



BUKU PANDUAN PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN GERONTIK

**DISUSUN OLEH
TIM KEPERAWATAN GERONTIK**



**PRODI DIII KEPERAWATAN AKADEMI KESEHATAN RUSTIDA
KRIKILAN – GLENMORE- BANYUWANGI
TAHUN AKADEMI 2018/2019**

KATA PENGANTAR

Populasi lansia Indonesia meningkat seiring dengan penurunan berbagai fungsi fisiologis maupun psikososial pada lansia. Hal ini menuntut mutu pelayanan kesehatan guna mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan lansia. Ini sejalan dengan tujuan keperawatan gerontik, sebagai salah satu bagian pelayanan kesehatan, yakni memaksimalkan kualitas hidup lansia.

Program Studi D III Keperawatan Akademi Kesehatan sebagai salah satu institusi pendidikan yang mendidik mahasiswa guna memberikan pelayanan kesehatan kepada lansia, turut memberikan sumbangsih dengan perawatan lansia secara holistik. Terbitnya buku panduan pratek klinik Keperawatan Gerontik ini ditujukan untuk membantu mahasiswa keperawatan melakukan asuhan secara bertahap, mulai dari pengkajian, perencanaan, intervensi kemudian implementasi dan evaluasi keperawatan. Buku ini juga dilengkapi dengan berbagai format dokumentasi keperawatan dan penilaian yang ditujukan untuk melatih mahasiswa dengan metode pembelajaran *Student Centered Learning (SCL)*.

Penyusunan buku panduan pratek klinik Keperawatan Gerontik ini melibatkan secara aktif staf pendidik, terutama dosen yang membidangi mata ajar ini ,serta evaluasi dan saran dari mahasiswa. Kepada pihak-pihak yang membantu penyusunan buku kerja, kami mengucapkan terima kasih.

Semoga buku ini dapat bermanfaat dan menjadi panduan dalam melaksanakan praktek klinik keperawatan gerontik. Akhirnya, demi penyempurnaan buku panduan ini kami sangat mengharapkan adanya kritik dan saran membangun agar kualitas lulusan sesuai dengan yang diharapkan.

Banyuwangi, 18 Pebruari 2019
Koordinator PKK Gerontik

TTD

Anis Yulastutik, S.Kep, Ns, M.Kes
NIK.2006.03.01

DAFTAR ISI

Halaman Judul Kata Pengantar Daftar Isi	
BAB I Pendahuluan	1
BAB 2 Kompetensi Yang Ingin Dicapai	3
BAB 3 Mekanisme Pelaksanaan Praktek Klinik.....	4
BAB 4 Assessment/Instrumen Praktek Klinik.....	7
Daftar Pustaka	
Lampiran Lembar Kerja	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tujuan dari pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Keberhasilan pembangunan kesehatan ditandai dengan meningkatnya beberapa aspek seperti kualitas sumber daya manusia, kualitas hidup, kesejahteraan keluarga dan masyarakat, serta usia harapan hidup. Salah satu yang menjadi perhatian adalah meningkatnya usia harapan hidup masyarakat yang akan berdampak kepada meningkatnya jumlah lanjut usia.

Tingginya populasi lansia di Indonesia perlu mendapat perhatian yang serius dari pemerintah berkaitan dengan pelayanan sosial dan pelayanan kesehatan terkait dengan proses menua yang menyebabkan penurunan fisik, psikis, dan sosio-ekonomi pada lansia. Hal ini membawa pengaruh terhadap kehidupan sosial ekonomi masyarakat seperti cara hidup sehat, produktif, dan mandiri pada lansia

Pratek Klinik Keperawatan Gerontik ini menerapkan konsep dasar dan teori-teori terkait dengan gerontik dalam melakukan asuhan keperawatan gerontik sesuai dengan masalah kesehatan yang lazim pada lansia di berbagai tatanan pelayanan kesehatan di institusi dan komunitas. Mata ajar ini akan berguna dalam melaksanakan pelayanan pelayanan/asuhan keperawatan pada lanjut usia di berbagai tatanan pelayanan kesehatan.

