

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Stroke Non-Hemoragik

1. Pengertian

Menurut WHO, stroke adalah gangguan yang mengganggu fungsi otak dengan tanda klinis yang berlangsung selama lebih dari 24 jam. Stroke terjadi ketika pembuluh darah ke otak pecah atau tersumbat, menyebabkan kurangnya energi dan nutrisi. Salah satu penyakit tidak menular yang paling sering menyebabkan kecacatan pada otak adalah stroke. (Amalia Yunia Rahmawati, 2020)

Stroke adalah penyakit pembuluh darah otak (pembuluh darah otak) di mana fungsi otak terganggu karena jaringan otak rusak atau mati karena aliran darah dan oksigen ke otak berkurang atau tersumbat. (Pajri et al., 2018)

2. Etiologi

Menurut (Oktaviani, 2021), faktor-faktor berikut dapat menyebabkan stroke:

a. Trombosis serebral

ini terjadi ketika di arteri di otak terluka, menimbulkan iskemi jaringan otak, yang dapat menyebabkan bengkak dan kongesti di sekitarnya. Aterosklerosis, hiperkoagulasi, polisitemia, emboli, dan arteritis adalah beberapa faktor yang dapat menyebabkan trombosis.

b. Hemoragi (pendarahan)

Ini termasuk perdarahan ke dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri akibat pecahnya pembuluh darah karena hipertensi dan aterosklerosis.

c. Hipoksia umum

Hipoksia dapat di sebabkan oleh banyak hal, termaksud hipertensi yang parah, henti jantung yang turun karena aritmia, yang mengganggu aliran darah ke otak.

a. Hipoksia setempat

Spasme arteri serebral dengan perdarahan subaraknoid, vasokonstriksi arteri otak, dan sakit kepala migren menyebabkan hipoksia setempat. (Oktaviani, 2021)

3. Patofisiologi

Stroke adalah kondisi yang disebabkan oleh penyakit jantung atau pembuluh darah. Hipertensi, aterosklerosis, yang menyebabkan penyakit arteri koroner, dyslipidemia, penyakit jantung, dan hyperlipidemia adalah beberapa penyakit utama. Stroke iskemik terjadi ketika pembuluh darah otak terluka dengan cepat, mengganggu aliran darah. Trombus atau embolisme dapat menyebabkan komplikasi seperti ini. Trombotik terjadi ketika deposit lemak menumpuk di arteri yang membawa darah ke otak dan membentuk plak. Gumpalan sementara pada pasien stroke iskemik dengan riwayat stroke iskemik transien (TIA) dapat menyebabkan arterosklerosis (suatu kondisi arteri yang mengurangi aliran darah).

Stroke adalah penyakit jantung atau gangguan pembuluh darah yang disebabkan oleh hipertensi, aterosklerosis, yang menyebabkan penyakit arteri koroner, dyslipidemia, penyakit jantung, dan hyperlipidemia. Stroke iskemik terjadi ketika pembuluh darah otak mengalami gangguan aliran darah yang cepat, yang disebabkan oleh trombus atau embolisme. Stroke trombotik terjadi ketika gumpalan darah terbentuk pada salah satu arteri yang bengkak, menyebabkan gangguan aliran darah. Pada pasien stroke iskemik dengan riwayat Transient Ischemic Attack (TIA), gumpalan tersebut bersifat sementara yang akan menyebabkan terjadinya risiko arterosklerosis atau kondisi arteri. lainnya sehingga aliran darah berkurang. Gumpalan darah atau debris lainnya yang menyebar dari otak ke seluruh tubuh menyebabkan embolik sendiri. Dalam distribusi neurovaskular tertentu, tromb dan emboli terlepas dan terperangkap dalam pembuluh darah distal, menyebabkan penurunan atau penghentian sementara aliran darah otak. gangguan aliran darah, dan jaringan otak akan mengalami kekurangan oksigen. Salah satu istilah untuk masalah ini adalah masalah risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak.

