

LAMPIRAN

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA

KASUS I

I. Identitas

Nama	: Ibu M
Jenis kelamin	: Perempuan
Umur	: 61 tahun
Suku bangsa	: Indonesia
Pendidikan	: SD
Agama	: Islam
Alamat	: Depok, Ambarketawang
Sumber informasi	: Ibu M

II. Pengkajian Saat Ini

Ibu M mengatakan tekanan darah tinggi. Ibu M mengatakan kadang-kadang gelisah. Ibu M kadang-kadang kepikiran tentang suaminya yang sudah meninggal. Ibu M mengatakan suka khawatir jika tidak ada suaminya. Ibu M sudah menjaga pola makannya dengan menghindari konsumsi garam. Ibu M pernah kontrol hipertensi di Puskesmas Gamping I dan diberikan obat Amlodipine 10 mg tetapi jarang di minum karena Ibu M mengatakan tidak merasakan gejala apapun. Jika Ibu M sakit, Ibu M akan membeli obat di apotik terdekat. Ibu M belum pernah melakukan terapi tertawa.

III. Riwayat Kesehatan

A. Masalah kesehatan yang pernah dialami

Masalah kesehatan yang pernah dialami Ibu M adalah hipertensi. Ibu M tidak mempunyai riwayat penyakit lainnya seperti diabetes mellitus ataupun asma.

B. Masalah kesehatan yang sekarang dialami

Masalah kesehatan yang sekarang dialami oleh Ibu M adalah Ibu M mempunyai tekanan darah yang tinggi. Ibu M mengatakan kadang-kadang gelisah. Ibu M kadang-kadang kepikiran tentang suaminya yang sudah meninggal. Ibu M mengatakan suka khawatir jika tidak ada suaminya. Ibu M sudah menjaga pola makannya dengan menghindari konsumsi garam. Ibu M

pernah kontrol hipertensi di Puskesmas Gamping I dan diberikan obat Amlodipine 10 mg tetapi jarang di minum karena Ibu M mengatakan tidak merasakan gejala apapun. Jika Ibu M sakit, Ibu M akan membeli obat di apotik terdekat. Ibu M belum pernah melakukan terapi tertawa.

C. Masalah kesehatan keluarga

Masalah kesehatan keluarga Ibu M tidak ada yang menderita hipertensi.

IV. Pengkajian Tiap Sistem (Review of System)

A. Sistem Pendengaran

1. Keluhan utama:

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Ada gangguan pendengaran terutama suara/nada tinggi, suara yang tidak jelas		✓
2.	Telinga terasa nyeri		✓
3.	Telinga terasa berdenging		✓
4.	Merasa ada penurunan pendengaran		✓

Keluhan lain: tidak ada keluhan

2. Pemeriksaan fisik:

Inspeksi

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Menggunakan alat bantu pendengaran		✓
2.	Terdapat pengumpulan cerumen		✓
3.	Terdapat tumor/benjolan		✓
4.	Terdapat Pengeluaran cairan/luka		✓

Data lain yang ditemukan: tidak ada keluhan

B. Sistem Penglihatan

1. Keluhan utama

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
----	----------------	----	-------

1.	Merasa ada penurunan penglihatan		✓
2.	Merasa nyeri / sakit pada maata kanan / kiri merasa penglihatan kabur		✓
3.	Sering keluar airmata berlebihan		✓
4.	Merasa penglihatan dobel / diploia		✓

Keluhan lain: tidak ada keluhan

Pemeriksaan fisik

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Dapat membaca huru tanpa kacamata	✓	
2.	Dalam tiga meter dapat menghitung jari tangan	✓	
3.	Terdapat katarak / kekeruhan pada lensa		✓
4.	Menurun lapang pandangnya		✓
5.	Tidak mampu membedakan warna (terutama biru dan hijau)		✓
6.	Menggunakan kaca mata		✓

Data lain yang ditemukan: tidak ada keluhan

C. Sistem integumen

1. Keluhan utama

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Merasa gatal-gatal pada kulit tubuh		✓
2.	Merasa panas pada kulit tubuh		✓
3.	Merasa nyeri / sakit pada kulit tubuh		✓
4.	Kulit tidak peka terhadap rasa panas/dingin Terdapat luka yang tidak sembuh-sembuh		✓

Kelurhan lain: tidak ada keluhan

2. Pemeriksaan kulit

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Kulit keriput/mengkerut	✓	
2.	Kulit tampak kering dan kusam		✓
3.	Terdapat bercak-bercak (hiperpigmentasi) pada wajah, tangan		✓
4.	Permukaan kulit kasar / bersisik		✓
5.	Kulit kepala terdapat luka /merasa gatal		✓
6.	Kuku jari tebal dan keras		✓
7.	Kuku warna pudar dan tidak bercahaya		✓
8.	Rambut berwarna tipis / kelabu	✓	
9.	Terdapat luka di		✓

Data lain yang ditemukan: tidak ada keluhan

3. Kebutuhan Hygiene perseorangan

a. Kebiasaan sehari-hari

Kebutuhan hygiene Ibu M yaitu selalu mandi 2 kali sehari dan selalu menggosok gigi saat mandi. Ibu M keramas setiap 1 kali per 2 hari.

b. Keadaan saat ini

1) Hygiene dan kerapihan diri

Secara keseluruhan rapih dan bersih

Mengacuhkan kerapihan diri (tidak menggosok gigi, tidak menyisir rambut, tidak bercukur kumis/rambut)

Tidak mandi secara teratur

Harus dimandikan atau dirapihkan penampilannya

2) Berpakaian

Mampu berpakaian dengan layak tanpa bantuan

Mampu untuk berpakaian sendiri, dengan kadang ada ketidakcocokan pemakaian baju, letak kancing

Berpakaian tidak berurutan sama sekali perlu pengawasan

() Tidak mampu berpakaian sendiri tampak tidak memakai pakaian pada saat yang tidak tepat atau tidak layak

D. Sistem kardiovaskuler

1. Kebiasaan sehari-hari

Ibu M mengatakan saat melakukan aktivitas Ibu M tidak ada nyeri dada. Ibu M belum pernah pingsan. Keseharian Ibu M adalah berdagang di pasar dari pagi sampai sore. Jika ada kegiatan di dusun, Ibu M suka ikut serta di dalam acara.

2. Keadaan saat ini

Keluhan utama:

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Mudah lelah		✓
2.	Nyeri dada		✓
3.	Bengkak pada wajah / ekstremitas		✓
4.	Jantung berdebar (palpitasi)		✓
5.	Sering pingsan		✓
6.	Pusing kepala (migrain / vertigo)		✓
7.	Keringat malam		✓
8.	Kesulitan tidur		✓

E. Sistem gastrointestinal

a. Kebiasaan sehari-hari

Pola Makan:

1. Kebiasaan makan utama: 2-3 x/hari
2. Alergi makanan: Ibu M tidak alergi makanan apapun.
3. Bahan makanan yang biasa dikonsumsi:

NO	Jenis Makanan	ADA	TIDAK
1.	Makanan Pokok	✓	
2.	Sayuran	✓	
3.	Lauk Pauk	✓	

4.	Buah-buahan	✓	
5.	Susu		✓

b. Keadaan saat ini

Keluhan utama:

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Anoreksia		✓
2.	Perut terasa penuh / sebah		✓
3.	Nyeri tekan		✓
4.	Diare		✓
5.	Ada gangguan sembelit		✓
6.	Mual		✓
7.	Muntah		✓
8.	Merasa ada perubahan berat badan 6 bulan terakhir		✓
9.	Nyeri pada perut		✓
10.	Nyeri ulu hati		✓
11.	Tidak dapat membedakan jenis rasa makanan		✓
12.	Terganggu dalam pengecap		✓
13.	Mengalami gangguan mengunyah		✓
14.	Ada gangguan menelan		✓
15.	Adagangguan membuka mulut		✓
16.	Ada hemoroid		✓
17.	Ada pendarahan pada saluran cerna		✓

Keluhan lain: tidak ada keluhan

c. Pemeriksaan fisik

1) Abdomen

Pemeriksaan abdomen tidak ada nyeri tekan, bagian perut tidak ada pengerasan maupun asites, tidak ada benjolan dan bising usus 8 x/mnt.

- 2) Status Kesehatan oral
 - Tidak ada gangguan
 - Asimetris gerak rahang
 - Ada binti pada sendi rahang
 - Dislokasi sendi rahang
- 3) Kemampuan makan
 - Makan dengan rapih dan menggunakan peralatan yang benar / layak
 - Berantakan saat makan dan mengalami beberapa kesulitan dalam menggunakan peralatan tertentu
 - Mampu memakan padat (missal buah-buahan, biscuit) dengan tangan
 - Harus disuapi
- 4) Kebersihan mulut dan gigi
 - Baik
 - Sedang
 - jelek
- 5) Kondisi gigi tiruan
 - tidak memakai
 - gigi tiruan Sebagian
 - gigi tiruan lengkap
- 6) Kondisi gigi dan geligi
 - gigi sudah hilang
 - gigi berlubang
 - gigi goyah / patah
- 7) Berat badan terakhir: 55 kg
- 8) Tinggi badan terakhir: 158 cm
- 9) IMT: 22 (normal)