Buku panduan ini akan memberikan penjelasan mengenai tujuan pembelajaran dan kompetensi, materi yang harus dikuasai mahasiswa, metode pembelajaran, tata tertib, lahan praktik, proses pelaksanaan praktik, siklus praktik, tugas harian mahasiswa, dan evaluasi. Buku panduan ini juga menyediakan format-format penilaian mahasiswa serta kriteria penilaiannya

B. Deskripsi Mata Kuliah

Praktek klinik keperawatan gerontik merupakan penerapan tentang konsep dasar dan teori-teori terkait dengan gerontik dan melakukan asuhan keperawatan gerontik sesuai dengan masalah yang lazim terjadi pada lansia di berbagai tatanan pelayanan kesehatan khususnya lansia di dalam keluarga

C. Tujuan Pembelajaran

1. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti proses pembelajaran ini mahasiswa mampu mengelola asuhan keperawatan pada lansia yang mengalami berbagai masalah kesehatan dengan menerapkan beberapa konsep dasar gerontik, teori biopsikososiokultural dan spiritual pada proses penuaan, serta mengembangkan rasa percaya diri dalam melakukan asuhan keperawatan gerontik.

2. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti proses pembelajaran, mahasiswa mampu :

- a. Melakukan pra interaksi sehingga terbina dan terpelihara hubungan terapeutik antara perawat dan klien
- b. Mengkaji dengan benar kesehatan lansia individu dengan menggunakan format pengkajian yang sesuai.
- c. Mengidentifikasi data yang diperlukan
- d. Mengumpulkan data atau melakukan verifikasi data lansia
- e. Menganalisis data yang telah diperoleh
- f. Menentukan masalah keperawatan yang telah diprioritaskan
- g. Merencanakan rencana asuhan keperawatan lansia dengan menggunakan strategi intervensi yang tepat.
- h. Memprioritaskan rencana asuhan keperawatan lansia secara individu dengan metode prioritas yang tepat.
- i. Melakukan tindakan keperawatan dengan benar sesuai dengan masalah keperawatan lansia yang ditemukan.
- j. Melakukan evaluasi hasil asuhan keperawatan
- k. Mendokumentasikan proses keperawatan

BAB 2

UNIT KOMPETENSI YANG INGIN DICAPAI

PERAN	TUGAS	KETRAMPILAN
Mengelola askep pada klien lanjut usia di dalam keluarga yang mengalami masalah kesehatan	<ol style="list-style-type: none">1. Mengkaji status kesehatan klien2. Merumuskan diagnosa keperawatan3. Menyusun rencana perawatan dan implemetasi4. Mengevaluasi asuhan keperawatan5. Melakukan dokumentasi asuhan keperawatan	<ol style="list-style-type: none">1. Mengeksplorasi data2. Menvalidasi data3. Menginterpretasi data4. Menganalisa data <ol style="list-style-type: none">1. Merumuskan diagnosa keperawatan2. Memprioritaskan masalah <ol style="list-style-type: none">1. Menentukan tujuan2. Menentukan kriteria hasil3. Menentukan rencana keperawatan4. Melaksanakan tindakan keperawatan5. Memberikan pendidikan kesehatan <ol style="list-style-type: none">1. Memantau perkembangan klien2. Mengevaluasi perkembangan klien <ol style="list-style-type: none">1. Mendokumentasikan asuhan keperawatan

BAB 3
MEKANISME PELAKSANAAN PRAKTEK KLINIK

A. Proses Pelaksanaan Praktek Klinik

Tahap Kegiatan	Waktu	Kegiatan Mahasiswa	Kegiatan Pembimbing
Pra interaksi	Sebelum melaksanakan praktek	Membuat laporan pendahuluan tentang masalah kesehatan yang lazim pada lansia	Mengevaluasi pemahaman mahasiswa tentang laporan pendahuluan
Orientasi / Conference	Hari I praktek dan diawal pertemuan setiap hari	<input type="checkbox"/> Memperkenalkan diri, menyampaikan tujuan orientasi <input type="checkbox"/> Evaluasi/validasi keadaan lansia secara individu <input type="checkbox"/> Mengingatn kontrak yang lalu (topik, tujuan, waktu, hasil yang diharapkan) <input type="checkbox"/> Menanyakan hal-hal yang kurang jelas pada pembimbing	Mengevaluasi dan mengarahkan rencana kerja mahasiswa setiap hari
Kerja	Setiap hari praktek	<input type="checkbox"/> Melakukan pengkajian, Merumuskan diagnosa keperawatn <input type="checkbox"/> Melakukan intervensi <input type="checkbox"/> Melakukan evaluasi proses	Membimbing, memvalidasi kegiatan mahasiswa

