



MODUL KEPERAWATAN GERONTIK



Tim Penyusun:

Esri Rusminingsih, S.Kep., Ns., M.Kep
Sri Sat Titi Hamranani, S.Kep., Ns., M.Kep

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KLATEN
TAHUN 2022



KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karuniaNya sehingga Modul Praktikum Keperawatan Gerontik ini dapat diselesaikan. Modul praktikum gerontik ini merupakan kumpulan dari materi-materi praktikum pengkajian pada lansia yang selama ini dipelajari dan dipraktikkan mahasiswa pada mata ajar Keperawatan Gerontik. Harapan kami dengan tersusunnya modul ini dapat meningkatkan pemahaman mahasiswa dalam melaksanakan praktikum gerontik.

Ucapan terimakasih kami sampaikan kepada Rektor, Dekan serta tim dosen keperawatan Universitas Muhammadiyah Klaten yang telah memberikan kesempatan, fasilitas, dan dukungannya sehingga modul ini dapat terselesaikan.

Harapan kami dengan tersusunnya modul ini dapat memberikan manfaat bagi mahasiswa keperawatan Universitas Muhammadiyah Klaten dan semua pihak yang membutuhkan. Kritik dan saran kami harapkan untuk penyempurnaan buku ini.

Klaten, Agustus 2022

Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	iv
DAFTAR GAMBAR.....	v
BAB I.....	1
PENGAJIAN RISIKO JATUH PADA LANSIA.....	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Pemeriksaan <i>The Timed Up and Go</i> (TUG) Test.....	1
C. Latihan Soal.....	3
D. Pemeriksaan Functional Reach (FR) Test.....	4
E. Pemeriksaan Risiko Jatuh Lainnya.....	5
BAB II.....	7
PEMERIKSAAN STATUS NUTRISI LANSIA.....	7
BAB III.....	12
PEMERIKSAAN KUALITAS TIDUR LANSIA.....	12
BAB IV.....	18
PEMERIKSAAN STATUS KOGNITIF LANSIA.....	18
BAB V.....	24
PEMERIKSAAN GERIATRIC DEPRESSION SCALE.....	24
BAB VI.....	27
PENGAJIAN STATUS FUNGSIONAL.....	27
BAB VII.....	31
PENGAJIAN APGAR KELUARGA.....	31
BAB VIII.....	34
SKOR NORTON.....	34
DAFTAR PUSTAKA.....	37

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Langkah Pemeriksaan TUG Test	2
Tabel 2. Lembar Observasi TUG Test	3
Tabel 3. Langkah Pemeriksaan FRT	4
Tabel 4. Pemeriksaan Morse Fall Score	5
Tabel 5. The Mini Nutritional Assessment	9
Tabel 6. Kuesioner Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	14
Tabel 7. Kisi-kisi Kuesioner PSQI	16
Tabel 8. Format Pengkajian MMSE	19
Tabel 9. Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ)	22
Tabel 10. Geriatric Depression Scale (Skala Depresi)	25
Tabel 11. KATZ Index	28
Tabel 12. APGAR Keluarga	32

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Ilustrasi Pemeriksaan TUG Test	3
Gambar 2. Ilustrasi Pemeriksaan FRT	5

BAB I

PENGKAJIAN RISIKO JATUH PADA LANSIA

A. Pendahuluan

Satu dari 3 orang berusia 65 tahun keatas pernah jatuh. Tujuh puluh delapan persen jatuh disebabkan karena faktor intrinsik yang termasuk didalamnya gangguan keseimbangan, dan 14 % penyebab jatuh adalah lingkungan.

B. Pemeriksaan *The Timed Up and Go (TUG) Test*

1. Pengertian

Time Up and Go (TUG) Test digunakan untuk pemeriksaan pada individu yang berisiko mengalami jatuh.

2. Tujuan

Pemeriksaan TUG test bertujuan untuk menilai risiko jatuh, keseimbangan dan gaya berjalan pada lansia.

3. Persiapan Alat

- a. Stopwatch
- b. Kursi dengan sandaran tangan
- c. Lintasan bertanda dengan jarak 3 meter

4. Langkah-langkah

- a. Ucapkan salam “ Assalamu’alaikum Wr. Wb Bapak/Ibu”
- b. Memperkenalkan diri
- c. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
- d. Minta klien duduk di kursi dengan sandaran tangan.
- e. Berikan tanda yang jelas (selotip, pembatas) di lantai yang berjarak 3 meter dari kursi sehingga mudah dilihat oleh klien.
- f. Sebelum mulai berikan instruksi secara jelas kepada klien, yaitu ketika di serukan kata “**GO/MULAI**” maka anda mulai bangkit dari kursi, berdiri, berjalan searah garis dilantai sampai batas 3 meter atau 10 langkah, kemudian berbalik dan berjalan kembali ke kursi dan duduk. Berjalanlah dengan kecepatan biasa.
- g. Siapkan stopwatch, dan mulailah timing ketika mulai diserukan kata “**GO/MULAI**” dan hentikan timing saat klien duduk kembali di kursi dengan punggung di sandaran kursi.

- h. Untuk mendapatkan hasil yang akurat, pemeriksaan dapat dilakukan sebanyak 3 kali dan diambil rerata waktu tempuh.
- i. Lakukan observasi untuk kecepatan berjalan, keseimbangan, postur tubuh, penggunaan alat bantu, langkah pendek dan lambaian tangan
- j. Isilah hasil waktu tempuh dan observasi pada lembar observasi yang tersedia¹.

Catatan :

Saat pemeriksaan klien dapat menggunakan alas kaki yang biasa digunakan, bila klien menggunakan alat bantu, saat pemeriksaan alat bantu tetap digunakan. Tidak ada batasan waktu. Pada kondisi tertentu klien mungkin berhenti dan beristirahat (tapi tidak duduk).