Pengkajian Status Nutrisi: **MNA (Mini Nutritional Assessment)**

<p>A. Apakah terjadi penurunan asupan makan selama 3 bulan terakhir berkaitan dengan penurunan nafsu makan, gangguan saluran cerna, kesulitan mengunyah atau kesulitan menelan?</p> <p>0 = penurunan nafsu makan tingkat berat</p> <p>1 = penurunan nafsu makan tingkat sedang</p> <p>2 = tidak kehilangan penurunan nafsu makan</p>
<p>B. Penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir</p> <p>0 = penurunan berat badan >3kg (6 lbs)</p> <p>1 = penurunan berat badan tidak diketahui</p> <p>2 = penurunan berat badan antara 1 dan 3 kg (2,2 dan 6,6 lbs)</p> <p>3 = tidak terjadi penurunan berat badan</p>
<p>C. Mobilitas</p> <p>0 = hanya di atas kasur atau kursi roda</p> <p>1 = dapat beranjak dari kursi/kasur, tetapi tidak mampu beraktivitas normal</p> <p>2 = mampu beraktivitas normal</p>
<p>D. Menderita penyakit psikologis atau penyakit akut dalam 3 bulan terakhir</p> <p>0 = ya</p> <p>2 = tidak</p>
<p>E. Masalah neuropsikologis</p> <p>0 = demensia tingkat berat atau depresi</p> <p>1 = demensia tingkat sedang</p> <p>2 = tidak ada masalah psikologis</p>
<p>F. Body mass Index (BMI)</p> <p>0 = BMI < 19</p> <p>1 = BMI 19 - <21</p> <p>2 = BMI 21 - <23</p> <p>3 = BMI ≥ 23</p>

Skor skrining (subtotal maksimal 14 poin)

12-14 poin : status gizi normal

8-11 poin : Beresiko malnutrisi

0-7 poin : Malnutrisi

F. Sistem perkemihan

1. Kebiasaan sehari-hari

Keluhan utama:

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Tidak terasa saat buang air kecil / ngompol		✓
2.	Nyeri pada saat buang air kecil		✓
3.	Susah buang air kecil / tidak keluar urine		✓
4.	Ada perdarahan pada saat buang air kecil		✓

2. Pemeriksaan fisik

a. Inspeksi

Pengendalian spingter yang penuh / total

Kadang mengompol ditempat tidur

Sering mengompol saat siang / malam hari

keluar darah dari genetalia

Terdapat luka iritasi / kemerahan di daerah genetalia

b. Palpasi

Ada benjolan

Tidak ada benjolan

Nyeri tekan pada vesika urinaria

Vesika urinaria penuh

G. Sistem Muskuloskeletal

1. Kebiasaan sehari-hari

Ibu M hanya berdagang di pasar. Jarang mengangkat beban yang berat. Dalam aktivitas sehari-hari Ibu M tidak merasakan nyeri dan bebas bergerak.

2. Keluhan utama

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Terdapat nyeri pada sendi, otot		✓
2.	Terdapat kelemahan pada kaki/tangan		✓
3.	Riwayat jatuh		✓
4.	Merasa nyeri punggung		✓

3. Pemeriksaan fisik

No	Bentuk kelainan	Tlg belakang	Bahu	Siku	tangan	pinggul	lutut	kaki
1.	Deformitas	×	×	×	×	×	×	×
2.	Gerak terbatas	×	×	×	×	×	×	×
3.	Benjolan	×	×	×	×	×	×	×
4.	Nyeri tekan	×	×	×	×	×	×	×
5.	Kifosis	×	×	×	×	×	×	×
6.	Skoliosis	×	×	×	×	×	×	×
7.	Kelemahan	×	×	×	×	×	×	×
8.	Kontraktur	×	×	×	×	×	×	×

Data lain yang ditemukan: tidak ada keluhan

Pengkajian Resiko Jatuh: GET UP AND GO TEST

Pengkajian (Beri tanda centang ✓)

No	Penilaian / pengkajian	Ya	Tidak
a.	Cara berjalan pasien (salah satu atau lebih) 1. Tidak seimbang / sempoyongan / limbung 2. Jalan dengan menggunakan alat bantu (kruk, tripod, kursi roda, orang lain).		✓

b.	Menopang saat akan duduk: tampak memegang pinggiran kursi atau meja/ benda lain sebagai penopang saat akan duduk.		✓
----	---	--	---

Hasil (Beri tanda centang ✓)

No	Hasil	Penilaian/Pengkajian	Keterangan
1.	Tidak Berisiko	Tidak ditemukan a dan b	Tidak berisiko
2.	Resiko Rendah	Ditemukan salah satu dari a atau b	
3.	Resiko Tinggi	Ditemukan a dan b	

Asesmen risiko jatuh pada pasien dewasa menggunakan MORSE FALL SCALE

Faktor risiko	Skala	Poin	Skor pasien
Riwayat jatuh	Ya	25	
	Tidak	0	0
Diagnosis sekunder (≥2 diagnosis medis)	Ya	15	
	Tidak	0	0
Alat bantu	Berpegangan pada perabot	30	
	Berpegangan pada perabot	15	
	Tidak ada/kursi roda/perawat/tirah baring	0	0
Terpasang infuse	Ya	20	
	Tidak	0	0
Gaya berjalan	Terganggu	20	
	Lemah	10	
	Normal/tirah baring/imobilisasi	0	0

Status mental	Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki	15	
	Sadar akan kemampuan diri sendiri	0	0
		Total	0
Kategori:			
Risiko Tinggi = ≥ 45			
Risiko Rendah = 25-44			
Tidak ada Risiko = 0-24 ✓			

H. Sistem Pernafasan

1. Kebiasaan sehari-hari

Ibu M hanya berdagang di pasar. Jarang mengangkat beban yang berat. Dalam aktivitas sehari-hari Ibu M tidak merasakan nyeri dan bebas bergerak. Saat beraktivitas tidak ada sesak nafas. Tidak ada riwayat asma dan batuk berdarah.

2. Keadaan saat ini

Keluhan utama:

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Mudah lelah saat beraktivitas		✓
2.	Merasa sesak nafas pada waktu		✓
3.	Merasa lemas saat beraktivitas		✓
4.	Riwayat batuk keluar darah		✓
5.	Riwayat batuk: Lamanya Ada sputum		✓
6.	Riwayat asma		✓
7.	Nafas bebunyi / mengi		✓

3. Pemeriksaan fisik

Hasil pemeriksaan fisik yaitu simetris, pergerakan dada simetris dan tidak terdapat jejas, tidak ada nyeri tekan, sonor dan tidak terdapat suara napas tambahan.

I. Sistem Endokrin

Keluhan utama:

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Tidak toleran terhadap panas		✓
2.	Tidak toleran terhadap dingin		✓
3.	Merasa sering kencing		✓
4.	Merasa selalu haus		✓
5.	Merasa selalu ingin makan / makan berlebihan		✓
6.	Merasa sering kesemutan pada kaki dan tangan		✓
7.	Merasa ada penurunan berat badan dala 6 bulan terakhir		✓
8.	Merasa lemas badanya		✓
9.	Mengeluh sering kram pada kaki		✓
10.	Merasa tidak tahan terhadap dingin		✓
11.	Riwayat pembesaran gondok		✓

Pemeriksaan fisik yang ditentukan: tidak ada keluhan

J. Sistem Reproduksi

NO	Data yang Dikaji	YA	TIDAK
	Laki-laki:		
1.	Merasa nyeri pada testituler		✓
2.	Riwayat penyakit kelamin		✓
3.	Riwayat pembesaran prostat		✓

4.	Terdapat perubahan Hasrat seksual		✓
5.	Impotensi		✓
6.	Terdapat luka pada alat genitalia		✓
7.	Perempuan: Dispareunia (bagi yang punya pasangan) Riwayat menopause Usia: Masalah pasca menopause:		✓ 51 tahun Tidak ada masalah

K. Sistem persarafan

1. Data yang dikaji

NO	Data Yang Dikaji	YA	TIDAK
1.	Merasa nyeri kepala		✓
2.	Merasa kepala ngliyer atau vertigo		✓
3.	Riwayat kejang		✓
4.	Riwayat pingsan atau sinkope atau serangan jatuh		✓
5.	Tidak terdapat koordinasi Gerakan		✓
6.	Tremor		✓
7.	Kelemahan atau kelumpuhan tangan atau kaki		✓
8.	Mulut perot		✓

2. Pengkajian status mental

a. Orientasi

orientasi	normal	abnormal	ket
Orang	✓		Dapat menyebutkan nama tetangga “Mbak Suyati”
Waktu	✓		Dapat menyebutkan jam sekarang “Jam 17.15 WIB”
Tempat	✓		Dapat menyebutkan Alamat “Dusun Depok, Ambarketawang”
Situasi	✓		Dapat menyebutkan situasi saat ini “wawancara”

b. Memori

orientasi	normal	abnormal	ket
Ingatan lama	✓		Dapat menceritakan pengalaman saat dulu waktu kecil
Ingatan baru	✓		Dapat mengingat kejadian yang

			kemarin terjadi
Mengulang	✓		Dapat mengulang pertanyaan yang diberikan
Mengingat setelah 5 menit	✓		Dapat mengingat benda yang disebutkan 5 menit yang lalu

1) Memori atas nama-nama:

- Biasanya mampu mengingat nama-nama kenalan dekat
- Tidak mampu mengingat Kembali nama-nama kenalan dekat
- Tidak dapat mengingat nama teman dekat atau saudara
- Tidak dapat mengingat nama pasangan hidupnya

2) Ingatan atas peristiwa

- Dapat mengingat kembali rincian dan urutan pengalaman yang baru saja terjadi
- Tidak mampu mengingat kembali rincian dan urutan peristiwa yang baru saja terjadi
- Tidak dapat mengingat peristiwa-peristiwa sebelumnya sama sekali (misal kunjungan keluarga)
- Tidak dapat mengingat keseluruhan peristiwa yang baru terjadi meski sudah mendapat dorongan atau bantuan

3) Kewaspadaan mental

- Biasanya waspada dan memiliki perhatian pada lingkungan sekitarnya
 - Mudah terganggu dan benak selalu menerawang
 - Kadang mengajukan pertanyaan yang sama berulang-ulang
 - Tidak dapat mempertahankan perhatian saat menonton televisi
- 4) Orientasi spasial
- Pasien berorientasi, mampu menemukan dan menutupi kemurungan diri
 - Tersesat saat berjalan-jalan di lingkungan sekitar
 - Tersesat dalam rumah sendiri / wismanya
- 5) Kekacauan mental global
- Berespon dengan baik dan benar terhadap lingkungan sekitar
 - Kebingungan setelah atau akibat dari terbangun
 - Kebingungan saat tidur siang
 - Hampir sekali dalam keadaan kacau mental
- 6) Pengenalan wajah
- Dapat mengenali wajah kenalan akhir-akhir ini
 - Tidak mampu mengenali wajah kenalan akhir-akhir ini
 - Tidak dapat mengenali wajah saudara/ teman dekat
 - Tidak dapat mengenali wajah pasangannya
- 7) Emosi
- Tidak berubah dari normal
 - Perubahan ringan dalam kepekaan emosional, sedikit lebih mudah tersinggung, lebih pasif, penurunan rasa humor, depresi ringan
 - Perubahan tingkat sedang dalam kepekaan emosi, apatis, peningkatan rigiditas, ledakan kemarahan dan mudah menangis
 - Gangguan pengendalian emosi tidak stabil perubahan yang cepat ke arah tertawa atau menangis