Terminasi Proses	Setiap akhir pertemuan	<input type="checkbox"/> Mengevaluasi hasil pertemuan <input type="checkbox"/> Membuat modifikasi tindakan <input type="checkbox"/> Membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya (topik, waktu, persiapan)	Membimbing, memvalidasi kegiatan mahasiswa
Terminasi Akhir	Hari terakhir praktek	Mengevaluasi hasil praktek secara keseluruhan	Memvalidasi hasil kegiatan mahasiswa

B. Aktivitas Mahasiswa

1. Membuat Laporan Pendahuluan.
2. Memberikan asuhan keperawatan pada 1 orang lansia binaan, selama 1 minggu.
3. Memberikan pendidikan kesehatan
4. Melaksanakan Posyandu Lansia
5. Melaksanakan Senam Lansia

C. Waktu dan Tempat Praktek

Praktek Klinik Keperawatan Gerontik dilaksanakan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Banyuwangi pada tanggal 20 Mei s/d 22 Juni 2019 yang terbagi dalam dua kelompok besar yang masing – masing kelompok praktek selama satu minggu, adapun jadwalnya sebagaimana berikut :

1. Kelompok 1, terdiri dari 43 orang pada tanggal 20 mei s.d 1 juni 2019
2. Kelompok 2, terdiri dari 42 pada tanggal 10 s.d 22 Juni 2019

D. Tata Tertib

1. Kehadiran praktek sebanyak 100%
2. Mahasiswa wajib mengikuti kegiatan praktek dari awal sampai dengan akhir.
4. Pakaian yang digunakan adalah seragam praktek klinik (atasan putih), dan bawah putih
5. Laporan wajib dikumpulkan paling lambat 3 hari setelah praktek klinik keperawatan gerontik berakhir.

6. Apabila mahasiswa sakit, harus mengganti praktek pada periode yang ditentukan oleh Prodi D III Keperawatan

E. Time Schedule

NO	KEGIATAN	HARI					
		1	2	3	4	5	6
1	Pengkajian dan Renpra						
2	Implementasi						
3	Supervisi						
4	Pendidikan Kesehatan						
5	Posyandu & Senam Lansia						
6	Evaluasi						

BAB 4
ASSESSMENT / EVALUASI PRAKTEK KLINIK

A. Komponen Evaluasi

No	Komponen Penilaian	Persentase
1	Laporan Pendahuluan	10 %
2	Asuhan Keperawatan	25 %
3	Target kompetensi (Skill)	35%
4	Ujian	20 %
5	Sikap	10 %
	Jumlah	100 %

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, M.A. 2007. *Caring for Older Adults Holistically*. 4th Edition. F.A. Davis Company. Philadelphia.
- Comer, S. 2005. *Delmar's Geriatric Nursing Care Plans*. 3rd Edition. Thompson Delmar Learning. Singapore.
- Depkes RI. 2003. Pedoman Pengelolaan Kegiatan Kesehatan di Kelompok Usia Lanjut. Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat DEPKES RI. Jakarta.
- Eliopoulus, C. 2001. *Gerontological Nursing*. 5th Edition. Lippincott. Philadelphia. Maas, M.L.
- et al. 2008. Asuhan Keperawatan Geriatrik, Diagnosis NANDA, Kriteria Hasil NOC, Intervensi NIC. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Roach, S. 2001. *Introductory Gerontological Nursing*. Lippincott. Philadelphia. Tabloski, P.A. 2006. *Gerontological Nursing*. Pearson Prentice Hall. New Jersey

Lampiran 1

FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN

BAB I Pendahuluan

- A. Definisi
- B. Etiologi
- C. Patofisiologi
- D. Manifestasi Klinis
- E. Komplikasi
- F. Pemeriksaan Penunjang
- G. Penatalaksanaan
- H. Pencegahan

BAB 2 Konsep Asuhan Keperawatan

- A. Pengkajian Keperawatan
- B. Diagnosa keperawatan
- C. Rencana / intervensi keperawatan

LAMPIRAN :

Patofisiologi (Penyimpangan KDM)

Daftar Pustaka (Minimal 5)