Tabel 1. Langkah Pemeriksaan TUG Test

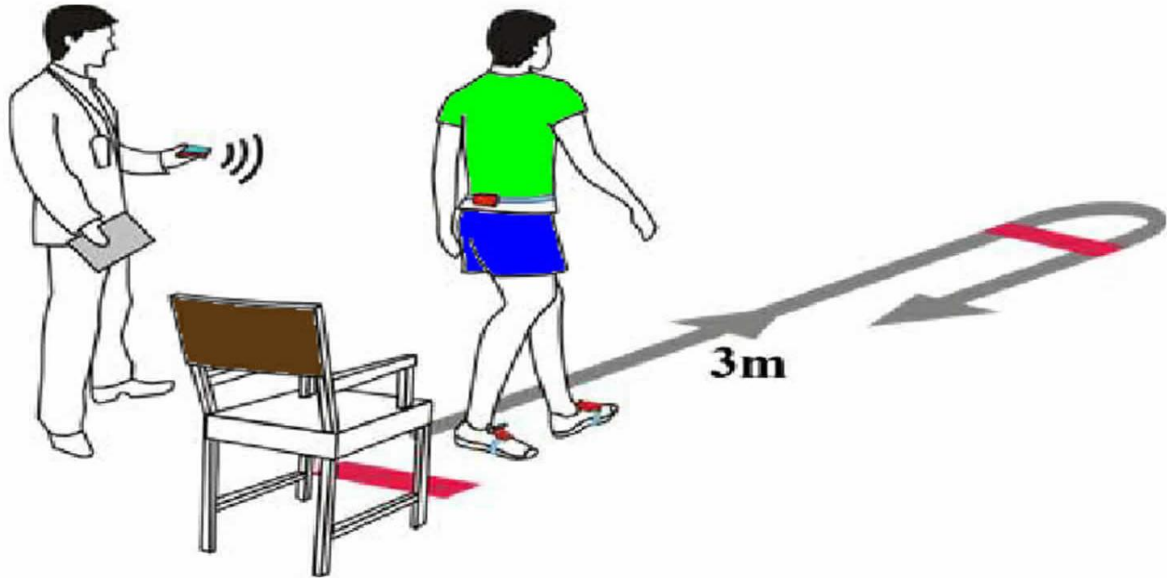
NO	LANGKAH
1	POSISI PASIEN DUDUK DIKURSI
2	MINTA PASIEN BANGKIT, BERDIRI DARI KURSI, BERJALAN KEDEPAN 3 METER ATAU 10 LANGKAH, BERBALIK DAN KEMBALI DUDUK KE KURSI
3	UKUR WAKTU DALAM DETIK

INTERPRETASI :

- < 10 DETIK : MOBILITAS BEBAS
- < 20 DETIK : RISIKO RINGAN UNTUK JATUH
- 20 – 29 DETIK : RISIKO SEDANG UNTUK JATUH
- > 30 DETIK : RISIKO TINGGI UNTUK JATUH/GANGGUAN MOBILITAS

Rata-rata waktu tempuh TUG test normal dalam detik berdasarkan usia² :

- 1. Usia 60-69 = 7.9 ± 0.9
- 2. Usia 70-79 = 7.7 ± 2.3
- 3. Usia 80-89 = Tanpa alat bantu 11.0 ± 2.2
Dengan alat bantu 19.9 ± 6.4
- 4. Usia 90-101 = Tanpa alat bantu 14.7 ± 7.9
Dengan alat bantu 19.9 ± 2.5



Gambar 1. Ilustrasi Pemeriksaan TUG Test

Tabel 2. Lembar Observasi TUG Test

Nama Klien :
 Usia :
 Jenis Kelamin :

No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG Test (detik)
1.		
2.		
3.		
Rata-rata Waktu		
Interpretasi hasil		
Observasi gaya berjalan		

C. Latihan Soal

- Apakah posisi awal klien pada saat melakukan pemeriksaan TUG?...
- Bagaimana cara melakukan pemeriksaan TUG pada klien yang menggunakan alat bantu jalan?...
- Berapakah jarak lintasan yang harus dilalui klien saat pemeriksaan TUG?....
- Apakah tujuan dari pemeriksaan TUG?.....
- Sebutkan hal yang perlu diobservasi oleh perawat selama pemeriksaan TUG?....

D. Pemeriksaan Functional Reach (FR) Test

1. Pengertian

Functional Reach Test (FRT) merupakan instrumen untuk menilai keseimbangan dinamis

2. Tujuan

FRT digunakan untuk memprediksi risiko jatuh pada lansia.

3. Persiapan Alat

- a. Metline
- b. Alat tulis
- c. Tembok
- d. Lembar Dokumentasi

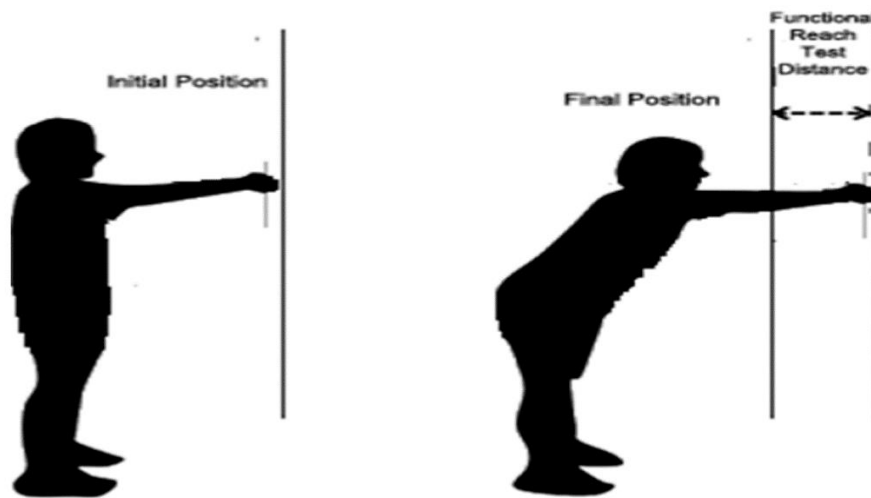
4. Langkah - Langkah

- a. Ucapkan salam “Assalamu’alaikum Wr. Wb”.
- b. Menjelaskan tujuan dan langkah prosedur.
- c. Meminta klien untuk berdiri di sisi tembok tanpa menyentuh dengan tangan mengepal di rentangkan ke depan dengan pada posisi 90o fleksi bahu.
- d. Catat posisi awal pada metakarpal ke-3.
- e. Instruksikan klien untuk condong ke depan mencapai sejauh mungkin tanpa melangkah.
- f. Catat posisi metakarpal ke-3.
- g. Skor ditentukan dengan menilai perbedaan antara posisi awal dan akhir, ukur dalam inchi.
- h. Lakukan dalam 3 kali percobaan, dan nilai diambil dari rata-rata 2 percobaan terakhir.

Tabel 3. Langkah Pemeriksaan FRT

NO	LANGKAH
1	MINTA PASIEN BERDIRI DI SISI TEMBOK DENGAN TANGAN DIRENTANGKAN KEDEPAN
2	BERI TANDA LETAK TANGAN I
3	MINTA PASIEN CONDONG KEDEPAN TANPA MELANGKAH SELAMA 1-2 MENIT, DENGAN TANGAN DIRENTANGKAN KE DEPAN

4	BERI TANDA LETAK TANGAN KE II PADA POSISI CONDONG
5	UKUR JARAK ANTARA TANDA TANGAN I & KE II



Gambar 2. Ilustrasi Pemeriksaan FRT

5. Evaluasi

Interpretasi Pengukuran :

- a. 10 inchi/ 25 cm = Risiko Jatuh rendah
- b. 6 – 10 inchi /15- 25 cm = Risiko jatuh 2 kali lebih besar
- c. ≤ 6 inchi/ ≤ 15 cm = Risiko Jatuh 4 kali lebih besar
- d. Tidak mau mencapai = Risiko Jatuh 8 kali lebih besar

Catatan : Usia lebih 70 tahun, bila kurang dari 6 inchi berisiko roboh.