Pengkajian status mental dengan menggunakan:

Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

No	Pertanyaan	Respon Benar	Respon Salah
1	Tanggal berapa hari ini?	28	
2	Hari apa sekarang?	Rabu	
3	Apa nama tempat ini?	Rumah	
4	Dimana alamat anda?	Dusun Depok	
5	Berapa umur anda?	61	
6	Kapan anda lahir?	1962	
7	Siapa Presiden Indonesia?	Jokowi	
8	Siapa nama Presiden Indonesia sebelumnya?	SBY	
9	Siapa nama ibu anda?	Sulasti	
10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka yang baru, semua secara menurun	17, 14, 11, 8, 5, 2	
Jumlah			

Interpretasi SPMSQ

Salah 0-3 : Fungsi Intelektual Utuh

Salah 4-5 : Fungsi Intelektual Kerusakan Ringan

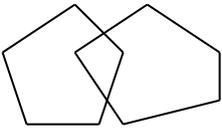
Salah 6-8 : Fungsi Intelektual Kerusakan Sedang

Salah 9-10 : Fungsi Intelektual Kerusakan Berat

Pengkajian Status mental dengan menggunakan MMSE (Mini- Mental State Exam)

UNSUR YANG DINILAI	SKORE SEHARUSNYA	SKORE YANG DIDAPAT
1. Orientasi	5	5
Sebutkan: Tahun, Musim, Hari, Bulan, tanggal	5	5

Dimana sekarang anda tinggal: negara, propinsi, kota, kecamatan, desa		
2. Registrasi Namai 3 obyek, satu detik untuk tiap obyek, kemudian minta klien untuk mengulangi setelah anda menyebutnya. Ulangi Kembali sampai klien mengerti ketiga obyek tersebut.	5	5
3. Perhatian dan kalkulasi Mulai dari angka 100 dan hitung mundur setiap 7 angka (hentikan setelah jawaban kelima) atau sebagai alternatif eja kata “dunia” dari belakang ke depan	5	5
4. Mengingat Tanyakan ketiga obyek yang telah disebut di atas	3	5
5. Bahasa - Perlihatkan sebatang pensil serta sebuah jam tangan dan minta pasien untuk menamai kedua obyek tersebut - Ulangi hal berikut ini: “tanpa jika, dan, atau tetapi - Suatu perintah bertahap 3: Ambil secarik kertas dengan	2 1 3	2 1 3

<p>satu tangan anda, lipat menjadi dua dan letakkan di atas lantai</p> <p>- Baca dan ikuti perintah ini (perlihatkan bahan tertulis: TUTUP MATA ANDA</p> <p>- Salin suatu disain (POLIGON KOMPLEKS)</p> 	1	1
<p>Total skore</p>	30	30

Skor **Nilai 24-30** : Normal ✓

Nilai 17-23 : Probable Gangguan Kognitif

Nilai 0-16 : Definitif Gangguan Kognitif

3. Pengkajian perasaan

NO	Aspek Yang Dinilai	YA	TIDAK
1.	Normal	✓	
2.	Labil		✓
3.	Depresi		✓
4.	Agitasi/cemas	✓	
5.	Marah		✓
6.	Kesulitan untuk tidur		✓
7.	Segar saat bangun tidur		✓
8.	Berselera makan baik		✓
9.	Seringkali merasa sedih	✓	
10.	Seringkali ada keinginan untuk menangis		✓

11.	Seringkali merasa lelah		✓
12.	Penuh harapan	✓	
13.	Merasa diri berguna	✓	
14.	Dapat menikmati hal/benda-benda tertentu	✓	
15.	Menerima diri sebagai usia lanjut	✓	

4. Pengkajian motorik

NO	Aspek Yang Dinilai	NORMAL	ABNORMAL
1.	Kekuatan	✓	
2.	Tonus otot	✓	
3.	Sensasi	✓	
4.	Telunjuk hidung	✓	
5.	Gaya berjalan	✓	
6.	Keseimbangan	✓	
7.	Tremor	✓	
8.	Rigiditas	✓	

V. KEMAMPUAN FUNGSIONAL

Pengkajian Pengukuran Aktivitas sehari-hari: INDEKS KATZ

Aktivitas Poin (0-1)	Tanpa pengawasan, langsung atau tanpa bantuan (1 poin)	Dengan pengawasan, bantuan penuh (0 poin)
Mandi Skor: 1	Tak membutuhkan bantuan, atau menerima bantuan saat mandi hanya pada bagian tubuh tertentu (seperti tungkai atau punggung)	Memerlukan bantuan lebih dari satu bagian tubuhnya (atau tidak mandi sama sekali)
Berpakaian Skor: 1	Mampu mengambil dan mengenakan pakaian secara lengkap tanpa memerlukan	Memerlukan bantuan mengambil dan mengenakan pakaian atau bila tidak pasien

	bantuan kecuali saat menalikan sepatu	akan berpakaian tidak lengkap atau tidak berpakaian sama sekali
Berpindah Skor: 1	Bergerak naik-turun dari tempat tidur dan kursi tanpa memerlukan bantuan (mungkin menggunakan objek penopang seperti walker atau tongkat) atau naik/turun dari tempat tidur/kursi dengan bantuan	Tidak turun dari tempat tidur sama sekali (bila turun harus dengan bantuan atau pertolongan sepenuhnya)
Toileting Skor: 1	Pergi ke toilet, membuka baju dan mengenakan baju, membersihkan genetalia tanpa bantuan	Tidak mampu pergi ke kamar mandi dalam proses eliminasinya
Kontinensia Skor: 1	Mengendalikan perkemihan dan defikasi secara mandiri, atau kadang terjadi ketidak sengajaan	Pengawasan yang dilakukan merupakan bantuan dalam mengendalikan perkemihan dan defikasi pasien: dapat menggunakan kateter atau bahkan terjadi inkontensia sepenuhnya
Makan Skor: 1	Menyuap sendiri tanpa bantuan kecuali pada saat memotong daging atau mengolesi roti dengan mentega	Memerlukan bantuan saat makan, atau makan melalui selang atau cairan intravena baik sebagian maupun sepenuhnya

Penilaian:

6 : berfungsi sepenuhnya (mandiri) ✓

3-5 : gangguan sedang (dibantu)

≤ 2 : gangguan fungsi berat

Pengkajian istirahat / tidur: PSQI (PIRTZBURG SLEEP QUALITY INDEX)

Selama sebulan ini:

1. Jam berapa anda tidur malam hari? Pukul 21.00 WIB
2. Berapa menit anda perlukan sampai anda tidur di malam hari? 5 menit
3. Jam berapa anda bangun di pagi hari? Pukul 05.00 WIB
4. Berapa jam anda tidur pulas dimalam hari? 7-8 jam

5. Dalam sebulan ini berapa sering anda mengalami masalah tidur	Tidak pernah (0)	Kurang sekali seminggu (1)	Sekali atau 2 kali seminggu (2)	3 atau lebih dalam seminggu (3)
A. Tidak dapat tidur dalam 30 menit	✓			
B. Bangun ditengah malam atau dini hari		✓		
C. Sering bangun untuk ke kamar kecil		✓		
D. Tidak dapat bernafas dengan baik	✓			
E. Batuk atau mendengkur secara nyaring	✓			
F. Merasa terlalu dingin	✓			
G. Merasa terlalu panas	✓			

H. Mengalami mimpi buruk	✓			
I. Merasa sakit	✓			
J. Berapa sering kamu mengalami masalah tidur		✓		
6. Selama sebulan ini berapa sering kau menggunakan obat-obatan untuk membuat kamu tidur	✓			
7. Dalam sebulan ini berapa sering kamu mengalami masalah dalam mengemudi, makan, ataupun aktivitas social	✓			
8. Dalam sebulan ini berapa banyak masalah yang membuat anda tidak antusias untuk menyelesaikannya	Tidak antusias (0)	Kecil (1)	Sedang (2)	Besar (3)
9. Dalam sebulan ini bagaimana kualitas tidurmu secara keseluruhan	Sangat baik (0)	Baik (1)	Buruk (2)	Sangat Buruk (3)

Interpretasi:

1. Skor > 5 kualitas tidur buruk
2. Skor ≤ 5 kualitas tidur baik (4) ✓

VI. PENGKAJIAN PSIKOLOGIK

Emosi

- (✓) Tidak berubah dari normal
- (___) Perubahan ringan dalam kepekaan emosional, sedikit lebih mudah tersinggung, lebih pasif, penurunan rasa humor, depresi ringan
- (___) Perubahan Tingkat sedang dalam kepekaan emosi, apatis, peningkatan rigidita, ledakan kemarahan dan kemudahan menangis
- (___) Gangguan pengendalian emosi tidak stabil perubahan yang cepat ke arah tertawa atau menangis

Sikap penerimaan usila terhadap proses menua: tetap bersyukur dikarenakan masih bisa beraktivitas secara mandiri

Harapan usia sekarang dan dimasa mendatang: Ibu M adalah berdoa selalu diberikan kesehatan

Bagaimana cara usia mengatasi masalah atau stres: hanya dengan menonton TV dirumah dikarenakan Ibu M merasa hanya itu yang bisa Ibu M lakukan walaupun kadang-kadang bosan.

