

**SKRIPSI**

**GAMBARAN PENGETAHUAN CAREGIVER TENTANG RISIKO  
JATUH PADA PASIEN PENDERITA STROKE DI POLI SARAF  
RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH (RSKD) DADI  
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

Skripsi Ini Dibuat Dan Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mendapatkan  
Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)



OLEH :

**NOBER MARKUS**

**R011221051**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2023**

**Halaman Persetujuan**

**GAMBARAN PENGETAHUAN CAREGIVER TENTANG RISIKO  
JATUH PADA PASIEN PENDERITA STROKE DI POLI SARAF  
RUMAHSAKIT KHUSUS DAERAH (RSKD) DADI  
PROVINSI SULAWESI SELATAN**



**Oleh :**

**NOBER MARKUS  
NIM R011221051**

Disetujui untuk diajukan di hadapan Tim Penguji Akhir Skripsi Program Studi  
Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

**Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB**  
NIP. 1985033042010122003

Pembimbing II

**Andi Fajrin Permana, S.Kep., Ns., MSc**  
NIP. 199212062022043001

**GAMBARAN PENGETAHUAN CAREGIVER TENTANG RISIKO  
JATUH PADA PASIEN PENDERITA STROKE DI POLI SARAF  
RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH (RSKD) DADI  
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir Pada:

Hari/ Tanggal : Kamis, 16 November 2023

Pukul : 13.00 Wita - Selesai

Tempat : Ruangan GPM Lantai 2 Fakultas Keperawatan

Oleh:

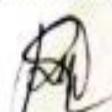
**NOBER MARKUS  
R011221051**

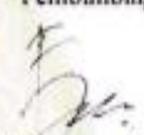
Dan yang bersangkutan dinyatakan

**LULUS**

Pembimbing I

Pembimbing II

  
**Dr. Rosvidah Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB**  
NIP. 1985033042010122003

  
**Andi Fajrin Permana, S.Kep., Ns., MSc**  
NIP. 199212062022043001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin



  
**Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Si**

NIP. 197606182002122002

## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nober Markus

NIM : R011221051

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia bertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, 20 November 2023

Yang membuat pernyataan



Nober Markus

## **KATA PENGANTAR**

Kalimat yang senantiasa terucap yaitu memanjatkan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa karena berkat Rahmat dan tuntunannya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Gambaran Pengetahuan Caregiver Tentang Risiko Jatuh Pada Pasien Penderita Stroke di Poli Saraf Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provinsi Sulawesi Selatan”. Penyusunan skripsi ini sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program sarjana di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini tentunya menemui berbagai kendala dan hambatan, namun berkat bimbingan, bantuan, dan dukungan dari berbagai pihak, akhirnya skripsi ini dapat diselesaikan. Pada kesempatan ini izinkan saya mengucapkan terima kasih kepada orangtua dan Istri tercinta yang senantiasa memberikan kasih sayang, nasehat, doa, serta dukungan. Peneliti juga izin untuk menyampaikan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kep., M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns., M.Kes selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Andina Setyawati, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing akademik.
4. Ibu Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep.,Ns., M.Kep., Sp.KMB dan Bapak Andi

Fajrin Permana, S.Kep.,Ns., MSc selaku pembimbing pertama dan kedua yang dengan sabar dan dukungan penuh dalam memberikan arahan-arahan serta masukan selama penyusunan skripsi ini.

5. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns., M.Kes. dan Ibu Arnis Puspitha Rasyid, S.Kep.,Ns., M.Kes selaku dosen penguji yang memberikan arahan-arahan serta masukan dalam skripsi ini.
6. Direktur Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provinsi Sulawesi Selatan beserta para staf yang telah mengizinkan melakukan penelitian terhadap keluarga pasien stroke di rumah sakit tersebut.
7. Seluruh dosen dan staf Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah memberikan banyak ilmu dan pengetahuan dan membantu peneliti dalam kelancaran skripsi ini.
8. Teman-teman seperjuangan kelas kerjasama angkatan 2022 “TEAMWORK”, dan seperbimbingan atas segala dukungan dan bantuannya.

Akhirnya, peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan masukan, kritik, dan saran yang konstruktif sehingga peneliti dapat berkarya lebih baik lagi di masa yang akan datang. Akhir kata mohon maaf atas segala salah dan khilaf.

Makassar, 10 Oktober 2023



Nober Markus

## ABSTRAK

Nober Markus, “Gambaran Pengetahuan Caregiver Tentang Risiko Jatuh Pada Pasien Penderita Stroke di Poli Saraf Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provinsi Sulawesi Selatan” dibimbing oleh Rosyidah Arafat dan Andi Fajrin Permana

**Latar belakang:** Jatuh adalah salah satu kejadian paling umum dari pasien stroke. *Caregiver* memainkan peran penting sebagai komunikator dan membantu menjaga kondisi kesehatan pasien. Masalah yang sering terjadi adalah kurangnya pengetahuan tentang stroke dan kurangnya perhatian dari keluarga. Penelitian ini bertujuan mengetahui gambaran pengetahuan caregiver tentang risiko jatuh pada pasien penderita stroke di Poli Saraf Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan rancangan survei deskriptif. Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *total sampling* sebanyak 75 orang. Hasil dianalisa dengan menggunakan program SPSS 21.0. (SPSS, Inc Chicago, IL).

**Hasil:** Pengetahuan *caregiver* tentang risiko jatuh pada pasien penderita stroke didapatkan sebagian besar *caregiver* pengetahuannya baik (90.7%). Masih ada *caregiver* yang belum mengetahui tentang stroke yang timbul secara mendadak dan berlangsung cepat (14.7%), tidak mengetahui bahwa penderita paska stroke memerlukan latihan fisik seperti latihan berjalan, latihan menggerakkan anggota badan dan olahraga (14.7%), tidak memahami bahwa penderita stroke perlu dibantu menopang tubuh yang lemah saat penderita paska stroke berjalan (12.0%), dan tidak memahami upaya pencegahan jatuh dengan menyediakan kursi roda yang terkunci di samping tempat tidur pasien (4.0%).

**Kesimpulan:** Pengetahuan *caregiver* tentang risiko jatuh pada pasien penderita stroke sebagian besar baik (90.7%). Oleh karena itu, diharapkan kepada pihak rumah sakit dan perawat agar melibatkan *caregiver* dalam perencanaan perawatan pasien stroke termasuk dalam upaya pencegahan jatuh.

**Kata Kunci** : pengetahuan, caregiver, risiko jatuh, stroke

**Kepustakaan** : 45 (2014-2023)

## ABSTRACT

**Nober Markus, "Illustration of Caregiver Knowledge About the Risk of Falls in Stroke Suffering Patients at the RSKD Neurology Clinic, South Sulawesi Province"**  
supervised by Rosyidah Arafat and Andi Fajrin Permana

**Background:** Falls are one of the most common events in stroke patients. Caregivers play an important role as communicators and help maintain the patient's health condition. Problems that often occur are lack of knowledge about stroke and lack of attention from the family. This study aims to determine the description of caregivers' knowledge about the risk of falls in stroke patients at the RSKD outpatient unit, South Sulawesi Province.

**Method:** This research uses a descriptive survey design. The sampling technique was carried out with a total sampling of 75 people. Results were analyzed using the SPSS 21.0 program. (SPSS, Inc. Chicago, IL).

**Results:** The majority of caregivers' knowledge about the risk of falls in stroke patients was found to be good (90.7%). There are still caregivers who do not know about strokes that arise suddenly and progress quickly (14.7%), do not know that post-stroke sufferers need physical exercise such as walking exercises, exercise to move their limbs and exercise (14.7%), do not understand that stroke sufferers need helped to support a weak body when post-stroke sufferers walk (12.0%), and do not understand efforts to prevent falls by providing a locked wheelchair at the patient's bedside (4.0%).

**Conclusion:** Caregiver knowledge about the risk of falls in stroke patients is mostly good (90.7%). Therefore, it is hoped that hospitals and nurses will involve caregivers in planning the care of stroke patients, including efforts to prevent falls.