E. Pemeriksaan Risiko Jatuh Lainnya

Tabel 4. Pemeriksaan Morse Fall Score

No	Pengkajian	Skala	Nilai
1.	Riwayat Jatuh : Apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak : 0 Ya : 25	
2.	Diagnosa sekunder : Apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak : 0 Ya : 15	
3.	Alat bantu jalan : Bed rest/dibantu perawat Kruk/tongkat/walker Berpegang pada benda-benda di sekitar (kuris,lemari, meja)	0 15 30	
4.	Terapi intravena : Apakah saat ini lansia terpasang infus?	Tidak : 0 Ya : 20	

5.	Gaya berjalan/cara berpindah : Normal/bed rest / immobile (tidak dapat bergerak sendiri) Lemah (tidak bertenaga) Gangguan/tidak normal (pincang, diseret)	0 10 20	
6.	Status Mental : Lansia menyadari kondisi dirinya sendiri Lansia mengalami keterbatasan daya ingat	0 15	
TOTAL SKALA			

Analisis Hasil :

Tidak berisiko : 0-24

Risiko rendah : 25 – 50

Risiko tinggi : > 51

Tindakan

Perawatan dasar

Pelaksanaan pencegahan jatuh standar

Pelaksanaan pencegahan jatuh risiko tinggi

BAB II

PEMERIKSAAN STATUS NUTRISI LANSIA (MINI NUTRITIONAL ASSESMENT (MNA))

G. Masalah Gizi pada Lansia

Masalah gizi, selain dapat meningkatkan risiko penyakit infeksi, juga merupakan faktor penyebab langsung terjadinya morbiditas dan mortalitas. Kondisi ini lebih rentan pada kelompok lansia. Malnutrisi pada lansia dapat menyebabkan kondisi :

1. Meningkatkan faktor risiko komplikasi
2. Menurunkan efektivitas terapi
3. Memperpanjang lama perawatan
4. Meningkatkan angka kematian
5. Meningkatkan biaya perawatan
6. Kesulitan rehabilitasi
7. Menimbulkan gejala sisa (sequele)

H. Masalah yang berkaitan dengan gizi pada lansia

Masalah yang erat kaitannya dengan status gizi lansia diantaranya :

1. Dentures, gigi geligi menyebabkan penurunan fungsi pengunyah, kesulitan makan, menurunkan kenikmatan makan, penurunan masukan zat-zat gizi.
2. Penurunan mastikasi, pengecap, rasa makanan
3. Saluran cerna menurunnya sensitivitas syaraf olfactorius, syaraf pengecap, sehingga makan kurang berselera
4. Mulut terasa kering, penurunan fungsi glandula saliva (xerostomia)
5. Menurunnya peristaltik usus
6. Dysphagia, atropic gastritis
7. Penurunan penyerapan zat-zat gizi
8. Atropi lumen usus

Kondisi tersebut dapat mengganggu pola makan dan dapat menurunkan BB

I. Definisi Mini Nutritional assesment (MNA)

Mini Nutritional assesment (MNA) merupakan koesioner untuk menilai status nutrisi, namun tidak menggunakan indikator biologis. MNA merupakan alat skrining yang dapat

digunakan untuk mengidentifikasi kekurangan gizi atau berisiko kekuarng gizi pada lansia (>65 tahun).

J. Tujuan

MNA merupakan koesioner untuk mengidentifikasi orang dewasa yang lebih tua yang berisiko kekurangan gizi. Penialain dan pemeriksaan fisik yang mendalam harus dilakukan saat klien diidentifikasi kurang gizi atau berisiko mengalami amsalah gizi.

K. Persiapan Alat

1. Alat tulis
2. Lembar koesioner MNA
3. Medline
4. Timbangan berat badan
5. Mistar pengukur tinggi badan dan atau jangka panggul.

L. Implementasi

1. Ucapkan salam “ Assalamu’alaikum Wr. Wb Bapak/Ibu”
2. Memperkenalkan diri
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
4. Siapkan alat dan berikan posisi yang nyaman pada klien
5. Lakukan pengkajian menggunakan lembar koesioner MNA

Tabel 5. The Mini Nutritional Assessment

Nama :
 Usia :
 Berat Badan (kg) :
 Tinggi (cm) :
 Hari/Tanggal :

No	Pertanyaan	Keterangan	Skor Nilai
SCREENING			
1.	Apakah anda mengalami penurunan asupan makanan selama tiga bulan terakhir dikarenakan hilangnya selera makan, masalah pencernaan, kesulitan mengunyah atau menelan?	0 : mengalami penurunan asupan makanan yang parah 1 : mengalami penurunan asupan makanan sedang 2 : tidak mengalami penurunan asupan makanan	
2.	Apakah anda kehilangan berat badan selama 3 bulan terakhir?	0: Kehilangan berat badan lebih dari 3 kg 1: Tidak tahu 2: Kehilangan berat badan antara 1-3 kg 3: Tidak kehilangan berat badan	
3.	Bagaimana mobilisasi atau pergerakan anda?	0: hanya di tempat tidur atau kursi roda 1: dapat turun dari tempat tidur namun tidak dapat jalan-jalan 2: dapat pergi keluar/jalan-jalan	
4.	Apakah anda mengalami stres psikologis atau penyakit akut selama 3 bulan terakhir?	0: ya 2: tidak	
5.	Apakah anda memiliki masalah neuropsikologi?	0: demensia atau depresi berat 1: demensia ringan 2: tidak mengalami masalah neuropsikologi	
6a.	Bagaimana hasil BMI (<i>Body Mass Indeks</i>) anda? (berat badan (kg)/tinggi badan(m ²))	0: BMI kurang dari 19 1: BMI antara 19-21 2: BMI antara 21-23 3: BMI lebih dari 23	
6b.	Lingkar betis (cm)	0 = jika < 31 3 = jika > 31	
TOTAL NILAI			
Jika IMT tidak dapat diukur ganti pertanyaan No. 6a dengan pertanyaan 6b. Jangan menjawab 6b bila 6a sudah terpenuhi			

