

JUKNIS INSTRUMEN

Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G)





PENGERTIAN, TUJUAN DAN MANFAAT PENGAJIAN PARIPURNA PASIEN GERIATRI (P3G)

▪ Pengertian

Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri adalah adalah suatu proses diagnostik interdisiplin, untuk menentukan masalah dan kapabilitas medis, kemampuan fungsional, psikososial dan lingkungan bagi pasien lanjut usia. Karena karakteristik dan sindrom pada pasien geriatri berbeda maka diperlukan pendekatan khusus yang berorientasi bio-psiko-sosial kepada setiap pasien lanjut usia yang mutlak diperlukan agar penatalaksanaannya paripurna. Pengkajian paripurna ini sendiri merupakan instrumen dasar yang harus dimiliki oleh setiap dokter, perawat, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik dan lain-lain yang mengelola pasien geriatri sesuai dengan kompetensinya masing-masing.

▪ Tujuan P3G

Adalah untuk merencanakan penanganan yang komprehensif serta tindak lanjut jangka panjang.

▪ Manfaat

Mendapatkan keterpaduan dalam tatalaksana geriatri sehingga tatalaksana menjadi efektif dan efisien (penghematan biaya pengobatan).

▪ Pelaksanaan Pengkajian multidimensi pada P3G

Evaluasi multidimensional pasien geriatri dapat dilakukan dengan berbagai macam instrumen penilaian. Untuk pelaksanaannya perlu dilakukan pemeriksaan sebagai berikut:

1. Status Fisik

Pada pemeriksaan tanda vital sangat dianjurkan untuk betul-betul memperhatikan derajat penurunan atau perubahan kesadaran (bila ada). Pemeriksaan tekanan darah dan frekuensi denyut jantung harus dilakukan pada posisi berbaring dan duduk serta berdiri (bila memungkinkan); hipotensi ortostatik lebih sering muncul pada pasien Lanjut Usia dan geriatri.

Pemeriksaan jasmani seyogyanya dilakukan menurut sistematis sistem organ mulai dari sistem kardiovaskular, sistem pernapasan, sistem gastrointestinal, sistem genitourinarius, sistem muskulo-keletal, sistem hematologi, sistem metabolik endokrinologi dan pemeriksaan neurologik.

2. Status fungsional,

Menunjukkan derajat kemandirian lanjut usia yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup lanjut usia. Penilaian status fungsional dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen penilaian:

- Instrumen aktivitas hidup sehari – hari / *activity daly living* (ADL) dengan Instrumen *Indeks Barthel Modifikasi*
- *Instrumental Activities of Daily Living (IADL)* Lawton
- Instrumen Penilaian Risiko Jatuh pada Pasien Lanjut Usia untuk menilaio instabilitas pada lansia.

3. Status mental dan kognitif

Untuk menilai adanya penurunan fungsi kognitif dan depresi.

Status kognitif dapat dinilai dengan :

- *Minic Cog dan clock drawing test*,
- *abbreviated mental test (AMT)* atau
- yang lebih rinci dengan *Mini Mental State Examination (MMSE)*

Status afektif dapat dinilai dengan :

- *Geriatric Depression Scale (GDS)*

Seluruh instrumen ini bertujuan sebagai penyaring dan deteksi dini dari adanya gangguan pada status mental dan kognitif pasien lanjut usia.

4. Status Nutrisi

Kegiatan penapisan nutrisi menggunakan formulir ;

- Instrumen *Mini Nutritional Assessment (MNA)*

Instrumen ini bermanfaat untuk mendeteksi adanya risiko malnutrisi atau adanya malnutrisi pada pasien lanjut usia.

5. Status Sosial Ekonomi

Meliputi keluarga, lingkungan fisik, masyarakat sekitar, ekonomi dan aspek hukum yang dapat terkait dengan pasien lanjut usia.

Status sosial yang baik menunjukkan status fungsional dan status kognitif yang masih baik. Dengan mengenali lingkungan sosial sekitarnya akan mengetahui potensi yang dapat membantu meningkatkan kualitas hidup lanjut usia.