**Keywords** : knowledge, caregiver, risk of falls, stroke

**Bibliography** : 45 (2014-2023)

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
Halaman Judul.....	i
Halaman Persetujuan .....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Pernyataan Keaslian Penelitian.....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstrak .....	vii
Abstract.....	viii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Tabel .....	xi
Daftar Gambar .....	xii
Daftar Lampiran .....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan tentang Stroke.....	7
B. Tinjauan tentang <i>Caregiver</i> .....	20
C. Tinjauan tentang Risiko Jatuh.....	24
D. Tinjauan tentang Pengetahuan....	42
<b>BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS</b>	
A. Kerangka Konsep .....	47
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b>	
A. Rancangan Penelitian .....	48
B. Waktu dan Tempat Penelitian .....	48
C. Populasi dan Sampel.....	48
D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	50
E. Alur Penelitian .....	52

	F. Instrumen Penelitian.....	53
	G. Teknik Pengumpulan Data.....	54
	H. Pengolahan Data dan Analisa Data .....	55
	I. Etika Penelitian .....	56
BAB V	HASIL PENELITIAN	
	A. Karakteristik Responden.....	58
	B. Jawaban atas Pertanyaan Penelitian.....	60
BAB VI	PEMBAHASAN	
	A. Pembahasan Temuan. ....	65
	B. Implikasi Dalam Keperawatan.....	72
	C. Keterbatasan Peneliti.....	73
BAB VII	PENUTUP	
	A. Kesimpulan.....	75
	B. Saran.....	75
	DAFTAR PUSTAKA.....	77
	LAMPIRAN .....	81

## DAFTAR TABEL

No. Tabel	Judul Tabel	Hal
Tabel 2.1	Tingkat dampak dan probabilitas resiko.....	24
Tabel 2.2	<i>Medication Fall Risk (MFR)</i> .....	30
Tabel 2.3	<i>Stroke Assessment of Fall Risk item performance</i> .....	34
Tabel 4.1	Prevelensi Pasien Stroke Rawat Jalan di Poli Saraf Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Selama Satu Tahun Terakhir (Maret 2022-Februari 2023).....	49
Tabel 4.2	Defenisi Operasional dan Kriteria Obyektif.....	50
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik <i>Caregiver</i> Pada Pasien Penderita Stroke di Poli Saraf RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.....	59
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan <i>Caregiver</i> Tentang Risiko Jatuh Pada Pasien Penderita Stroke di Poli Saraf RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.....	60
Tabel 5.3	Distribusi Pengetahuan <i>Caregiver</i> Tentang Risiko Jatuh Pada Pasien Penderita Stroke di Poli Saraf RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.....	61
Tabel 5.4	Pengetahuan <i>Caregiver</i> Tentang Risiko Jatuh Pada Pasien Stroke di Poli Saraf RSKD Provinsi Sulawesi Selatan berdasarkan karakteristik demografi.....	63

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 : Bagan Kerangka Konsep.....	47
Gambar 2 : Bagan Alur Penelitian.....	52

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Permohonan Menjadi Responden.....	81
Lampiran 2 : Lembar Informed Consent.....	82
Lampiran 3 : Kuesioner Penelitian.....	83
Lampiran 4 : Master Tabel.....	85
Lampiran 5 : Hasil Analisis Penelitian.....	91
Lampiran 6 : Surat-surat.....	98

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Stroke adalah penyebab kematian kedua di dunia dan penyebab utama kecacatan neurologis jangka panjang pada orang dewasa (American Heart Association, 2020). Pada tahun 2020, berdasarkan Centers for Disease Control and Prevention(CDC) didapatkan 1 dari setiap 6 kematian di Amerika Serikat akibat penyakit kardiovaskular disebabkan oleh stroke. Setiap 40 detik, seseorang di Amerika Serikat mengalami stroke. Setiap 3,5 menit, seseorang meninggal karena stroke.(CDC, 2023). Ada lebih dari 12,2 juta stroke baru setiap tahun. Secara global, satu dari empat orang di atas usia 25 akan mengalami stroke seumur hidup mereka. 6.5 juta orang meninggal akibat stroke setiap tahunnya. Ada lebih dari 7.6 juta stroke iskemik baru setiap tahun. Secara global, lebih dari 62% dari semua kejadian stroke adalah stroke iskemik (World Stroke Organization, 2022). Data stroke di Indonesia, sebanyak 10,9 per 1.000 stroke per 2018. Angka ini menurun dari lima tahun sebelumnya, 12,10 per 1.000 penduduk dan meningkat dibandingkan tahun 2007, yakni 8,3 per 1.000 penduduk. Adapun data di Propinsi Sulawesi Selatan sebanyak 10.0 per 1.000 penduduk(Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Penelitian yang dilakukan Agustina (2009) di rumah sakit Ciamjur pada 17 orang penderita stroke dan keluarganya mengenai kajian kebutuhan perawatan di rumah bagi penderita paska stroke yang paling di butuhkan yaitu pengaturan nutrisi, perawatan diri, bantuan untuk buang air besar dan kecil, latihan pergerakan fisik, pemberian obat-obatan, motivasi dan kunjungan dari

tenaga kesehatan. Hal ini menunjukkan begitu banyaknya pengetahuan dan keterampilan yang harus di kuasai oleh keluarga sebagai caregiver.

Dari penelitian tersebut hal yang tidak kalah pentingnya pada pasien yang menderita stroke yaitu seringkali mengalami kelemahan unilateral yang tiba-tiba (61,4%), kesulitan berbicara secara tiba-tiba (25,7%), kesulitan berjalan secara tiba-tiba, kehilangan keseimbangan, atau pusing (21,4%)(Saengsuwan, Suangpho, & Tiamkao, 2017). Pengenalan gejala dan tanda stroke merupakan Langkah awal yang diperlukan untuk memulai proses pengobatan dini dan hasil fungsional yang baik (Khalafalla, et al., 2022). Pasien dengan stroke mengalami gangguan ekstremitas, karena ketidakmampuan otot bergerak secara optimal (Potter & Perry, 2018).

Jatuh adalah salah satu kejadian paling umum dari pasien stroke, dengan kejadian yang dilaporkan mulai dari 7% pada minggu pertama setelah stroke hingga 73% pada tahun pertama setelah keluar dari rumah sakit(Djurovic, et al., 2021). Penderita stroke memiliki sekitar 14% risiko jatuh pada bulan pertama (Wei, et al., 2019). Jatuh adalah penyebab utama patah tulang pada 23-50% pasien stroke(Cho, Yu, & Rhee, 2015). Sekitar 30% dari jatuh di rumah sakit telah dilaporkan mengakibatkan beberapa jenis cedera, sedangkan hasil yang parah terjadi rata-rata pada 3% sampai 6% pasien(Djurovic, et al., 2021).Mereka yang mempunyai risiko jatuh di rumah sakit juga berisiko jatuh berulang setelah mereka dipulangkan ke rumah (Yang, Ghaedi, Campbell, Rutkowski, & Finestone, 2021).

Distribusi penyakit serebrovaskular dan derajat defisit neurologis terutama mengubah status mental, yang dapat dikenali sebagai salah satu prediktor yang lebih penting untuk jatuh setelah stroke(Djurovic, et al., 2021). Perawatan penderita stroke bertujuan untuk memperbaiki mobilitas, mencegah kekakuan dan nyeri pada sendi, mencegah luka dan cedera kulit (ulkusdekubitus), pencapaian perawatan diri secara mandiri, mengontrol eliminasi, perbaikan proses pikir, meningkatkan kemampuan berkomunikasi, perbaikan fungsi keluarga, serta mencegah adanya komplikasi lainnya termasuk pencegahan jatuh. Penderita stroke sangat membutuhkan bantuan keluarga sebagai *caregiver*. Sesuai dengan salah satu tugas Kesehatan keluarga yaitu merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, sehingga apabila ada salah satu anggota keluarga yang sakit maka keluarga lain berperan sebagai *caregiver*(Ariska, Handayani, & Hartati, 2020). Pengetahuan yang baik dan sikap yang mendukung dalam perawatan penderita stroke dapat mempercepat pemulihan fisik dan psikologis pasca serangan stroke. Pengetahuan dan pemahaman keluarga akan mempengaruhi sikap dan perilaku keluarga dalam merawat keluarga yang menderita stroke (Robby, 2019).

*Caregiver* memainkan peran penting sebagai komunikator dan membantu menjaga kondisi kesehatan pasien. Masalah yang sering terjadi adalah kurangnya pengetahuan tentang stroke dan kurangnya perhatian dari keluarga(Muhrodji, et al., 2021). Untuk mencegah terjadinya jatuh pada penderita stroke, penting untuk mengembangkan intervensi yang efektif untuk

mengurangi risiko jatuh pasca stroke(Wei, et al., 2019), termasuk dengan meningkatkan pengetahuan *caregiver* terkait risiko jatuh.

Data yang diperoleh dari bagian *medical record* Poli Saraf RSKD Provinsi Sulawesi Selatan terhitung sejak bulan Maret tahun 2022 sampai Februari 2023 jumlah kunjungan pasien sebanyak 898 pasien (Rekam Medik RSKD Provinsi Sulawesi Selatan, 2023).

Berdasarkan pengalaman peneliti saat pengumpulan data awal dengan mengambil data dari rekam medik dan hasil observasi didapatkan pasien yang menderita stroke pada umumnya mengalami ketergantungan ringan, sedang sampai total yang membutuhkan bantuan yang berisiko untuk mengalami jatuh dan Sebagian besar didampingi oleh *caregiver*. Saat ini, belum ada penelitian yang terkait dengan gambaran pengetahuan *caregiver* tentang risiko jatuh pada pasien penderita stroke di Poli Saraf RSKD Provinsi Sulawesi Selatan. Hal inilah yang mendasari sehingga peneliti ingin meneliti gambaran pengetahuan *caregiver* tentang risiko jatuh pada pasien penderita stroke di Poli Saraf RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

## **B. Rumusan Masalah**

Prevalensi penyakit stroke terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Penderita stroke sangat membutuhkan bantuan keluarga sebagai *caregiver*. Berbagai penelitian terkait risiko jatuh pada pasien stroke telah dilakukan, namun penelitian terkait aspek tingkat pengetahuan *caregiver* tentang risiko jatuh pada penderita stroke masih kurang diteliti. Untuk itu, diperlukan sebuah data penelitian pengetahuan *caregiver* tentang risiko jatuh pada pasien

penderita stroke. Namun, belum ada *evidence base* yang terkait dengan pengetahuan caregiver tentang risiko jatuh pada pasien penderita stroke di Poli Saraf RSKD Provinsi Sulawesi Selatan. Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “Bagaimanakah gambaran pengetahuan caregiver tentang risiko jatuh pada pasien penderita stroke di Poli Saraf RSKD Provinsi Sulawesi Selatan?”

