

Nomor Register

# INSTRUMEN

## Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G)



Nama Pasien : \_\_\_\_\_  
Umur : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
Nama Pemeriksa : \_\_\_\_\_

KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
2017

### RINGKASAN HASIL PEMERIKSAAN PASIEN

No.	Pemeriksaan	Hasil
1.	<i>Activity of Daily Living (ADL)</i> dengan Instrumen Indeks Barthel Modifikasi	
2.	<i>Instrumental Activities of Daily Living (IADL)</i> Lawton	
3.	Risiko Jatuh Pasien Lanjut Usia	
4.	<i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i>	
5.	<i>Mini Cog</i> dan <i>Clock Drawing Test (CDT4)</i> *	
6.	<i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i> *	
7.	<i>Abbreviated Mental Test (AMT)</i> *	
8.	<i>Mini Nutritional Assessment (MNA)</i>	

**PENILAIAN ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) DENGAN  
INSTRUMEN INDEKS BARTHEL MODIFIKASI**

Tanggal: .....

Nama : .....Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

NO	FUNGSI	SKOR	KETERANGAN	HASIL
1	Mengendalikan rangsang BAB	0 1 2	Tidak terkendali/tak teratur (perlu pencahar) Kadang-kadang tak terkendali (1 x / minggu) Terkendali teratur	
2	Mengendalikan rangsang BAK	0 1 2	Tak terkendali atau pakai kateter Kadang-kadang tak terkendali (hanya 1 x / 24 jam) Mandiri	
3	Membersihkan diri (mencuci wajah, menyikat rambut, mencukur kumis, sikat gigi)	0 1	Butuh pertolongan orang lain Mandiri	
4	Penggunaan WC (keluar masuk WC, melepas/memakai celana, cebok, menyiram)	0 1 2	Tergantung pertolongan orang lain Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain Mandiri	
5	Makan minum (jika makan harus berupa potongan, dianggap dibantu)	0 1 2	Tidak mampu Perlu ditolong memotong makanan Mandiri	
6	Bergerak dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya (termasuk duduk di tempat tidur)	0 1 2 3	Tidak mampu Perlu banyak bantuan untuk bias duduk (2 orang) Bantuan minimal 1 orang Mandiri	
7	Berjalan di tempat rata (atau jika tidak bisa berjalan, menjalankan kursi roda)	0 1 2 3	Tidak mampu Bisa (pindah) dengan kursi roda Berjalan dengan bantuan 1 orang Mandiri	
8	Berpakaian (termasuk memasang tali sepatu, mengencangkan sabuk)	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>Skor Total</b>				

**Skor Modifikasi Barthel Indeks (Nilai AKS):**

- 20 : Mandiri (A)
- 12 – 19 : Ketergantungan ringan (B)
- 9 – 11 : Ketergantungan sedang (B)
- 5 – 8 : Ketergantungan berat (C)
- 0 - 4 : Ketergantungan total (C)

## INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING(IADL) LAWTON

Tanggal : .....

