

**GAMBARAN TINGKAT KEMANDIRIAN *ACTIVITY OF
DAILY LIVING* PADA PASIEN YANG MENGALAMI
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS SUKRA**

SKRIPSI

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi



Oleh:

RENNALISDIANA

NIM 22020119140152

DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS DIPONEGORO

SEMARANG, SEPTEMBER 2023

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Renna Lisdiana
NIM : 22020119140152
Fakultas/Departemen : Kedokteran/Ilmu Keperawatan
Jenis : Skripsi
Judul : Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity of Daily Living* pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk:

1. Memberikan hak bebas royalti kepada Perpustakaan Departemen Ilmu Keperawatan UNDIP atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), mendistribusikannya, serta menampilkan dalam bentuk *soft copy* untuk kepentingan akademis kepada Perpustakaan Departemen Ilmu Keperawatan UNDIP, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan Departemen Ilmu Keperawatan UNDIP dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 11 September 2023
Yang Menyatakan



Renna Lisdiana
22020119140152

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Nama : Renna Lisdiana
Tempat/Tanggal Lahir : Indramayu, 19 Februari 2001
Alamat Rumah : Dusun Karang Baru, Rt.003/Rw.005, Desa Sukra,
Kec. Sukra, Kab. Indramayu, Jawa Barat 45257
No. Telp : 087801394070
Email : rennalisdiana@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul “Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity of Daily Living* pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra” bebas dari plagiarisme dengan *similarity index* 27% dan bukan hasil orang lain.

Apabila di kemudian hari ditemukan sebagian atau seluruh bagian dari penelitian dan karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa unsur paksaan dari siapapun.

Semarang, 11 September 2023
Yang Menyatakan



Renna Lisdiana
22020119140152

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa **Skripsi** yang berjudul:
GAMBARAN TINGKAT KEMANDIRIAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING*
PADA PASIEN YANG MENGALAMI GANGGUAN MOBILITAS FISIK
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUKRA

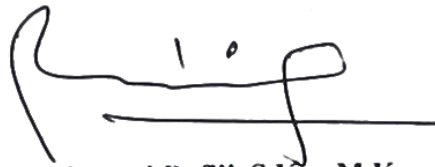
Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Renna Lisdiana

NIM : 22020119140152

Telah disetujui sebagai hasil penelitian dan dinyatakan telah memenuhi syarat
untuk direview

Pembimbing,

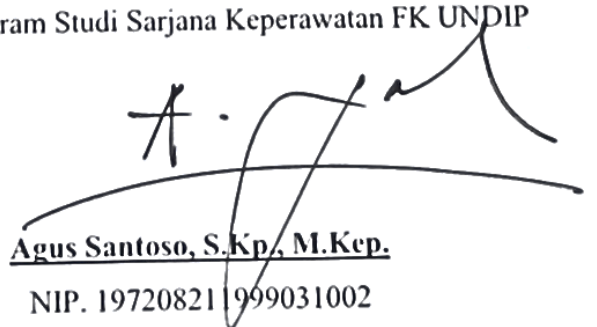


Ns. Muhamad Rofi'i, S.Kp., M.Kep.

NIP. 197606252003121001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan FK UNDIP



Agus Santoso, S.Kp., M.Kep.

NIP. 197208211999031002

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa **Skripsi** yang berjudul:
GAMBARAN TINGKAT KEMANDIRIAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING*
PADA PASIEN YANG MENGALAMI GANGGUAN MOBILITAS FISIK
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUKRA

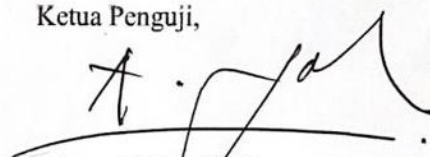
Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Renna Lisdiana

NIM : 22020119140152

Telah diuji pada 15 September 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk
mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan

Ketua Penguji,



Agus Santoso, S.Kp., M.Kep.

NIP. 197208211999031002

Anggota Penguji,



Ns. Devi Nurmalia, S.Kep., M.Kep.

NIP. 198404222014042001

Pembimbing,



Ns. Muhamad Rofi'i, S.Kp., M.Kep.

NIP. 197606252003121001

Mengetahui,

Plt. Ketua Departemen Ilmu Keperawatan FK UNDIP



Dr. Anggorowati, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat

NIP. 197708302001122001

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah segala puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, hidayah serta karunia-Nya, sehingga saya sebagai peneliti dapat menyelesaikan penyusunan skripsi dengan judul: **“Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity of Daily Living* Pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra”**. Penulisan skripsi ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk mencapai gelar Sarjana Keperawatan di Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Penelitian ini terkait kemandirian *activity of daily living* pada klien dengan gangguan mobilitas fisik. Besar harapan penulis, skripsi ini dapat memberikan manfaat khususnya bagi responden dan meningkatkan pengetahuan perawat sebagai *care giver* dengan memberikan intervensi yang tepat untuk melatih kemandirian *activity of daily living* (ADL) pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Selain itu, penulis berharap hasil penelitian ini dapat menjadi *evidence base* dalam praktik keperawatan, dijadikan data dasar bagi penelitian selanjutnya terutama untuk meneliti unsur-unsur lain seperti pemberian intervensi atau terapi-terapi yang dapat meningkatkan kemandirian *activity of daily living* (ADL).

Penulis,



Renna Lisdiana

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah segala puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, hidayah serta karunia-Nya, sehingga saya sebagai peneliti dapat menyelesaikan penyusunan skripsi dengan judul: **“Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity of Daily Living* Pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra”**. Peneliti menyadari bahwa dalam proses penyusunan skripsi ini tidak akan berjalan lancar tanpa adanya bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, maka dari itu peneliti ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Ns. Muhamad Rofi'i, S.Kp., M.Kep., selaku dosen pembimbing skripsi yang telah memberikan banyak waktu, arahan, saran, dukungan, motivasi, serta kesabaran selama proses penyusunan skripsi.
2. Ibu Dr. Anggorowati, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat., selaku Plt. Ketua Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
3. Bapak Agus Santoso, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan dosen penguji I skripsi, yang telah memberikan masukan dan saran.
4. Ibu Ns. Devi Nurmalia, S.Kep., M.Kep selaku penguji II skripsi, yang telah memberikan masukan dan saran.
5. Bapak H. Amin Darmansyah dan Ibu Hj. Nurillah Karisem selaku orang tua tercinta yang menjadi motivasi terbesar saya yang selalu memberikan do'a yang tulus, dukungan dan semangat dalam penyusunan skripsi.
6. UPTD Puskesmas Sukra dan Kader-kader Kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Sukra yang telah memberikan kesempatan kepada saya dan membantu dalam pengambilan data penelitian.
7. Seluruh pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

8. Staf Akademik dan Administrasi Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang telah memberikan pelayanan dan fasilitas dengan baik dalam kebutuhan penyusunan skripsi.
9. Kakak dan Adik-adikku, Abuya Habibi, Fitri Handayani, Renny Lisdiani, dan Alinda Nur Putri yang selalu memberikan dukungan dan do'a terbaiknya.
10. Ami Sri dan Om Yana, yang selalu memberikan dukungan dan do'a.
11. Sahabat-sahabatku, Sarah, Faizah, Renny, Assyifa, dan Irsa yang telah memberikan dukungan dan do'a terbaiknya.
12. Teman-teman seperjuangan angkatan 2019 khususnya kelas A19.2 yang sudah menemani selama kuliah dan memberikan dukungan.
13. Semua pihak yang telah membantu penulis dalam proses penyusunan skripsi.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan masukan yang membangun untuk mencapai kesempurnaan dalam pelaksanaan penelitian yang akan dilakukan. Peneliti juga berharap semoga penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak khususnya dalam bidang ilmu kesehatan dan keperawatan.

Semarang, 22 Agustus 2023



Renna Lisdiana

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
UCAPAN TERIMA KASIH	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
ABSTRAK	xv
ABSTRACT	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Kemandirian <i>Activity of Daily Living</i> (ADL)	10
2.2 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik.....	20
2.3 Kerangka Teori	27
2.4 Kerangka Konsep.....	28
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	29
3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian	29
3.2 Populasi dan Sampel Penelitian	29
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian	31
3.4 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran	32
3.5 Instrumen Penelitian dan Cara Pengumpulan Data.....	35
3.6 Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data.....	42
3.7 Etika Penelitian	46

BAB IV HASIL PENELITIAN.....	49
4.1 Gambaran Umum Penelitian.....	49
4.2 Karakteristik Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik.....	50
4.3 Tingkat Kemandirian <i>Activity of Daily Living</i> (ADL) pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik.....	52
4.4 Tingkat Kemandirian <i>Activity of Daily Living</i> (ADL) Berdasarkan Karakteristik Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik.....	59
BAB V PEMBAHASAN	61
5.1 Gambaran Karakteristik Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik ..	61
5.2 Gambaran Tingkat Kemandirian <i>Activity of Daily Living</i> (ADL) Pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik	66
5.3 Gambaran Tingkat Kemandirian ADL Berdasarkan Karakteristik Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik.....	71
5.4 Keterbatasan Penelitian.....	82
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	83
6.1 Kesimpulan	83
6.2 Saran	84
DAFTAR PUSTAKA	xvii
LAMPIRAN.....	xxiv

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
2.1	Hasil Penilaian Kemandirian ADL <i>Katz Index</i>	19
3.1	Variabel, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	33
3.2	Hasil Uji Validitas Konstruk	38
4.1	Distribusi Frekuensi Karakteristik Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra	50
4.2	Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian <i>Activity of Daily Living</i> pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra	52
4.3	Distribusi Pasien Gangguan Mobilitas Fisik yang Mengalami Ketergantungan Paling Ringan Berdasarkan Aktivitas Mandi, Berpakaian, Ke Kamar Kecil, Berpindah, Kontinensia, dan Makan	53
4.4	Distribusi Pasien Gangguan Mobilitas Fisik yang Mengalami Ketergantungan Ringan Berdasarkan Aktivitas Mandi, Berpakaian, Ke Kamar Kecil, Berpindah, Kontinensia, dan Makan	54
4.5	Distribusi Pasien Gangguan Mobilitas Fisik yang Mengalami Ketergantungan Sedang Berdasarkan Aktivitas Mandi, Berpakaian, Ke Kamar Kecil, Berpindah, Kontinensia, dan Makan	55
4.6	Distribusi Pasien Gangguan Mobilitas Fisik yang Mengalami Ketergantungan Berat Berdasarkan Aktivitas Mandi, Berpakaian, Ke Kamar Kecil, Berpindah, Kontinensia, dan Makan	56
4.7	Distribusi Pasien Gangguan Mobilitas Fisik yang Mengalami Ketergantungan Paling Berat Berdasarkan Aktivitas Mandi, Berpakaian, Ke Kamar Kecil, Berpindah, Kontinensia, dan Makan	57
4.8	Distribusi Pasien Gangguan Mobilitas Fisik yang Mengalami Ketergantungan Total Berdasarkan Aktivitas Mandi, Berpakaian, Ke Kamar Kecil, Berpindah, Kontinensia, dan Makan	58
4.9	Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian ADL Berdasarkan Karakteristik Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra	59

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
2.1	Kerangka Teori Penelitian	27
2.2	Kerangka Konsep Penelitian	28

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran	Halaman
1	Surat Ijin Pengambilan Data awal	xxv
2	Surat Izin Uji Validitas	xxvi
3	Surat Permohonan <i>Ethical Clearance</i>	xxvii
4	Lembar <i>Ethical Clearance</i>	xxviii
5	Surat Izin Penelitian FK UNDIP	xxix
6	Surat Keterangan Penelitian dari BAPPEDA- LITBANG Kabupaten Indramayu	xxx
7	Surat Jawaban Izin Penelitian dari Puskesmas Sukra	xxxi
8	Lembar <i>Informed Consent</i>	xxxii
9	Kuesioner Penelitian	xxxiv
10	Hasil Uji Validitas Konstruktif	xxxvii
11	Hasil Analisa Data SPSS	xxxviii
12	Izin Menggunakan Kuesioner	lvii
13	<i>Back Translation</i>	lviii
14	Hasil Cek Plagiarisme Turnitin	lx
15	Tempat Penelitian	lxi
16	Dokumentasi Pengambilan Data Penelitian	lxi
17	Lembar Konsultasi	lxii
18	<i>Logbook</i> Bimbingan Skripsi	lxv

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity of Daily Living</i>
BADLs	: <i>Basic Activities of Daily Living</i>
IADLs	: <i>Instrumental Activities of Daily Living</i>
AADLs	: <i>Advanced Activities of Daily Living</i>
AKS	: Aktivitas Kehidupan Sehari-hari
WHO	: <i>World Health Organization</i>
BPS	: Badan Pusat Statistik
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
EC	: <i>Ethical Clearance</i>
KEPK	: Komisi Etik Penelitian Kesehatan
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
NANDA	: <i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
DM	: Diabetes Mellitus
PPOK	: Penyakit Paru Obstruksi Kronis
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
IMT	: Indeks Massa Tubuh
ROM	: <i>Range of Motion</i> (rentang gerak)
UHH	: Usia Harapan Hidup
RS	: Rumah Sakit

Departemen Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro
September, 2023

ABSTRAK

Renna Lisdiana

Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity of Daily Living* pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra xvi + 84 Halaman + 12 Tabel + 2 Gambar + 18 Lampiran

Di Indonesia, 22,5 juta orang mengalami disabilitas dengan kejadian terbanyak terjadi pada usia 60 tahun ke atas (lanjut usia). Sedangkan, gangguan atau keterbatasan fungsi yang paling banyak dialami oleh penyandang disabilitas di Indonesia adalah gangguan berjalan (imobilitas). Gangguan mobilitas tersebut dapat mempengaruhi kemandirian seseorang dalam pemenuhan aktivitas sehari-harinya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tingkat kemandirian pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif survei. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 102 pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik yang berusia ≥ 60 tahun dan berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Sukra. Pengukuran kemandirian ADL menggunakan kuesioner *Katz Index*, yang telah dilakukan *back translation* dan diuji validitas konstruk dengan nilai r hitung 0,580-0,740 > r tabel 0,361 yang berarti sudah valid. Data dianalisis secara univariat dan dilakukan *crosstabulation*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas pasien dengan gangguan mobilitas fisik mengalami ketergantungan total dalam melakukan ADL (23,5%). Ketergantungan total lebih banyak dialami oleh pasien yang berusia > 90 tahun (*very old*) (50%), berjenis kelamin perempuan (26,1%), memiliki riwayat penyakit stroke (42,6%), tinggal bersama keluarga (27,1%), biasa dibantu oleh lainnya (perawat/tetangga/pembantu) (50%), dan pernah dirawat di rumah sakit < 1 tahun yang lalu (35%). Bagi pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik diharapkan mampu memenuhi segala aktivitas kehidupan sehari-harinya baik secara mandiri maupun dibantu oleh orang lain.

Kata Kunci : Tingkat Kemandirian, *Activity of Daily Living*, Gangguan Mobilitas Fisik

Daftar Puskataka: 86 (1963-2023)

Departement of Nursing
Faculty of Medicine
Diponegoro University
September, 2023

Renna Lisdiana

An Overview of the Independence Level of Activity of Daily Living in Patients with Impaired Physical Mobility in the Sukra Health Center Work Area

xvi + 84 Pages + 12 Tables + 2 Pictures + 18 Attachments

ABSTRACT

In Indonesia, 22.5 million people experience disabilities with the highest incidence occurring in those aged 60 years and over (elderly). Meanwhile, the most common impairment or limitation of function experienced by persons with disabilities in Indonesia is impaired walking (immobility). This mobility impairment can affect a person's independence in fulfilling their daily activities. This study aims to determine the level of independence of activity of daily living (ADL) in patients who experience impaired physical mobility in the Sukra Health Center work area. This research is quantitative research with a descriptive survey design. The sampling technique used purposive sampling technique with a total sample of 102 patients who experienced impaired physical mobility aged ≥ 60 years and domiciled in the Sukra Health Center work area. Measurement of ADL independence using the Katz Index questionnaire, which has been back translated and tested for construct validity with a calculated r value of 0.580-0.740 $>$ r table 0.361 which means it is valid. Data were analyzed univariately and cross-tabulated. The results showed that the majority of patients with impaired physical mobility experienced total dependence in performing ADL (23.5%). Total dependence was more experienced by patients aged > 90 years (24.7%), female (26.1%), suffered a stroke (42.6%), lived with family (27.1%), usually assisted by other people (nurses/neighbors/helpers) (50%), and had been hospitalized less than 1 year ago (35%). Patients with impaired physical mobility are expected to be able to fulfill all activities daily living either independently or with the help of others.

Keywords : Level of Independence, Activity of Daily Living (ADL), Impaired Physical Mobility

References : 86 (1963-2023)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Activity of daily living (ADL) merupakan faktor penting dalam mengkarakteristikan status kesehatan seseorang.⁽¹⁾ *Activity of daily living* (ADL) adalah istilah yang mengacu pada aktivitas dasar perawatan diri yang dilakukan setiap hari oleh masing-masing individu.⁽²⁾ *Activity of daily living* (ADL) adalah kegiatan dasar untuk hidup secara mandiri yang meliputi mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, makan dan lainnya. Kemampuan dan ketidakmampuan seseorang dalam melakukan *activity of daily living* (ADL) digunakan oleh profesional kesehatan untuk mengukur status fungsional seseorang, terutama pada lansia dan penyandang disabilitas.⁽²⁾

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2021 memperkirakan sebanyak 1,3 miliar orang atau sekitar 16% dari populasi dunia mengalami disabilitas.⁽³⁾ Badan Pusat Statistik (BPS) memperkirakan pada tahun 2020, terdapat 22,5 juta orang penyandang disabilitas di Indonesia. Sementara itu, prevalensi disabilitas di Indonesia lebih tinggi pada usia 60 tahun ke atas (lansia) yaitu mencapai 6,33% dan angka tersebut mengalami kenaikan sebesar 2,53% dibanding tahun 2018 yang hanya 3,8%. Adapun, gangguan atau keterbatasan fungsi yang paling banyak dialami oleh penyandang disabilitas di Indonesia pada tahun 2020 adalah gangguan berjalan (imobilisasi) dengan prevalensi mencapai 0,68%.⁽⁴⁾

Gangguan berjalan (imobilitas) pada penyandang disabilitas tersebut dapat mempengaruhi kemandirian dalam beraktivitas. Kemandirian dalam aktivitas sehari-hari (ADL) dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain usia, imobilitas, dan mudah terjatuh.⁽⁵⁾ Salah satu komponen faktor yang dapat mempengaruhi kemandirian ADL adalah imobilitas atau gangguan mobilitas. Mobilitas adalah salah satu kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan individu dalam menjalankan segala aktivitas.⁽⁶⁾ Mobilitas dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti: faktor fisiologis yang mencakup nyeri, suhu tubuh dan pendarahan, faktor emosional yang mencakup cemas, motivasi, dan dukungan sosial, serta faktor perkembangan yang mencakup usia dan status paritas.⁽⁷⁾ Apabila individu mengalami keterbatasan mobilitas atau keterbatasan menggerakkan fisik dari satu atau lebih anggota gerak secara mandiri, maka dalam ilmu keperawatan individu tersebut mengalami kondisi yang sering disebut dengan gangguan mobilitas fisik.⁽⁸⁾

Individu yang berisiko mengalami gangguan mobilitas fisik antara lain lanjut usia, penderita kondisi medis yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran selama tiga hari atau lebih, klien yang kehilangan fungsi anatomi akibat perubahan fisiologis, seperti penderita stroke, klien pengguna kursi roda, klien pengguna gips maupun fraksi, individu dengan gerakan volunteer yang dibatasi, serta pada individu yang mengalami gangguan fungsi motorik dan rangka.⁽⁹⁾ Individu dengan gangguan mobilitas fisik tersebut akan mengalami imobilisasi yang berdampak terhadap beberapa perubahan pada sistem tubuh.⁽¹⁰⁾ Kemudian, apabila imobilisasi tidak ditangani dengan tepat

maka akan mengakibatkan kelumpuhan dan penurunan kemandirian dalam beraktivitas sehari-hari.⁽¹¹⁾

Dampak dari penurunan kemandirian *activity of daily living* (ADL) adalah bergantung terhadap orang lain.⁽¹²⁾ Individu yang ketergantungan atau selalu menerima bantuan orang lain secara terus-menerus dalam menjalankan seluruh aktivitas fisiknya, tanpa disadari akan membuat tubuh individu tersebut menjadi semakin lemah, mudah lelah, serta gerakan terasa berat akibat anggota gerak menjadi kaku. Sehingga dapat menimbulkan komplikasi dengan penyakit lainnya.⁽¹³⁾ Berdasarkan perhitungan Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia tahun 2022, persentase penduduk non-produktif (usia ≤ 14 tahun dan usia ≥ 65 tahun) yang bergantung pada orang lain adalah sebesar 44,67%. Artinya, 44-45 penduduk non-produktif harus didukung oleh 100 orang penduduk produktif (usia 15-64 tahun).⁽¹⁴⁾

Penelitian terdahulu mengenai tingkat kemandirian *activity of daily living* (ADL) juga telah dilakukan oleh beberapa peneliti, misalnya penelitian Ehab Adel Shaban Ali pada tahun 2022 yang meneliti mengenai aktivitas hidup sehari-hari pada lansia dengan imobilitas kronis di Mesir, yang menjelaskan hubungan antara tingkat mobilitas lansia dan aktivitas kehidupan sehari-hari sangatlah signifikan.⁽¹⁵⁾ Selanjutnya, peneliti dalam negeri yaitu Gressea yang telah meneliti terkait kemandirian ADL pada pasien post stroke di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, hasil penelitian menunjukkan 58,1% dari jumlah pasien yang diteliti sudah mandiri dalam ADL karena telah mendapatkan intervensi berupa manajemen post stroke.⁽¹⁶⁾

Penelitian lainnya mengenai kemandirian ADL dilakukan oleh Endang, yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian lansia terhadap ADL, dan didapatkan sebanyak 38,2% dari 34 lansia mandiri dalam pemenuhan ADL, hal ini dikarenakan adanya dukungan keluarga yang tinggi sehingga memberikan pengaruh baik terhadap kemandirian ADL pada lansia.⁽¹⁷⁾ Selanjutnya, penelitian yang dilakukan oleh Alvionita menjelaskan bahwa adanya hubungan kemandirian ADL dengan kualitas hidup pada penderita pasca stoke, semakin tinggi kemandirian ADL maka kualitas hidup pada penderita pasca stroke akan menjadi lebih baik.⁽¹⁸⁾

Menurut peneliti, perlu dilakukan penelitian mengenai gambaran tingkat kemandirian ADL pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra, karena dengan mengetahui tingkat ADL maka akan lebih mudah bagi profesi kesehatan untuk menentukan perawatan yang tepat. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa kemandirian ADL pada seseorang yang mengalami imobilitas perlu dievaluasi untuk menentukan tingkat perawatan yang sesuai dengan kebutuhan.⁽¹⁵⁾ Selain itu, tingkat kemandirian ADL juga mampu digunakan untuk memprediksi kematian pada seseorang. Hal ini sesuai dengan salah satu penelitian di Jepang yang menjelaskan bahwa seseorang yang memiliki tingkat ADL rendah maka memiliki tingkat kematian yang tinggi.⁽¹⁹⁾

Penelitian ini menggunakan *Katz Index* untuk mengetahui gambaran tingkat kemandirian ADL dari 6 aktivitas seperti mandi, berpakaian,

ke kamar kecil, berpindah (*transferring*), kemampuan dalam mengontrol eliminasi urin dan *feses* (*continence*), serta makan pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra. Sementara itu, hasil akhir pada penelitian ini adalah teridentifikasinya karakteristik dari pasien gangguan mobilitas fisik, tingkat kemandirian indeks A sampai G, serta tingkat kemandirian berdasarkan karakteristik pasien. Adapun, perbedaan antara penelitian ini dan penelitian sebelumnya dilihat dari populasi yang diteliti, lokasi penelitian, instrumen penelitian, serta pada variabel penelitian dimana pada penelitian ini selain variabel tingkat kemandirian peneliti akan mengidentifikasi karakteristik responden yaitu usia, jenis kelamin, riwayat penyakit kronis saat ini, tinggal bersama siapa, siapa yang biasa membantu dalam ADL, serta pengalaman dirawat di rumah sakit.

