



PANDUAN PRAKTIKUM KEPERAWATAN GERONTIK 2017

Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga



Rista Fauziningtyas, S.Kep.Ns., M.Kep
Elida Ulfiana S.Kep., Ns., M.Kep
Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si
Dr. Retno Indarwati, S.Kep.Ns., M.Kep

PANDUAN PRAKTIKUM KEPERAWATAN GERONTIK

Penulis:

Rista Fauziningtyas, S.Kep.Ns., M.Kep

Elida Ulfiana S.Kep., Ns., M.Kep

Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si

Dr. Retno Indarwati, S.Kep.Ns., M.Kep

FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

2017

PANDUAN PRAKTIKUM KEPERAWATAN GERONTIK

Penulis:

1. Rista Fauziningtyas, S.Kep.Ns., M.Kep
2. Elida Ulfiana S.Kep., Ns., M.Kep
3. Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si
4. Dr. Retno Indarwati, S.Kep.Ns., M.Kep

Hak Cipta © 2017, Pada Penerbit

Hak publikasi pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Dilarang menerbitkan atau menyebarkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun, baik secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotokopi, merekam, atau sistem penyimpanan dan pengambilan informasi, tanpa seizin tertulis dari penerbit

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Kampus C Unair Mulyorejo Surabaya 60115
Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752
Fax. (031) 5913257, 5913752
Email: dekan@fkp.unair.ac.id

ISBN : 978-602-6593-21-4

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga Buku Panduan Praktikum Keperawatan Gerontik tahun 2017 telah diselesaikan. Panduan Praktikum Keperawatan Gerontik ini merupakan modul praktikum edisi pertama, sebagai panduan bagi mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners dalam melakukan praktik di laboratorium keperawatan dan tim dosen dalam melakukan bimbingan pembelajaran di laboratorium.

Terimakasih disampaikan kepada Dekan Fakultas Keperawatan dan Ketua Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas atas dukungan dan kontribusi dalam penyempurnaan buku ini, dan semua pihak yang telah ikut membantu dalam penyelesaian buku ini.

Kami berharap para pembaca dapat memberikan kritik dan saran terhadap penyempurnaan buku ini. Semoga buku ini dapat memberi manfaat bagi mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners khususnya dan bagi semua pihak yang membutuhkan.

Surabaya, 07 September 2017

Penyusun,

DAFTAR ISI

| | |
|--|----|
| KATA PENGANTAR | 4 |
| DAFTAR ISI | 5 |
| DAFTAR TABEL | 8 |
| BAB 1 PEMERIKSAAN <i>ACTIVITIES OF DAILY LIVING</i> (ADL): INDEKS BARTHEL | 9 |
| 1.1 Definisi <i>Activities Of Daily Living</i> (ADL) | 9 |
| 1.2 Faktor yang Mempengaruhi ADL pada Lansia | 11 |
| 1.3 Standar Operasional Prosedur Pemeriksaan ADL: Indeks Barthel | 11 |
| <i>A. Definisi</i> | 11 |
| <i>B. Tujuan</i> | 12 |
| <i>C. Persiapan</i> | 12 |
| <i>D. Implementasi</i> | 12 |
| <i>E. Evaluasi</i> | 14 |
| 1.4 Latihan Soal | 15 |
| BAB 2 ASISTENSI MEMINDAHKAN LANSIA | 16 |
| 2.1 Standar Operasional Prosedur Memindahkan Lansia dari Tempat Tidur-Kursi Roda | 16 |
| <i>A. Definisi</i> | 16 |
| <i>B. Tujuan</i> | 16 |
| <i>C. Persiapan</i> | 16 |
| <i>D. Implementasi</i> | 16 |
| <i>E. Evaluasi dan Dokumentasi</i> | 19 |
| 2.2 Latihan Soal | 19 |
| BAB 3 PEMERIKSAAN FUNGSI KOGNITIF: MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE), DAN CLOCK DRAWING TEST (CDT) | 20 |
| 3.1 Standar Operasional Prosedur Mini Mental State Examination (MMSE) | 20 |
| <i>A. Definisi</i> | 20 |
| <i>B. Tujuan</i> | 21 |
| <i>C. Persiapan</i> | 21 |
| <i>D. Implementasi</i> | 21 |
| <i>E. Evaluasi</i> | 27 |
| 3.2 Standar Operasional Prosedur Drawing Clock Test | 28 |
| <i>A. Definisi</i> | 28 |
| <i>B. Tujuan</i> | 28 |
| <i>C. Persiapan</i> | 28 |
| <i>D. Implementasi</i> | 28 |

| | |
|--|----|
| E. Evaluasi..... | 29 |
| 3.3 Latihan Soal | 29 |
| | |
| BAB 4 PEMERIKSAAN RESIKO JATUH: <i>TIME UP GO TEST</i> (TUGT) | |
| | 30 |
| 4.1 Standar Operasional Prosedur <i>Time Up Go Test</i> (TUGT)..... | 30 |
| A. Definisi..... | 30 |
| B. Tujuan..... | 30 |
| C. Persiapan Alat..... | 30 |
| D. Implementasi..... | 30 |
| E. Evaluasi..... | 33 |
| 4.2 Latihan Soal | 33 |
| | |
| BAB 5 LATIHAN KESEIMBANGAN | 34 |
| 5.1 Standar Operasional Prosedur Latihan Keseimbangan Untuk Lansia | 34 |
| A. Definisi..... | 34 |
| B. Tujuan..... | 34 |
| C. Persiapan | 34 |
| D. Implementasi | 35 |
| E. Evaluasi..... | 35 |
| 5.2 Latihan Soal | 36 |
| | |
| BAB 6 PEMERIKSAAN KUALITAS TIDUR LANSIA <i>THE PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX</i> (PSQI) | |
| | 37 |
| 6.1 Standar Operasional Prosedur Pemeriksaan Kualitas Tidur Lansia <i>The Pittsburgh Sleep Quality Index</i> (PSQI) | 37 |
| A. Definisi..... | 37 |
| B. Tujuan..... | 37 |
| C. Persiapan | 39 |
| D. Implementasi | 39 |
| E. Evaluasi..... | 43 |
| 6.2 Latihan Soal | 44 |
| | |
| BAB 7 PEMERIKSAAN STATUS NUTRISI PADA LANSIA <i>MINI NUTRITIONAL ASSESMENT</i> (MNA) | |
| | 45 |
| 7.1 Standar Operasional Prosedur Pemeriksaan <i>Mini Nutritional Assesment</i> (MNA)..... | 45 |
| A. Definisi..... | 45 |
| B. Tujuan..... | 45 |
| C. Persiapan | 46 |

| | |
|-------------------------------|----|
| <i>D. Implementasi</i> | 46 |
| <i>E. Evaluasi</i> | 48 |
| 7.2 Latihan Soal | 48 |
| DAFTAR PUSTAKA | 50 |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 1 Lembar Pengkajian Indeks Barthel | 12 |
| Tabel 2 Panduan Pemeriksaan MMSE | 20 |
| Tabel 3 Format Pemeriksaan MMSE | 24 |
| Tabel 4 Dokumentasi TUGT | 31 |
| Tabel 5 Interpretasi hasil TUGT | 32 |
| Tabel 6 Cara perhitungan Skor PSQI dan Interpretasi Skor | 42 |
| Tabel 7 <i>Mini Nutritional Assessment</i> (MNA) | 46 |

BAB 1 PEMERIKSAAN *ACTIVITIES OF DAILY LIVING* (ADL): INDEKS BARTHEL

1.1 Definisi *Activities Of Daily Living* (ADL)

Activities Of Daily Living (ADL) atau aktivitas sehari-hari adalah sekumpulan kegiatan yang dilakukan oleh Lansia untuk memenuhi kebutuhan perawatan dirinya. Aktivitas tersebut meliputi mandi, berpakaian, berpindah dari tempat tidur atau kursi, berjalan, menggunakan toilet, dan makan (Lueckenotte, 2000). Seiring terjadinya proses penuaan maka akan terjadi perubahan ataupun kemunduran dalam ADL lansia. Oleh karena itu, perawat harus memiliki kemampuan dalam mengkaji kemampuan ADL lansia.

