

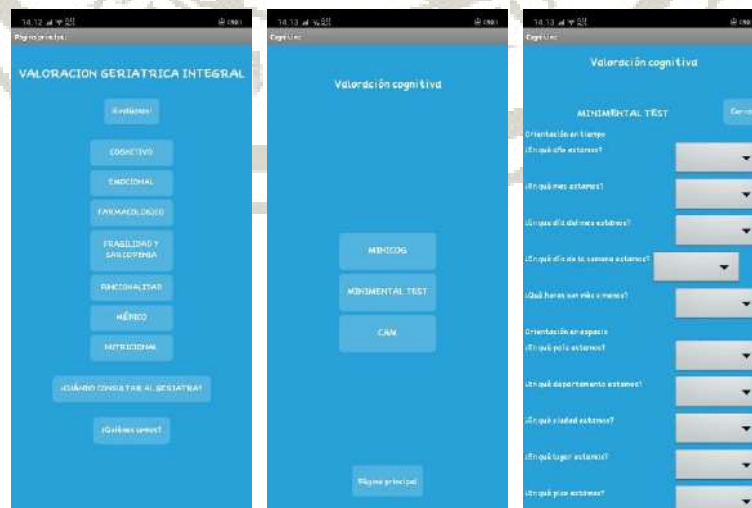
BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Karya Terdahulu

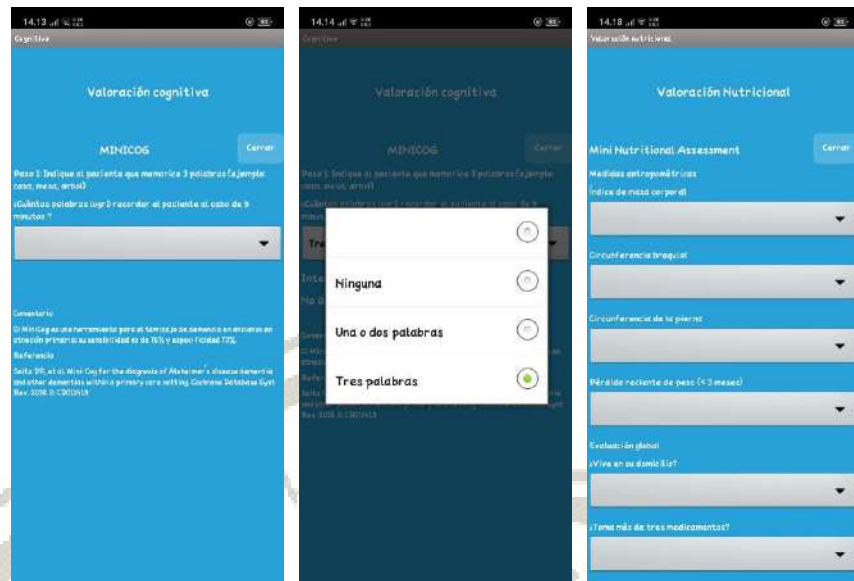
1. GeriatriApp

Aplikasi ini dikembangkan oleh Andr s F. Rodríguez-Gutiérrez, MD yang berisi beberapa aspek pengkajian terhadap lansia, seperti pengkajian kognitif yang meliputi *Mini Mental Test*, *Mini Cog* dan CAM (*Confusion Assessment Method*). Selain itu, terdapat pengkajian Emosional, Kerapuhan, Fungsional dan juga Nutrisi.

Namun, kekurangan di dalam aplikasi ini yaitu masih menggunakan Bahasa Spanyol dan instrumen yang kurang lengkap untuk mengkaji lansia. Sedangkan aplikasi karya penulis menggunakan Bahasa Indonesia dan juga Instrumen yang lengkap mengacu pada ketentuan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2017.



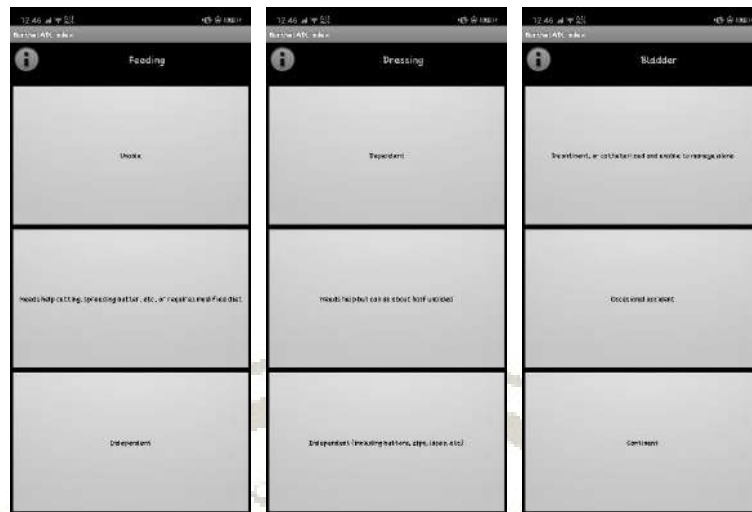
Gambar 2.1 Desain antarmuka pilihan menu GeriatriApp dan Instrumen Mini Mental Test