Peneliti telah melakukan studi pendahuluan pada tanggal 24 Januari 2023 di wilayah kerja Puskesmas Sukra, Kabupaten Indramayu, Jawa Barat. Peneliti melakukan wawancara dan observasi mengenai kemandirian ADL kepada 10 pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik dengan kondisi klinis seperti stroke, fraktur, diabetes mellitus, kanker, dan lansia dengan *osteoarthritis*. Dari observasi tersebut didapatkan data 9 dari 10 orang mengalami ketergantungan atau membutuhkan bantuan orang lain dalam aktivitas mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan berpindah dari tempat tidur ke kursi ataupun sebaliknya, dan 7 dari 10 orang mengalami inkontinensia atau tidak dapat mengontrol eliminasi urin atau feses. Sedangkan untuk aktivitas

makan 7 dari 10 orang mampu menyuap makanannya secara mandiri tanpa bantuan orang lain, kecuali dalam hal menyiapkan makanan.

Berdasarkan uraian yang telah dijelaskan di atas, membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai gambaran tingkat kemandirian *activity of daily living* (ADL) pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra, Kabupaten Indramayu, Jawa Barat.

1.2 Perumusan Masalah

Activity of daily living (ADL) merupakan faktor penting dalam mengkarakteristikan status kesehatan seseorang. Salah satu komponen faktor yang dapat mempengaruhi kemandirian ADL adalah imobilitas atau gangguan mobilitas. Dampak dari gangguan mobilitas fisik adalah perubahan pada beberapa sistem tubuh, yang jika tidak diatasi dengan baik akan mengakibatkan komplikasi dan penurunan kemandirian dalam beraktivitas sehari-hari. Sedangkan, dampak dari penurunan kemandirian ADL adalah ketergantungan dengan orang lain. Sebagaimana studi pendahuluan yang telah dilakukan peneliti pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra, Kabupaten Indramayu didapatkan hasil bahwa mayoritas pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik mengalami ketergantungan atau dibantu orang lain untuk melakukan aktivitas mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan berpindah, serta mengalami inkontinensia. Sedangkan aktivitas yang dapat dilakukan secara mandiri adalah aktivitas makan. Berdasarkan uraian tersebut menimbulkan pertanyaan penelitian yaitu “Bagaimana gambaran tingkat kemandirian *activity of daily living* pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tingkat kemandirian *activity of daily living* (ADL) pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra.
- b. Mengidentifikasi tingkat kemandirian ADL pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra.
- c. Mengidentifikasi tingkat kemandirian ADL berdasarkan karakteristik pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman ilmiah peneliti dalam memahami kemandirian *activity of daily living* (ADL) pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik, serta dapat meningkatkan kemampuan analisis peneliti.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran atau landasan keilmuan bagi mahasiswa keperawatan mengenai tingkatan-

tingkatan kemandirian *activity of daily living* (ADL) pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

1.4.3 Bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi data bagi Institusi Kesehatan setempat khususnya Puskesmas Sukra mengenai tingkatan-tingkatan kemandirian *activity of daily living* (ADL) pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik, sehingga selanjutnya dapat dijadikan bukti dasar (*evidence base*) untuk membuat program yang lebih memperhatikan pasien dengan gangguan mobilitas fisik yang terdapat di wilayah kerja Puskesmas Sukra tersebut.

1.4.4 Bagi Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan dorongan bagi pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra untuk selalu memenuhi aktivitas kehidupan sehari-hari baik secara mandiri maupun dibantu orang lain.

1.4.5 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan data awal bagi peneliti selanjutnya dalam meneliti unsur-unsur lainnya seperti psikofarmakologi ataupun terapi lainnya yang dibutuhkan dalam perawatan pasien dengan gangguan mobilitas fisik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kemandirian *Activity of Daily Living* (ADL)

2.1.1 Pengertian Kemandirian

Kemandirian berasal dari kata “independen” yang mempunyai arti sikap seseorang yang tidak bergantung kepada orang lain dalam mengambil keputusan dan mempunyai sikap yang percaya diri.⁽²⁰⁾ Kemandirian adalah tidak adanya pengawasan, arahan, maupun bantuan dari orang lain secara aktif.⁽²¹⁾ Apabila individu menolak melakukan suatu fungsi tertentu, maka akan dianggap sebagai tidak mampu menjalankan fungsi tersebut, meskipun individu tersebut dinilai kompeten untuk melakukannya.⁽²¹⁾

2.1.2 Pengertian *Activity of Daily Living*

Activity of daily living (ADL) merupakan istilah yang dipakai untuk menilai keterampilan dasar yang dimiliki setiap individu dalam merawat dirinya sendiri secara mandiri.⁽²²⁾ *Activity of daily living* (ADL) merupakan aktivitas perawatan diri yang harus dipenuhi oleh pasien setiap hari untuk memenuhi kebutuhan maupun tuntutan kehidupan sehari-hari.⁽²³⁾

Activity of daily living (ADL) merupakan istilah yang sering digunakan untuk merujuk aktivitas dasar yang biasa dilakukan setiap hari guna merawat diri oleh masing-masing individu. Kemampuan dan ketidakmampuan seseorang dalam melakukan ADL digunakan oleh

profesional kesehatan untuk mengukur status fungsional seseorang, terutama pada lansia dan penyandang disabilitas.⁽²⁾ Seseorang yang membutuhkan bantuan dalam kebutuhan ADL dapat diakibatkan oleh kondisi yang bersifat akut, kronis, sementara, permanen, atau rehabilitatif.⁽⁷⁾

2.1.3 Jenis-jenis *Activity of Daily Living*

Aktivitas kehidupan sehari-hari diklasifikasikan menjadi tiga, antara lain: aktivitas dasar kehidupan sehari-hari, aktivitas instrumental kehidupan sehari-hari, dan aktivitas lanjutan kehidupan sehari-hari.

a) ADL Dasar

Basic Activities of Daily Living (BADLs) atau dikenal dengan ADL fisik merupakan keterampilan individu yang dibutuhkan dalam mengelola kebutuhan fisik dasar. ADL dasar ini mencakup beberapa kegiatan kebersihan atau perawatan diri, berpakaian, toileting, berpindah, mempertahankan kontinensia serta makan.^(24,25)

b) ADL Instrumental

Instrumental Activities of Daily Living (IADLs) atau ADL instrumental merupakan aktivitas yang membutuhkan keterampilan berpikir yang kompleks.⁽²⁴⁾ ADL instrumental mencakup aktivitas di tingkat yang lebih tinggi seperti menangani keuangan, menggunakan telepon, melakukan pekerjaan rumah, menggunakan transportasi,

minum obat, menyiapkan makanan, mencuci pakaian, dan berbelanja.⁽²⁵⁾

c) ADL Lanjutan

Advanced Activities of Daily Living (AADLs) atau aktivitas kehidupan sehari-hari lanjutan meliputi kegiatan yang membutuhkan tingkat kognitif yang lebih tinggi dan keterlibatan dalam komunitas/bermasyarakat seperti bekerja, rekreasi, dan aktivitas perjalanan.⁽²⁵⁾

2.1.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemandirian ADL

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kemandirian seseorang dalam memenuhi *activity of daily living* (ADL), antara lain:

a) Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan, kedewasaan dan pembelajaran adalah beberapa istilah yang seringkali digunakan dalam kehidupan manusia, karena ketiga proses tersebut saling berkaitan dan mempengaruhi perkembangan biologis, kognitif, emosi, dan hubungan sosial manusia. Status perkembangan seseorang dapat menunjukkan kepada keinginan dan kemampuan dalam pemenuhan *activity of daily living* (ADL). Perkembangan manusia mengacu pada perilaku yang berkaitan dengan pengalaman hidup seperti peran, tugas, dan aktivitas. Perkembangan juga dapat dinilai berdasarkan perubahan perilaku seseorang dari waktu ke waktu.⁽²⁶⁾

Pertumbuhan dan perkembangan dalam pemenuhan ADL dapat dilihat pada bayi yang bergantung terhadap oranglain secara perlahan berubah menjadi dewasa yang mandiri.⁽²⁶⁾ Namun seiring berjalannya waktu, pada orang dewasa yang berumur ≥ 60 tahun akan mengalami kembali perubahan tingkat kemandirian.⁽²⁷⁾ Kemandirian yang menurun pada lansia akan mengakibatkan peningkatan ketergantungan terhadap orang-orang disekitarnya.⁽¹²⁾

b) Kesehatan Fisiologis

Keadaan fisik dapat memberikan pengaruh terhadap kemampuan individu dalam memenuhi *activity of daily living*. Apabila sistem dalam tubuh terganggu akibat suatu penyakit atau trauma, maka pemenuhan ADL juga akan terganggu.⁽²⁸⁾ Penyakit fisik kronis yang dapat mengganggu ADL seperti diabetes mellitus, stroke, penyakit jantung, PPOK, kanker, inkontinensia, patah tulang, dan osteoarthritis.⁽²⁹⁾

c) Fungsi Kognitif

Kognitif memiliki peran penting dalam kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Gangguan pada fungsi kognitif akan berdampak terhadap kemampuan pasien dalam melakukan pekerjaan secara efisien, membuat suatu keputusan, serta dalam berkomunikasi dengan orang lain.⁽³⁰⁾ Perkembangan kognitif dipengaruhi oleh genetika, perkembangan dan kematangan fisik, dan

faktor lingkungan seperti stimulasi sosial, pola makan, serta kualitas perawatan kesehatan yang didapatkan.⁽²⁶⁾

d) Lingkungan

Lingkungan diasumsikan menjadi salah satu faktor penting dari partisipasi individu dalam kegiatan sehari-hari. Konteks lingkungan ini digambarkan dengan kondisi sosial maupun fisik disekitar individu tersebut tinggal.⁽²⁹⁾

e) Sosial Kultural

Masyarakat, budaya, harapan, dan nilai yang dimiliki seseorang dapat mempengaruhi kehidupan sehari-hari.⁽³¹⁾ Budaya adalah kepercayaan, harapan, serta nilai-nilai yang dipegang seseorang baik oleh diri sendiri ataupun oleh orang lain yang berdampak terhadap kemandirian dan kemampuan seseorang dalam pemenuhan *activity of daily living*.⁽²⁸⁾

f) Psikologis

Kondisi mental setiap individu dapat mengindikasikan keadaan psikologisnya. Kondisi mental tersebut akan memberikan pengaruh terhadap pemenuhan aktivitas dasar individu, sehingga apabila terdapat gangguan kesehatan jiwa maka akan membuat kemampuan individu tersebut dalam menjalankan *activity of daily living* menurun.⁽³¹⁾ Depresi juga dikaitkan dengan ketidakmampuan individu dalam menjalankan *activity of daily living* seperti mobilitas, berpakaian, dan kebersihan diri.⁽²⁷⁾

g) Imobilisasi

Faktor lainnya yang dapat mempengaruhi kemandirian adalah imobilisasi. Imobilisasi merupakan keadaan dimana seseorang tidak mampu bergerak aktif karena adanya gangguan fisik ataupun mental pada tubuhnya.⁽³²⁾ Fungsi motorik dan fungsi kognitif yang buruk, akan mengakibatkan kemandirian seseorang dalam beraktivitas sehari-hari menjadi menurun.⁽³³⁾

2.1.5 Dampak Penurunan Kemandirian *Activity of Daily Living*

Dampak yang terjadi akibat penurunan kemandirian dalam pemenuhan *activity of daily living* pada seseorang, antara lain:

a) Terganggunya Sistem Tubuh

Penurunan *activity of daily living* pada seseorang dapat mengakibatkan gangguan pada seluruh sistem tubuh seperti perubahan denyut jantung atau sirkulasi, penurunan kebugaran, penurunan massa otot dan kekuatan otot, evakuasi kandung kemih menurun, serta beberapa perubahan lainnya yang mampu memicu terjadinya berbagai jenis penyakit pada manusia.⁽³⁴⁾

b) Stress

Penurunan kemandirian *activity of daily living* dapat menimbulkan dampak psikososial yaitu stress. Kondisi ini biasa terjadi pada lansia yang mengalami penurunan ADL, mereka akan merasa sendiri, tidak berharga serta menurunnya kepercayaan diri.^(5,35) Hal ini sejalan dengan penelitian Reno Tyas Sedyo Arum yang menjelaskan

adanya hubungan antara tingkat depresi dan kemandirian ADL yang signifikan.⁽³⁶⁾

c) Ketergantungan

Penurunan kemandirian ADL dapat mengakibatkan seseorang menjadi bergantung kepada orang-orang yang ada disekitarnya, sehingga sangat disarankan untuk selalu mempertahankan kemampuan dan kemandirian dalam menjalankan aktivitas hidup sehari-hari.^(12,35)

d) Menurunkan Kualitas Hidup

Penurunan kemandirian *activity of daily living* dapat menyebabkan menurunnya kualitas hidup seseorang.⁽³⁵⁾ Sejalan dengan penelitian yang diteliti oleh Rinandha Yusfahreza Wildhan, dkk. yang menjelaskan bahwa kualitas hidup seseorang dipengaruhi oleh kemandirian dalam melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Adapun, faktor utama yang memberikan pengaruh terhadap kualitas hidup seseorang adalah keadaan fisiknya.⁽³⁷⁾

2.1.6 Penilaian Kemandirian *Activity of Daily Living*

Activity of daily living digunakan sebagai ukuran status fungsional seseorang, karena status fungsional adalah gambaran kesehatan seseorang secara keseluruhan. Status fungsional menunjukkan kemampuan seseorang untuk melakukan tugas-tugas fisik dan sosial yang diperlukan untuk mempertahankan perawatan diri dan kegiatan sehari-hari yang biasa dilakukan.⁽²⁵⁾ Banyak instrumen yang telah dikembangkan dan digunakan untuk mengukur ADL. Perbedaan dalam desain, sampel, ukuran sampel,

metodologi dan struktur usia populasi dapat menjadi acuan dalam menentukan skala ADL yang akan digunakan. Salah satu instrumen ADL adalah *Katz Index* yang dikembangkan oleh Sidney Katz pada tahun 1960-an.⁽³⁸⁾

Katz Index merupakan instrumen yang biasa digunakan untuk menilai kemandirian dalam aktivitas kehidupan sehari-hari.⁽²¹⁾ Skala Katz ini efektif digunakan kepada pasien dengan sakit kronis dan lansia, dengan menilai keenam item aktivitas dasar meliputi mandi, berpakaian, toileting, berpindah, mempertahankan kontinensia, dan makan.⁽²¹⁾ Keenam item tersebut dapat diberikan melalui wawancara.⁽³⁹⁾ Keenam aktivitas tersebut dapat dinilai mandiri ataupun ketergantungan, dengan ketentuan sebagai berikut⁽³⁹⁾:

1) Mandi

- a. Mandiri : Tidak menerima bantuan (mandi sendiri sepenuhnya) atau menerima bantuan hanya untuk membersihkan satu anggota tubuh (seperti punggung atau satu kaki)
- b. Ketergantungan : Menerima bantuan untuk memandikan lebih dari satu anggota tubuh atau tidak mandi.

2) Berpakaian

- a. Mandiri : Mampu mengambil pakaian dari lemari, memakai pakaian dan melepaskannya, mengancing pakaian, dan menggunakan ikat pinggang secara mandiri tanpa bantuan (kecuali untuk mengikat tali sepatu)

- b. Ketergantungan : Menerima bantuan untuk mengambil pakaian dan memakai pakaian; tidak memakai pakaian sebagian atau sepenuhnya (tidak berbusana)
- 3) Ke kamar kecil
- a. Mandiri : Mampu pergi ke toilet, naik dan turun dari toilet, mengatur pakaian, dan membersihkan genetalia secara mandiri.
 - b. Ketergantungan : Menerima bantuan untuk menuju dan menggunakan toilet atau pispot.
- 4) Berpindah
- a. Mandiri : Mampu berpindah ke ataupun dari tempat tidur untuk duduk, serta mampu turun dari kursi secara mandiri.
 - b. Ketergantungan : Bantuan dalam naik atau turun tempat tidur ataupun kursi, tidak melakukan satu atau lebih perpindahan.
- 5) Kontinensia
- a. Mandiri : BAK dan BAB sepenuhnya mampu terkontrol sendiri.
 - b. Ketergantungan : Inkontinensia sebagian atau total, perlu pengawasan untuk menjaga kontrol urin dan veses dengan penggunaan enema, kateter, urinoir dan/atau pispot.

6) Makan

- a. Mandiri : Mampu menyuapkan makanan yang ada di piring ke mulut sendiri. (Memotong daging dan menyiapkan makanan tidak termasuk dalam penilaian, sehingga dapat menerima bantuan)
- b. Ketergantungan : menerima bantuan untuk menyuapkan makanan yang ada di piring ke mulut, tidak makan sedikit pun atau diberikan makan menggunakan selang ataupun secara parenteral (infus).

Tabel 2.1 Hasil Penilaian Kemandirian ADL Katz Index⁽³⁹⁾

No	Penilaian	Kriteria
A	Mandiri Total	Mandiri terhadap keenam fungsi tersebut
B	Ketergantungan Paling Ringan	Mandiri dalam semua fungsi kecuali satu dari diantaranya
C	Ketergantungan Ringan	Mandiri dalam semua fungsi kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Ketergantungan Sedang	Mandiri dalam semua fungsi kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
E	Ketergantungan Berat	Mandiri dalam semua fungsi kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet, dan satu fungsi tambahan
F	Ketergantungan Paling Berat	Mandiri dalam semua fungsi kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan satu fungsi tambahan
G	Ketergantungan Total	ketergantungan terhadap keenam fungsi tersebut

2.2 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

2.2.1 Pengertian Gangguan Mobilitas Fisik

Mobilitas atau mobilisasi adalah suatu kemampuan individu dalam menggerakkan tubuh secara mudah, bebas, serta teratur guna melaksanakan kebutuhan aktivitas hariannya baik dilakukan sendiri ataupun dibantu orang lain atau alat.⁽¹⁰⁾ Mobilitas merupakan kebutuhan yang kompleks karena sistem musculoskeletal dan sistem saraf saling berkoordinasi untuk menciptakan gerakan.⁽⁴⁰⁾ Sedangkan gangguan mobilitas atau imobilitas adalah kondisi dimana individu tidak mampu untuk bergerak secara bebas akibat keadaan fisik yang terganggu sehingga mengalami keterbatasan dalam pergerakan atau beraktivitas, seperti trauma tulang belakang, cedera otak berat, patah tulang dan lainnya.⁽¹⁰⁾

Gangguan mobilitas fisik didefinisikan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) sebagai suatu kondisi individu yang mengalami keterbatasan gerakan fisik secara mandiri pada salah satu ekstremitas atau lebih.⁽⁸⁾ Gangguan mobilitas fisik atau immobilisasi berdasarkan *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) adalah individu yang sedang dalam kondisi ataupun berisiko mengalami keterbatasan menggerakkan seluruh atau sebagian anggota tubuhnya.⁽⁴¹⁾

2.2.2 Etiologi Gangguan Mobilitas Fisik

Mobilitas dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti: faktor fisiologis yang mencakup nyeri, suhu tubuh dan pendarahan, faktor emosional yang mencakup cemas, motivasi, dan dukungan sosial, serta faktor perkembangan yang mencakup usia dan status paritas.⁽⁷⁾ Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik pada seseorang, antara lain: kerusakan pada integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, badan yang tidak bugar, kendali otot yang menurun, massa otot menurun, kekuatan otot menurun, perkembangan yang lambat, sendi yang kaku, kontraktur, kekurangan nutrisi (malnutrisi), gangguan pada sistem muskuloskeletal, gangguan pada sistem neuromuskular, indeks massa tubuh (IMT) diatas persentil ke-75 sesuai usia, pengaruh pengobatan, program membatasi pergerakan, nyeri, kurang mendapat informasi mengenai aktivitas fisik, rasa cemas, gangguan kognitif, ketidakinginan melakukan pergerakan, serta gangguan pada sensoripersepsi.⁽⁸⁾

2.2.3 Gejala dan Tanda Gangguan Mobilitas Fisik

Adapun tanda gejala yang muncul pada individu yang mengalami masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik terbagi menjadi dua, yaitu mayor dan minor.

a) Gejala dan Tanda Mayor

Gejala dan tanda Mayor pada individu dengan gangguan mobilitas fisik dibedakan menjadi dua yaitu tanda gejala subjektif dan objektif. Tanda gejala subjektif tersebut seperti mengeluh sulit bergerak pada bagian ekstremitas. Sedangkan tanda gejala objektif seperti menurunnya kekuatan otot dan rentang gerak (ROM).⁽⁸⁾

b) Gejala dan Tanda Minor

Gejala dan tanda minor pada individu dengan gangguan mobilitas fisik juga dibedakan menjadi dua yaitu tanda gejala subjektif dan objektif. Tanda gejala subjektif ditunjukkan dengan rasa nyeri ketika bergerak, ketidakinginan melakukan pergerakan, dan cemas ketika bergerak. Sedangkan tanda gejala objektif ditunjukkan dengan sendi terasa kaku, adanya gerakan yang tidak terkoordinasi, adanya keterbatasan gerakan, dan fisik terlihat lemah.⁽⁸⁾

2.2.4 Kondisi Klinis Terkait Gangguan Mobilitas Fisik

Individu yang mengalami gangguan mobilitas fisik memiliki kondisi-kondisi kesehatan tertentu seperti stroke, cedera medulla spinalis, trauma, patah tulang, osteoarthritis, osteomalasia, ataupun penyakit-penyakit yang ganas.⁽⁸⁾ Selain itu, individu yang berisiko mengalami keterbatasan dalam gerakan fisik juga dapat terjadi pada lanjut usia, penderita kondisi medis yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran selama tiga hari atau lebih, klien yang kehilangan fungsi anatomi akibat perubahan fisiologis, seperti penderita stroke, klien pengguna kursi roda, klien pengguna gips

maupun fraksi, individu dengan gerakan volunteer yang dibatasi, serta pada individu yang mengalami gangguan fungsi motorik dan rangka.⁽⁹⁾

2.2.5 Dampak Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik atau imobilisasi yang dialami individu dapat berdampak terhadap beberapa sistem tubuh seperti perubahan metabolisme tubuh, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan kebutuhan nutrisi/zat gizi, gangguan gastrointestinal, perubahan sistem pernapasan, perubahan sistem kardiovaskular, perubahan sistem musculoskeletal, perubahan sistem integumen, perubahan eliminasi (buang air kecil dan besar), serta perubahan pada perilaku.⁽¹⁰⁾

a) Perubahan Metabolisme

Perubahan metabolisme dapat terjadi akibat imobilitas, karena imobilitas dapat memperlambat metabolisme dalam tubuh. Hal ini disebabkan oleh penurunan tingkat metabolisme basal, yang menurunkan energi yang digunakan untuk memperbaiki sel pada tubuh, yang dapat menyebabkan penurunan oksigenasi seluler. Perubahan metabolisme pada orang-orang dengan imobilitas dapat menyebabkan berkurangnya proses anabolik dan peningkatan katabolisme. Kondisi tersebut membuat peningkatan terhadap risiko gangguan metabolisme. Proses imobilisasi juga dapat menurunkan keluaran urin dan meningkatkan kadar nitrogen, yang dapat diamati pada pasien dengan gangguan mobilitas di hari kelima dan keenam. Adapun, sejumlah dampak dari perubahan metabolisme antara lain penurunan laju

metabolisme, atrofi kelenjar dan pemecahan protein, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, demineralisasi tulang, gangguan nutrisi, dan gangguan pencernaan.

b) Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit

Cairan dan elektrolit yang tidak seimbang akibat imobilitas menyebabkan penurunan asupan protein dan penurunan konsentrasi protein serum, yang memberikan pengaruh terhadap kebutuhan cairan tubuh. Selain itu, berkurangnya transfer cairan intravaskular ke interstitial dapat mengakibatkan pembengkakan, sehingga membuat cairan dan elektrolit yang ada dalam tubuh menjadi tidak seimbang. Imobilitas juga dapat menyebabkan demineralisasi tulang karena berkurangnya fungsi otot, sedangkan peningkatan demineralisasi tulang dapat menyebabkan reabsorpsi kalium.

c) Gangguan Kebutuhan Nutrisi/Zat Gizi

Gangguan nutrisi akibat berkurangnya asupan protein dan kalori dapat menyebabkan berkurangnya konversi nutrisi pada tingkat sel, di mana sel tidak menerima kembali glukosa, asam amino, lemak, dan oksigen yang cukup untuk melakukan fungsi metabolisme.

d) Gangguan Gastrointestinal

Gangguan saluran pencernaan dapat terjadi akibat imobilitas. Hal tersebut karena gangguan mobilitas membuat hasil dari makanan yang dapat dicerna menurun, sehingga asupan yang diterima tidak

mencukupi dan menyebabkan timbulnya gejala seperti kembung, mual, dan sakit perut yang dapat mengganggu proses eliminasi.

e) Gangguan Sistem Pernapasan

Gangguan mobilitas juga dapat merubah sistem pernapasan. Akibat imobilitas, kadar hemoglobin menurun, ekspansi paru menurun dan terjadi kelemahan otot yang dapat mengganggu proses metabolisme. Penurunan kadar hemoglobin dapat mencegah aliran oksigen dari alveoli ke jaringan, yang menyebabkan anemia. Ekspansi paru yang menurun mungkin disebabkan oleh peningkatan tekanan pada permukaan paru-paru.