Jika jaringan otak kekurangan oksigen selama lebih dari enam puluh hingga sembilan puluh detik, fungsinya akan menurun. Ini terjadi baik untuk kekurangan neurologi global maupun neurologi fokal. Selain itu, glukosa, yang berfungsi sebagai sumber energi untuk proses potensi membran, juga akan berkurang. Metabolisme anaerob terjadi di area yang kekurangan oksigen dan gula darah karena kekurangan energi ini.

Senyawa glutamat dilepaskan sebagai hasil dari metabolisme anaerob ini. Influx natrium dan kalsium dihasilkan ketika glutamat bekerja pada reseptor sel-sel saraf, yang meningkatkan jumlah cairan intraseluler, ini akhirnya menyebabkan jaringan menjadi edema enzim proteolysis, yang terdiri dari protease, lipase, dan nuclease memecah protein, lemak, dan struktur sel, ketika kalsium hilang enzim ini dilepaskan organel membrane yang mengontrol metabolisme sel adalah. mengalami kegagalan ketika terjadi hilangnya kalsium, yang mengakibatkan kematian atau nekrosis sel otak. (Heriyanto, 2018)

4. Tanda dan gejala

Selain itu, penderita biasanya menunjukkan gejala seperti pusing yang hebat, muntah-muntah masalah kesehatan mental, kejang-kejang, koma dan demam. Sebagai pasien menunjukkan gejala dalam skala yang berbeda. Ini bergantung pada saraf mana yang terganggu oleh sumbatan atau gangguan sirkulasi, seperti masalah berbicara atau peloma, buta mendadak, kehilangan sensasi perasa, masalah memori dan lumpuh sebelah. Gejala yang paling umum dari stroke adalah:

- a. Semutan;
- b. Lumpuh sebagian badan kanan atau kiri
- c. Sulit menelan
- d. Sulit tersedak
- e. Mulut menjadi mencong dan sulit bicara
- f. Sakit kepala atau pusing secara mendadak
- g. Gerakan tidak terkontrol

5. Penatalaksanaan stroke

Menurut (Heriyanto, 2018) penatalaksanaan stroke terbagi atas:

1. Pada fase akut
 - a. Terapi cairan, Jika seseorang mengalami stroke dan mengalami penurunan kesadaran atau disfagia, mereka mungkin dehidrasi dan memerlukan terapi cairan untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.
 - b. Aliran darah ke otak terganggu pada pasien stroke iskemik dan hemoragik yang menerima terapi oksigen. Jadi, untuk mempertahankan metabolisme otak dan mengurangi hipoksia, kebutuhan oksigen sangat penting. Hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri dapat merekomendasikan tindakan seperti mempertahankan jalan napas, memberikan oksigen, atau menggunakan ventilator. Penatalaksanaan Peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK): Edema serebri sering menyebabkan peningkatan intrakranial, jadi penting untuk mengurangi edema dengan memberikan manitol dan mengontrol atau mengendalikan tekanan darah.
 - c. Mencatat fungsi pernapasan melalui analisis gas darah;
 - d. Mencatat tanda-tanda vital jantung melalui pemeriksaan elektrokardiogram; dan
 - e. Mengevaluasi kondisi cairan dan elektrolit.
 - f. Mengontrol kejang dengan antikonvulsan dan mengurangi risiko luka

2. Fase rehabilitas
 - a. Pertahankan nutrisi yang cukup
 - b. Program untuk mengelola usus besar dan usus kecil; dan
 - c. Menjaga kulit tetap bersih.
 - d. Berkomunikasi dengan baik.
 - e. Memenuhi kebutuhan sehari-hari.
 - f. Siapkan pasien untuk pulang.
3. Terapi Obat-obatan
 - a. Antihipertensi : Katropil, antagonis kalsium
 - b. Obat penghilang dahak: manitol 20%, furosemide
 - c. Antikonvulsan : fenitoin