<p>KETERANGAN :</p> <p>Nilai Skrining (total nilai maksimal 14) Interpretasi : 12-14 = Status gizi normal 8-11 = Risiko mengalami malnutrisi 0-7 = Malnutrisi</p>		<p>≥ 12: normal/tidak berisiko, tidak membutuhkan pengkajian lebih lanjut ≤ 11: mungkin malnutrisi, membutuhkan pengkajian lebih lanjut.</p>	
No	Pertanyaan	Keterangan	Skor Nilai
7.	Apakah anda hidup secara mandiri?(tidak di rumah perawatan, panti atau rumah sakit)	0: tidak 1: ya	
8.	Apakah anda diberi obat lebih dari 3 jenis obat per hari?	0: ya 1: tidak	
9.	Apakah anda memiliki luka tekan/ulserasi kulit?	0: ya 1: tidak	
10.	Berapa kali anda makan dalam sehari?	0: 1 kali dalam sehari 1: 2 kali dalam sehari 2: 3 kali dalam sehari	
11.	Pilih salah satu jenis asupan protein yang biasa anda konsumsi? a. Setidaknya salah satu produk dari susu (susu, keju, yoghurt per hari) b. Dua porsi atau lebih kacang-kacangan/telur perminggu c. Daging, ikan atau unggas setiap hari	0: jika tidak ada atau hanya 1 jawaban diatas 0.5: jika terdapat 2 jawaban ya 1: jika semua jawaban ya	
12.	Apakah anda mengkonsumsi sayur atau buah 2 porsi atau lebih setiap hari?	0: tidak 1: ya	
13.	Seberapa banyak asupan cairan yang anda minum per hari (air putih, jus, kopi, the, susu, dsb)	0: kurang dari 3 gelas 1: 3-5 gelas 2: lebih dari 5 gelas	
14.	Bagaimana cara anda makan?	0: jika tidak dapat makan tanpa dibantu 1: dapat makan sendiri namun mengalami kesulitan 2: jika dapat makan sendiri tanpa ada masalah	

15.	Bagaimana persepsi anda tentang status gizi anda?	0: ada masalah gizi pada dirinya 1: ragu/tidak tahu terhadap masalah gizi dirinya 2: melihat tidak ada masalah terhadap status gizi dirinya	
16.	Jika dibandingkan dengan orang lain, bagaimana pandangan anda tentang status kesehatan anda?	0: tidak lebih baik dari orang lain 1: tidak tahu 2: sama baiknya dengan orang lain 3: lebih baik dari orang lain	
17.	Bagaimana hasil lingkaran lengan atas (LLA) anda (cm)?	0: LLA kurang dari 21 cm 0.5 : LLA antara 21-22 cm 1: LLA lebih dari 22 cm	
18.	Bagaimana hasil Lingkaran betis (LB) anda (cm)?	0: jika LB kurang dari 31 1: jika LB lebih dari 31	
TOTAL NILAI			

M. Evaluasi

Penjumlahan dari nilai Screening dan nilai pengkajian :

- a. ≥ 24 = Nutrisi Baik
- b. $17 - 23$ = Dalam Risiko Malnutrisi
- c. < 17 = Malnutrisi

N. Latihan Soal

1. Jelaskan dampak malnutrisi pada lansia?....
2. Jelaskan penyebab masalah gizi pada lansia?....
3. Apabila pada pemeriksaan IMT, tidak dapat mengukur TB dan BB, alternatif apa yang dapat digunakan?....
4. Pengkajian nutrisi lebih lanjut dilakukan apabila didapatkan skor MNA berapa?....

BAB III
PEMERIKSAAN KUALITAS TIDUR LANSIA
The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

F. Definisi

PSQI merupakan suatu metode penilaian untuk mengukur kualitas tidur dan gangguan tidur orang dewasa dalam interval satu bulan. Instrument ini berbentuk koesioner dengan output penilaian berupa Sleeping Indeks. Sleeping Indeks merupakan suatu skor atau nilai yang didapatkan dengan cara mengisi koesioner PSQI dengan pembobotan tertentu yang menggambarkan kualitas tidur seseorang.

G. Tujuan

Pemeriksaan PSQI bertujuan untuk mengetahui kualitas tidur dan gangguan tidur seseorang yang dinilai dari tujuh komponen, yaitu :

1. Kualitas tidur

Evaluasi kualitas tidur secara subyektif merupakan evaluasi singkat terhadap tidur seseorang, apakah tidurnya sangat baik atau sangat buruk.

2. Latensi tidur

Latensi tidur merupakan durasi mulai dari berangkat tidur sampai tertidur. Kualitas tidur yang baik apabila menghabiskan waktu kurang dari 15 menit untuk dapat memasuki tahap tidur selanjutnya secara lengkap, sedangkan level insomnia apabila seseorang menghabiskan waktu lebih dari 20 menit dan mengalami kesulitan untuk memasuki tahap tidur selanjutnya.

3. Durasi tidur

Durasi tidur dihitung dari waktu seseorang tidur sampai terbangun dipagi hari tanpa menyebutkan terbangun pada tengah malam. Orang dewasa yang dapat tidur selama lebih dari 7 jam setiap malam dapat disebut memiliki kualitas tidur yang baik.

4. Efisiensi kebiasaan tidur

Efisiensi kebiasaan tidur merupakan rasio persentase antara jumlah total jam tidur dibagi dengan jumlah jam yang dihabiskan di tempat tidur. Seseorang dikatakan memiliki kualitas tidur yang baik apabila efisiensi kebiasaan tidurnya lebih dari 85%

5. Gangguan tidur

Gangguan tidur merupakan kondisi terputusnya tidur, pola tidur-bangun seseorang

berubah dari pola kebiasannya. Kondisi ini menyebabkan penurunan kuantitas maupun kualitas tidur seseorang.

6. Penggunaan obat

Penggunaan obat-obatan sedatif dapat mengindikasikan adanya masalah tidur. Obat-obat sedatif mempunyai efek terhadap terganggunya tidur pada tahap REM. Konsumsi obat sedatif akan menyebabkan kesulitan tidur yang disertai dengan frekuensi terbangun ditengah malam dan kesulitan untuk kembali tertidur. Kondisi ini berdampak pada kualitas tidur.

7. Disfungsi di siang hari

Kualitas tidur yang buruk dapat menyebabkan kondisi mengantuk ketika beraktivitas disiang hari, kurang perhatian atau antusias, tidur sepanjang siang, kelelahan, depresi, mudah mengalami distress dan penurunan kemampuan beraktivitas¹.

H. Persiapan Alat

1. Alat tulis
2. Lembar koesioner pengkajian PSQI

I. Implementasi

1. Ucapkan salam “ Assalamu’alaikum Wr. Wb Bapak/Ibu”
2. Memperkenalkan diri
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
4. Siapkan alat dan berikan posisi yang nyaman pada klien
5. Lakukan pengkajian menggunakan lembar koesioner PSQI

Tabel 6. Kuesioner Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Nama :
 Usia :
 Hari/Tanggal :

1. Pukul berapa biasanya anda mulai tidur malam?
2. Berapa lama anda biasanya baru bisa tertidur tiap malam?
3. Pukul berapa anda biasanya bangun pagi?
4. Berapa lama anda tidur dimalam hari?