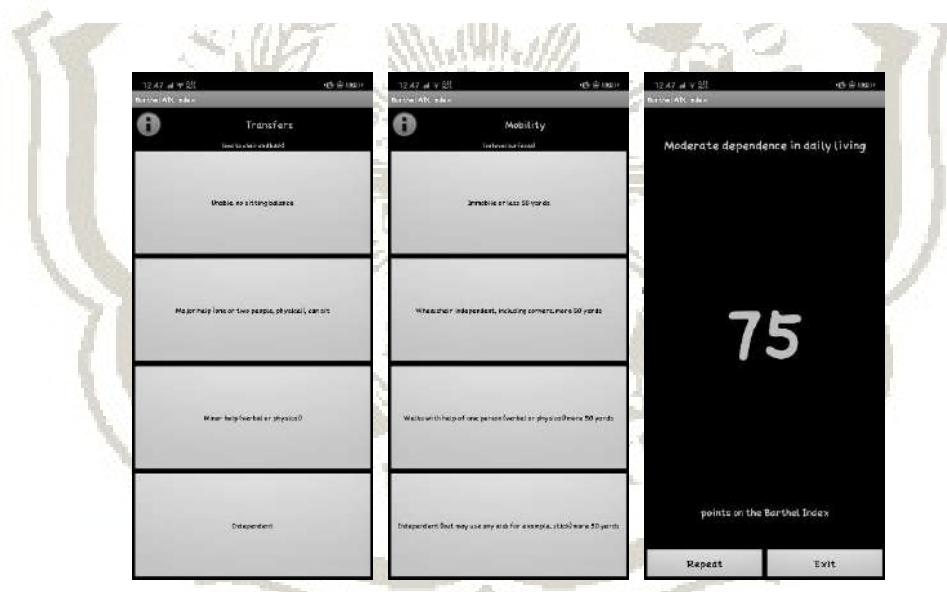
Gambar 2.2 Desain antarmuka GeriatriApp Mini Cog dan Mini Nutritional Assessment

2. Barthel ADL Index

Aplikasi ini dikembangkan oleh Chernyshkov Evgeny dan hanya berisi aspek pengkajian fungsional yaitu Index Barthel. Tidak ada menu awal pada aplikasi ini dan menggunakan Bahasa Inggris. Sedangkan aplikasi karya penulis memuat 8 instrumen pengkajian pada menu awal yang meliputi *Activity of Daily Living* (ADL) dengan Instrumen Indeks Barthel Modifikasi, *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) Lawton, Resiko Jatuh Pasien Lanjut Usia, *Geriatric Depression Scale* (GDS), *Mini Cog & Clock Drawing Test* (CDT4), *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Abbreviated Mental Test* (AMT), *Mini Nutritional Assessment* (MNA) dan menggunakan Bahasa Indonesia.



Gambar 2.3 Desain antarmuka Barthel ADL Index (kuisisioner Makan, Berpakaian dan BAK)



Gambar 2.4 Desain antarmuka Barthel ADL Index (kuisisioner Berpindah dan Mobilitas) dan Hasil (skor) pengkajian

B. Konsep Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan fase utama dari tahapan asuhan keperawatan. Tahapan ini merupakan tahapan penting dalam siklus keperawatan. Berbagai data diperoleh yang dapat digunakan sebagai landasan pemikiran dalam

memutuskan masalah keperawatan. Pencapaian dalam penilaian keperawatan ini sangat penting untuk fase berikut dari siklus keperawatan (Çelik et al., 2018).

1. Pengkajian Keperawatan Geriatri

Pengkajian keperawatan geriatri merupakan tindakan yang diharapkan dapat memberikan bantuan, arahan, manajemen, jaminan dan pertolongan kepada pasien lansia secara mandiri (Sitepu, 2019). Status kesejahteraan lanjut usia disurvei secara mendalam, tepat, dan sistematis. Informasi yang terkumpul, seperti informasi subjektif dan objektif termasuk fisik, mental, sosial, dan spiritual selama anamnesis harus disetujui dan diperiksa dengan rekan, keluarga pasien, dan pemberi layanan kesehatan (Kuswati et al., 2020).

Tujuan keperawatan geriatri yaitu agar kesehatan mereka optimal secara umum, dan memperbaiki ataupun mempertahankan fungsionalnya (Tamher & Noorkasiani, 2009). Keduanya bermaksud untuk menjaga, memelihara, dan memulihkan status kesejahteraan lanjut usia dengan tujuan agar berjalan dengan baik secara holistik (Tarigan, 2019).