f) Perubahan Sistem Kardiovaskular

Perubahan kardiovaskular akibat imobilitas dapat berupa hipotensi ortostatik, kerja jantung meningkat, serta memicu pembentukan thrombus. Hipotensi ortostatik disebabkan karena kemampuan saraf otonom yang menurun. Pada seseorang dengan imobilitas seringkali tidak merubah posisi dalam waktu yang lama yang dapat menurunkan refleks neurovascular dan menyebabkan vasokonstriksi, maka darah akan terkumpul pada vena bagian bawah sehingga aliran darah pada sirkulasi pusat terhambat. Kerja jantung yang meningkat terjadi karena imobilitas dengan posisi horizontal. Adanya pembekuan darah juga disebabkan oleh kondisi vena statis yang merupakan akibat dari penurunan kontraksi otot yang meningkatkan aliran balik vena.

g) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Gangguan muskular dapat terjadi seperti menurunnya massa otot akibat imobilitas membuat kekuatan otot menurun secara langsung sehingga stabilitas pun ikut menurun. Gangguan skeletal juga dapat terjadi akibat imobilitas seperti akan lebih mudah mengalami kontraktur sendi dan osteoporosis. Terjadinya kontraktur dapat membuat sendi dalam kedudukan tidak berfungsi.

h) Perubahan Sistem Integumen

Perubahan sistem integumen ini berupa penurunan elastisitas kulit dan menimbulkan luka dekubitus karena tekanan pada kulit yang membuat sirkulasi darah ke jaringan menurun akibat imobilitas.

i) Perubahan Eliminasi (BAB/BAK)

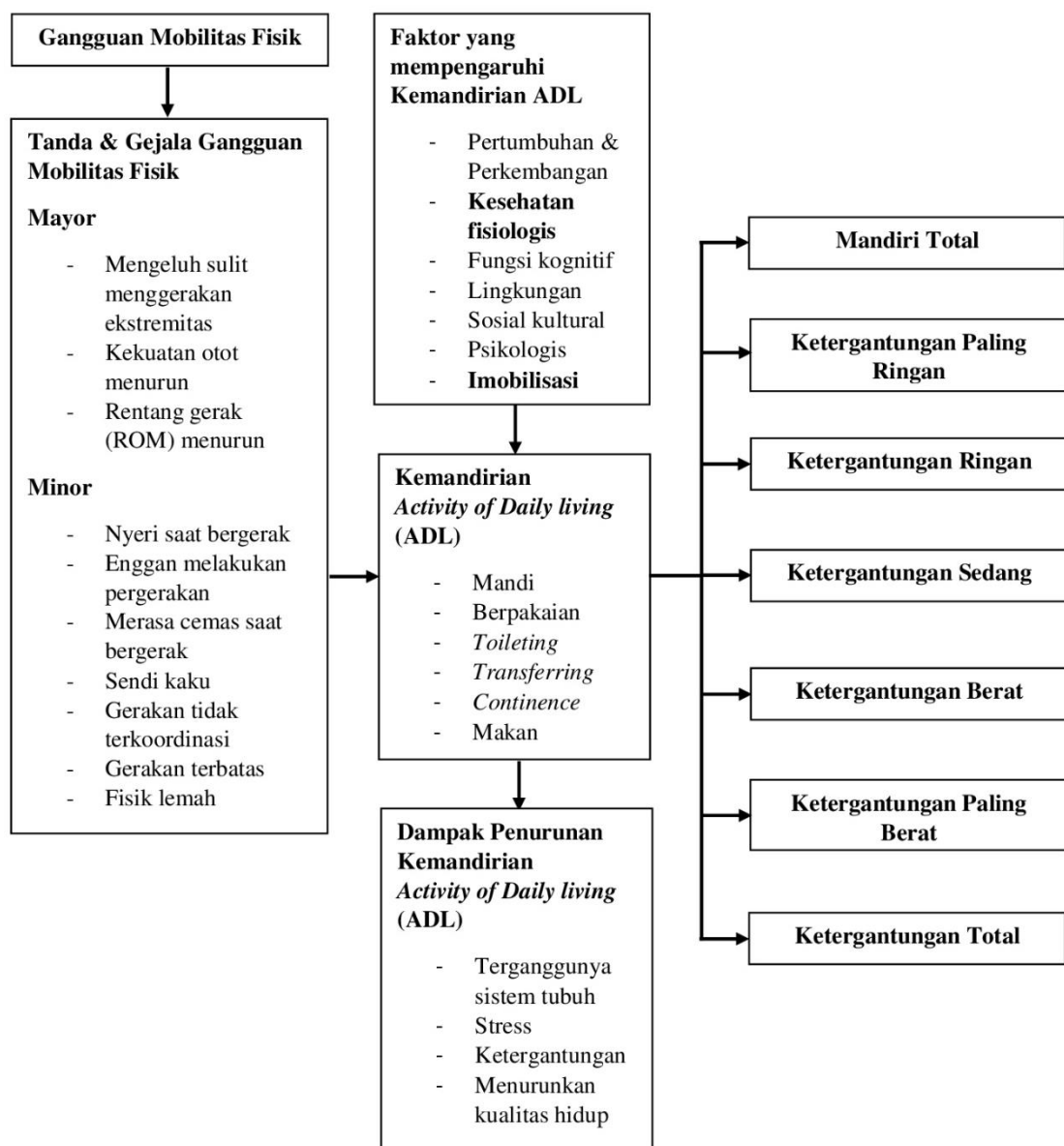
Perubahan eliminasi dapat terjadi akibat gangguan mobilitas seperti menurunnya jumlah urine yang mungkin karena kekurangan asupan serta penurunan curah jantung sehingga mengakibatkan aliran darah renal dan urine berkurang.

j) Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku dapat terjadi akibat gangguan mobilitas, seperti munculnya rasa cemas, bingung, emosional yang tinggi, rasa bermusuhan, depresi, perubahan pada kebiasaan tidur dan menurunnya mekanisme koping. Hal tersebut merupakan dampak yang timbul selama proses imobilitas, karena seseorang dengan gangguan mobilitas akan mengalami perubahan peran, konsep diri dan lainnya.

2.3 Kerangka Teori

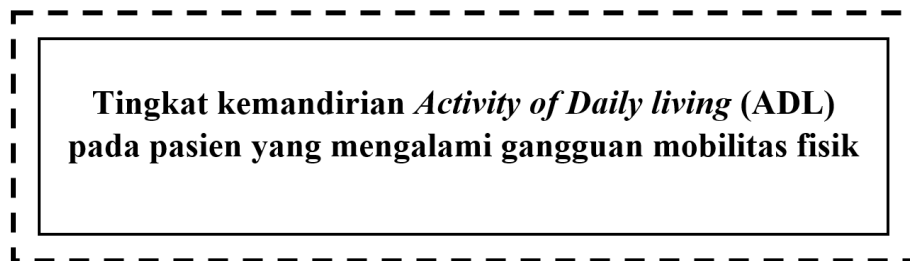
Kerangka teori merupakan ringkasan dari tinjauan pustaka yang telah dijelaskan pada BAB 2. Kerangka teori tersebut disusun berdasarkan konsep-konsep dasar mengenai kemandirian *activity of daily living* dan gangguan mobilitas fisik.



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

2.4 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini diambil berdasarkan tujuan khusus penelitian, yang disajikan dalam bentuk bagan mengenai hal yang akan diteliti oleh peneliti yaitu tingkat kemandirian *activity of daily living* yang dibagi menjadi mandiri total, ketergantungan paling ringan, ketergantungan ringan, ketergantungan sedang, ketergantungan berat, ketergantungan paling berat, dan ketergantungan total.



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif survei. Penelitian kuantitatif merupakan sebuah metode penelitian yang didasarkan pada data penelitian numerik positifis (konkret) yang diukur dengan menggunakan statistik untuk menghitung data yang berkaitan dengan masalah yang diteliti serta menarik kesimpulan.⁽⁴²⁾ Penelitian deskriptif diartikan sebagai penelitian yang dimaksudkan untuk menggambarkan atas suatu fenomena.⁽⁴³⁾ Sebagaimana penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai tingkat kemandirian *activity of daily living* (ADL) pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra, Kabupaten Indramayu, Jawa barat.

3.2 Populasi dan Sampel Penelitian

3.2.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah sejumlah subjek atau objek yang dijadikan target penelitian.⁽⁴³⁾ Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra, Kabupaten Indramayu, Jawa Barat. Berdasarkan data dari kader-kader kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Sukra, jumlah pasien dengan

gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra yaitu sebanyak 125 jiwa per Maret 2023.

3.2.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian dari suatu populasi baik dari segi frekuensi ataupun sifat.⁽⁴²⁾ Pengambilan sampel sebaiknya bersifat *representative* atau dapat mewakili anggota populasi.⁽⁴²⁾ Pada penelitian ini, teknik pengambilan sampel menggunakan *non-probability sampling* yaitu *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan teknik pengambilan sampel yang menggunakan pertimbangan tertentu.⁽⁴⁴⁾ Teknik ini sering disebut dengan *judgment sampling*, karena cara pengambilan sampel dilakukan dengan memilih siapa-siapa saja diantara anggota populasi yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti.⁽⁴⁵⁾ Sampel pada penelitian ini adalah pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra, Kabupaten Indramayu, yang di ambil dengan melibatkan kriteria inklusi.

Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum yang wajib ada pada subjek atau target dalam penelitian yang akan dilakukan.⁽⁴⁵⁾

Berikut adalah kriteria inklusi dalam penelitian ini:

- a. Pasien tidak mampu berjalan atau menggunakan alat bantu berjalan (kursi roda, cane/tongkat, kruk atau walker);
- b. Pasien tanpa alat bantu berjalan yang mampu berjalan secara perlahan dan dibantu oleh orang lain;
- c. Pasien berusia ≥ 60 tahun;

d. Pasien berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Sukra.

3.2.3 Besar Sampel

Besar minimum sampel yang dapat digunakan dalam penelitian survei adalah sebesar 100 sampel.⁽⁴⁶⁾ Berdasarkan teknik *purposive sampling*, sampel yang digunakan pada penelitian ini berjumlah 102 orang yang telah memenuhi kriteria inklusi. Sedangkan 23 orang lainnya tidak menjadi sampel dalam penelitian karena tidak memenuhi kriteria tersebut.

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

3.3.1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan mendatangi secara langsung tempat tinggal responden penelitian di wilayah kerja Puskesmas Sukra, Kabupaten Indramayu, Jawa Barat. Adapun, wilayah kerja Puskesmas Sukra mencakup: Desa Bogor, Desa Sukra, Desa Sukra Wetan, Desa Ujung Gebang, Desa Tegal Taman, Desa Karang Layung, Desa Sumuradem, dan Desa Sumuradem Timur.

3.3.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai dari pembuatan proposal, studi pendahuluan, pengambilan data, sampai pembuatan laporan hasil penelitian yakni pada bulan September 2022 hingga September 2023. Adapun, waktu pengambilan data penelitian dilakukan pada tanggal 7-18 Agustus 2023.

3.4 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran

3.4.1. Variabel Penelitian

Variabel didefinisikan sebagai perilaku ataupun suatu ciri yang berperan sebagai pembeda dari suatu hal baik benda, manusia, ataupun hal lain.⁽⁴⁷⁾ Penelitian ini menggunakan satu jenis variabel yang tidak mempengaruhi dan tidak saling berikatan. Peneliti menggunakan satu variabel tunggal yaitu tingkat kemandirian *Activity of Daily Living* pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra, Kabupaten Indramayu, Jawa Barat.

3.4.2. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Definisi operasional ialah proses memberikan pengertian secara operasional terhadap variabel dalam suatu penelitian sesuai dengan ciri khas yang dilihat dan membantu peneliti dalam mengobservasi ataupun mengukur suatu objek dengan cermat.⁽⁴⁸⁾ Penentuan definisi operasional ini bergantung pada nilai ukur yang ada dalam penelitian.⁽⁴⁸⁾ Berikut adalah definisi operasional dari penelitian ini:

Tabel 3.1 Variabel, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1. Karakteristik Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik					
	Usia	Lama waktu hidup responden sejak lahir hingga saat penelitian	Kuesioner Data Demografi	1. 60-74 tahun 2. 75-90 tahun 3. > 90 tahun	Ordinal
	Jenis kelamin	Ciri biologis yang membedakan antara laki-laki dan perempuan atau dengan mengecek KTP	Kuesioner Data Demografi	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
	Riwayat penyakit	Penyakit fisik kronis yang diderita oleh responden saat ini	Kuesioner Data Demografi	1. Stroke 2. Diabetes Mellitus 3. Penyakit jantung 4. PPOK 5. Kanker 6. Patah tulang 7. Osteoarthritis	Nominal
	Tinggal bersama siapa	Seseorang yang tinggal bersama responden di tempat tinggalnya saat pengambilan data	Kuesioner Data Demografi	1. Sendiri 2. Keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu) 3. Lainnya (tetangga/ panti jompo/ pesantren lansia)	Nominal
	Siapa yang biasa membantu	Seseorang yang biasa membantu responden dalam menjalankan aktivitas kehidupan sehari-hari seperti: Mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, kontinensia, dan makan.	Kuesioner Data Demografi	1. Tidak ada 2. Keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu) 3. Lainnya (perawat/tetangga/pembantu)	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
	Apakah pernah dirawat di rumah sakit	Pengalaman responden dirawat inap di rumah sakit selama menderita penyakit kronis yang dideritanya saat ini	Kuesiner Data Demografi	1. Ya, Kapan terakhir dirawat? a. < 1 tahun yang lalu b. \geq 1 tahun yang lalu 2. Tidak pernah	Nominal
2	Tingkat Kemandirian <i>Activity of Daily Living</i> (ADL)	Kemampuan individu dalam menjalankan aktivitas sehari-harinya seperti: Mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, kontinensia, dan makan, yang diklasifikasikan berdasarkan tingkatan.	Kuesioner <i>Katz Index</i> yang terdiri dari 6 item ADL dasar (Mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, kontinensia, dan makan).	Nilai : Mandiri = 1 Bergantung = 0 Hasil: 1. Mandiri total = 6 2. Ketergantungan paling ringan = 5 3. Ketergantungan ringang = 4 4. Ketergantungan sedang = 3 5. Ketergantungan berat = 2 6. Ketergantungan paling berat = 1 7. Ketergantungan total = 0	Ordinal

3.5 Instrumen Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

3.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengukur suatu hal dalam penelitian.⁽⁴⁸⁾ Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 2 bagian yakni:

a. Kuesioner A

Kuesioner A merupakan data demografi responden. Kuesioner ini digunakan untuk mengidentifikasi karakteristik pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik, yang meliputi: usia, jenis kelamin, riwayat penyakit, tinggal bersama siapa, siapa yang biasa membantu dalam ADL, dan pengalaman dirawat di rumah sakit.

b. Kuesioner B

Kuesioner B ini digunakan peneliti untuk mengukur tingkatan kemandirian dalam melaksanakan *activity of daily living* (ADL) pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Kuesioner *Katz Index* dapat dilakukan melalui wawancara terhadap responden ataupun keluarga responden.⁽³⁹⁾ Instrumen *Katz Index* mencakup kemandirian klien untuk mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, kontinen (BAB/BAK), dan makan.⁽²¹⁾ Pengukuran yang ditetapkan dalam *Katz Index* terdiri dari tujuh tingkatan, yakni indeks A sampai G.⁽²¹⁾ Secara konsisten, instrumen *Katz Index* digunakan untuk mengevaluasi status fungsional seseorang di lingkungan klinis maupun rumah.⁽⁴⁹⁾

3.5.2 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Uji validitas adalah pengujian yang ditujukan untuk mengetahui bahwa instrumen penelitian dapat digunakan dalam pengukuran suatu variabel penelitian. Penggunaan instrumen dalam penelitian dapat dikatakan valid, jika dapat mengukur variabel yang akan diteliti secara akurat dan tepat.⁽⁵⁰⁾ Sedangkan, reliabilitas (keandalan) merupakan sifat instrumen yang menunjukkan tingkat di mana instrumen memberikan tanggapan yang konsisten.⁽⁵¹⁾

Instrumen *Katz Index* adalah alat ukur yang digunakan untuk menilai kemandirian ADL yang dikembangkan pertama kali oleh Dr. Sidney Katz.⁽²¹⁾ Instrumen ini telah diuji validitas dan reliabilitasnya oleh Brorsson dan Asberg, dengan perolehan nilai validitas sebesar 0,74-0,88 dan nilai reliabilitas (*Cronbach's Alpha*) sebesar 0,94.⁽⁴⁹⁾ Pada penelitian ini, peneliti melakukan *back translation* instrumen yang dibantu oleh para ahli bahasa. Dalam proses ini, kuesioner *Katz Index* diterjemahkan dari bahasa asal instrumen (Bahasa Inggris) ke dalam Bahasa Indonesia dengan bantuan ahli bahasa 1 yaitu Asih Nurakhir S.Pd., M.Pd. yang memiliki riwayat pendidikan S1 dan S2 Bahasa Inggris. Kemudian, hasil dari terjemahan Bahasa Indonesia tersebut diterjemahkan ulang ke dalam Bahasa Inggris (Bahasa asli instrumen) oleh bantuan ahli bahasa 2 sekaligus dosen Jurusan Ilmu Keperawatan, Universitas Diponegoro, Reni Sulung Utami, S.Kep., M.Sc.

Peneliti juga telah melakukan uji validitas konstruk pada instrumen penelitian. Uji validitas konstruk pada instrumen kemandirian ADL (Katz Index) dilakukan menggunakan aplikasi SPSS dengan teknik analisis Korelasi Pearson (*Product Moment*), dengan langkah-langkah sebagai berikut: *Analysis – Correlate – Bivariate* – masukan semua item dan total skor ke kotak *variables* (ceklis *Pearson, Two-tailed, dan Flag significant correlations*) – OK. Setiap skor item akan dikorelasikan dengan skor total menggunakan rumus sebagai berikut:

$$r = \frac{n \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2][n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

r = koefisien korelasi product moment

n = jumlah sampel penelitian

$\sum X$ = jumlah skor item

$\sum Y$ = jumlah skor total

Tabel 3.2 Hasil Uji Validitas Konstruk

No.	r hitung	r tabel	Interpretasi	Keterangan
Butir 1	0,608	0,361	valid	digunakan
Butir 2	0,580	0,361	valid	digunakan
Butir 3	0,701	0,361	valid	digunakan
Butir 4	0,740	0,361	valid	digunakan
Butir 5	0,595	0,361	valid	digunakan
Butir 6	0,697	0,361	valid	digunakan

Instrumen dikatakan valid jika koefisien korelasi (r hitung) lebih besar dari r tabel pada taraf signifikan 5%.⁽⁵²⁾ Tabel 3.2 menunjukkan bahwa hasil analisis 6 butir pertanyaan yang diujikan pada n=30 (r tabel = 0,361; $\alpha = 0,05$) menunjukkan nilai r hitung 0,580-0,740 > r tabel 0,361 dengan demikian dapat disimpulkan bahwa instrumen katz index yang digunakan untuk pengumpulan data sudah valid.

3.5.3 Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data didefinisikan sebagai serangkaian kegiatan yang terdiri dari segala upaya untuk mendekati dan mengumpulkan subjek yang dianggap berguna dalam pelaksanaan penelitian.⁽⁴⁸⁾ Burns dan Grove mengatakan bahwa hal yang telah disusun dalam suatu penelitian dan teknik instrument yang digunakan menjadi hal penentu dalam pengumpulan data.⁽⁴⁷⁾ Cara pengumpulan data dari penelitian ini dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

- a) Peneliti mengajukan form permohonan pengambilan data awal yang sudah ditandatangani dosen pembimbing kepada Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- b) Setelah mendapatkan surat izin pengambilan data awal dengan persetujuan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, kemudian peneliti meminta izin kepada pihak Kepala UPTD Puskesmas Sukra untuk mengambil data awal.
- c) Peneliti melakukan pengambilan data awal dengan melakukan wawancara kepada pihak UPTD Puskesmas Sukra dan kader kesehatan mengenai data pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik yang terdapat di wilayah kerja Puskesmas Sukra. Peneliti juga melakukan wawancara dan observasi kepada 10 orang yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra, Kabupaten Indramayu untuk mengetahui kemandirian dalam *activity of daily living*.

- d) Peneliti mengajukan proposal penelitian pada Departemen Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro Semarang.
- e) Dosen pembimbing dan dosen penguji menyetujui proposal penelitian.
- f) Peneliti mengajukan permohonan *Ethical Clearance* (EC) kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- g) Peneliti mengajukan permohonan surat izin penelitian kepada Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- h) Setelah mendapatkan surat izin penelitian dari Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, peneliti mengirimkan surat tersebut kepada BAPPEDA-LITBANG Kabupaten Indramayu untuk mendapatkan surat keterangan penelitian.
- i) Peneliti mengajukan surat izin penelitian dari Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro serta surat keterangan penelitian dari BAPPEDA-LITBANG Kabupaten Indramayu kepada Kepala Puskesmas Sukra di Kecamatan Sukra, Kabupaten Indramayu.
- j) Setelah mendapat izin dari pihak Puskesmas Sukra, peneliti mendatangi tempat tinggal responden di wilayah kerja Puskesmas Sukra untuk pengambilan data secara *offline*.
- k) Peneliti melakukan pendekatan bina hubungan saling percaya dengan responden mulai dari perkenalan diri, penjelasan tujuan, *informed consent*, dan menjelaskan hak-hak responden.

- l) Setelah responden menyetujui berpartisipasi dalam penelitian, responden diminta untuk menandatangani lembar *informed consent* yang telah disediakan oleh peneliti.
- m) Peneliti melanjutkan ke sesi pengambilan data kepada responden dengan cara wawancara mengenai data demografi dan aktivitas sehari-harinya menggunakan kuesioner yang telah disiapkan. Lembar kuesioner diisi oleh peneliti sesuai dengan jawaban yang diberikan oleh responden.
- n) Peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya, namun tidak ada responden yang bertanya dikarenakan sudah paham.
- o) Peneliti mengecek kembali kelengkapan jawaban kuesioner.
- p) Setelah selesai melakukan pengambilan data kepada semua responden, peneliti melakukan proses pengolahan data dan menganalisa data yang telah terkumpul dengan menggunakan aplikasi SPSS.

3.6 Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data

3.6.1 Teknik Pengolahan Data

1. *Editing*

Editing merupakan langkah untuk mengecek kembali hasil dari kuesioner, berkas-berkas atau angket yang telah didapatkan dari responden.⁽⁴⁸⁾ Proses ini dilakukan untuk melihat kelengkapan, ketepatan, kesesuaian jawaban, serta keterkaitan antara jawaban dan pertanyaan dari kuesioner yang telah diberikan sebelumnya.⁽⁴⁸⁾ Jika terdapat data yang kurang lengkap, peneliti dapat menanyakan kembali kepada responden.⁽⁵³⁾

2. *Coding*

Coding atau pemberian kode merupakan kegiatan penomeran atau memberikan simbol lainnya atas jawaban-jawaban yang didapat, sehingga jawaban dapat dikelompokkan berdasarkan kelas atau kategori tertentu.⁽⁵⁴⁾ Pemberian kode tersebut dapat berupa angka atau huruf. Proses ini bertujuan untuk mengelompokkan jawaban ke dalam beberapa kategori yang penting.⁽⁵⁴⁾ *Coding* pada penelitian ini, sebagai berikut:

1) Kuesioner Data Demografi

Pada data demografi diberi kode sebagai berikut:

a. Usia

Kode 1 = 60-74 tahun

Kode 2 = 75-90 tahun

Kode 3 = > 90 tahun

b. Jenis kelamin

Kode 1 = Laki-laki

Kode 2 = Perempuan

c. Riwayat penyakit

Kode 1 = Stroke

Kode 2 = Diabetes Mellitus

Kode 3 = Penyakit Jantung

Kode 4 = PPOK

Kode 5 = Kanker

Kode 6 = Patah Tulang

Kode 7 = Osteoarthritis

d. Tinggal bersama siapa

Kode 1 = Sendiri

Kode 2 = Keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu)

Kode 3 = Lainnya (tetangga/panti jompo/pesantren lansia)

e. Siapa yang biasa membantu

Kode 1 = Tidak Ada

Kode 2 = Keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu)

Kode 3 = Lainnya (perawat/tetangga/pembantu)

f. Pengalaman dirawat di rumah sakit

Kode 1 = Ya (< 1 tahun yang lalu)

Kode 2 = Ya (\geq 1 tahun yang lalu)

Kode 3 = Tidak Pernah

2) Kuesioner *Katz Index*

Kuesioner ini terdiri dari 6 aktivitas dasar yang meliputi: mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, kontinen (BAB/BAK), dan makan. Jika aktivitas dilakukan secara mandiri diberi koding 1 (satu), dan jika bergantung diberi koding 0 (nol).