Keenam kegiatan ini didefinisikan sebagai berikut: 1) Pergerakan di tempat tidur berarti duduk di, naik dari, dan bergerak di tempat tidur; 2) Transfer berarti bergerak dari satu kursi ke kursi lainnya, mengubah posisi dari duduk untuk berdiri, dan mentransfer ke dan dari toilet dan tempat tidur; 3) Pergerakan berarti berjalan di tingkat, di lereng yang landai dan menuruni tangga; 4) Berganti baju berarti memakai kaus kaki, stoking, dan sepatu, serta pakaian atasan dan bawahan ; 5) *Personal Hygiene* berarti perawatan pribadi, mencuci muka, ekstremitas dan perineum; 6) Makan berarti makan dan minum, tapi bukan persiapan makanan (Gallo, J.J., & Paveza, G.J, 2006).

Selain ADL ada indikator lain yang dapat digunakan untuk mengetahui fungsi individu dalam aktivitas sehari-hari, yaitu Aktivitas instrumental kehidupan sehari-hari (IADLs). IADLs agak lebih rumit namun tetap mencerminkan kemampuan seseorang untuk hidup mandiri dan berkembang. Indikator IADL, sebagai berikut:

1. Membina Persahabatan dan dukungan mental.

Ini adalah IADL yang fundamental dan sangat dibutuhkan untuk kehidupan sehari-hari. Ini merefleksikan bantuan yang mungkin diperlukan untuk menjaga lansia tetap dalam kerangka berpikir positif

2. Transportasi dan belanja

Berapa banyak lansia bisa berkeliling atau membeli dari toko kelontong dan kebutuhan farmasi mereka tanpa bantuan

3. Menyiapkan makanan

Merencanakan dan menyiapkan berbagai aspek makanan, termasuk berbelanja dan menyimpan bahan makanan

4. Mengelola rumah tangga

Membersihkan, merapikan, mengeluarkan sampah dan kekacauan, dan mencuci pakaian dan melipat pakaian

5. Mengelola pengobatan

Berapa banyak bantuan yang mungkin diperlukan dalam mendapatkan resep yang ada, menjaga obat-obatan sampai saat ini dan minum obat tepat waktu dan dengan dosis yang tepat

6. Berkomunikasi dengan orang lain

Menggunkan telepon rumah dan surat kabar dan umumnya membuat rumah ramah bagi pengunjung

7. Mengelola keuangan

Berapa banyak bantuan yang mungkin dibutuhkan lansia dalam mengelola saldo bank dan buku cek dan membayar tagihan tepat waktu

(Kernisan, 2017)

Pengkajian ADL dan IADLs dapat dilakukan oleh perawat dengan menggunakan beberapa instrumen pengukuran, yaitu Indeks KATZ, Indeks Barthel, Lawton IADL dan lain sebagainya.

1.2 Faktor yang Mempengaruhi ADL pada Lansia

Faktor–faktor yang Mempengaruhi kemampuan *melakukan Activity of Daily Living* (ADL) adalah

1. Umur dan status perkembangan
2. Kesehatan fisiologis
3. Fungsi Kognitif
4. Fungsi Psikososial
5. Tingkat stress
6. Ritme biologi
7. Status mental

(Lueckenotte, 2000)

1.3 Standar Operasional Prosedur Pemeriksaan ADL: Indeks Barthel

A. Definisi

Indeks Barthel merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas. Indeks Barthel menggunakan 10 indikator ADL, sebagai berikut:

1. Makan (*Feeding*)
2. Mandi (*Bathing*)
3. Perawatan diri (*Grooming*)
4. Berpakaian (*Dressing*)
5. Buang air kecil (*Bowel*)
6. Buang air besar (*Bladder*)
7. Penggunaan toilet
8. Transfer (Berpindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya)
9. Mobilitas
10. Naik turun tangga

B. Tujuan

Melakukan pengkajian kemampuan lansia dalam melakukan ADL

C. Persiapan

1. Alat tulis
2. Lembar instrumen pengkajian dengan Indeks Barthel

D. Implementasi

Perhatian Khusus:

1. Pemeriksaan dengan Indeks Barthel harus digunakan sebagai catatan tentang apa yang dilakukan klien, BUKAN sebagai catatan tentang apa yang dapat dilakukan klien.
2. Tujuan utama pemeriksaan adalah untuk menetapkan tingkat independensi dari bantuan, fisik atau verbal, sekecil apapun dengan berbagai alasan.
3. Kebutuhan pengawasan dapat membuat klien menjadi tidak mandiri.
4. Kinerja klien harus ditetapkan dengan menggunakan bukti terbaik yang ada. Meminta klien, teman / saudara, dan perawat akan menjadi sumber yang biasa, tapi pengamatan langsung merupakan sumber informasi terbaik. Apabila klien tidak mampu maka pengujian langsung tidak diperlukan.
5. Biasanya kinerja selama 24 - 48 jam sebelumnya penting, tapi kadang-kadang periode yang lebih lama dibutuhkan
6. Penggunaan alat bantu diperbolehkan

LEMBAR PENGKAJIAN INDEKS BARTHEL

Nama Klien :

Usia :

Jenis Kelamin :

Sumber Informasi :

Tabel 1 Lembar Pengkajian Indeks Barthel

| No. | Item yang dinilai | Skor |
|-----|-------------------|---|
| 1. | Makan | 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan memotong lauk, mengoles mentega dll 2 = Mandiri |
| 2. | Mandi | 0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri |
| 3. | Perawatan diri | 0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur |
| 4. | Berpakaian | 0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu (misal mengancing baju) 2 = Mandiri |
| 5. | Buang air kecil | 0 = Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 = Kadang Inkontinensia (maks, 1x24 jam) 2 = Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari) |
| 6. | Buang air besar | 0 = Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 = Kadang Inkontensia (sekali seminggu) 2 = Kontinensia (teratur) |
| 7. | Penggunaan toilet | 0 = Tergantung bantuan orang lain 1 = Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri 2 = Mandiri |

| | | |
|-----|---|--|
| 8. | Transfer | 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri |
| 9. | Mobilitas (berjalan di permukaan datar) | 0 = Immobile (tidak mampu) 1 = Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan satu orang 3 = Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat) |
| 10. | Naik turun tangga | 0 = Tidak mampu 1 = Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2 = Mandiri |

Hasil Pemeriksaan :

.....