Penilaian menyeluruh yang diselesaikan oleh petugas medis pada lanjut usia seperti riwayat dan penilaian fisik (mengkaji status kesehatan lansia), Status gizi, Kapasitas fungsional dan Masalah spesifik lain yang dialami oleh individual (Tamher & Noorkasiani, 2009).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengkajian pada lansia yaitu terjadinya perubahan fisik pada lansia, meningkatnya masalah psikis,

terdapat penyakit dan terjadi penurunan pada status fungsional (aspek fisik dan psikososial saling terkait) (Çelik et al., 2018).

a. Pengkajian Status Fungsional

Pengkajian status fungsional lansia merujuk pada kegiatan atau aktivitas sehari-hari. Maka dari itu, hal ini sangat penting untuk dikaji agar bisa mengetahui status kesehatan pada lansia. *Activity of Daily Living* (ADL) yang berubah secara mendadak menunjukkan adanya suatu penyakit atau kelainan fungsional pada lansia (Tamher & Noorkasiani, 2009).

Menurut WHO, mengkaji kualitas hidup dapat dinilai dari aspek kesehatan jasmani, rohani, hubungan sosial, dan hubungan dengan lingkungan. Pada kesehatan fisik, dapat ditentukan diantaranya melalui kemandirian dalam melakukan ADLs (*Activity of Daily Living*), tingkat energi dan kelelahan, mobilitas, rasa nyeri, tidur dan istirahat (Ningrum & Chondro, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Vika et al., (2018) menyebutkan beberapa faktor yang mempengaruhi status fungsional yaitu usia, pekerjaan, komplikasi penyakit, pendidikan, dukungan keluarga, dan stroke berulang. Penilaian status fungsional sangat penting, terutama bila ada hambatan dalam lansia untuk menjalani kehidupan sehari-hari mereka. Kapasitas fungsional ini harus dipertahankan secara otonom seperti yang diharapkan (Nurrohmah, 2018).

Pengkajian ADL umumnya mengikuti pengukuran Barthel indeks dan Katz indeks. Pengukuran ini dilandasi pada hasil evaluasi terhadap tingkat kemandirian atau tingkat ketergantungan secara fungsional. Pengkajian ini terdiri dari tujuh tingkat, yaitu penilaian melakukan kegiatan mandi, berpakaian, ke toilet, beranjak, kontinensia dan makan (Tamher & Noorkasiani, 2009).

Kementerian Kesehatan RI (2017) menyebutkan tiga instrumen pengkajian untuk mengetahui status fungsional pada lansia, yaitu instrumen *Activity of Daily Living* (ADL) dengan Indeks Barthel Modifikasi, *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) Lawton dan Penilaian Resiko Jatuh Pasien Lanjut usia.

Indeks Barthel adalah instrumen populer untuk menilai ADL. Instrumen ini menilai kapasitas pasien untuk melakukan tugas sehari-hari tanpa bantuan dan memberikan ringkasan, skor Barthel Indeks keseluruhan yang mencerminkan tingkat kemandirian pasien (Ohura et al., 2014).

Kuisisioner indeks Barthel ini memiliki nilai sensitivitas 94% hingga 95% dan nilai spesifisitas sebesar 80 hingga 85%. Penelitian ini menunjukkan bahwa status fungsional kelompok tanpa perlakuan intervensi latihan fisik dan saran diet tinggi protein dan kelompok perlakuan tidak menunjukkan perbedaan (Sasiarini et al., 2018). Indeks Barthel modifikasi ini merupakan instrumen pengkajian fungsional yang digunakan untuk menilai ADL yang sudah diterima

secara luas, dan memiliki kehandalan dan kesahihan sangat baik (Islamiati, 2017).

Berikut adalah tabel instrumen untuk pengkajian status fungsional :

**ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) DENGAN INSTRUMEN
INDEKS BARTHEL MODIFIKASI**

Tanggal :

Nama :

Umur/Jenis Kelamin :th /

Tabel 2.1 Activity of Daily Living (ADL) dengan Instrumen Indeks Barthel Modifikasi

No	Item yang dinilai	Skor	Keterangan
1	Buang Air Besar	0	Tidak terkendali/tak teratur (perlu pencahar)
		1	Kadang-kadang tak terkendali (1 x / minggu)
		2	Terkendali teratur
2	Buang Air Kecil	0	Tak terkendali atau pakai kateter
		1	Kadang-kadang tak terkendali (hanya 1 x / 24 jam)
		2	Terkendali
3	Membersihkan diri (mencuci wajah, menyikat rambut, mencukur kumis, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain
		1	Mandiri

4	Penggunaan WC (keluar masuk WC, melepas/memakai celana, cebok, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain
		2	Mandiri
5	Makan minum (jika makan harus berupa potongan, dianggap dibantu)	0	Tidak mampu
		1	Perlu ditolong memotong makanan
		2	Mandiri
6	Bergerak dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya (termasuk duduk di tempat tidur)	0	Tidak mampu
		1	Perlu banyak bantuan untuk bias duduk (2 orang)
		2	Bantuan minimal 1 orang
		3	Mandiri
7	Berjalan di tempat rata (atau jika tidak bisa berjalan, menjalankan kursi roda)	0	Tidak mampu
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang
		3	Mandiri
8	Berpakaian (termasuk memasang tali sepatu, mengencangkan sabuk)	0	Tergantung orang lain
		1	Sebagian dibantu (mis: mengancing baju)
		2	Mandiri