5.	Seberapa sering masalah masalah dibawah ini mengganggu tidur anda?	Tidak pernah dalam sebulan terakhir (0)	1x Seminggu (1)	2x Seminggu (2)	≥ 3x Seminggu (3)
a.	Tidak mampu tertidur selama 30 menit sejak berbaring				
b.	Terbangun ditengah malam atau dini hari				
c.	Terbangun untuk ke kamar mandi				
d.	Sulit bernafas dengan baik				
e.	Batuk atau mengorok				
f.	Kedinginan di malam hari				
g.	Kepanasan di malam hari				
h.	Mimpi buruk				
i.	Terasa nyeri				
j.	Alasan lain.....				
6	Selama sebulan terakhir, seberapa sering anda menggunakan obat				

	tidur				
7	Selama sebulan terakhir,seberapa sering anda mengantuk ketika melakukan aktivitasdi siang hari				
		Tidak Antusias	Kecil	Sedang	Besar
8	Selama satu bulan terakhir, berapa banyak masalah yanganda dapatkan dan seberapa antusias anda selesaikan permasalahan tersebut?				
		Sangat Baik (0)	Cukup Baik (1)	Cukup buruk (2)	Sangat Buruk (3)
9.	Selama bulan terakhir, bagaiman anda menilai kepuasan tidur anda?				

Tabel 7. Kisi-kisi Kuesioner PSQI

No	Komponen	No.Item	Sistem Penilaian	
			Jawaban	Nilai Skor
1	Kualitas Tidur Subyektif	9	Sangat Baik Baik Kurang Sangat kurang	0 1 2 3
2	Latensi Tidur	2	≤15 menit	0
			16-30 menit	1
	31-60 menit	2		
	Skor Latensi Tidur	2+5a	>60 menit	3
			Tidak Pernah	0
			1x Seminggu	1
			2x Seminggu	2
			>3x Seminggu	3
3	Durasi Tidur Malam	4	> 7 jam 6-7 jam 5-6 jam < 5jam	0 1 2 3
4	Efisiensi Tidur Rumus : Durasi Tidur : lama di tempat tidur) X 100% *Durasi Tidur (no.4) *Lama Tidur (kalkulasi respon no.1 dan 3)	1, 3, 4	> 85% 75-84% 65-74% <65%	0 1 2 3
5	Gangguan Tidur	5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i, 5i, 5j	0 1-9 10-18 19-27	0 1 2 3
6	Penggunaan Obat	6	Tidak pernah 1x Seminggu 2x Seminggu >3x Seminggu	0 1 2 3
7	Disfungsi di siang hari	7	Tidak Pernah 1x Seminggu 2x Seminggu >3x Seminggu	0 1 2 3

		8	Tidak Antusias Kecil Sedang Besar	0 1 2 3
		7+8	0 1-2 3-4 5-6	0 1 2 3

J. Evaluasi

Keterangan Kolom Nilai Skor:

0 = Sangat Baik

1 = Cukup Baik

2 = Agak Buruk

3 = Sangat buruk

Untuk menentukan Skor akhir yang menyimpulkan kualitas Tidur keseluruhan:Jumlahkan semua hasil skor mulai dari komponen 1 sampai 7

Dengan hasil ukur =

1. Kualitas Tidur Baik : ≤ 5

2. Kualitas Tidur Buruk : > 5

K. Latihan Soal :

1. Apakah jenis obat yang dapat mengindikasikan gangguan tidur?...
2. Berapa lama waktu yang dibutuhkan seorang dengan kualitas tidur yang baik untuk memulai tidur dan masuk dalam tahap tidur selanjutnya?.....
3. Berapakah durasi tidur lansia dengan kualitas tidur yang baik?
4. Berapakan skor yang mengindikasikan lansia memiliki kualitas tidur yang buruk?....

BAB IV

PEMERIKSAAN STATUS KOGNITIF LANSIA

E. Pengertian

Mini-Mental State Examination (MMSE) merupakan instrumen yang digunakan untuk skrining gangguan kognitif terutama pada kasus demensia. Instrumen ini mudah diterapkan dan dapat menilai hasil secara cepat. Penilaian dalam test ini meliputi orientasi, perhatian, ingatan segera dan jangka pendek, bahasa, dan kemampuan untuk mengikuti perintah lisan dan tertulis sederhana⁴. Titik potong yang paling banyak diterima dan sering digunakan untuk MMSE dari 30 titik adalah 23. Skor sama dengan atau lebih rendah dari 23 menunjukkan adanya defisit kognitif⁵. Tes umumnya memakan waktu antara 10 dan 20 menit⁴

F. Tujuan

Tujuan pemeriksaan MMSE adalah untuk menilai fungsi kognitif, kemampuan berpikir, dan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari pada lansia.

G. Persiapan Alat

1. Alat tulis
2. Lembar koesioner pengkajian MMSE

Disarankan kalender yang terpasang disimpan selama pemeriksaan MMSE.

H. Langkah-Langkah

1. Ucapkan salam “ Assalamu’alaikum Wr. Wb Bapak/Ibu”
2. Memperkenalkan diri
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
4. Siapkan alat dan berikan posisi yang nyaman pada klien
5. Lakukan pengkajian menggunakan lembar koesioner MMSE

Tabel 8. Format Pengkajian MMSE

Nama :

Usia :

Hari/Tanggal :

NO	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?		
	2. Musim apa sekarang ?		
	3. Tanggal berapa sekarang ?		
	4. Hari apa sekarang ?		
	5. Bulan apa sekarang ?		
	6. Dinegara mana anda tinggal ?		
	7. Di Provinsi mana anda tinggal ?		
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?		
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?		
	10. Di desa mana anda tinggal ?		
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga obyek		
	11.		
	12.		
	13.		
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal” BAPAK “		
	14. K		
	15. A		
	16. P		
	17. A		
	18. B		
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek diatas		

	19.		
	20.		
	21.		
5	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :		
	22. Jam tangan		
	23. Pensil		
	b. Pengulangan Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
	24. “Tak ada jika, dan, atau tetapi “		
	c. Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas !		
	26. Lipat dua !		
	27. Taruh dilantai !		
	d. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata		
	29. Tulis satu kalimat		
	30. Salin gambar		
	JUMLAH		

I. Evaluasi

Skor sama dengan atau lebih rendah dari 23 menunjukkan adanya defisit kognitif⁵

Nilai ≤ 21 : Kerusakan kognitif

Catatan : Untuk lansia dengan buta huruf (tidak dapat membaca atau menulis) penghitungan MMSE dilakukan dengan mengalikan skor yang di dapatkan dengan 30 dan membagi hasilnya dengan 28 sehingga, bila hasil skor didapatkan 20 akan menjadi 21,4.⁴

SPMSQ

(The Short Portable Mental Status Questionnaire)

A. Pengertian

SPMSQ instrumen skrining kognitif 10 item yang banyak digunakan, dipilih untuk mengukur gangguan kognitif. Alat evaluasi ini menilai orientasi individu terhadap waktu dan tempat, memori, pengetahuan tentang peristiwa terkini, dan perhitungan. SPMSQ telah divalidasi sebagai ukuran fungsi kognitif pada orang tua. SPMSQ telah ditetapkan dalam mendeteksi ada atau tidaknya demensia⁶.