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran pengetahuan caregiver tentang risiko jatuh pada pasien penderita stroke di Poli Saraf RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik caregiver pada pasien penderita stroke di Poli Saraf RSKD Provinsi Sulawesi Selatan
- b. Mengetahui gambaran pengetahuan caregiver tentang risiko jatuh pada pasien penderita stroke di Poli Saraf RSKD Provinsi Sulawesi Selatan

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Teoritis

Meningkatkan pengetahuan dalam bidang ilmu keperawatan dan wawasan terkait dengan pengetahuan caregiver tentang risiko jatuh pada pasien penderita stroke.

## 2. Praktisi

### 1. Bagi Profesi

Menjadi bahan masukan dalam menambah pengetahuan ilmu keperawatan terutama mengenai pengetahuan caregiver tentang risiko jatuh pada pasien penderita stroke.

### 2. Bagi Instansi Terkait

Hasil penelitian ini dapat memberi gambaran atau informasi bagi instansi terkait pengetahuan tentang risiko jatuh oleh *caregiver* pada pasien penderita stroke.

### 3. Bagi Pasien

Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber informasi bagi pasien dan keluarganya tentang pengetahuan tentang risiko jatuh oleh *caregiver* pada pasien penderita stroke.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Tentang Stroke**

##### **1. Definisi**

Stroke terkadang disebut serangan otak, terjadi Ketika ada sesuatu yang menghalangi suplai darah ke bagian otak atau Ketika pembuluh darah di otak pecah. Dalam kedua kasus tersebut, bagian otak menjadi rusak atau mati. Stroke dapat menyebabkan kerusakan otak yang bertahan lama, kecacatan jangka panjang, atau bahkan kematian (CDC, 2023). Definisi menurut *WHO*, Stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa deficit neurologis fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascular (P2TM Kemenkes RI, 2018). Stroke adalah manifestasi klinis akut akibat disfungsi neurologis pada otak, medulla spinalis, dan retina baik Sebagian atau menyeluruh yang menetap selama  $\geq 24$  jam atau menimbulkan kematian akibat gangguan pembuluh darah. Stroke yang disebabkan oleh infark (dibuktikan melalui pemeriksaan radiologi, patologi, atau bukti lain yang menunjukkan iskemi otak, medulla spinalis, atau retina) disebut stroke iskemik. Stroke perdarahan dapat disebabkan oleh perdarahan intracranial atau subaraknoid. Perdarahan intracranial terjadi pada parenkim otak maupun ventrikel tanpa didahului trauma, sementara perdarahan subaraknoid terjadi di rongga subaraknoid (antara membrane araknoid dan piamater) (KEPMENKES RI

NOMOR HK.01.07/MENKES/394/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Stroke).

## 2. Jenis stroke

Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah. Akibatnya Sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen yang diperlukan sehingga mengalami kematian sel/jaringan (P2TM Kemenkes RI, 2018). Ada dua jenis stroke(CDC, 2023):

### a. Stroke iskemik

Sebagian besar stroke adalah stroke iskemik. Stroke iskemik terjadi ketika gumpalan darah atau partikel lain menyumbat pembuluh darah ke otak. Timbunan lemak yang disebut plak juga dapat menyebabkan penyumbatan dengan menumpuk di pembuluh darah.

### b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika arteri di otak mengeluarkan darah atau pecah (terbuka). Darah yang bocor memberi terlalu banyak tekanan pada sel-sel otak, yang merusaknya. Tekanan darah tinggi dan aneurisma — tonjolan seperti balon di arteri yang dapat meregang dan pecah — adalah contoh kondisi yang dapat menyebabkan stroke hemoragik.

Otak mengontrol Gerakan kita, menyimpan ingatan kita, dan merupakan sumber pikiran, emosi, dan bahasa kita. Otak juga mengontrol banyak fungsi tubuh, seperti pernapasan dan pencernaan.

Agar berfungsi dengan baik, otak anda membutuhkan oksigen. Arteri anda mengantarkan darah yang kaya oksigen keseluruh bagian otak anda. Jika terjadi sesuatu yang menghalangi aliran darah, sel-sel otak mulai mati dalam hitungan menit, karena tidak bisa mendapatkan oksigen. Ini menyebabkan stroke(CDC, 2023).

### 3. Faktor risiko

Dalam pengobatan dan pencegahan pasien stroke, identifikasi faktor-faktor risiko sangat penting. Pencegahan stroke pada pasien dilakukan dengan cara mengoptimalkan pengendalian factor risiko, terutama factor risiko yang dapat dimodifikasi. Penilaian factor risiko dapat dilakukan dengan menggunakan Framingham stroke profile (FSP) untuk menilai risiko stroke dalam 10 tahun (terlampir). Beberapa factor risiko stroke yang dapat diidentifikasi diantaranya (KEPMENKES RI NOMOR HK.01.07/MENKES/394/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Stroke):

#### a) Riwayat keluarga

Faktor genetic merupakan salah satu risiko stroke di kemudian hari. Untuk memperkirakan adanya factor genetic penyebab stroke dapat dilakukan anamnesis Riwayat keluarga pasien stroke.

#### b) Penyakit kardiovaskular

Risiko stroke meningkat pada orang dengan riwayat penyakit aterosklerotik, seperti penyakit jantung koroner, gagal jantung dan klaudikasiointermiten. Pencegahan stroke pada orang dengan factor

risiko tersebut dapat dilakukan dengan pemberian anti platelet, yang akan dibahas pada bagian lain pedoman ini.

c) Hipertensi

Hipertensi merupakan factor risiko stroke yang paling banyak, termasuk stroke lacunar. The Joint National Committee Eighth (JNC 8) dan European Stroke Organization (ESO) merekomendasikan skrining tekanan darah secara teratur dan penanganan yang sesuai (kelas I, peringkatbukti A), termasuk modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologik dengan target tekanan darah sistolik < 150mmHg dan diastolic < 90mmHg.

d) Merokok

Setiap pasien perlu ditanyakan apakah merokok atau tidak. Pasien disarankan untuk berhenti merokok mengingat bukti epidemiologi yang menunjukkan rokok berisiko menyebabkan stroke iskemik dan perdarahan subarachnoid. Strategi penghentian merokok yang dapat dilakukan diantaranya konseling, penggunaan pengganti nikotin atau pemakaian obat oral untuk berhenti merokok. Beberapa hal yang perlu diketahui terkait rokok :

- a. Merokok menyebabkan peningkatan koagulabilitas darah, viskositas darah, kadar fibrinogen, mendorong agregasi platelet, meningkatkan tekanan darah, meningkatkan hematokrit, menurunkan kolesterol HDL dan meningkatkan kolesterol LDL.
- b. Berhenti merokok dapat memperbaiki fungsi endotel.

c. Perokok pasif berisiko sama dengan perokok aktif.

e) Diabetes

Diabetes meningkatkan risiko stroke. Oleh karena itu, sebaiknya dilakukan pemeriksaan gula darah teratur. Kontrol gula darah dilakukan dengan modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologi. Pada pasien diabetes disarankan untuk mengontrol tekanan darah (target 130/80 mmHg sesuai JNC 8) dan dislipidemia. Hipertensi pada pasien diabetes dapat diberikan ACEI dan ARB, sementara dislipidemia dapat diberikan statin.

f) Dislipidemia

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

g) Fibrilasi atrium

Setiap pasien berusia >65 tahun sebaiknya dilakukan pemeriksaan nadi dan EKG untuk melihat adanya fibrilasi atrium. Justifikasi pemberian antikoagulan disesuaikan dengan skor CHA<sub>2</sub> DS<sub>2</sub>-VASc. Pada pasien non-valvular atrial fibrillation yang diketahui menderita atrial fibrilasi dengan skor CHA<sub>2</sub> DS<sub>2</sub>-VASc  $\geq 2$  sebaiknya diberikan anti koagulan. Pilihan anti koagulan adalah new-oral anti coagulants (NOACs) seperti

dabigatran, apixaban, rivaroxaban atau warfarin dengan target INR 2,0-3,0. NOAC diketahui memiliki efektivitas yang lebih baik dengan warfarin, dengan efek samping yang relative sama kecuali pada perdarahan gastrointestinal (lebih banyak pada NOAC). Pasien dengan CHA2 DS2-VASc skor 1

h) *Patent foramen ovale (PFO) dengan right to left shunt*

Foramen ovale adalah celah yang ada antara dinding atrium kanan dan kiri, sehingga menyebabkan darah mengalir dari atrium kanan dan kiri. Pada sekitar 25% orang, celah ini tidak menutup, walaupun begitu Sebagian besar orang tidak mengalami gejala. Pada pasien PFO, beberapa factor seperti adanya right to left shunt (RLS) saat istirahat, RLS saat valsava, atau PFO disertai aneurisma septum arteria tau peningkatan mobilitas septum intra arteri diketahui berhubungan dengan stroke kriptogenik, dimana bentuk terseringnya adalah embolic stroke of unknown source (ESUS). ESUS paling baik dideteksi dengan transesophageal echocardiography (TEE) yang juga dapat mendeteksi PFO.