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian
 - a. Identitas klien terdiri dari nama, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, diagnosa medis, nomor rekam medis, dan tanggal masuk rumah sakit, identitas penanggung jawab : nama, umur jenis kelamin, pendidikan pekerjaan, hubungan keluarga, dan alamat klien.
 - b. Riwayat kesehatan Keluhan utama yang membuat pasien masuk rumah sakit: pasien dengan riwayat amputasi sering mengeluh nyeri di area yang telah diambil.
 - a) Keluhan utama saat dikaji memberikan data subjektif tentang status kesehatan pasien, memberikan gambaran tentang masalah kesehatan yang nyata dan mungkin. Kondisi klien

adalah bukti sumber informasi tentang kondisi fisik, psikologis, budaya, dan psikososial yang relevan untuk membantu pasien menceritakan keluhan mereka.

b) Riwayat penyakit:

Tinjauan penyakit sebelumnya dan hubungannya. Untuk mengetahui apakah klien pernah telah mengalami pembedahan sebelumnya, perlu dilakukan penelitian yang mendukung.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Lihat riwayat kesehatan keluarga, termasuk penyakit menular dan penyakit keturunan.

a. Pola aktivitas sehari-hari

a) Nutrisi mencakup : frekuensi makan, jenis makanan, porsi makan, dan jumlah gelas dan porsi minum yang dikonsumsi setiap hari

b) Eliminasi BAB : frekuensi, konsistensi, warna, bau, dan masalah lainnya.

c) Pola tidur, waktu tidur siang, masalah, dan jam tidur

d) Kebersihan Pribadi: jumlah kali Anda mandi, gosok gigi, keramas, dan gunting kuku.

e) Aktivitas mencakup olahraga dan aktivitas sehari-hari.

b. Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan umum: kesadaran, tanda-tanda vital, berat badan, dan nilai skala GCS (Glasgow Coma Scale).

b) Tanda vital: tekanan darah, nadi respirasi, dan suhu.

c. Pemeriksaan fisik persistem

a) Sistem pernafasan: Perhatikan jumlah frekuensi nafas dalam satu menit ketika beristirahat, apakah ada batuk, sesak, napas pendek, sakit dada, atau penyempitan saluran nafas. Periksa juga apakah ada sekret atau tidak. Studi kebiasaan Anda termasuk merokok, meminum alkohol, dan sebagainya. Inspeksi bentuk hidung, kebersihan hidung, apakah ada sekret atau tidak, palpasi nyeri tekan, auskultasi suara nafas normal, apakah ada suara nafas tambahan atau tidak, dan lihat apakah dada simetris atau tidak.

b) System kardiovaskuler

Bagian kardiovaskular: Periksa pembengkakan, lihat reflek pupil, lihat kondisi konjungtiva, lihat sianosis, lihat ictus cordis, lihat nyeri, lihat tanda jejas, dan auskultasi bunyi jantung di ICS 2 dan ICS 5-6 dan ICS 32. Periksa daerah ekstremitas bawah untuk edema

c) Sisitem pencernaan

Lihat apakah ada mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, lingkaran perut yang meningkat, dan obesitas.

d) Sistem perkemihan

Sistem perkemihan: Periksa apakah Anda mengalami polyuria (banyak kencing), retensi urine yang tidak mencukupi, rasa sakit atau panas ketika berkemih

e) System endokrin

Lihat apakah leher simetris, apakah kelenjar tyroid besar, apakah ada distensi JVP (jungularis vena pleasure), apakah Anda memiliki diabetes mellitus.

f) Sistem persarafan

Kaji fungsi saraf serebral, saraf kranial, dan fungsi sensorik dan motoric Kaji fungsi saraf serebral, saraf kranial, dan fungsi sensorik dan motorik.

g) System integument

Ketahui bentuk kepala, warna kulit, kondisi rambut, dan kulit kepala, serta bersih atau tidaknya kelembapan dan turgor kulit.

a. System musculoskeletal

Setelah operasi, klien mungkin mengalami kekakuan dan tirah baring.

b. System penglihatan

Lihat apakah mata simetris, apakah ada edema, lesi, konjungtiva anemis, sclera atau ikterik, apakah pupil reflek cahaya positif atau tidak, dan lihat apakah lapang pandang dan ketajaman penglihatan semuanya baik.

c. System pendengaran,

THT (telingga, hidung, dan tenggorokan). Evaluasi bentuk dan tekstur telinga klien. Periksa juga fungsi pendengaran mereka.