3. *Entry data*

Entry data merupakan kegiatan menginput data ke dalam tabel yang di proses menggunakan program komputer.⁽⁵⁰⁾ Pada penelitian ini data yang dimaksud adalah jawaban-jawaban dari seluruh responden yang sudah diberi “kode” (angka/huruf) kemudian program komputer tersebut adalah aplikasi excel. Hal ini dilakukan untuk memudahkan tahap analisa data.

4. *Tabulating*

Tabulating merupakan proses menyajikan data seluruh responden penelitian melalui aplikasi sehingga dapat diolah menggunakan analisis computer.⁽⁵³⁾ Proses tabulating pada penelitian ini melibatkan aplikasi SPSS.

5. *Data Cleaning*

Data cleaning merupakan kegiatan mengecek ulang jawaban yang telah diinput ke dalam aplikasi SPSS guna memeriksa ketepatan serta kelengkapan data.⁽⁵³⁾ Pada proses ini peneliti melakukan pemeriksaan kembali data-data yang sudah diolah, apakah masih terdapat kekeliruan atau tidak.

3.6.2 Analisa Data

Analisa data adalah suatu proses dalam penelitian untuk menyederhanakan data menjadi bentuk yang lebih mudah dibaca serta diinterpretasikan.⁽⁵⁴⁾ Analisa data kuantitatif merupakan analisa data yang digunakan pada penelitian dengan pendekatan kuantitatif yang membutuhkan suatu alat statistik.⁽⁵⁴⁾ Pada penelitian ini, proses analisa data melibatkan program *Microsoft Excel* dan *SPSS*, serta menggunakan analisa data univariat. Analisis univariat merupakan proses analisis data dengan satu variabel penelitian yang bertujuan untuk menjelaskan persebaran dan frekuensi data. Data yang telah dianalisis akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, persentase, dan grafik.⁽⁵⁰⁾ Analisis univariat pada penelitian ini dilakukan untuk mengidentifikasi distribusi frekuensi tingkat kemandirian pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra berdasarkan usia, jenis kelamin, riwayat penyakit, tinggal bersama siapa, siapa yang biasa membantu dalam ADL, serta pengalaman dirawat di rumah sakit. Penggunaan tabel distribusi frekuensi tersebut guna memudahkan dalam penyajian data, serta memudahkan pembaca dalam menangkap informasi.

3.7 Etika Penelitian

3.7.1 *Autonomy*

Autonomy merupakan etika penelitian untuk menghormati segala keputusan responden. Tujuan dari *informed consent* adalah agar subjek penelitian atau responden dapat mengerti maksud dan tujuan dari penelitian ini.^(51,52) Dalam penerapannya, peneliti telah memberikan kepada responden lembar *informed consent* sebagai syarat persetujuan antara peneliti dengan responden, dan mereka yang setuju terlibat dalam penelitian ini telah menandatangani lembar tersebut.

3.7.2 *Anonimity* (Tanpa nama)

Anonimity merupakan etika penelitian yang menjamin subjek penelitian dengan tidak mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner dan hanya akan dituliskan dengan kode responden pada lembar pengumpulan data ataupun hasil penelitian.^(51,52) Pada penelitian ini, peneliti telah memberikan kode R1, R2, R3, dan seterusnya untuk mengganti identitas responden.

3.7.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Confidentiality merupakan etika penelitian yang menjamin kerahasiaan data-data penelitian baik informasi ataupun masalah lainnya.⁽⁵²⁾ Peneliti telah merahasiakan setiap data penelitian kecuali hanya pada pihak ilmu keperawatan, dan pihak puskesmas sukra. Lembar hasil kuesioner setelah pengambilan data disimpan sebaik-baiknya oleh peneliti, agar data-data responden tetap aman dan terjaga kerahasiaannya.

3.7.4 *Veracity* (Kejujuran)

Veracity merupakan etika penelitian dimana seorang peneliti harus menjelaskan secara jujur mengenai segala hal yang akan diterima responden pada saat penelitian.⁽⁵²⁾ Peneliti telah memberikan penjelasan mengenai *informed consent* sebagaimana mestinya dan hasil penelitian yang telah didapatkan merupakan hasil dari wawancara dengan seluruh responden, bukan hasil karangan ataupun kebohongan.

3.7.5 *Beneficence* (Kemanfaatan)

Beneficence merupakan etika penelitian yang menunjukkan bahwa penelitian hendaknya bermanfaat secara maksimal bagi subjek penelitian, masyarakat dan ilmu pengetahuan.⁽⁵¹⁾ Penelitian ini memberikan manfaat pada ilmu kesehatan khususnya keperawatan mengenai gambaran tingkat kemandirian *activity of daily living* pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra.

3.7.6 *Non-maleficence* (Bukan kejahatan)

Non-maleficence merupakan etika penelitian yang menunjukkan bahwa penelitian hendaknya tidak memberikan dampak buruk pada subjek, sehingga peneliti diharapkan mampu meminimalisir hal-hal yang dapat merugikan maupun memprediksi segala kejadian yang dapat terjadi dalam proses penelitian.⁽⁵³⁾ Dalam penerapannya, peneliti tidak memberikan kerugian apa pun kepada responden, serta telah menerapkan prinsip kenyamanan dan tetap menjaga protokol kesehatan saat pengambilan data.

3.7.7 *Justice* (Keadilan)

Justice merupakan etika penelitian yang menunjukkan bahwa dalam penelitian seorang peneliti tidak boleh melakukan diskriminasi kepada subjek penelitian. Keadilan ini berkaitan juga dengan keseimbangan antara manfaat dan risiko dari penelitian terhadap subjek.⁽⁵⁵⁾ Pada saat pengambilan data, peneliti tidak membeda-bedakan suku, ras, agama, status sosial, dan ekonomi responden, serta memberikan perlakuan yang sama pada setiap responden.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada tanggal 7-18 Agustus 2023. Pengumpulan data dilakukan dengan mewawancarai menggunakan kuesioner yang telah disiapkan kepada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik ataupun keluarganya di wilayah kerja Puskesmas Sukra. Responden dalam penelitian ini berjumlah 102 orang yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Selama masa penelitian, tidak ada responden yang menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dan semuanya bersedia menyelesaikan tahap penelitian (tingkat partisipasi 100%).

Bab ini menguraikan gambaran karakteristik pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik, meliputi: usia, jenis kelamin, riwayat penyakit, tinggal bersama siapa, siapa yang biasanya membantu, dan pengalaman dirawat di rumah sakit, gambaran tingkat kemandirian *Activity of Daily Living* (ADL) pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja puskesmas sukra, serta gambaran tingkat kemandirian ADL berdasarkan karakteristik pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Hasil tersebut disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

4.2 Karakteristik Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik

Tabel 4.1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Pasien yang Mengalami Gangguan
Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra, Agustus 2023
(n=102)

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Usia		
60-74 tahun (<i>Elderly</i>)	73	71,6
75-90 tahun (<i>Old</i>)	27	26,5
>90 tahun (<i>Very Old</i>)	2	2
Jenis Kelamin		
Laki-laki	33	32,4
Perempuan	69	67,6
Riwayat Penyakit		
Stroke	47	46,1
Diabetes Mellitus	6	5,9
Penyakit Jantung	13	12,7
PPOK	5	4,9
Kanker	1	1
Patah Tulang	4	3,9
Osteoarthritis	26	25,5
Tinggal Bersama Siapa		
Sendiri	16	15,7
Keluarga (saudara/ pasangan/anak/cucu)	85	83,3
Lainnya (tetangga/panti jompo/pesantren lansia)	1	1
Siapa yang Biasa Membantu		
Tidak ada	7	6,9
Keluarga (saudara/ pasangan/anak/cucu)	87	85,3
Lainnya (perawat/ tetangga/pembantu)	8	7,8
Pengalaman Dirawat di Rumah Sakit		
Ya (< 1 tahun yang lalu)	20	19,6
Ya (≥1 tahun yang lalu)	24	23,5
Tidak pernah	58	56,9

Tabel 4.1 menjelaskan bahwa sebagian besar pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra berusia 60-74 tahun yaitu sebanyak 73 orang (71,6%), berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 69 orang (67,6%), memiliki riwayat penyakit stroke yaitu sebanyak 47 orang (46,1%), tinggal bersama keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu) yaitu sebanyak 85 orang (83,3%), biasa dibantu oleh keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu) yaitu sebanyak 87 orang (85,3%), serta tidak pernah dirawat di rumah sakit yaitu sebanyak 58 orang (56,9%).

4.3 Tingkat Kemandirian *Activity of Daily Living* (ADL) pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik

Tabel 4.2
Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian *Activity of Daily Living* (ADL) pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra, Agustus 2023 (n=102)

Indeks Katz	Tingkat Kemandirian ADL	Frekuensi (n)	Persentase (%)
A	Mandiri Total	4	3,9
B	Ketergantungan Paling Ringan	19	18,6
C	Ketergantungan Ringan	13	12,7
D	Ketergantungan Sedang	12	11,8
E	Ketergantungan Berat	16	15,7
F	Ketergantungan Paling Berat	14	13,7
G	Ketergantungan Total	24	23,5
Jumlah		102	100

Tabel 4.2 menjelaskan bahwa sebagian besar pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra memiliki tingkat kemandirian ADL indeks katz G atau ketergantungan total yaitu sebanyak 24 orang (23,5%). Sementara itu, terdapat pasien yang mengalami ketergantungan paling ringan (Indeks Katz B) sebanyak 19 orang (18,6%), ketergantungan berat (Indeks Katz E) sebanyak 16 orang (15,7%), ketergantungan paling berat (Indeks Katz F) sebanyak 14 orang (13,7%), ketergantungan ringan (Indeks Katz C) sebanyak 13 orang (12,7%), ketergantungan sedang (Indeks Katz D) sebanyak 12 orang (11,8%), dan mandiri total (Indeks Katz A) sebanyak 4 orang (3,9%).

Tabel 4.3
Distribusi Pasien Gangguan Mobilitas Fisik yang Mengalami Ketergantungan Paling Ringan Berdasarkan Aktivitas Mandi, Berpakaian, Ke Kamar Kecil, Berpindah, Kontinensia, dan Makan, Agustus 2023 (n=19)

Aktivitas	Bergantung	Mandiri	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Mandi	0 (0)	19 (100)	19 (100)
Berpakaian	2 (10,5)	17 (89,5)	19 (100)
Ke Kamar Kecil	0 (0)	19 (100)	19 (100)
Berpindah	0 (0)	19 (100)	19 (100)
Kontinensia	17 (89,5)	2 (10,5)	19 (100)
Makan	0 (0)	19 (100)	19 (100)

Tabel 4.3 menjelaskan distribusi pasien gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra yang mengalami ketergantungan paling ringan berdasarkan 6 aktivitas kemandirian pada *Katz Index*, sebagian besar pasien bergantung pada aktivitas kontinensia yaitu sebanyak 17 orang (89,5%).

Tabel 4.4
Distribusi Pasien Gangguan Mobilitas Fisik yang Mengalami Ketergantungan Ringan Berdasarkan Aktivitas Mandi, Berpakaian, Ke Kamar Kecil, Berpindah, Kontinensia, dan Makan, Agustus 2023 (n=13)

Aktivitas	Bergantung	Mandiri	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Mandi	0 (0)	13 (100)	13 (100)
Berpakaian	12 (92,3)	1 (7,7)	13 (100)
Ke Kamar Kecil	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (100)
Berpindah	0 (0)	13 (100)	13 (100)
Kontinensia	13 (100)	0 (0)	13 (100)
Makan	0 (0)	13 (100)	13 (100)

Tabel 4.4 menjelaskan distribusi pasien gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra yang mengalami ketergantungan ringan berdasarkan 6 aktivitas kemandirian pada *Katz Index*, sebagian besar pasien bergantung pada aktivitas kontinensia sebanyak 13 orang (100%) dan berpakaian sebanyak 12 orang (92,3%).

Tabel 4.5
Distribusi Pasien Gangguan Mobilitas Fisik yang Mengalami Ketergantungan Sedang Berdasarkan Aktivitas Mandi, Berpakaian, Ke Kamar Kecil, Berpindah, Kontinensia, dan Makan, Agustus 2023 (n=12)

Aktivitas	Bergantung	Mandiri	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Mandi	9 (75)	3 (25)	12 (100)
Berpakaian	8 (66,7)	4 (33,3)	12 (100)
Ke Kamar Kecil	5 (41,7)	7 (58,3)	12 (100)
Berpindah	1 (8,3)	11 (91,7)	12 (100)
Kontinensia	12 (100)	0 (0)	12 (100)
Makan	1 (8,3)	11 (91,7)	12 (100)

Tabel 4.5 menjelaskan distribusi pasien gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra yang mengalami ketergantungan sedang berdasarkan 6 aktivitas kemandirian pada *Katz Index*, sebagian besar pasien bergantung pada aktivitas kontinensia sebanyak 12 orang (100%), mandi sebanyak 9 orang (75%), serta berpakaian sebanyak 8 orang (66,7%).

Tabel 4.6
Distribusi Pasien Gangguan Mobilitas Fisik yang Mengalami
Ketergantungan Berat Berdasarkan Aktivitas Mandi, Berpakaian, Ke
Kamar Kecil, Berpindah, Kontinensia, dan Makan, Agustus 2023 (n=16)

Aktivitas	Bergantung	Mandiri	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Mandi	12 (75)	4 (25)	16 (100)
Berpakaian	14 (87,5)	2 (12,5)	16 (100)
Ke Kamar Kecil	16 (100)	0 (0)	16 (100)
Berpindah	7 (43,8)	9 (56,2)	16 (100)
Kontinensia	15 (93,8)	1 (6,2)	16 (100)
Makan	0 (0)	16 (100)	16 (100)

Tabel 4.6 menjelaskan distribusi pasien gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra yang mengalami ketergantungan berat berdasarkan 6 aktivitas kemandirian pada *Katz Index*, sebagian besar pasien bergantung pada aktivitas ke kamar kecil (*toileting*) yaitu sebanyak 16 orang (100%), kontinensia sebanyak 15 orang (93,8%), berpakaian sebanyak 14 orang (87,5%), serta mandi sebanyak 12 orang (75%).

Tabel 4.7
Distribusi Pasien Gangguan Mobilitas Fisik yang Mengalami
Ketergantungan Paling Berat Berdasarkan Aktivitas Mandi, Berpakaian,
Ke Kamar Kecil, Berpindah, Kontinensia, dan Makan, Agustus 2023
(n=14)

Aktivitas	Bergantung	Mandiri	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Mandi	14 (100)	0 (0)	14 (100)
Berpakaian	14 (100)	0 (0)	14 (100)
Ke Kamar Kecil	14 (100)	0 (0)	14 (100)
Berpindah	11 (78,6)	3 (21,4)	14 (100)
Kontinensia	14 (100)	0 (0)	14 (100)
Makan	3 (21,4)	11 (78,6)	14 (100)

Tabel 4.7 menjelaskan distribusi pasien gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra yang mengalami ketergantungan paling berat berdasarkan 6 aktivitas kemandirian pada *Katz Index*, sebagian besar pasien bergantung pada aktivitas mandi sebanyak 14 orang (100%), berpakaian sebanyak 14 orang (100%), ke kamar kecil sebanyak 14 orang (100%), berpindah sebanyak 11 orang (78,6%), serta mengalami inkontinensia sebanyak 14 orang (100%).

Tabel 4.8
Distribusi Pasien Gangguan Mobilitas Fisik yang Mengalami
Ketergantungan Total Berdasarkan Aktivitas Mandi, Berpakaian, Ke
Kamar Kecil, Berpindah, Kontinensia, dan Makan, Agustus 2023 (n=24)

Aktivitas	Bergantung	Mandiri	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Mandi	24 (100)	0 (0)	24 (100)
Berpakaian	24 (100)	0 (0)	24 (100)
Ke Kamar Kecil	24 (100)	0 (0)	24 (100)
Berpindah	24 (100)	0 (0)	24 (100)
Kontinensia	24 (100)	0 (0)	24 (100)
Makan	24 (100)	0 (0)	24 (100)

Tabel 4.8 menjelaskan distribusi pasien gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra yang mengalami ketergantungan total berdasarkan 6 aktivitas kemandirian pada *Katz Index*, sepenuhnya pasien bergantung pada aktivitas mandi sebanyak 24 orang (100%), berpakaian sebanyak 24 orang (100%), ke kamar kecil sebanyak 24 orang (100%), berpindah sebanyak 24 orang (100%), makan sebanyak 24 orang (100%), serta mengalami inkontinensia sebanyak 24 orang (100%).

Karakteristik	Tingkat Kemandirian ADL (Indeks Katz)							Total
	A	B	C	D	E	F	G	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Siapa yang biasa membantu:								
Tidak ada	0 (0)	5 (71,4)	1 (14,3)	0 (0)	0 (0)	1 (14,3)	0 (0)	7 (100)
Keluarga (saudara/ pasangan/anak/cucu)	4 (4,6)	12 (13,8)	10 (11,5)	12 (13,8)	16 (18,4)	13 (14,9)	20 (23,0)	87 (100)
Lainnya (perawat/ tetangga/pembantu)	0 (0)	2 (25,0)	2 (25,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (50,0)	8 (100)
Pengalaman dirawat di rumah sakit:								
Ya (< 1 tahun yang lalu)	0 (0)	3 (15,0)	0 (0)	4 (20,0)	3 (15,0)	3 (15,0)	7 (35,0)	20 (100)
Ya (≥1 tahun yang lalu)	2 (8,3)	4 (16,7)	3 (12,5)	2 (8,3)	4 (16,7)	3 (12,5)	6 (15,0)	24 (100)
Tidak pernah	2 (3,4)	12 (20,7)	10 (17,2)	6 (10,3)	9 (15,5)	8 (13,8)	11 (19,0)	58 (100)

Tabel 4.9 menjelaskan mengenai distribusi tingkat kemandirian *activity of daily living* (ADL) berdasarkan karakteristik pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik seperti usia, jenis kelamin, riwayat penyakit, tinggal bersama siapa, siapa yang biasa membantu, dan pengalaman dirawat di rumah sakit. Hasil analisa menunjukkan bahwa ketergantungan total lebih banyak dialami oleh pasien yang berusia > 90 tahun (*very old*) (50%), berjenis kelamin perempuan (26,1%), memiliki riwayat penyakit stroke (42,6%), tinggal bersama keluarga (27,1%), biasa dibantu oleh lainnya (perawat/tetangga/pembantu) (50%), dan pernah dirawat di rumah sakit < 1 tahun yang lalu (35%). Sedangkan, ketergantungan paling ringan lebih banyak dialami pasien yang berusia 75-90 tahun (25,9%), berjenis kelamin laki-laki (21,2%), memiliki riwayat penyakit jantung (46,2%), tinggal bersama lainnya (tetangga) (100%), tidak dibantu oleh siapa pun (71,4%), dan tidak pernah dirawat di rumah sakit (20,7%).

BAB V

PEMBAHASAN

Bab ini akan menjelaskan mengenai pembahasan dari hasil penelitian pada bab sebelumnya. Adapun, pembahasan tersebut mengenai gambaran karakteristik pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik, gambaran tingkat kemandirian *activity of daily living* (ADL) pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik, serta gambaran tingkat kemandirian ADL berdasarkan karakteristik pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

5.1 Gambaran Karakteristik Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik

5.1.1 Usia

World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa usia 60-74 tahun termasuk kategori lanjut usia (*Elderly*), sedangkan untuk usia 75-90 tahun termasuk kategori lanjut usia tua (*Old*) dan usia > 90 tahun termasuk kategori sangat tua (*Very Old*).⁽³⁾ Di Indonesia, dapat dikatakan lansia apabila seseorang sudah mencapai usia ≥ 60 tahun.⁽⁵⁶⁾ Namun, pada lansia yang berusia ≥ 60 tahun yang memiliki masalah kesehatan dan yang berusia ≥ 70 tahun, mereka termasuk kategori lanjut usia berisiko tinggi.⁽⁵⁶⁾ Hal ini dikarenakan, semakin bertambahnya usia maka akan memperbesar kemungkinan seseorang untuk mengalami penurunan baik kesehatan fisik seperti gangguan fungsional, spiritual, jiwa, sosial dan ekonomi.^(56,57)

Hasil dari penelitian ini sejalan dengan penelitian Rosina tahun 2019 yang menyatakan bahwa adanya hubungan antara usia dengan kemandirian dalam memenuhi ADL dasar pada lansia.⁽⁵⁸⁾ Sesuai juga dengan penelitian lainnya yang menyatakan bahwa usia 60-74 tahun lebih banyak dibandingkan dengan yang berusia 75-90 tahun.^(59,60) Namun, berbeda dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Apriliani di Jepang yang menemukan bahwa dari 36 responden yang berusia 75-90 tahun (72,2%) lebih banyak dibandingkan dengan yang berusia 60-74 tahun (13,9%) atau usia 90 tahun ke atas (13,9%).⁽⁶¹⁾ Perbedaan tersebut dikarenakan usia harapan hidup (UHH) orang Indonesia mencapai 71,5 tahun, sedangkan usia harapan hidup (UHH) orang Jepang adalah 83,75 tahun dan Jepang merupakan negara dengan populasi lansia terbanyak di dunia.^(61,62)

5.1.2 Jenis Kelamin

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa jumlah responden berjenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan yang berjenis kelamin laki-laki.^(63,64) Hal tersebut dikarenakan di Indonesia usia harapan hidup (UHH) perempuan lebih tinggi 5 tahun dari pada laki-laki, dimana UHH perempuan adalah 74 tahun dan UHH laki-laki adalah 69 tahun.⁽⁶²⁾ Namun berbeda dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Siti Mulyani di Puskesmas Kasihan II yang menemukan bahwa dari 40 responden lebih banyak yang berjenis kelamin laki-laki (62,5%) dibanding dengan yang berjenis kelamin perempuan (37,5%).⁽⁶⁵⁾

5.1.3 Riwayat penyakit

Stroke merupakan salah satu kondisi klinis yang sering dijumpai pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.⁽⁸⁾ Pasien stroke yang mengalami masalah pada sistem neuro-muskuloskeletal dapat berdampak pada kemampuan mobilitas pasien.⁽⁴¹⁾ Stroke merupakan penyebab utama kecacatan pada orang dewasa.⁽⁶⁶⁾

Hasil dari penelitian ini sejalan dengan penelitian Nursyiham yang menyatakan bahwa sekitar 90% pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik mengalami serangan secara tiba-tiba yang mengakibatkan kelemahan ataupun kelumpuhan pada anggota badan. Akibatnya, membuat pasien mengalami gangguan pada pemenuhan aktivitas kehidupan sehari-hari.⁽⁶⁷⁾ Sejalan juga dengan penelitian Rosina tahun 2019 yang menyatakan bahwa adanya hubungan antara status kesehatan dengan kemandirian dalam memenuhi BADL pada lansia. Lansia yang sakit memiliki kemungkinan 2,938 kali lebih besar untuk menjadi ketergantungan dalam melakukan BADL dibandingkan dengan lansia yang sehat.⁽⁵⁸⁾ Namun, berbeda dengan hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Ehab mengenai ADL pada lansia dengan imobilitas kronis yang menunjukkan sebagian besar responden menderita penyakit jantung yaitu sebanyak 38 orang (29,9%).⁽¹⁵⁾

5.1.4 Tinggal Bersama Siapa

Hasil dari penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Ayuningtyas yang menyatakan dari 108 responden sebagian besar tinggal bersama keluarganya yaitu sebanyak 81 orang (75%), dan

sebagian kecil responden tinggal sendirian yaitu sebanyak 27 orang (25%).⁽⁶⁴⁾ Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Setyoadi yang menyatakan bahwa dari 57 responden sekitar 84,21% responden tinggal dengan keluarga inti (pasangan dan anak) dan sekitar 15,79% responden tinggal bersama (pasangan, anak, cucu, dan menantu).⁽⁶⁸⁾ Di Indonesia sekitar 60% penduduk yang berusia ≥ 60 tahun berbagi rumah dengan anak-anak mereka.⁽⁶⁹⁾