.....

.....

Video dapat diakses di laman youtube:

<https://www.youtube.com/watch?v=2r1t21lueqs>

E. *Evaluasi*

Hasil dari pemeriksaan Indeks Bartel di kategorikan menjadi 5 kategori dengan rentang nilai berikut ini :

1. Skor 20 : Mandiri
2. Skor 12-19 : Ketergantungan Ringan
3. Skor 9-11 : Ketergantungan Sedang
4. Skor 5-8 : Ketergantungan Berat
5. Skor 0-4 : Ketergantungan Total

(Collin C., Wade D.T., Davies S., and Horne V., 1988)

1.4 Latihan Soal

1. Sebutkan 3 kegiatan yang merupakan indikator ADL !
2. Sebutkan 3 kegiatan yang merupakan indikator IADLs !
3. Apa saja instrumen yang dapat digunakan oleh perawat untuk mengkaji IADLs pada lansia?
4. Berapakah indikator aktivitas yang digunakan dalam pengkajian ADL dengan Indeks Barthel ?
5. Pada Indikator “Makan” apabila seorang Lansia tidak dapat memotong lauk dan meminta bantuan perawat untuk memotong lauknya, maka skor yang didapatkan lansia tersebut untuk indikator makan adalah.....
6. Sumber informasi terbaik dalam pengkajian dengan menggunakan Indeks Barthel adalah.....
7. Definisi indikator Transfer pada pengkajian ADL dengan Indeks Barthel adalah....
8. Sebutkan 3 faktor yang mempengaruhi ADL lansia !
9. Kategori “ketergantungan sedang” pada Indeks Barthel ditunjukkan dengan skor.....
10. Hasil dari pemeriksaan Indeks Barthel dikategorikan menjadi kategori.

BAB 2 ASISTENSI MEMINDAHKAN LANSIA (Tempat Tidur-Kursi Roda)

2.1 Standar Operasional Prosedur Memindahkan Lansia dari Tempat Tidur-Kursi Roda

A. Definisi

Memindahkan lansia dari tempat tidur ke kursi roda adalah sebuah aktivitas yang dilakukan pada lansia yang membutuhkan bantuan untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi roda.

B. Tujuan

1. Membantu memberikan posisi yang nyaman dan aman untuk lansia
2. Perawat dapat memindah lansia dengan aman dan bebas dari cedera
3. Membantu klien bergerak untuk mencegah kontraktur

C. Persiapan

Persiapan untuk memindahkan

1. Mengkaji kekuatan otot, mobilisasi sendi, adanya kelumpuhan, hipotensi, toleransi terhadap aktivitas, tingkat kesadaran, tingkat kenyamanan dan kemampuan klien mengikuti instruksi
2. Siapkan peralatan dan persediaan yang dibutuhkan
3. Persiapan kursi roda (posisi 45° dari tempat tidur, rem terkunci, rem tempat tidur terkunci)
4. Cuci tangan

D. Implementasi

- a. Membantu klien duduk di tempat tidur **Invalid source specified.**

1. Letakkan klien pada posisi terlentang
 2. Pindahkan bantal dari tempat tidur
 3. Penolong menghadap kebagian kepala tempat tidur
 4. Kaki penolong diletakkan pada kaki tempat tidur yang terdekat dan kaki dalam posisi terbuka
 5. Letakkan tangan yang terjauh dengan klien dibawah bahu klien, menyokong kepala dan leher klien
 6. Tangan yang lainnya diatas permukaan tempat tidur
 7. Tinggikan klien pada posisi duduk, dorong berlawanan dengan tempat tidur menggunakan lengan yang terletak di permukaan tempat tidur
- b. Membantu klien duduk disisi tempat tidur **Invalid source specified.**
1. Tempatkan klien pada posisi *side laying* menghadap penolong pada sisi tempat tidur dimana klien akan duduk
 2. Tinggikan bagian kepala tempat tidur dengan ketinggian yang di toleransi klien
 3. Penolong berdiri berlawanan dengan pinggul klien
 4. Putar diagonal sehingga penolong berhadapan dengan klien dan berada jauh sudut kaki tempat tidur
 5. Letakkan kaki terbuka dengan kaki terletak kepala tempat tidur berada didepan kaki lain
 6. Letakkan lengan terdekat kepala tempat tidur dibawah bahu klien menyokong kepala dan leher
 7. Letakkan lengan lain diatas paha klien.
 8. Pindahkan tungkai bawah klien dan kaki diatas sisi tempat tidur
 9. Putar kearah bagian belakang tungkai perawat, memudahkan tungkai atas klien mengayun kebawah.

10. Pada saat bersamaan tindakan berat penolong ke bagian belakang tungkai dan elefasikan klien
 11. Tetap berada di depan klien sampai klien mencapai keseimbangan
 12. Turunkan ketinggian tempat tidur sampai kaki klien menyentuh lantai
- c. Memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda **Invalid source specified.**
1. Bantu klien duduk disisi tempat tidur Letakkan kursi pada posisi sudut 45° pada tempat tidur
 2. Pastikan klien stabil, sepatu tidak tergelincir
 3. Lebarkan kaki perawat menjadi terbuka
 4. Fleksikan pinggul dan lutut perawat, luruskan lutut perawat sama dengan lutut klien
 5. Gunakan lengan dan tangan untuk mengait
 6. Tegakkan klien untuk berdiri pada hitungan ketiga dengan meluruskan pinggul dan tungkai perawat, jaga lutut sedikit fleksi
 7. Pertahankan stabilitas tungkai lemah atau paralisis dengan lutut
 8. Putar kaki yang terjauh dari kursi
 9. Intruksikan klien untuk menggunakan lengan bersandar pada kursi untuk topangan
 10. Fleksikan pinggul dan lutut perawat selama menurunkan klien ke kursi.
 11. Kaji kesejajaran klien yang sesuai untuk duduk

Video dapat diakses di laman youtube:

<https://www.youtube.com/watch?v=9F5tY3NMQM&t=4s>

E. *Evaluasi dan Dokumentasi*

1. Tanggal dan jam waktu pemindahan
2. Prosedur pelaksanaan
3. Keperluan pemindahan / tujuan dilakukan pemindahan
4. Kaji kenyamanan dan respon lansia

2.2 Latihan Soal

1. Sebutkan 3 kriteria evaluasi dan dokumentasi yang perlu dilakukan oleh perawat dalam membantu memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi Roda !
2. Sebelum memindahkan klien perawat harus memastikan posisi kursi roda dalam kondisi.....
3. Perawat perlu menempatkan klien pada posisimenghadap penolong pada sisi tempat tidur ketika membantu klien duduk.
4. Sebutkan tujuan tindakan membantu klien berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya !
5. Sebutkan kondisi yang perlu dikaji oleh perawat sebelum membantu memindahkan klien !