Nama : ..... Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

	Skor	Hasil
<b>Dapat menggunakan telepon</b>		
Mengoperasikan telepon sendiri dan mencari dan menghubungi nomor	1	
Menghubungi beberapa nomor yang diketahui	1	
Menjawab telepon tetapi tidak menghubungi	1	
Tidak bisa menggunakan telepon sama sekali	0	
<b>Mampu pergi ke suatu tempat</b>		
Berpergian sendiri menggunakan kendaraan umum atau menyetir sendiri	1	
Mengatur perjalanan sendiri	1	
Perjalanan menggunakan transportasi umum jika ada yang menyertai	0	
Tidak melakukan perjalanan sama sekali	0	
<b>Dapat berbelanja</b>		
Mengatur semua kebutuhan belanja sendiri	1	
Perlu bantuan untuk mengantar belanja	0	
Sama sekali tidak mampu belanja	0	
<b>Dapat menyiapkan makanan</b>		
Merencanakan, menyiapkan, dan menghidangkan makanan	1	
Menyiapkan makanan jika sudah tersedia bahan makanan	0	
Menyiapkan makanan tetapi tidak mengatur diet yang cukup	0	
Perlu disiapkan dan dilayani	0	
<b>Dapat melakukan pekerjaan rumah tangga</b>		
Merawat rumah sendiri atau bantuan kadang-kadang	1	
Mengerjakan pekerjaan ringan sehari-hari (merapikan tempat tidur, mencuci piring)	1	
Perlu bantuan untuk semua perawatan rumah sehari-hari	1	
Tidak berpartisipasi dalam perawatan rumah	0	
<b>Dapat mencuci pakaian</b>		
Mencuci semua pakaian sendiri	1	
Mencuci pakaian yang kecil	1	
Semua pakaian dicuci oleh orang lain	0	
<b>Dapat mengatur obat - obatan</b>		
Meminum obat secara tepat dosis dan waktu tanpa bantuan	1	
Tidak mampu menyiapkan obat sendiri	0	
<b>Dapat mengatur keuangan</b>		
Mengatur masalah finansial (tagihan, pergi ke bank)	1	
Mengatur pengeluaran sehari-hari, tapi perlu bantuan untuk ke bank untuk transaksi penting	1	
Tidak mampu mengambil keputusan finansial atau memegang uang	0	
<b>Total</b>		

<b>Skoring IADL</b>	
Dikerjakan oleh orang lain	0
Perlu bantuan sepanjang waktu	1
Perlu bantuan sesekali	2
Independen/mandiri	3-8

## PENILAIAN RISIKO JATUH PASIEN LANJUT USIA

Tanggal: .....

Nama: ..... Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

NO	RISIKO	SKALA	HASIL
1	Gangguan gaya berjalan (diseret, menghentak, berayun)	4	
2	Pusing atau pingsan pada posisi tegak	3	
3	Kebingungan setiap saat (contoh:pasien yang mengalami demensia)	3	
4	Nokturia/Inkontinen	3	
5	Kebingungan intermiten (contoh pasien yang mengalami delirium/ <i>Acute confusional state</i> )	2	
6	Kelemahan umum	2	
7	Obat-obat berisiko tinggi (diuretic, narkotik, sedative, antipsikotik, laksatif, vasodilator, antiaritmia, antihipertensi, obat hipoglikemik, antidepresan, neuroleptic, NSAID)	2	
8	Riwayat jatuh dalam 12 bulan terakhir	2	
9	Osteoporosis	1	
10	Gangguan pendengaran dan/atau penglihatan	1	
11	Usia 70 tahun ke atas	1	
<b>Jumlah</b>			

### Tingkat risiko :

- Risiko rendah bila skor 1-3 → Lakukan intervensi risiko rendah
- Risiko tinggi bila skor  $\geq 4$  → Lakukan intervensi risiko tinggi

**INSTRUMEN**  
**GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)**

Tanggal: .....

Nama: ..... Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

Pilihlah jawaban yang paling tepat untuk menggambarkan **perasaan Anda selama dua minggu terakhir**.

No	Pertanyaan			Skor
1	Apakah anda pada dasarnya puas dengan kehidupan anda?	YA	<b>TIDAK</b>	
2	Apakah anda sudah meninggalkan banyak kegiatan dan minat /kesenangan anda?	<b>YA</b>	TIDAK	
3	Apakah anda merasa kehidupan anda hampa?	<b>YA</b>	TIDAK	
4	Apakah anda sering merasa bosan?	<b>YA</b>	TIDAK	
5	Apakah anda mempunyai semangat baik setiap saat?	YA	<b>TIDAK</b>	
6	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	<b>YA</b>	TIDAK	
7	Apakah anda merasa bahagia pada sebagian besar hidup anda?	YA	<b>TIDAK</b>	
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	<b>YA</b>	TIDAK	
9	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi ke luar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	<b>YA</b>	TIDAK	
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	<b>YA</b>	TIDAK	
11	Apakah anda pikir hidup anda sekarang ini menyenangkan?	YA	<b>TIDAK</b>	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat kini?	<b>YA</b>	TIDAK	
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	YA	<b>TIDAK</b>	
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	<b>YA</b>	TIDAK	
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari anda?	<b>YA</b>	TIDAK	
<b>TOTAL SKOR</b>				