Pengkajian Konsep Diri: THE GERIATRIC DEPRESSION SCALE

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?	0
2.	Sudahkah anda meninggalkan aktivitas dan minat anda?	0
3.	Apakah anda merasa bahwa hidup anda kosong?	0
4.	Apakah anda sering bosan?	1
5.	Apakah anda mempunyai semangat setiap waktu?	1
6.	Apakah anda takut sesuatu akan terjadi pada anda?	0
7.	Apakah anda merasa bahagia disetiap waktu?	1
8.	Apakah anda merasa jenuh?	1

9.	Apakah anda lebih suka tinggal dirumah pada malam hari, daripada pergi melakukan sesuatu?	0
10.	Apakah anda merasa bahwa anda lebih banyak mengalami masalah dengan ingatan anda daripada yang lainnya?	0
11.	Apakah anda berfikir sangat menyenangkan hidup sekarang ini?	1
12.	Apakah anda merasa tidak berguna saat ini?	0
13.	Apakah anda merasa penuh berenergi saat ini?	0
14.	Apakah anda saat ini sudah tidak ada harapan lagi?	0
15.	Apakah anda berfikir banyak orang yang lebih baik dari anda?	0
SKOR		5

Untuk soal nomer 1, 5, 7, 11, 13 jika dijawab “IYA” maka bernilai 0 dan diberi kode “0” untuk jawaban “IYA” kemudian jika dijawab “TIDAK” maka bernilai 1 dan diberi kode “1” untuk jawaban “Tidak”. Untuk nomer soal 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 jika dijawab “TIDAK” maka bernilai 0 dan diberi kode “0” untuk jawaban “TIDAK” kemudian jika jawaban “IYA” maka bernilai 1 dan diberi kode “1” untuk jawaban “IYA”

Interpretasi:

Skor total 0-9 : dianggap normal atau tidak depresi ✓

Skor total 10-15 : mengindikasikan depresi

Pengkajian Tingkat Depresi Lansia: DEPRESI BACK

Skor	Uraian
A. Kesedihan	
3	Saya sangat sedih atau tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya

2	Saya galau atau sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya
1	Saya merasa sedih atau galau
0	Saya tidak merasa sedih
B. Pesimisme	
3	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan
1	Saya merasa berkecil hati hati mengenai masa depan
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan
C. Rasa Kegagalan	
3	Saya benar-benar gagal sebagai orang tua (suami/istri)
2	Bila melihat kehidupan kebelakang yang saya lihat hanya kegagalan
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya
0	Saya tidak merasa gagal
D. Rasa Kepuasan	
3	Saya tidak merasa puas dengan segalanya
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan
0	Saya tidak merasa tidak puas
E. Ketidak bersalah	
3	Saya merasa seolah-olah sangat buruk atau tidak berharga
2	Saya merasa sangat bersalah
1	Saya merasa buruk/tak berharga sebagai bagian dari eaktu yang baik
0	Saya atidak merasa benar-benar bersalah
F. Tidak menyukai diri sendiri	
3	Saya benci diri saya sendiri
2	Saya muak dengan diri saya sendiri
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri

G. Membahayakan diri sendiri	
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri
1	Saya merasa lebih baik mati
0	Saya tidak mempunyai pikiran – pikiran mengenai membahayakan diri sendiri
H. Menarik diri sendiri dari sosial	
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka
1	Saya kurang berminat pada orang lain daru sebelumnya
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain
I. Keragu-raguan	
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan
1	Saya berusaha mengambil keputusan
0	Saya membuat keputusan yang baik
J. Perubahan gambaran diri	
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikan
2	Saya merasa bahwa ada perubahan permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tidak tertarik
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik
0	Saya merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya
K. Kesulitan kerja	
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu

1	Saya memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu
0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya
L. Keletihan	
3	Saya telah lelah melakukan sesuatu
2	Saya merasa lela untuk melakukan sesuatu
1	Saya merasa telah lelah dari yang biasanya
0	Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya
M. Anoreksia	
3	Saya tidak mempunyai nafsu makan sama sekali
2	Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang
1	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya
0	Nafsu makan saya tidak buruk hari sebelumnya

Penilaian

0-4 : depresi tidak ada/minimal ✓

5-7 : depresi ringan

8-15 : depresi sedang

>16 : depresi berat

Pengkajian Tingkat Kesenjangan: UCLA Loneliness Scale

No	Pertanyaan	Tidak pernah	Jarang	Kadang-kadang	Selalu
1	Apakah anda pernah merasa cocok dengan orang-orang disekitar anda?				
2	Apakah anda pernah merasa tidak atau kurang memiliki teman?				
3	Apakah anda pernah merasa tidak ada seorang pun yang				

	dapat diandalkan atau anda mintai tolong?				
4	Apakah anda pernah merasa sendiri?		✓		
5	Apakah anda pernah merasa menjadi bagian dari kelompok teman-teman anda?				
6	Apakah anda merasa bahwa anda memiliki banyak persamaan dengan orang-orang disekitar anda?				
7	Apakah anda pernah merasakan bahwa anda tidak dekat dengan siapapun?				
8	Apakah anda pernah merasa bahwa minat dan ide anda dibagikan dengan orang-orang di sekitar anda?				
9	Apakah anda pernah merasa ramah atau mudah bergaul dan bersahabat?				
10	Apakah anda pernah merasa dekat dengan orang lain?				
11	Apakah anda pernah merasa ditinggalkan?		✓		
12	Apakah anda pernah merasa hubungan anda dengan orang lain tidak berarti?				

13	Apakah anda pernah merasa tak satu pun orang mengerti anda dengan baik?			✓	
14	Apakah anda pernah merasa terasing dari orang lain?				
15	Apakah anda dapat menemukan teman atau sahabat ketika anda menginginkannya?				
16	Apakah anda merasa bahwa ada seorang yang benar-benar dapat mengerti anda?			✓	
17	Apakah anda pernah merasa malu?				
18	Apakah anda pernah merasa bahwa orang-orang banyak di sekitar anda, tetapi tidak bersama anda?				
19	Apakah anda merasa bahwa ada orang yang dapat anda ajak bicara (ngobrol)?				
20	Apakah anda merasa bahwa ada orang yang dapat anda diandalkan/dimintai tolong?				
Total score		24			

Interpretasi:

20-34 : Tidak Kesepian ✓

35-49 : Kesepian ringan

50-64 : Kesepian sedang

65-80 : Kesepian berat

VII. PENGKAJIAN SOSIAL

NO	Aspek yang dinilai	YA	TIDAK
1.	Adakah kejadian yang dirasakan berat sampai sekarang	✓	
2.	Adakah Kematian pasangan	✓	
3.	Adakah perubahan lingkungan tempat tinggal		✓
4.	Adakah perubahan status keuangan	✓	
5.	Apakah usila dan menyalurkan hobinya		✓

Kepekaan sosial

(✓) Tidak berubah dari keadaan sebelumnya

(___) Kecenderungan untuk tetap bertahan dan berlutut dengan masa lampau

(___) Kurang rasa hormat terhadap perasaan orang lain, mulai sering bertengkar

(___) Aksi seksual yang tidak pada tempatnya atau perilaku-perilaku antisocial

Pengkajian Penilaian Status Fungsi Sosial Lansia: APGAR Keluarga Lansia

No.	Uraian	Fungsi
1	Saya puas bahwa saya tidak dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	Adaptation: 2
2	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan	Partnership: 2
3	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru	Growth: 2

4	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) daya mengekspresikan efek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai	Affection: 2
5	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	Resolve: 2
	Keterangan: Selalu = 2. Kadang-kadang = 1. Hampir tidak pernah = 0	Total: 10

Penilaian

- < 3 : terjadi disfungsi keluarga Tingkat tinggi
 4-6 : terjadi disfungsi keluarga Tingkat menengah
 >6 : **tidak terjadi disfungsional ✓**

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA
KASUS II

VIII. Identitas

Nama	: Ibu S
Jenis kelamin	: Perempuan
Umur	: 70 tahun
Suku bangsa	: Indonesia
Pendidikan	: SD
Agama	: Islam
Alamat	: Depok, Ambarketawang
Sumber informasi	: Ibu S

IX. Pengkajian Saat Ini

Ibu S mengatakan tekanan darah tinggi. Ibu S mengatakan kadang-kadang gelisah. Ibu S kadang-kadang khawatir tentang anaknya yang merantau. Ibu S sudah menjaga pola makannya dengan menghindari konsumsi garam. Ibu S pernah kontrol hipertensi di Puskesmas Gamping I tetapi jarang di minum karena Ibu S mengatakan tidak merasakan gejala apapun. Jika Ibu S sakit, Ibu S akan membeli obat di apotik terdekat. Ibu S belum pernah melakukan terapi tertawa.

X. Riwayat Kesehatan

D. Masalah kesehatan yang pernah dialami

Masalah kesehatan yang pernah dialami Ibu S adalah hipertensi. Ibu S tidak mempunyai riwayat penyakit lainnya seperti diabetes mellitus ataupun asma.

E. Masalah kesehatan yang sekarang dialami

Masalah kesehatan yang sekarang dialami oleh Ibu S adalah Ibu S mempunyai tekanan darah yang tinggi. Ibu S mengatakan kadang-kadang gelisah. Ibu S kadang-kadang khawatir tentang anaknya yang merantau. Ibu S sudah menjaga pola makannya dengan menghindari konsumsi garam. Ibu S pernah kontrol hipertensi di Puskesmas Gamping I tetapi jarang di minum karena Ibu S mengatakan tidak merasakan gejala apapun. Jika Ibu S sakit, Ibu S akan

membeli obat di apotik terdekat. Ibu S belum pernah melakukan terapi tertawa.

F. Masalah kesehatan keluarga

Masalah kesehatan keluarga Ibu S tidak ada yang menderita hipertensi.

