

# PENGARUH UMUR, DEPRESI DAN DEMENSIA TERHADAP DISABILITAS FUNGSIONAL LANSIA DI PSTW ABIYOSO DAN PSTW BUDI DHARMA PROVINSI D.I. YOGYAKARTA (ADAPTASI MODEL SISTEM NEUMAN)

Bondan Palestin<sup>1</sup>, Elly Nurachmah<sup>2</sup>, Iwan Ariawan<sup>3</sup>, Wiwin Wiarsih<sup>4</sup>

## ABSTRAK

**Tujuan** Memprediksi pengaruh umur, depresi dan demensia terhadap disabilitas fungsional lansia dalam perspektif Model Sistem Neuman (MSN).

**Metodologi** Penelitian menggunakan desain potong lintang. 70 lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Abiyoso dan Budi Dharma Provinsi D.I. Yogyakarta dipilih sebagai subyek penelitian. Depresi diukur dengan *Geriatric Depression Scale 15-Item* (GDS-15), demensia diukur dengan *Mini-Mental State Examination* (MMSE), dan disabilitas fungsional diukur dengan *Groningen Activity Restriction Scale* (GARS).

**Hasil** Rerata umur 70,59 tahun (IK95%: 68,97 – 72,27); depresi sedang-berat 44,3%; depresi ringan 55,7%; gangguan kognitif 11,4%; mandiri 90,0% dan mandiri dengan sedikit kesulitan 10,0%. Hasil analisis korelasi dengan  $\alpha=0,05$  menunjukkan umur ( $r=0,426$ ;  $r^2=18,2\%$ ;  $p=0,000$ ), status depresi ( $r=0,313$ ;  $r^2=9,8\%$ ;  $p=0,008$ ), dan status demensia ( $r=-0,512$ ;  $r^2=26,2\%$ ;  $p=0,000$ ) memiliki hubungan yang bermakna dengan disabilitas fungsional lansia. Hasil analisis regresi linear berganda dengan  $\alpha=0,05$  menghasilkan persamaan regresi: Disabilitas fungsional Lansia =  $16,906 + 0,223 \cdot \text{Umur} + 0,443 \cdot \text{Skor [GDS-15]} - 0,499 \cdot \text{Skor MMSE}$  ( $r=0,609$ ;  $r^2=37,1\%$ ;  $p=0,000$ ).

**Kesimpulan:** Kombinasi umur, status depresi, dan status demensia memiliki pengaruh yang bermakna terhadap variasi disabilitas fungsional lansia. Umur, status depresi dan status demensia sebagai penyebab meningkatnya disabilitas fungsional lansia dapat dijelaskan sebagai lingkungan intra-personal yang berlaku sebagai stresor. Metode intervensi keperawatan untuk mengurangi insidensi depresi dan demensia perlu dikembangkan. Selanjutnya, perlu dilakukan penelitian yang lebih komprehensif untuk menguji MSN.

Kata kunci : umur, depresi, demensia, disabilitas fungsional, lansia, Model Sistem Neuman

## ABSTRACT

**Objective** To predict the influences of age, depression and dementia on the functional disability of an elderly using Neuman System Model perspectives.

**Method** The study design was a cross-sectional. 70 elderly was chosen as a subject at Panti Sosial Tresna Werdha Abiyoso and Budi Dharma Province D.I. Yogyakarta. Depression was assessed using the *Geriatric Depression Scale 15-Item* (GDS-15), dementia was assessed using the *Mini-Mental State Examination* (MMSE), and functional disability was assessed using the *Groningen Activity Restriction Scale* (GARS).

**Results** The mean age was 70.59 (95%CI, 68.97–72.27); 44.3% severe-moderate depressed; 55.7% mild depressed; 11.4% cognitive impairment; 90.0% with activities of daily living (ADL) independently and 10.0% with ADL fully independently but with some difficulty. The correlation analysis at  $\alpha=0.05$  showed that age ( $r=0.426$ ;  $r^2=18.2\%$ ;  $p=0.000$ ), depression ( $r=0.313$ ;  $r^2=9.8\%$ ;  $p=0.008$ ), and dementia ( $r=-0.512$ ;  $r^2=26.2\%$ ;  $p=0.000$ ) had the significant relationship with functional disability of elderly. The multiple linear regressions at  $\alpha=0.05$  showed that regression model was functional disability =  $16.906 + 0.223 \cdot \text{Age} + 0.443 \cdot [\text{GDS-15}] \text{ scores} - 0.499 \cdot \text{MMSE scores}$  ( $r=0.609$ ;  $r^2=37.1\%$ ;  $p=0.000$ ).

**Conclusions** Age, depression and dementia had significant influence to functional disability among elderly. Age, depression and dementia that caused functional disability impairment among elderly can be described as an intra-personal environment that acts like a stressor. Nursing intervention methods that can help prevent depression and dementia need to be established. Furthermore, a comprehensive study on NSM testing is needed.

Key words: age, depression, dementia, functional disability, elderly, Neuman Systems Model

<sup>1</sup> Politeknik Kesehatan Yogyakarta Jurusan Keperawatan

<sup>2</sup> Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

<sup>3</sup> Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

<sup>4</sup> Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

## 1. Pendahuluan

Kelompok lansia dipandang sebagai kelompok masyarakat yang berisiko mengalami gangguan kesehatan. Masalah keperawatan yang menonjol pada kelompok tersebut adalah meningkatnya disabilitas fungsional fisik. Disabilitas fungsional pada lansia merupakan respons tubuh sejalan dengan bertambahnya umur seseorang dan proses kemunduran yang diikuti dengan munculnya gangguan fisiologis, penurunan fungsi, gangguan kognitif, gangguan afektif, dan gangguan psikososial.

Lansia yang mengalami depresi akan mengakibatkan kesulitan dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-harinya (Miller, 1995; Lueckenotte, 2000; Hall & Hassett, 2002), sedangkan lansia yang mengalami demensia dilaporkan juga memiliki defisit aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS) dan aktivitas instrument kehidupan sehari-hari (AIKS) (Jorm, 1994). Sebaliknya, keterbatasan lansia dalam memenuhi aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS) dapat menjadi salah satu faktor penyebab munculnya depresi (Eliopoulos, 1997; Roberts, Kaplan, Shema & Strawbridge, 1997).

Disabilitas fungsional lansia sebagai efek dari perubahan fisiologis (umur depresi dan demensia) memungkinkan untuk dijelaskan melalui Model Sistem Neuman (MSN). Dalam kerangka pikir MSN, realitas seseorang, keluarga, atau komunitas dipandang sebagai subyek yang memiliki aspek multidimensional dan bersifat unik. Sehingga, proses penuaan lansia banyak dipengaruhi oleh faktor-faktor fisiologis, psikologis, perkembangan, sosiobudaya dan spiritual (Reed, 1993).

