



**Dharma
Nugraha**

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

PENGKAJIAN GERIATRI RAWAT INAP

A. Skrining Nutrisi Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF)

NO	PERTANYAAN	SKOR
1	Apakah ada penurunan asupan makanan dalam jangka waktu 3 bulan oleh karena kehilangan nafsu makan, masalah pencernaan, kesulitan menelan, atau mengunyah? 0 = Nafsu makan yang sangat berkurang 1 = Nafsu makan sedikit berkurang (sedang) 2 = Nafsu makan biasa saja	
2	Penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir: 0 = Penurunan berat badan lebih dari 3 kg 1 = Tidak tahu 2 = Penurunan berat badan 1 – 3 kg 3 = Tidak ada penurunan berat badan	
3	Mobilitas 0 = Harus berbaring di tempat tidur atau menggunakan kursi roda 1 = Bisa keluar dari tempat tidur / kursi roda, tetapi tidak bisa ke luar rumah. 2 = Bisa keluar rumah	
4	Menderita stress psikologis / penyakit akut dalam 3 bulan terakhir? 0 = Ya 2 = Tidak	
5	Masalah neuropsikologis 0 = Demensia berat atau depresi berat 1 = Demensia ringan 2 = Tidak ada masalah psikologis	
6	Indeks massa tubuh (IMT) (berat badan dalam kg/ tinggi tinggi badan dalam m ²) 0 = IMT < 19 1 = IMT 19 - < 21 2 = IMT 21 - < 23 3 = IMT 23 atau lebih	
TOTAL SKOR		

- Skor PENAPISAN (subtotal maksimum 14 poin)
- Skor ≥ 12 : Normal, tidak berisiko
- Skor ≤ 11 : Kemungkinan malnutrisi → Lakukan kolaborasi dengan petugas gizi/ spesialis gizi

B. STATUS FUNGSIONAL (INDEKS ADL BARTHEL)

NO	FUNGSI	SKOR	KETERANGAN	SKOR
1	Mengendalikan Rangsang pembuangan tinja	0 1 2	Tak terkendali / tak teratur (perlu pencahar) Kadang-kadang tak terkendali (1xseminggu) Terkendali teratur	
2	Mengendalikan rangsang berkemih	0 1 2	Tak terkendali atau pakai kateter Kadang-kadang tak terkendali (hanya 1 x / 24 jam) Mandiri	
3	Membersihkan diri (seka muka, sisir rambut, sikat gigi)	0 1	Butuh pertolongan orang lain Mandiri	

4	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0 1 2	Tergantung pertolongan orang lain Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain Mandiri
5	Makan	0 1 2	Tidak mampu Perlu ditolong memotong makanan Mandiri
6	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0 1 2 3	Tidak mampu Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang) Bantuan minimal 1 orang Mandiri
7	Berpindah/berjalan	0 1 2 3	Tidak mampu Bisa (pindah) dengan kursi roda Berjalan dengan bantuan 1 orang Mandiri
8	Memakai baju	0 1 2	Tergantung orang lain Sebagian dibantu (mis mengancing baju) Mandiri
9	Naik turun tangga	0 1 2	Tidak mampu Butuh pertolongan Mandiri
10	Mandi	0 1	Tergantung orang lain Mandiri
TOTAL SKOR			
KRITERIA			

Kriteria : Mandiri

Ketergantungan Ringan : 20
Ketergantungan Sedang : 12 - 19
Ketergantungan Berat : 9 - 11

Ketergantungan Berat : 5 - 8
Ketergantungan Total : 0 - 4

C. IDENTIFIKASI DEPRESI

Penapisan depresi dengan *Geriatric Depression Scale (GDS) 5 ITEM*
Pilihlah jawaban yang paling tepat, yang sesuai dengan perasaan pasien/responden dalam dua minggu terakhir

NO	PERTANYAAN	SKOR	
		Ya	TIDAK
1.	Secara keseluruhan apakah Ibu/Bapak sebenarnya puas dengan kehidupan Ibu/Bapak?		
2.	Apakah Ibu/Bapak sering merasa bosan?		
3.	Apakah Ibu/Bapak sering merasa tidak berdaya?	YA	Tidak
4.	Apakah Ibu/Bapak lebih senang tinggal di rumah daripada pergi ke luar dan mengerjakan hal yang baru?	YA	Tidak
5.	Apakah saat ini Ibu/Bapak merasa tidak berharga ?	YA	Tidak
TOTAL SKOR		YA	Tidak