XI. Pengkajian Tiap Sistem (Review of System)

F. Sistem Pendengaran

3. Keluhan utama:

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Ada gangguan pendengaran terutama suara/nada tinggi, suara yang tidak jelas		✓
2.	Telinga terasa nyeri		✓
3.	Telinga terasa berdenging		✓
4.	Merasa ada penurunan pendengaran		✓

Keluhan lain: tidak ada keluhan

4. Pemeriksaan fisik:

Inspeksi

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Menggunakan alat bantu pendengaran		✓
2.	Terdapat pengumpulan cerumen		✓
3.	Terdapat tumor/benjolan		✓
4.	Terdapat Pengeluaran cairan/luka		✓

Data lain yang ditemukan: tidak ada keluhan

G. Sistem Penglihatan

2. Keluhan utama

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Merasa ada penurunan penglihatan		✓

2.	Merasa nyeri / sakit pada maata kanan / kiri merasa penglihatan kabur		✓
3.	Sering keluar airmata berlebihan		✓
4.	Merasa penglihatan dobel / diploia		✓

Keluhan lain: tidak ada keluhan

Pemeriksaan fisik

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Dapat membaca huru tanpa kacamata	✓	
2.	Dalam tiga meter dapat menghitung jari tangan	✓	
3.	Terdapat katarak / kekeruhan pada lensa		✓
4.	Menurun lapang pandanganya		✓
5.	Tidak mampu membedakan warna (terutama biru dan hijau)		✓
6.	Menggunakan kaca mata		✓

Data lain yang ditemukan: tidak ada keluhan

H. Sistem integumen

4. Keluhan utama

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Merasa gatal-gatal pada kulit tubuh		✓
2.	Merasa panas pada kulit tubuh		✓
3.	Merasa nyeri / sakit pada kulit tubuh		✓
4.	Kulit tidak peka terhadap rasa panas/dingin Terdapat luka yang tidak sembuh-sembuh		✓

Kelurhan lain: tidak ada keluhan

5. Pemeriksaan kulit

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Kulit keriput/mengkerut	✓	
2.	Kulit tampak kering dan kusam		✓
3.	Terdapat bercak-bercak (hiperpigmentasi) pada wajah, tangan		✓
4.	Permukaan kulit kasar / bersisik		✓
5.	Kulit kepala terdapat luka /merasa gatal		✓
6.	Kuku jari tebal dan keras		✓
7.	Kuku warna pudar dan tidak bercahaya		✓
8.	Rambut berwarna tipis / kelabu	✓	
9.	Terdapat luka di		✓

Data lain yang ditemukan: tidak ada keluhan

6. Kebutuhan Hygiene perseorangan

c. Kebiasaan sehari-hari

Kebutuhan hygiene Ibu S yaitu selalu mandi 2 kali sehari dan selalu menggosok gigi saat mandi. Ibu S keramas setiap 1-2 kali per 2 hari.

d. Keadaan saat ini

3) Hygiene dan kerapihan diri

Secara keseluruhan rapih dan bersih

Mengacuhkan kerapihan diri (tidak menggosok gigi, tidak menyisir rambut, tidak bercukur kumis/rambut)

Tidak mandi secara teratur

Harus dimandikan atau dirapihkan penampilannya

4) Berpakaian

Mampu berpakaian dengan layak tanpa bantuan

Mampu untuk berpakaian sendiri, dengan kadang ada ketidakcocokan pemakaian baju, letak kancing

Berpakaian tidak berurutan sama sekali perlu pengawasan

() Tidak mampu berpakaian sendiri tampak tidak memakai pakaian pada saat yang tidak tepat atau tidak layak

I. Sistem kardiovaskuler

3. Kebiasaan sehari-hari

Ibu S mengatakan saat melakukan aktivitas Ibu M tidak ada nyeri dada. Ibu S belum pernah pingsan. Keseharian Ibu S adalah jualan angkringan pada sore hari. Jika ada kegiatan di dusun, Ibu S suka ikut serta di dalam acara.

4. Keadaan saat ini

Keluhan utama:

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Mudah lelah		✓
2.	Nyeri dada		✓
3.	Bengkak pada wajah / ekstremitas		✓
4.	Jantung berdebar (palpitasi)		✓
5.	Sering pingsan		✓
6.	Pusing kepala (migrain / vertigo)		✓
7.	Keringat malam		✓
8.	Kesulitan tidur		✓

J. Sistem gastrointestinal

d. Kebiasaan sehari-hari

Pola Makan:

4. Kebiasaan makan utama: 2-3 x/hari
5. Alergi makanan: Ibu M tidak alergi makanan apapun.
6. Bahan makanan yang biasa dikonsumsi:

NO	Jenis Makanan	ADA	TIDAK
1.	Makanan Pokok	✓	
2.	Sayuran	✓	
3.	Lauk Pauk	✓	

4.	Buah-buahan	✓	
5.	Susu		✓

e. Keadaan saat ini

Keluhan utama:

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Anoreksia		✓
2.	Perut terasa penuh / sebah		✓
3.	Nyeri tekan		✓
4.	Diare		✓
5.	Ada gangguan sembelit		✓
6.	Mual		✓
7.	Muntah		✓
8.	Merasa ada perubahan berat badan 6 bulan terakhir		✓
9.	Nyeri pada perut		✓
10.	Nyeri ulu hati		✓
11.	Tidak dapat membedakan jenis rasa makanan		✓
12.	Terganggu dalam pengecap		✓
13.	Mengalami gangguan mengunyah		✓
14.	Ada gangguan menelan		✓
15.	Adagangguan membuka mulut		✓
16.	Ada hemoroid		✓
17.	Ada pendarahan pada saluran cerna		✓

Keluhan lain: tidak ada keluhan

f. Pemeriksaan fisik

10) Abdomen

Pemeriksaan abdomen tidak ada nyeri tekan, bagian perut tidak ada pengerasan maupun asites, tidak ada benjolan dan bising usus 7 x/mnt.

11) Status Kesehatan oral

- Tidak ada gangguan
- Asimetris gerak rahang
- Ada binti pada sendi rahang
- Dislokasi sendi rahang

12) Kemampuan makan

- Makan dengan rapih dan menggunakan peralatan yang benar / layak
- Berantakan saat makan dan mengalami beberapa kesulitan dalam menggunakan peralatan tertentu
- Mampu memakan padat (missal buah-buahan, biscuit) dengan tangan
- Harus disuapi

13) Kebersihan mulut dan gigi

- Baik
- Sedang
- jelek

14) Kondisi gigi tiruan

- tidak memakai
- gigi tiruan Sebagian
- gigi tiruan lengkap

15) Kondisi gigi dan geligi

- gigi sudah hilang
- gigi berlubang
- gigi goyah / patah

16) Berat badan terakhir: 60 kg

17) Tinggi badan terakhir: 157 cm

18) IMT: 24.3 (normal)

Pengkajian Status Nutrisi: **MNA (Mini Nutritional Assessment)**

<p>G. Apakah terjadi penurunan asupan makan selama 3 bulan terakhir berkaitan dengan penurunan nafsu makan, gangguan saluran cerna, kesulitan mengunyah atau kesulitan menelan?</p> <p>0 = penurunan nafsu makan tingkat berat</p> <p>1 = penurunan nafsu makan tingkat sedang</p> <p>2 = tidak kehilangan penurunan nafsu makan</p>
<p>H. Penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir</p> <p>0 = penurunan berat badan >3kg (6 lbs)</p> <p>1 = penurunan berat badan tidak diketahui</p> <p>2 = penurunan berat badan antara 1 dan 3 kg (2,2 dan 6,6 lbs)</p> <p>3 = tidak terjadi penurunan berat badan</p>
<p>I. Mobilitas</p> <p>0 = hanya di atas kasur atau kursi roda</p> <p>1 = dapat beranjak dari kursi/kasur, tetapi tidak mampu beraktivitas normal</p> <p>2 = mampu beraktivitas normal</p>
<p>J. Menderita penyakit psikologis atau penyakit akut dalam 3 bulan terakhir</p> <p>0 = ya</p> <p>2 = tidak</p>
<p>K. Masalah neuropsikologis</p> <p>0 = demensia tingkat berat atau depresi</p> <p>1 = demensia tingkat sedang</p> <p>2 = tidak ada masalah psikologis</p>
<p>L. Body mass Index (BMI)</p> <p>0 = BMI < 19</p> <p>1 = BMI 19 - <21</p> <p>2 = BMI 21 - <23</p> <p>3 = BMI ≥ 23</p>

Skor skrining (subtotal maksimal 14 poin)

12-14 poin : status gizi normal

8-11 poin : Beresiko malnutrisi

0-7 poin : Malnutrisi

L. Sistem perkemihan

3. Kebiasaan sehari-hari

Keluhan utama:

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Tidak terasa saat buang air kecil / ngompol		✓
2.	Nyeri pada saat buang air kecil		✓
3.	Susah buang air kecil / tidak keluar urine		✓
4.	Ada perdarahan pada saat buang air kecil		✓

4. Pemeriksaan fisik

c. Inspeksi

Pengendalian spingter yang penuh / total

Kadang mengompol ditempat tidur

Sering mengompol saat siang / malam hari

keluar darah dari genetalia

Terdapat luka iritasi / kemerahan di daerah genetalia

d. Palpasi

Ada benjolan

Tidak ada benjolan

Nyeri tekan pada vesika urinaria

Vesika urinaria penuh

M. Sistem Muskuloskeletal

4. Kebiasaan sehari-hari

Ibu S hanya jualan angkringan. Jarang mengangkat beban yang berat. Dalam aktivitas sehari-hari Ibu S tidak merasakan nyeri dan bebas bergerak.