Beberapa penelitian telah mencoba mengaplikasikan kerangka konseptual keperawatan MSN (Lowry & Anderson, 1993; Gigliotti, 1999; Stepan & Fuller, 1999; Villarruel, Bishop, Simpson, Jemmott, & Fawcett, 2001; Fawcett & Gigliotti, 2001; Stepan & Knight, 2002) dalam beberapa kondisi dengan struktur konseptual-teori-empiris. MSN memiliki banyak interrelasi konsep sehingga derivasi teori konseptual tersebut lebih bersifat kontekstual. Oleh karenanya, peneliti mencoba mengintegrasikan

proses perubahan disabilitas fungsional lansia dengan MSN sebagai salah satu teori dasar keperawatan komunitas sehingga dapat digunakan sebagai studi pendahuluan terhadap penelitian-penelitian mengenai disabilitas fungsional yang lebih kompleks.

## **2. Metodologi**

Penelitian ini menggunakan desain potong lintang yang bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh umur, depresi dan demensia terhadap disabilitas fungsional lansia dalam perspektif MSN. Disabilitas fungsional lansia difokuskan pada keterbatasan lansia dalam pemenuhan kebutuhan AKS dan atau AIKS. Peneliti mencoba memprediksi pengaruh variabel umur sebagai salah satu faktor endogen pada proses penuaan, depresi dan demensia sebagai faktor eksogen terhadap perubahan variabel disabilitas fungsional lansia dengan menggunakan uji regresi linear berganda.

Populasi terjangkau adalah lansia yang rentan mengalami keterbatasan fungsional di panti werdha. Sampel diambil secara acak di dua panti werdha, yaitu: PSTW Abiyoso dan PSTW Budhi Dharma Propinsi D.I. Yogyakarta. Kriteria inklusi responden, yaitu: (1) lansia berusia di atas atau sama dengan 60 tahun; (2) lansia tidak dalam kondisi sakit parah / terminal; dan (3) lansia bersedia menjadi responden. Penentuan besar sampel dilakukan dengan perhitungan pengujian hipotesis untuk sebuah rata-rata populasi (Lemeshow, Hosmer, Klar & Lwanga, 1990) sehingga didapatkan besar sampel 70 responden.

Instrumen Skala Depresi Geriatri/*Geriatric Depression Scale 15-Item* (GDS-15) (Cordingley, Challis, Mozley, Bagley, Price, Burns, & Huxley, 2000) dan Set Data Minimal Untuk Skala Depresi/*Minimum Data Set-based Depression Rating Scale* (MDSDRS) (Burrows, Morris, Simon, Hirdes, & Phillips, 2000) digunakan untuk mengukur status depresi lansia, instrumen Penilaian Status Mental Mini/*Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Yellowlees, 2002) dan Kuesioner Singkat Untuk Status Mental/*Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) (Roccaforte, Burke,

Bayer, & Wengel, 1994) digunakan untuk mengukur status demensia lansia, serta instrumen Skala Keterbatasan Aktivitas Groningen/*Groningen Activity Restriction Scale* (GARS) (Suurmeijer, Doeglas, Briançon, Krol, Sanderman, Guillemin, Bjelle, & Heuvel, 1994) khusus untuk mengukur disabilitas fungsional lansia.

Berdasarkan hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian, diketahui uji reliabilitas *interrater* Kappa-Cohen menunjukkan semua alat ukur memiliki kesepatan yang sama ( $p=0,000$ ). Untuk pengukuran status depresi, peneliti memilih menggunakan GDS-15 (sensitivitas 88,9%; spesifisitas 47,8%) karena memiliki tingkat akurasi (sensitivitas dan spesifisitas maksimum) lebih tinggi dibanding MDSDRS (sensitivitas 42,9%; spesifisitas 100,0%). Peneliti memilih alat ukur MMSE (sensitivitas 100,0%; spesifisitas 90,0%) untuk mengukur status demensia lansia karena akurasinya lebih tinggi dibanding alat ukur SPMSQ (sensitivitas 85,0%; spesifisitas 75,0%). Sedangkan alat ukur GARS tidak menggunakan alat ukur pembanding sehingga peneliti memilih GARS untuk mengukur status disabilitas fungsional lansia.

Berdasarkan hasil uji statistik, peneliti selanjutnya melakukan analisis deskriptif untuk menjelaskan disabilitas fungsional lansia sebagai mekanisme respons perubahan variabel umur, depresi, dan demensia dalam perspektif MSN. Interpretasi interaksi antara lansia dengan lingkungannya dilakukan dengan dua cara, yaitu: (1) menyusun model teoritis hubungan stresor (umur, status depresi, dan status demensia) dan respons (disabilitas fungsional), dan (2) menyusun matriks proses keperawatan berdasarkan kerangka kerja MSN.

### **3. Hasil dan Pembahasan**

#### **3.1. Karakteristik Responden**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lansia memiliki umur paling rendah 60 tahun dan maksimum berusia 90 tahun. Rata-rata umur responden di kedua panti wredha adalah 70,59 tahun (interval kepercayaan 95%: 68,97 – 72,27). Sebagian besar (55,7%)

responden berjenis kelamin perempuan sedangkan sisanya (44,3%) adalah lansia pria. Sebagian besar (48,4%) responden tidak pernah mengenyam bangku sekolah di tingkat mana pun sedangkan 42,9% lainnya hanya mengenyam pendidikan sampai setingkat sekolah dasar atau sekolah rakyat. Sebagian kecil dari responden yang memiliki pendidikan terakhir setingkat SLTP. Status janda memiliki proporsi terbesar (50,0%) diantara responden di PSTW Abiyoso dan PSTW Budi Dharma. Persentase lansia duda hanya 40,0%, namun ada sebagian kecil (10,0%) dari mereka yang sama sekali belum menikah.

Berdasarkan observasi di lokasi penelitian diketahui bahwa sebagian besar (67,1%) lansia belum memiliki keterbatasan fisik namun sudah dijumpai sebagian kecil responden mengalami keterbatasan fisik. Dua puluh tiga responden yang mengalami keterbatasan fisik umumnya menggunakan alat bantu, yaitu : tongkat 69,6%, kacamata 21,7%, kruk 4,3%, dan tripod 4,3%. Setelah disabilitas fungsional lansia diukur menggunakan Skala GARS dengan rentang nilai 17-68, maka hasil pengukuran didapatkan nilai minimum 17 dan nilai maksimum 36 dengan rata-rata skor sebesar 21,89 (IK95%: 20,55-23,23).

Status depresi lansia diukur oleh peneliti dengan menggunakan instrumen terstruktur GDS-15 dengan rentang nilai 0 s.d. 15. Hasil pengukuran didapatkan nilai minimum 0 dan nilai maksimum 9, dari rentang tersebut diketahui rata-rata skor yang didapatkan adalah 3,63 (IK95%: 3,03-4,22). Status demensia lansia diukur menggunakan instrumen MMSE dengan rentang nilai 0 - 30. Hasil pengukuran didapatkan nilai minimum 14 dan nilai maksimum 30, dari rentang tersebut diketahui rata-rata skor yang didapatkan adalah 24,84 (IK95%: 23,83-25,86).

### **3.2. Hubungan variabel depresi, umur, dan demensia dengan disabilitas fungsional**

Berdasarkan hasil analisis statistik ternyata kombinasi umur, status depresi dan status demensia memiliki pengaruh yang kuat ( $r=0,609$ ) terhadap disabilitas fungsional.