Lihat bentuk, posisi, dan benjolan trachea.

d. **Data psikososial**

a) Satus emosi

Control emosi yang dominan, emosi yang di rasakan, saat ini, dampak pada percakapan orang, dan stabilitas emosi

b) Konsep diri

Bagaimana klien dapat melihat apa yang di sukai orang lain dan dirinya sendiri.

c) **Cara komunikasi**

Menolak untuk menagapi komunikasi non-verbal

a) Pola interaksi

Kepada siapa klien menceritakan tentang dirinya, apa yang menyebabkan mereka merespon,

hal yang mmenyebabkan klien merespon pembicaraan, kecocokan ucapan dan perilaku.

b) Pola koping

Apa yang dilakukan klien untuk menyelesaikan masalah dan kepada siapa klien mengadukan masalah tersebut ?

c) Data spiritual

Yang harus di kaji termaksud presepsi klien tentang pentingnya penyakit dan kesembuhan, hubungan mereka dengan tuhan dan ketaatan terhadap ritual, keyakinan agama, bahwa tuhan membantu kesembuhan dan proses kehidupan dan kematian.

d) Data penunjang

Data laboratorium seperti AGD, trombosit, hemoglobin, leukosit, hematocrit,.

e) Program dan perencanaan pengobatan

Terapi yang di berikan di identifikasi mulai dari nama, dosis,waktu dan cara menggunakan obat

2. Analisa Data

Analisa data adalah pengelompokkan data-data klien atau keadan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya.

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinik mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami, baik yang berlangsung actual maupun potensial (PPNI, 2017). Pada kasus ini diagnosa yang sering muncul pada pasien dengan stroke yaitu salah satunya adalah:

a. Resiko jatuh (D0143)

4. Rencana Asuhan Keperawatan

N O	Diagnosa keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi
1	Resiko jatuh	<p>Setelah di lakukan intervensi keperawatan maka di harapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jatuh saat di pindahkan menurun - Jatuh saat duduk menurun 	<p>Pencegahan jatuh</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor risiko jatuh (mis, usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran,deficit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) - Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai

			<p>dengan kebijakan institusi</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang,)- Hitung resiko jatuh menggunakan skala (mis. <i>Fall morse scale</i>, <i>Humpty Dumpty scale</i>)- Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none">- Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga- Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci- Pasang <i>hendrall</i> tempat tidur- Atur posisi tempat tidur mekanis pada posisi terendah- Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dan <i>nurse station</i>- Gunakan alat bantu berjalan
--	--	--	---

			<p>(mis. Kursi roda, walker)</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- anjurkan memangil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah- Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin- Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh- Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan
--	--	--	--

			keseimbangan saat berdiri
--	--	--	--------------------------------------

5. Implementasi

implementasi merupakan tahap keempat didalam proses asuhan keperawatan dimana setelah menyusun intervensi keperawatan yang berisi rencana tindakan yang akan dilakukan. Pada tahap ini dimulai setelah dilakukan perencanaan tindakan keperawatan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan.

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan penilaian dengan cara mengamati perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Didalam evaluasi perawatan menilai respon pasien terhadap intervensi yang telah dilakukan dan menetapkan yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima.

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP adalah:

- S: Data Subjektif Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

- O: Data Objektif Data objektif adalah data berdasarkan data hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- A: Analisis Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan data objektif.
- P: Planning perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditemukan sebelumnya.