DAFTAR INSTRUMEN

1. Penilaian <i>Activity of Daily Living (ADL)</i> dengan Instrumen Indeks Barthel Modifikasi.....	3
2. <i>Instrumental Activities of Daily Living (IADL)</i> Lawton.....	5
3. Penilaian Risiko Jatuh Pasien Lanjut Usia.....	7
4. <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i>	10
5. Pemeriksaan <i>Mini Cog</i> dan <i>Clock Drawing Test</i>	13
6. Evaluasi Status Mental Mini / <i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i>	17
7. <i>Abbreviated Mental Test (AMT)</i>	20
8. <i>Mini Nutritional Assessment (MNA)</i>	22

RINGKASAN HASIL PEMERIKSAAN PASIEN

Setelah dilakukan penilaian dengan menggunakan setiap instrument, selanjutnya skor total / kesimpulan hasil pemeriksaan dituliskan pada tabel berikut :

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</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

Penggunaan :

Kuesioner ini digunakan untuk menilai Tingkat kemandirian dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS)/ *Activity of Daily Living (ADL)* dan dapat digunakan untuk melihat kemajuan pasien penyakit kronis sebelum dan setelah terapi, serta untuk menentukan berapa besar bantuan perawatan yang dibutuhkan pasien.

Kuesioner dalam bentuk skala angka, ditanyakan langsung kepada pasien ataupun keluarga terkait kemandirian fungsi dalam mengurus diri sendiri dan mobilitas.

Cara Pelaksanaan:

Pemeriksa menanyakan 10 kegiatan sehari-hari yang tercantum di kuesioner dan memberi skala angka (seperti yang tertera berikut ini).Selanjutnya dilakukan penjumlahan skor hasil akhir pemeriksaan.

Contoh :

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
2	Mengendalikan rangsang BAK	0 1 2	Tak terkendali atau pakai kateter Kadang-kadang tak terkendali (hanya 1 x / 24 jam) Mandiri	2
3	Membersihkan diri (mencuci wajah, menyikat rambut, mencukur kumis, sikat gigi)	0 1	Butuh pertolongan orang lain Mandiri	1
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	2
5	Makan minum (jika makan harus berupa potongan, dianggap dibantu)	0 1 2	Tidak mampu Perlu ditolong memotong makanan Mandiri	2
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	3
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	3
8	Berpakaian (termasuk memasang tali sepatu, mengencangkan sabuk)	0 1 2	Tergantung orang lain Sebagian dibantu (mis: mengancing baju) Mandiri	2
9	Naik turun tangga	0 1 2	Tidak mampu Butuh pertolongan Mandiri	1
10	Mandi	0 1	Tergantung orang lain Mandiri	1
				19

Skor Barthel Index (Nilai AKS / ADL):

20 : Mandiri (A)

12 – 19 : Ketergantungan ringan (B)

9 – 11 : Ketergantungan sedang (B)

5 – 8 : Ketergantungan berat (C)

0 – 4 : Ketergantungan total (C)

PENILAIAN TINGKAT KEMANDIRIAN DENGAN INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING(IADL) LAWTON

Cara Pelaksanaan:

Pemeriksa menanyakan 8 kegiatan sehari-hari yang tercantum di kuesioner dengan tulisan di bold dan melingkari skor angka sesuai jawaban yang disampaikan pasien. Selanjutnya dilakukan penjumlahan skor hasil akhir pemeriksaan, dan dilakukan interpretasi sebagai berikut :

- 0 : Dikerjakan oleh orang lain
- 1 : Perlu bantuan sepanjang waktu
- 2 : Perlu bantuan sesekali
- 3-8 : Independen/mandiri

Contoh penilaian:

	Skor	Hasil
Dapat menggunakan telepon		
Mengoperasikan telepon sendiri dan mencari dan menghubungi nomor	1	1
Menghubungi beberapa nomor yang diketahui	1	
Menjawab telepon tetapi tidak menghubungi	1	
Tidak bisa menggunakan telepon sama sekali	0	
Mampu pergi ke suatu tempat		
Berpergian sendiri menggunakan kendaraan umum atau menyetir sendiri	1	1
Mengatur perjalanan sendiri	1	
Perjalanan menggunakan transportasi umum jika ada yang menyertai	0	
Tidak melakukan perjalanan sama sekali	0	
Dapat berbelanja		
Mengatur semua kebutuhan belanja sendiri	1	0
Perlu bantuan untuk mengantar belanja	0	
Sama sekali tidak mampu belanja	0	
Dapat menyiapkan makanan		
Merencanakan, menyiapkan, dan menghidangkan makanan	1	1
Menyiapkan makanan jika sudah tersedia bahan makanan	0	
Menyiapkan makanan tetapi tidak mengatur diet yang cukup	0	
Perlu disiapkan dan dilayani	0	
Dapat melakukan pekerjaan rumah tangga		
Merawat rumah sendiri atau bantuan kadang-kadang	1	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	
Dapat mencuci pakaian		
Mencuci semua pakaian sendiri	1	1
Mencuci pakaian yang kecil	1	
Semua pakaian dicuci oleh orang lain	0	
Dapat mengatur obat - obatan		
Meminum obat secara tepat dosis dan waktu tanpa bantuan	1	1
Tidak mampu menyiapkan obat sendiri	0	
Dapat mengatur keuangan		
Mengatur masalah financial (tagihan, pergi ke bank)	1	1
Mengatur pengeluaran sehari-hari, tapi perlu bantuan untuk ke bank untuk transaksi penting	1	
Tidak mampu mengambil keputusan financial atau memegang uang	0	
Total		7