Variabel demensia menyumbang variasi disabilitas fungsional lansia tertinggi (*Beta standardized* = -0,378) dibanding variabel umur (*Beta standardized* = 0,272), dan variabel depresi (*Beta standardized* = 0,196). Perhitungan determinasi koefisien korelasi ( $r^2$ ) model regresi menghasilkan nilai 0,371 sehingga dapat dikatakan bahwa model regresi memberikan sumbangan efektif terhadap variasi skor GARS lansia sebesar 37,1% sedangkan sisanya (62,9%) merupakan kontribusi faktor-faktor lainnya, yaitu : perilaku tak sehat, dukungan sosial kurang, dan peningkatan risiko morbiditas secara fisik (Lenze, *et al.*, 2001).

Pembahasan berikut adalah keterkaitan kombinasi ketiga variabel terhadap disabilitas fungsional lansia. Pertama, status demensia merupakan faktor utama pada kasus disabilitas fungsional lansia. Temuan tersebut sejalan dengan studi McGuire, Ford, dan Ajani (2006), bahwa gangguan fungsi kognitif memiliki risiko yang lebih berat dibanding gangguan fungsi afektif. Fungsi kognitif ditemukan sebagai indikator mortalitas dan terdapat pada banyak kasus disabilitas fungsional. Perubahan fungsi kognitif terlihat sebagai gejala awal faktor neurologis dan medis sebelum manifestasi gangguan perilaku sosial muncul (gangguan AKS, gangguan perilaku okupasional, dan gangguan partisipasi sosial)

Kedua, proses penuaan secara normal (penuaan primer) berhubungan dengan kemunduran kapasitas fisiologis, misalnya kekuatan otot, kapasitas aerobik, koordinasi neuromotorik, dan fleksibilitas. Peningkatan disabilitas fungsional yang terkait dengan usia tersebut memiliki risiko terhadap aktivitas fisik yang terbatas. Namun beberapa penelitian Lunney, Lynn & Hogan, 2002; Lunney, Lynn, Foley, Lipson & Guralnik, 2003; Leon, Glass, & Berkman, 2003, menegaskan bahwa proses penuaan sekunder (faktor eksogen) lebih mempercepat proses disabilitas fungsional lansia dibanding penuaan primer (faktor endogen).

Ketiga, relevan dengan penelitian Lenze *et al.* (2001) serta Penninx, Guralnik,

Ferrucci, Simonsick, Daeg dan Wallace (1998) bahwa mekanisme pengaruh depresi terhadap disabilitas fisik dapat dibagi menjadi dua penyebab, yaitu : (1) depresi menyebabkan peningkatan risiko disabilitas fisik dan (2) disabilitas fisik menyebabkan depresi. Depresi di kalangan lansia yang tinggal di panti wredha cenderung mengarah pada kondisi yang kronis, karena potensi diri dan dukungan sosial dari lingkungannya kurang adekuat untuk mengembalikan pada kondisi semula. Pada akhirnya, depresi kronis menyebabkan terganggunya fungsi organ sehingga muncul disabilitas fungsional.

Penelitian menemukan beberapa keterbatasan fisik yang berisiko menimbulkan gejala depresi, misalnya: gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan mobilisasi, kesulitan berpakaian, berjalan terganggu, kesulitan toileting, kesulitan mandi, kesulitan merapikan diri, pola tidur terganggu, kelemahan otot ekstremitas bawah, dan kelemahan otot ekstremitas atas (lihat Tabel 2). Ketidaksesuaian antara keinginan dengan fungsi psikomotor dapat mengakibatkan depresi.

Akhirnya, kombinasi ketiga variabel bebas tersebut di atas akan bersifat sinergis terhadap munculnya gejala disabilitas fisik lansia. Model regresi tersebut konsisten dengan temuan berbagai studi Harris, Kovar, Suzman, Kleinman, dan Feldman, 1989; Guralnik, La Croix, dan Abbott, 1993; Rozzini, Frisoni, Ferrucci, Barbisoni, Bertozzi, dan Trabucchi, 1997; Andersen-Ranberg, Christensen, Jeune, Skytthe, Vasegaard, dan Vaupel, 1999; Lee dan Shinkai, 2003; Jitapunkul, Kunanusont, Phoolcharoen, Suriyawongpaisal, dan Ebrahim, 2003; Gool, Kempen, Penninx, Deeg, Beekman, dan Eijk 2003; Furner, Giloth, Arguelles, Miles dan Goldberg, 2004. Dari uraian tersebut kiranya dapat dikatakan bahwa kombinasi umur, status depresi, dan status demensia telah terbukti memiliki hubungan yang bermakna ( $F=12,997$ ;  $p=0,000$ ) dengan disabilitas fungsional lansia di PSTW Abiyoso dan PSTW Budi Dharma. Artinya skor GARS atau tingkat disabilitas lansia dapat diprediksi melalui formula : Disabilitas Fungsional Lansia =  $16,906 + 0,223*Umur + 0,443*Skor [GDS-15] - 0,499*Skor$

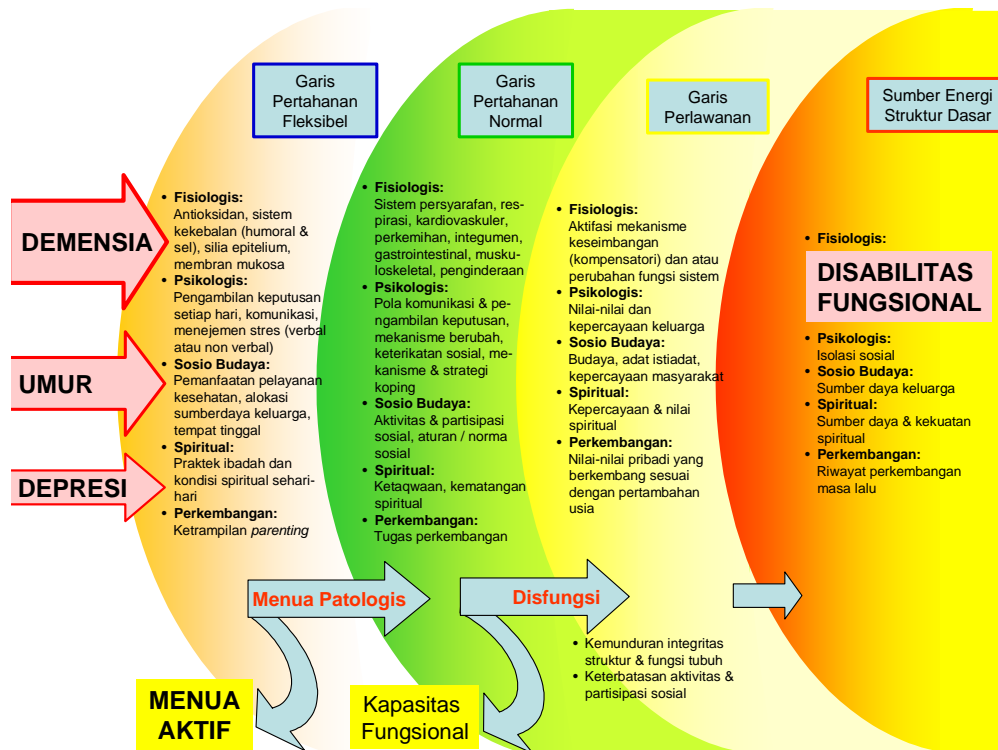
MMSE.