BAB 3 PEMERIKSAAN FUNGSI KOGNITIF: MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE), DAN CLOCK DRAWING TEST (CDT)

3.1 Standar Operasional Prosedur Mini Mental State Examination (MMSE)

A. Definisi

Mini Mental State Examination (MMSE) adalah alat yang dapat digunakan untuk menilai status mental secara sistematis dan menyeluruh. Terdiri dari 11 pertanyaan yang menguji lima bidang fungsi kognitif: orientasi, registrasi, perhatian dan perhitungan, mengingat, dan bahasa. Skor maksimum adalah 30. Jika diperoleh total nilai lebih rendah atau sama dengan 23 maka merupakan indikasi adanya kerusakan kognitif. MMSE hanya membutuhkan waktu 5-10 menit untuk mengelola dan karena itu praktis untuk digunakan berulang kali dan secara rutin (**Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF, 1993**).

Indikasi dan kontraindikasi:

MMSE efektif sebagai instrumen skrining untuk menilai klien dengan gangguan kognitif. Selain itu, ketika digunakan berulang kali instrumen ini mampu mengukur perubahan status kognitif setelah diberikan intervensi. Namun, alat ini tidak mampu mendiagnosa kasus untuk perubahan fungsi kognitif dan tidak dapat memberikan penilaian klinis status mental secara lengkap. Selain itu, instrumen ini sangat bergantung pada respon verbal dan membaca dan menulis. Oleh karena itu, klien dengan gangguan mendengar dan tunanetra, diintubasi, memiliki literasi bahasa Indonesia yang rendah, atau klien dengan gangguan

komunikasi lainnya dikontraindikasikan dalam penilaian ini (Tombaugh TN, and McIntyre NJ. , 1992).

B. Tujuan

Penurunan kognitif terhadap lansia tidak lagi dianggap sebagai perubahan normal dan tak terelakkan dari penuaan. Pada klien yang lebih tua, fungsi kognitif cenderung menurun selama sakit atau cedera. Penilaian status kognitif dengan instrumen MMSE pada lansia untuk mengidentifikasi perubahan awal dalam status fisiologis, kemampuan untuk belajar, dan mengevaluasi respon terhadap pengobatan.

C. Persiapan

1. Alat tulis.
2. Lembar instrumen pengkajian dengan MMSE.

D. Implementasi

1. Siapkan alat dan berikan posisi yang nyaman pada klien lansia.
2. Mulailah lakukan pengkajian dengan lembar instrumen MMSE.

Tabel 2 Panduan Pemeriksaan MMSE

(Tombaugh TN, and McIntyre NJ. , 1992)

| | |
|-----------|--|
| ORIENTASI | Mintalah klien untuk menyebutkan tahun, musim, tanggal, hari dan waktu saat pengkajian dilakukan. Jika klien telah dapat menjawabnya, mintalah jawaban bagian ini secara khusus, misalnya, "Dapatkah Anda juga memberitahu saya apa musim saat ini?" Skor 1 poin untuk setiap jawaban yang benar. |
|-----------|--|

| | |
|-------------------------|--|
| | <p>Tanyakan pada klien mengenai negara, provinsi, kota / kabupaten, dan rumah sakit / klinik dimana klien berada saat ini. Sekali lagi, jika klien telah dapat menjawabnya, mintalah jawaban bagian ini secara khusus, misalnya, "Dapatkah Anda juga memberitahu saya apa provinsi kita saat ini?"</p> <p>Skor 1 poin untuk setiap jawaban yang benar</p> |
| REGISTRASI | <p>Katakan pada klien jika anda ingin menguji ingatannya. Katakan nama 3 objek yang saling tidak terkait, secara jelas dan lancar, kemudian beri jeda sekitar 1 detik untuk mengucapkan setiap kata. Setelah Anda telah mengatakan semua, minta klien untuk mengulangi nama ketiga objek tadi semua. Pengulangan pertama ini menentukan skor klien.</p> <p>Skor 1 poin untuk setiap objek diingat.</p> |
| | <p>Setelah skor telah dicatat, ulangi proses (untuk maksimal 6 kali) sampai klien dapat mengulang semua ketiga benda tersebut. Catatlah berapa banyak percobaan yang dibutuhkan untuk klien untuk mengingat ketiga benda. Jika semua ketiga benda tidak dapat disebutkan dengan benar maka item ini tidak dapat diujikan.</p> |
| PERHATIAN DAN KALKULASI | <p>Meminta klien untuk mengeja kata "DUNIA" secara mundur. Skor 1 poin per huruf dalam urutan yang benar (misalnya, AINUD = 5; AIND = 4; AND = 3; AN = 2; UINDA=1).</p> |
| | <p>Bergantian, meminta klien untuk mengurangi 7 dari 100, kemudian kurangi lebih lanjut 7 dari hasil itu, dan seterusnya untuk 5 subtractions (93, 86, 79, 72, 65).</p> <p>Skor 1 poin per pengurangan yang benar.</p> |

| | |
|-----------|--|
| MENGINGAT | <p>Meminta klien untuk mengingat 3 benda yang telah disebutkan di bagian "REGISTRASI" dari tes.</p> <p>Skor 1 poin untuk setiap objek diingat</p> |
| BAHASA | <p>Penamaan:</p> <p>Tunjukkan kepada klien sebuah jam tangan dan minta klien menyebutkan apa itu. Ulangi untuk pensil.</p> <p>Skor 1 poin untuk setiap objek bernama.</p> |
| | <p>Pengulangan:</p> <p>Minta klien untuk mengulang kalimat berikut setelah Anda: "Tidak ada, dan, jika, atau, tetapi".</p> <p>Skor 1 poin untuk kinerja yang benar.</p> |
| | <p>Perintah 3-tahap:</p> <p>Beri klien selembar kertas kosong biasa. Beritahu klien untuk mengambil kertas di tangan kanannya, lipat dua, dan meletakkannya di lantai.</p> <p>Skor 1 poin untuk setiap bagian dari perintah dilakukan</p> |
| | <p>Membaca:</p> <p>Di belakang halaman MMSE atau pada selembar kertas kosong, tulis kalimat "Angkat kedua tangan anda" dalam huruf besar atau cukup bagi klien untuk melihat dengan jelas. Mintalah klien untuk membacanya dan melakukan apa yang dikatakannya.</p> <p>Skor 1 poin saja jika klien benar-benar mengikat kedua tangannya.</p> |
| | <p>Menulis:</p> <p>Di belakang halaman MMSE atau pada selembar kertas kosong, minta klien untuk menulis kalimat untuk Anda. Tidak boleh mendikte kalimat; kalimat itu harus ditulis secara spontan oleh klien. Ini harus berisi subjek</p> |

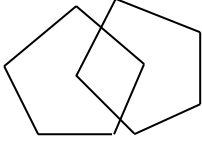
| | |
|--|---|
| | <p>dan kata kerja dan masuk akal. Perhatikan tata bahasa yang benar dan tidak perlu tanda baca Skor 1 poin saja untuk kalimat yang benar.</p> |
| | <p>Menyalin: Di belakang halaman MMSE atau pada selembar kertas kosong, tarik berpotongan segilima, masing-masing pihak tentang 1 inci panjang. Minta klien untuk menyalin diagram persis seperti itu. Semua 10 sudut harus hadir dan 2 sudut harus berpotongan untuk mencetak 1 poin. Tremor dan rotasi diabaikan.</p> |

LEMBAR PENGKAJIAN PEMERIKSAAN MINI MENTAL STATES EXAM (MMSE)