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

PENILAIAN RISIKO JATUH PASIEN LANJUT USIA

Penggunaan :

Jatuh didefinisikan sebagai perpindahan tubuh ke bawah, ke tanah atau benda lain, secara tiba-tiba, tidak terkendali, tidak disengaja. Nyaris jatuh adalah kehilangan keseimbangan secara tiba-tiba yang tidak mengakibatkan jatuh atau cedera lainnya. Hal ini dapat mencakup orang yang tergelincir atau tersandung tetapi mampu mendapatkan kembali kontrol sebelum jatuh. Berdasarkan data yang ada, kejadian jatuh pada lansia semakin meningkat dari tahun ke tahun, yang disebabkan oleh faktor lingkungan dan penyakit yang diderita. Oleh karena itu perlu dilakukan upaya pencegahan dengan melakukan penilaian risiko jatuh pada pasien lanjut usia dengan menggunakan instrument di atas.

Cara pelaksanaan :

Untuk melakukan penilaian risiko jatuh, dapat dilakukan dengan menggunakan kuesioner Penilaian Risiko Jatuh Pasien Lanjut Usia. Tenaga medis perlu mengidentifikasi gejala/kriteria seperti yang disebutkan dalam kuesioner.

Jika pada pasien dijumpai gejala/kriteria tersebut, maka pasien **mendapat skor sesuai dengan skala yang tercantum.**

Jika tidak, maka pasien mendapat nilai 0.

Selanjutnya seluruh skor dijumlah dan diklasifikasikan tingkat risikonya yaitu :

- Risiko rendah bila skor 1-3 → Lakukan intervensi risiko rendah
- Risiko tinggi bila skor ≥ 4 → Lakukan intervensi risiko tinggi

Contoh :

Tanggal : 3 Januari 2017.

Nama : Aminah

Umur/Jenis Kelamin : 71 tahun / Perempuan

NO	RISIKO	SKALA	HASIL
1	Gangguan gaya berjalan (diseret, menghentak, berayun)	4	0
2	Pusing atau pingsan pada posisi tegak	3	3
3	Kebingungan setiap saat (contoh: pasien yang mengalami demensia)	3	0
4	Nokturia/Inkontinen	3	0
5	Kebingungan intermiten (contoh pasien yang mengalami delirium/ <i>Acute confusional state</i>)	2	0
6	Kelemahan umum	2	0
7	Obat-obat berisiko tinggi (diuretic, narkotik, sedative, antipsikotik, laksatif, vasodilator, antiaritmia, antihipertensi, obat hipoglikemik, antidepresan, neuroleptic, NSAID)	2	2
8	Riwayat jatuh dalam 12 bulan terakhir	2	0
9	Osteoporosis	1	0
10	Gangguan pendengaran dan/atau penglihatan	1	1
11	Usia 70 tahun ke atas	1	1
Jumlah			7

Jumlah total skor 7 berarti : Risiko Jatuh Tinggi

Pasien dengan risiko jatuh tinggi harus diberikan program pencegahan jatuh berupa:

1. Identifikasi dengan pemberian gelang/pita kuning risiko jatuh saat berada di fasilitas kesehatan umum.

- Edukasi mencegah jatuhnya pada pasien dan keluarga. Informasi yang diberikan seperti dalam brosur terlampir
- Pasien dengan risiko jatuh tinggi harus dirujuk ke dokter terlatih tentang geriatric untuk tata laksana lebih lanjut.
- Tatalaksana yang dapat diberikan adalah : mengatasi factor risiko yang ditemukan meliputi :
 - Pusing diatasi : dimana ini disebabkan oleh hipertensi sehingga hipertensi perlu dikontrol lebih teratur
 - Gangguan penglihatan (katarak) diatasi dengan dirujuk ke dokter mata untuk dilakukan operasi katarak
 - Memperkuat kekuatan otot dengan diberikan pelatihan