### 3.3. Hubungan stresor depresi, umur, dan demensia dengan respons disabilitas fungsional

Urutan besar pengaruh stresor demensia, umur, dan depresi terhadap disabilitas fungsional direpresentasikan dengan besar ukuran panah ketika menembus ke dalam garis pertahanan klien (Skema 1). Masing-masing garis pertahanan memiliki variabel-variabel fisiologis, psikologis, sosio-budaya, spiritual, dan perkembangan. Demensia, umur dan depresi dalam konteks penelitian ini, memainkan peran penting dalam perubahan variabel fisiologis lansia.

Skema 1.

Model teoritis hubungan stresor demensia, depresi dan umur dengan respons disabilitas fungsional pada lansia



Faktor antioksidan, sistem kekebalan tubuh, kondisi membrane mukosa dan silia epitel yang berperan sebagai penghalang (*barrier*) masuknya bibit penyakit merupakan



variabel-variabel yang menjaga Garis Pertahanan Fleksibel (GPF) sistem klien. Apabila GPF sukses memberikan proteksi bagi sistem klien maka lansia memiliki kondisi kesehatan yang prima dan produktif (menua aktif). Apabila, stressor berhasil melakukan penetrasi pada ring sistem berikutnya, maka lansia mengalami suatu kondisi yang dapat disejajarkan dengan proses menua patologis atau lansia memiliki risiko mengalami disabilitas fungsional tidak sesuai dengan umur kronologisnya.

Pertahanan berikutnya berada pada Garis Pertahanan Normal (GPN) yang didukung oleh sistem tubuh yang berfungsi secara normal, yaitu: sistem persyarafan, respirasi, kardiovaskuler, perkemihan, integumen, gastrointestinal, muskuloskeletal, penginderaan. Apabila upaya pemulihan (rekonstitusi) sistem klien berhasil mempertahankan diri dari penetrasi stresor maka klien akan kembali kepada kondisi sebelumnya dan kembali memiliki kapasitas fungsional yang sehat.

Apabila GPN tidak bisa membendung penetrasi stressor maka Garis Perlawanan (GP) melakukan aktifasi mekanisme keseimbangan (kompensatori) dan atau perubahan fungsi sistem. Apabila mekanisme kompensatori GP tidak berhasil, maka akan muncul respon disabilitas fungsional pada lansia.

### **3.4. Matriks proses keperawatan**

Matriks proses keperawatan (Tabel 5) disusun berdasarkan integrasi MSN ke dalam proses keperawatan dengan tetap berpedoman pada model teoritis (Skema 1). Fawcett (2004) menegaskan MSN dapat diaplikasikan pada berbagai area keperawatan dan pemanfaatannya masih bersifat kontekstual sehingga masih diperlukan interpretasi lebih lanjut.

## **4. Keterbatasan dan Implikasi Penelitian**

Penelitian ini memiliki keterbatasan-keterbatasan, sebagai berikut : (1) Peneliti tidak dapat mengambil variabel-variabel yang kemungkinan memiliki keterkaitan dengan disabilitas fungsional lansia secara komprehensif sehingga peneliti hanya

memanfaatkan data penelitian yang telah dikumpulkan dari tahap pre-test; (2) Penelitian ini hanya menggambarkan karakteristik lansia yang tinggal di panti wredha sehingga kurang menggambarkan karakteristik populasi lansia secara keseluruhan; dan (3) Instrumen GARS belum dilakukan uji validitas muka kepada ahli atau uji *re-translate*.

Penelitian ini memiliki implikasi yang penting bagi ranah pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan. Perawat perlu mengaplikasikan model konseptual MSN dalam proses keperawatan sesuai dengan ranah pelayanannya (individu, keluarga, atau komunitas). Perawat perlu mengembangkan instrumen pengukuran berdasarkan konsep MSN dengan memperhatikan aspek kesederhanaan, kemudahan, akurasi (valid dan reliabel), serta cocok untuk diaplikasikan sesuai dengan kondisi setempat. Intervensi keperawatan merupakan upaya fasilitasi perawat terhadap klien untuk mengembalikan keseimbangan dalam dirinya (rekonstitusi) sehingga perawat perlu menggunakan pendekatan prevensi primer, sekunder dan tersier. Peneliti keperawatan perlu meningkatkan kemampuan diri dalam menganalisis model konseptual keperawatan. Mengingat, mengadaptasi MSN sebagai *grand theory* untuk menjelaskan konsep-konsep yang umum digunakan dalam dunia keperawatan, perlu diderivasi dengan menggunakan teori-teori lain (*middle range theory*) dan diterjemahkan melalui instrumen empiris.

## **5. Kesimpulan dan Saran**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang pengaruh umur, status depresi dan status demensia terhadap disabilitas fungsional lansia di PSTW Abiyoso dan PSTW Budi Dharma dapat disimpulkan bahwa : (1) kombinasi umur, status depresi dan status demensia dapat digunakan untuk memprediksi disabilitas fungsional lansia dengan persamaan regresi, sebagai berikut : Disabilitas Fungsional Lansia (Skor GARS) =  $16,906 + 0,223 * \text{Umur} + 0,443 * \text{Skor GDS15} - 0,499 * \text{Skor MMSE}$ ; (2) kontribusi terbesar variabel bebas terhadap variasi disabilitas fungsional lansia berturut-turut adalah demensia, umur dan depresi. Temuan penelitian sejalan dan memperkuat berbagai studi

tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap disabilitas fungsional pada lansia; dan (3) dalam perspektif MSN, penyebab penurunan disabilitas fungsional: status demensia, umur, dan status depresi dapat dijelaskan sebagai stresor. Respon terhadap stresor diartikan sebagai proses rekonstitusi. Intervensi untuk membantu lansia memperbaiki dan mengoptimalkan disabilitas fungsional fisiknya dikategorikan sebagai upaya pencegahan primer, sekunder, dan tersier.

Peneliti mengharapkan perawat dapat menggunakan proses keperawatan berdasarkan aplikasi MSN di semua area keperawatan, baik pada tataran pelayanan individu, keluarga, kelompok khusus maupun komunitas. Perawat perlu melakukan upaya-upaya prevensi untuk mengurangi risiko disabilitas fisik pada lansia, sebagai berikut: (1) Prevensi primer dengan memperkuat GPF atau memberikan pendidikan kesehatan kepada lansia dan keluarga tentang: menurunkan risiko stress, latihan kebugaran secara rutin dan teratur, latihan Gerak Latih Otak (GLO), mengaktifkan diri dalam kegiatan-kegiatan sosial ke-masyarakatan, mencari teman berdiskusi atau mengobrol, memanfaatkan pelayanan kesehatan, memanfaatkan asuransi kesehatan/jaminan sosial, meningkatkan praktek ibadah sehari-hari; (2) Prevensi sekunder dengan memperkuat GP internal atau melakukan intervensi keperawatan dengan penemuan kasus secara dini dan penatalaksanaan gejala awal demensia dan depresi yang muncul; dan (3) Prevensi tersier dengan melindungi upaya rekonstitusi lansia, yaitu: mendorong lansia untuk patuh mengikuti program pengobatan dan rehabilitasi, pendidikan kesehatan kepada lansia dan keluarga untuk mencegah kasus terulang dan melihara stabilitas klien.

