

LEMBAR KUISIONER

Judul Penelitian : “Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Risiko Jatuh Pada Lansia Di Panti Werdha Wisma Mulia Jakarta Barat.”

Peneliti : Sutomo (2012-33-049)
Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan
Universitas Esa Unggul.

Kode Responden :

Tanggal Pengisian :

Petunjuk Pengisian :

1. Beri tanda (√) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan jawaban anda.
2. Semua pernyataan harus dijawab peserta.
3. Bila ada yang kurang dimengerti dapat ditanyakan langsung pada peneliti.

A. Profil Responden

Nama :

Panti/wisma :

Petunjuk Pengisian : Beri tanda ceklist (√) pada jawaban yang dianggap benar.

1. Jenis kelamin : () laki-laki
() perempuan
2. Usia : () 45-59 tahun () 60-74 tahun () 75-90 tahun
() diatas 90 tahun
3. Pendidikan Terakhir : () Tidak sekolah () SD () SMP () SMA
() Diploma () Perguruan Tinggi

B. Pernyataan Faktor Intrinsik

Petunjuk: Berilah pendapat saudara dengan memberi tanda *check list* (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan untuk :

1 = Sangat tidak setuju

2 = Tidak setuju

3 = Setuju

4 = Sangat setuju

| No | Penyataan | STS | TS | S | SS |
|----|--|-----|----|---|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Gangguan Jantung | | | | |
| 1 | Saya mengalami gangguan jantung selama 6 bulan terakhir | | | | |
| 2 | Jantung saya terasa berdebar-debar | | | | |
| 3 | Saya pada saat banyak bergerak dada saya sebelah kiri terasa sakit | | | | |
| 4 | Saya tidak pernah sakit jantung selama ini | | | | |
| | Gangguan Sistem Anggota Gerak | | | | |
| 5 | Saya mengalami gangguan anggota gerak saat ini | | | | |
| 6 | Kaki kanan saya sulit digerakan | | | | |
| 7 | saya saat berjalan, kaki saya sakit | | | | |
| 8 | Badan saya tidak bisa bergerak | | | | |
| | Gangguan Sistem saraf pusat | | | | |
| 9 | Saya mengalami gangguan saraf 6 bulan yang lalu | | | | |
| 10 | Saya tidak mengalami gangguan saraf | | | | |
| | Gangguan Penglihatan | | | | |
| 11 | Saya tidak bisa melihat orang-orang dari jarak dekat | | | | |
| 12 | Pandangan saya sangat kabur melihat benda-benda disekitar | | | | |
| 13 | Saya tidak bisa membedakan warna biru dengan warna hitam | | | | |
| 14 | Saya melihat ruangan ini sangat gelap | | | | |
| | Gangguan Pendengaran | | | | |
| 15 | Saya menggunakan alat bantu pendengaran | | | | |
| 16 | Saya jika dipanggil dengan nada rendah tidak mendengar | | | | |
| 17 | Saya mengalami gangguan pendengaran seperti tuli | | | | |
| 18 | Telinga saya terasa sakit saat mendengar suara keras | | | | |

C. Pernyataan Faktor Ekstrinsik

Petunjuk: Berilah pendapat saudara dengan memberi tanda *check list* (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan untuk :

0 = Tidak

1 = Ya

| No | Pernyataan | Ya | Tidak |
|----|---|----|-------|
| | Alat Bantu Berjalan | | |
| 1 | Apakah anda menggunakan alat bantu berjalan atau dibantu petugas panti? | | |
| 2 | Apakah anda menggunakan <i>walker</i> ? | | |
| 3 | Apakah anda menggunakan alat bantu seperti tongkat? | | |
| 4 | Apakah anda menggunakan <i>kruk</i> ? | | |
| 5 | Apakah anda menggunakan kaki palsu? | | |
| 6 | Apakah anda menggunakan kursi roda? | | |
| 7 | Apakah anda menggunakan alas kaki didalam panti seperti sandal? | | |
| | Lingkungan | | |
| 8 | Apakah penerangan ruangan panti cukup (tidak gelap)? | | |
| 9 | Apakah sinar matahari dapat masuk kedalam panti? | | |
| 10 | Apakah lantai panti licin? | | |
| 11 | Apakah penataan barang-barang didalam panti rapi tidak berantakan ? | | |
| 12 | Apakah didalam panti ada tangga atau lantai yang rata? | | |
| 13 | Apakah lantai kamar mandi anda licin? | | |
| 14 | Apakah tempat buang air besar tidak memakai kloset duduk? | | |
| 15 | Apakah tempat tidur anda terlalu tinggi dan tidak ada pagar? | | |
| 16 | Apakah WC dekat dengan kamar anda? | | |
| 17 | Apakah tempat duduk anda terlalu tinggi? | | |

Keterangan:

1. Tidak berisiko < 5
2. Berisiko > 5

D. Pernyataan Faktor Situasional

Petunjuk: Berilah pendapat saudara dengan memberi tanda *check list* (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan untuk :

1 = Sangat tidak setuju

2 = Tidak setuju

3 = Setuju

4 = Sangat setuju

| No | Penyataan | STS | TS | S | SS |
|----|---|-----|----|---|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Aktivitas | | | | |
| 1 | Saya melakukan aktivitas dalam kegiatan sehari-hari dengan menggunakan tangga. | | | | |
| 2 | Saya saat melakukan aktivitas sering mendaki gunung. | | | | |
| 3 | Olahraga adalah aktivitas yang sering saya lakukan setiap bangun pagi. | | | | |
| 4 | Saya ingin berpindah tempat dari duduk ke berdiri. | | | | |
| | Riwayat Penyakit | | | | |
| 5 | Saya mengalami riwayat penyakit stroke selama 6 bulan yang lalu | | | | |
| 6 | Saya mengalami tekanan darah tinggi saat ini | | | | |
| 7 | Saya mempunyai penyakit persendian (arthritis), kalau cuaca dingin suka kambuh. | | | | |
| 8 | Saya tidak mengalami penyakit katarak | | | | |
| 9 | Saya menderita penyakit paru obstruksi kronis (PPOK). | | | | |

E. Pernyataan Risiko Jatuh

| No | Pernyataan | Bobot | Nilai |
|-------|---|----------------------|-------|
| 1 | Riwayat jatuh, apakah anda pernah jatuh dalam 3-6 bulan terakhir? | Tidak (0) Ya (25) | |
| 2 | Diagnosa sekunder, apakah anda memiliki lebih dari satu penyakit ? | Tidak (0) Ya (15) | |
| 3 | Alat bantu jalan: apakah anda menggunakan alat/dibantu? <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bedrest</i>/dibantu perawat • <i>Kruk</i>/tongkat/<i>walker</i> • Berpegangan pada benda-benda disekitar (kursi, lemari, meja) | (0) (15) (30) | |
| 4 | Terapi intravena, apakah saat ini anda terpasang infus ? | Tidak (0) Ya (25) | |
| 5 | Gaya berjalan/cara berpindah apakah anda berjalan ? <ul style="list-style-type: none"> • Normal/<i>bedrest.imobile</i> (tidak dapat berjalan sendiri) • Lemah (tidak bertenanga) • Gangguan/tidak normal (pincang/diseret) | (0) (10) (20) | |
| 6 | Status mental, apakah anda mengalami status mental ? <ul style="list-style-type: none"> • Anda menyadari kondisi dirinya sendiri • Anda mengalami keterbatasan daya ingat | (0) (15) | |
| Total | | | |

Keterangan :

Nilai 0-24 = tidak berisiko jatuh

25-50 = risiko rendah

>50 = risiko tinggi jatuh