5.1.5 Siapa yang Biasa Membantu

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa sekitar 90% perawatan pada pasien yang menderita penyakit kronis diberikan oleh keluarga.⁽⁷⁰⁾ Sejalan juga dengan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara peran keluarga dengan kemandirian ADL pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik maupun pada lansia.^(68,71) Keluarga merupakan orang yang paling dekat dengan lansia, yang dapat membantu serta memahami semua permasalahan lansia melalui penerimaan terhadap segala situasi yang dihadapi lansia, memahami karakteristik khusus lansia, merawat dan mengasuh orang tua; merawat lansia dapat membantu untuk mengantisipasi kekurangannya dan mengoptimalkan segala kemampuan yang masih ada pada lansia.⁽⁷²⁾ Berdasarkan budaya di Indonesia, sudah seharusnya orang tua dirawat dan tinggal bersama dengan anak mereka, terutama ketika orang tua sudah tidak produktif secara ekonomi.⁽⁶⁹⁾

5.1.6 Pengalaman Dirawat di Rumah Sakit

Berdasarkan hasil observasi, alasan utama pasien gangguan mobilitas fisik yang tidak pernah dirawat di rumah sakit adalah karena tidak adanya biaya. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Irdam yang menyatakan bahwa lansia yang kesulitan ekonomi mengalami keterbatasan dalam mendapatkan fasilitas kesehatan yang diinginkan.⁽⁷³⁾

5.2 Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity of Daily Living* (ADL) Pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik

Hasil analisa menunjukkan bahwa dari 102 pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik sebagian besar memiliki tingkat kemandirian *activity of daily living* (ADL) ketergantungan total (indeks katz G) yaitu sebanyak 24 orang (23,5%). Pasien dengan ketergantungan total tersebut sepenuhnya menerima bantuan dari orang lain dalam melakukan 6 aktivitas dasar seperti mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, kontinensia, serta makan.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian terdahulu yang dilakukan Ehab Ali mengenai ADL pada lansia dengan imobilitas kronis di Mesir yang menyatakan bahwa dari 150 responden sebagian besar mengalami ketergantungan (45,33%) dalam memenuhi aktivitas kehidupan sehari-harinya.⁽¹⁵⁾ Sejalan juga dengan penelitian terdahulu yang telah dilakukan oleh Nurhidayat mengenai tingkat ketergantungan ADL pada pasien stroke yang menyatakan bahwa sebagian besar responden mengalami tingkat ketergantungan total dalam pemenuhan ADL.⁽⁷⁴⁾ Ketergantungan total pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra ini disebabkan oleh masalah kesehatan yang diderita responden. Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa keadaan fisik seseorang dapat mempengaruhi kemampuan dalam pemenuhan *activity of daily living*. Apabila sistem dalam tubuh terganggu akibat suatu penyakit atau trauma, maka pemenuhan ADL juga akan terganggu.⁽²⁸⁾

Hasil penelitian ini berbanding terbalik dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Siti mengenai tingkat ketergantungan pada pasien stroke yang menyatakan bahwa dari 40 responden mayoritas memiliki tingkat ketergantungan ringan dan mandiri masing-masing sebanyak 18 orang (45%), dan sebagian kecil memiliki tingkat ketergantungan total sebanyak 3 orang (7,5%).⁽⁶⁵⁾ Berbeda juga dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Tatali mengenai kemandirian ADL pada pasien post stroke yang menyatakan bahwa dari 65 responden sebagian besar mandiri sebanyak 29 orang (44,6%) dan sebagian kecil ketergantungan total sebanyak 11 orang (16,9%).⁽⁷⁵⁾

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa pasien gangguan mobilitas fisik yang memiliki tingkat kemandirian indeks Katz B (ketergantungan paling ringan) sebagian besar mengalami inkontinensia. Ketergantungan dalam kontinensia pada mereka dilihat dari ketidakmampuan dalam mengontrol BAK/BAB sebagian atau total. Inkontinensia tersebut dikarenakan kondisi fisik mereka yang mengalami keterbatasan dan penggunaan alat bantu jalan yang seringkali menghambat kemampuan mereka dalam mencapai toilet dengan cepat dan tepat waktu sehingga mengakibatkan kebocoran urine ataupun feses. Berdasarkan teori keadaan tersebut sering disebut dengan inkontinensia fungsional dimana pada inkontinensia jenis ini biasanya terjadi pada seseorang yang mengalami gangguan mobilitas dengan fungsi kandung kemih dan uretra normal namun mereka kesulitan untuk menuju toilet dengan cepat untuk buang air kecil ataupun buang air besar.⁽⁷⁶⁾

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa pasien gangguan mobilitas fisik yang memiliki tingkat kemandirian indeks Katz C (ketergantungan ringan) sebagian besar bergantung dalam aktivitas berpakaian serta mengalami inkontinensia. Ketergantungan dalam aktivitas berpakaian pada pasien gangguan mobilitas fisik dikarenakan keterbatasan fisik dan kesulitan mereka dalam menjaga keseimbangan sehingga dibutuhkan peran orang lain untuk membantu memakaikan pakaian kepada mereka seperti baju, celana, sepatu, dan lainnya. Adapun, ketergantungan dalam aktivitas kontinensia pada mereka disebabkan karena kesulitan melepaskan pakaian bawah ketika hendak buang air dan sebagian dari mereka menggunakan pampers untuk menampung urin dan feses. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Elisabet bahwa sekitar 32% pasien gangguan mobilitas fisik yang mengalami tingkat ketergantungan ringan bergantung dalam aktivitas berpakaian.⁽⁷⁷⁾

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa pasien gangguan mobilitas fisik yang memiliki tingkat kemandirian indeks Katz D (ketergantungan sedang) sebagian besar bergantung dalam aktivitas mandi. Ketergantungan dalam aktivitas mandi pada mereka dikarenakan kondisi fisik mereka yang mengalami keterbatasan, sebagian mengalami kesulitan dalam membersihkan daerah tubuh tertentu seperti rambut, punggung dan kedua kaki, kemudian mandi merupakan aktivitas yang dapat meningkatkan risiko jatuh pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik sehingga dibutuhkan bantuan dari orang lain untuk membantu mencegah cedera serta memenuhi kebutuhan mandi pada mereka. Berdasarkan teori lansia dengan gangguan mobilitas fisik akan

mengalami penurunan kestabilan sehingga dapat meningkatkan risiko jatuh pada mereka, sebagaimana kemandirian dalam ADL dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu usia, mobilitas, dan mudah jatuh.⁽⁵⁾

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa pasien gangguan mobilitas fisik yang memiliki tingkat kemandirian indeks Katz E (ketergantungan berat) sebagian besar bergantung dalam aktivitas ke kamar kecil (*toileting*). Ketergantungan dalam aktivitas *toileting* pada mereka dilihat dari ketidakmampuan pergi ke kamar kecil untuk proses buang air secara mandiri, sebagian besar menerima bantuan dari orang lain untuk menggunakan dan mengosongkan pispot atau kursi toilet, memakai pampers sebagai penampung urine atau feses, dibantu dalam membersihkan diri dan merapikan pakaian setelah buang air. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Elisabet bahwa sekitar 22,2% pasien gangguan mobilitas fisik yang mengalami tingkat ketergantungan berat bergantung dalam aktivitas *toileting*.⁽⁷⁷⁾ Hal tersebut dikarenakan kondisi fisik pasien yang lemah sehingga memerlukan bantuan orang lain dalam memenuhi ADL mereka.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa pasien gangguan mobilitas fisik yang memiliki tingkat kemandirian indeks Katz F (ketergantungan paling berat) sebagian besar bergantung dalam aktivitas mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, serta mengalami inkontinensia. Dalam aktivitas mandi pasien menerima bantuan dalam membersihkan seluruh bagian tubuh mereka. Dalam aktivitas berpakaian pasien menerima bantuan dalam mengambil pakaian dan memakaikan pakaian, terdapat pasien yang tidak memakai pakaian sebagian

atau hanya menggunakan sarung. Dalam aktivitas *toileting* pasien tidak pergi ke kamar kecil untuk proses buang air, mayoritas menggunakan pampers. Dalam aktivitas berpindah mereka dibantu oleh orang lain dalam berpindah dari tempat tidur ke kursi ataupun sebaliknya, dan terdapat juga pasien yang tidak mampu bangun dari tempat tidurnya. Selain itu, pasien mengalami inkontinensia total dan terdapat pasien yang menggunakan kateter sebagai penampung urin. Hasil ini menunjukkan bahwa pasien gangguan mobilitas fisik dengan ketergantungan paling berat perlu bantuan orang lain karena mereka sudah tidak mampu melaksanakannya sendiri sebab pasien kesulitan dalam bergerak.

5.3 Gambaran Tingkat Kemandirian ADL Berdasarkan Karakteristik Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik

5.3.1 Ketergantungan Total berdasarkan Karakteristik Pasien

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien gangguan mobilitas fisik yang mengalami ketergantungan total lebih banyak dialami oleh pasien yang berusia > 90 tahun (*Very Old*), berjenis kelamin perempuan, memiliki riwayat penyakit stroke, tinggal bersama keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu), biasa dibantu oleh lainnya (perawat/tetangga/pembantu), dan pernah dirawat di rumah sakit < 1 tahun yang lalu.

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan total mayoritas berusia > 90 tahun (*Very Old*). Usia pasien yang sangat tua tersebut cenderung membuat mereka bergantung dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Hal tersebut dipengaruhi dengan penurunan kemampuan fisik seperti penurunan massa otot dan fleksibilitas yang mengakibatkan mereka mengalami gangguan mobilitas fisik dan dapat berdampak terhadap tingkat kemandirian ADL. Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa kemandirian yang menurun pada lansia akan mengakibatkan peningkatan ketergantungan terhadap orang-orang disekitarnya.⁽¹²⁾ Semakin bertambah usia seseorang dan semakin banyak aktivitas ADL yang bergantung maka semakin besar pula kemungkinan untuk terjadinya ketergantungan total.⁽⁶⁴⁾

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan total mayoritas berjenis kelamin perempuan, sejalan dengan penelitian Elisabet yang menyatakan bahwa pasien perempuan memiliki risiko lebih

tinggi mengalami ketergantungan total karena pada perempuan proses pemulihan penyakitnya cenderung lebih lambat dibandingkan laki-laki.⁽⁷⁷⁾ Namun, perlu diingat kembali bahwa perbedaan tingkat kemandirian ADL pada pasien gangguan mobilitas fisik tidak selalu mutlak disebabkan karena jenis kelamin, banyak faktor lainnya yang dapat mempengaruhi tingkat kemandirian ADL seperti usia, tingkat keparahan imobilitas, riwayat penyakit, psikologis, lingkungan dan lainnya.⁽²⁸⁾

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan total mayoritas memiliki riwayat penyakit stroke. Ketergantungan total yang dialami penderita stroke diakibatkan karena fungsi motorik yang menurun dan pasien mengalami gejala awal yang berat seperti kelumpuhan otot yang membuat proses pemulihannya menjadi terbatas. Perubahan tersebut mempengaruhi struktur fisik maupun psikologisnya sehingga berdampak terhadap kemandirian ADL mereka. Sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa fungsi motorik dan fungsi kognitif yang buruk, akan mengakibatkan kemandirian seseorang dalam beraktivitas sehari-hari menjadi menurun.⁽³³⁾ Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Tatali bahwa terdapat 11 orang (16,9%) penderita stroke mengalami ketergantungan total dalam melakukan ADL.⁽⁷⁵⁾ Sesuai juga dengan penelitian Javiar yang menyatakan bahwa sekitar 15%-30% penderita stroke menderita kecacatan permanen yang mengakibatkan penderitanya mengalami penurunan kemandirian dalam melakukan ADL.⁽⁷⁸⁾

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan total mayoritas tinggal bersama keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu). Dalam penelitian ini pasien gangguan mobilitas fisik adalah responden yang memiliki masalah kesehatan sehingga walaupun tinggal bersama keluarga tidak menutup kemungkinan untuk menjadi ketergantungan. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Rosina yang menyatakan adanya hubungan antara status kesehatan lansia dengan kemandirian ADL.⁽⁵⁸⁾ Namun, hasil penelitian ini berbanding terbalik dengan penelitian Ayuningtyas yang menyatakan sebagian besar responden yang tinggal bersama saudara, anak, atau cucunya mandiri dalam melakukan ADL karena adanya dukungan secara mental dari keluarganya.⁽⁶⁴⁾

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan total mayoritas biasa dibantu oleh lainnya (perawat/tetangga/pembantu). Karena pasien sudah tidak dapat melakukannya sendiri dan pihak keluarga lebih mempercayai pihak lain seperti perawat, tetangga, ataupun pembantu untuk merawat atau membantu pasien dalam memenuhi aktivitas sehari-harinya. Pendekatan perawatan serta dukungan harus disesuaikan dengan kebutuhan pasien gangguan mobilitas fisik.

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan total mayoritas pernah dirawat dirumah sakit < 1 tahun yang lalu. Hal tersebut dapat dikarenakan durasi rawat inap di rumah sakit yang lama dimana selama rawat inap tersebut pasien terbiasa bergantung kepada perawat atau staf medis untuk banyak kebutuhan sehari-harinya, semakin lama seseorang dirawat di

rumah sakit maka semakin besar kemungkinan adanya penurunan kemandirian dalam ADL. Sejalan dengan penelitian Volpato dkk. yang menyatakan bahwa rawat inap akut dapat menyebabkan ketergantungan dalam melakukan ADL pada sejumlah besar lansia.⁽⁷⁹⁾

5.3.2 Ketergantungan Paling Berat berdasarkan Karakteristik Pasien

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien gangguan mobilitas fisik yang mengalami ketergantungan paling berat lebih banyak dialami oleh pasien yang berusia > 90 tahun (*very old*), berjenis kelamin laki-laki, memiliki riwayat patah tulang, tinggal bersama keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu), biasa dibantu oleh keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu), dan pernah dirawat di rumah sakit < 1 tahun yang lalu.

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan paling berat mayoritas memiliki riwayat patah tulang. Kejadian fraktur yang dialami pada responden penelitian ini terjadi dibagian ekstremitas bawah yang membuat mereka kesulitan berjalan dan bergerak, sehingga tingkat kemandirian dalam pemenuhan ADL menurun dan menjadi bergantung dengan orang lain. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Gusti yang menyatakan bahwa sebagian besar pasien dengan fraktur ekstremitas bawah mengalami ketergantungan berat sebanyak 23 orang (65,7%).⁽⁸⁰⁾ Sejalan juga dengan penelitian *Chih-Ying Li* yang menyatakan bahwa kehilangan kemandirian dalam beraktivitas merupakan salah satu masalah yang dihadapi seseorang dengan masalah ortopedi, termasuk pasien fraktur. Hal tersebut

diakibatkan menurunnya tonus otot, sehingga kemandirian pasien menjadi menurun.⁽⁸¹⁾

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan paling berat mayoritas biasa dibantu oleh keluarga. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Rosina yang menyatakan bahwa sekitar 38,9% responden yang dirawat oleh keluarganya mengalami ketergantungan dalam melakukan ADL.⁽⁵⁸⁾ Ketergantungan paling berat pada pasien gangguan mobilitas fisik tersebut dikarenakan keterbatasan yang dimiliki mereka sehingga mengharuskan keluarga sebagai orang terdekat untuk membantu mengoptimalkan kebutuhan-kebutuhan mereka terutama dalam pemenuhan ADL. Sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa peran keluarga seperti menjaga, merawat, dan memberikan dukungan merupakan bentuk pengabdian (misal dari anak kepada orang tua), sehingga dapat meningkatkan produktifitas dan kesejahteraan lansia yang mengalami ketergantungan dalam ADL.⁽⁵⁸⁾

5.3.3 Ketergantungan Berat berdasarkan Karakteristik Pasien

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien gangguan mobilitas fisik yang mengalami ketergantungan berat lebih banyak dialami oleh pasien yang berusia 60-74 tahun (*Elderly*), berjenis kelamin perempuan, memiliki riwayat penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), tinggal bersama keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu), biasa dibantu oleh keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu), dan pernah dirawat di rumah sakit ≥ 1 tahun yang lalu.

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan berat mayoritas berusia 60-74 tahun (*Elderly*). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa pada orang dewasa yang berumur ≥ 60 tahun akan mengalami kembali perubahan tingkat kemandirian.⁽²⁷⁾ Kemandirian yang menurun pada lansia akan mengakibatkan peningkatan ketergantungan terhadap orang-orang disekitarnya.⁽¹²⁾ Usia ≥ 60 tahun masuk dalam kategori lanjut usia, dimana pada masa tersebut akan mengalami proses pemulihan yang sangat lambat. Lambatnya proses pemulihan tersebut dapat berpengaruh pada regenerasi sel otak yang mengalami kerusakan sehingga mengakibatkan kelemahan serta kelumpuhan pada anggota gerak.⁽⁷⁴⁾

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan berat mayoritas memiliki riwayat penyakit paru obstruktif kronis (PPOK). Berdasarkan hasil observasi sebagian besar pasien mengalami sesak napas, dan hal tersebut yang membatasi dan mengganggu mereka dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Sejalan dengan penelitian Ismail yang menyebutkan bahwa gangguan fungsional pada pasien PPOK dikarenakan dispnea yang merupakan gejala utama yang menjadi penyebab penurunan ADL pada mereka, dan keadaan tersebut dapat menyebabkan ketergantungan dan kecacatan.⁽⁸²⁾ Hal tersebut dikarenakan penyakit kronis yang dideritanya dapat menghambat proses pemenuhan aktivitas kehidupan sehari-harinya. Sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa keadaan fisik dapat memberikan pengaruh terhadap kemampuan individu dalam memenuhi

activity of daily living. Apabila sistem dalam tubuh terganggu akibat suatu penyakit atau trauma, maka pemenuhan ADL juga akan terganggu.⁽²⁸⁾

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan berat mayoritas pernah dirawat di rumah sakit ≥ 1 tahun yang lalu. Hal tersebut dapat dikarenakan intervensi medis yang diterima pasien selama dirawat di rumah sakit, mengingat beberapa tindakan medis atau operasi yang dapat mengakibatkan ketidaknyamanan, kelemahan fisik, atau imobilitas yang memungkinkan pasien memerlukan waktu yang lama untuk pulih. Sejalan dengan penelitian Volpato dkk. yang menyatakan bahwa rawat inap akut dapat menyebabkan ketergantungan dalam melakukan ADL pada sejumlah besar lansia.⁽⁷⁹⁾ Hasil penelitian ini sejalan juga dengan penelitian *Xiuyue Li* yang meneliti mengenai pemulihan ADL pada lansia setelah dirawat inap yang menyatakan bahwa dari 403 sebanyak 174 orang (43,2%) masih ketergantungan dalam melakukan ADL setelah 6 bulan keluar dari rumah sakit.⁽⁸³⁾

5.3.4 Ketergantungan Sedang berdasarkan Karakteristik Pasien

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien gangguan mobilitas fisik yang mengalami ketergantungan sedang lebih banyak dialami oleh pasien yang berusia 60-74 tahun (*Elderly*), berjenis kelamin laki-laki, memiliki riwayat penyakit jantung, tinggal bersama keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu), biasa dibantu oleh keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu), dan pernah dirawat di rumah sakit < 1 tahun yang lalu.

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan sedang mayoritas memiliki riwayat penyakit jantung. Pada penderita gagal jantung, kesulitan bernapas saat berbaring juga bisa terjadi akibat penumpukan cairan di alveoli paru-paru. Adanya cairan di dalam alveoli akan menghambat pertukaran gas, sehingga pasien akan kesulitan bernapas saat berbaring di malam hari, sering disebut *paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND). Akibat penurunan curah jantung, oksigen juga akan terhambat dan pembuangan produk sisa katabolisme akan berkurang sehingga menyebabkan pasien merasa lelah dan cemas.⁽⁸⁴⁾ Kondisi tersebut dapat menjadi alasan mengapa pasien penyakit jantung masuk dalam kelompok ketergantungan sedang dalam aktivitas sehari-hari. Sejalan juga dengan penelitian Wahyudi yang menyatakan bahwa sekitar 46% penderita penyakit jantung mengalami ketergantungan sedang.⁽⁸⁵⁾

5.3.5 Ketergantungan Ringan berdasarkan Karakteristik Pasien

Hasil Penelitian ini menunjukkan bahwa pasien gangguan mobilitas fisik yang mengalami ketergantungan ringan lebih banyak dialami oleh pasien yang berusia 75-90 tahun (*Old*), berjenis kelamin perempuan, memiliki riwayat penyakit osteoarthritis, tinggal sendiri, biasa dibantu oleh lainnya (perawat/tetangga/pembantu), dan tidak pernah dirawat di rumah sakit.

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan ringan mayoritas memiliki riwayat penyakit osteoarthritis. Sejalan dengan WHO yang menyatakan bahwa arthritis adalah penyakit yang sering diderita

oleh banyak lansia.⁽³⁾ Penyakit tersebut menyebabkan gangguan pada sistem musculoskeletal karena seseorang yang menderita penyakit ini mengalami nyeri dan kaku pada bagian sendi. Hal ini membuat pergerakan seseorang menjadi terbatas akibat fungsi tulang rawan sebagai penopang tubuh menurun.⁽⁵⁾ Oleh karena itu, produktivitas pasien gangguan mobilitas fisik yang menderita osteoarthritis terganggu dan terjadi perubahan gaya berjalan menjadi tidak normal yang mengakibatkan penurunan tingkat kemandirian menjadi ketergantungan ringan.

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan ringan mayoritas tinggal sendiri. Hal ini dikarenakan pasien dengan gangguan mobilitas fisik yang tinggal sendiri akan berusaha mandiri dalam segala aktivitasnya. Sejalan dengan penelitian Aria yang menyatakan bahwa sebanyak 32% lansia tinggal dirumah sendirian dan mereka cenderung lebih mandiri dibanding lansia yang serumah dengan anaknya.⁽⁸⁶⁾

5.3.6 Ketergantungan Paling Ringan berdasarkan Karakteristik Pasien

Hasil Penelitian ini menunjukkan bahwa pasien gangguan mobilitas fisik yang mengalami ketergantungan paling ringan lebih banyak dialami oleh pasien yang berusia 75-90 tahun (*Old*), berjenis kelamin laki-laki, memiliki riwayat penyakit jantung, tinggal bersama lainnya (tetangga), biasa dibantu oleh keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu), dan tidak pernah dirawat di rumah.

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan paling ringan mayoritas berusia 75-90 tahun (*Old*). Berdasarkan hasil

penelitian terdapat lansia yang berusia 75-90 tahun yang masih mampu melakukan segala aktivitasnya sendiri, mereka hanya mengalami inkontinensia yang memang sudah biasa terjadi pada usia tersebut. Kemandirian tersebut merupakan dorongan dari diri sendiri, maupun keluarga. Sesuai dengan penelitian terdahulu yang menjelaskan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga maka akan semakin meningkatkan kemandirian ADL pada lansia.⁽¹⁷⁾

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan paling ringan mayoritas memiliki riwayat penyakit jantung. Penderita penyakit jantung yang mengalami ketergantungan paling ringan sudah mampu mengatur aktivitasnya secara mandiri sehingga membantu mengoptimalkan kerja jantung secara keseluruhan. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan penderita jantung yang secara fisik aktif cenderung memiliki fungsi otot dan sendi yang lebih baik karena mereka dinilai lebih kuat dan dapat melakukan aktivitas sehari-harinya seperti biasa.⁽⁸⁴⁾ Kondisi tersebut dapat menjadi alasan mengapa pasien gangguan mobilitas fisik yang menderita penyakit jantung masuk dalam kelompok ketergantungan paling ringan dalam aktivitas sehari-hari.