Pengelola panti wredha perlu memberikan Senam Gerak Latih Otak, terapi lingkungan (*milleu therapy*), terapi perilaku (*Cognitive Behavior Therapy*) untuk memulihkan daya ingat lansia, sedangkan psikoterapi untuk memulihkan status depresinya. Organisasi profesi keperawatan perlu menyusun kompetensi profesi perawat

komunitas dan perawat gerontik serta mengembangkan program pendidikan berkelanjutan bagi perawat profesional untuk meningkatkan kompetensi perawat komunitas dalam perawatan lansia.

## 6. Ucapan Terima Kasih

Peneliti memberikan penghargaan dan terma kasih kepada Pemerintah Provinsi D.I. Yogyakarta dan Badan PPSDM Kesehatan sehingga peneliti mendapatkan kesempatan untuk mengikuti tugas belajar.

### Korespondensi :

Bondan Palestin, SKM

Politeknik Kesehatan Yogyakarta Jurusan Keperawatan

Jl. Tatabumi Nol. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, Yogyakarta

e-mail : bondanp@gmail.com

### Kepustakaan :

- Andersen-Ranberg, K., Christensen, K., Jeune, B., Skytthe, A., Vasegaard, L., & Vaupel, J.W. (1999). Declining Physical Abilities with Age: a Cross-sectional Study of Older Twins and Centenarians in Denmark. *Age and Ageing*, 28: 373-377.
- Burrows, A.B., Morris, J.N., Simon, S.E., Hirdes, J.P., & Phillips, C. (2000). Development of a Minimum Data Set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age and Ageing*, 29: 165-172.
- Eliopoulos, C. (1997). *Gerontological Nursing*, Philadelphia: Lippincott-Raven Pub.
- Fawcett, J. (2004). Conceptual Models of Nursing: International in Scope and Substance? The Case of the Neuman Systems Model. *Nursing Science Quarterly*, 17(1): 50-54.
- Fawcett, J. & Gigliotti, E. (2001). Using Conceptual Models of Nursing to Guide Nursing Research: The Case of the Neuman Systems Model. *Nursing Science Quarterly*, 14(4): 339-345.
- Furner, S.E., Giloth, B.E., Arguelles, L., Miles, T.P., & Goldberg, J.H. (2004). A Co-Twin Control Study of Physical Function in Elderly African American Women. *Jou Aging and Health*, 16(1): 28-43.
- Gigliotti, E. (1999). Women's Multiple Role Stress: Testing Neuman's Flexible Line of Defense. *Nursing Science Quarterly*, 12(1): 36-44.
- Gool, C.H., Kempen, G.I.J.M., Penninx, B.W.J.H., Deeg, D.J.H., Beekman, A.T.F., & van Eijk, J.T.M. (2003). Relationship between changes in depressive symptoms and unhealthy lifestyles in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Age and Ageing*, 32: 81-87.
- Guralnik, J.M., La Croix, A., & Abbott, R.D. (1993). Maintaining Mobility in Late Life. Demographic Characteristics and Chronic Conditions. *Am J Epidemiol*, 137:845-857.
- Harris, T., Kovar, M.G., Suzman, R., Kleinman, J.C., & Feldman, J.J. (1989). Longitudinal Study of Physical Ability in the Oldest-old. *Am J Public Health*, 79: 698-702.
- Hall, K.A. & Hassett, A.M. (2002). MJA Practice Essentials — Mental Health : 13. Assessing and managing old age psychiatric disorders in community practice, *Med. Jou. of Australia*. <http://www.mja.com.au>. Diunduh pada tanggal 14 November 2003.
- Jitapunkul, S., Kuanusont, C., Phoolcharoen, W., Suriyawongpaisal, P., & Ebrahim, S. (2003). Disability-free life expectancy of elderly people in a population undergoing demographic and epidemiologic transition. *Age and Ageing*, 32: 401-405.
- Jorm, A.F. (1994). Disability in dementia: assessment, prevention, and rehabilitation. *Disabil Rehabil.*, 16: 98-109.
- Lee, Y. & Shinkai, S. (2003). A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37(1): 63-76.

- Lemeshow S., Hosmer Jr. D.W., Klar J., & Lwanga S.K. (1990). *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. Chichester : John Wiley & Sons Ltd.
- Lenze, E.J., Rogers, J.C., Martire, L.M., Mulsant, B.H., Rollman, B.L., Dew, M.A., Schulz, R., & Reynolds III, C.F. (2001). The Association of Late-Life Depression and Anxiety With Physical Disability A Review of the Literature and Prospectus for Future Research. *Am J Geriatr Psychiatry*, 9:113–135.
- Leon, C.F.M., Glass, T.A., & Berkman, L.F. (2003). Social Engagement and Disability in a Community Population of Older Adults. *Am J Epidemiol*, 157(7):633–642.
- Lowry, L.W. & Anderson, B. (1993). Neuman's Framework and Ventilator Dependency: A Pilot Study. *Nursing Science Quarterly*, 6(4): 195-200.
- Lueckenotte, A.G. (2000). *Gerontologic Nursing*. St. Louis: Mosby-Year Book Inc.
- Lunney, JR., Lynn, J., Foley, DJ., Lipson, S., & Guralnik, JM. (2003). Patterns of Functional Decline at the End of Life. *JAMA*, 289(18): 2387-2392.
- Lunney, J.R., Lynn, J., & Hogan, C. (2002). Profiles of Older Medicare Decedents. *J Am Geriatr Soc*, 50: 1108-1112.
- McGuire, L.C., Ford, E.S., & Ajani, U.A. (2006). Cognitive Functioning as a Predictor of Functional Disability in Later Life. *Am J Geriatr Psychiatry*, 14(1): 36-42.
- Miller, C.A. (1995). *Nursing Care of Older Adults Theory and Practice* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia : JB. Lippincott Co.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2002). *The Neuman systems model* (4<sup>th</sup> ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Penninx, B.W.J.H., Guralnik, J.M., Ferrucci, L., Simonsick, Daeg, & Wallace. (1998). Depressive Symptoms and Physical Decline in Community-Dwelling Older Persons. *JAMA*, 279(21): 1720-1726.
- Reed, K.S. (1993). Adapting the Neuman System Model for Family Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 6: 93-97.
- Roberts, R.E., Kaplan, G.A., Shema, S.J., & Strawbridge, W.J. (1997). Does growing old increase the risk for depression?. *Am J Psychiatry*, 154(10):1384-1390.
- Roccaforte, W.H., Burke, W.J., Bayer, B.L., & Wengel, S.P. (1994). Reliability and validity of the Short Portable Mental Status Questionnaire administered by telephone. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 7(1): 33-38.
- Rozzini, R., Frisoni, G.B., Ferrucci, L., Barbisoni, P., Bertozzi, B., & Trabucchi, M. (1997). The effect of chronic diseases on physical function. Comparison between activities of daily living scales and the Physical Performance Test. *Age and Ageing*, 26: 281-287.
- Stepans, M.B.F. & Fuller, S. G. (1999). Measuring infant exposure to environmental tobacco smoke. *Clinical Nursing Research*, 8(3): 198-218.
- Stepans, M.B.F. & Knight, J.R. (2002). Application of Neuman's Framework: Infant Exposure to Environmental Tobacco Smoke. *Nursing Science Quarterly*, 15(4): 327-334.
- Sutcliffe, C., Cordingley, L., Challis, D., Mozley, C., Bagley, H., Price, L., Burns, A., & Huxley P. (2000). A new version of the geriatric depression scale for nursing and residential home populations: The Geriatric Depression Scale (Residential) (GDS-12R). *International Psychogeriatrics*, 12: 173-181.
- Suurmeijer, Th.B.P.M, Doeglas, D.M., Mourn T., Briançon, S., Krol, B., Sanderman, R., Guillemin, F., Bjelle, A., & Heuvel, W.J.A. (1994). The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability: Its utility in international comparisons. *Am J Public Health*, 84: 1270-1273.
- Villarruel, A.M., Bishop, T.L., Simpson, E.M., Jemmott, L.S., & Fawcett, J. (2001). Borrowed Theories, Shared Theories, and the Advancement of Nursing Knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 14(2): 158-163.
- Yellowlees, P. (2002). MJA Practice Essentials — Mental Health : 1. Psychiatric assessment in community practice, *Med. Jou. of Australia*. <http://www.mja.com.au>. Diunduh pada tanggal 14 November 2003.