5. Keluhan utama

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Terdapat nyeri pada sendi, otot		✓
2.	Terdapat kelemahan pada kaki/tangan		✓
3.	Riwayat jatuh		✓
4.	Merasa nyeri punggung		✓

6. Pemeriksaan fisik

No	Bentuk kelainan	Tlg belakang	Bahu	Siku	tangan	pinggul	lutut	kaki
1.	Deformitas	×	×	×	×	×	×	×
2.	Gerak terbatas	×	×	×	×	×	×	×
3.	Benjolan	×	×	×	×	×	×	×
4.	Nyeri tekan	×	×	×	×	×	×	×
5.	Kifosis	×	×	×	×	×	×	×
6.	Skoliosis	×	×	×	×	×	×	×
7.	Kelemahan	×	×	×	×	×	×	×
8.	Kontraktur	×	×	×	×	×	×	×

Data lain yang ditemukan: tidak ada keluhan

Pengkajian Resiko Jatuh: GET UP AND GO TEST**Pengkajian (Beri tanda centang ✓)**

No	Penilaian / pengkajian	Ya	Tidak
a.	Cara berjalan pasien (salah satu atau lebih)		✓
	3. Tidak seimbang / sempoyongan / limbung		
	4. Jalan dengan menggunakan alat bantu (kruk, tripot, kursi roda, orang lain).		

b.	Menopang saat akan duduk: tampak memegang pinggiran kursi atau meja/ benda lain sebagai penopang saat akan duduk.		✓
----	---	--	---

Hasil (Beri tanda centang ✓)

No	Hasil	Penilaian/Pengkajian	Keterangan
1.	Tidak Berisiko	Tidak ditemukan a dan b	Tidak berisiko
2.	Resiko Rendah	Ditemukan salah satu dari a atau b	
3.	Resiko Tinggi	Ditemukan a dan b	

Asesmen risiko jatuh pada pasien dewasa menggunakan MORSE FALL SCALE

Faktor risiko	Skala	Poin	Skor pasien
Riwayat jatuh	Ya	25	
	Tidak	0	0
Diagnosis sekunder (≥2 diagnosis medis)	Ya	15	
	Tidak	0	0
Alat bantu	Berpegangan pada perabot	30	
	Berpegangan pada perabot	15	
	Tidak ada/kursi roda/perawat/tirah baring	0	0
Terpasang infuse	Ya	20	
	Tidak	0	0
Gaya berjalan	Terganggu	20	
	Lemah	10	
	Normal/tirah baring/imobilisasi	0	0

Status mental	Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki	15	
	Sadar akan kemampuan diri sendiri	0	0
		Total	0
Kategori: Risiko Tinggi = ≥ 45 Risiko Rendah = 25-44 Tidak ada Risiko = 0-24 ✓			

N. Sistem Pernafasan

4. Kebiasaan sehari-hari

Ibu S hanya jualan angkringan. Jarang mengangkat beban yang berat. Dalam aktivitas sehari-hari Ibu S tidak merasakan nyeri dan bebas bergerak. Saat beraktivitas tidak ada sesak nafas. Tidak ada riwayat asma dan batuk berdarah.

5. Keadaan saat ini

Keluhan utama:

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Mudah lelah saat beraktivitas		✓
2.	Merasa sesak nafas pada waktu		✓
3.	Merasa lemas saat beraktivitas		✓
4.	Riwayat batuk keluar darah		✓
5.	Riwayat batuk: Lamanya Ada sputum		✓
6.	Riwayat asma		✓
7.	Nafas bebunyi / mengi		✓

6. Pemeriksaan fisik

Hasil pemeriksaan fisik yaitu simetris, pergerakan dada simetris dan tidak terdapat jejas, tidak ada nyeri tekan, sonor dan tidak terdapat suara napas tambahan.

O. Sistem Endokrin

Keluhan utama:

NO	Jenis Gangguan	YA	TIDAK
1.	Tidak toleran terhadap panas		✓
2.	Tidak toleran terhadap dingin		✓
3.	Merasa sering kencing		✓
4.	Merasa selalu haus		✓
5.	Merasa selalu ingin makan / makan berlebihan		✓
6.	Merasa sering kesemutan pada kaki dan tangan		✓
7.	Merasa ada penurunan berat badan dala 6 bulan terakhir		✓
8.	Merasa lemas badanya		✓
9.	Mengeluh sering kram pada kaki		✓
10.	Merasa tidak tahan terhadap dingin		✓
11.	Riwayat pembesaran gondok		✓

Pemeriksaan fisik yang ditentukan: tidak ada keluhan

P. Sistem Reproduksi

NO	Data yang Dikaji	YA	TIDAK
	Laki-laki:		
1.	Merasa nyeri pada testituler		✓
2.	Riwayat penyakit kelamin		✓
3.	Riwayat pembesaran prostat		✓

4.	Terdapat perubahan Hasrat seksual		✓
5.	Impotensi		✓
6.	Terdapat luka pada alat genitalia		✓
7.	Perempuan: Dispareunia (bagi yang punya pasangan) Riwayat menopause Usia: Masalah pasca menopause:		✓ 51 tahun Tidak ada masalah

Q. Sistem persarafan

5. Data yang dikaji

NO	Data Yang Dikaji	YA	TIDAK
1.	Merasa nyeri kepala		✓
2.	Merasa kepala ngliyer atau vertigo		✓
3.	Riwayat kejang		✓
4.	Riwayat pingsan atau sinkope atau serangan jatuh		✓
5.	Tidak terdapat koordinasi Gerakan		✓
6.	Tremor		✓
7.	Kelemahan atau kelumpuhan tangan atau kaki		✓
8.	Mulut perot		✓

6. Pengkajian status mental

c. Orientasi

orientasi	normal	abnormal	ket
Orang	✓		Dapat menyebutkan nama tetangga “Mbak Etik”
Waktu	✓		Dapat menyebutkan jam sekarang “Jam 10.20 WIB”
Tempat	✓		Dapat menyebutkan Alamat “Dusun Depok, Ambarketawang”
Situasi	✓		Dapat menyebutkan situasi saat ini “wawancara”

d. Memori

orientasi	normal	abnormal	ket
Ingatan lama	✓		Dapat menceritakan pengalaman saat dulu waktu kecil
Ingatan baru	✓		Dapat mengingat kejadian yang

			kemarin terjadi
Mengulang	✓		Dapat mengulang pertanyaan yang diberikan
Mengingat setelah 5 menit	✓		Dapat mengingat benda yang disebutkan 5 menit yang lalu

8) Memori atas nama-nama:

- Biasanya mampu mengingat nama-nama kenalan dekat
- Tidak mampu mengingat Kembali nama-nama kenalan dekat
- Tidak dapat mengingat nama teman dekat atau saudara
- Tidak dapat mengingat nama pasangan hidupnya

9) Ingatan atas peristiwa

- Dapat mengingat kembali rincian dan urutan pengalaman yang baru saja terjadi
- Tidak mampu mengingat kembali rincian dan urutan peristiwa yang baru saja terjadi
- Tidak dapat mengingat peristiwa-peristiwa sebelumnya sama sekali (misal kunjungan keluarga)
- Tidak dapat mengingat keseluruhan peristiwa yang baru terjadi meski sudah mendapat dorongan atau bantuan

10) Kewaspadaan mental

- Biasanya waspada dan memiliki perhatian pada lingkungan sekitarnya
 - Mudah terganggu dan benak selalu menerawang
 - Kadang mengajukan pertanyaan yang sama berulang-ulang
 - Tidak dapat mempertahankan perhatian saat menonton televisi
- 11) Orientasi spasial
- Pasien berorientasi, mampu menemukan dan menutupi kemurungan diri
 - Tersesat saat berjalan-jalan di lingkungan sekitar
 - Tersesat dalam rumah sendiri / wismanya
- 12) Kekacauan mental global
- Berespon dengan baik dan benar terhadap lingkungan sekitar
 - Kebingungan setelah atau akibat dari terbangun
 - Kebingungan saat tidur siang
 - Hampir sekali dalam keadaan kacau mental
- 13) Pengenalan wajah
- Dapat mengenali wajah kenalan akhir-akhir ini
 - Tidak mampu mengenali wajah kenalan akhir-akhir ini
 - Tidak dapat mengenali wajah saudara/ teman dekat
 - Tidak dapat mengenali wajah pasangannya
- 14) Emosi
- Tidak berubah dari normal
 - Perubahan ringan dalam kepekaan emosional, sedikit lebih mudah tersinggung, lebih pasif, penurunan rasa humor, depresi ringan
 - Perubahan tingkat sedang dalam kepekaan emosi, apatis, peningkatan rigidita, ledakan kemarahan dan mudah menangis
 - Gangguan pengendalian emosi tidak stabil perubahan yang cepat ke arah tertawa atau menangis

Pengkajian status mental dengan menggunakan:

Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

No	Pertanyaan	Respon Benar	Respon Salah
1	Tanggal berapa hari ini?	28	
2	Hari apa sekarang?	Rabu	
3	Apa nama tempat ini?	Rumah	
4	Dimana alamat anda?	Dusun Depok	
5	Berapa umur anda?	70	
6	Kapan anda lahir?	1953	
7	Siapa Presiden Indonesia?	Jokowi	
8	Siapa nama Presiden Indonesia sebelumnya?	SBY	
9	Siapa nama ibu anda?	Sri	
10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka yang baru, semua secara menurun	17, 14, 11, 8, 5, 2	
Jumlah			

Interpretasi SPMSQ

Salah 0-3 : Fungsi Intelektual Utuh

Salah 4-5 : Fungsi Intelektual Kerusakan Ringan

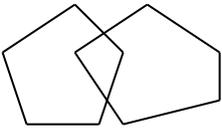
Salah 6-8 : Fungsi Intelektual Kerusakan Sedang

Salah 9-10 : Fungsi Intelektual Kerusakan Berat

Pengkajian Status mental dengan menggunakan MMSE (Mini- Mental State Exam)

UNSUR YANG DINILAI	SKORE SEHARUSNYA	SKORE YANG DIDAPAT
6. Orientasi	5	5
Sebutkan: Tahun, Musim, Hari, Bulan, tanggal	5	5