B. Tujuan

Tujuan pemeriksaan SPMSQ adalah untuk menilai fungsi kognitif pada lansia.

C. Persiapan Alat

1. Alat tulis
2. Lembar koesioner pengkajian MMSE

Disarankan kalender, jam dinding yang terpasang disimpan selama pemeriksaan SPMSQ

D. Langkah-Langkah

1. Ucapkan salam “ Assalamu’alaikum Wr. Wb Bapak/Ibu”
2. Memperkenalkan diri
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
4. Siapkan alat dan berikan posisi yang nyaman pada klien
5. Lakukan pengkajian menggunakan lembar koesioner SPMSQ

Tabel 9. Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ)

Nama :

Usia :

Hari/Tanggal :

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang ? Jawab :.....		
2	Tahun berapa sekarang ? Jawab :.....		
3	Bulan apa sekarang? Jawab :.....		
4	Tanggal berapa sekarang ? Jawab :		
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ? Jawab :.....		
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab :.....		
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ? Jawab :.....		
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ? Jawab :		
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ? Jawab :.....		
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab :.....		
JUMLAH			

Analisis Hasil :

Skore Salah : 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Skore Salah : 3-4 : Kerusakan intelektual Ringan

Skore Salah : 5-7 : Kerusakan intelektual Sedang

Skore Salah : 8-10 : Kerusakan intelektual Berat⁷

E. Evaluasi

Sistem penilaian SPMSQ adalah sebagai berikut. Skor dengan 0 hingga 2 kesalahan menunjukkan tidak ada gangguan kognitif, 3 hingga 4 kesalahan menunjukkan gangguan ringan, 5 hingga 7 kesalahan menunjukkan gangguan sedang, dan skor dengan 8 hingga 10 kesalahan menunjukkan gangguan parah. Nilai cut-off point dari 3 kesalahan pada SPMSQ telah dilaporkan disamakan dengan skor MMSE dari 23⁶.

E. Latihan Soal

1. Apakah tujuan dari pemeriksaan MMSE?....
2. Sebutkan apa saja domain penilaian MMSE?....
3. Bagaimana ketentuan penilaian MMSE bila didapatkan lansia tidak bisa membaca dan menulis?....
4. Apakah fungsi dari pemeriksaan SPMSQ?...
5. Berapakah nilai skor SPMSQ dikatakan setara dengan skor MMSE 23 poin?....

BAB V

PEMERIKSAAN GERIATRIC DEPRESSION SCALE

A. Latar Belakang

Depresi adalah salah satu gangguan kesehatan mental yang paling umum pada orang tua yang digambarkan dengan penurunan mood, penurunan motivasi, hilangnya kekuatan fisik, kegagalan merasakan kenikmatan, gangguan tidur, keputusasaan, ketidakberdayaan dan ketidakberdayaan, serta kurang konsentrasi. Pada tahun 2020, depresi diprediksi menjadi penyebab kecacatan nomor dua secara global yang berdampak pada meningkatnya ketergantungan pada kerabat, sosial, dan pemanfaatan layanan kesehatan. Lima belas persen lansia yang tinggal dikomunitas mengalami depresi berat dan 54% terjadi pada lansia di tahun pertama tinggal dipanti jompo⁸.

B. Pengertian

Geriatric Depression Scale (GDS) merupakan koesioner yang terdiri dari 2 jenis yaitu GDS bentuk panjang dan GDS bentuk pendek. GDS bentuk panjang terdiri dari 30 pertanyaan, sedangkan GDS bentuk pendek terdiri dari 15 pertanyaan. Lansia diminta menjawab pertanyaan dari GDS sesuai yang dirasakan dalam seminggu terakhir. GDS digunakan untuk mengukur kejadian depresi geriatri⁹. GDS memiliki sensitivitas 92% dan spesifisitas 89%. Koesioner ini dapat digunakan dikomunitas, klinis, atau panti jompo¹⁰. Dari 15 item pertanyaan GDS bentuk pendek, terdapat 10 item yang menunjukkan adanya depresi ketika dijawab secara positif, sedangkan sisanya pada pertanyaan 1,5,7,11,13 menunjukkan depresi bila dijawab secara negatif.

C. Tujuan

Tujuan penialain GDS adalah untuk mengetahui risiko terjadinya depresi pada lansia. GDS dapat digunakan pada orang dewasa sehat, sakit dan gangguan kognitif ringan hingga sedang. GDS dapat diterapkan dalam komunitas, perawatan akut dan perawatan jangka panjang⁸.

D. Persiapan Alat

1. Alat tulis
2. Lembar koesioner pengkajian Geriatric Depression Scale

E. Langkah-Langkah

1. Ucapkan salam “ Assalamu’alaikum Wr. Wb Bapak/Ibu”
2. Memperkenalkan diri
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
4. Siapkan alat dan berikan posisi yang nyaman pada klien
5. Lakukan pengkajian menggunakan lembar koesioner GDS dengan meminta lansia untuk menjawab 15 pertanyaan dengan menjawab ya atau tidak, tentang apa yang mereka rasakan selama satu minggu terakhir.

Tabel 10. Geriatric Depression Scale (Skala Depresi)

Nama :
Usia :
Hari/Tanggal :

NO	PERTANYAAN		
1	APAKAH ANDA SEBENARNYA PUAS DENGAN KEHIDUPAN ANDA?	TIDAK	
2	APAKAH ANDA TELAH MENINGGALKAN BANYAK KEGIATAN DAN MINAT/KESENANGAN ANDA		YA
3	APAKAH ANDA MERASA KEHIDUPAN ANDA KOSONG?		YA
4	APAKAH ANDA SERING MERASA BOSAN?		YA
5	APAKAH ANADA MEMPUNYAI SEMANGAT YANG BAIK SETIAP SAAT?	TIDAK	
6	APAKAH ANDA MERASA TAKUT SESUATU YANG BURUK AKAN TERJADI PADA ANDA?		YA
7	APAKAH ANDA MERASA BAHAGIA UNTUK SEBAGIAN BESAR HIDUP ANDA?	TIDAK	
8	APAKAH ANDA MERASA SERING TIDAK BERDAYA?		YA
9	APAKAH ANDA LEBIH SERING DIRUMAH DARIPADA PERGI KELUAR DAN MENGERJAKAN SESUATU HAL YANG BARU?		YA
10	APAKAH ANDA MERASA MEMPUNYAI BANYAK MASALAH DENGAN DAYA INGAT ANDA DIBANDINGKAN KEBANYAKAN ORANG ?		YA
11	APAKAH ANDA PIKIR BAHWA KEHIDUPAN ANDA SEKARANG MENYENANGKAN?	TIDAK	
12	APAKAH ANDA MERASA TIDAK BERTAMBAH SEPERTI PERASAAN ANDA SAAT INI?		YA
13	APAKAH ANDA MERASA PENUH SEMANGAT?	TIDAK	