## LAMPIRAN

Tabel 1.  
Distribusi responden menurut karakteristiknya di PSTW Abiyoso dan  
PSTW Budi Dharma Provinsi D.I. Yogyakarta tahun 2006

No.	Karakteristik	Frek	%
1.	Kelompok umur :		
	$\geq$ 80 tahun	11/70	15,7
	70 - 79 tahun	24/70	34,3
	60 - 69 tahun	35/70	50,0
2.	Jenis kelamin :		
	Laki-laki	31/70	44,3
	Perempuan	39/70	55,7
3.	Pendidikan :		
	Tidak sekolah	34/70	48,6
	SD/SR	30/70	42,9
	SLTP	6/70	8,6
4.	Status perkawinan :		
	Janda	35/70	50,0
	Duda	28/70	40,0
	Belum menikah	7/70	10,0

Tabel 2.  
Distribusi responden menurut status fungsional di PSTW Abiyoso dan  
PSTW Budi Dharma Provinsi D.I. Yogyakarta tahun 2006

No.	Status fungsional	Frek	%
1.	Aktivitas keseharian :		
	a. Tanpa menggunakan alat Bantu	47/70	67,1
	b. Menggunakan alat Bantu	23/70	32,9
2.	Jenis alat bantu :		
	a. Kacamata	5/23	21,7
	b. Kruk	1/23	4,3
	d. Tongkat	16/23	69,6
	e. Tripod	1/23	4,3
3.	Disabilitas fungsional (Skor GARS):		
	a. Mandiri	63/70	90,0
	b. Mandiri namun mengalami sedikit kesulitan	7/70	10,0
4.	Keterbatasan fisik yang dimiliki :		
	a. Gangguan penglihatan	12/70	17,1
	b. Gangguan pendengaran	5/70	7,1
	c. Gangguan mobilisasi	6/70	8,6
	d. Kesulitan berpakaian	2/70	2,9
	e. Masalah Vasculerisasi	11/70	15,7
	f. Berjalan terganggu	11/70	15,7

No.	Status fungsional	Frek	%
g.	Kesulitan toileting	4/70	5,7
h.	Kesulitan mandi	3/70	4,3
i.	Kesulitan merapikan diri	5/70	7,1
j.	Masalah kulit	9/70	12,9
k.	Tremor	11/70	15,7
l.	Pola tidur terganggu	6/70	8,6
m.	Gangguan b.a.k	6/70	8,6
n.	Gangguan b.a.b	6/70	8,6
o.	Masalah gastro-intestinal	7/70	10,0
p.	Hipertensi	25/70	35,7
q.	Kelemahan otot ekstremitas bawah	13/70	18,6
r.	Kelemahan otot ekstremitas atas	16/70	22,9

Tabel 3.

Distribusi responden menurut status depresi dan status demensia di PSTW Abiyoso dan PSTW Budi Dharma Provinsi D.I. Yogyakarta tahun 2006

No.	Status	Frek	%
1.	Depresi:		
	a. Depresi sedang-berat	31/70	44,3
	b. Depresi ringan	39/70	55,7
2.	Demensia:		
	a. Gangguan kognitif	8/70	11,4
	b. Kognitif utuh	62/70	88,6

Tabel 4.

Analisis pengaruh umur, depresi dan demensia terhadap disabilitas fungsional di PSTW Abiyoso dan PSTW Budi Dharma Provinsi D.I. Yogyakarta tahun 2006

Variabel	Signifikansi variabel				Signifikansi model	
	B*	t	Beta**	p-value	F	r (r <sup>2</sup> )
Konstanta	16,906	2,133	--	0,037		
Umur	0,223	2,621	0,272	0,011	12,997	0,609
Depresi	0,443	1,963	0,196	0,054	(p = 0,000)	(0,371)
Demensia	-0,499	-3,590	-0,378	0,001		

Keterangan :