**Panduan pengisian instrumen GDS**

- Jelaskan pada pasien bahwa pemeriksa akan menanyakan keadaan perasaannya dalam **dua minggu terakhir**, tidak ada jawaban benar salah, **jawablah ya atau tidak** sesuai dengan perasaan yang paling tepat akhir-akhir ini.
- Bacakan pertanyaan nomor 1 – 15 sesuai dengan kalimat yang tertulis, tunggu jawaban pasien. Jika jawaban kurang jelas, tegaskan lagi apakah pasien ingin menjawab ya atau tidak. Beri tanda (lingkari) jawaban pasien tersebut.
- Setelah semua pertanyaan dijawab, hitunglah **jumlah jawaban yang bercetak tebal**. Setiap jawaban (ya/tidak) yang bercetak tebal diberi nilai satu (1).
- Jumlah skor diantara **5-9** menunjukkan kemungkinan besar ada gangguan depresi.
- Jumlah skor **10** atau lebih menunjukkan ada gangguan depresi

## INSTRUMEN

### PEMERIKSAAN *MINI COG* DAN *CLOCK DRAWING TEST*

**Cara pemeriksaan:**

1. Mintalah pasien untuk mendengarkan dengan cermat, mengingat, dan kemudian mengulangi tiga kata yang tidak berhubungan (bola, melati, kursi) yang akan disampaikan oleh pemeriksa.
2. Instruksikan pasien untuk menggambar jam pada selembar kertas kosong atau berikan pasien dengan lingkaran yang telah disediakan pada selembar kertas
3. Pasien diminta untuk menggambar jam yang menunjukkan pukul sebelas lewat sepuluh menit (pukul 11.10).
4. Minta pasien untuk menyebutkan kembali tiga kata yang telah disebutkan di awal pemeriksaan.
5. Bila pasien tidak mampu menyebutkan kata-kata yang pertama kali diucapkan pada awal pemeriksaan, maka tidak perlu ditanyakan kembali. Karena hal tersebut telah menunjukkan hendaya kognitif.

**Cara pemeriksaan *Clock Drawing Tes Skor 4 (CDT 4)*:**

1. Mintalah responden untuk menggambar sebuah jam bundar lengkap dengan angka-angkanya dan jarum jamnya yang menunjukkan pukul sebelas lewat sepuluh menit (11.10)
2. Siapkan bahan:
  - Selembar kertas putih kosong, atau selembar kertas dengan gambar lingkaran, untuk pasien yang tidak mampu menggambar lingkaran)
  - Pensil tanpa penghapus

**Penilaian Skor penilaian *Clock Drawing Test Skor 4 (modifikasi) (CDT4)* :**

- Beri Skor 1 (satu) untuk masing –masing poin di bawah ini jika benar :

Poin Penilaian :	Hasil Penilaian
1. Gambar lingkaran utuh	
2. Menulis angka lengkap 1-12	
3. Angka berurutan dan tepat letaknya	
4. Jarum jam menunjukkan pukul 11.10	

- Jika poin tersebut dilakukan tidak sesuai maka diberikan skor 0

**Interpretasi hasil pemeriksaan *Mini Cog* dan *Clock Drawing Test (CDT4)***

- Dikatakan curiga fungsi kognitifnya menurun apabila tidak dapat mengingat satu atau lebih kata yang diberikan sebelumnya dan atau tidak mampu menggambar jam dengan sempurna (skor 4)
- Tetapi apabila dapat mengingat tiga kata yang diberikan sebelumnya dan atau mampu menggambar jam dengan sempurna (skor 4) : kemungkinan fungsi kognitif dalam batas normal

## LEMBAR PEMERIKSAAN *CLOCK DRAWING TEST*

Tanggal: .....

Nama: .....

Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....



### Hasil Penilaian :

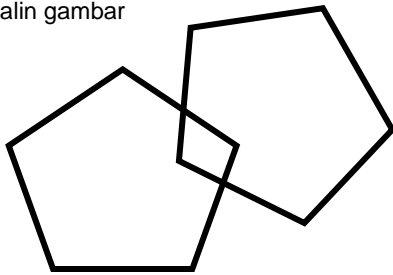
*Mini Cog* :

*Clock Drawing Test (CDT4)* :

**INSTRUMEN  
EVALUASI STATUS MENTAL MINI (MMSE)**

Nomor identifikasi :

Nama Responden : ..... Umur : ..... Tahun: .....  
 Pendidikan : ..... Dominansi hemisfer : kinal / kidal\*  
 Pemeriksa : ..... Tgl .....