14	APAKAH ANDA MERASA BAHWA KEADAAN ANDA TIDAK ADA HARAPAN?		YA
15	APAKAH ANDA PIKIR BAHWA ORANG LAIN, LEBIH BAIK KEADAANNYA DARIPADA ANDA?		YA

*) SETIAP JAWABAN YANG SESUAI MEMPUNYAI SKOR “1 “ (SATU) :

F. Evaluasi

Penilaian skala depresi sbb : ^{10,8}.

Skor 0-4	: Normal
Skor 5-8	: Depresi ringan
Skor 9-11	: Depresi sedang
Skor 12-15	: Depresi berat

G. Latihan Soal :

1. Apa sajakah faktor yang menyebabkan depresi pada lansia?...
2. Apakah tujuan dari pemeriksaan GDS?....
3. Pertanyaan dalam GDS untuk mengukur kondisi yang dialami klien selama berapa lama?...
4. GDS bentuk pendek berisi berapa pertanyaan?....
5. Seseorang dikatakan depresi bila menjawab negatif pada pertanyaan nomor berapa saja?.....

BAB VI
PENGAJIAN STATUS FUNGSIONAL
(Indeks Kemandirian Katz)

A. Pengertian

Katz Indeks merupakan alat yang digunakan untuk menilai tingkat kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari pada lanjut usia. Status fungsional mencerminkan kemampuan individu dalam melakukan tugas fisik dan sosial yang diperlukan untuk mempertahankan perawatan diri dan aktivitas sehari-hari. Penuaan menyebabkan penurunan kemampuan fungsional dan hilangnya kemandirian. Mempelajari status fungsional merupakan komponen penting dari penilaian geriatri¹¹.

B. Tujuan

Melakukan penilaian dari 6 aktivitas perawatan diri lansia meliputi mandi, berpakaian, toileting, berpindah ke dan dari kursi, kontinensia dan makan.

C. Persiapan Alat

1. Alat tulis
2. Lembar koesioner pengkajian KATZ Indeks

D. Langkah-Langkah

1. Ucapkan salam “ Assalamu’alaikum Wr. Wb Bapak/Ibu”
2. Memperkenalkan diri
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
4. Siapkan alat dan berikan posisi yang nyaman pada klien
5. Lakukan pengkajian menggunakan lembar koesioner Katz Indeks

Tabel 11. KATZ Index

Nama :
 Usia :
 Hari/Tanggal :

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	<p>Mandi</p> <p>Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p>Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>		
2	<p>Berpakaian</p> <p>Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian.</p> <p>Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian</p>		
3	<p>Ke Kamar Kecil</p> <p>Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri</p> <p>Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>		
4	<p>Berpindah</p> <p>Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Bergantung :</p>		

	Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan		
5	Kontinen Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)		
6	Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri Bergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)		

Keterangan :

Beri tanda (v) pada point yang sesuai kondisi klien

E. Evaluasi

Analisis Hasil :

Nilai A :Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian.

Nilai B :Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut

Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan

Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.

Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Penilaian menggunakan Skor⁸ :

Skor 6 = Fungsi penuh

Skor 4 = Gangguan fungsional sedang

Skor ≤ 2 = Gangguan fungsional berat

BAB VII

PENGAJIAN APGAR KELUARGA

A. Pengertian

Skore APGAR (*Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve*) Keluarga digunakan untuk menilai fungsi keluarga di tinjau dari sudut pandang tiap anggota keluarga terhadap hubungannya dengan anggota keluarga lain.

Score APGAR family memiliki 5 pokok fungsi dalam keluarga yaitu :

1. *Adaptation* (Adaptasi) :

Menggambarkan kemampuan tiap anggota keluarga dalam beradaptasi dengan anggota keluarga lain seperti kepuasan dalam menerima bantuan, dukungan, saran dari anggota keluarga lain.

2. *Partnership* (Kemitraan)

Menilai bentuk komunikasi, saling berbagi, saling membantu dalam mengatasi masalah anggota keluarga, kepuasan dalam pengambilan keputusan dan menyelesaikan masalah yang dihadapi keluarga.

3. *Growth* (Pertumbuhan)

Gambaran dukungan keluarga terhadap hal-hal baru yang dilakukan oleh anggota keluarga. Pemberian kebebasan keluarga terhadap anggota keluarga untuk memantapkan pertumbuhan dan kedewasaan

4. *Affection* (Kasih sayang)

Memberikan gambaran hubungan kasih sayang, dan kedekatan emosi antar anggota keluarga

5. *Resolve* (Kebersamaan)

Menggambarkan kepuasan anggota keluarga terhadap kebersamaan dan waktu yang dihabiskan dengan anggota keluarga lain, termasuk pembagian kekayaan, waktu dan ruang antar anggota keluarga.

B. Tujuan

Memberi penilaian terhadap fungsi dalam keluarga.

C. Persiapan Alat

1. Alat tulis
2. Lembar koesioner pengkajian APGAR Keluarga

F. Langkah-Langkah

1. Ucapkan salam “ Assalamu’alaikum Wr. Wb Bapak/Ibu”
2. Memperkenalkan diri
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
4. Siapkan alat dan berikan posisi yang nyaman pada klien
5. Lakukan pengkajian menggunakan lembar koesioner APGAR keluarga

Tabel 12. APGAR Keluarga

Nama :
Usia :
Hari/Tanggal :

NO	ITEMS PENILAIAN	SELALU (2)	KADANG-KADANG (1)	TIDAK PERNAH (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya			
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya.			
3	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.			
4	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan			

	berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.			
5	R : Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon			
	JUMLAH			

D. Evaluasi

Setiap skor memiliki nilai :

0 = jarang atau tidak pernah

1 = kadang-kadang

2 = sering/selalu

Kesimpulan dari total skor =

≤ 5 = Kurang/ Fungsi keluarga tidak sehat

6-7 = Cukup/ Fungsi keluarga kurang sehat

8-10 = Baik / Fungsi keluarga baik

F. Latihan Soal

1. Apakah fungsi keluarga yang menunjukkan anggota keluarga memberikan dukungan anggota keluarga untuk melakukan hal-hal baru yang disukai?...
2. Berapakah skore APGAR yang menunjukkan fungsi dalam keluarga baik?....
3. APGAR keluarga terdiri dari berapa penilaian fungsi keluarga?...
4. Apakah fungsi keluarga yang menunjukkan adanya kepuasan anggota keluarga mendapatkan bantuan, dukungan dan saran dari keluarga?