KETERANGAN :

Jawaban yang dicetak tebal/kapital : Skor 1

Skor ≥ 2 : Dicurigai Depresi

D. IDENTIFIKASI MASALAH EMOSIONAL (diisi jika pasien dalam kondisi sadar / Composmetis)

1. Pertanyaan tahap pertama :

NO	PERTANYAAN	SKOR	
		YA	TIDAK
1	Apakah klien mengalami sulit tidur ?		
2	Apakah klien sering gelisah ?		
3	Apakah klien sering murung dan menangis sendiri?		
4	Apakah klien sering was-was atau khawatir?		

2. Pertanyaan tahap dua :

(Lanjut pertanyaan tahap dua apabila klien menjawab " ya " satu atau lebih dari satu)

NO	PERTANYAAN	SKOR	
		YA	TIDAK
1	Keluhan lebih dari tiga bulan atau lebih dari satu kali dalam sebulan ?		
2	Ada banyak masalah atau pikiran ?		
3	Ada masalah dengan keluarga ?		
4	Menggunakan obat tidur atau penenang atas anjuran dokter		
5	Cenderung mengurung diri ?		

Bila lebih atau sama dengan satu jawaban " YA " → MASALAH EMOSIONAL POSITIF

Tindak Lanjut : Identifikasi lanjutan oleh tim terpadu

E. PENGKAJIAN STATUS MENTAL GERONTIK (ABBREVIATED MENTAL TEST / AMT)

NO	PERTANYAAN	SKOR	
		0. Salah	1. Benar
1	Umur (tahun)		
2	Waktu/jam sekarang		
3	Alamat tempat tinggal		
4	Tahun ini		
5	Saat ini berada dimana		
6	Mengenali orang lain di RS (dokter, perawat, dll)		
7	Tahun kemerdekaan RI		
8	Nama Presiden RI		
9	Tahun kelahiran pasien		
10	Menghitung terbalik (20 s/d 1)		
TOTAL SKOR			
Skor : 0 – 3 : Gangguan ingatan berat			
4 – 7 : Gangguan ingatan sedang			
8 – 10 : Normal			

F. SKOR RISIKO DEKUBITUS DENGAN SKALA NORTON

No	Item	SKOR				HASIL
		1	2	3	4	
1	Kondisi Fisik Umum	Sangat buruk	Buruk	Lumayan	Baik	
2	Kesadaran	Stupor	Confuse	Apatis	Compos mentis	
3	Aktivitas	Terbatas di tempat tidur	Terbatas di kursi	Berjalan dengan bantuan	Dapat berpindah	
4	Mobilitas	Tak bisa bergerak	Sangat terbatas	Sedikit terbatas	Bergerak bebas	

Sistem pendukung	Inkontinensia	Sering Inkontinensia Alvi	Sering Inkontinensia Urine	Kadang – kadang	Tidak ngompol	
Diskripsi kekhususan						
KRITERIA						

Keterangan :

- Score 16 – 20, Tidak ada resiko terjadi luka dekubitus
- Score 12-15, Rentan terjadi luka dekubitus
- Score > 12, Risiko tinggi terjadi luka dekubitus

Sindrom Geriatri

<input type="checkbox"/> Infeksi	<input type="checkbox"/> Insomnia / gangguan tidur	<input type="checkbox"/> Polifarmasi (≥ 5 obat)
<input type="checkbox"/> Gangguan kognitif	<input type="checkbox"/> Gangguan pendengaran	<input type="checkbox"/> Diare atau konstipasi
<input type="checkbox"/> Inkontinensia urin atau alvi	<input type="checkbox"/> Gangguan penglihatan	<input type="checkbox"/> Impotensi
<input type="checkbox"/> Instabilitas postural / gangguan keseimbangan	<input type="checkbox"/> Gangguan asupan makan atau terdapat malnutrisi	<input type="checkbox"/> Isolasi / depresi
<input type="checkbox"/> Imobilisasi (tirah baring ≥ 3 hari)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Masalah finansial
		<input type="checkbox"/>

Tanggal/ bulan/ tahun / pukul : ____ / - ____ / ____ / Pukul : ____

Yang melakukan pengkajian

Verifikasi DPJP

(_____)

Nama dan tanda tangan

(_____)

Nama dan tanda tangan