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan paling ringan mayoritas tinggal bersama lainnya (tetangga). Hal ini dikarenakan pasien dengan gangguan mobilitas fisik yang tinggal dengan selain keluarganya akan berusaha mandiri dalam segala aktivitasnya. Sejalan dengan penelitian Aria yang menyatakan bahwa sebanyak 32% lansia tinggal

dirumah sendirian atau yang jauh dengan keluarga mereka cenderung lebih mandiri dibanding lansia yang serumah dengan anaknya.⁽⁸⁶⁾

Hasil analisa menunjukkan pasien yang mengalami ketergantungan paling ringan mayoritas tidak pernah dirawat di rumah sakit. Berdasarkan hasil observasi pasien gangguan mobilitas fisik dengan tingkat kemandirian ketergantungan paling ringan hanya mengalami inkontinensia untuk aktivitas lainnya sudah mampu dilakukan secara mandiri. Ketika mereka sakit, mereka lebih memilih rawat jalan ke pelayanan kesehatan terdekat untuk melakukan kontrol kesehatan dari pada rawat inap ke rumah sakit. Hal tersebut dikarenakan tidak adanya biaya. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Irdam yang menyatakan bahwa lansia yang kesulitan ekonomi mengalami keterbatasan dalam mendapatkan fasilitas kesehatan yang diinginkan.⁽⁷³⁾

5.4 Keterbatasan Penelitian

1. Pada saat pengambilan data, waktu yang digunakan adalah antara pukul 10.00 WIB hingga pukul 17.00 WIB, waktu tersebut adalah waktu yang sering digunakan oleh sebagian pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik untuk istirahat atau tidur siang, sehingga ketika hendak mengambil data peneliti harus mampu mengatur waktu sebaik-baiknya agar proses penelitian berjalan dengan lancar sesuai dengan keinginan.
2. Pada saat pengambilan data, terdapat sejumlah pasien dengan gangguan mobilitas fisik yang sudah sepuh dan tidak mengerti Bahasa Indonesia, sehingga ketika pengambilan data peneliti dibantu oleh kader kesehatan setempat ataupun keluarga responden untuk menerjemahkan pertanyaan peneliti dari Bahasa Indonesia ke Bahasa Jawa (Indramayu).
3. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang hanya memberikan gambaran mengenai tingkat kemandirian ADL pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik, sehingga peneliti tidak memberikan intervensi lanjutan pada responden penelitian.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, disimpulkan sebagai berikut:

1. Pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra dengan jumlah 102 responden, mayoritas berusia 60-74 tahun (*Elderly*), berjenis kelamin perempuan, mempunyai riwayat penyakit stroke, tinggal bersama keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu), biasa dibantu oleh keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu), serta tidak pernah dirawat di rumah sakit.
2. Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar tingkat kemandirian ADL pada pasien gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra adalah ketergantungan total (Indeks Katz G) (23,5%). Ketergantungan total tersebut artinya pasien sepenuhnya menerima bantuan dari orang lain (bergantung) dalam 6 aktivitas dasar yaitu mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, kontinensia, dan makan.
3. Hasil penelitian tingkat kemandirian ADL berdasarkan karakteristik pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Sukra, didapatkan bahwa ketergantungan total lebih banyak dialami oleh pasien berusia > 90 tahun (*very old*), berjenis kelamin perempuan, memiliki riwayat penyakit stroke, tinggal bersama keluarga (saudara/pasangan/anak/cucu), biasa dibantu oleh lainnya (perawat/tetangga/pembantu), dan pernah dirawat di rumah sakit < 1 tahun yang lalu.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai *evidence based* dalam pengembangan ilmu keperawatan, sehingga dapat membantu mahasiswa keperawatan dalam memahami tingkat kemandirian pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

6.2.2 Bagi Puskesmas

Pihak Puskesmas Sukra diharapkan mengembangkan program “*Home Care*” untuk warga atau pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik serta melakukan kerja sama lintas sektoral dengan pemerintah desa, daerah ataupun pusat untuk merealisasikan program tersebut ataupun membuat program lainnya yang lebih inovatif.

6.2.3 Bagi Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik

Diharapkan pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik mampu memenuhi segala aktivitas kehidupan sehari-harinya baik secara mandiri maupun dibantu oleh orang lain, serta melakukan kontrol kesehatan ke puskesmas ataupun pelayanan kesehatan lainnya.

6.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan penelitian ini dijadikan sebagai data dasar untuk pengembang penelitian selanjutnya tentang faktor-faktor lainnya yang dapat mempengaruhi tingkat kemandirian ADL pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik, seperti kondisi ekonomi, pengobatan atau terapi yang telah dilakukan, kepemilikan asuransi kesehatan dan lain-lainnya

DAFTAR PUSTAKA

1. Bonafé M, Jorge MSG, Portella MR, Doring M, Scortegagna SA, Wibelinger LM. Factors related to chronic pain in institutionalized elderly. *Brazilian J Pain*. 2020;3(3):314–7.
2. 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):1–13.
3. WHO. Global report on health equity for persons with disabilities [Internet]. World Health Organization 2022; 2021. 312 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>
4. Badan Pusat Statistik. Hasil long form sensus penduduk 2020. Direktorat Statistik Kependudukan dan Ketenagakerjaan, editor. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2020. 1–44 p.
5. Nugroho W. Keperawatan gerontik dan geriatrik. 3rd ed. Ester M, editor. Jakarta: EGC; 2008. 259 p.
6. Delaune S, Ladner P. *Fundamental of nursing standards & practice*. New York: Delmar; 2011.
7. Potter PA, Perry AG. *Buku ajar fundamental keperawatan : Konsep, proses, dan praktik*. 4th ed. Komalasari R, Ester M, Yulianti D, Parulian I, editors. Jakarta: EGC; 2006.
8. PPNI. *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik*. 1st ed. Jakarta: DPP PPNI; 2016. 124–125 p.
9. Kozier B, Glenora E, Audrey B, Shirlee J. *Buku ajar fundamental keperawatan*. Jakarta: EGC; 2010.
10. Widuri H. *Kebutuhan dasar manusia: Aspek mobilitas dan istirahat tidur*. 1st ed. Yogyakarta: Gosyen Publishing; 2010.
11. Mubarak WI, Indrawati L, Susanto J. *Buku ajar ilmu keperawatan dasar*. Jakarta: Salemba Medika; 2015.
12. Langhammer B, Bergland A, Rydwik E. The importance of physical activity exercise among older people. *Biomed Res Int* [Internet]. 2018; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6304477/>
13. Agustyaningsih T, Marta OFD, Mashfufa EW. Identification of physical activities in post stroke patients. *J Keperawatan*. 2020;11(1):116.
14. Badan Pusat Statistik. Analisis profil penduduk Indonesia: Mendeskripsikan peran penduduk dalam pembangunan [Internet]. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2022. 1–112 p. Available from: www.bps.go.id

15. Ali EAS, Mohamed HM, Ellatif MABA. Daily living activities among institutionalized older Adults with chronic immobility. *Egypt J Heal Care*. 2022;13(3):404–19.
16. Whitiana GD, Vitriana, Cahyani A. Level of activity daily living in post stroke patients. *Althea Med J*. 2017;4(2):261–6.
17. Yunalia EM. Hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian ADL (activity daily living) pada lansia. *J Nurs Care Biomol –*. 2016;1(1):21–7.
18. Alvionita Damayanti Hariyanto. Hubungan kemandirian activity daily living (ADL) dengan kualitas hidup penderita pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu, Kota Semarang. Skripsi FK Undip [Internet]. 2021;1–110. Available from: <https://eprints2.undip.ac.id/id/eprint/8079/>
19. Nakazawa A, Nakamura K, Kitamura K, Yoshizawa Y. Association between activities of daily living and mortality among institutionalized elderly adults in Japan. *J Epidemiol*. 2012;22(6):501–7.
20. Rohaedi S, Putri S, Karimah A. Tingkat kemandirian lansia dalam activities daily. *J Pendidik Keperawatan Indones*. 2016;2(1).
21. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged the index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*. 1963;185(12):914–9.
22. Katz S. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc*. 1983;31(12):721–7.
23. Smeltzer SC. Buku ajar keperawatan medikal-bedah Brunner & Suddarth (Handbook for Brunner & Suddarth’s textbook of medical-surgical nursing). 12th ed. Eka Anisa Mardela, editor. Jakarta: EGC; 2014.
24. Edemekong P, Bomgaars D, Levy S. Activities of daily living. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/#>
25. Arik G, Varan HD, Yavuz BB, Karabulut E, Kara O, Kilic MK, et al. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2015;61(3):344–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2015.08.019>
26. Christiansen C, Baum C. Occupational therapy, performance, and well-being. USA: SLACK Incorporated; 2005. 688 p.
27. Mlinac ME, Feng MC. Assessment of activities of daily living, self-care, and independence. *Arch Clin Neuropsychol*. 2016;31(06):506–16.
28. Hilton PA. Fundamental nursing skills. London and Philadelphia; 2005. 330 p.

29. Den Ouden MEM, Schuurmans MJ, Mueller-Schotte S, Brand JS, van der Schouw YT. Domains contributing to disability in activities of daily living. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2013;14(1):18–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2012.08.014>
30. Aubin G, Stip E, Gelinas I, Rainville C, Chapparo C. Daily functioning and information-Processing skills among persons whit schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2009;60(6):817–22.
31. Newton C. Nursing model in action series: The Roper-Logan_Tierney model in action. Price B, editor. London: Macmillan Education LTD; 1991. 1–221 p.
32. Rohman U. Physiological changes of the body during immobilization in a long time. *J Sport Area*. 2019;4(2):367–78.
33. Łukaszyk E, Bień-Barkowska K, Bień B. Cognitive functioning of geriatric patients: Is hypovitaminosis D the next marker of cognitive dysfunction and dementia? *Nutrients*. 2018;10(8).
34. Stanley M. Buku ajar keperawatan gerontik. 2nd ed. Jakarta: EGC; 2007.
35. Motamed-Jahromi M, Kaveh MH. Effective interventions on improving elderly's independence in activity of daily living: A systematic review and logic model. *Front Public Heal* [Internet]. 2020;8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7917261/>
36. Arum RTS, Mulyaningsih. Tingkat depresi mempengaruhi kemandirian activity daily living (ADL) lansia. *Gaster*. 2017;15(2):121–31.
37. Wildhan RY, Suryadinata RV, Bagus I, Artadana M. Hubungan tingkat activity daily living (ADL) dan kualitas hidup lansia di Magetan. *J Ilm Kedokt Wijaya Kusuma*. 2022;11(1):42–8.
38. Wiener JM, Hanley RJ, Clark R, Van Nostrand JF. Measuring the activities of daily living: Comparisons across national surveys. *J Gerontol*. 1990;45(6):S229–37.
39. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* [Internet]. 1970;10(1_Part_1):20–30. Available from: https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/10/1_Part_1/20/530064
40. Potter P, Perry A. Fundamental of nursing. 7th ed. Jakarta: Salemba Medika; 2010.
41. Herdman TH, Kamitsuru S. Nanda internasional diagnosis keperawatan: Definisi dan klasifikasi 2018-2020. 11th ed. Jakarta: EGC; 2018.
42. Sugiyono. Metode penelitian kuantitatif. 1st ed. Bandung: Alfabeta; 2018.
43. Suprajitno. Pengantar riset keperawatan. 1st ed. Jakarta Selatan:

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016. 1–120 p.
44. Roflin E, Liberty IA, Pariyana. Populasi, sampel, variabel dalam penelitian kedokteran. Nasrudin M, editor. Pekalongan, Jawa Tengah: PT. Nasya Expanding Management; 2021. 1–168 p.
 45. Qomariah SN. Buku ajar riset keperawatan [Internet]. Reposytori Universitas Gresik. Gresik, Jawa Timur: Ristekdikti; 2016. 1–33 p. Available from: <http://elibs.unigres.ac.id/185/>
 46. Sugiyono. Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta; 2014. 1–334 p.
 47. Nursalam. Metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pendekatan praktis. 3rd ed. Jakarta Selatan: Salemba Medika; 2015. 1–454 p.
 48. Indarwati, Maryatun, Purwaningsih W, Andriani A, Siswanto. Penerapan metode penelitian dalam praktik keperawatan komunitas lengkap dengan contoh proposal. Surakarta: CV Indotama Solo; 2019. 1–206 p.
 49. Wallace M, Shelkey M. Reliability and validity of Katz ADL index. *Am J Nurs.* 2008;108(4):4–5.
 50. Setiadi. Konsep dan praktik penulisan riset keperawatan. 2nd ed. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2013.
 51. Brockopp DY, Hastings-Tolsma MT. Dasar-dasar riset keperawatan. 2nd ed. Maria, Rini W, editors. Jakarta: EGC; 2000. 1–324 p.
 52. Hidayat AAA. Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data. Jakarta: Salemba Medika; 2009. 1–208 p.
 53. Masturoh I, Anggita T. Metodologi penelitian kesehatan. 1st ed. Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2018. 1–297 p.
 54. Yuliarmi NN, Marhaeni A. Metode riset jilid 2 [Internet]. 1st ed. Bali: CV. Sastra Utama; 2019. 1–114 p. Available from: <http://erepo.unud.ac.id/id/eprint/34329/1/a50f5b4c1f8f8be01e6a260940cddfd6b.pdf>
 55. Heryana A. Etika penelitian. *ResearchGate.* 2020;25(1):17–22.
 56. Kemenkes. Permenkes RI Nomor 25 Tahun 2016. Menteri Kesehatan RI [Internet]. 2016;2(1):1–96. Available from: http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84865607390&partnerID=tZOtx3y1%0Ahttp://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=2LIMMD9FVXkC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Principles+of+Digital+Image+Processing+fundamental+techniques&ots=HjrHeuS_
 57. Kemenkes. Laporan Nasional RISKESDAS 2018 [Internet]. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta; 2018. p. 674. Available

from:

http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf

58. Hurek RKK, Setiaji B, Suginary. Determinan kemandirian lansia dalam melakukan Basic Activity Daily Living (BADL) di Wilayah Kerja Puskesmas Balauring Kec. Omesuri Kab. Lembata-NTT tahun 2018. *J Info Kesehat* [Internet]. 2019;9(1):71–81. Available from: [http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=935045&val=14063&title=Determinan Kemandirian Lansia Dalam Melakukan Basic Activity Daily Living Badl Di Wilayah Kerja Puskesmas Balauring Kec Omasuri Kab Lembata-NTT Tahun 2018](http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=935045&val=14063&title=Determinan%20Kemandirian%20Lansia%20Dalam%20Melakukan%20Basic%20Activity%20Daily%20Living%20Badl%20Di%20Wilayah%20Kerja%20Puskesmas%20Balauring%20Kec%20Omasuri%20Kab%20Lembata-NTT%20Tahun%202018)
59. Setiawati E, Sri W. Adakah Hubungan Tingkat Kemandirian Dengan Kualitas Hidup Lansia Yang Tinggal Di Panti Jompo ? *Baiturrahman Med J* [Internet]. 2021;1(2):63–71. Available from: <https://jurnal.unbrah.ac.id/index.php/brmj/article/view/1035>
60. Purba EP, Veronika A, Ambarita B, Sinaga D. Tingkat kemandirian lansia dalam pemenuhan activity daily living (ADL) di Panti Pemenang Jiwa. *Heal J Ilm Kesehat*. 2022;1(1):27–35.
61. Apriliani DM, Yunida Triana N, Dewi P, Studi P, Keperawatan S, Kesehatan F, et al. Gambaran tingkat kemandirian lansia dalam pemenuhan Activities Of Daily Living (ADL) di Roujinhome Itoman Thinsaguno Ie Jepang. *Semin Nas Penelit dan Pengabdian Kpd Masy*. 2021;1444–50.
62. Kemenkes. Permenkes RI Nomor 21 Tahun 2020. *Kementerian Kesehatan RI* [Internet]. 2020;9(May):1–337. Available from: https://www.slideshare.net/maryamkazemi3/stability-of-colloids%0Ahttps://barnard.edu/sites/default/files/inline/student_user_guide_for_spss.pdf%0Ahttp://www.ibm.com/support%0Ahttp://www.spss.com/sites/dm-book/legacy/ProgDataMgmt_SPSS17.pdf%0Ahttps://www.n
63. Herman R, Akhriani HN. Determinants Activity of Daily Living (ADL) Elderly Tresna Werdha Nursing Home (PSTW) Special Region of Yogyakarta. *J Ultim Public Heal*. 2018;2(1):81–92.
64. Ayuningtyas NR, Mawarni A, Agushybana F, Djoko Nugroho R. Gambaran kemandirian lanjut usia activity daily living di wilayah kerja puskesmas pegandan kota semarang. *J Ilm Mhs* [Internet]. 2020;10(1):15–9. Available from: <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jim/index>
65. Mulyani S, Darussalam M. Hubungan ketergantungan Activity Daily Living penderita stroke dengan beban family caregiver di Puskesmas Kasihan II. *J Keperawatan Klin dan Komunitas (Clinical Community Nurs Journal)*. 2023;7(1):29.
66. Basheti IA, Ayasrah SM, Ahmad M. Identifying treatment related problems and associated factors among hospitalized post-stroke patients through

- medication management review: A multi-center study. *Saudi Pharm J* [Internet]. 2019;27(2):208–19. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2018.10.005>
67. Nursyiham, Ardi M, Basri M. Asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik di RSKD DADI Makassar. *J Media Keperawatan* [Internet]. 2019;10(01):59–66. Available from: <http://journal.poltekkes-mks.ac.id/ojs2/index.php/mediakeperawatan/article/download/1555/pdf>
 68. Setyoadi S, Nasution TH, Kardinasari A. Hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian pasien stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung. *Maj Kesehat FKUB*. 2017;4(3):139–48.
 69. Ng N, Hakimi M, Byass P, Wilopo S, Wall S. Health and quality of life among older rural people in Purworejo District, Indonesia. *Glob Health Action* [Internet]. 2010;3(2):78–87. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2957148/#CIT0028>
 70. Swartz K, Collins LG. Caregiver care. *Am Fam Physician*. 2019;99(11):699–706.
 71. Syarif I. The relationship of family support with elderly independence in fulfillment of daily living activity in the middle of the COVID-19 outbreak in Pangkep District. *Int J Sci Healthc Res*. 2021;6(3):35–40.
 72. Juita DR, Shofiyyah NA. Peran keluarga dalam merawat lansia. *J Agama Sosiasl dan Budaya*. 2022;5(2):2599–2473.
 73. Ahmad I, Ayu D, Barikha L. Faktor-faktor yang memengaruhi penduduk lanjut usia berobat jalan di Provinsi Jawa Timur Factors affecting outpatient treatment of elderly population in East Java Province. *J Kependud Indones*. 2022;17(1):2022.
 74. Nurhidayat S, Andarmoyo S, Widiyati W. Tingkat ketergantungan activity daily living pada pasien stroke (iskemik dan hemoragik) berdasarkan indeks barthel di RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo. *J Kesehat Mesencephalon* [Internet]. 2021;7(1):29–37. Available from: <https://ejournal.stikeskepanjen-pemkabmalang.ac.id/index.php/mesencephalon/article/view/271>
 75. Tatali AJ, Kundre R, Studi P, Keperawatan I, Kedokteran F, Sam U, et al. Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian Activity Daily Living (ADL) pada pasien stroke pasca stroke di Poliklinik Kasih Manado. *E-Journal Keperawatan*. 2018;6(1):1–8.
 76. Levi SJ, Paist SS. Chapter 55 - Incontinence of the bowel and bladder [Internet]. 3rd ed. Timothy L K, Ron Scott JO, Barr ML, Moran, editors. *A Comprehensive Guide to Geriatric Rehabilitation*. Churchill Livingstone; 2014. 414–417 p. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780702045882000553>

77. Elisabet, Taviyanda D. Tingkat Ketergantungan Activity Daily Living (ADL) pada Pasien Stroke Infark Hemiparese. *J STIKES*. 2013;6(2).
78. Carod-Artal FJ. Determining quality of life in stroke survivors. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2012;12(2):199–211.
79. Volpato S, Onder G, Cavalieri M, Guerra G, Sioulis F, Maraldi C, et al. Characteristics of nondisabled older patients developing new disability associated with medical illnesses and hospitalization. *J Gen Intern Med*. 2007;22(5):668–74.
80. Gusti HY, Nurhayati N, Ramon A. Tingkat kemandirian pasien post operasi fraktur ekstremitas bawah. *J Ris Media Keperawatan*. 2021;4(2):68–71.
81. Li C, Karmarkar A, Kuo Y, Haas A, Otr KJO. Impact of self-care and mobility on one or more post-acute care transitions. *J Aging Health*. 2020;0(0):1–10.
82. Ozsoy I, Kahraman BO, Acar S, Ozalevli S, Akkoclu A, Savci S. Factors influencing activities of daily living in subjects with COPD. *Respir Care*. 2019;64(2):189–95.
83. Li X, Zheng T, Guan Y, Li H, Zhu K, Shen L, et al. ADL recovery trajectory after discharge and its predictors among baseline-independent older inpatients. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):1–10.
84. Kasron. Buku ajaran gangguan sistem kardiovaskuler. Yogyakarta: Nuha Medika; 2012.
85. Wahyudi YDJ, Widaryati W. Perbandingan activities of daily living pasca perawatan pada pasien jantung berdasarkan jenis penyakit. *J Kebidanan dan Keperawatan Aisyiyah*. 2019;15(1):71–9.
86. Aria R, Ikhsan, Nurlaily. Kemandirian lanjut usia dalam aktivitas sehari-hari di wilayah kerja Puskesmas Nusa Indah Bengkulu. *J Keperawatan Vokasi*. 2019;2(1):25–33.

LAMPIRAN

Lampiran 1: Surat Permohonan Pengambilan Data Awal



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Prof. Mr. Sunario
Kampus Universitas Diponegoro
Tembalang, Semarang, Kode Pos 50275
Telepon/Faksimile (024) 76928010
Laman: www.fk.undip.ac.id
Pos-el: dean[at]fk.undip.ac.id

0 NOV 2022

Nomor : 317 /UN7.F4/DL/XI/2022
Perihal : Permohonan Pengambilan Data Awal

Yth. Kepala
Puskesmas Sukra
Jl. Raya Sumuradem Sukrawetan, Kec.Sukra, Jawa Barat 45257

Sehubungan dengan pelaksanaan pengambilan data awal (studi pendahuluan) pada mata kuliah Skripsi mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan izin kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Renna Lisdiana
NIM : 22020119140152
No. HP : 087801394070
Judul/Topik : Gambaran Activity of Daily Living Pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik
Pembimbing : Muhamad Rofi'i, S.Kp., M.Kep.

Adapun tempat studi pendahuluan yang dituju adalah : Wilayah Puskesmas Kecamatan Sukra, Kabupaten Indramayu, Jawa Barat.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Prof. Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M.Kes.,Sp.S(K).
NIP 196607201995121001

Tembusan :
1. Kaprodi Sarjana Keperawatan Undip
2. Dosen Pembimbing

Lampiran 2: Surat Izin Uji Validitas



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Prof. Mr. Sunerio
Kampus Universitas Diponegoro
Tembalang, Semarang, Kode Pos 50275
Telepon/Faksimile (024) 76528010
Laman: www.fk.undip.ac.id
Pos-el: dean@fk.undip.ac.id

Nomor : 824 /UN7.F4/PP/VI/2023
Perihal : Permohonan Izin Uji Coba Instrumen Penelitian

27 JUN 2023

Yth. Kepala UPTD Puskesmas Sukra
Jl. Raya Sumuradem Sukrawetan, Kec. Sukra, Kabupaten Indramayu
Jawa Barat

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian pada mata kuliah skripsi mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, maka kami mohon kesediaan saudara memberikan izin kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Renna Lisdiana
NIM : 22020119140152
No. HP/WA : 087801394070
Judul : Gambaran Tingkat Kemandirian Activity of Daily Living pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra
Pembimbing : Muhamad Rofiqi, S.Kp., M.Kep.

Untuk melakukan Uji Coba Instrumen Penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra, Kecamatan Sukra, Kabupaten Indramayu, Jawa Barat.
Demikian surat kami, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Prof. Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M.Kes.,Sp.S(K). *[Signature]*
NIP 196607201995121001

Tembusan :
1. Ketua Program Sarjana Keperawatan FK UNDIP
2. Dosen Pembimbing

Lampiran 3: Surat Permohonan *Ethical Clearance*



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN
DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN

Jalan Prof. Mr. Sudarmo
Kampus Universitas Diponegoro
Tembalang, Semarang, Kode Pos 50275
Telepon/Faksimile (024) 76628310
Laman: www.ik.unsip.ac.id
Pos-el: dean@ik.unidip.ac.id

Nomor : 61 /UN7.F4.6.8/PP/V1/2023
Lampiran : 1 bendel proposal
Perihal : Permohonan Ethical Clearance

27 JUN 2023

Yth. Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Jl. Dr. Sutomo No.18
Semarang

Kami beritahukan bahwa mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP tersebut di bawah ini:

Nama : Renna Lisdiana
NIM : 22020119140152
No. HP : 087801394070
Judul : Gambaran Tingkat Kemandirian Activity of Daily Living pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra

Akan melaksanakan penelitian di: Wilayah Kerja Puskesmas Sukra, Kecamatan Sukra, Kabupaten Indramayu, Jawa Barat.

Proposal yang bersangkutan sudah melalui proses review secara akademik di Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

Dosen Pembimbing : Muhamad Rofiqi, S.Kp., M.Kep.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami mengajukan permohonan Ethical Clearance untuk penelitian tersebut.



Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

a.n. Ketua,
Ketua Program Sarjana

Agus Santoso, S.Kp., M.Kep
NIP 197208211990031002

Tembusan :
1. Dosen Pembimbing

Lampiran 4: Lembar Ethical Clearance

	KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE UNIVERSITAS DIPONEGORO FAKULTAS KEDOKTERAN	Sekretariat : Gedung Pasca Sarjana Dekanat Lama Lt. 1 Jl. Dr. Soetomo 18 Semarang, email : komisietik@gmail.com
	ETHICAL CLEARANCE No. 359/EC/KEPK/FK-UNDIP/VII/2023	
Protokol penelitian yang diusulkan oleh : <i>The research protocol proposed by</i>		
Peneliti Utama <i>Principal Investigator</i>	: Renna Lisdiana (22020119140152)	
Pembimbing <i>Mentor</i>	: Ns. Muhamad Rofi'i, S.Kp., M.Kep.	
Nama Institusi <i>Name of the Institution</i>	: Program Pendidikan Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang	
Dengan Judul <i>Title</i>	: Gambaran Tingkat Kemandirian <i>Activity of Daily Living</i> pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra	
Tempat Penelitian <i>Research Place</i>	: Wilayah Kerja Puskesmas Sukra, Kecamatan Sukra, Kabupaten Indramayu, Jawa Barat	
<p>Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.</p> <p><i>Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.</i></p> <p>Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 24 Juli 2023 sampai dengan tanggal 24 Juli 2024. <i>This declaration of ethics applies during the period July 24, 2023 until July 24, 2024.</i></p>		
		
July 24, 2023. Professor and Chairperson, Prof. Dr. B. Rahundari Rachmawati, Sp.PK(K) NIP. 19600606 198811 2 002		

Lampiran 5: Surat Izin Penelitian FK UNDIP



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Prof. Mr. Sunarto
Kampus Universitas Diponegoro
Tembung, Semarang, Kode Pos 50275
Telepon/Faksimile (024) 75128010
Laman: www.undip.ac.id
Pos-el: dean@fk.undip.ac.id

Nomor : 100 / UN7.F4/PP/VIII/2023
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

03 AUG 2023

Yth. Kepala
Puskesmas Sukra
Jl. Raya Sumuradem Sukrawetan Kabupaten Indramayu, Jawa Barat

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian pada mata kuliah Skripsi mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro maka kami mohon kiranya saudara dapat memberi izin kepada mahasiswa tersebut dibawah ini:

Nama : Renna Lisdiana
NIM : 22020119140152
No.HP/WA : 087801394070
Judul : Gambaran Tingkat Kemandirian Activity of Daily Living Pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra
Pembimbing : Muhamad Rofli, S.Kp., M.Kep.

Untuk melaksanakan penelitian di Wilayah kerja Puskesmas Sukra Indramayu.

Demikian surat kami, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Prof. Dr. dr. Dwi Pudjotarko, M.Kes., Sp.S(K) †
NIP 196607201995121001

Tembusan:

1. Ketua Program Sarjana Keperawatan FK UNDIP
2. Bappeda-Litbang Kabupaten Indramayu
3. Dosen Pembimbing

Lampiran 6: Surat Keterangan Penelitian dari BAPPEDA-LITBANG Kabupaten Indramayu



**PEMERINTAH KABUPATEN INDRAMAYU
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN, PENELITIAN
DAN PENGEMBANGAN DAERAH**

JL. Let. Jend. S. Parman No. 15 Indramayu Kode Pos 45212, Jawa Barat
Telp. Fax. (0234) 271711 Website : <http://bapeda.indramayukab.go.id>

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : 070/909/Litbang

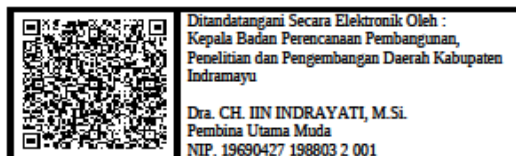
1. Yang bertandatangan dibawah ini : Kepala Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah (BAPPEDA-LITBANG) Kabupaten Indramayu.
- Berdasarkan Surat dari : Universitas Diponegoro Nomor: 100/UN7.F4/PP/VIII/2023 Tanggal 03 Agustus 2023 Perihal Permohonan Izin Penelitian.

Memberikan Surat Keterangan Penelitian Kepada:

a. Nama dan NIM	: Renna Lisdiana NIM : 22020119140152
b. No Tlp/Email	: 087801394070/ rennalisdiana@gmail.com
c. Pekerjaan	: Mahasiswa Program Studi Sarjana (S1) Keperawatan Fakultas Kedokteran
d. Instansi	: Universitas Diponegoro
e. Maksud	: Penelitian Skripsi
f. Judul	: Gambaran Tingkat Kemandirian Activity of Daily Living Pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra
g. Waktu Penelitian	: 07 Agustus - 07 September 2023
h. Lokasi / Instansi Penelitian	: Puskesmas Sukra

- Sehubungan maksud tersebut, diharapkan agar pihak yang terkait dapat memberikan bantuan/fasilitas yang diperlukan.
- Setelah selesai melaksanakan kegiatan penelitian agar menyerahkan dokumen hasil penelitian baik berupa salinan cetak atau salinan digital kepada Bappeda-Litbang Kabupaten Indramayu.
- Demikian Surat Keterangan Penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Indramayu, 04 Agustus 2023



Tembusan :


Yth. Kepala Puskesmas Sukra.

Catatan :

- ✓ UU ITE No 11 Tahun 2008 Pasal 5 ayat 1
- ✓ "Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti hukum yang sah."
- ✓ Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan BSrE.



Lampiran 7: Surat Jawaban Izin Penelitian dari Puskesmas Sukra

	<p>PEMERINTAH KABUPATEN INDRAMAYU DINAS KESEHATAN UPTD PUSKESMAS SUKRA Jl. Raya Sukra Wetan No. 40 Kec. Sukra - Indramayu 45257 Telp (0234) 7150345 email : pkmsukra.indramayukab@gmail.com</p>	
<p>SURAT IJIN PENELITIAN Nomor : 079/ 165 /Puskesmas/2023</p>		
<p>KEPALA UPTD PUSKESMAS SUKRA KABUPATEN INDRAMAYU</p>		
<p>Dasar :</p> <p style="padding-left: 40px;">Surat dari Surat dari Universitas Diponegoro Fakultas Kedokteran Semarang dengan Nomor : 100/UN.7.F4/PP/VIII/2023 tanggal 03 Agustus 2023 Perihal Permohonan Izin Penelitian.</p>		
<p>MEMBERI IJIN</p>		
<p>Kepada :</p> <p style="padding-left: 40px;">Nama : RENNA LISDIANA NIM : 22020119140152 Program Studi : Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro (S1)</p>		
<p>Untuk :</p> <p style="padding-left: 40px;">Melaksanakan Penelitian dengan Judul Gambaran Tingkat Kemandirian Activity of Daily Living Pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra dari tanggal 07 Agustus s/d 07 September 2023</p>		
<p>Ditetapkan di : Indramayu Tanggal : 08 Agustus 2023</p>		
<p>Kepala UPTD Puskesmas Sukra</p> <div style="text-align: center;">   dr. ROSY DAMAYANTI, MARS NIP: 19720103 200604 2 012 </div>		

Lampiran 8: Lembar *Informed Consent*

JUDUL PENELITIAN :

Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity of Daily Living* pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra

Persetujuan Setelah Penjelasan

(INFORMED CONSENT)

Berikut ini naskah yang akan dibacakan pada Responden Penelitian:

Bapak/Ibu Yth:

Perkenalkan nama saya Renna Lisdiana, saya mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Guna mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan, maka salah satu syarat yang ditetapkan kepada saya adalah menyusun sebuah penelitian. Penelitian yang akan saya lakukan berjudul Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity of Daily Living* pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra.

Dalam penelitian ini peneliti akan mewawancarai responden ataupun anggota keluarga responden mengenai aktivitas kehidupan sehari-hari responden menggunakan kuesioner kemandirian *activity of daily living (Katz Index)*. Pengisian kuesioner ini dapat dilakukan dalam waktu sekitar 5-10 menit. Kuesioner *Katz Index* digunakan untuk mengetahui tingkat kemandirian klien dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari seperti mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, kontinen (kemampuan mengontrol BAK/BAB) dan makan. Selain itu, peneliti juga akan memewawancarai terkait karakteristik responden seperti: usia, jenis kelamin, riwayat penyakit kronis yang diderita saat ini, tinggal bersama siapa, siapa yang biasa membantu dalam melakukan aktivitas sehari-hari, serta pengalaman dirawat inap di rumah sakit.

Untuk melakukan penelitian ini, saya memohon persetujuan Bapak/Ibu untuk ikutserta dalam penelitian. Data dan informasi yang Bapak/Ibu berikan dalam penelitian ini akan di jamin kerahasiaannya, yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subjek dan data tersebut hanya akan saya gunakan untuk kepentingan

penelitian, pendidikan dan ilmu pengetahuan. Maka dari itu Bapak/Ibu tidak perlu takut atau ragu-ragu dalam memberikan jawaban yang sejujurnya. Semua jawaban dari Bapak/ibu adalah jawaban benar yang sesuai dengan kondisi yang dirasakan atau dialami Bapak/Ibu saat ini.

Semua biaya penelitian ini akan ditanggung peneliti. Setiap saat, Bapak/Ibu dapat menarik persetujuannya tanpa sanksi apa pun. Apabila ada informasi yang belum jelas, Bapak/Ibu dapat menghubungi saya pada:

Renna Lisdiana
No.Hp: 087801394070
 Pembimbing: Ns. Muhamad Rofi'i, S.Kp., M.Kep.

Demikian penjelasan yang dapat saya sampaikan. Terima kasih atas perhatian Bapak/Ibu dalam penelitian ini.

Setelah mendengar dan memahami penjelasan penelitian, dengan ini saya menyatakan

SETUJU / TIDAK SETUJU

Untuk ikut sebagai responden/sampel penelitian

Saya mengerti sepenuhnya bahwa partisipasi ini bersifat sukarela dan saya dapat menolak/berhenti tidak mengikuti penelitian ini.

Indramayu,.....

Saksi 1

(.....)

Alamat/No.Telp:

Responden

(.....)

Alamat/No.Telp:

Saksi 2

(.....)

Alamat/No.Telp:

Peneliti

(Renna Lisdiana)

087801394070

Lampiran 9: Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

Bagian A Data Demografi

No. Responden :

Tanggal Pengisian : / / 2023

Berilah tanda (√) pada kotak yang telah disediakan dan isilah sesuai dengan jawaban yang diberikan responden.

Nama/inisial :

Usia :

60-74 tahun 75-90 tahun > 90 tahun

Jenis Kelamin :

Laki-laki Perempuan

Riwayat Penyakit :

Stroke Diabetes Mellitus Penyakit Jantung
 PPOK Kanker Patah Tulang
 Osteoarthritis

Tinggal bersama siapa?

Sendiri
 Keluarga (Saudara/Pasangan/Anak/Cucu)
 Lainnya (Tetangga/Panti Jompo/Pesantren Lansia)

Siapa yang biasa membantu?

Tidak Ada
 Keluarga (Saudara/Pasangan/Anak/Cucu)
 Lainnya (Perawat/Tetangga/Pembantu)

Apakah pernah dirawat di rumah sakit?

Ya, Kapan terakhir kali di rawat? Tidak Pernah
 < 1 tahun yang lalu
 ≥ 1 tahun yang lalu

Bagian B Katz IndexNo. Responden :

Tanggal Pengisian : / / 2023

Berilah tanda (√) pada kotak yang telah disediakan untuk setiap deskripsi aktivitas yang sesuai dengan jawaban responden.

Nama/Inisial :

ADL dasar	Mandiri (Nilai = 1)	Ketergantungan (Nilai = 0)
Mandi _____	<input type="checkbox"/> Tidak menerima bantuan (mandi sendiri sepenuhnya) atau Menerima bantuan hanya dalam membersihkan satu bagian tubuh (seperti punggung atau satu kaki)	<input type="checkbox"/> Menerima bantuan untuk memandikan lebih dari satu bagian tubuh atau tidak mandi
Berpakaian _____	<input type="checkbox"/> Mampu mengambil pakaian dan memakai pakaian sepenuhnya tanpa bantuan (kecuali untuk mengikat tali sepatu)	<input type="checkbox"/> Menerima bantuan dalam mengambil pakaian dan memakai pakaian; tidak memakai pakaian sebagian atau sepenuhnya (tidak berbusana)
Ke kamar kecil _____	<input type="checkbox"/> Pergi ke "kamar mandi", membersihkan diri, dan merapikan pakaian tanpa bantuan (boleh menggunakan penopang seperti tongkat, alat bantu berjalan, atau kursi roda; memungkinkan menggunakan pispot atau kursi toilet pada malam hari, serta mengosongkannya pada pagi hari secara mandiri)	<input type="checkbox"/> Menerima bantuan untuk pergi ke "kamar mandi", membersihkan diri dan merapikan pakaian setelah buang air; menerima bantuan untuk menggunakan pispot atau kursi toilet pada malam hari; atau tidak pergi ke kamar mandi untuk proses buang air (memakai kateter atau pampers)

Berpindah <hr/>	<input type="checkbox"/> Mampu bergerak naik dan turun dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya tanpa bantuan (memungkinkan menggunakan penopang seperti tongkat atau alat bantu berjalan)	<input type="checkbox"/> Menerima bantuan dalam bergerak naik dan turun dari tempat tidur dan/atau kursi; Tidak mampu bangun dari tempat tidur (tidak melakukan satu perpindahan atau lebih)
Kontinen (BAK/BAB) <hr/>	<input type="checkbox"/> BAK dan BAB sepenuhnya dapat dikontrol sendiri.	<input type="checkbox"/> Tidak mampu mengontrol BAK/BAB sebagian atau total (inkontinensia); Perlu pengawasan untuk menjaga kontrol urin dan veses dengan penggunaan enema, kateter, urinoir dan/atau pispot.
Makan <hr/>	<input type="checkbox"/> Mampu menyuapkan makanan dari piring ke mulut sendiri (menerima bantuan hanya untuk memotong daging dan menyiapkan makanan)	<input type="checkbox"/> Menerima bantuan dalam hal makan (disuapi) sebagian atau sepenuhnya; Tidak makan sama sekali atau diberikan makan menggunakan selang (NGT) ataupun secara parenteral (infus)
Total Skor <hr/> /6	Keterangan : <ul style="list-style-type: none"> - A= Mandiri total (Total skor 6) - B= Ketergantungan paling ringan (Total skor 5) - C= Ketergantungan ringan (Total skor 4) - D= Ketergantungan sedang (Total skor 3) - E= Ketergantungan berat (Total skor 2) - F= Ketergantungan paling berat (Total skor 1) - G= Ketergantungan total (Total skor 0) 	

Lampiran 10: Hasil Uji Validitas Konstruk (SPSS Teknik Analisis Korelasi Pearson Product Moment)

		Correlations						
		butir1	butir2	butir3	butir4	butir5	butir6	TotalSkor
butir1	Pearson Correlation	1	.080	.539**	.347	.385*	.216	.608**
	Sig. (2-tailed)		.674	.002	.061	.036	.251	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30
butir2	Pearson Correlation	.080	1	.272	.289	.059	.450*	.580**
	Sig. (2-tailed)	.674		.146	.122	.755	.012	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30
butir3	Pearson Correlation	.539**	.272	1	.530**	.218	.276	.701**
	Sig. (2-tailed)	.002	.146		.003	.247	.140	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30
butir4	Pearson Correlation	.347	.289	.530**	1	.309	.390*	.740**
	Sig. (2-tailed)	.061	.122	.003		.097	.033	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30
butir5	Pearson Correlation	.385*	.059	.218	.309	1	.361*	.595**
	Sig. (2-tailed)	.036	.755	.247	.097		.050	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30
butir6	Pearson Correlation	.216	.450*	.276	.390*	.361*	1	.697**
	Sig. (2-tailed)	.251	.012	.140	.033	.050		.000
	N	30	30	30	30	30	30	30
TotalSkor	Pearson Correlation	.608**	.580**	.701**	.740**	.595**	.697**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.000	.001	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30

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

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Lampiran 11: Hasil Analisa Data SPSS

Statistics

Usia

N	Valid	102
	Missing	0

USIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60-74 tahun	73	71.6	71.6	71.6
	75-90 tahun	27	26.5	26.5	98.0
	>90 tahun	2	2.0	2.0	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Statistics

Jenis Kelamin

N	Valid	102
	Missing	0

JENIS KELAMIN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	33	32.4	32.4	32.4
	Perempuan	69	67.6	67.6	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Statistics

Riwayat Penyakit

N	Valid	102
	Missing	0

RIWAYAT PENYAKIT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stroke	47	46.1	46.1	46.1
	Diabetes Mellitus	6	5.9	5.9	52.0
	Penyakit Jantung	13	12.7	12.7	64.7
	PPOK	5	4.9	4.9	69.6
	Kanker	1	1.0	1.0	70.6
	Patah Tulang	4	3.9	3.9	74.5
	Osteoarthritis	26	25.5	25.5	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Statistics

Tinggal bersama siapa?

N	Valid	102
	Missing	0

TINGGAL BERSAMA SIAPA?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sendiri	16	15.7	15.7	15.7
	Keluarga (Saudara/Pasangan/Anak/Cucu)	85	83.3	83.3	99.0
	Lainnya (Tentangga/Panti Jompo/Pesantren Lansia)	1	1.0	1.0	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Statistics

Siapa yang biasanya membantu?

N	Valid	102
	Missing	0

SIAPA YANG BIASANYA MEMBANTU?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Ada	7	6.9	6.9	6.9
	Keluarga (Saudara/Pasangan/Anak/Cucu)	87	85.3	85.3	92.2
	Lainnya (Perawat/Tetangga/Pembantu)	8	7.8	7.8	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Statistics

Pengalaman dirawat di rumah sakit

N	Valid	102
	Missing	0

PENGALAMAN DIRAWAT DI RUMAH SAKIT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya (<1 tahun yang lalu)	20	19.6	19.6	19.6
	Ya (>1 tahun yang lalu)	24	23.5	23.5	43.1
	Tidak Pernah	58	56.9	56.9	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Statistics

Tingkat Kemandirian ADL

N	Valid	102
	Missing	0

TINGKAT KEMANDIRIAN ADL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ketergantungan Total	24	23.5	23.5	23.5
	Ketergantungan Paling Berat	14	13.7	13.7	37.3
	Ketergantungan Berat	16	15.7	15.7	52.9
	Ketergantungan Sedang	12	11.8	11.8	64.7
	Ketergantungan Ringan	13	12.7	12.7	77.5
	Ketergantungan Paling Ringan	19	18.6	18.6	96.1
	Mandiri Total	4	3.9	3.9	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat Kemandirian ADL * Mandi	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%
Tingkat Kemandirian ADL * Berpakaian	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%
Tingkat Kemandirian ADL * Ke Kamar Kecil	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%
Tingkat Kemandirian ADL * Berpindah	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%
Tingkat Kemandirian ADL * Kontinensia	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%
Tingkat Kemandirian ADL * Makan	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%

Tingkat Kemandirian ADL * Mandi Crosstabulation

			Mandi		Total
			Bergantung	Mandiri	
Tingkat Kemandirian ADL	Ketergantungan Total	Count	24	0	24
		% within Tingkat Kemandirian ADL	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	23.5%	.0%	23.5%
	Ketergantungan Paling Berat	Count	14	0	14
		% within Tingkat Kemandirian ADL	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	13.7%	.0%	13.7%
	Ketergantungan Berat	Count	12	4	16
		% within Tingkat Kemandirian ADL	75.0%	25.0%	100.0%
		% of Total	11.8%	3.9%	15.7%
	Ketergantungan Sedang	Count	9	3	12
	% within Tingkat Kemandirian ADL	75.0%	25.0%	100.0%	
	% of Total	8.8%	2.9%	11.8%	
Ketergantungan Ringan	Count	0	13	13	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.0%	12.7%	12.7%	
Ketergantungan Paling Ringan	Count	0	19	19	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.0%	18.6%	18.6%	
Mandiri Total	Count	0	4	4	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.0%	3.9%	3.9%	
Total	Count	59	43	102	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	57.8%	42.2%	100.0%	
	% of Total	57.8%	42.2%	100.0%	

Tingkat Kemandirian ADL * Berpakaian Crosstabulation

			Berpakaian		Total
			Bergantung	Mandiri	
Tingkat Kemandirian ADL	Ketergantungan Total	Count	24	0	24
		% within Tingkat Kemandirian ADL	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	23.5%	.0%	23.5%
	Ketergantungan Paling Berat	Count	14	0	14
		% within Tingkat Kemandirian ADL	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	13.7%	.0%	13.7%
	Ketergantungan Berat	Count	14	2	16
		% within Tingkat Kemandirian ADL	87.5%	12.5%	100.0%
		% of Total	13.7%	2.0%	15.7%
	Ketergantungan Sedang	Count	8	4	12
		% within Tingkat Kemandirian ADL	66.7%	33.3%	100.0%
		% of Total	7.8%	3.9%	11.8%
Ketergantungan Ringan	Count	12	1	13	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	92.3%	7.7%	100.0%	
	% of Total	11.8%	1.0%	12.7%	
Ketergantungan Paling Ringan	Count	2	17	19	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	10.5%	89.5%	100.0%	
	% of Total	2.0%	16.7%	18.6%	
Mandiri Total	Count	0	4	4	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.0%	3.9%	3.9%	
Total	Count	74	28	102	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	72.5%	27.5%	100.0%	
	% of Total	72.5%	27.5%	100.0%	

Tingkat Kemandirian ADL * Ke Kamar Kecil Crosstabulation

			Ke Kamar Kecil		Total
			Bergantung	Mandiri	
Tingkat Kemandirian ADL	Ketergantungan Total	Count	24	0	24
		% within Tingkat Kemandirian ADL	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	23.5%	.0%	23.5%
	Ketergantungan Paling Berat	Count	14	0	14
		% within Tingkat Kemandirian ADL	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	13.7%	.0%	13.7%
	Ketergantungan Berat	Count	16	0	16
		% within Tingkat Kemandirian ADL	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	15.7%	.0%	15.7%
	Ketergantungan Sedang	Count	5	7	12
		% within Tingkat Kemandirian ADL	41.7%	58.3%	100.0%
		% of Total	4.9%	6.9%	11.8%
Ketergantungan Ringan	Count	1	12	13	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	7.7%	92.3%	100.0%	
	% of Total	1.0%	11.8%	12.7%	
Ketergantungan Paling Ringan	Count	0	19	19	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.0%	18.6%	18.6%	
Mandiri Total	Count	0	4	4	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.0%	3.9%	3.9%	
Total	Count	60	42	102	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	58.8%	41.2%	100.0%	
	% of Total	58.8%	41.2%	100.0%	

Tingkat Kemandirian ADL * Berpindah Crosstabulation

			Berpindah		Total
			Bergantung	Mandiri	
Tingkat Kemandirian ADL	Ketergantungan	Count	24	0	24
	Total	% within Tingkat Kemandirian ADL	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	23.5%	.0%	23.5%
	Ketergantungan	Count	11	3	14
	Paling Berat	% within Tingkat Kemandirian ADL	78.6%	21.4%	100.0%
		% of Total	10.8%	2.9%	13.7%
	Ketergantungan	Count	7	9	16
	Berat	% within Tingkat Kemandirian ADL	43.8%	56.2%	100.0%
		% of Total	6.9%	8.8%	15.7%
	Ketergantungan	Count	1	11	12
Sedang	% within Tingkat Kemandirian ADL	8.3%	91.7%	100.0%	
	% of Total	1.0%	10.8%	11.8%	
Ketergantungan	Count	0	13	13	
Ringan	% within Tingkat Kemandirian ADL	.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.0%	12.7%	12.7%	
Ketergantungan	Count	0	19	19	
Paling Ringan	% within Tingkat Kemandirian ADL	.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.0%	18.6%	18.6%	
Mandiri Total	Count	0	4	4	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.0%	3.9%	3.9%	
Total	Count	43	59	102	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	42.2%	57.8%	100.0%	
	% of Total	42.2%	57.8%	100.0%	

Tingkat Kemandirian ADL * Kontinensia Crosstabulation

			Kontinensia		Total
			Bergantung	Mandiri	
Tingkat Kemandirian ADL	Ketergantungan Total	Count	24	0	24
		% within Tingkat Kemandirian ADL	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	23.5%	.0%	23.5%
	Ketergantungan Paling Berat	Count	14	0	14
		% within Tingkat Kemandirian ADL	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	13.7%	.0%	13.7%
	Ketergantungan Berat	Count	15	1	16
		% within Tingkat Kemandirian ADL	93.8%	6.2%	100.0%
		% of Total	14.7%	1.0%	15.7%
Ketergantungan Sedang	Count	12	0	12	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	100.0%	.0%	100.0%	
	% of Total	11.8%	.0%	11.8%	
Ketergantungan Ringan	Count	13	0	13	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	100.0%	.0%	100.0%	
	% of Total	12.7%	.0%	12.7%	
Ketergantungan Paling Ringan	Count	17	2	19	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	89.5%	10.5%	100.0%	
	% of Total	16.7%	2.0%	18.6%	
Mandiri Total	Count	0	4	4	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.0%	3.9%	3.9%	
Total	Count	95	7	102	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	93.1%	6.9%	100.0%	
	% of Total	93.1%	6.9%	100.0%	