Keseimbangan Postur

Tubuh memiliki mekanisme untuk mempertahankan postur tetap tegak saat anda duduk, berdiri, maupun beraktivitas. Mekanisme ini merupakan kerja sama antara organ mata, vestibular, dan proprioseptif yang diatur oleh pusat keseimbangan di otak kita.



Mata

Sistem Vestibular (Telinga Dalam)

Proprioseptif (Sendi dan Otot)

Postur Tubuh Seimbang

Input sensorik dari mata, vestibular, dan proprioseptif dikirim ke bagian otak

Apabila terjadi kerusakan atau kelainan pada salah satu organ tersebut maka akan terjadi gangguan keseimbangan. Gangguan keseimbangan mengakibatkan anda berisiko mudah jatuh.

Kondisi lingkungan, seperti permukaan tanah tidak rata, lantai basah, atau banyak untakan, juga akan mempengaruhi sistem keseimbangan anda.

Apakah anda berisiko mudah jatuh?

Apabila anda memiliki satu atau lebih tanda-tanda di bawah ini, maka anda memiliki risiko gangguan keseimbangan dan mudah jatuh.

- Gangguan pola berjalan : berjalan dengan diseret, menghemat, tak, berayun
- Gangguan pendengaran dan/atau penglihatan
- Vertigo, mudah pusing, atau pingsan pada posisi tegak
- Kelemahan otot sebagian atau seluruh tubuh, dengan/ tanpa menggunakan alat bantu jalan
- Buang air kecil atau besar yang tidak terkontrol
- Sakit sedang atau berat
- Delirium atau kebingungan terhadap kondisi sekitar
- Konsumsi obat-obat berisiko tinggi (misal: obat penenang, obat hipertensi, obat diabetes, obat pencahar, obat diuretik)
- Rwayat jatuh dalam waktu 12 bulan terakhir
- Usia 70 tahun ke atas

Saat di luar rumah

- Gunakan alas kaki yang tidak licin
- Gunakan selalu alat bantu berjalan (tongkat, tripod / quadripod, walker, kursi roda, dll) sesuai yang telah direkomendasikan oleh dokter anda
- Gunakan selalu alat bantu penglihatan dan/atau pendengaran sesuai yang telah direkomendasikan oleh dokter anda
- Hindari jalan yang licin, basah, atau gelap
- Minta keluarga atau teman anda mendampingi saat keluar rumah apabila gangguan keseimbangan anda cukup berat dan sangat mengganggu



Saat di rumah sakit

- Perawat akan melakukan asesmen risiko jatuh setiap anda datang ke rumah sakit
- Apabila anda termasuk berisiko jatuh, perawat akan menggunakan pita kuning di lengan anda sebagai penanda anda berisiko jatuh
- Pita kuning harus dipakai selama anda di rumah sakit
- Beritahu dokter jenis obat-obatan yang rutin anda minum

Apa yang harus anda lakukan untuk mencegah jatuh?

Saat di rumah

- Gunakan alas kaki yang tidak licin
- Jaga lantai agar tidak licin atau basah
- Gunakan alas pijakan karet di kamar mandi
- Pasang *Aand' rail* di toilet atau kamar mandi
- Pelatihan pencegahan di rumah cukup terang
- Bila anda sedang sakit sedang atau vertigo, jangan mengunci pintu kamar mandi



PENILAIAN DEPRESI PASIEN LANJUT USIA DENGAN INSTRUMEN *GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)*

Penggunaan :

Depresi adalah perasaan sedih dan tertekan yang menetap selama lebih dari dua minggu. Perasaan tertekan sedemikian beratnya sehingga yang bersangkutan tak dapat melaksanakan fungsi sehari-hari. Lanjut Usia sering menderita depresi karena banyak mengalami kehilangan seperti kehilangan pekerjaan, kehilangan kemampuan fisik, kehilangan harga diri, kematian atau kehilangan pasangan hidup/kerabat/ keluarga dekat dan kepergian anak-anak.

