

## 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
	<b>Gangguan Jantung</b>				
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				
	<b>Gangguan Sistem Anggota Gerak</b>				
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				
	<b>Gangguan Sistem saraf pusat</b>				
9	Saya mengalami gangguan saraf 6 bulan yang lalu				
10	Saya tidak mengalami gangguan saraf				
	<b>Gangguan Penglihatan</b>				
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				
	<b>Gangguan Pendengaran</b>				
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
	<b>Alat Bantu Berjalan</b>		
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?		
	<b>Lingkungan</b>		
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
	<b>Aktivitas</b>				
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.				
	<b>Riwayat Penyakit</b>				
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"> <li>• <i>Bedrest</i>/dibantu perawat</li> <li>• <i>Kruk/tongkat/walker</i></li> <li>• Berpegangan pada benda-benda disekitar (kursi, lemari, meja)</li> </ul>	(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"> <li>• Normal/<i>bedrest.imobile</i> (tidak dapat berjalan sendiri)</li> <li>• Lemah (tidak bertenanga)</li> <li>• Gangguan/tidak normal (pincang/diseret)</li> </ul>	(0) (10) (20)	
6	Status mental, apakah anda mengalami status mental ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anda menyadari kondisi dirinya sendiri</li> <li>• Anda mengalami keterbatasan daya ingat</li> </ul>	(0) (15)	
Total			

Keterangan :

Nilai 0-24 = tidak berisiko jatuh

25-50 = risiko rendah

>50 = risiko tinggi jatuh