

 <b>Dharma Nugraha</b>	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 <sup>2</sup> ) 0 = IMT < 19                      1 = IMT 19 - < 21 2 = IMT 21 - < 23              3 = IMT 23 atau lebih	
<b>TOTAL SKOR</b>		

- Skor PENAPISAN (subtotal maksimum 14 poin)
- Skor  $\geq 12$  : Normal, tidak berisiko
- Skor  $\leq 11$  : 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	
<b>TOTAL SKOR</b>				
<b>KRITERIA</b>				

Kriteria : Mandiri : 20                      Ketergantungan Berat : 5 – 8  
                  Ketergantungan Ringan : 12 – 19                      Ketergantungan Total : 0 – 4  
                  Ketergantungan Sedang : 9 – 11

### 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	
1.	Secara keseluruhan apakah Ibu/Bapak sebenarnya puas dengan kehidupan Ibu/Bapak?	Ya	<b>TIDAK</b>
2.	Apakah Ibu/Bapak sering merasa bosan?	<b>YA</b>	Tidak
3.	Apakah Ibu/Bapak sering merasa tidak berdaya?	<b>YA</b>	Tidak
4.	Apakah Ibu/Bapak lebih senang tinggal di rumah daripada pergi ke luar dan mengerjakan hal yang baru?	<b>YA</b>	Tidak
5.	Apakah saat ini Ibu/Bapak merasa tidak berharga ?	<b>YA</b>	Tidak
<b>TOTAL SKOR</b>			

#### KETERANGAN :

Jawaban yang dicetak tebal/kapital : Skor 1

Skor  $\geq 2$  : 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	
1	Umur (tahun)	0. Salah	1. Benar
2	Waktu/jam sekarang	0. Salah	1. Benar
3	Alamat tempat tinggal	0. Salah	1. Benar
4	Tahun ini	0. Salah	1. Benar
5	Saat ini berada dimana	0. Salah	1. Benar
6	Mengenali orang lain di RS (dokter, perawat, dll)	0. Salah	1. Benar
7	Tahun kemerdekaan RI	0. Salah	1. Benar
8	Nama Presiden RI	0. Salah	1. Benar
9	<input type="checkbox"/> Tahun kelahiran pasien	0. Salah	1. Benar
10	Menghitung terbalik (20 s/d 1)	0. Salah	1. Benar
	<b>TOTAL SKOR</b>		
Skor : 0 – 3 : Gangguan ingatan berat			
4 – 7 : Gangguan ingatan sedang			
8 – 10 : Normal			

**F. SCRINING RISIKO JATUH**

☐ Tidak ada risiko jatuh ☐ Ada Risiko Jatuh Lanjut asseman risiko jatuh geriatri

**G. 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						
<b>KRITERIA</b>						

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