Pasien mungkin mengemukakan kesepian, kehilangan sesuatu yang dicintai (*lost of love object*), ada perasaan kosong /hampa, pesimis, kuatir masa depan, tak ada kepuasan hidup, merasa hidupnya tidak bahagia, mengeluhkan satu atau lebih gejala fisik (lelah, nyeri).

Pemeriksaan lanjutan akan menunjukkan adanya *mood* depresi yang sering disangkal pasien atau kehilangan minat akan hal-hal yang menjadi kebiasaannya. *Iritabilitas* (cepat marah, cepat tersinggung) kadang-kadang merupakan masalah yang dikemukakan. Rasa bersalah, keluhan fisik dan kecemasan sering tampil sebagai gejala yang menonjol. Skrining depresi dapat dilakukan dengan instrumen *Geriactric Depression Scale (GDS)*

Panduan pengisian instrumen GDS

- a. 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.
- b. 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.
- c. Setelah semua pertanyaan dijawab, hitunglah **jumlah jawaban yang bercetak tebal**. Setiap jawaban (ya/tidak) yang bercetak tebal diberi nilai satu (1).
- d. Jumlah skor diantara 0-5 menunjukkan kemungkinan besar tidak ada gangguan depresi
- e. Jumlah skor diantara 5-9 menunjukkan kemungkinan besar ada gangguan depresi.
- f. Jumlah skor **10** atau lebih menunjukkan ada gangguan depresi

Contoh :

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

Jumlah total skor 3 berarti kemungkinan **tidak ada gangguan depresi**

PENILAIAN DEMENSIA DAN GANGGUAN PERILAKU PASIE LANJUT USIA

a. Penggunaan

Demensia adalah kondisi penurunan fungsi mental progresif yang terus menerus, makin lama makin buruk, meliputi penurunan daya ingat akan hal yang baru saja terjadi, kemunduran kemahiran berbahasa, kemunduran intelektual (daya pikir), yang mengganggu aktivitas sehari-hari dan umumnya disertai perubahan perilaku maupun kepribadian. Dua jenis demensia yang tersering terjadi adalah demensia tipe *Alzheimer* dan demensia vaskuler (pasca Stroke).

Penurunan daya ingat jangka pendek (*recent memory*), daya pikir, daya nilai, kemampuan orientasi, kemampuan berbahasa dan fungsi kognitif lainnya.

- Pasien sering tampak apatis atau acuh tak acuh, tetapi bisa tampak siaga dan wajar, walaupun daya ingatnya buruk.
- Penurunan fungsi aktivitas kegiatan dasar sehari-hari (berpakaian, mandi, memasak, dan lain-lain).
- Kehilangan kendali emosional: mudah bingung, mudah menangis atau mudah tersinggung (marah).

Pemeriksaan daya ingat dan daya pikir, dapat dilakukan dengan beberapa cara antara lain adalah :

- **Mini Cog**: kemampuan untuk mengingat kembali nama tiga benda segera setelah disebutkan dan sesudah beberapa saat (kira-kira 3 menit)
- **Pemeriksaan tes menggambar jam atau *clock drawing test*(CDT)**
- Pemeriksaan tes **AMT**
- Pemeriksaan **MMSE**

Catatan: Apabila situasi tidak memungkinkan maka dapat dipilih salah satu instrumen di atas.

b. Pemeriksaan *Mini Cog* dan *Clock Drawing Test*

Pemeriksaan *Mini Cog*

Cara Pemeriksaan :

1. Mintalah pasien untuk mendengarkan dengan cermat, mengingat, dan kemudian mengulangi menyebutkan tiga kata yang tidak berhubungan (contoh: bola, melati, kursi) yang disebutkan 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 pada awal pemeriksaan, maka tidak perlu ditanyakan kembali. Karena hal tersebut telah menunjukkan hendaya kognitif.