Nama Klien :
 Usia :
 Jenis Kelamin :
 Pendidikan Terakhir:

Tabel 3 Format Pemeriksaan MMSE

| No | Aspek Kognitif | Nilai maksimal | Nilai Klien | Kriteria |
|----|-------------------------|----------------|-------------|---|
| 1 | Orientasi | 5 | | Menyebutkan dengan benar : Tahun : Hari : Musim : Bulan : Tanggal : |
| 2 | Orientasi | 5 | | Dimana sekarang kita berada ? Negara: Panti : Propinsi: Wisma : Kabupaten/kota : |
| 3 | Registrasi | 3 | | Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi 2). Meja 3). Kertas |
| 4 | Perhatian dan kalkulasi | 5 | | Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudia kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 2). 86 3). 79 4). 72 5). 65 ATAU Ejaah kata "DUNIA" secara mundur. Skor 1 poin per huruf dalam urutan yang benar Variasi Jawaban Klien: |

| | | | | |
|-------------|-----------|----|--|--|
| | | | | AINUD = 5; AIND = 4; AND = 3; AN = 2; UINDA=1 |
| 5 | Mengingat | 3 | | Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1) |
| 6 | Bahasa | 9 | | <p>Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut).</p> <p>1).....</p> <p>2).....</p> <p>3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut : “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi</p> <p>Klien menjawab :</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah.</p> <p>4) Ambil kertas ditangan anda 5) Lipat dua 6) Taruh dilantai.</p> <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin)</p> <p>7). Meminta klien untuk membaca kalimat yang bertuliskan: “Tutup mata anda”</p> <p>8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan</p> <p>9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk</p>  |
| Total nilai | | 30 | | |

E. Evaluasi

Interpretasi hasil :

24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : gangguan kognitif sedang

0 – 17 : gangguan kognitif berat

3.2 Standar Operasional Prosedur Drawing Clock Test

A. Definisi

CDT adalah tes skrining yang berguna untuk menentukan gangguan kognitif. Tes ini berfungsi untuk mengevaluasi disfungsi fungsi eksekutif, visuoperceptual dan konstruktif. Penelitian di komunitas, sensitivitas CDT mencapai 83% dan spesifisitas 72% untuk gangguan kognitif. Tes ini tidak dapat digunakan dalam membedakan tipe demensia **(Kørner, E.A, Lauritzen, L., Nilsson, F.M., Lolk, A. & Christensen, P., 2012)**.

B. Tujuan

Penilaian status kognitif dengan instrumen *Drawing Clock Test* pada lansia untuk mengidentifikasi perubahan awal dalam status fisiologis, kemampuan untuk belajar, dan mengevaluasi respon terhadap pengobatan **(Rouleau, 1992)**.

C. Persiapan

1. Alat tulis.
2. Kertas kosong
3. Kursi dan meja

D. Implementasi

1. Siapkan alat dan berikan posisi yang nyaman pada klien lansia.
2. Mulailah lakukan pengkajian Clock Drawing Test.
3. Instruksi berikut diberikan:

"Saya ingin Anda menggambar jam, seperti jam dinding, tuliskan semua nomor, dan letakkan jarum jam di jam 11 lebih 10."
4. Instruksi dapat diulang jika perlu

5. Klien dapat menggunakan tangan mereka yang tidak dominan untuk menggambar jam

E. Evaluasi

Interpretasi hasil :

- a. 1 poin untuk lingkaran jam
- b. 1 poin untuk semua nomor yang berada dalam urutan yang benar
- c. 1 poin untuk angka berada dalam posisi spasial yang benar
- d. 1 titik untuk memasukkan jarum jam
- e. 1 poin untuk waktu yang tepat.

Nilai normal didapatkan apabila hasil pemeriksaan CDT menunjukkan skor ≥ 4

3.3 Latihan Soal

1. Pemeriksaan apa yang dapat digunakan oleh perawat untuk memeriksa fungsi kognitif lansia?
2. Pemeriksaan fungsi kognitif dengan CDT dapat digunakan untuk mengevaluasi disfungsi kognitif pada bagian?
3. Lansia dikatakan mengalami gangguan kognitif apabila skor CDT menunjukka nilai.....
4. Klien dengan kondisi apa yang kontraindikasi untuk dilakukan pemeriksaan MMSE ?
5. Sebutkan 5 area kognitif yang dapat diperiksa dengan menggunakan pemeriksaan MMSE!

Video dapat diakses di laman youtube:

<https://www.youtube.com/watch?v=QszmKUuAH4&t=15s>

BAB 4 PEMERIKSAAN RESIKO JATUH: *TIME UP GO TEST* (TUGT)

4.1 Standar Operasional Prosedur *Time Up Go Test* (TUGT)

A. Definisi

TUG biasanya digunakan dalam penelitian dan klinis pengaturan untuk memeriksa individu pada peningkatan risiko jatuh. Peneliti melaporkan sensitivitas 80% dan spesifisitas 100% untuk pemeriksaan resiko jatuh dengan menggunakan TUG (Barry, E., et all, 2014).

B. Tujuan

Pemeriksaan ini digunakan untuk menilai resiko jatuh, keseimbangan dan gaya berjalan pada lansia (Barry, E., et all, 2014).

C. Persiapan Alat

1. Stopwatch
2. Kursi berlengan
3. Lintasan bertanda dengan jarak 3 meter

D. Implementasi

1. Mulailah tes dengan klien duduk dengan benar (pinggul sampai ke bagian belakang kursi) di kursi dengan sandaran tangan. Kursi harus stabil dan diposisikan sedemikian rupa sehingga tidak bergerak saat subjek bergerak dari duduk untuk berdiri. Subjek diperbolehkan menggunakan lengan pada saat duduk dan gerakan duduk.
2. Letakkan selotip hitam di lantai 3 meter dari kursi sehingga mudah dilihat oleh klien

3. Instruksi:
"Dengan kata "**GO/MULAI**" Anda akan berdiri, berjalan searah garis di lantai, berbalik dan berjalan kembali ke kursi dan duduk. Berjalanlah dengan kecepatan biasa Anda.
4. Mulai timing pada kata "**GO/MULAI**" dan hentikan timing saat klien duduk kembali dengan benar di kursi dengan punggung berbaring di sandaran kursi.
5. Klien memakai alas kaki reguler mereka, dapat menggunakan alat bantu berjalan yang biasanya mereka gunakan selama ambulasi, namun mungkin tidak dibantu oleh orang lain. Tidak ada batasan waktu. Mereka mungkin berhenti dan beristirahat (tapi tidak duduk) jika mereka perlu.
6. Subjek tidak boleh melakukan percobaan praktek tepat sebelum pengujian.
7. Lakukan observasi untuk kecepatan berjalan, keseimbangan, postur tubuh, penggunaan alat bantu jalan, langkah pendek dan lambaian tangan.
8. Isi lah hasil waktu tempuh dan observasi pada tabel dibawah ini.