i) Penyakit jantung lain

Pasien dengan Riwayat infarkmiokard dengan elevasi segmen ST (ST elevation myocardial infarct, STEMI) dengan trombus mural ventrikel kiri atau kelainan akinetic segmen ventrikel kiri dapat diberikan warfarin untuk mencegah terjadinya stroke.

j) Stenosis karotis asimtomatik

Pasien yang diketahui menderita stenosis karotis asimtomatik sebaiknya diberikan aspirin dan statin, serta dilakukan modifikasi gaya hidup. Pilihan terapi intervensi untuk stenosis karotis adalah revaskularisasi dengan carotid endarterectomy atau stenting. Indikasi untuk carotid endarterectomy (CEA) adalah penyempitan  $\geq 60\%$  yang terdeteksi dengan angiografi,  $\geq 70\%$  yang terdeteksi dengan USG Doppler atau  $\geq 80\%$  yang terdeteksi dengan CT angiografi / MR angiografi (kelas I, peringkat bukti A). Namun untuk pasien dengan high surgical risk, carotid stenting lebih direkomendasikan.

k) Sickle cell disease (SCD)

Anak-anak pasien SCD direkomendasikan untuk menjalani skrining dengan transcranial Doppler (TCD) mulai usia 2 tahun hingga usia 16 tahun (kelas I, peringkat bukti B). Penggunaan MRI dan MRA tidak bermanfaat dan tidak dapat menggantikan fungsi TCD pada SCD (kelas IV, peringkat bukti B).

l) Polisitemia

Polisitemia reaktif adalah peningkatan kadar hematokrit lebih dari 48%, dan dapat menyebabkan hiperviskositas serta gangguan perfusi. Penanganan polisi temia vera adalah dengan aspirin dosis rendah dan flebotomi dengan target hematokrit <45%.

m) Terapisulihhormon

Terapi sulih hormon (estrogen dengan atau tanpa progestin) tidak dibenarkan sebagai pencegahan stroke primer pada pasien pasca-menopause (kelas IV, peringkatbukti A).

n) Kontrasepsi oral

Kontrasepsi oral dapat berbahaya pada pasien dengan factor risiko tambahan seperti merokok dan riwayat kejadian tromboemboli (kelas IV, peringkat bukti C). Mereka yang tetap memilih menggunakan kontrasepsi oral meski pun dapat menambah risiko, perlu diterapi agresif terhadap factor risiko stroke yang sudah ada (kelas III, peringkat bukti C).

o) Obesitas dan lemak tubuh

Pada individu dengan berat berlebih dan obesitas, penurunan BB (berat badan) direkomendasikan untuk menurunkan tekanan darah (kelas I, peringkat bukti A).

4. Asuhan Keperawatan penderita stroke

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan Kesehatan dan keperawatan pasien dengan baik mental, sosial dan lingkungan (Rendy & Margareth, 2012).

b. Diagnosa

Diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada pasien dengan penyakit stroke adalah(NANDA, 2015):

- 1) Penurunan kapasitas adaptif jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran arteri, peningkatan TIK.
- 2) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan muskuloskeletal dan kelemahan anggota gerak.
- 3) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan ketidakmampuan untuk merasakan bagian tubuh.
- 4) Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik, kerusakan neuromuskuler.
- 5) Resiko disfungsi neurovaskuler perifer berhubungan dengan imobilisasi.
- 6) Konstipasi berhubungan dengan aktifitas fisik tidak adekuat.
- 7) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan penyakit.

c. Rencana Intervensi

Berikut ini adalah intervensi yang dirumuskan untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien dengan Stroke(NANDA, 2015):

- 1) Penurunan kapasitas adaptif jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran arteri, peningkatan TIK.

*Nursing Outcome Classification (NOC)*

Kriteria hasil :

- a) Tekanan darah dalam batas-batas yang dapat diterima.
- b) Tidak ada keluhan sakit kepala, pusing.

c) Nilai laboratorium dalam batas-batas normal.

#### *Nursing Interventions Classification (NIC)*

##### Aktivitas keperawatan

- a) Monitori tekanan darah tiap 4 jam, nadi dan neurology tiap 10 menit. (Rasional: untuk mengevaluasi perkembangan penyakit dan keberhasilan terapi)
  - b) Pertahankan tirah baring pada posisi semi fowler sampai tekanan darah dipertahankan pada tingkat yang normal. (Rasional: tirah baring membantu menurunkan kebutuhan oksigen, posisi duduk meningkatkan aliran darah arteri)
  - c) Pantau data laboratorium. (Rasional: indicator perfusi atau fungsi organ)
  - d) Kolaborasi pemberian obat-obatan anti hipertensi. (Rasional: golongan inhibitor secara umum menurunkan tekanan darah melalui efek kombinasi penurunan tahanan perifer, menurunkan curah jantung)
- 2) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan muskuloskeletal dan kelemahan anggota gerak.

#### *Nursing Outcome Classification (NOC)*

##### Kriteria hasil:

- a) Kerusakan kulit terhindar, tidak ada kontraktur.
- b) Pasien mencapai keseimbangan saat duduk.

- c) Pasien mampu menggunakan sisi tubuh yang tidak saki untuk kompensasi hilangnya fungsi pada sisi hemiplegi.

*Nursing Interventions Classification*(NIC)

Intervensi:

- a) Berikan posisi yang benar. (Rasional: pemberian posisi yang benar penting untuk mencegah kontraktur, merendakan tekanan, mencegah neuropati)
- b) Berikan posisi tidur yang tepat. (Rasional: mempertahankan posisi tegak ditempat tidur dalam periode yang lama akan memperberat deformitas fleksi panggul dan pembentukan dekubitus disakrum)
- c) Cegah aduksi bahu. (Rasional: membantu mencegah edema dan fibrosis yang akan mencegah rentang gerakan normal bila pasien telah dapat melakukan control lengan)
- d) Ubah posisi pasien tiap 2 jam. (Rasional: pemberian posisi ini penting untuk mengurangi tekanan dan mengubah posisi dengan sering untuk mencegah pembentukan dekubitus)
- e) Latihan ROM (*range of motion*) 2 s/d 5 kali sehari. (Rasional: Latihan bermanfaat untuk mempertahankan mobilitas sendi, mengembalikan control motorik, mencegah terjadinya kontraktur pada ekstremitas yang mengalami paralisis, mencegah bertambah buruknya sistem neurovaskuler dan meningkatnya sirkulasi. Latihan juga menolong dalam mencegah terjadinya stasis vena yang dapat mengakibatkan adanya trombus dan emboli paru)

- f) Siapkan pasien ambulasi. (Rasional: untuk mempertahankan keseimbangan saat duduk dan saat berdiri)
- 3) Defisit perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, toileting, berhubungan dengan kelemahan dan ketidak mampuan untuk merasakan bagian tubuh.

*Nursing Outcome Classification (NOC)*

Kriteria Hasil:

- a) Pasien dapat merawat diri berpakaian.
- b) Pasien dapat merawat diri mandi dan toileting.
- c) Pasien dapat merawat diri makan.

*Nursing Interventions Classification (NIC)*

Intervensi (*self care assistance*)

- a) Kaji kemampuan pasien untuk perawatan diri.
- b) Pantau kebutuhan pasien untuk alat bantu dalam mandi, berpakaian, makan dan toileting.
- c) Berikan bantuan hingga pasien sepenuhnya dapat mandiri.
- d) Dukung pasien untuk menunjukkan aktivitas normal sesuai kemampuan.
- e) Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pasien.

- 4) Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik, kerusakan neuromuskuler.

*Nursing Outcome Classification (NOC)*

Kriteria Hasil:

- a) Pasien dapat berkomunikasi.
- b) Lisan, tulisan, dan non verbal meningkat.
- c) Komunikasi ekspresif (kesulitan berbicara): ekspresi pesan verbal atau non verbal yang bermakna.
- d) Gerakan terkoordinasi: mampu mengkoordinasi Gerakan dalam menggunakan isyarat.

*Nursing Interventions Classification(NIC)*

Aktivitas keperawatan

- a) Kaji dan dokumentasi kemampuan untuk berbicara.
- b) Beri anjuran kepada pasien dan keluarga tentang penggunaan alat bantu bicara.
- c) Konsultasi dengan dokter tentang kebutuhan terapi wicara.
- d) Dorong atau ajari pasien untuk berkomunikasi secara perlahan.
- e) Berikan penguatan positif dengan sering.

## **B. Tinjauan Tentang Caregiver**

*Caregiver* adalah seseorang yang memberikan perawatan kepada seseorang yang tidak dapat atau kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri (Mollaoglu, 2018). *Caregiver* merupakan pengasuh yang memberikan perawatan pribadi, tinggal bersama penderita dan bertanggung jawab penuh dalam merawat penderita (Friedman, 2010).

Caregiver dibagi menjadi dua jenis (Mollaoglu, 2018), yaitu:

### 1. *Caregiver* formal

*Caregiver* formal adalah bentuk pengasuhan yang terencana dan terstruktur di mana pengasuh dipekerjakan dan dibayar untuk layanan yang mereka berikan. *Caregiver* formal sebagian besar merupakan tenaga profesional seperti perawat, dokter, dan tenaga kesehatan profesional lainnya yang terlatih untuk memberikan perawatan.