\* = Koefisien Beta yang belum distandardisasi

\*\* = Koefisien Beta yang telah distandardisasi

Tabel 5.  
Aplikasi MSN dalam Proses Keperawatan

I. PENGKAJIAN	II. PERENCANAAN	III. IMPLEMENTASI	IV. EVALUASI
<p><b>A. Data Pengkajian Klien</b></p> <p>1. Klien</p> <p>2. Garis pertahanan Klien: Garis pertahanan fleksibel Garis pertahanan Normal Garis perlawanan Sumber energi struktur dasar</p> <p>3. Variabel-variabel dalam garis pertahanan klien : Fisiologis Psikologis Sosio-Budaya Spiritual Perkembangan</p>	<p><b>A. Tujuan dengan Kriteria Hasil</b></p> <p>1. Pernyataan tujuan memperhatikan : Prevensi : Primer Sekunder Tersier Kriteria hasil yang terukur Tujuan jangka pendek / jangka panjang Berorientasi pada kondisi klien Memiliki batas waktu Mengikutsertakan keluarga</p>	<p><b>A. Efektivitas Intervensi</b></p> <p>1. Gambaran : Proses implementasi rencana keperawatan Mempertimbangkan: Intervensi independen Pendidikan kesehatan Pemberdayaan keluarga Sumber daya keluarga Kolaborasi</p>	<p><b>A. Evaluasi Hasil</b></p> <p>1. Evaluasi pencapaian tujuan dan menggunakan indikator perkembangan kesehatan klien: Pencapaian tujuan Data kajian ulang klien Respons &amp; reaksi klien terhadap intervensi keperawatan: ADL/ IADL, <i>self-care</i>, adaptasi, partisipasi, perubahan perilaku klien dan keluarga</p>
<p><b>B. Analisis Data</b></p> <p>1. Identifikasi stresor lingkungan yang berdampak pada garis pertahanan klien : Aktual, risiko, atau potensial Fisiologis, Psikologis, Sosio- Budaya, Spiritual, Perkembangan Intra-personal, inter-personal, atau ekstra-Personal</p> <p>2. Reaksi &amp; respon klien terhadap stresor yang dinyatakan sebagai: Perbedaan derajat kesehatan baik aktual maupun potensial sebagai dampak stresor terhadap garis pertahanan klien</p>	<p><b>B. Prevensi sebagai Intervensi</b></p> <p>1. Intervensi keperawatan yang dibedakan menjadi prevensi : Primer Sekunder Tersier</p>	<p><b>B. Reaksi dan Respons Klien</b></p> <p>1. Penjelasan Reaksi dan respon klien dalam : Proses implementasi rencana keperawatan Mempertimbangkan: Intervensi independen Pendidikan kesehatan Pemberdayaan keluarga Sumber daya keluarga Kolaborasi</p>	<p><b>B. Perencanaan Ulang</b></p> <p>1. Revisi rencana keperawatan</p>
<p><b>C. Diagnosis Keperawatan</b></p> <p>1. Pernyataan diagnosis keperawatan yang dinyatakan sebagai: Masalah kesehatan Etiologi (stresor) Gejala (dinilai dari data klien)</p>			



## SKALA DEPRESI GERIATRI

(Geriatric Depression Scale 15-Item / GDS-15)

No.	KEADAAN YANG DIRASAKAN SELAMA SEMINGGU TERAKHIR	Nilai Respon	
		YA	TIDAK
1.	Apakah Anda sebenarnya puas dengan kehidupan Anda ?	0	1
2.	Apakah Anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan Anda ?	1	0
3.	Apakah Anda merasa kehidupan Anda kosong?	1	0
4.	Apakah Anda sering merasa bosan?	1	0
5.	Apakah Anda masih memiliki semangat hidup ?	0	1
6.	Apakah Anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada Anda ?	1	0
7.	Apakah Anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup Anda ?	0	1
8.	Apakah Anda sering merasa tidak berdaya	1	0
9.	Apakah Anda lebih suka tinggal di rumah, daripada pergi keluar untuk mengerjakan sesuatu yang baru ?	1	0
10.	Apakah Anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat Anda dibanding kebanyakan orang?	1	0
11.	Apakah Anda pikir bahwa hidup Anda sekarang ini menyenangkan?	0	1
12.	Apakah Anda merasa tidak berharga?	1	0
13.	Apakah Anda merasa penuh semangat?	0	1
14.	Apakah Anda merasa keadaan Anda tidak ada harapan?	1	0
15.	Apakah Anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada Anda ?	1	0
S K O R			

Interpretasi :

Jumlah respon dijumlahkan dan dikategorikan menjadi :

- (1) Skor 10 – 15 = depresi berat
- (2) Skor 6 – 9 = depresi sedang
- (3) Skor 0 – 5 = depresi ringan

Sumber :

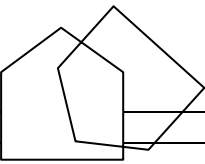
Sutcliffe, C., Cordingley, L., *et al.* (2000) A new version of the geriatric depression scale for nursing and residential home populations: The Geriatric Depression Scale (Residential) (GDS-12R). *International Psychogeriatrics*, 12: 173-181 yang telah dimodifikasi kalimat pada item 5 oleh Palestin, B., Olfah, Y., Winarso, M.S. & Bakri, M.H. (2005). Pengaruh Terapi Okupasional Terhadap Penurunan Tingkat Depresi dan Peningkatan Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari pada Lansia di PSTW Abiyoso Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. *Jurnal Teknologi Kesehatan*, 1(1): 41-54.

SET DATA MINIMAL UNTUK SKALA DEPRESI (Minimum Data Set-based Depression Rating Scale)	SKORING		
	Lansia tidak memperlihatkan gejala dalam 30 hari terakhir	Lansia memperlihatkan gejala dalam 1 s.d. 5 hari per minggu	Lansia memperlihatkan gejala selama 6 atau 7 hari per minggu.
<b>EKSPRESI VERBAL :</b>	(0)	(1)	(2)
1. Lansia mengucapkan pernyataan negatif (gagasan bunuh diri secara pasif) -- <i>'hidupku tidak berarti; lebih baik aku mati saja; menyesal karena hidup lebih lama; aku ingin mati secepatnya'</i>			
2. Pertanyaan yang diulang-ulang -- <i>'Kemana aku harus pergi; apa yang harus aku lakukan?'</i>			
3. Pernyataan butuh pertolongan yang diulang-ulang -- <i>'Ya Tuhan tolonglah hamba-Mu'</i>			
4. Mudah jengkel, mudah tersinggung, & pemarah			
5. Mengutuk diri sendiri -- <i>'aku tak berguna; aku membebani orang lain'</i>			
6. Ekspresi ketakutan / kekhawatiran yang tidak beralasan -- <i>'takut dikucilkan, takut ditinggal'</i>			
7. Ekspresi kepanikan terhadap sesuatu yang akan terjadi -- <i>'panik karena sewaktu-waktu bisa terserang penyakit jantung'</i>			
8. Keluhan terhadap kondisi kesehatannya -- <i>'sakit saya tidak sembuh-sembuh'</i>			
9. Keluhan terhadap aktivitas kehidupan sehari-hari (tidak berkaitan dengan masalah kesehatan)-- <i>'tidak cocok dengan teman, makanan tidak cocok'</i>			
<b>EKSPRESI NON-VERBAL :</b>			
10. Perubahan suasana hati sehari-hari -- sedih di pagi hari			
11. Gangguan tidur -- insomnia, perubahan pola tidur			
12. Sedih, ekspresi wajah cemas -- kening berkerut			
13. Menangis, mata berkaca-kaca			
14. Gerakan tak teratur yang berulang (agitasi) -- jalan mondar-mandir, meremas-remas jari tangan, tidur tidak nyenyak dan gelisah, gelisah			
15. Menarik diri dari lingkungan -- tidak suka bergabung dengan saudara / teman			
16. Interaksi sosial menurun			
Interpretasi : Jumlah respon dijumlahkan dan dikategorikan menjadi : (0) skor $\geq 3$ = Depresi positif (1) skor 0-2 = Depresi negatif		<b>Skor Total</b>	

Sumber :

Burrows, A.B., Morris, J.N., Simon, S.E., Hirdes, J.P. & Phillips, C. (2000). Development of a Minimum Data Set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age and Ageing*, 29: 165-172.