9	Naik turun tangga	0	Tidak mampu
		1	Butuh pertolongan
		2	Mandiri
10	Mandi	0	Tergantung orang lain
		1	Mandiri

Skor Modifikasi Barthel Indeks (Nilai AKS):

- 20 : Mandiri (A)
- 12 – 19 : Ketergantungan ringan (B)
- 9 – 11 : Ketergantungan sedang (B)
- 5 – 8 : Ketergantungan berat (C)
- 0 – 4 : Ketergantungan total (C)

Sumber : (Kementerian Kesehatan RI, 2017)

INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADL)

LAWTON

Tanggal :

Nama :

Umur/Jenis Kelamin :tahun /

Tabel 2.2 Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Lawton & Skoring

IADL

Item yang dinilai	Skor
Kemampuan menggunakan telepon	
Mengoperasikan telepon sendiri dan mencari dan menghubungi nomor	1

Menghubungi beberapa nomor yang dikenal	1
Menjawab telepon tetapi tidak menghubungi	1
Tidak bisa menggunakan telepon sama sekali	0
Pergi ke suatu tempat	
Berpergian sendiri menggunakan kendaraan umum atau menyetir sendiri	1
Mengatur perjalanan sendiri	1
Perjalanan menggunakan transportasi umum jika ada yang menemani	0
Tidak melakukan perjalanan sama sekali	0
Berbelanja	
Mengatur semua kebutuhan belanja sendiri	1
Perlu bantuan untuk mengantar belanja	0
Sama sekali tidak mampu belanja	0
Menyiapkan makanan	
Merencanakan, menyiapkan, dan menghidangkan makanan	1
Menyiapkan makanan jika sudah tersedia bahan makanan	0
Menyiapkan makanan tetapi tidak mengatur diet yang cukup	0
Perlu disiapkan dan dilayani	0
Melakukan pekerjaan rumah tangga	
Merawat rumah sendiri atau bantuan kadang-kadang	1
Mengerjakan pekerjaan ringan sehari-hari (merapikan tempat tidur, mencuci piring)	1
Perlu bantuan untuk semua perawatan rumah	1
Tidak berpartisipasi dalam perawatan rumah	0
Mencuci pakaian	
Mencuci semua pakaian sendiri	1
Mencuci pakaian yang kecil (kaos kaki, stoking, dll)	1
Semua pakaian dicuci oleh orang lain	0
Mengatur obat – obatan	
Meminum obat secara tepat dosis dan waktu tanpa bantuan	1

Tidak mampu menyiapkan obat sendiri	0
Mengatur keuangan	
Mengatur masalah finansial secara mandiri (tagihan, pergi ke bank); mengumpulkan dan mencatat pendapatan	1
Mengatur pengeluaran sehari-hari, tapi perlu bantuan untuk ke bank untuk transaksi penting	1
Tidak mampu mengambil keputusan finansial atau memegang uang	0

Skoring IADL

Dikerjakan oleh orang lain	0
Perlu bantuan sepanjang waktu	1
Perlu bantuan sesekali	2
Independen/mandiri	3-8

Sumber : (Kementerian Kesehatan RI, 2017)

PENILAIAN RISIKO JATUH PASIEN LANJUT USIA

Tanggal * : *

Nama :

Umur/Jenis Kelamin :tahun /

Tabel 2.3 Penilaian Risiko Jatuh Pasien Lanjut Usia

NO	RISIKO	SKALA
1	Gangguan gaya berjalan (diseret, menghentak, berayun)	4
2	Pusing atau pingsan pada posisi tegak	3
3	Kebingungan setiap saat (contoh: pasien yang mengalami demensia)	3
4	Nokturia/Inkontinen	3
5	Kebingungan intermiten (contoh pasien yang mengalami delirium/Acute confusional state)	2
6	Kelemahan umum	2

7	Obat-obat berisiko tinggi (diuretic, narkotik, sedative, antipsikotik, laksatif, vasodilator, antiaritmia, antihipertensi, obat hipoglikemik, antidepresan, neuroleptic, NSAID)	2
8	Riwayat jatuh dalam 12 bulan terakhir	2
9	Osteoporosis	1
10	Gangguan pendengaran dan/atau penglihatan	1
11	Usia 70 tahun ke atas	1
Jumlah		

Tingkat risiko :

- Risiko rendah bila skor 1-3 → Lakukan intervensi risiko rendah
- Risiko tinggi bila skor ≥ 4 → Lakukan intervensi risiko tinggi

Sumber : (Kementerian Kesehatan RI, 2017)

2. Pengkajian Status Mental dan Kognitif

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi fungsi kognitif pada lansia, antara lain ialah usia. Seperti yang dikatakan oleh Mardiyanto et al., (2017) bahwa secara umum penurunan kerja sistem saraf pusat menjadi pendukung yang signifikan terhadap perubahan kapasitas kognitif dan efektivitas dalam proses informasi.