BUTIR	TES	NILAI MAKS	NILAI
	<b>ORIENTASI</b>		
1	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), hari apa?	5	
2	Kita berada dimana? (negara), (propinsi), (kota), (gedung), (ruang) (tanyakan pada responden)	5	
	<b>REGISTRASI</b>		
3	Pemeriksa menyebut 3 benda yang berbeda kelompoknya selang 1 detik (misal apel, uang, meja), responden diminta mengulangnya. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar. Ulangi sampai responden dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan	3	
	<b>ATENSI DAN KALKULASI</b>		
4	Pengurangan 100 dengan 7 secara berturut. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau responden diminta mengeja terbalik kata " WAHYU" (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan; misalnya uyahw=2 nilai)	5	
	<b>MENGINGAT KEMBALI (RECALL)</b>		
5	Responden diminta menyebut kembali 3 nama benda di atas	3	
	<b>BAHASA</b>		
6	Responden diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (perlihatkan pensil dan jam tangan )	2	
7	Responden diminta mengulang kalimat:" <b>tanpa kalau dan atau tetapi</b> "	1	
8	Responden diminta melakukan perintah: " Ambil kertas ini dengan tangan anda, lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai".	3	
9	Responden diminta membaca dan melakukan yang dibacanya: "Pejamkanlah mata anda"	1	
10	Responden diminta menulis sebuah kalimat secara spontan	1	
11	Responden diminta menyalin gambar	1	
			
	<b>Skor Total</b>	<b>30</b>	

Tandailah tingkat kesadaran responden pada garis aksis:

<b>Sadar</b>	<b>Somnolen</b>	<b>Stupor</b>	<b>Koma</b>

Catatan pemeriksa:

.....  
 .....



## INSTRUMEN

### ABBREVIATED MENTAL TEST (AMT)

Tanggal : .....

Nama : ..... Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

		Salah = 0	Benar = 1
A	Berapakah umur Anda?		
B	Jam berapa sekarang?		
C	Di mana alamat rumah Anda?		
D	Tahun berapa sekarang?		
E	Saat ini kita sedang berada di mana?		
F	Mampukah pasien mengenali dokter atau perawat?		
G	Tahun berapa Indonesia merdeka?		
H	Siapa nama presiden RI sekarang?		
I	Tahun berapa Anda lahir?		
j	Menghitung mundur dari 20 sampai 1		
	<b>Jumlah skor:</b>		
K	Perasaan hati (afek): pilih yang sesuai dengan kondisi pasien 1. Baik 2. Labil 3. Depresi 4. Gelisah 5. Cemas		

#### Cara Pelaksanaan:

1. Minta pasien untuk menjawab pertanyaan tersebut, beri tanda centang (V) pada nilai nol (0) jika salah dan satu (1) jika benar
2. Jumlahkan skor total A sampai J, item K tidak dijumlahkan, hanya sebagai keterangan.
3. Interpretasi :
  - Skor 8-10 menunjukkan **normal**,
  - skor 4-7 gangguan ingatan **sedang** dan
  - skor 0-3 gangguan ingatan **berat**

**INSTRUMEN**  
**MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)**

**I. SKRINING**

Tanggal :

Nama:

Jenis kelamin :

Umur :

Berat badan (kg) :

Tinggi badan (cm) :