### 2. *Caregiver* informal

*Caregiver* informal adalah bentuk pengasuhan yang kurang terstruktur dan di mana pengasuh tidak dibayar untuk layanan yang diberikan. Pengasuhan informal adalah dukungan harian dan bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga dan teman kepada keluarga mereka yang sakit sementara atau permanen yang tidak dapat beraktivitas secara mandiri. *Caregiver* informal dalam lingkungan keluarga melibatkan orang tua, kakek-nenek, saudara kandung, anak-anak, sepupu, pasangan, mertua, maupun kerabat lainnya. Faktor utama dalam perawatan informal berkisar pada bentuk hubungan dan tanggung jawab sosial yang dimiliki pengasuh

kepada penerima perawatan. Oleh karena itu caregiver informal disebut juga dengan *family caregiver*. *Family caregiver* adalah pendamping atau pengasuh informal yang terdiri atas anggota keluarga, sahabat, teman, atau tetangga yang merawat orang yang memiliki penyakit akut atau kronik dan membutuhkan bantuan pendamping untuk melakukan beberapa aktivitas seperti membersihkan diri, mengenakan pakaian, dan minum obat. Berbeda dengan *caregiver* formal, *family caregiver* memberikan perawatan tanpa bayaran. *Family caregiver* merupakan anggota keluarga maupun kerabat pasien yang bertanggungjawab untuk merawat dan mendampingi pasien selama sakit (Agustina & Dewi, 2013). *Family caregiver* bertanggungjawab untuk memberikan dukungan fisik, emosional, dan seringkali keuangan dari orang lain yang tidak mampu untuk merawat dirinya sendiri karena sakit, cedera, atau cacat. Orang yang menerima perawatan dari *family caregiver* mungkin anggota keluarga, pasangan hidup, atau teman (National Alliance for Caregiving, 2010).

Dalam model umum, Montgomery et al. menggambarkan beban sebagai produk interaksi memperhatikan kekhususan keluarga dengan memperhatikan faktor bio-psikososial sepanjang masa hidup yang mendahului acara jantung. Faktor-faktor predisposisi dapat digambarkan dalam hal status kesehatan di kedua pasien dan pengasuh serta kasih sayang, saling ketergantungan, kepribadian, dan hubungan masa lalu. Faktor penting lainnya adalah jenis kelamin, usia, status sosial-ekonomi, dan budaya.

*Family caregiver* memainkan peran penting dalam system kesehatan dan perawatan jangka Panjang anggota keluarga yang sakit dengan menyediakan proporsi yang sesuai untuk penyakit kronis maupun penuaan (Family Caregiving,2013) dalam (Agustina & Dewi, 2013).

Dampak keperawatan pada *family caregiver*:

- 1) Keperawatan dapat memberikan manfaat dan berdampak positif, namun banyak *family caregiver* mengalami stress fisik, psikologis dan keuangan dalam menjalani peran mereka
- 2) *Family caregiver* berisiko mengalami penyakit fisik dibandingkan dengan non caregiver.
- 3) Keperawatan juga memiliki konsekuensi yang mempengaruhi kesehatan mental. Apabila dibandingkan dengan rekan-rekan non caregiver, *family caregiver* memiliki tingkat stres yang lebih tinggi, depresi, masalah emosional, dan masalah kognitif.
- 4) Estimasi menunjukkan bahwa antara 40 sampai 70 persen caregiver memiliki gejala klinis dari depresi dengan sekitar seperempat sampai setengah dari *family caregiver* tersebut memenuhi kriteria diagnostik untuk depresi berat.
- 5) *Family caregiver* yang mengalami ketegangan dalam penyediaan pelayanan memiliki efek Kesehatan fisik dan psikologis.
- 6) *Family caregiver* perempuan memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan dengan *family caregiver* laki-laki.

7) *Family caregiver* juga mengalami beban keuangan yang dikeluarkan untuk biaya perawatan dan pengobatan.

Menurut Garnand, (2012) terdapat 3 tugas spesifik sebagai caregiver, yaitu (Garnand, 2021):

1) Dukungan Medis (*Medical Support*)

*Caregiver* memiliki tugas dalam penjadwalan, membantu dalam pengobatan, monitor efek samping dari pemberian obat, manajemen luka, monitor rekam medis serta petunjuk medis.

2) Pengaturan Jaminan dan Keuangan (*Insurance and Financial*

*Management*) *Caregiver* bertugas dalam menyeleksi asuransi yang tepat, membantu menyiapkan obat dan menemukan sumber asuransi dan menyelamatkan keuangan serta menabung untuk proses pengobatan.

3) Manajemen Rumah Tangga (*Household Management*)

*Caregiver* bertugas untuk memajemen nutrisi, keamanan, control infeksi, serta menyiapkan dukungan baik fisik, emosional maupun spiritual.

### C. Tinjauan Tentang Risiko Jatuh Pada Pasien Stroke

Resiko adalah kesempatan dari sesuatu yang memiliki dampak pada sesuatu (Anggraeni, Hakim, & Widjiati, 2016). Resiko juga dapat diartikan sebagai kejadian yang memiliki dampak negatif dan merugikan yang dapat mencegah terciptanya manfaat atau mengikis manfaat yang telah ada. Resiko dapat disimpulkan sebagai kejadian yang belum terjadi dan memiliki dampak negative dalam berbagai hal. Menurut Vaughan dan Elliott, resiko adalah potensi kerugian, kemungkinan kerugian, ketidak pastian, penyimpangan kenyataan dari hasil yang diharapkan, dan probabilitas bahwa suatu hasil berbeda dari yang diharapkan (Budiono, 2017).

#### 1. Dampak dan Probabilitas risiko

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) (2015), dalam menentukan derajat resiko diukur berdasarkan dampak dan probabilitasnya (frekuensi) berikut ini jenis-jenis dampak dan probailitas resiko menurut tingkatnya (KKPRS, 2015):

**Tabel 2.1 Tingkat dampak dan probabilitas resiko**

<b>Tingkat risiko</b>	<b>Dampak</b>	<b>Probabilitas</b>
Tidak Signifikan	Tidak Terdapat Luka	Sangat jarang (> 5 tahun)
Minor	Cedera ringan missal luka lecet (dapat diatasi dengan pertolongan pertama)	Jarang/ <i>unlikely</i> (2-5 tahun/kali)
Moderat	Cedera ringan missal luka robek, memperpanjang perawatan pasien, menyebabkan berkurangnya fungsi motorik/ sensorik/ psikologi/ intelektual	Mungkin/ <i>possible</i> (1-2 tahun/ kali)
Mayor	Cidera luas/ berat missal cacat, lumpuh, kehilangan fungsi	Sering/ <i>likely</i> (berberapa kali/ tahun)

	motorik/ sensorik/ psikologi/ intelektual	
Katastropik	Kematian tanpa berhubungan dengan perjalanan penyakit yang diderita pasien	Sangat sering / <i>almost certain</i> (tiap minggu/ perbulan)

Sumber: (KKPRS, 2015)

Jatuh merupakan kejadian yang mengakibatkan seseorang berbaring secara tidak sengaja di tanah atau lantai (permukaan yang lebih rendah) (Kemenkes RI, 2015). Jatuh adalah suatu peristiwa yang dilaporkan penderita atau saksi mata yang telah melihat kejadian yang mengakibatkan seseorang mendadak terbaring atau duduk di lantai (tempat yang lebih rendah) atau dan tanpa kehilangan kesadaran maupun luka (Kemenkes RI, 2018). Jatuh memiliki definisi sebagai kejadian jatuh yang disengaja maupun tidak, yang mengakibatkan luka pada pasien tersebut, sehingga pasien terbaring dilantai (terbaring diatas permukaan lain atau orang lain atau objek lain) (George, 2017).

Pasien dikatakan jatuh jika mengalami luka, apabila pasien jatuh dan berhasil berdiri atau Kembali ketempat semula tanpa mengalami luka berarti tidak dikatakan pasien jatuh (Kurniadi, 2013). Berdasar Internasional Classification of Diseases 9 Clinical Modifications (ICD9-CM) tahun 2016, jatuh dikategorikan menjadi: menabrak benda yang bergerak disebabkan keramaian yang dapat menyebabkan jatuh dengan tidak sengaja, jatuh pada atau dari tangga atau eskalator, jatuh dalam tingkat yang sama dari tabrakan, tekanan, atau saling dorong dengan orang lain, bahkan jatuh dapat diartikan sebagai jatuh dari atau keluar Gedung

atau bangunan lainnya. Jatuh yang menyebabkan luka terdiri dari lima poin skala (ICSI, 2012):

- a. Tidak terindikasi pasien terdapat luka akibat jatuh.
- b. Terdapat indikasi Minor seperti bruises atau lecet akibat jatuh.
- c. Terdapat indikasi Sedang dengan line displacement, fraktur, letresi yang membutuhkan perawatan lebih lanjut.
- d. Indikasi Berat luka jatuh yang mengancam jiwa dan membutuhkan operasi atau pemindahan kedalam ICU.
- e. Meninggal akibat luka yang disebabkan oleh pasien jatuh.

Pengurangan pasien resiko jatuh merupakan salah satu sasaran keselamatan pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI (Setyawan & Supriyanto, 2019).