Selain usia, faktor yang mempengaruhi fungsi kognitif yaitu pendidikan dan pekerjaan. Seperti yang dikatakan oleh Manurung et al., (2016) bahwa sebesar 33,3% lansia berpendidikan SD mengalami penurunan fungsi kognitif terbanyak, dan 40,8% lansia

dengan pekerjaan petani mengalami penurunan fungsi kognitif disusul oleh IRT.

Kognitif memiliki empat prinsip, yaitu prinsip responsif untuk memilih, menangani, mengatur, dan mengkoordinasikan data. Memori dan prinsip belajar, khususnya untuk mengumpulkan data dan (review). Penalaran atau berpikir dimana kapasitas ini bekerja sejauh dalam asosiasi dan penataan ulang. Dan ekspresif di mana berbagai data yang telah diperoleh dibagikan dan diselesaikan atau dilakukan (Lestari, 2013).

Pengkajian Status Mental berfungsi membangun dasar dan mengidentifikasi klien yang berisiko mengalami delirium. Penyebab fisik, mental, dan sosial dari kerusakan kognitif pada lansia, disertai pendapat bahwa kerusakan mental adalah normal (Tamher & Noorkasiani, 2009). Status Kognitif dapat dinilai dengan:

1) *Mini cog dan clock drawing test*

Mini-Cog merupakan instrumen yang berdasarkan temuan Borson pertama kali pada tahun 2003 dalam menskrining risiko Alzheimer's (McCarten et al., 2011). Menurut Seitz et al., (2018), *Mini-Cog* merupakan alat pemeriksaan yang relatif mudah dan berpotensi dapat digunakan untuk mendiagnosis demensia di tatanan pelayanan primer. Namun validitas pengujian pada tatanan pelayanan primer perlu diuji lebih lanjut (Nurfianti & An, 2020).

Begitu pula dengan *clock drawing test* yang digunakan untuk skrining demensia, pada penelitian yang dilakukan oleh Pramudaningsih & Ambarwati (2020) untuk melakukan penilaian memori tentang orientasi waktu yaitu menggambar jam. Instrumen ini dilakukan untuk menilai memori lansia sebelum dan sesudah dilakukan tindakan memory training.

2) *Abbreviated Mental Test (AMT)*

Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa AMT memiliki ekstensi sensitivitas dan spesifisitas yang dapat diterima jika dibandingkan untuk tes kognitif yang tervalidasi dengan baik, seperti MMSE dan Kuesioner Informan untuk penurunan Kognitif pada Lansia, dan itu adalah tes yang valid dan dapat diandalkan untuk skrining demensia pada lansia (Foroughan et al., 2017).

3) *Mini Mental State Examination (MMSE)*

Instrumen ini dilakukan untuk menilai demensia pada lansia. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Ashari (2020) menggunakan instrumen ini pre dan post dilakukannya tindakan *Puzzle* dan *Braingym*. Pasien diberikan perlakuan seperti senam otak dan permainan *puzzle* selama seminggu dengan jangka waktu 30 menit perhari beberapa kali tindakan. Selanjutnya sebagai estimasi ulang dengan menggunakan MMSE, untuk menganalisis perubahan nilai.

Status Afektif dinilai dengan *Geriatric Depression Scale* (GDS), GDS merupakan instrumen yang paling sering digunakan. GDS 15 soal sering digunakan untuk menilai depresi di kalangan lansia dan dapat berfungsi seperti GDS 30 soal, terlepas dari cara GDS-15 sedikit berbeda dari GDS-30 dalam kapasitasnya untuk mengenali depresi bergantung pada jenis kelamin, pengaturan, dan referensi standar (Njoto, 2014).

Berikut ini instrumen pengkajian status mental / kognitif dan pengkajian skala depresi:

INSTRUMEN PEMERIKSAAN MINI COG DAN CLOCK DRAWING TEST

Cara pemeriksaan:

1. Mintalah pasien untuk mendengarkan dengan cermat, mengingat, dan kemudian mengulangi tiga kata yang tidak berhubungan (bola, melati, kursi) yang akan disampaikan oleh pemeriksa.
2. Instruksikan pasien untuk menggambar jam pada selembar kertas kosong atau berikan pasien dengan lingkaran yang telah disediakan pada selembar kertas.
3. Pasien diminta untuk menggambar jam yang menunjukkan pukul sebelas lewat sepuluh menit (pukul 11.10).
4. Minta pasien untuk menyebutkan kembali tiga kata yang telah disebutkan di awal pemeriksaan.

5. Bila pasien tidak mampu menyebutkan kata-kata yang pertama kali diucapkan pada awal pemeriksaan, maka tidak perlu ditanyakan kembali. Karena hal tersebut telah menunjukkan hendaya kognitif.