Cara pemeriksaan Clock Drawing Test:

1. Mintalah responden untuk menggambar sebuah jam bundar lengkap dengan angka-angkanya dan jarum jamnya yang menunjukkan pukul sebelas lewat sepuluh menit
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 :

1. Gambar lingkaran utuh	1
2. Menulis angka lengkap 1-12	1
3. Angka berurutan dan tepat letaknya	1
4. Jarum jam menunjukkan pukul 11.10	1
Jumlah Total	4

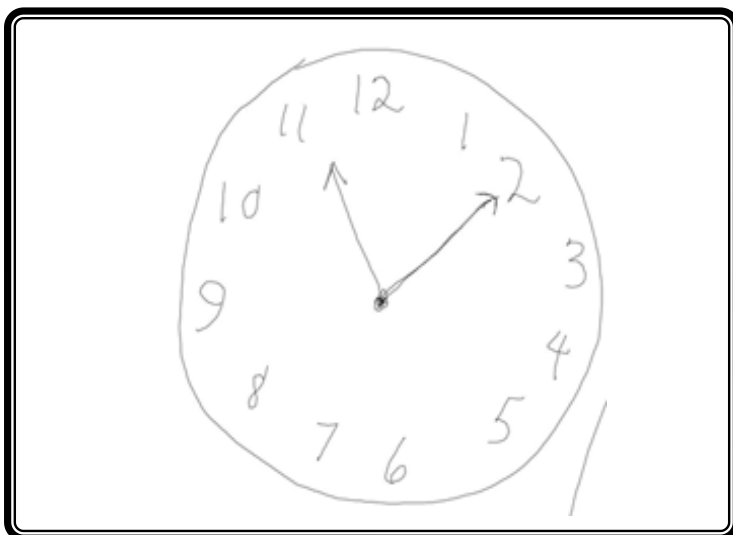
- Jika poin tersebut dilakukan tidak sesuai maka diberikan skor 0

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

Contoh :

1. Penilaian Mini Cog :
Pasien mampu menyebutkan kembali 3 kata yang diberikan dengan benar
2. Penilaian **Clock Drawing Test Skor 4 (modifikasi) – CDT**
Tanggal : 3 Januari 2017
Nama : Aminah Umur/Jenis Kelamin : 71 tahun / Perempuan



Hasil interpretasi :

1. Gambar lingkaran utuh	1
2. Menulis angka lengkap 1-12	1
3. Angka berurutan dan tepat letaknya	1
4. Jarum jam menunjukkan pukul 11.10	1
Jumlah Total	4

Interpretasi Mini Cog dan CDT

Mampu menyebutkan 3 (tiga) kata kembali (yang disebutkan sebelumnya)
dan Skor CDT : 4

Berarti Kemungkinan Fungsi Kognitif Baik

PENILAIAN DENGAN MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Cara pelaksanaan :

Berikan Skor 1 pada setiap jawaban pertanyaan yang benar.

Pertanyaan meliputi :

Orientasi

- (1) Tanyalah tanggal, bulan dan tahun. Kemudian tanyalah juga hari dan musim. Satu angka untuk tiap jawaban yang benar.
- (2) Tanyalah berturut-turut sebagai berikut: "Dapatkan Anda menyebutkan nama rumah sakit/institusi ini?" Kemudian tanyalah lantai/ tingkat/nomor; kota, kabupaten dan propinsi tempat rumah sakit/ institusi tersebut terletak.

Registrasi

Tanyalah responden bila Saudara dapat menguji ingatannya. Katakan 3 nama benda yang satu sama lain tidak ada kaitan, dengan terang dan perlahan, kira-kira 1 detik untuk tiap nama benda. Sesudah menyebutkan ketiga nama benda tersebut, mintalah responden mengulangnya. Pengulangan penyebutan ketiga nama benda tersebut yang pertama kali diberi skor 0-3. Bila responden tidak dapat menyebutnya dengan benar, ulanglah sampai responden dapat melakukannya. Jumlah maksimal pengulangan 6 kali. Bila responden masih tidak dapat menghapalnya, maka fungsi mengingat di bawah tidak dapat diukur secara bermakna.

Atensi Dan Kalkulasi

Mintalah responden menghitung selang 7 mulai dari 100 ke bawah. Hentikanlah setelah 5 kali pengurangan (93, 86, 79, 72, 65). Hitunglah skor dari jumlah jawaban yang benar.

Bila responden tidak dapat melakukan hal ini, mintalah responden untuk mengeja kata "dunia" dari akhir ke awal. Skor dihitung dari jumlah huruf dalam urutan terbalik yang benar. Contoh: ainud = 5, aiund = 3.

Mengingat

Tanyalah responden apakah responden dapat mengingat dan menyebut 3 nama benda yang sebelumnya telah diminta padanya untuk dihapal. Skor antara 0-3.

Bahasa

Penamaan: Perhatikan pada responden arloji dan tanyalah padanya nama benda tersebut. Ulangi untuk pensil. Skor antara 0-2.