## 2. Tipe-tipe pasien jatuh

Menurut Palomar Health Fall Prevention and Managemet, jatuh dibedakan menjadi (Anne, 2015):

### a. *Physiologic Falls*

Jatuh disebabkan satu atau lebih factor intrinsic fisik, yang terdiri dari dua kategori, (1) dapat dicegah (dimensia, kehilangan kesadaran, kehilangan keseimbangan, efekobat, delirium, postural hipertensi), (2) tidak dapat dicegah (stroke, Transient Ischaemic Attack, Myocardial Infarction, disritmia, dan seizure).

b. *Accidental Falls*

Merupakan kejadian yang diakibatkan bukan karena factor fisik, akan tetapi akibat dari bahaya lingkungan atau kesalahan penilaian strategi dan desain untuk memastikan lingkungan aman bagi pasien (misalkan terpeleset akibat lantai licin karena air). Pasien beresiko jatuh karena menggunakan tiang infus yang digunakan untuk pegangan.

c. *Unanticipated Falls*

Pasien jatuh yang berhubungan dengan kondisi fisik (karena kondisi yang tidak diprediksi). Tindakan pencegahan pada tipe ini dapat dilakukan setelah kejadian terjadi menggunakan RCA (Root Cause Analysis) (misalkan pingsan dan fraktur patologis). Kondisi tersebut dapat berulang kembali dengan penyebab yang sama, oleh karena itu perlu perhatian khusus dari perawat dalam mencegahnya supaya tidak terjadi yang kedua kalinya.

d. *Intentional Falls*

Kondisi jatuh yang diakibatkan secara sengaja karena tujuan tertentu (misalkan untuk mendapatkan perhatian dari orang lain).

3. Faktor penyebab

Faktor resiko jatuh dibagi menjadi factor intrinsik (*Patient-related risk factors*) dan factor ekstrinsik (*Healthcare factors related to falls*) seperti yang dijelaskan berikut (Barak & Robert, 2006):

### 1) Faktor Intrinsik (*Patient-Related Risk Factors*)

Faktor resiko yang berasal dari dalam tubuh pasien biasanya berasal dari penyakit yang menyertai pasien seperti:

#### a. Gangguan sensori dan gangguan neurologi

Gangguan yang diakibatkan karena menurunnya kemampuan dalam menilai dan mengantisipasi akan terjadinya suatu bahaya yang ada disekitarnya. Kondisi ini sering terjadi pada golongan lansia yang diakibatkan menurunnya kemampuan penglihatan dan kekuatan otot.

#### b. Gangguan kognitif

Beberapa penyakit yang memiliki hubungan dengan kejadian jatuh diantaranya adalah demensia, delirium, dan penyakit parkinson.

Penurunan kognitif dapat memperbesar kemungkinan untuk mengakibatkan pasien jatuh dibandingkan tanpa penyakit tersebut.

Gangguan kognitif adalah kemampuan pengenalan dan penafsiran seseorang terhadap lingkungannya berupa perhatian, bahasa, memori, visuo spasial dan fungsi memutuskan (Eni & Safitri, 2018).

Penelitian sebelumnya yang meneliti Hubungan Fungsi Kognitif

Dengan Risiko Jatuh Pada Lanjut Usia Di Panti Sosial Tresna

Werdha Budi Sejahtera Banjar baru dengan Pengukuran fungsi

kognitif menggunakan Mini Mental State Examination (MMSE)

didapatkan bahwa terdapat hubungan fungsi kognitif dan risiko

jatuh pada usia lanjut di Panti Sosial Tresna Werdha Budi  
Sejahtera Banjar baru (Aprilia, Lestari, & Rachmawati, 2019).

c) Gaya berjalan dan Gangguan keseimbangan

Kejadian jatuh sering disebabkan karena gangguan berjalan dan keseimbangan terutama pada lansia karena proses degeneratif. Proses degenerative menyebabkan penurunan kekuatan otot, gangguan keseimbangan, dan penurunan kelenturan sendi. Riwayat berjalan jongkok, menggunakan tongkat, dan penyakit stroke dapat meningkatkan resiko terjadinya jatuh.

d) Gangguan urinaria

Kondisi yang menyebabkan pasien sering BAK atau BAB meningkatkan resiko jatuh pada pasien, misalkan sesudah pemberian pencahar atau diuretik.

e) Pengobatan

Kondisi pasien sesudah pemberian obat-obatan penenang juga dapat meningkatkan resiko jatuh pada pasien. Konsumsi alkohol dan penggunaan obat yang masuk dalam golongan *Medication Fall Risk* (MFR). Beberapa obat yang tergolong obat yang dapat menyebabkan jatuh MFR di antaranya adalah jenis obat psikoaktif yang bersifat sedatif. Berdasarkan *Guideline for ATC Classification and DDD Assigment 2018*, obat-obat yang bersifat sedative meliputi analgesik/opioid (N02), antiepileptik (N03), anti-

Parkinson (N04), psikoepileptik (N05), dan psikoanaleptik (N06)

(Annisa, Pramantara, Arianti, & Rahmawati, 2019).

**Tabel 2.2 Medication Fall Risk (MFR)**

Golongan	Nama Obat MFR Nonpsikoaktif	Anatomical Chemical Classification	Therapeutic (ATC)
Psikoaktif	<i>Analgetik/Opioid</i>	N02	
	Tramadol	N02AX02	
	Codein	N02AJ06	
	<i>Antiepileptik</i>	N03	
	Gabapentin	N03AX12	
	Carbamazepine	N03AF01	
	Phenytoin	N03AB02	
	<i>Antiparkinson</i>	N04	
	Trihexyphenidil	N04AA01	
	Levodopa+Benzerazide	N04BA02	
	<i>Psikoepileptik</i>	N05	
	Diazepam	N05BA01	
	Alprazolam	N05BA12	
	Chlordiazepoxide	N05BA02	
	Clozapine	N05AH02	
	<i>Antidepresan</i>	N06	
	Amitriptylyne	N06AA09	
Nonpsikoaktif	Amlodipin	C08CA01	
	Bisoprolol	C07AB07	
	Valsartan	C09CA03	
	Furosemid	C03CA01	
	Candesartan	C09CA06	
	IsosorbitDinitrate (ISDN)	C01DA08	
	Irbesartan	C09CA04	
	Spirolacton	C03DA01	
	Captopril	C09AA01	
	Telmisartan	C09CA07	
	Nifedipin	C08CA05	
	Methyldopa	C02AB	
	Digoxin	C01AA05	
	Glyceryl	C01DA02	
	Trinitrate	C09AA16	
	Imidapril	C09AA05	
	Ramipril	C07AB03	
	Atenolol Diltiazem	C08DB01	
	Hydrochlorothyazide (HCT)	C03AA03	
	Lisinopril	C09AA03	
	Propranolol	C07AA05	
	Verapamil	C08DA01	

Sumber: (Annisa, Pramantara, Arianti, & Rahmawati, 2019)

Penelitian sebelumnya di Madiun didapatkan bahwa MFR nonspikoaktif yang paling banyak digunakan pada penelitian ini adalah obat golongan antihipertensi, meliputi amlodipine sebesar 34,48% (100 pasien), bisoprolol sebesar 13,79% (40 pasien), valsartan sebesar 11,38% (33 pasien) dan dari golongan diuretic yaitu furosemide sebesar 10,69% (31 pasien). Berdasarkan hasil uji regresi logistic didapatkan ahwater dapat hubungan antara penggunaan obatpsikoaktif dan risiko jatuh (OR 2,158 95% CI 1,176–3,962) (Annisa, Pramantara, Arianti, & Rahmawati, 2019).

## 2) Faktor Ektrinsik (*Healthcare Factors Related to Falls*)

Faktor ini Sebagian besar terjadi karena kondisi bahaya dari lingkungan atau tempat atau ruangan di mana pasien dirawat, seperti:

### a) Kondisi lingkungan pasien

Pencahayaan kurang terang, lantai basah, tempat tidur tinggi, closet jongkok, obat-obatan, dan alat-alat bantu berjalan meningkatkan kejadian resiko jatuh pada pasien.

### b) *Nurse call*

*Nurse call* yang berada di tempat tidur maupun kamar mandi pasien berguna untuk mendapatkan bantuan dari perawat secara cepat.

### c) Tenaga professional kesehatan dan system pelayanan

Tenaga professional kesehatan dan system pelayanan yang dapat membahayakan pasien juga berperan dalam kejadian pasien jatuh.

#### 4. Dampak pasien jatuh

Banyak dampak yang disebabkan karena insiden dari jatuh. Contoh dampak pasien jatuh sebagai berikut(Budiono, 2017):

- a) Dampak fisiologis dapat berupa luka lecet, luka memar, luka sobek, cidera kepala, fraktur, bahkan sampai kematian
- b) Dampak secara psikologis dapat mengakibatkan rasa ketakutan, cemas, distress, depresi, sehingga mengurangi aktivitas fisik pasien
- c) Dampak finansial Pasien yang mengalami jatuh maka *Length of Stay* (LOS) semakin lama, dan biaya perawatan di rumah sakit juga semakin meningkat.

#### 5. Insiden jatuh pada pasien stroke

Jatuh adalah salah satu komplikasi paling umum dari pasien stroke, dengan kejadian yang dilaporkan mulai dari 7% pada minggu pertama setelah stroke hingga 73% pada tahun pertama setelah keluar dari rumah sakit (Djurovic, et al., 2021). Penderita stroke memiliki sekitar 14% risiko jatuh pada bulan pertama (Wei, et al., 2019). Jatuh adalah penyebab utama patah tulang pada 23-50% pasien stroke(Cho, Yu, & Rhee, 2015). Sekitar 30% dari jatuh di rumah sakit telah dilaporkan mengakibatkan beberapa jenis cedera, sedangkan hasil yang parah terjadi rata-rata pada 3% sampai 6% pasien (Djurovic, et al., 2021). Mereka yang jatuh di rumah sakit berisiko jatuh berulang setelah mereka dipulangkan ke rumah (Yang, Ghaedi, Campbell, Rutkowski, & Finestone, 2021).

