	10.1	10.1	10.1
	Cukup Setuju	19	24.1	24.1	34.2
	Tidak Setuju	10	12.7	12.7	46.8
	Agak Tidak Setuju	34	43.0	43.0	89.9
	Sangat Tidak Setuju	8	10.1	10.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL22

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	3	3.8	3.8	3.8
	Cukup Setuju	16	20.3	20.3	24.1
	Tidak Setuju	20	25.3	25.3	49.4
	Agak Tidak Setuju	31	39.2	39.2	88.6
	Sangat Tidak Setuju	9	11.4	11.4	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL23

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	3	3.8	3.8	3.8
	Cukup Setuju	21	26.6	26.6	30.4
	Tidak Setuju	22	27.8	27.8	58.2
	Agak Tidak Setuju	27	34.2	34.2	92.4
	Sangat Tidak Setuju	6	7.6	7.6	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL24

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	7	8.9	8.9	8.9
	Cukup Setuju	16	20.3	20.3	29.1
	Tidak Setuju	17	21.5	21.5	50.6
	Agak Tidak Setuju	33	41.8	41.8	92.4
	Sangat Tidak Setuju	6	7.6	7.6	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL25

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	3	3.8	3.8	3.8
	Cukup Setuju	17	21.5	21.5	25.3
	Tidak Setuju	17	21.5	21.5	46.8
	Agak Tidak Setuju	34	43.0	43.0	89.9
	Sangat Tidak Setuju	8	10.1	10.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL26

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	5	6.3	6.3	6.3
	Cukup Setuju	20	25.3	25.3	31.6
	Tidak Setuju	15	19.0	19.0	50.6
	Agak Tidak Setuju	35	44.3	44.3	94.9
	Sangat Tidak Setuju	4	5.1	5.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL27

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	7	8.9	8.9	8.9
	Tidak Setuju	16	20.3	20.3	29.1
	Agak Tidak Setuju	32	40.5	40.5	69.6
	Sangat Tidak Setuju	24	30.4	30.4	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL28

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	8	10.1	10.1	10.1
	Tidak Setuju	26	32.9	32.9	43.0
	Agak Tidak Setuju	29	36.7	36.7	79.7
	Sangat Tidak Setuju	16	20.3	20.3	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL29

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	5	6.3	6.3	6.3
	Tidak Setuju	22	27.8	27.8	34.2
	Agak Tidak Setuju	27	34.2	34.2	68.4
	Sangat Tidak Setuju	25	31.6	31.6	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL30

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	8	10.1	10.1	10.1
	Tidak Setuju	14	17.7	17.7	27.8
	Agak Tidak Setuju	39	49.4	49.4	77.2
	Sangat Tidak Setuju	18	22.8	22.8	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL31

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	7	8.9	8.9	8.9
	Tidak Setuju	19	24.1	24.1	32.9
	Agak Tidak Setuju	32	40.5	40.5	73.4
	Sangat Tidak Setuju	21	26.6	26.6	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL32

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	10	12.7	12.7	12.7
	Cukup Setuju	18	22.8	22.8	35.4
	Tidak Setuju	32	40.5	40.5	75.9
	Agak Tidak Setuju	18	22.8	22.8	98.7
	Sangat Tidak Setuju	1	1.3	1.3	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL33

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	4	5.1	5.1	5.1
	Tidak Setuju	28	35.4	35.4	40.5
	Agak Tidak Setuju	28	35.4	35.4	75.9
	Sangat Tidak Setuju	19	24.1	24.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL34

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	5	6.3	6.3	6.3
	Tidak Setuju	19	24.1	24.1	30.4
	Agak Tidak Setuju	31	39.2	39.2	69.6
	Sangat Tidak Setuju	24	30.4	30.4	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL35

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	12	15.2	15.2	15.2
	Tidak Setuju	21	26.6	26.6	41.8
	Agak Tidak Setuju	23	29.1	29.1	70.9
	Sangat Tidak Setuju	23	29.1	29.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL36