**FORM SKRINING\***

	Hasil Penilaian
<p>A. Apakah anda mengalami penurunan asupan makanan dalam 3 bulan terakhir disebabkan kehilangan nafsu makan, gangguan saluran cerna, kesulitan mengunyah atau menelan? 0 = kehilangan nafsu makan berat (severe) 1 = kehilangan nafsu makan sedang (moderate) 2 = tidak kehilangan nafsu makan</p>	
<p>B. Kehilangan berat badan dalam tiga bulan terakhir ? 0 = kehilangan BB &gt; 3 kg 1 = tidak tahu 2 = kehilangan BB antara 1 – 3 kg 3 = tidak mengalami kehilangan BB</p>	
<p>C. Kemampuan melakukan mobilitas ? 0 = di ranjang saja atau di kursi roda 1 = dapat meninggalkan ranjang atau kursi roda namun tidak bisa pergi/ jalan-jalan ke luar 2 = dapat berjalan atau pergi dengan leluasa</p>	
<p>D. Menderita stress psikologis atau penyakit akut dalam tiga bulan terakhir ? 0 = ya 2 = tidak</p>	
<p>E. Mengalami masalah neuropsikologis? 0 = demensia atau depresi berat 1 = demensia sedang (moderate) 2 = tidak ada masalah psikologis</p>	
<p>F. Nilai IMT (Indeks Massa Tubuh) ? 0 = IMT &lt; 19 kg/m<sup>2</sup> 1 = IMT 19 - 21 2 = IMT 21 – 23 3 = IMT &gt; 23</p>	
<b>SUB TOTAL</b>	

**SKOR SKRINING**

- Sub total maksimal : 14
- Jika nilai  $\geq 12$  – tidak mempunyai risiko, tidak perlu melengkapi form penilaian
- Jika  $\leq 11$  – mungkin mengalami malnutrisi, lanjutkan mengisi form penilaian

## II. PENILAIAN

### FORMULIR PENILAIAN \*\*

	Hasil Penilaian
G. Apakah anda tinggal mandiri ? (bukan di panti/Rumah Sakit)? 0 = tidak 1 = ya	
H. Apakah anda menggunakan lebih dari tiga macam obat per hari 0 = ya 1 = tidak	
I. Apakah ada luka akibat tekanan atau luka di kulit? 0 = ya 1 = tidak	
J. Berapa kali anda mengonsumsi makan lengkap / utama per hari ? 0 = 1 kali 1 = 2 kali 2 = 3 kali	
K. Berapa banyak anda mengonsumsi makanan sumber protein? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sedikitnya 1 porsi <i>dairy</i> produk (seperti susu, keju, yogurt) per hari → ya/tidak</li> <li>• 2 atau lebih porsi kacang-kacangan atau telur per minggu → ya / tidak</li> <li>• Daging ikan atau unggas setiap hari → ya / tidak</li> </ul> 0.0 = jika 0 atau hanya ada 1 jawabannya ya 0.5 = jika terdapat 2 jawaban ya 1.0 = jika terdapat 3 jawaban ya	
L. Apakah anda mengonsumsi buah atau sayur sebanyak 2 porsi atau lebih per hari ? 0 = tidak 1 = ya	
M. Berapa banyak cairan (air, jus, kopi, teh, susu) yang dikonsumsi per hari ? 0.0 = kurang dari 3 gelas 0.5 = 3 – 5 gelas 1.0 = lebih dari 5 gelas	
N. Bagaimana cara makan ? 0 = harus disuapi 1 = bisa makan sendiri dengan sedikit kesulitan 2 = makan sendiri tanpa kesulitan apapun juga	
O. Pandangan sendiri mengenai status gizi anda ? 0 = merasa malnutrisi 1 = tidak yakin mengenai status gizi 2 = tidak ada masalah gizi	

	Hasil Penilaian
P. Jika dibandingkan dengan kesehatan orang lain yang sebaya/seumur, bagaimana anda mempertimbangkan keadaan anda dibandingkan orang tersebut ? 0 = tidak sebaik dia 0.5 = tidak tahu 1.0 = sama baiknya 2.0 = lebih baik	
Q. Lingkar lengan atas (cm)? 0 = < 21 cm 0.5 = 21 – 22 cm 1,0 = ≥22 cm	
R. Lingkar betis (cm) ? 0 < 31 cm 1 > 31 cm	
<b>SUB TOTAL</b>	

**\*\*PENILAIAN SKOR:**

I.Skor Skrining

II.Skor Penilaian

Skor total indikator malnutrisi (maksimum 30)

17 - 23.5 : risiko malnutrisi

Kurang dari 17 malnutrisi