## PENILAIAN STATUS MENTAL MINI (Mini-Mental State Examination/MMSE)

Isilah hasil penilaian pada kolom DICAPAI :		Skor	
<b>Orientasi</b>		Tertinggi	Dicapai
1.	Sekarang ini ( <i>tahun</i> ), ( <i>musim</i> ), ( <i>bulan</i> ), ( <i>tanggal</i> ), ( <i>hari</i> ), apa?	5	
2.	Kita berada di mana ? ( <i>negara</i> ), ( <i>propinsi</i> ), ( <i>kota</i> ), ( <i>panti wredha</i> ), ( <i>lantai/kamar</i> )	5	
<b>Registrasi Memori</b>			
3.	Sebut 3 obyek. Tiap obyek 1 detik, kemudian lansia diminta mengulangi 3 nama obyek tadi. Nilai 1 untuk setiap nama obyek yang benar. Ulangi sampai lansia dapat menyebutkan dengan benar. Catat jumlah pengulangannya.	3	
<b>Atensi dan Kalkulasi</b>			
4.	Kurangkan 100 dengan 5, kemudian hasilnya berturut-turut kurangkan dengan 5 sampai pengurangan kelima (100 ; 95 ; 90 ; 85 ; 80 ; 75). Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. <b>Atau</b> Eja secara terbalik kata "WAHYU". Nilai diberikan pada huruf yang benar sebelum kesalahan, misal "UYAHW"	5	
<b>Pengenalan Kembali (<i>recalling</i>)</b>			
5.	Lansia diminta menyebut lagi 3 obyek di atas (pertanyaan ke-3)	3	
<b>Bahasa</b>			
6.	Lansia diminta menyebut 2 benda yang ditunjukkan perawat, misal : pensil, buku	2	
7.	Lansia diminta mengulangi ucapan perawat : <i>namun, tanpa, apabila</i>	1	
8.	Lansia mengikuti 3 perintah : <i>ambil kertas itu dengan tangan kanan Anda, lipatlah menjadi dua, dan letakkan di lantai</i>	3	
9.	Lansia diminta membaca dan melakukan perintah : <i>Pejamkan mata Anda</i>	1	
10.	Lansia diminta menulis kalimat singkat tentang pikiran / perasaan secara spontan di bawah ini. Kalimat terdiri dari 2 kata (subyek dan predikat) : .....	1	
11.	Lansia diminta menggambar bentuk di bawah ini: 	1	
<b>Skor Total</b>		<b>30</b>	

Interpretasi :

Jumlah respon dijumlahkan dan dikategorikan menjadi :

- (1) Skor  $\leq 16$  : Terdapat gangguan kognitif.
- (2) Skor 17-23 : Kemungkinan terdapat gangguan kognitif.
- (3) Skor 24-30 : Tak ada gangguan kognitif.

Sumber :

Dimodifikasi dari Yellowlees, P. (2002). MJA Practice Essentials — Mental Health : 1. Psychiatric assessment in community practice, Med. Jou. of Australia. <http://www.mja.com.au>. Diunduh pada tanggal 14 November 2003.

**KUESIONER SINGKAT UNTUK STATUS MENTAL**  
(*Short Portable Mental Status Questionnaire/SPMSQ*)

Pertanyaan :		Jawaban	
		Salah	Benar
1.	Tanggal berapakah hari ini? ( <i>tanggal, bulan, tahun</i> )	1	0
2.	Hari apakah ini?	1	0
3.	Apakah nama tempat ini?	1	0
4.	Di jalan apakah panti wredha ini ?	1	0
5.	Berapakah umur Bapak / Ibu ?	1	0
6.	Kapankah Bapak / Ibu lahir ? ( <i>tanggal, bulan, tahun</i> )	1	0
7.	Siapakah nama orang tua Bapak / Ibu ? ( <i>Ayah, Ibu</i> )	1	0
8.	Siapakah nama (Presiden RI), (Wakil Presiden RI) sekarang ?	1	0
9.	Siapakah nama (Presiden RI), (Wakil Presiden RI) sebelumnya ?	1	0
10.	Hitung mundur 3 langkah dari angka 20, sampai 5 langkah	1	0
<b>Skor Total</b>		<b>10</b>	<b>0</b>

Interpretasi :

Jumlah respon dijumlahkan dan dikategorikan menjadi :

- (1) 8 – 10 kesalahan : gangguan kognitif berat
- (2) 5 – 7 kesalahan : gangguan kognitif sedang
- (3) 3 – 4 kesalahan : gangguan kognitif ringan
- (4) 0 – 2 kesalahan : status kognitif utuh

Sumber :

Dimodifikasi dari Roccaforte, W.H., Burke, W.J., Bayer, B.L. & Wengel, S.P. (1994). Reliability and validity of the Short Portable Mental Status Questionnaire administered by telephone. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 7(1): 33-38.

## SKALA KETERBATASAN AKTIVITAS GRONINGEN

NO.	KEGIATAN	RESPON LANSIA				
		Dapat melakukan pekerjaan secara mandiri dengan tanpa kesulitan apapun	Dapat melakukan pekerjaan secara mandiri namun mendapatkan sedikit kesulitan	Dapat melakukan pekerjaan secara mandiri namun mengalami kesulitan yang cukup besar	Tidak dapat melakukan pekerjaan secara mandiri sehingga membutuhkan bantuan orang lain	Tidak mampu melakukan semua pekerjaan sehingga sangat tergantung pada orang lain
		(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
<b>A. Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS)</b>						
1.	Berpakaian					
2.	Beranjak dari dan ke tempat tidur					
3.	Beranjak dari kursi					
4.	Membersihkan diri (lap muka, sisir, gosok gigi)					
5.	Mandi dan mengeringkan badan					
6.	Menggunakan toilet (ke/dari WC, menyiram, menyeka, lepas/pakai celana)					
7.	Makan					
8.	Berjalan di dalam rumah termasuk menggunakan tongkat					
9.	Naik turun tangga					
10.	Berjalan di sekitar/luar rumah termasuk menggunakan tongkat					
11.	Merawat/melindungi kaki					
<b>B. Aktivitas Instrumen Kehidupan Sehari-hari (AIKS)</b>						
12.	Menyiapkan hidangan					
13.	Mengerjakan pekerjaan rumah tangga yang ringan (misal: menyapu, merapikan)					
14.	Mengerjakan pekerjaan rumah tangga yang berat (misal: mengepel lantai, membersihkan jendela)					
15.	Mencuci dan menyetrika baju					
16.	Merapikan tempat tidur					
17.	Belanja					
JUMLAH SKOR						

**Keterangan :**

- Penilaian respon lebih berfokus pada kemampuan yang dimiliki lansia untuk melakukan pekerjaan secara mandiri, bukan pada kebiasaan lansia melakukan pekerjaan tertentu.
- Interpretasi respon klien : Skor minimum = 17; Skor maksimum = 68; Semakin tinggi skor yang didapatkan, maka semakin besar disabilitas fisik lansia.
- Dimodifikasi dari Suurmeijer, T.B.P.M, Doeglas, D.M., T., Briançon, S., Krol, B., Sanderman, R., Guillemin, F., Bjelle, A., & Heuvel, W. The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability: Its utility in international comparisons. *Am J Public Health*. 1994; 84: 1270-1273 (Table 1, page 1271).