Lembar Dokumentasi *Time Up Go Test*

Nama Klien :
Usia :
Jenis Kelamin :
Pendidikan Terakhir:

Tabel 4 Dokumentasi TUGT

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

9. Untuk mendapatkan hasil yang lebih tepat pemeriksaan dapat dilakukan sebanyak 3 kali dan diambil rerata waktu tempuh.

Video dapat diakses di laman youtube:

<https://www.youtube.com/watch?v=trMNf0CtSzs&t=15s>

E. Evaluasi

Interpretasi hasil:

Apabila hasil pemeriksaan TUG menunjukkan hasil berikut:

Tabel 5 Interpretasi hasil TUGT

| | |
|----------------------|--|
| ≤ 14 detik | Tidak berisiko jatuh |
| > 14 detik | Resiko tinggi jatuh |
| >24 detik | Diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan |
| >30 detik | Diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan melakukan ADL |

(Bohannon: 2006; Shumway-Cook, Brauer & Woolacott: 2000; Kristensen, Foss & Kehlet: 2007; Podsiadlo & Richardson:1991)

4.2 Latihan Soal

1. Berapakah jarak yang ditempuh oleh klien dalam pemeriksaan TUGT?
2. Lansia dikatakan tidak mengalami resiko jatuh apabila hasil pemeriksaan TUGT adalah.....
3. Sebutkan hal yang perlu diobservasi oleh perawat selain waktu tempuh berjalan!
4. Penghitungan waktu dimulai pada saat perawat memberikan aba-aba yaitu....
5. Penghitungan waktu dihentikan pada saat lansia mencapai.....

BAB 5 LATIHAN KESEIMBANGAN

5.1 Standar Operasional Prosedur Latihan Keseimbangan Untuk Lansia

A. Definisi

Seiring bertambahnya usia, sistem neuromuskular (saraf dan otot kita) menjadi kurang responsif. Perubahan arah yang cepat menjadi lebih sulit dilakukan oleh Lansia. Kemampuan untuk menangkap diri sendiri saat jatuh berkurang seiring berjalannya waktu.

Latihan keseimbangan untuk lansia ini merupakan gerakan yang dimodifikasi untuk meningkatkan keseimbangan dan menurunkan resiko jatuh pada lansia. Gerakan ini memiliki 7 macam gerakan yaitu: *Forward stepping, Side or lateral stepping, Backward stepping, Forward crossover, Backward crossover, Grapevine, Modified Ladder Drills.*

B. Tujuan

1. Meningkatkan keseimbangan pada lansia
2. Meningkatkan ketangkasan dan kecepatan
3. Memperbaiki koordinasi kaki, tangan dan mata

C. Persiapan

1. Lansia dalam kondisi bugar dan tidak sedang mengantuk atau lelah
2. Alas kaki yang tidak licin
3. Lintasan sesuai dengan video Latihan keseimbangan digunakan untuk gerakan *Modified Ladder Drills*

Video dapat diakses di laman youtube:

https://www.youtube.com/watch?v=JDG1S_KUBOE&t=2s

D. Implementasi

1. Perkenalkan diri kepada klien
2. Kontrak waktu untuk latihan keseimbangan selama 15 menit
3. Jelaskan tujuan latihan
4. Selama proses latihan keseimbangan perawat harus tetap menjaga keselamatan lansia
5. Awali dengan gerakan *Forward Stepping* dengan hitungan 5 kali bergantian kaki kanan dan kiri (lihat video)
6. *Backward Stepping* hitungan 5 kali bergantian kaki kanan dan kiri (lihat video)
7. *Forward crossover* hitungan 5 kali bergantian kaki kanan dan kiri (lihat video)
8. *Backward crossover* hitungan 5 kali bergantian kaki kanan dan kiri (lihat video)
9. *Grapevine* hitungan 5 kali bergantian kaki kanan dan kiri (lihat video)
10. Terakhir bantu lansia untuk gerakan *Modified Ladder Drills*
11. Setiap akhir gerakan tanyakan kepada lansia apakah membutuhkan istirahat atau tidak, jika membutuhkan istirahat berikan waktu sekitar 5 menit untuk beristirahat
12. Berikan reinforcement positif apabila lansia mampu menyelesaikan gerakan.
13. Latihan ini dapat dilakukan 3 kali seminggu untuk membantu meningkatkan keseimbangan lansia.

E. Evaluasi

1. Cek respon lansia terhadap latihan dengan mengukur denyut nadi apabila denyut nadi lebih dari 100x menit hentikan latihan

2. Tanyakan perasaan lansia setelah selesai latihan keseimbangan
3. Catat pada lembar dokumentasi kegiatan yang sudah dilakukan

5.2 Latihan Soal

1. Sebutkan tujuan latihan keseimbangan untuk lansia!
2. Sebutkan 7 macam gerakan latihan keseimbangan pada lansia!
3. Sebutkan hal yang perlu diperhatikan pada saat evaluasi tindakan latihan keseimbangan!

BAB 6 PEMERIKSAAN KUALITAS TIDUR LANSIA *THE PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX (PSQI)*

6.1 Standar Operasional Prosedur Pemeriksaan Kualitas Tidur Lansia *The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*

A. Definisi

PSQI (*The Pittsburgh Sleep Quality Index*) adalah suatu metode penilaian yang berbentuk kuesioner yang digunakan untuk mengukur kualitas tidur dan gangguan tidur orang dewasa dalam interval satu bulan. Dari penilaian kualitas tidur dengan menggunakan metode PSQI ini akan didapatkan outputan berupa *Sleeping Index*. *Sleeping Index* merupakan suatu skor atau nilai yang didapatkan dari pengukuran kualitas tidur seseorang yang pengukurannya dicari dengan cara mengisi kuesioner PSQI dengan pembobotan tertentu. Index atau nilai tersebut yang nantinya akan menggambarkan seberapa baikkah kualitas dari tidur seseorang (Buysse. D.J., Reynolds III, C.F., & Monk, T.H, 1988).

B. Tujuan

Penilaian dengan PSQI digunakan untuk mengetahui kualitas tidur dan gangguan tidur seseorang yang terdiri dari tujuh komponen, yaitu:

1) Kualitas tidur

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

2) Latensi tidur

Latensi tidur adalah durasi mulai dari berangkat tidur hingga tertidur. Seseorang dengan kualitas tidur baik menghabiskan waktu kurang dari 15 menit untuk dapat

memasuki tahap tidur selanjutnya secara lengkap. Sebaliknya, lebih dari 20 menit menandakan level insomnia yaitu seseorang yang mengalami kesulitan dalam memasuki tahap tidur selanjutnya.

3) Durasi tidur

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

4) Efisiensi kebiasaan tidur

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

5) Gangguan tidur

Gangguan tidur merupakan kondisi terputusnya tidur yang mana pola tidur-bangun seseorang berubah dari pola kebiasaannya, hal ini menyebabkan penurunan baik kuantitas maupun kualitas tidur seseorang.

6) Penggunaan obat

Penggunaan obat-obatan yang mengandung sedatif mengindikasikan adanya masalah tidur. Obat-obatan mempunyai efek terhadap terganggunya tidur pada tahap REM. Oleh karena itu, setelah mengkonsumsi obat yang mengandung sedatif, seseorang akan dihadapkan pada kesulitan untuk tidur yang disertai dengan frekuensi terbangun di tengah malam dan kesulitan untuk kembali

tertidur, semuanya akan berdampak langsung terhadap kualitas tidurnya.