Dimana sekarang anda tinggal: negara, propinsi, kota, kecamatan, desa		
7. Registrasi Namai 3 obyek, satu detik untuk tiap obyek, kemudian minta klien untuk mengulangi setelah anda menyebutnya. Ulangi Kembali sampai klien mengerti ketiga obyek tersebut.	5	5
8. Perhatian dan kalkulasi Mulai dari angka 100 dan hitung mundur setiap 7 angka (hentikan setelah jawaban kelima) atau sebagai alternatif eja kata “dunia” dari belakang ke depan	5	5
9. Mengingat Tanyakan ketiga obyek yang telah disebut di atas	3	5
10. Bahasa - Perlihatkan sebatang pensil serta sebuah jam tangan dan minta pasien untuk menamai kedua obyek tersebut - Ulangi hal berikut ini: “tanpa jika, dan, atau tetapi - Suatu perintah bertahap 3: Ambil secarik kertas dengan	2 1 3	2 1 3

<p>satu tangan anda, lipat menjadi dua dan letakkan di atas lantai</p> <p>- Baca dan ikuti perintah ini (perlihatkan bahan tertulis: TUTUP MATA ANDA</p> <p>- Salin suatu disain (POLIGON KOMPLEKS)</p> 	1	1
<p>Total skore</p>	30	30

Skor **Nilai 24-30** : Normal ✓

Nilai 17-23 : Probable Gangguan Kognitif

Nilai 0-16 : Definitif Gangguan Kognitif

7. Pengkajian perasaan

NO	Aspek Yang Dinilai	YA	TIDAK
1.	Normal	✓	
2.	Labil		✓
3.	Depresi		✓
4.	Agitasi/cemas	✓	
5.	Marah		✓
6.	Kesulitan untuk tidur		✓
7.	Segar saat bangun tidur		✓
8.	Berselera makan baik		✓
9.	Seringkali merasa sedih	✓	
10.	Seringkali ada keinginan untuk menangis		✓

11.	Seringkali merasa lelah		✓
12.	Penuh harapan	✓	
13.	Merasa diri berguna	✓	
14.	Dapat menikmati hal/benda-benda tertentu	✓	
15.	Menerima diri sebagai usia lanjut	✓	

8. Pengkajian motorik

NO	Aspek Yang Dinilai	NORMAL	ABNORMAL
1.	Kekuatan	✓	
2.	Tonus otot	✓	
3.	Sensasi	✓	
4.	Telunjuk hidung	✓	
5.	Gaya berjalan	✓	
6.	Keseimbangan	✓	
7.	Tremor	✓	
8.	Rigiditas	✓	

XII. KEMAMPUAN FUNGSIONAL**Pengkajian Pengukuran Aktivitas sehari-hari: INDEKS KATZ**

Aktivitas Poin (0-1)	Tanpa pengawasan, langsung atau tanpa bantuan (1 poin)	Dengan pengawasan, bantuan penuh (0 poin)
Mandi Skor: 1	Tak membutuhkan bantuan, atau menerima bantuan saat mandi hanya pada bagian tubuh tertentu (seperti tungkai atau punggung)	Memerlukan bantuan lebih dari satu bagian tubuhnya (atau tidak mandi sama sekali)
Berpakaian Skor: 1	Mampu mengambil dan mengenakan pakaian secara lengkap tanpa memerlukan	Memerlukan bantuan mengambil dan mengenakan pakaian atau bila tidak pasien

	bantuan kecuali saat menalikan sepatu	akan berpakaian tidak lengkap atau tidak berpakaian sama sekali
Berpindah Skor: 1	Bergerak naik-turun dari tempat tidur dan kursi tanpa memerlukan bantuan (mungkin menggunakan objek penopang seperti walker atau tongkat) atau naik/turun dari tempat tidur/kursi dengan bantuan	Tidak turun dari tempat tidur sama sekali (bila turun harus dengan bantuan atau pertolongan sepenuhnya)
Toileting Skor: 1	Pergi ke toilet, membuka baju dan mengenakan baju, membersihkan genetalia tanpa bantuan	Tidak mampu pergi ke kamar mandi dalam proses eliminasinya
Kontinensia Skor: 1	Mengendalikan perkemihan dan defikasi secara mandiri, atau kadang terjadi ketidak sengajaan	Pengawasan yang dilakukan merupakan bantuan dalam mengendalikan perkemihan dan defikasi pasien: dapat menggunakan kateter atau bahkan terjadi inkontensia sepenuhnya
Makan Skor: 1	Menyuap sendiri tanpa bantuan kecuali pada saat memotong daging atau mengolesi roti dengan mentega	Memerlukan bantuan saat makan, atau makan melalui selang atau cairan intravena baik sebagian maupun sepenuhnya

Penilaian:

6 : berfungsi sepenuhnya (mandiri) ✓

3-5 : gangguan sedang (dibantu)

≤ 2 : gangguan fungsi berat

Pengkajian istirahat / tidur: PSQI (PIRTZBURG SLEEP QUALITY INDEX)

Selama sebulan ini:

10. Jam berapa anda tidur malam hari? Pukul 20.00-21.00 WIB

11. Berapa menit anda perlukan sampai anda tidur di malam hari? 5-15 menit

12. Jam berapa anda bangun di pagi hari? Pukul 05.30 WIB

13. Berapa jam anda tidur pulas dimalam hari? 7-8 jam

14. Dalam sebulan ini berapa sering anda mengalami masalah tidur	Tidak pernah (0)	Kurang sekali seminggu (1)	Sekali atau 2 kali seminggu (2)	3 atau lebih dalam seminggu (3)
K. Tidak dapat tidur dalam 30 menit	✓			
L. Bangun ditengah malam atau dini hari		✓		
M. Sering bangun untuk ke kamar kecil		✓		
N. Tidak dapat bernafas dengan baik	✓			
O. Batuk atau mendengkur secara nyaring	✓			
P. Merasa terlalu dingin	✓			
Q. Merasa terlalu panas	✓			

R. Mengalami mimpi buruk	✓			
S. Merasa sakit	✓			
T. Berapa sering kamu mengalami masalah tidur		✓		
15. Selama sebulan ini berapa sering kau menggunakan obat-obatan untuk membuat kamu tidur	✓			
16. Dalam sebulan ini berapa sering kamu mengalami masalah dalam mengemudi, makan, ataupun aktivitas social	✓			
17. Dalam sebulan ini berapa banyak masalah yang membuat anda tidak antusias untuk menyelesaikannya	Tidak antusias (0)	Kecil (1)	Sedang (2)	Besar (3)
18. Dalam sebulan ini bagaimana	Sangat baik (0)	Baik (1)	Buruk (2)	Sangat Buruk (3)

kualitas tidurmu secara keseluruhan				
--	--	--	--	--

Interpretasi:

3. Skor > 5 kualitas tidur buruk
4. Skor ≤ 5 kualitas tidur baik (4) ✓

XIII. PENGKAJIAN PSIKOLOGIK

Emosi

- (✓) Tidak berubah dari normal
- (___) Perubahan ringan dalam kepekaan emosional, sedikit lebih mudah tersinggung, lebih pasif, penurunan rasa humor, depresi ringan
- (___) Perubahan Tingkat sedang dalam kepekaan emosi, apatis, peningkatan rigidita, ledakan kemarahan dan kemudahan menangis
- (___) Gangguan pengendalian emosi tidak stabil perubahan yang cepat ke arah tertawa atau menangis

Sikap penerimaan usila terhadap proses menua: tetap bersyukur dikarenakan masih bisa beraktivitas secara mandiri

Harapan usia sekarang dan dimasa mendatang: Ibu S adalah berdoa selalu diberikan kesehatan dan panjang umur

Bagaimana cara usia mengatasi masalah atau stres: hanya dengan menonton TV dirumah dan ngobrol dengan tetangga.

Pengkajian Konsep Diri: THE GERIATRIC DEPRESION SCALE

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?	0
2.	Sudahkah anda meninggalkan aktivitas dan minat anda?	0
3.	Apakah anda merasa bahwa hidup anda kosong?	0
4.	Apakah anda sering bosan?	1
5.	Apakah anda mempunyai semangat setiap waktu?	1

6.	Apakah anda takut sesuatu akan terjadi pada anda?	0
7.	Apakah anda merasa bahagia disetiap waktu?	1
8.	Apakah anda merasa jenuh?	1
9.	Apakah anda lebih suka tinggal dirumah pada malam hari, daripada pergi melakukan sesuatu?	0
10.	Apakah anda merasa bahwa anda lebih banyak mengalami masalah dengan ingatan anda daripada yang lainnya?	0
11.	Apakah anda berfikir sangat menyenangkan hidup sekarang ini?	1
12.	Apakah anda merasa tidak berguna saat ini?	0
13.	Apakah anda merasa penuh berenergi saat ini?	0
14.	Apakah anda saat ini sudah tidak ada harapan lagi?	0
15.	Apakah anda berfikir banyak orang yang lebih baik dari anda?	0
SKOR		5

Untuk soal nomer 1, 5, 7, 11, 13 jika dijawab “IYA” maka bernilai 0 dan diberi kode “0” untuk jawaban “IYA” kemudian jika dijawab “TIDAK” maka bernilai 1 dan diberi kode “1” untuk jawaban “Tidak”. Untuk nomer soal 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 jika dijawab “TIDAK” maka bernilai 0 dan diberi kode “0” untuk jawaban “TIDAK” kemudian jika jawaban “IYA” maka bernilai 1 dan diberi kode “1” untuk jawaban “IYA”

Interpretasi:

Skor total 0-9 : dianggap normal atau tidak depresi ✓

Skor total 10-15 : mengindikasikan depresi

Pengkajian Tingkat Depresi Lansia: DEPRESI BACK

Skor	Uraian
------	--------

N. Kesedihan	
3	Saya sangat sedih atau tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya
2	Saya galau atau sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya
1	Saya merasa sedih atau galau
0	Saya tidak merasa sedih
O. Pesimisme	
3	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan
P. Rasa Kegagalan	
3	Saya benar-benar gagal sebagai orang tua (suami/istri)
2	Bila melihat kehidupan kebelakang yang saya lihat hanya kegagalan
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya
0	Saya tidak merasa gagal
Q. Rasa Kepuasan	
3	Saya tidak merasa puas dengan segalanya
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan
0	Saya tidak merasa tidak puas
R. Ketidak bersalah	
3	Saya merasa seolah-olah sangat buruk atau tidak berharga
2	Saya merasa sangat bersalah
1	Saya merasa buruk/tak berharga sebagai bagian dari eaktu yang baik
0	Saya atidak merasa benar-benar bersalah
S. Tidak menyukai diri sendiri	
3	Saya benci diri saya sendiri