## 6. Pengkajian risiko jatuh pada penderita stroke

Faktor-faktor yang mengidentifikasi pasien stroke rawat inap yang berisiko jatuh dapat mencakup jenis kelamin laki-laki, takut akan jatuh, ketergantungan pada ADL, inkontinensia urin, gangguan keseimbangan, pengabaian visuo spasial, afasia, polifarmasi (obat antihipertensi, diuretik, antidepresan, obat penenang), Riwayat jatuh sebelumnya, dan gangguan kognitif (Yang, Ghaedi, Campbell, Rutkowski, & Finestone, 2021). Defisit persepsi terkait stroke, seperti hemi-neglect sering terjadi pada pasien stroke, dan di sana adalah bukti bahwa deficit ini merupakan contributor penting untuk risiko jatuh pasca stroke. Mereka yang jatuh berulang yang dialami lebih cenderung menunjukkan hemi-neglect dibandingkan dengan peserta yang jatuh sekali atau tidak jatuh (Yang, Ghaedi, Campbell, Rutkowski, & Finestone, 2021).

Beberapa skala telah terbukti validitasnya untuk menilai risiko jatuh di unit rawat inap rehabilitasi umum untuk populasi lanjut usia seperti skala Morse Fall, Indeks Downton, dan St. Thomas Risk Assessment Tool in Falling elderly inpatients (STRATIFY). Namun, mereka tidak melakukannya khusus mengidentifikasi deficit atau perilaku neurologis sentral, seperti hemi-neglect dan impulsif, yang dapat menjelaskan mengapa alat ini digambarkan tidak memadai untuk penyaringan populasi stroke rawat inap perawatan kut. (Yang, Ghaedi, Campbell, Rutkowski, & Finestone, 2021). Sebaliknya, alat skrining the Stroke Assessment of Fall Risk (SAFR) termasuk defisi tneurologis dalam

system penilaian mereka. Untuk pasien rehabilitasi stroke, SAFR dilaporkan memiliki sensitivitas dan spesifisitas 63%-73%. Jika dibandingkan dengan the Fall Harm Risk Screen scale, SAFR ditemukan sebagai predictor jatuh yang lebih baik untuk jatuh selama tahun pertama setelah stroke (Yang, Ghaedi, Campbell, Rutkowski, & Finestone, 2021).

Penelitian yang lain menemukan sebanyak 68 (16%) peserta jatuh setidaknya satu kali. SAFR secara signifikan lebih akurat daripada Fall Harm Risk Screen ( $p < 0,001$ ), dengan area di bawah kurva 0,73, nilai prediksi positif 0,29, dan nilai prediksi negatif 0,94. Untuk Fall Harm Risk Screen, area di bawah kurva adalah 0,56, nilai prediksi positif 0,19, dan nilai prediksi negatif 0,86. Sensitivitas dan spesifisitas SAFR (masing-masing 0,78 dan 0,63) lebih tinggi daripada Fall Harm Risk Screen (masing-masing 0,57 dan 0,48) (Breisinger, Skidmore, Niyonkuru, Terhorst, & Campbell, 2014).

Tabel 1. *Stroke Assessment of Fall Risk item performance*

Risk Domain	Score	Fall Risk Score
<b>IMPAIRMENTS</b>		
<i>Impulsivity</i> (Impulsif)		
Present	Yes	7
Absent	No	0
<i>Hemi-neglect</i>		
Present	Yes	7
Absent	No	0
<i>Static sitting balance</i> (Keseimbangan duduk statis)		
	Normal or Good +	0
	Good	1
	Good –	2
	Fair +	3
	Fair	4
	Fair –	5

	Poor +	6
	Poor	7
<i>Dynamic sitting balance</i> (Keseimbangan duduk dinamis)	Normal or Good +	0
	Good	1
	Good –	2
	Fair +	3
	Fair	4
	Fair –	5
	Poor +	6
	Poor	7
Subtotal, Impairments		
FUNCTIONAL ACTIVITIES		
<i>Lowest transfer FIM tested</i> (Transfer)	7	1
	6	2
	5	3
	4	4
	3	5
	2	6
	1 or 0	7
<i>Problem-solving FIM</i>	7	1
	6	2
	5	3
	4	4
	3	5
	2	6
	1 or 0	7
<i>Memory FIM</i>	7	1
	6	2
	5	3
	4	4
	3	5
	2	6
	1 or 0	7
Subtotal, Functional Activities		
Total Fall risk Score		

Sumber: (Breisinger, Skidmore, Niyonkuru, Terhorst, & Campbell, 2014)

SAFR dinilai menggunakan dokumentasi klinis dari 72 jam pertama penerimaan rehabilitasi rawat inap. Ini menilai tujuh factor risiko spesifik stroke yang diidentifikasi dari literatur yang diterbitkan dan audit klinis.

Ini terdiri dari empat gangguan (impulsif, hemi-neglect, statis, dan keseimbangan duduk dinamis) dan tiga keterbatasan fungsional (skor terendah pada tiga item Pengukuran Kemandirian Fungsional: transfer, pemecahan masalah, dan memori). Impulsif dan hemi-pengabaian diberi skor secara dikotomis (0, tidakada; 7, ada). Item yang tersisa diberi skor menggunakan skala 7 poin yang mirip dengan Ukuran Kemandirian Fungsional, tetapi dengan nol menunjukkan tidak ada gangguan atau defisit, dan tujuh menunjukkan gangguan atau defisit yang paling parah. Skor total merupakan penjumlahan skor item (0, risikojatuhrendah; 49, risikojatuhertinggi)(Breisinger, Skidmore, Niyonkuru, Terhorst, & Campbell, 2014).

The Fall Harm Risk Screen adalah skala tiga item yang dikembangkan di fasilitas yang menilai tiga tingkat risiko jatuh (rendah, sedang, dan tinggi) berdasarkan kemampuan fungsional pasien, Riwayat jatuh, dan penilaian klinis perawat tentang risiko jatuh. Staf perawat melengkapi skala saat masuk rehabilitasi, dan secara berkala selama masa inap. The Fall Harm Risk Screen digunakan untuk semua pasien di seluruh system kesehatan, apa pun diagnosis nya (Breisinger, Skidmore, Niyonkuru, Terhorst, & Campbell, 2014).

Tabel 2. Fall Harm Risk Screen

<p>Untuk setiap pertanyaan, lingkari semua yang sesuai. Masukkan jumlah total tanggapan 'Ya' di bawah ini. Menemukan tingkat risiko jatuh yang sesuai; menerapkan intervensi yang tepat untuk tingkat risiko seperti yang dijelaskan dalam kebijakan rumah sakit</p> <p>Apakah pasien membutuhkan bantuan?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak</li> </ul>
--

- 
- Ya berdiri
  - Ya buang air
  - Ya berjalan
  - Mencoba mendapatkan bantuan saat bantuan dibutuhkan
- 

Apakah pasien pernah jatuh dalam 6 bulan terakhir?

- Tidak
  - Ya, 6 bulan terakhir meningkatkan risiko
  - Ya, melewati 6 bulan tetapi tidak ada peningkatan risiko
  - Tidak dapat menentukan
- 

Apakah ada risiko jatuh berdasarkan faktor klinis lain atau penilaian keperawatan Anda?

- Tidak
  - Ya berisiko berdasarkan indikator klinis
  - Ya, usia lanjut
  - Ya, beberapa obat (obat baru; benzodiazepin; antihipertensi)
  - Ya, risiko patah tulang
  - Ya, terapi antikoagulan
  - Ya, kondisi yang sudah ada sebelumnya mempengaruhi fungsi sensasi
  - Ya, kondisi yang sudah ada sebelumnya mempengaruhi fungsi kognitif
  - Ya, kondisi yang sudah ada sebelumnya mempengaruhi mobilitas
  - Ya, status pascaoperasi
- 

Jumlah total jawaban Ya

---

Tingkat Risiko Jatuh

k/Universal Fall Risk Precautions: skor total = 0 jawaban 'ya'

isk: skor total = 1 jawaban 'ya'

Risk: skor total = 2 atau lebih jawaban 'ya', atau jawaban 'ya'

apa saja kebutir 3 (penilaian keperawatan).

---

Sumber: (Breisinger, Skidmore, Niyonkuru, Terhorst, & Campbell, 2014)

## 7. Tindakan pencegahan risiko jatuh

Tindakan intervensi pencegahan jatuh yaitu melakukan perubahan fisiologis pasien seperti perubahan aktivitas toileting pada pasien dewasa tua dengan gangguan kognitif atau inkontenesia urin, perubahan lingkungan seperti menaikkan batas tempat tidur, menurunkan kasur, melapisi lantai dengan matras, dan restrain pasien secara terbatas berdasarkan keperluan, dilanjutkan pendidikan dan pelatihan staf Kesehatan dalam program pencegahan pasien jatuh (Chu, Chi, & Chiu, 2016).