Tingkat Kemandirian ADL * Makan Crosstabulation

			Makan		Total
			Bergantung	Mandiri	
Tingkat Kemandirian ADL	Ketergantungan Total	Count	24	0	24
		% within Tingkat Kemandirian ADL	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	23.5%	.0%	23.5%
	Ketergantungan Paling Berat	Count	3	11	14
		% within Tingkat Kemandirian ADL	21.4%	78.6%	100.0%
		% of Total	2.9%	10.8%	13.7%
	Ketergantungan Berat	Count	0	16	16
		% within Tingkat Kemandirian ADL	.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	.0%	15.7%	15.7%
Ketergantungan Sedang	Count	1	11	12	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	8.3%	91.7%	100.0%	
	% of Total	1.0%	10.8%	11.8%	
Ketergantungan Ringan	Count	0	13	13	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.0%	12.7%	12.7%	
Ketergantungan Paling Ringan	Count	0	19	19	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.0%	18.6%	18.6%	
Mandiri Total	Count	0	4	4	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.0%	3.9%	3.9%	
Total	Count	28	74	102	
	% within Tingkat Kemandirian ADL	27.5%	72.5%	100.0%	
	% of Total	27.5%	72.5%	100.0%	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia * Tingkat Kemandirian ADL	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%
Jenis Kelamin * Tingkat Kemandirian ADL	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%
Riwayat Penyakit * Tingkat Kemandirian ADL	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%
Tinggal bersama siapa? * Tingkat Kemandirian ADL	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%
Siapa yang biasanya membantu? * Tingkat Kemandirian ADL	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%
Pengalaman dirawat di rumah sakit * Tingkat Kemandirian ADL	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%

Usia * Tingkat Kemandirian ADL Crosstabulation

			Tingkat Kemandirian ADL						Total	
			Ketergantungan Total	Ketergantungan Paling Berat	Ketergantungan Berat	Ketergantungan Sedang	Ketergantungan Ringan	Ketergantungan Paling Ringan	Mandiri Total	
Usia	60-74 tahun	Count	18	12	12	9	6	12	4	73
		% within Usia	24.7%	16.4%	16.4%	12.3%	8.2%	16.4%	5.5%	100.0%
		% of Total	17.6%	11.8%	11.8%	8.8%	5.9%	11.8%	3.9%	71.6%
	75-90 tahun	Count	5	1	4	3	7	7	0	27
		% within Usia	18.5%	3.7%	14.8%	11.1%	25.9%	25.9%	.0%	100.0%
		% of Total	4.9%	1.0%	3.9%	2.9%	6.9%	6.9%	.0%	26.5%
	>90 tahun	Count	1	1	0	0	0	0	0	2
		% within Usia	50.0%	50.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
		% of Total	1.0%	1.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.0%
Total	Count	24	14	16	12	13	19	4	102	
	% within Usia	23.5%	13.7%	15.7%	11.8%	12.7%	18.6%	3.9%	100.0%	
	% of Total	23.5%	13.7%	15.7%	11.8%	12.7%	18.6%	3.9%	100.0%	

Jenis Kelamin * Tingkat Kemandirian ADL Crosstabulation

			Tingkat Kemandirian ADL						Total	
			Ketergantungan Total	Ketergantungan Paling Berat	Ketergantungan Berat	Ketergantungan Sedang	Ketergantungan Ringan	Ketergantungan Paling Ringan		Mandiri Total
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	6	6	4	6	2	7	2	33
		% within Jenis Kelamin	18.2%	18.2%	12.1%	18.2%	6.1%	21.2%	6.1%	100.0%
		% of Total	5.9%	5.9%	3.9%	5.9%	2.0%	6.9%	2.0%	32.4%
	Perempuan	Count	18	8	12	6	11	12	2	69
		% within Jenis Kelamin	26.1%	11.6%	17.4%	8.7%	15.9%	17.4%	2.9%	100.0%
		% of Total	17.6%	7.8%	11.8%	5.9%	10.8%	11.8%	2.0%	67.6%
Total	Count	24	14	16	12	13	19	4	102	
	% within Jenis Kelamin	23.5%	13.7%	15.7%	11.8%	12.7%	18.6%	3.9%	100.0%	
	% of Total	23.5%	13.7%	15.7%	11.8%	12.7%	18.6%	3.9%	100.0%	

Patah Tulang	Count	0	2	1	0	1	0	0	4
	% within Riwayat Penyakit	.0%	50.0%	25.0%	.0%	25.0%	.0%	.0%	100.0%
	% of Total	.0%	2.0%	1.0%	.0%	1.0%	.0%	.0%	3.9%
Osteoarthritis	Count	2	2	4	1	8	9	0	26
	% within Riwayat Penyakit	7.7%	7.7%	15.4%	3.8%	30.8%	34.6%	.0%	100.0%
	% of Total	2.0%	2.0%	3.9%	1.0%	7.8%	8.8%	.0%	25.5%
Total	Count	24	14	16	12	13	19	4	102
	% within Riwayat Penyakit	23.5%	13.7%	15.7%	11.8%	12.7%	18.6%	3.9%	100.0%
	% of Total	23.5%	13.7%	15.7%	11.8%	12.7%	18.6%	3.9%	100.0%

Tinggal bersama siapa? * Tingkat Kemandirian ADL Crosstabulation

			Tingkat Kemandirian ADL						Total	
			Ketergantungan Total	Ketergantungan Paling Berat	Ketergantungan Berat	Ketergantungan Sedang	Ketergantungan Ringan	Ketergantungan Paling Ringan		Mandiri Total
Tinggal bersama siapa?	Sendiri	Count	1	2	2	0	4	7	0	16
		% within Tinggal bersama siapa?	6.2%	12.5%	12.5%	.0%	25.0%	43.8%	.0%	100.0%
		% of Total	1.0%	2.0%	2.0%	.0%	3.9%	6.9%	.0%	15.7%
	Keluarga (Saudara/Pasangan/Anak/Cucu)	Count	23	12	14	12	9	11	4	85
		% within Tinggal bersama siapa?	27.1%	14.1%	16.5%	14.1%	10.6%	12.9%	4.7%	100.0%
		% of Total	22.5%	11.8%	13.7%	11.8%	8.8%	10.8%	3.9%	83.3%
	Lainnya (Tentangga/Panti Jompo/Pesantren Lansia)	Count	0	0	0	0	0	1	0	1
		% within Tinggal bersama siapa?	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% of Total	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.0%	.0%	1.0%
Total	Count	24	14	16	12	13	19	4	102	
	% within Tinggal bersama siapa?	23.5%	13.7%	15.7%	11.8%	12.7%	18.6%	3.9%	100.0%	
	% of Total	23.5%	13.7%	15.7%	11.8%	12.7%	18.6%	3.9%	100.0%	

Siapa yang biasanya membantu? * Tingkat Kemandirian ADL Crosstabulation

		Tingkat Kemandirian ADL						Mandiri Total	Total
		Ketergantungan Total	Ketergantungan Paling Berat	Ketergantungan Berat	Ketergantungan Sedang	Ketergantungan Ringan	Ketergantungan Paling Ringan		
Siapa yang Tidak Ada biasanya membantu?	Count	0	1	0	0	1	5	0	7
	% within Siapa yang biasanya membantu?	.0%	14.3%	.0%	.0%	14.3%	71.4%	.0%	100.0%
	% of Total	.0%	1.0%	.0%	.0%	1.0%	4.9%	.0%	6.9%
Keluarga (Saudara/Pasangan/Anak/Cucu)	Count	20	13	16	12	10	12	4	87
	% within Siapa yang biasanya membantu?	23.0%	14.9%	18.4%	13.8%	11.5%	13.8%	4.6%	100.0%
	% of Total	19.6%	12.7%	15.7%	11.8%	9.8%	11.8%	3.9%	85.3%
Lainnya (Perawat/Tetangga/Pembantu)	Count	4	0	0	0	2	2	0	8
	% within Siapa yang biasanya membantu?	50.0%	.0%	.0%	.0%	25.0%	25.0%	.0%	100.0%
	% of Total	3.9%	.0%	.0%	.0%	2.0%	2.0%	.0%	7.8%

Total	Count	24	14	16	12	13	19	4	102
	% within Siapa yang biasanya membantu?	23.5%	13.7%	15.7%	11.8%	12.7%	18.6%	3.9%	100.0%
	% of Total	23.5%	13.7%	15.7%	11.8%	12.7%	18.6%	3.9%	100.0%

Pengalaman dirawat di rumah sakit * Tingkat Kemandirian ADL Crosstabulation

		Tingkat Kemandirian ADL						Total	
		Ketergantungan Total	Ketergantungan Paling Berat	Ketergantungan Berat	Ketergantungan Sedang	Ketergantungan Ringan	Ketergantungan Paling Ringan		Mandiri Total
Pengalaman dirawat di rumah sakit	Ya (<1 tahun yang lalu)	Count 7	3	3	4	0	3	0	20
	% within Pengalaman dirawat di rumah sakit	35.0%	15.0%	15.0%	20.0%	.0%	15.0%	.0%	100.0%
	% of Total	6.9%	2.9%	2.9%	3.9%	.0%	2.9%	.0%	19.6%
Ya (>1 tahun yang lalu)	Count	6	3	4	2	3	4	2	24
	% within Pengalaman dirawat di rumah sakit	25.0%	12.5%	16.7%	8.3%	12.5%	16.7%	8.3%	100.0%
	% of Total	5.9%	2.9%	3.9%	2.0%	2.9%	3.9%	2.0%	23.5%
Tidak Pernah	Count	11	8	9	6	10	12	2	58
	% within Pengalaman dirawat di rumah sakit	19.0%	13.8%	15.5%	10.3%	17.2%	20.7%	3.4%	100.0%
	% of Total	10.8%	7.8%	8.8%	5.9%	9.8%	11.8%	2.0%	56.9%
Total	Count	24	14	16	12	13	19	4	102
	% within Pengalaman dirawat di rumah sakit	23.5%	13.7%	15.7%	11.8%	12.7%	18.6%	3.9%	100.0%
	% of Total	23.5%	13.7%	15.7%	11.8%	12.7%	18.6%	3.9%	100.0%

Lampiran 12: Izin Menggunakan Kuesioner



Thank you for your order with RightsLink / Oxford University Press

1 pesan

<no-reply@email.copyright.com>
Kepada: rennalisdiana@gmail.com

Sen, 12 Jun 2023 pukul 14:34

OXFORD
UNIVERSITY PRESS

Thank you for your order!

Dear Renna Lisdiana,

Thank you for placing your order through Copyright Clearance Center's RightsLink® service.

Order Summary

Licensee:	Renna Lisdiana
Order Date:	Jun 12, 2023
Order Number:	5566370120109
Publication:	Gerontologist, The
Title:	Progress in Development of the Index of ADL ¹
Type of Use:	Thesis/Dissertation
Order Ref:	19
Order Total:	0.00 USD

(Original Order Number: 501822511)

View or print complete [details](#) of your order and the publisher's terms and conditions.

Sincerely,

Copyright Clearance Center

customercare@copyright.com
<https://myaccount.copyright.com>



RightsLink

Lampiran 13: *Back Translation*



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN
DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN

Jalan Prof. Mr. Sunario
Kampus Universitas Diponegoro
Tembalang Semarang KodePos 50275
Tels. (024) 764369-9, Fax. (024) 7649646
Laman: www.nursing.fk.unsi.pw.ac.id
Pos-el: keperawatan@fk.unsi.pw.ac.id

Nomor : 40 /UN7.F4.5.2/PP/VI/2023
Perihal : Permohonan *Back Translation*

21 JUN 2023

Yth. Ns. Reni Salung Utami, S.Kep.MSc.
Staf Dosen Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP
Jl. Prof.Mr.Sunario, Tembalang, Semarang

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro maka kami mohon kiranya Saudara dapat memberikan izin kepada mahasiswa tersebut dibawah iri:

Nama : Reana Lisdiana
NIM : 22020119140152
No.HP/WA : 087801394070
Judul : Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity of Daily Living* Pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra
Pembimbing : Muhamad Rofi'i, S.Kp., M.Kep.

Untuk melakukan *Back Translation* kuesioner penelitian.

Demikian surat kami, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Plh.Kerua Departemen

Agus Santoso, S.Kp.,M.Kep.
NIP 197208211999031002

Tembusan:
- Dosen Pembimbing



Your Trusted Partner!

STATEMENT OF CERTIFIED TRANSLATION

Ref. No.: 24/TR/SE/2023

To Whom It May Concern,

I, ASIH NURAKHIR, a registered translator of the Association of Indonesian Translators (*Himpunan Penerjemah Indonesia*), member ID: HPI-02-16-2087, a translator at Smart English, hereby attest that I have translated the attached document from English into Indonesian, and that to the best of my knowledge, ability and belief, this translation is of a true, accurate and complete translation of the original document that was provided to me.

The document was in the form of the questionnaire: "Katz Index of Independence in Activities of Daily Living" and would be used for research purposes on behalf of:

name : Renna Lisdiana (NIM 22020119140152)
 affiliation : Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Semarang, Indonesia

Semarang, 27 June 2023

Translator,

Asih Nurakhir, M.Pd
 Registered Translator
 HPI-02-16-2087
 Email: a.nurakhir@gmail.com

Address: Jl. Lamongan Barat III No. 39 Sampangan, Gajah Mungkur, Semarang
 Email: smartenglish_smg@gmail.com
 Telp. +62 81 390 099 794

Chat window showing a conversation between Reni Sulung Utami and Renna Lisdiana (You).

05/07 15:06
 Selamat siang ibu reni, mohon maaf mengganggu waktunya. saya Renna Lisdiana mahasiswa keperawatan 2019. Sebelumnya saya akan melakukan penelitian dengan judul "Gambaran Tingkat Kemandirian Activity of Daily Living pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra" dan untuk instrumennya saya diminta oleh bu deni selaku dosen penguji 2 untuk dilakukan back translate. Saya juga telah melakukan translate instrumen ke bahasa Indonesia menggunakan jasa translation. Izin mengirimkan instrumen bahasa indonesia yang akan di back translate ke bahasa inggris nggih bu. Berikut saya lampirkan filenya bu

Atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terima kasih.

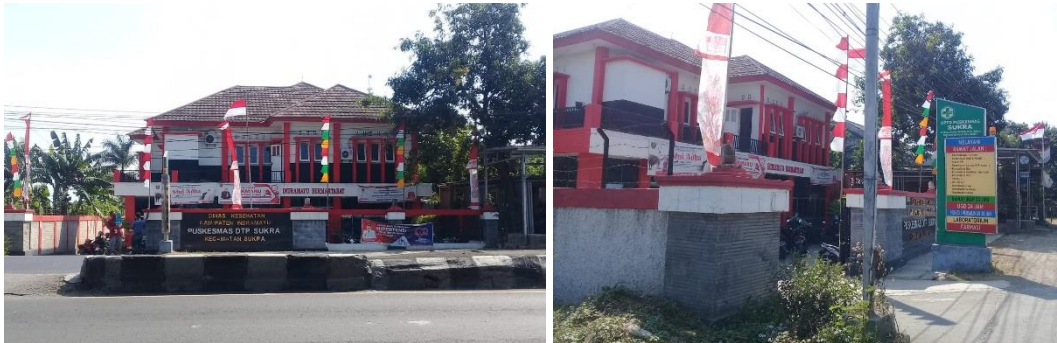
12/07
 Reni Sulung Utami: 12/07 16:34
 Aslkm. Mba **Renna Lisdiana** ini saya kirimkan hasil backtranslate kuesionernya. Semoga sukses dan lancar tahapan selanjutnya.

12/07 19:33
 wa'alaikumussalam bu. aamin terima kasih banyak noaah bu

Lampiran 14: Hasil Cek Plagiarisme Turnitin

Skripsi_Renna_Lisdiana_cek_turnitin.pdf			
ORIGINALITY REPORT			
27%	26%	10%	8%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
PRIMARY SOURCES			
1	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source		2%
2	es.scribd.com Internet Source		2%
3	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source		2%
4	www.scribd.com Internet Source		1%
5	eprints.undip.ac.id Internet Source		1%
6	uia.e-journal.id Internet Source		1%
7	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source		1%
8	id.scribd.com Internet Source		1%
9	123dok.com Internet Source		1%

Lampiran 15: Tempat Penelitian











Lampiran 16: Dokumentasi Pengambilan Data Penelitian



Lampiran 17: Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Keterangan	Paraf Dosen
1	31 Agustus 2022	First meet (perkenalan dan diskusi mengenai topik penelitian)	Mengajukan topik dan jadwal konsultasi.	
2	07 September 2022	Konsultasi Instrumen penelitian yang sudah baku (Katz Indeks ADL) dan mengajukan judul skripsi	Acc Instrumen Penelitian dan untuk judul cari sasaran yang tepat dan mudah didapat yang belum di teliti	
3	14 September 2022	Mengajukan judul penelitian "Gambaran <i>Activity of Daily Living</i> Pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik"	Acc Judul Penelitian	
4	21 September 2022	Konsultasi BAB I	Diskusi mengenai angka kejadian dan studi pendahuluan untuk latar belakang	
5	5 Oktober 2022	Konsultasi BAB I	Tambahkan penelitian terdahulu sebagai pendukung	
6	14 Oktober 2022	Konsultasi Revisi BAB I	Rumusan masalah dibenahi lagi dan tidak boleh ada sitasi	
7	21 Oktober 2022	Konsultasi Revisi BAB I, kerangka teori dan kerangka konsep	acc BAB I, kerangka teori dan kerangka konsep	
8	21 Februari 2023	Konsultasi BAB I - III	Perbaiki judul menjadi "Gambaran Kemandirian <i>Activity of Daily Living</i> Pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra" BAB I (judul dan tujuan penelitian lebih diarahkan ke kuesioner, BAB II (tambahkan materi kemandirian) & BAB III (Cari variabel penelitian yang berkaitan dengan kemandirian ADL)	

9	03 Maret 2023	Revisi populasi & teknik pengambilan sampel penelitian	Populasi (minta ke kader kesehatan di setiap desa) Teknik sampel sesuai kriteria inklusi & eksklusi (<i>purposive sampling</i>)	ft
10	15 Maret 2023	Revisi latar belakang & kerangka teori	Tambahkan perbedaan dengan penelitian sebelumnya dan urgensi dari penelitian ini apa. Pada kerangka teori kemandirian ADL dijadikan proses, cari kembali input & outputnya.	ft
11	21 Maret 2023	Acc proposal skripsi	Lanjut ke seminar proposal	ft
12	31 Maret 2023	Seminar Prososal	<ul style="list-style-type: none"> - Judul ditambahkan "tingkat" - Bab 1 latar belakang utamakan mengenai kemandirian ADL, tambahkan penelitian luar negeri terdahulu, dan data global - Tujuan dan manfaat disesuaikan lagi dengan judul - Bab 2 konsep I kemandirian ADL, konsep II gangguan mobilitas fisik - Bab 3 kriteria sampel diperbaiki, validitas dan reliabilitas indeks katz versi indo cari yang di publish jurnal - DO ditambah karakteristik respondennya 	ft
13	5 Juni 2023	Konsultasi revisi seminar proposal (dosen pembimbing)	Menyepakati judul skripsi yaitu "gambaran tingkat kemandirian activity of daily living pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja puskesmas sukra" (dosen menyetujui hasil revisi proposal skripsi)	ft

14	7 Juni 2023	Konsultasi revisi seminar proposal (dosen penguji 1)	Dosen menyetujui hasil revisi proposal skripsi.	PT
15	9 Juni 2023	Konsultasi revisi seminar proposal (dosen penguji 2)	Revisi tujuan penelitian, dan mahasiswa diminta melakukan <i>back translation</i> instrument dan uji validitas konstruk	PT
16	15 Juni 2023	Konsultasi proposal (dosen Penguji 2)	Dosen menyetujui hasil revisi (acc proposal skripsi)	PT
17	20 Juni 2023	Mahasiswa mengajukan permohonan <i>Ethical Clearance</i> kepada KEPK FK UNDIP	Dosen Pembimbing menyetujui pembuatan <i>Ethical Clearance</i> kepada KEPK FK UNDIP	PT
18	26 Juli 2023	Konsultasi hasil <i>back translate</i> dan hasil uji validitas konstruk kepada dosen pembimbing	Acc hasil <i>back translate</i> dan uji validitas konstruk	PT
19	04 September 2023	Konsultasi BAB IV, V, VI Skripsi	Revisi untuk sub bab 4.3 tabel crosstab disatukan	PT
20	06 September 2023	Konsultasi revisian BAB IV BAB V dan BAB IV	Dosen pembimbing menyetujui skripsi (lanjut ke seminar hasil)	PT

Lampiran 18: Logbook Bimbingan Skripsi**CATATAN HASIL KONSULTASI**

Hari/ Tanggal : Rabu, 31 Agustus 2022

Catatan : First meet (perkenalan dan diskusi mengenai topik penelitian)

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Rabu, 07 September 2022

Catatan : Konsultasi Instrumen (Katz Index ADL), dosen pembimbing Acc instrumen dan untuk judul cari sasaran yang tepat dan mudah didapatkan yang belum diteliti

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Rabu, 14 September 2022

Catatan : Acc judul penelitian "Gambaran *Activity of Daily Living* Pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik"

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Rabu, 21 September

Catatan : Konsultasi BAB I, diskusi mengenai angka kejadian dan studi pendahuluan untuk latar belakang.

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Rabu, 5 Oktober 2022

Catatan : Konsultasi BAB I, tambahkan penelitian terdahulu sebagai pendukung.

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Jum'at, 14 Oktober 2022

Catatan : Acc latar belakang, Rumusan masalah dibenahi lagi dan tidak boleh ada sitasi.

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Jum'at, 21 Oktober 2022

Catatan : Acc BAB I, kerangka teori dan kerangka konsep

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Selasa, 21 Februari 2023

Catatan : Perbaiki judul menjadi "Gambaran Kemandirian Activity of Daily Living Pada Pasien yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Sukra", BAB I (judul dan tujuan penelitian lebih diarahkan ke kuesioner, BAB II (tambahkan materi kemandirian) & BAB III (Cari variabel penelitian yang berkaitan dengan kemandirian ADL)

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Jum'at, 03 Maret 2023

Catatan : Populasi (minta ke kader kesehatan di setiap desa) & Teknik sampel sesuai kriteria inklusi & eksklusi (*purposive sampling*)

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Rabu, 15 Maret 2023

Catatan : Revisi latar belakang & kerangka teori, tambahkan perbedaan dengan penelitian sebelumnya dan urgensi dari penelitian ini apa, pada kerangka teori kemandirian ADL dijadikan proses, cari kembali input & outputnya.

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Selasa, 21 Maret 2023

Catatan : Dosen pembimbing menyetujui BAB I-III proposal skripsi (Lanjut ke Seminar Proposal)

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Selasa, 31 Maret 2023 (Seminar Proposal)

Catatan : Judul ditambahkan "tingkat", Bab 1 latar belakang utamakan mengenai kemandirian ADL, tambahkan penelitian luar negeri dan data global, Tujuan dan manfaat disesuaikan lagi dengan judul, Bab 2 konsep I kemandirian ADL, konsep II gangguan mobilitas fisik, Bab 3 kriteria sampel diperbaiki, validitas dan reliabilitas indeks katz versi indo cari yang di publish jurnal, DO ditambah karakteristik respondennya.

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Senin, 05 Juni 2023

Catatan : Menyepakati judul skripsi yaitu "Gambaran tingkat kemandirian *activity of daily living* pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja puskesmas sukra" (dosbing menyetujui hasil revisi proposal)

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Rabu, 07 Juni 2023

Catatan : Dosen Penguji 1 menyetujui hasil revisi proposal skripsi

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Jum'at, 09 Juni 2023

Catatan : Konsultasi Dosen Penguji 2, revisi tujuan penelitian & disarankan melakukan *back translation* instrument penelitian dan uji validitas konstruk.

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Kamis, 15 Juni 2023

Catatan : Dosen Penguji 2 menyetujui hasil revisi proposal skripsi

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Selasa, 20 Juni 2023

Catatan : Dosen Pembimbing menyetujui pembuatan *Ethical Clearance* kepada KEPK FK UNDIP

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Rabu, 26 Juli 2023

Catatan : Dosen pembimbing menyetujui hasil *back translation* dan uji validitas konstruk.

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Senin, 04 September 2023

Catatan : Konsultasi BAB IV, V, IV Skripsi (hasil penelitian), revisi subbab 4.3 untuk crosstab dijadikan satu tabel.

Paraf Pembimbing



Hari/ Tanggal : Rabu, 06 September 2023

Catatan : Konsultasi revisi BAB IV, BAB V dan BAB VI
(Lanjut ke Seminar Hasil)

Paraf Pembimbing