Cara pemeriksaan *Clock Drawing Tes* Skor 4 (CDT 4):

1. Mintalah responden untuk menggambar sebuah jam bundar lengkap dengan angka-angkanya dan jarum jamnya yang menunjukkan pukul sebelas lewat sepuluh menit (11.10)
2. Siapkan bahan:
 - Selembar kertas putih kosong, atau selembar kertas dengan gambar lingkaran, untuk pasien yang tidak mampu menggambar lingkaran)
 - Pensil tanpa penghapus

Penilaian Skor *Clock Drawing Test* 4 (modifikasi) (CDT4):

- Beri Skor 1 (satu) untuk masing–masing poin di bawah ini jika benar:

Tabel 2.4 Penilaian Skor Clock Drawing Test 4 (modifikasi) (CDT4)

Poin Penilaian	Hasil Penilaian
1. Gambar lingkaran utuh	
2. Menulis angka lengkap 1-12	
3. Angka berurutan dan tepat letaknya	
4. Jarum jam menunjukkan pukul 11.10	

- Jika poin tersebut dilakukan tidak sesuai maka diberikan skor 0

Interpretasi hasil pemeriksaan *Mini Cog dan Clock Drawing Test* (CDT4)

- Dikatakan curiga fungsi kognitifnya menurun apabila tidak dapat mengingat satu atau lebih kata yang diberikan sebelumnya dan atau tidak mampu menggambar jam dengan sempurna (skor 4)
- Tetapi apabila dapat mengingat tiga kata yang diberikan sebelumnya dan atau mampu menggambar jam dengan sempurna (skor 4) : kemungkinan fungsi kognitif dalam batas normal

LEMBAR PEMERIKSAAN CLOCK DRAWING TEST

Tanggal :

Nama :

Umur/Jenis Kelamin :tahun /



Hasil Penilaian :

Mini Cog :

Clock Drawing Test (CDT4) :

Gambar 2.5 Lembar Pemeriksaan *Clock Drawing Test*

Sumber : (Kementerian Kesehatan RI, 2017)

INSTRUMEN ABBREVIATED MENTAL TEST (AMT)

Tanggal :

Nama :

Umur/Jenis Kelamin :tahun /

Tabel 2.5 Instrumen *Abbreviated Mental Test* (AMT)

		Salah = 0	Benar = 1
A	Berapakah umur Anda?		
B	Jam berapa sekarang?		
C	Di mana alamat rumah Anda?		
D	Tahun berapa sekarang?		
E	Saat ini kita sedang berada di mana?		
F	Mampukah pasien mengenali dokter atau perawat?		
G	Tahun berapa Indonesia merdeka?		
H	Siapa nama presiden RI sekarang?		
I	Tahun berapa Anda lahir?		
J	Menghitung mundur dari 20 sampai 1		
Jumlah skor:			
Perasaan hati (afek): pilih yang sesuai dengan kondisi pasien			
K	1. Baik		
	2. Labil		
	3. Depresi		
	4. Gelisah		
	5. Cemas		

Cara Pelaksanaan:

- Minta pasien untuk menjawab pertanyaan tersebut, beri tanda centang (V) pada nilai nol (0) jika salah dan satu (1) jika benar
- Jumlahkan skor total A sampai J, item K tidak dijumlahkan, hanya sebagai keterangan.

Interpretasi :

- Skor 8-10 menunjukkan **Normal**,
- Skor 4-7 gangguan ingatan **Sedang** dan
- Skor 0-3 gangguan ingatan **Berat**

INSTRUMEN MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Nomor identifikasi :

Nama Responden : Umur :


Tahun : Pendidikan :

Dominansi hemisfer : kanan / kidal*

Pemeriksa : Tgl.

Tabel 2.6 Instrumen *Mini Mental State Examination* (MMSE) & Skor MMSE

No	Tes	Nilai Maks
ORIENTASI		
1	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), hari apa?	5
2	Kita berada dimana? (negara), (propinsi), (kota), (gedung), (ruang) (tanyakan pada responden)	5
REGISTRASI		
3	Pemeriksa menyebut 3 benda yang berbeda kelompoknya selang 1 detik (missal apel, uang, meja), responden diminta mengulanginya. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar. Ulangi sampai responden dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan	3
ATENSI DAN KALKULASI		
4	Pengurangan 100 dengan 7 secara berturutan. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau responden diminta mengeja terbalik kata "WAHYU" (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan; misalnya uyahw=2 nilai)	5
MENGINGAT KEMBALI (RECALL)		

5	Responden diminta menyebut kembali 3 nama benda di atas	3
BAHASA		
6	Responden diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (perlihatkan pensil dan jam tangan)	2
7	Responden diminta mengulang kalimat: ” tanpa kalau dan atau tetapi ”	1
8	Responden diminta melakukan perintah: “ Ambil kertas ini dengan tangan anda, lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai”.	3
9	Responden diminta membaca dan melakukan yang dibacanya: “Pejamkanlah mata anda”	1
10	Responden diminta menulis sebuah kalimat secara spontan	1
11	Responden diminta menyalin gambar 	1
Skor Total		30

Tandailah tingkat kesadaran responden pada garis aksis:

Sadar Somnolen Stupor Koma

Skor MMSE :

27-30	21-26	10-20	< 10
Kognitif	Dimensia	Dimensia	Dimensia
Normal	Ringan	Sedang/Moderat	Berat

Catatan pemeriksa:

.....
.....