Pengulangan: Mintalah responden mengulang kalimat tersebut setelah Saudara mengucapkannya. Percobaan pengulangan tersebut hanya boleh 1 kali. Skor 0 atau 1.

Perintah 3 tahap: Berilah responden selembar kertas putih dan berikan perintah 3 tahap tersebut. Skor 1 angka untuk tiap tahap yang dilaksanakan dengan benar.

Membaca: Pada selembar kertas kosong, tulislah dengan huruf balok: "PEJAMKAN MATA ANDA". Huruf-huruf tersebut harus cukup besar bagi responden, sehingga terlihat dengan jelas. Mintalah responden untuk membacanya dan melaksanakan perintah tersebut. Skor 1 angka hanya jika responden memejamkan matanya.

Menulis: Berilah pasien sepotong kertas kosong dan mintalah responden menulis sebuah kalimat untuk Saudara. Jangan mendiktekan kalimat, karena hal ini harus dikerjakan responden dengan spontan. Kalimat tersebut harus mengandung subyek, kata kerja dan mempunyai arti. Tata bahasa dan tanda baca yang benar tidak perlu diperhatikan.

Meniru: Pada sepotong kertas yang bersih, gambarlah 2 segi lima yang berpotongan, panjang tiap sisi 2,5 cm (berikan contoh gambar sesuai ukuran) dan mintalah responden untuk menirunya setepat mungkin. Ke 10 sudut harus tergambar dan 2 sudut harus berpotongan untuk memperoleh skor 1 angka. Gelombang dan putaran dapat diabaikan.

Nilailah tingkat kesadaran responden pada garis aksis, dari sadar penuh pada ujung kiri sampai dengan koma pada ujung kanan.

Interpretasi :

Dalam melakukan interpretasi hasil penilaian MMSE maka perlu mempertimbangkan tingkat pendidikan dan kesadaran pasien.

Secara umum (sederhana) pengelompokan fungsi kognitif global dengan instrumen MMSE dapat dikelompokkan sebagai berikut

- Skor 0-10 : fungsi kognitif global buruk
- Skor 11-20: fungsi kognitif global sedang
- Skor 21 – 30: fungsi kognitif global masih relatif baik

Contoh :

Nama Responden : Aminah

Umur : 71 Tahun

Pendidikan : SMA

Dominansi hemisfer : ~~kanan~~ / kidal*

Pemeriksa : dr. Wira

Tgl: 4 Januari 2017

BUTIR	TES	NILAI MAKS	NILAI
	ORIENTASI		
1	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), hari apa?	5	5
2	Kita berada dimana? (negara), (propinsi), (kota), (gedung), (ruang) (tanyakan pada responden)	5	5
	REGISTRASI		
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	3
	ATENSI DAN KALKULASI		
4	Pengurangan 100 dengan 7 secara berturut-turut. 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	5
	MENGINGAT KEMBALI (RECALL)		
5	Responden diminta menyebut kembali 3 nama benda di atas	3	3
	BAHASA		
6	Responden diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (perlihatkan pensil dan jam tangan)	2	2
7	Responden diminta mengulang kalimat: " tanpa kalau dan atau tetapi "	1	1
8	Responden diminta melakukan perintah: " Ambil kertas ini dengan tangan anda, lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai".	3	2
9	Responden diminta membaca dan melakukan yang dibacanya: "Pejamkanlah mata anda"	1	1
10	Responden diminta menulis sebuah kalimat secara spontan	1	1
11	Responden diminta menyalin gambar 	1	1
Skor Total		30	29

Tandailah tingkat kesadaran responden pada garis aksis:

x			
Sadar	Somnolen	Stupor	Koma

Jumlah total skor 29 berarti kemungkinan fungsi kognitif global masih baik

PENILAIAN DENGAN ABBREVIATED MENTAL TEST (AMT)

Contoh :

Tanggal 3 Januari 2017

Nama : Aminah

Umur/Jenis Kelamin : 71 tahun / Perempuan

		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	√	
	Jumlah skor:		9
K	Perasaan hati (afek): pilih yang sesuai dengan kondisi pasien 1. Baik 2. Labil 3. Depresi 4. Gelisah 5. Cemas		

Jumlah total skor 9 berarti daya ingat dalam batas normal

PENILAIAN RISIKO MALNUTRISI PASIEN LANJUT USIADENGAN *MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)*

Mini Nutritional Assessment (MNA) merupakan salah satu instrumen untuk mendeteksi adanya risiko malnutrisi atau adanya malnutrisi pada kelompok lanjut usia.