7) Disfungsi di siang hari

Seseorang dengan kualitas tidur yang buruk menunjukkan keadaan mengantuk ketika beraktivitas di siang hari, kurang antusias atau perhatian, tidur sepanjang siang, kelelahan, depresi, mudah mengalami distres, dan penurunan kemampuan beraktivitas. (Buysse. D.J., Reynolds III, C.F., & Monk, T.H, 1988)

C. Persiapan

1. Alat tulis.
2. Lembar kuesioner pengkajian dengan PSQI.

D. Implementasi

1. Siapkan alat dan berikan posisi yang nyaman pada klien lansia.
2. Mulailah lakukan pengkajian dengan lembar kuesioner PSQI.

KUESIONER KUALITAS TIDUR (PSQI)

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

| 5 | Seberapa sering masalah-masalah dibawah ini mengganggu tidur anda? | Tidak pernah | 1x seminggu | 2x seminggu | ≥ 3 x seminggu |
|----------|---|-----------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|
| a. | Tidak mampu tertidur selama 30 menit sejak berbaring | | | | |
| b. | Terbangun ditengah malam atau terlalu dini | | | | |
| c. | Terbangun untuk ke kamar mandi | | | | |
| d. | Tidak mampu bernafas dengan leluasa | | | | |
| e. | Batuk atau mengorok | | | | |
| f. | Kedinginan dimalam hari | | | | |
| g. | Kepanasan dimalam hari | | | | |
| h. | Mimpi buruk | | | | |
| i. | Terasa nyeri | | | | |
| j. | Alasan lain | | | | |
| 6 | Seberapa sering anda menggunakan obat tidur | | | | |
| 7 | Seberapa sering anda mengantuk ketika melakukan aktifitas disiang hari | | | | |
| | | Tidak antusias | Kecil | Sedang | Besar |
| 8 | Seberapa besar antusias anda ingin menyelesaikan masalah yang anda hadapi | | | | |
| | | Sangat baik | Baik | kurang | Sangat kurang |
| 9 | Pertanyaan pre-intervensi : Bagaimana kualitas tidur anda selama sebulan yang lalu | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | Pertanyaan post-intervensi : Bagaimana kualitas tidur anda selama seminggu yang lalu | | | | |
|--|---|--|--|--|--|

3. Keterangan cara skoring

Komponennya sebagai berikut:

a) Kualitas tidur subyektif → Dilihat dari pertanyaan nomer 9

0 = sangat baik

1 = baik

2 = kurang

3 = sangat kurang

b) Latensi tidur (kesulitan memulai tidur) → total skor dari pertanyaan nomer 2 dan 5a

Pertanyaan nomer 2:

≤ 15 menit = 0

16-30 menit = 1

31-60 menit = 2

> 60 menit = 3

Pertanyaan nomer 5a:

Tidak pernah = 0

Sekali seminggu = 1

2 kali seminggu = 2

>3 kali seminggu = 3

Jumlahkan skor pertanyaan nomer 2 dan 5a, dengan skor dibawah ini:

Skor 0 = 0

Skor 1-2 = 1

Skor 3-4 = 2

Skor 5-6 = 3

c) Lama tidur malam → Dilihat dari pertanyaan nomer 4

> 7 jam = 0

6-7 jam = 1

5-6 jam = 2

< 5 jam = 3

d) Efisiensi tidur → Pertanyaan nomer 1,3,4

Efisiensi tidur = $(\# \text{ lama tidur} / \# \text{ lama di tempat tidur}) \times 100\%$

lama tidur – pertanyaan nomer 4

lama di tempat tidur – kalkulasi respon dari pertanyaan nomer 1 dan 3

Jika di dapat hasil berikut, maka skornya:

| | |
|---------|-----|
| > 85 % | = 0 |
| 75-84 % | = 1 |
| 65-74 % | = 2 |
| < 65 % | = 3 |

- e) Gangguan ketika tidur malam → Pertanyaan nomer 5b sampai 5j

Nomer 5b sampai 5j dinilai dengan skor dibawah ini:

| | |
|------------------|-----|
| Tidak pernah | = 0 |
| Sekali seminggu | = 1 |
| 2 kali seminggu | = 2 |
| >3 kali seminggu | = 3 |

Jumlahkan skor pertanyaan nomer 5b sampai 5j, dengan skor dibawah ini:

| | |
|------------|-----|
| Skor 0 | = 0 |
| Skor 1-9 | = 1 |
| Skor 10-18 | = 2 |
| Skor 19-27 | = 3 |

- f) Menggunakan obat-obat tidur → Pertanyaan nomer 6

| | |
|------------------|-----|
| Tidak pernah | = 0 |
| Sekali seminggu | = 1 |
| 2 kali seminggu | = 2 |
| >3 kali seminggu | = 3 |

- g) Terganggunya aktifitas disiang hari → Pertanyaan nomer 7 dan 8

Pertanyaan nomer 7:

| | |
|------------------|-----|
| Tidak pernah | = 0 |
| Sekali seminggu | = 1 |
| 2 kali seminggu | = 2 |
| >3 kali seminggu | = 3 |

Pertanyaan nomer 8:

| | |
|----------------|-----|
| Tidak antusias | = 0 |
| Kecil | = 1 |
| Sedang | = 2 |
| Besar | = 3 |

Jumlahkan skor pertanyaan nomer 7 dan 8, dengan skor di bawah ini:

| | |
|----------|-----|
| Skor 0 | = 0 |
| Skor 1-2 | = 1 |
| Skor 3-4 | = 2 |
| Skor 5-6 | = 3 |

E. Evaluasi

Tabel 6 Cara perhitungan Skor PSQI dan Interpretasi Skor

| KOMPONEN | KETERANGAN | SKOR |
|-------------------|---|------|
| Komponen 1 | Skor pertanyaan #9 | |
| Komponen 2 | Skor pertanyaan #2 + #5a Skor pertanyaan #2 (<15 menit=0), (16-30 menit=1), (31-60 menit=2), (>60 menit=3) + skor pertanyaan #5a, jika jumlah skor dari kedua pertanyaan tersebut jumlahnya 0 maka skornya = 0, jika jumlahnya 1-2=1 ; 3-4=2 ; 5-6=3 | |
| Komponen 3 | Skor pertanyaan #4 (>7=0 ; 6-7=1 ; 5-6=2 ; <5=3) | |
| Komponen 4 | Jumlah jam tidur pulas (#4) / Jumlah jam ditempat tidur (kalkulasi #1 & #3) x 100%, (>85%=0 ; 75-84%=1 ; 65-74%=2 ; <65%=3) | |
| Komponen 5 | Jumlah skor 5b hingga 5j (bila jumlahnya 0 maka skornya =0, jika jumlahnya 1-9=1 ; 10-18=2 ; 18-27=3 | |
| Komponen 6 | Skor pertanyaan #6 | |
| Komponen 7 | Skor pertanyaan #7 + #8, jika jumlahnya 0 maka skornya =0, jika jumlahnya 1-2=1 ; 3-4=2 ; 5-6=3 | |
| TOTAL SKOR | Jumlah skor komponen 1-7 INTERPRETASI: JIKA TOTAL SKOR = ≤5 menunjukkan kualitas tidur klien yang BAIK, JIKA TOTAL SKOR = >5-21 menunjukkan kualitas tidur klien yang BURUK | |

6.2 Latihan Soal

1. Kualitas tidur klien dikategorikan buruk apabila *Sleeping index* menunjukkan skor.....
2. Latensi tidur pada lansia didapatkan dengan menjumlahkan pertanyaan nomor..... dan
3. Sebutkan gejala lansia yang mengalami kualitas tidur buruk!
4. Kualitas tidur dikatakan baik apabila lansia dapat tidur selama..... pada waktu.....
5. Sebutkan 7 komponen yang diperiksa dalam PSQI!