C. Kursi roda

1. Definisi kursi roda

Salah satu alat yang digunakan penyandang cacat kaki adalah kursi roda, yang memungkinkan mereka berpindah dari tempat datar ke tempat yang lebih tinggi atau lebih rendah. Kursi roda juga sering digunakan untuk membantu mobilitas orang yang cacat seperti: orang yang cacat fisik (khususnya penyandang cacat kaki), pasien rumah sakit yang tidak dapat melakukan banyak aktivitas fisik, orang tua (manula), dan orang yang memiliki risiko tinggi terluka saat berjalan sendiri. (Ayundyahrini et al., 2019)

Secara umum, kursi roda terdiri dari dua kategori: kursi roda manual (jenis konvensional) dan kursi roda berpengerak motor atau elektrik

(jenis berpengerak motor). Kursi roda elektrik memiliki sistem pengendali elektrik yang memudahkan mobilitas pengguna, sehingga pengguna tidak perlu mengendalikan kursi roda secara manual dengan menggerakkan roda dengan tangan. Berbeda dengan kursi roda manual, kursi roda elektrik dapat digerakkan sendiri oleh pengguna atau didorong oleh orang lain. (Ayundyahrini et al., 2019)

Dalam kebanyakan kasus, kursi roda manual terdiri dari dua set roda di sampingnya. Satu set roda besar berada di belakang, dan satu set roda kecil berdiameter 5 atau 8 inci. Dengan desain ini, roda tetap stabil dan mudah bergerak maju dan mundur. (Ayundyahrini et al., 2019)

Kursi roda sangat penting bagi pasien stroke non-hemoragik karena membantu mereka melakukan aktivitas sehari-hari dan membantu mereka bergerak. Selain itu, kursi roda membantu orang yang memiliki keterbatasan bergerak. (Syakura, Nur Hasan, et al., 2021)

a. Macam-macam jenis kursi roda

(Suhada et al., 2023) menyatakan bahwa kursi roda adalah alat bantu yang dapat digunakan oleh orang yang menderita stroke. Ada beberapa jenis kursi roda, yaitu:

a) *manual wheelchair* (Kursi roda manual)

Kursi roda manual dapat digerakkan untuk maju atau mundur dengan mendorong atau menarik pegangan. Ini adalah jenis kursi roda yang paling sering digunakan di rumah sakit.

b) *electric wheelchair* (kursi roda elektrik)

Beberapa kursi roda elektrik dirancang untuk digunakan baik di dalam maupun di luar, dan mereka memiliki motor elektrik yang memungkinkan mereka untuk digunakan setiap hari.

c) *wheelbase chair*

Tipe kursi roda dengan wheelbase memiliki empat roda kecil tambahan yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan pengguna.

d) *sports chair*

Sports chair dirancang untuk atlet dengan disabilitas, memiliki frame yang ringan dan stabilitas yang baik untuk berputar.

e) *stand-up wheelchair,*

Stand-up wheelchair digunakan untuk pengguna dapat berdiri, memiliki pompa hidrolis yang menyediakan kekuatan yang cukup untuk mengangkat dudukan, sehingga pengguna dapat menjangkau tempat yang lebih tinggi.

f) *Stair-climbing wheelchair*

Stair-climbing wheel chair merupakan kursi roda yang dapat digunakan untuk naik dan turun tangga baik di dalam atau di luar ruangan. Tetapi pengguna tentu masih membutuhkan bantuan dari orang lain, dan dibantu dengan fasilitas tangga yang baik.

2. SOP Memindahkan Pasien dari tempat tidur ke kursi roda

Prosedur memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi roda
--

Pengertian	Kursi beroda dua yang dapat di dorong yang berfungsi untuk memindahkan/ memobilisasi klien dari satu tempat ke tempat lain
Tujuan	Untuk memindahkan pasien dari satu tempat ke tempat lain
Alat dan bahan	1. Kursi roda
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam pada pasien 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3. Menanyakan persetujuan/ kesiapan pasien
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Memakai handscon (jika perlu) 3. Rendahkan posisi tempat tidur 4. Letakan kursi roda sejajar dan sedekat mungkin dengan tempat tidur dan pastikan kursi roda dalam keadaan terkunci 5. Turunkan sandaran kaki pada kursi roda 6. Bantu posisi klien duduk di tepi tempat tidur 7. Letakan tangan klien di atas permukaan tempat tidur, atau di atas kedua bahu perawat sehingga klien dapat mendorong tubuhnya sambil berdiri, lingkari tubuh klien dengan kedua tangan perawat. 8. Bantu klien berdiri dan bergerak bersama 9. Bantu klien untuk duduk 10. Pastikan keselamatan klien
Hal-hal yang perlu di perharikan	<p>Perhatikan pasien duduk dengan baik dan benar sehingga terhindar dari jatuh</p> <p>Evaluasi respon kenyamanan pasien</p>