Cara pelaksanaan :

Pemeriksaan dengan Instrumen MNA terdiri dari dua tahap, yaitu tahap pertama (penapisan/skrining), dan tahap kedua (penilaian).

Apabila skor pada tahap pertama <11, akan dilanjutkan ke tahap kedua.

Selanjutnya, seseorang diklasifikasikan :

- malnutrisi apabila jumlah total skor <17, dan
- berisiko malnutrisi apabila total skor antara 17–23,5.

Contoh Pengisian :

INSTRUMEN *MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)*

I. SKRINING

Tanggal :

Nama: Aminah

Jenis kelamin : P

Umur : 71 tahun

Berat badan (kg) : 47 kg

Tinggi badan (cm) : 153

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?</p> <p>0 = kehilangan nafsu makan berat (severe) 1 = kehilangan nafsu makan sedang (moderate) 2 = tidak kehilangan nafsu makan</p>	2
<p>B. Kehilangan berat badan dalam tiga bulan terakhir ?</p> <p>0 = kehilangan BB > 3 kg 1 = tidak tahu 2 = kehilangan BB antara 1 – 3 kg 3 = tidak mengalami kehilangan BB</p>	1
<p>C. Kemampuan melakukan mobilitas ?</p> <p>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>	2
<p>D. Menderita stress psikologis atau penyakit akut dalam tiga bulan terakhir ?</p> <p>0 = ya 2 = tidak</p>	2
<p>E. Mengalami masalah neuropsikologis?</p> <p>0 = demensia atau depresi berat 1 = demensia sedang (moderate) 2 = tidak ada masalah psikologis</p>	2

F. Nilai IMT (Indeks Massa Tubuh) ? 0 = IMT < 19 kg/m ² 1 = IMT 19 - 21 2 = IMT 21 – 23 3 = IMT > 23	1
SUB TOTAL	10

SKOR SKRINING

- Sub total maksimal : 14
- Jika nilai ≥ 12 – tidak mempunyai risiko, tidak perlu melengkapi form penilaian
- Jika ≤ 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	1
H. Apakah anda menggunakan lebih dari tiga macam obat per hari 0 = ya 1 = tidak	1
I. Apakah ada luka akibat tekanan atau luka di kulit? 0 = ya 1 = tidak	1
J. Berapa kali anda mengonsumsi makan lengkap / utama per hari ? 0 = 1 kali 1 = 2 kali 2 = 3 kali	2
K. Berapa banyak anda mengonsumsi makanan sumber protein? <ul style="list-style-type: none"> • Sedikitnya 1 porsi <i>dairy</i> produk (seperti susu, keju, yogurt) per hari → ya/tidak • 2 atau lebih porsi kacang-kacangan atau telur per minggu → ya / tidak • Daging ikan atau unggas setiap hari → ya / tidak 0.0= jika 0 atau hanya ada 1 jawabannya ya 0.5= jika terdapat 2 jawaban ya 1.0= jika terdapat 3 jawaban ya	0.5
L. Apakah anda mengonsumsi buah atau sayur sebanyak 2 porsi atau lebih per hari ? 0 = tidak 1 = ya	1
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	1
N. Bagaimana cara makan ? 0 = harus disuapi 1 = bisa makan sendiri dengan sedikit kesulitan 2 = makan sendiri tanpa kesulitan apapun juga	2

O. Pandangan sendiri mengenai status gizi anda ? 0 = merasa malnutrisi 1 = tidak yakin mengenai status gizi 2 = tidak ada masalah gizi	1
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	0,5
Q. Lingkar lengan atas (cm)? 0 = < 21 cm 0.5 = 21 – 22 cm 1,0 = ≥22 cm	1
R. Lingkar betis (cm) ? 0 < 31 cm 1 > 31 cm	0
TOTAL	1

****PENILAIAN SKOR:**

I.Skor Skrining 10

II.Skor Penilaian 12

Skor total indikator malnutrisi (maksimum 30) : 22

17 - 23.5 : risiko malnutrisi

Kurang dari 17 malnutrisi

Pasien ini walaupun memiliki **IMT normal**,tetapi memiliki risiko malnutrisi sehingga perlu diberikan edukasi terkait nutrisi sesuai dengan permasalahan di atas.