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	9	11.4	11.4	11.4
	Tidak Setuju	19	24.1	24.1	35.4
	Agak Tidak Setuju	28	35.4	35.4	70.9
	Sangat Tidak Setuju	23	29.1	29.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL37

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	12	15.2	15.2	15.2
	Cukup Setuju	8	10.1	10.1	25.3
	Tidak Setuju	36	45.6	45.6	70.9
	Agak Tidak Setuju	22	27.8	27.8	98.7
	Sangat Tidak Setuju	1	1.3	1.3	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL38

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	11	13.9	13.9	13.9
	Cukup Setuju	17	21.5	21.5	35.4
	Tidak Setuju	31	39.2	39.2	74.7
	Agak Tidak Setuju	19	24.1	24.1	98.7
	Sangat Tidak Setuju	1	1.3	1.3	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL39

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	9	11.4	11.4	11.4
	Tidak Setuju	16	20.3	20.3	31.6
	Agak Tidak Setuju	31	39.2	39.2	70.9
	Sangat Tidak Setuju	23	29.1	29.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL40

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	8	10.1	10.1	10.1
	Tidak Setuju	28	35.4	35.4	45.6
	Agak Tidak Setuju	24	30.4	30.4	75.9
	Sangat Tidak Setuju	19	24.1	24.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	7	8.9	8.9	8.9
	Tidak Setuju	16	20.3	20.3	29.1
	Agak Tidak Setuju	35	44.3	44.3	73.4
	Sangat Tidak Setuju	21	26.6	26.6	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL42

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	6	7.6	7.6	7.6
	Tidak Setuju	18	22.8	22.8	30.4
	Agak Tidak Setuju	30	38.0	38.0	68.4
	Sangat Tidak Setuju	25	31.6	31.6	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL43

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	7	8.9	8.9	8.9
	Tidak Setuju	17	21.5	21.5	30.4
	Agak Tidak Setuju	32	40.5	40.5	70.9
	Sangat Tidak Setuju	23	29.1	29.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL44

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	10	12.7	12.7	12.7
	Tidak Setuju	26	32.9	32.9	45.6
	Agak Tidak Setuju	24	30.4	30.4	75.9
	Sangat Tidak Setuju	19	24.1	24.1	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL45

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup Setuju	7	8.9	8.9	8.9
	Tidak Setuju	28	35.4	35.4	44.3
	Agak Tidak Setuju	16	20.3	20.3	64.6
	Sangat Tidak Setuju	28	35.4	35.4	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL46

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	9	11.4	11.4	11.4
	Cukup Setuju	17	21.5	21.5	32.9
	Tidak Setuju	28	35.4	35.4	68.4
	Agak Tidak Setuju	18	22.8	22.8	91.1
	Sangat Tidak Setuju	7	8.9	8.9	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL47

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	7	8.9	8.9	8.9
	Cukup Setuju	20	25.3	25.3	34.2
	Tidak Setuju	27	34.2	34.2	68.4
	Agak Tidak Setuju	10	12.7	12.7	81.0
	Sangat Tidak Setuju	15	19.0	19.0	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL48

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	4	5.1	5.1	5.1
	Cukup Setuju	26	32.9	32.9	38.0
	Tidak Setuju	20	25.3	25.3	63.3
	Agak Tidak Setuju	22	27.8	27.8	91.1
	Sangat Tidak Setuju	7	8.9	8.9	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

SSQOL49

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Setuju	2	2.5	2.5	2.5
	Cukup Setuju	31	39.2	39.2	41.8
	Tidak Setuju	25	31.6	31.6	73.4
	Agak Tidak Setuju	18	22.8	22.8	96.2
	Sangat Tidak Setuju	3	3.8	3.8	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

Lampiran 12

DOKUMENTASI





UNIVERSITAS PRIMA NUSANTARA BUKITTINGGI
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kusuma Bhakti No.99 Gulai Bancah Bukittinggi
Telp. (0752) 6218242, Fax. (0752) 32325 Sumatera Barat 26122, Indonesia
<http://www.upnb.ac.id>