BAB VIII

SKOR NORTON

A. Latar Belakang

Lansia memiliki risiko besar terjadinya dekubitus akibat perubahan kulit karena menua. Pada kulit lansia terjadi penurunan jaringan lemak subkutan, jaringan kolagen dan penurunan efisiensi kapiler kolateral sehingga kulit menjadi lebih tipis dan rapuh. Dekubitus merupakan kerusakan/kematian kulit yang dapat menembus sampai tulang akibat adanya penekanan pada suatu area secara terus menerus yang mengakibatkan gangguan sirkulasi darah setempat. Area yang sering mengalami dekubitus adalah daerah yang terdapat tonjolan tulang dan tidak dilindungi jaringan lemak subkutan yang cukup, seperti sakrum, trokanter mayor, spina ischiadica anterio superioe, tumit, siku.

Lansia yang di rawat di RS sering mengalami penurunan massa otot yang berhubungan tirah baring dan penyakit akut yang menyebabkan dekondisi yaitu penurunan fungsional dan mobilitas. Dekondisi merupakan komplikai utama rawat inap pada lansia. Rehabilitasi ditujukan untuk penguatan otot, latihan mobilitas dan latihan aktivitas kehidupan sehari-hari untuk mencegah komplikasi¹².

B. Pengertian

Skala Norton merupakan instrumen yang digunakan untuk menilai risiko ulkus dikubitus yang terdiri dari 5 domain yang fundamental dari aspek kesehatan lansia. Domain dalam skala Norton terdiri dari kondisi fisik, kondisi mental, aktivitas, mobilitas dan inkontinensia. Setiap domain memiliki nilai 1 – 4 point dengan skor akhir 5-20 poin. Sensitivitas dan spesifisitas menggunakan sistem skoring Norton dalam memprediksi ulkus dikubitus adalah 63% dan 70%¹³.

C. Tujuan

Tujuan penilaian skore Norton untuk mengetahui tingkat risiko terjadinya dekubitus.

D. Persiapan Alat

1. Alat tulis
2. Lembar koesioner pengkajian APGAR Keluarga

E. Langkah-Langkah

1. Ucapkan salam “ Assalamu’alaikum Wr. Wb Bapak/Ibu”
2. Memperkenalkan diri
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
4. Siapkan alat dan berikan posisi yang nyaman pada klien
5. Lakukan pengkajian menggunakan lembar koesioner Skala Norton

SKALA NORTON

(untuk menilai potensi dekubitus)

Nama penderita :	Skor
Kondisi fisik umum:	
- Baik	4
- Lumayan	3
- Buruk	2
- Sangat buruk	1
Kesadaran:	
- Kompos mentis	4
- Apatis	3
- Konfus / soporus	2
- Stupor / koma	1
Aktifitas:	
- Ambulan	4
- Ambulan dengan bantuan	3
- Hanya bisa duduk	2
- Tiduran	1
Mobilitas:	
- Bergerak bebas	4
- Sedikit terbatas	3
- Sangat terbatas	2
- Tak bisa bergerak	1
Inkontines:	
- Tidak	4
- Kadang - kadang	3
- Sering Inkontinesia urin	2
- Inkontinensia alvi & urin	1

F. Evaluasi

Skor Norton memiliki 5 domain dengan masing-masing memiliki skala penilaian 1-4 poin. Skor akhir 16 poin menunjukkan peningkatan risiko dikubitus¹².

F. Latihan Soal

1. Apakah dampak dari tirah baring lama bagi lansia?....
2. Apakah kegunaan dari instrumen penilaian Skore Norton?....
3. Sebutkan domain yang di nilai dalam Skore Norton?....
4. Berapakah point penilaian bila lansia mengalami inkontinensia urin dan alvi?
5. Berapakah skore Norton yang menunjukkan lansia mengalami peningkatan risiko dikubitus?...

DAFTAR PUSTAKA

1. Fauziningtyas R, Ulfiana E, Haryanto J, Indarwati R. Panduan Praktikum Keperawatan Gerontik 2017. Vol. 15. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga; 2017. 1–23 p.
2. Meta-Blog TX. Timed Up and Go Mobility Assessment: How does your mobility compare to the norms? [Internet]. Available from: <https://x10therapy.com/timed-up-and-go-mobility-assessment-2019/>
3. Pires IM, Garcia NM, Zdravevski E. Measurement of results of functional reach test with sensors: A systematic review. *Electron*. 2020;9(7):1–16.
4. Dahbour S, Hashim M, Alhyasat A, Salameh A, Qtaishat A, Braik R, et al. Mini-mental state examination (MMSE) scores in elderly Jordanian population. *Cereb Circ - Cogn Behav* [Internet]. 2021;2(March):100016. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cccb.2021.100016>
5. Caballero Casanoves P, Correias Soto CJ, Pino López Ó, Prió Silvestre J. Comparison between Screening Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S) and Minimal State Examination (MMSE) in Forensic Psychiatry. Pilot study. *Rev Esp Med Leg* [Internet]. 2022;1–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.remle.2022.01.004>
6. Wu CY, Chou YC, Huang N, Chou YJ, Hu HY, Li CP. Cognitive impairment assessed at annual geriatric health examinations predicts mortality among the elderly. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2014;67:28–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.06.027>
7. Welch DC, West RL. The Short Portable Mental Status Questionnaire. *Nurs Res*. 1999;48(6):329–32.
8. Greenberg SA. The geriatric depression scale (GDS) validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Best Pract Nurs Care to Older Adults*. 2019;(4):2.
9. Wada T, Ishine M, Sakagami T, Kita T, Okumiya K, Mizuno K, et al. Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005;41(3):271–80.
10. Pramesona BA, Taneepanichskul S. Prevalence and risk factors of depression among Indonesian elderly: A nursing home-based cross-sectional study. *Neurol Psychiatry Brain Res* [Internet]. 2018;30(April):22–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2018.04.004>
11. Arik G, Varan HD, Yavuz BB, Karabulut E, Kara O, Kilic MK, et al. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2015;61(3):344–50. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2015.08.019>

12. Guy N, Lerman Y, Justo D. Admission Norton scale scores (ANSS) correlate with rehabilitation outcome and length in elderly patients with deconditioning. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2012;54(2):381–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2011.04.005>
13. Rabinovitz E, Finkelstein A, Ben Assa E, Steinvil A, Konigstein M, Shacham Y, et al. Norton scale for predicting prognosis in elderly patients undergoing trans-catheter aortic valve implantation: A historical prospective study. *J Cardiol* [Internet]. 2016;67(6):519–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jjcc.2016.01.017>