Intervensi dalam mencegah terjadinya pasien jatuh dimulai dengan melakukan asesmen resiko jatuh Ada beberapa langkah yang bisa dilakukan untuk mencegah jatuh (Whitney Rehabilitation Care Center, 2021):

a. Memberikan informasi (*Provide information*)

- 1) Staf rumah sakit harus membuat penilaian risiko pasien untuk jatuh.
- 2) Staf harus memberikan informasi yang dapat mengajarkan pasien dan keluarga cara mencegah jatuh.
- 3) Pasien dengan stroke harus mendaftarkan diri dalam program pencegahan jatuh formal selama rawat inap.

b. Hilangkan bahaya (*Remove hazards*)

- 1) Letakkan barang-barang dalam jangkauan tangan sehingga pasien tidak tergoda untuk melakukan peregangan.
- 2) Pertahankan tempat tidur pada ketinggian yang sesuai selama pemindahan dan saat pasien naik ke posisi berdiri.
- 3) Singkirkan bahaya lingkungan yang dapat membuat pasien terpeleset atau tersandung.
- 4) Anjurkan pasien untuk meminta bantuan. Banyak pasien jatuh karena kehilangan keseimbangan di dalam ruangan atau berjalan ke toilet.

c. Solusi jangka panjang (*Long term solutions*)

- 1) Periksa penglihatan pasien untuk memastikan dia melihat dengan jelas.
- 2) Pasang penerangan malam tambahan.
- 3) Periksa obat pasien. Beberapa obat dapat menyebabkan pusing dan menyebabkan hilangnya keseimbangan. Obat ini terkadang bisa diganti dengan obat yang memiliki efek samping lebih sedikit.
- 4) Studi menunjukkan bahwa penderita stroke jangka Panjang dengan gejala depresi memiliki risiko jatuh tertinggi. Ambil langkah-langkah untuk tetap positif.
- 5) Pasien stroke dengan kontrol postural yang buruk lebih mungkin untuk jatuh. Daftarkan diri di kelas olahraga untuk mendapatkan kekuatan otot.
- 6) Pastikan penderita stroke dapat menggunakan alat bantu berjalan dengan aman.
- 7) Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kadar vitamin D yang cukup dapat membantu mengurangi jatuh.
- 8) Periksa kursi, toilet, dan pegangan pengaman untuk potensi masalah keamanan.

Intervensi yang dilakukan pada pasien dengan resiko sedang atau tinggi jatuh dengan luka memerlukan Tindakan pencegahan yang lebih intensif untuk menjaga keselamatan dan keamanan pasien, Tindakan intervensi tersebut adalah (American Hospital Association, 2015):

- a. Meningkatkan intensitas dan kualitas observasi Pasien dengan resiko tinggi cidera membutuhkan lebih banyak frekuensi observasi dari pada pasien dengan tingkat yang lebih rendah. Dalam meningkatkan observasi pasien gagasan yang perlu diubah adalah dengan meningkatkan observasi secara langsung kepada pasien seperti:
- 1) Dorong dan beri semangat kepada anggota keluarga untuk mendampingi pasien kapan pun sebisanya.
  - 2) Tempatkan pasien dengan resiko tinggi jatuh berdekatan dengan ruangan perawat dan pada kondisi yang lebih terlihat oleh staf rumah sakit, idealnya dalam satu garis pandang.
  - 3) Datang keruangan pasien dengan lebih sering setiap 1-2 jam dalam satu hari.
  - 4) Kembangkan atau sarankan penggunaan jadwal toileting kepada pasien.
- b. Buat adaptasi lingkungan dan sediakan alat pribadi untuk mengurangi resiko jatuh dengan luka Adaptasi lingkungan dapat disediakan untuk melindungi pasien dari jatuh dan mengurangi resiko cidera, dan harus sejajar dengan level resiko pasien jatuh. Untuk beberapa pasien intervensi khusus atau intensif mungkin diperlukan. Beberapa hal yang dapat meminimalkan pasien jatuh seperti:
- 1) Sediakan tempat anti selip atau sandal anti selip, tambahkan tikar empuk di sebelah tempat tidur pasien saat pasien istirahat.

- 2) Tempatkan perangkat alat bantu seperti alat bantu jalan atau transfer bar di sisi bagian keluar tempat tidur.
  - 3) Gunakan lampu malam untuk memastikan ruangan dapat terlihat setiap saat.
  - 4) Gunakan alarm Kasur atau kursi untuk memperingatkan staf secara cepat bila pasien bergerak.
  - 5) Biarkan kasur pada seting paling rendah.
  - 6) Ciptakan ruangan resiko tinggi jatuh khusus dengan modifikasi ruangan seperti perabotan dengan ujung bulat tidak lancip dan kamar mandi dengan toilet duduk yang ditinggikan, dan pasang pengangan tangan di sekitar kamar mandi.
- c. Tetapkan intervensi untuk mengurangi efek samping dari pengobatan . Banyak obat yang dapat meningkatkan resiko jatuh dan resiko cedera karena jatuh, biasanya terjadi karena poli-farmasi, khususnya pada pasien usia lanjut, dan menimbulkan banyak efek samping, termasuk jatuh dan jatuh dengan cedera. Intervensi yang perlu dilakukan adalah dengan melakukan safer management medication sebagai berikut:
- 1) Kaji ulang obat yang digunakan pasien dengan resiko tinggi jatuh dan hilangkan atau ganti obat yang dapat meningkatkan resiko terjadinya jatuh.
  - 2) Pertimbangkan penggunaan kriteria Beers untuk mengidentifikasi ketidak tepatan pengobatan pada lansia.

Tanyakan kepada farmasi tentang rekomendasi alternatif obat lain. Sesuaikan intervensi untuk pasien dengan resiko tinggi cedera serius atau luka parah karena jatuh dalam perbaikan rencana. Dalam rangka menyesuaikan Tindakan pencegahan resiko tinggi jatuh, pengkajian resiko harus dilakukan secara rutin dan dapat diandalkan. Jika resiko tidak dikaji lalu kesempatan untuk mengimplementasikan pencegahan tidak dilakukan, maka hal tersebut dapat meningkatkan resiko terjadinya pasien jatuh bahkan pasien jatuh dengan cedera. Pengkajian harus dilakukan pada saat pasien pertama kali masuk, setiap kali pasien memiliki perubahan status, dan setidaknya setiap hari (jika tidak dilakukan setiap shift). Hasil dari pengkajian lengkap harus menghasilkan intervensi yang disesuaikan dengan beberapa arahan yang diperlukan.

#### **D. Tinjauan Tentang Pengetahuan**

##### **1. Definisi**

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Dari pengalaman penelitian tertulis bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan atau kognitif merupakan

domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) (Notoatmodjo, Ilmu Perilaku Kesehatan, 2018).

## 2. Proses adopsi perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) yang dikutip oleh (Notoatmodjo, Ilmu Perilaku Kesehatan, 2018) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni :

- a. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus ( objek ) terlebih dahulu.
- b. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
- c. *Evaluation*, ( menimbang-nimbang ). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d. *Trial*, yakni orang telah mulai mencoba perilaku baru.
- e. *Adoption*, yakni objek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

## 3. Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan, yakni (Notoatmodjo, Ilmu Perilaku Kesehatan, 2018):

- a. Tahu ( *know* )

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam tingkat ini adalah mengingat kembali

( recall ) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, menyatakan, mendefinisikan dan sebagainya.

b. Memahami (*Coprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari

c. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk mengungkapkan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum–hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya atau dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja,

seperti dapat menggambarkan (membuat gambar), membedakan, memisahkan, mengelompokan dan sebagainya.

e. Sintesis (*syntesis*)

Sintesis menunjukan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian bagian didalam suatu keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian-penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilitian-penilituan itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang ada.

Menurut teori Lawrence Green (1980) dalam (Notoatmodjo, Ilmu Perilaku Kesehatan, 2018) bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan dan tradisi sebagai faktor predisposisi disamping faktor pendukung seperti lingkungan fisik, prasarana dan faktor pendorong yaitu sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lainnya.

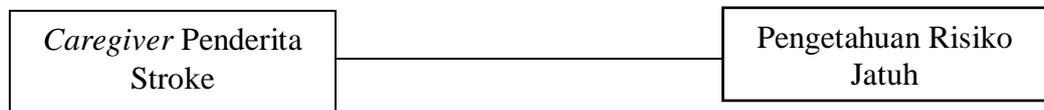
Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari objek

penelitian atau responden. Data yang bersifat kualitatif digambarkan dengan kata-kata, sedangkan data yang bersifat kuantitatif berwujud angka-angka, hasil hasil perhitungan atau pengukuran, dapat diproses dengan cara dijumlahkan, dibandingkan dengan jumlah yang diharapkan dan diperoleh persentase, setelah dipersentasekan lalu ditafsirkan kedalam kalimat yang bersifat kualitatif. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkat – tingkat tersebut di atas (Notoatmodjo, Ilmu Perilaku Kesehatan, 2018).

**BAB III**  
**KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS**

**A. Kerangka konsep**

Berdasarkan kerangka teori yang ada dalam tinjauan kepustakaan, maka peneliti membuat kerangka konsep seperti yang tampak pada bagan dibawah ini:



**Keterangan :**

————— :Variabel yang diteliti

□ : Variabel Penelitian

Bagan 1 Kerangka Konsep