(Anna Yuliana, 2019)

- **SOP Memindahkan Pasien dari kursi roda ke tempat tidur**

Pengertian	Suatu kegiatan yang akan di lakukan pada klien dengan kelemahan kemampuan fungsional untuk berpindah dari kursi roda ke tempat tidur.
Persiapan	<ul style="list-style-type: none"> - Persiapan alat - Kursi roda dan sarung tangan (jika perlu)
Prosedur kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada pasien tentang prosedur yang akan di lakukan 2. Cuci tangan 3. Atur kursi roda dengan posisi 45° dari arah tempat tidur pasien, pastikan semua roda kursi terkunci 4. Minta pasien untuk meletakkan tangan di samping badan atau memegang telapak tangan perawat 5. Berdiri di samping pasien berpegang telapak dan lengan tangan pada bahu pasien 6. Observasi respon pasien saat berdiri dari kursi roda

	<p>7. Bantu pasien untuk jalan ke tempat tidur</p> <p>8. Posisikan pasien senyaman mungkin di tempat tidur</p> <p>9. Jelaskan pada pasien bahwa tindakan telah selesai dilakukan</p>
Evaluasi	<p>1. Dokumentasikan hasil tindakan</p> <p>2. Pastikan posisi pasien berada pada posisi yang paling aman dan nyaman</p> <p>3. Mencuci tangan</p>

- **skala Morse Fall Scale**

No	Pengkajian	Skala	Skor
1	Riwayat jatuh: apakah pasien pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak : 0 Ya : 25	
2	Diagnosis lain: apakah memiliki satu penyakit?	Tidak : 0 Ya : 15	
3	Bantuan berjalan : - <i>Bed rest</i> / di bantu perawat	0	
	- Kruk tongkat, walker, kursi roda	15	

	- Berpegangan di benda benda sekitar (kursi, lemari, meja)	30	
4	Terapi intravena : Apakah saat ini pasien terpasang infus ?	Tidak : 0 Ya: 20	

Ket :

Tidak beresiko 0-24 Tidak Beresiko

Resiko rendah 25-50 resiko Rendah

Resiko Tinggi ≥ 51 Resiko Tinggi

Lembar observasi luaran tingkat jatuh penggunaan kursi roda

No	Kriteria hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menu run
1	Jatuh saat duduk	1	2	3	4	5
2	Jatuh saat di pindahkan	1	2	3	4	5

Ket : jatuh saat duduk

Meningkat 1 : ketika pasien merasa pusing

cukup meningkat 2 : ketika tidak adanya penyangah kaki pada kursi roda atau
footrest

sedang 3 : pasien merasa tidak nyaman dengan posisi duduk

cukup menurun 4 : pasien merasa nyaman dengan posisi duduk

menurun 5 : pasien dapat duduk di kursi roda dengan nyaman, dan tidak ada perasaan pusing

Ket: jatuh saat di pindahkan

Meningkat 1 : teknik pemindahan pasien yang tidak tepat / tidak sesuai prosedur

cukup meningkat 2 : ketika memindahkan pasien ke kursi roda, kursi tidak dalam keadaan terkunci

sedang 3 : kursi roda dalam keadaan baik dan siap pakai pasien dapat duduk dikursi roda

cukup menurun 4 : tidak adanya perasaan nyeri atau pusing

menurun 5 : memindahkan pasien sesuai prosedur pemindahan pasien dari tempat tidur ke kursi roda