2	Saya muak dengan diri saya sendiri
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri
T. Membahayakan diri sendiri	
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri
1	Saya merasa lebih baik mati
0	Saya tidak mempunyai pikiran – pikiran mengenai membahayakan diri sendiri
U. Menarik diri sendiri dari sosial	
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka
1	Saya kurang berminat pada orang lain daru sebelumnya
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain
V. Keragu-raguan	
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan
1	Saya berusaha mengambil keputusan
0	Saya membuat keputusan yang baik
W. Perubahan gambaran diri	
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikan
2	Saya merasa bahwa ada perubahan permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tidak tertarik
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik
0	Saya merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya
X. Kesulitan kerja	

3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu
1	Saya memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu
0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya
Y. Keletihan	
3	Saya telah lelah melakukan sesuatu
2	Saya merasa lela untuk melakukan sesuatu
1	Saya merasa telah lelah dari yang biasanya
0	Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya
Z. Anoreksia	
3	Saya tidak mempunyai nafsu makan sama sekali
2	Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang
1	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya
0	Nafsu makan saya tidak buruk hari sebelumnya

Penilaian

0-4 : depresi tidak ada/minimal ✓

5-7 : depresi ringan

8-15 : depresi sedang

>16 : depresi berat

Pengkajian Tingkat Kesepian: UCLA Loneliness Scale

No	Pertanyaan	Tidak pernah	Jarang	Kadang-kadang	Selalu
1	Apakah anda pernah merasa cocok dengan orang-orang disekitar anda?				

2	Apakah anda pernah merasa tidak atau kurang memiliki teman?				
3	Apakah anda pernah merasa tidak ada seorang pun yang dapat diandalkan atau anda mintai tolong?				
4	Apakah anda pernah merasa sendiri?		✓		
5	Apakah anda pernah merasa menjadi bagian dari kelompok teman-teman anda?				
6	Apakah anda merasa bahwa anda memiliki banyak persamaan dengan orang-orang disekitar anda?				
7	Apakah anda pernah merasakan bahwa anda tidak dekat dengan siapapun?				
8	Apakah anda pernah merasa bahwa minat dan ide anda dibagikan dengan orang-orang di sekitar anda?				
9	Apakah anda pernah merasa ramah atau mudah bergaul dan bersahabat?				
10	Apakah anda pernah merasa dekat dengan orang lain?				

11	Apakah anda pernah merasa ditinggalkan?		✓		
12	Apakah anda pernah merasa hubungan anda dengan orang lain tidak berarti?				
13	Apakah anda pernah merasa tak satu pun orang mengerti anda dengan baik?			✓	
14	Apakah anda pernah merasa terasing dari orang lain?				
15	Apakah anda dapat menemukan teman atau sahabat ketika anda menginginkannya?				
16	Apakah anda merasa bahwa ada seorang yang benar-benar dapat mengerti anda?			✓	
17	Apakah anda pernah merasa malu?				
18	Apakah anda pernah merasa bahwa orang-orang banyak di sekitar anda, tetapi tidak bersama anda?				
19	Apakah anda merasa bahwa ada orang yang dapat anda ajak bicara (ngobrol)?				
20	Apakah anda merasa bahwa ada orang yang dapat anda diandalkan/dimintai tolong?				

Total score	24
-------------	----

Interpretasi:

20-34 : Tidak Kesepian ✓

35-49 : Kesepian ringan

50-64 : Kesepian sedang

65-80 : Kesepian berat

XIV. PENGKAJIAN SOSIAL

NO	Aspek yang dinilai	YA	TIDAK
1.	Adakah kejadian yang dirasakan berat sampai sekarang	✓	
2.	Adakah Kematian pasangan	✓	
3.	Adakah perubahan lingkungan tempat tinggal		✓
4.	Adakah perubahan status keuangan	✓	
5.	Apakah usila dan menyalurkan hobinya		✓

Kepekaan sosial

(✓) Tidak berubah dari keadaan sebelumnya

(___) Kecenderungan untuk tetap bertahan dan berlutut dengan masa lampau

(___) Kurang rasa hormat terhadap perasaan orang lain, mulai sering bertengkar

(___) Aksi seksual yang tidak pada tempatnya atau perilaku-perilaku antisocial

Pengkajian Penilaian Status Fungsi Sosial Lansia: APGAR Keluarga Lansia

No.	Uraian	Fungsi
-----	--------	--------

1	Saya puas bahwa saya tidak dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	Adaptation: 2
2	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan	Partneship: 2
3	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru	Growth: 2
4	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan efek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai	Affection: 2
5	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	Resolve: 2
	Keterangan: Selalu = 2. Kadang-kadang = 1. Hampir tidak pernah = 0	Total: 10

Penilaian

- < 3 : terjadi disfungsi keluarga Tingkat tinggi
 4-6 : terjadi disfungsi keluarga Tingkat menengah
 >6 : **tidak terjadi disfungsional ✓**

No	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TERAPI TERTAWA	
1.	PERSIAPAN TEMPAT	Latihan ini dilakukan di rumah klien, dimana terdapat cukup udara dengan keadaan yang tenang.
2.	PERSIAPAN	Identifikasi kondisi umum klien yaitu dapat memahami dan diajak berkomunikasi, kooperatif dan jelaskan secara umum prosedur yang akan dilakukan.
3.	<p data-bbox="392 813 603 842">CARA KERJA</p> <p data-bbox="392 864 1359 954">Lama: 15-20 menit (maksimum) setiap putaran tawa berlangsung selama 30-40 detik, diikuti dengan tepuk tangan dan latihan ho ho ho ha ha ha.</p> <ol data-bbox="392 976 1359 1939" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="392 976 1359 1122">1. Pemanasan/peregangan: pemanasan yang dimaksud lansia duduk lalu menggelengkan kepala ke kiri dan ke kanan, menundukkan kepala dan ke atas, lalu kaki dan tangan digerakkan <li data-bbox="392 1144 1359 1223">2. Tepuk tangan serentak semua peserta, sambil mengucapkan ho ho... ha ha... <li data-bbox="392 1245 1359 1447">3. Lakukan pernapasan dengan mengambil napas melalui hidung, lalu napas ditahan selama 15 detik dengan pernapasan perut. Kemudian keluarkan perlahan-lahan melalui mulut, dilakukan lima kali berturut-turut. <li data-bbox="392 1469 1359 1671">4. Memutar engsel bahu ke depan dan ke arah belakang. Kemudian menganggukan kepala ke bawah sampai dagu hampir menyentuh dada, lalu mendongakkan kepala ke atas belakang. Lalu menoleh ke kiri dan ke kanan <li data-bbox="392 1693 1359 1939">5. Tawa Bersemangat: tutor memberikan aba-aba untuk memulai tawa, 1, 2, 3... semua orang tertawa serempak. Jangan ada yang tertawa lebih dulu atau belakangan, harus kompak seperti nyanyian koor. Dalam tawa ini tangan diangkat ke atas beberapa saat lalu diturunkan dan diangkat kembali, sedangkan kepala agak mendongak ke belakang. 	

6. **Tawa Sapaan Tutor:** memberikan aba-aba agar peserta tertawa dengan suara-suara sambil mendekat dan bertegur sapa satu sama lainnya. Setelah selesai melakukan satu tahap dianjurkan menarik napas secara pelan dan dalam.
7. **Tawa Penghargaan:** peserta membuat lingkaran kecil dengan menghubungkan ujung jari telunjuk dengan ujung ibu jari. Kemudian tangan digerakkan ke depan dan ke belakang sekaligus memandangi anggota lainnya dengan melayangkan tawa manis sehingga terlihat seperti memberikan penghargaan kepada orang yang dituju
8. **Tawa Satu Meter:** tangan kiri dijulurkan ke samping tegak lurus dengan badan, sementara tangan kanan melakukan gerakan seperti melepaskan anak panah, lalu tangan ditarik ke belakang seperti menarik anak panah dan dilakukan dalam tiga gerakan pendek, seraya mengucapkan ae... ae... aeee... lalu tertawa lepas dengan merentangkan kedua tangan dan kepala agak mendongak serta tertawa dari perut.
9. **Tawa Milk Shake:** peserta seolah-olah memegang dua gelas berisi susu, yang satu di tangan kiri dan satu di tangan kanan. Saat tutor memberikan instruksi lalu susu dituang dari gelas yang satu ke gelas yang satunya sambil mengucapkan Aeee... dan kembali dituang ke gelas yang awal sambil mengucapkan aeeee... setelah melakukan gerakan itu, peserta melakukan gerakan seperti minum susu.
10. **Tawa Hening Tanpa Suara:** harus dilakukan dengan hati-hati, sebab tawa ini tidak bisa dilakukan dengan tenaga berlebihan, dapat berbahaya jika beban didalam perut terdapat tekanan secara berlebihan. Pada tawa ini mulut dibuka selebarlebarnya seolah-olah tertawa lepas tetapi tanpa suara, sekaligus saling memandangi satu sama lain dan membuat berbagai dengan telapak tangan serta menggerak-gerakkan kepala dengan mimik-mimik lucu.
11. **Tawa Bersenandung dengan Bibir Tertutup:** gerakan tawa yang harus hati-hati dilakukan sebab tertawa tanpa suara, sekaligus

	<p>mengatupkan mulut yang dipaksakan akan berdampak buruk karena menambah tekanan yang tidak baik dalam rongga perut. Dalam pelaksanaan ini peserta dianjurkan bersenandung hmmm... dengan mulut tetap tertutup sehingga akan terasa bergema didalam kepala.</p>
4.	<p>TAHAP EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Beri reinforcement positif pada klien 3. Mengakhiri pertemuan dengan baik
5.	<p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respon klien (verbal dan nonverbal)

Sumber: Ratnasari, et al (2018)