BAB 7 PEMERIKSAAN STATUS NUTRISI PADA LANSIA *MINI NUTRITIONAL ASSESMENT (MNA)*

7.1 Standar Operasional Prosedur Pemeriksaan *Mini Nutritional Assesment (MNA)*

A. Definisi

Gizi buruk bukan merupakan hal alami dari penuaan. Orang dewasa yang lebih tua berisiko untuk malnutrisi karena fisiologis, psikologis, sosial, diet, dan faktor risiko lingkungan. Berat badan yang berkurang pada lansia sering dikaitkan dengan hilangnya massa otot dan akhirnya bisa berdampak pada status fungsional. Malnutrisi pada lansia dikaitkan dengan komplikasi dan kematian dini. Perawat memainkan peran kunci dalam pencegahan dan intervensi dini masalah gizi.

Mini-Nutritional Assessment Short-Form adalah alat skrining yang digunakan untuk mengidentifikasi lansia (> 65 tahun) yang kekurangan gizi atau berisiko kekurangan gizi. MNA didasarkan pada MNA penuh, asli 18-item kuesioner yang diterbitkan pada tahun 1994 oleh Guigoz, et al. Versi terbaru dari MNA dikembangkan pada tahun 2009 (Kaiser et al., 2009) dan terdiri dari 6 pertanyaan pada asupan makanan, penurunan berat badan, mobilitas, stres psikologis atau penyakit akut, kehadiran demensia atau depresi, dan indeks massa tubuh (BMI). Bila tinggi dan / atau berat tidak dapat dinilai, maka skoring alternatif untuk BMI meliputi pengukuran lingkaran betis (*American Dietetic Association and National Council on the Aging, dalam Introductory Gerontological Nursing, 2001*).

B. Tujuan

Sebagai metode cepat sederhana untuk mengidentifikasi orang dewasa yang lebih tua yang berisiko kekurangan gizi. Keuntungan dari alat ini adalah bahwa tidak ada data laboratorium yang diperlukan.

Penilaian dan pemeriksaan fisik yang mendalam harus dilakukan saat klien diidentifikasi kurang gizi atau berisiko gizi. Sebuah tinjauan gejala dan temuan klinis tujuan harus dinilai selain faktor budaya klien, preferensi, kebutuhan sosial dan sebagainya.

C. Persiapan

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

D. Implementasi

1. Siapkan alat dan berikan posisi yang nyaman pada klien lansia.
2. Mulailah lakukan pengkajian dengan lembar kuesioner MNA.

Format Pengkajian Mini Nutritional Assessment (MNA)

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

Tabel 7 Mini Nutritional Assessment (MNA)

| Skринing | | Skor |
|----------|---|------|
| A | Mengalami penurunan asupan makanan lebih dari tiga bulan selama adanya penurunan nafsu makan, gangguan pencernaan, menelan dan kesulitan menelan makanan | |
| | 0 = Adanya penurunan asupan makanan yang besar 1 = Adanya penurunan asupan makanan yang sedang 2 = Tidak ada penurunan asupan makanan | |
| B | Mengalami penurunan berat badan selama tiga bulan terakhir | |
| | 0 = Penurunan BB >3 kg 1 = Tidak diketahui 2 = Penurunan BB 1-3 kg 3 = Tidak mengalami penurunan BB | |
| C | Mobilitas | |
| | 0 = Tidak dapat turun dari tempat tidur / kursi roda 1 = Dapat turun dari tempat tidur / kursi roda namun tidak dapat berjalan jauh 2 = Dapat berjalan jauh | |
| D | Mengalami stres psikologis atau memiliki penyakit akut tiga bulan terakhir | |

| | | |
|---|--|--|
| | 0 =Ya 2 = Tidak | |
| E | Mengalami gangguan neuropsikologis | |
| | 0 = Mengalami demensia atau depresi berat 1 = Mengalami demensia ringan 2 = Tidak mengalami gangguan neuropsikologis | |
| F1 | Indeks massa tubuh (IMT) | |
| | 0 = IMT < 19 1 = IMT 19-21 2 = IMT 21-23 3 = >23 | |
| Jika IMT tidak dapat diukur ganti pertanyaan F1 dengan F2 Jangan menjawab pertanyaan F2 jika pertanyaan F1 sudah terpenuhi | | |
| F2 | Lingkar betis (cm) | |
| | 0 = jika < 31 3 = jika > 31 | |
| Skor maksimal 14 | | |

E. Evaluasi

Interpretasi

- 12-14 : Status gizi normal
8-11 : Resiko mengalami malnutrisi
0-7 : Mengalami malnutrisi

7.2 Latihan Soal

1. Apa saja faktor yang mempengaruhi status gizi pada lansia?
2. Berapa item MNA yang dikembangkan oleh Kaiser, et all?
3. Apa saja item yang tercakup dalam MNA?

4. Jika IMT tidak diketahui maka perawat dapat mengganti dengan mengukur.....
5. Berapakah nilai MNA yang menunjukkan status gizi Normal?

DAFTAR PUSTAKA

- Buysse. D.J., Reynolds III, C.F., & Monk, T.H. (1988). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. Vol. 28, 193-213.
- Barry, E., et all. (2014). Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta- analysis. *BMC Geriatrics* Vol. 14, 1-14.
- Collin C., Wade D.T., Davies S., and Horne V. (1988). The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int. Disabil Stud* 10 (2), 61-63.
- Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. (1993). Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. *JAMA* Vol. 269(18), 2386-2391.
- Gallo, J.J., & Paveza, G.J. (2006). *Activities of daily living and instrumental activities of daily living assessment*. In J.J. Gallo, H.R. Bogner, T. Fulmer, & G.J. Paveza (Eds.), *Handbook of Geriatric Assessment (4th ed., pp. 193-240)*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Kernisan, L. (2017, Juli 12). *Caring Com* . Diambil kembali dari Caring Com Website : <https://www.caring.com/articles/activities-of-daily-living-what-are-adls-and-iadls>
- Kørner,E.A, Lauritzen, L., Nilsson, F.M., Lolk, A. & Christensen, P. (2012). Simple scoring of the Clock-Drawing Test. *Dan Med J* 59/1, 1-5.
- Lueckenotte, A. G. (2000). *Gerontologic Nursing: Second edition*. Philadelphia: Mosby, Inc.
- Rouleau, I. D. (1992). Quantitative and qualitative analyses of clock drawings in Alzheimer's and Huntington's disease . *Brain Cogn* 18(1543577), 70-87.
- Tombaugh TN, and McIntyre NJ. . (1992). The mini-mental state examination: a comprehensive review. . *J Am Geriatr Soc*. Vol. 40(9), 922-935.