FORMULIR BIMBINGAN SKRIPSI
FM-08-2.2-21

Nama : Ikhsanike Putri
NIM : 241004614201111
Program studi : Keperawatan
Pembimbing : Ns. Nike Puspita Alwi, M.Kep
Judul : Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dan *Loneliness* dengan *Quality of Life* pada Klien *Stroke Survivor* di Poli Saraf RSUD M.Natsir Solok

HARI/ TANGGAL	MATERI	PARAF PEMBIMBING
Senin/ 04 Mei 2026	Konsul Abstrak Konsul BAB I – BAB VII Konsul Lampiran Konsul Lampiran Olahan SPSS Konsul Master Tabel	
Rabu/ 20 Mei 2026	Konsul Abstrak Konsul BAB V, VI Konsul Lampiran Analisis Kuesioner Variabel	
Senin/ 25 Mei 2026	Konsul BAB V, VI Konsul Lampiran Analisis Kuesioner Variabel	
Jum'at/ 29 Mei 2026	ACC Seminar Skripsi	

Bukittinggi, 29 Mei 2026

Ka. Prodi S1 Keperawatan,



Dwi Apriadi, S.Kep, Ners, M.Kep, PhD

NIDN. 1024049302



UNIVERSITAS PRIMA NUSANTARA BUKITTINGGI
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kusuma Bhakti No.99 Gulai Batah Bukittinggi
Telp. (0752) 6218242, Fax. (0752) 32325 Sumatera Barat 26122, Indonesia
<http://www.upnb.ac.id>

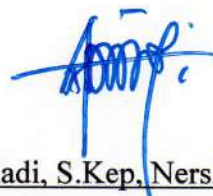
FORMULIR BIMBINGAN SKRIPSI
FM-08-2.2-19

Nama : Ikhsanike Putri
NIM : 241004614201111
Program Studi : Keperawatan
Penguji 1 : Dwi Apriadi, S.Kep, Ners, M.Kep, PhD
Judul : Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dan *Loneliness*
dengan *Quality of Life* pada Klien Stroke *Survivor* di
Poli Saraf RSUD M.Natsir Solok

HARI/ TANGGAL	MATERI	PARAF
Jum'at/ 26 Juni 2026	Konsul Abstrak Konsul BAB I Tujuan Khusus Konsul Penyajian hasil samakan dengan tujuan khusus Konsul BAB 5 tabel 5.2	
Jum'at/ 26 Juni 2026	ACC Skripsi	

Bukittinggi, Juni 2026

Ka. Prodi S1 Keperawatan



Dwi Apriadi, S.Kep, Ners, M.Kep, PhD

NIDN. 1024049302



UNIVERSITAS PRIMA NUSANTARA BUKITTINGGI
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kusuma Bhakti No.99 Gulai Bancha Bukittinggi
Telp. (0752) 6218242, Fax. (0752) 32325 Sumatera Barat 26122, Indonesia
<http://www.upnb.ac.id>

FORMULIR BIMBINGAN SKRIPSI
FM-08-2.2-19

Nama : Ikhsanike Putri
NIM : 241004614201111
Program Studi : Keperawatan
Penguji 2 : Ns. Elfira Husna, M.Kep
Judul : Hubungan *Activity Daily Living* (ADL) dan *Loneliness*
dengan *Quality of Life* pada Klien Stroke Survivor di
Poli Saraf RSUD M.Natsir Solok

HARI/ TANGGAL	MATERI	PARAF
Jum'at/ 26 Juni 2026	Konsul Abstrak Konsul Master Tabel bahas hasil penelitian yang tidak sesuai dengan hasil penelitian	
Senin/ 29 Juni 2026	ACC Skripsi	

Bukittinggi, Juni 2026

Ka. Prodi S1 Keperawatan



Dwi Apriadi, S.Kep, Ners, M.Kep, PhD

NIDN. 1024049302