Sumber : (Kementerian Kesehatan RI, 2017)

INSTRUMEN GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Tanggal :

Nama :

Umur/Jenis Kelamin :tahun /

Pilihlah jawaban yang paling tepat untuk menggambarkan **perasaan Anda selama dua minggu terakhir.**

Tabel 2.7 Instrumen *Geriatric Depression Scale* (GDS)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda pada dasarnya puas dengan kehidupan anda?	Ya	Tidak
2	Apakah anda sudah meninggalkan banyak kegiatan dan minat /kesenangan anda?	Ya	Tidak
3	Apakah anda merasa kehidupan anda hampa?	Ya	Tidak
4	Apakah anda sering merasa bosan?	Ya	Tidak
5	Apakah anda mempunyai semangat baik setiap saat?	Ya	Tidak
6	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	Ya	Tidak
7	Apakah anda merasa bahagia pada sebagian besar hidup anda?	Ya	Tidak
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	Ya	Tidak
9	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi ke luar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	Ya	Tidak
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	Ya	Tidak
11	Apakah anda pikir hidup anda sekarang ini menyenangkan?	Ya	Tidak
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat kini?	Ya	Tidak
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	Ya	Tidak
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	Ya	Tidak
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik	Ya	Tidak

keadaannya dari anda?

Panduan pengisian instrumen GDS

- a) Jelaskan pada pasien bahwa pemeriksa akan menanyakan keadaan perasaannya dalam **dua minggu terakhir**, tidak ada jawaban benar salah, **jawablah ya atau tidak** sesuai dengan perasaan yang paling tepat akhir-akhir ini.
- b) Bacakan pertanyaan nomor 1 – 15 sesuai dengan kalimat yang tertulis, tunggu jawaban pasien. Jika jawaban kurang jelas, tegaskan lagi apakah pasien ingin menjawab ya atau tidak. Beri tanda (lingkari) jawaban pasien tersebut.
- c) Setelah semua pertanyaan dijawab, hitunglah **jumlah jawaban yang bercetak tebal**. Setiap jawaban (ya/tidak) yang bercetak tebal diberi nilai satu (1).
- d) Jumlah skor diantara **5-9** menunjukkan kemungkinan besar ada gangguan depresi.
- e) Jumlah skor **10** atau lebih menunjukkan ada gangguan depresi

Sumber : (Kementerian Kesehatan RI, 2017)

3. Pengkajian Status Nutrisi

Penapisan gizi perlu dilakukan untuk mengetahui apakah seorang lansia mempunyai masalah gizi. Salah satu teknik penilaian gizi pada lansia dilakukan dengan *Mini Nutritional Assessment* (MNA). Teknik ini adalah multiparameter dari kurangnya makanan

sehat, yang menggabungkan tahap pemeriksaan dan evaluasi diet (Wulandari, 2010).

Berikut ini instrumen pengkajian *Mini Nutritional Assessment* :

INSTRUMEN MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

A. SKRINING

Tanggal :
Nama : Jenis kelamin :
Umur :
Berat badan(kg) : Tinggi badan (cm) :

Tabel 2.8 Form Skrining Instrumen *Mini Nutritional Assessment* (MNA)

FORM SKRINING
Apakah anda mengalami penurunan asupan makanan dalam 3 bulan terakhir disebabkan kehilangan nafsu makan, gangguan saluran cerna, kesulitan mengunyah atau menelan? 0 = kehilangan nafsu makan berat (severe) ▪ 1 = kehilangan nafsu makan sedang (moderate) 2 = tidak kehilangan nafsu makan
Kehilangan berat badan dalam tiga bulan terakhir ? 0 = kehilangan BB > 3kg 1 = tidak tahu 2 = kehilangan BB antara 1 – 3 kg 3 = tidak mengalami kehilanganBB
Kemampuan melakukan mobilitas ? 0 = di ranjang saja atau di kursi roda 1 = dapat meninggalkan ranjang atau kursi roda namun tidak bisa pergi/ jalan-jalan ke luar 2 = dapat berjalan atau pergi dengan leluasa

Menderita stress psikologis atau penyakit akut dalam tiga bulan terakhir

?

0 = ya

2 = tidak

Mengalami masalah neuropsikologis?

0 = demensia atau depresiberat

1 = demensia sedang(moderate)

2 = tidak ada masalah psikologis

Nilai IMT (Indeks Massa Tubuh) ?

0 = IMT < 19kg/m²

1 = IMT 19 - 21

2 = IMT 21 - 23

3 = IMT > 23

SUB TOTAL

SKOR SKRINING

- Sub total maksimal : 14
- Jika nilai ≥ 12 – tidak mempunyai risiko, tidak perlu melengkapi form penilaian
- Jika ≤ 11 – mungkin mengalami malnutrisi, lanjutkan mengisi form penilan

B. PENILAIAN

Tabel 2.9 Form Penilaian Instrumen *Mini Nutritional Assessment* (MNA)

Form Penilaian

Apakah anda tinggal mandiri ? (bukan di panti/Rumah Sakit)?

0 = tidak

1 = ya

Apakah anda menggunakan lebih dari tiga macam obat per hari

0 = ya

1 = tidak

Apakah ada luka akibat tekanan atau luka di kulit?

0 = ya

1 = tidak

Berapa kali anda mengonsumsi makan lengkap / utama per hari?

0 = 1 kali

1 = 2 kali

2 = 3 kali

Berapa banyak anda mengonsumsi makanan sumber protein?

Sedikitnya 1 porsi *dairy* produk (seperti susu, keju, yogurt) per hari
(ya/tidak)

2 atau lebih porsi kacang-kacangan atau telur per minggu (ya /tidak)

Daging ikan atau unggas setiap hari (ya /tidak)

0.0 = jika 0 atau hanya ada 1 jawaban ya

0.5 = jika terdapat 2 jawaban ya

1.0 = jika terdapat 3 jawaban ya

Apakah anda mengonsumsi buah atau sayur sebanyak 2 porsi atau lebih per hari ?

0 = tidak

1 = ya

Berapa banyak cairan (air, jus, kopi, teh, susu) yang dikonsumsi per hari ?

0.0 = kurang dari 3 gelas

0.5 = 3 – 5 gelas

1.0 = lebih dari 5 gelas

Bagaimana cara makan ?

0 = harus disuapi

1 = bisa makan sendiri dengan sedikit kesulitan

2 = makan sendiri tanpa kesulitan apapun juga

Pandangan sendiri mengenai status gizi anda ?

0 = merasa malnutrisi

1 = tidak yakin mengenai status gizi

2 = tidak ada masalah gizi

Jika dibandingkan dengan kesehatan orang lain yang sebaya/seumur, bagaimana anda mempertimbangkan keadaan anda dibandingkan orang tersebut ?

0 = tidak sebaikdia

0.5 = tidak tahu

1.0 = sama baiknya

2.0 = lebih baik

Lingkar lengan atas (cm)?

0 = < 21cm

0.5 = 21 – 22 cm

1,0 = \geq 22 cm

Lingkar betis (cm) ?

0 < 31cm

1 > 31cm

SUB TOT

****PENILAIAN SKOR:**

I. Skor Skrining

II. Skor Penilaian

Skor total indikator malnutrisi (maksimum 30)

17 - 23.5 : Risiko Malnutrisi

< 17 : Malnutrisi

Sumber : (Kementerian Kesehatan RI, 2017)

C. Aplikasi Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G)

Aplikasi P3G merupakan perangkat lunak Smartphone yang dirancang untuk membantu tenaga kesehatan khususnya perawat lansia untuk sebagai pedoman ketika melakukan beberapa aspek pengkajian terhadap lansia. Diharapkan aplikasi ini dapat mempersingkat waktu pengkajian dan mudah digunakan oleh tenaga kesehatan pada umumnya.

D. Dokumentasi Keperawatan Elektronik

Penerapan teknologi informasi dalam perawatan kesehatan khususnya dokumentasi keperawatan elektronik yang tepat dapat meningkatkan efisiensi dan meringankan beberapa beban perawat, membebaskan mereka untuk berkonsentrasi pada perawatan langsung. Terlepas dari tantangan dan faktor yang menghalangi adopsi dokumentasi terkomputerisasi, ini adalah cara terbaik ke depan untuk memenuhi tantangan baru dan perubahan kebutuhan perawatan kesehatan (Chand, S., & Sarin, J., 2014).

Model standar untuk dokumentasi keperawatan elektronik cocok untuk dokumentasi asuhan pasien dalam rencana asuhan keperawatan. Namun, profesional perawatan kesehatan perlu pelatihan lebih lanjut dalam mendokumentasikan perawatan pasien sesuai dengan proses keperawatan, dan dalam menggunakan terminologi untuk meningkatkan keselamatan pasien dan meningkatkan dokumentasi (Häyrinen, et al., 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Bruylands, et al. (2013) untuk mengevaluasi efek dari program "*Guided Clinical Reasoning*" (GCR) dan

pengenalan sistem dokumentasi keperawatan elektronik (e-doc) pada kualitas proses keperawatan, membuktikan bahwa program GCR, ketika dipraktikkan memiliki efek positif pada kualitas keperawatan. Kesadaran akan hambatan untuk melakukan proses keperawatan dan menggunakan alat pendukung merupakan keputusan yang tepat dan sangat penting untuk kualitas tingkat tinggi dalam dokumentasi proses keperawatan.