PENGAJIAN KEPERAWATAN

Hari/Tgl. :

Inisial Klien:

1. Riwayat Klien / Data Biografis

Nama : Tempat /tgl lahir : Jenis kelamin : Pendidikan : Alamat / no.telepon :	Suku : Agama : Status : Orang yang paling dekat dihubungi :
---	--

2. Riwayat Hidup

Pasangan	Anak-anak
Hidup	Hidup
Status kesehatan :	Nama & alamat :
Umur :	
Pekerjaan :	
Meninggal	Meninggal
Tahun meninggal :	Tahun meninggal :
Penyebab kematian :	Penyebab kematian :

3. Riwayat Pekerjaan

Status pekerjaan saat ini	:
Pekerjaan sebelumnya	:
Sumber pendapatan saat ini	:

4. Riwayat Tempat Tinggal (gambar denah rumah)

Tipe tempat tinggal :	Jumlah tingkat :
Jumlah kamar :	
Jumlah orang yang tinggal di rumah :	Tetangga terdekat :
Derajat privasi :	

5. Riwayat Aktivitas di Waktu Luang

Hobbi / minat :
Keanggotaan organisasi :
Liburan / perjalanan :

6. Sistem Pelayanan Kesehatan yang digunakan

Dokter / perawat :
Rumah sakit / puskesmas :
Klinik :
Pelayanan kesehatan di rumah :
Lain – lain :

7. Deskripsi Aktivitas Selama 24 jam (Uraikan bersama Jam-nya)

8. Riwayat Kesehatan

Keluhan – keluhan utama (metode PQRST):
Pengetahuan mengenai kondisi kesehatan saat ini :
Pemahamannya terhadap proses penuaan :
Status kesehatan umum sejak 6 bulan terakhir :
Status kesehatan umum sejak 5 tahun yang lalu :
Penyakit masa kanak-kanak :
Penyakit serius kronik :
Trauma:
Perawatan di RS (catat alasan masuk, tanggal, tempat, lama rawat):
Riwayat Operasi: (catat jenis, tanggal, tempat, alasan operasi):
Status Obstetris: G.... P A

Obat-Obatan

Nama obat dan dosis :
Bagaimana / kapan menggunakannya :
Dokter yang menginstruksikan :

Tanggal resep :

Masalah-Masalah Berkaitan dengan Konsumsi Obat

Defisit (Uraikan jika ada keterbatasan dalam konsumsi obat) :
Efek samping yang tidak menyenangkan :
Persepsi keefektifan :
Kesulitan memperoleh :

Riwayat Alergi

Obat – obatan :
Makanan :
Alergi lain :
Faktor lingkungan :

Nutrisi

Uraikan jenis makanan untuk pagi, siang & malam :
BB saat ini: Riwayat Peningkatan/penurunan BB:
Frekuensi makan:
Masalah-masalah yang mempengaruhi masukan makanan (mis: pendapatan tidak adekuat, kurang transportasi, masalah menelan / mengunyah, stress emosional) :
Kebiasaan sebelum, saat atau setelah makan :

9. Riwayat Keluarga (Gambar silsilah keluarga, minimal 3 generasi disertai keterangan)

10. Tinjauan Sistem

Tanda-Tanda Vital :

P: x/m N:x/m T: °C TD:.....mmHg

Beri tanda cek (√) untuk setiap tanda-gejala yang ditemukan, disertai keterangan jika Ya.

Hemopoetik	Ya
Perdarahan / memar	
Pembengkakan kelenjar limfe	
Anemia	
Riwayat tranfusi darah	

Leher	Ya
Kekakuan	
Nyeri / nyeri tekan	
Benjolan / massa	
Keterbatasan gerak	

Kepala	Ya
Sakit kepala	
Trauma masa lalu	
Pusing	
Gatal Kulit kepala	

Mata	Ya
Perubahan penglihatan	
Kacamata / lensa kontak	
Nyeri	
Air mata berlebihan	
Pruritus	
Bengkak sekitar mata	
Floater	
Diplopia	
Kabur	
Fotofobia	
Riwayat infeksi	
Tanggal pemeriksaan mata terakhir	
Dampak pada aktivitas sehari-hari	

Telinga	Ya
Perubahan pendengaran	
Rabas	
Tinitus	
Vertigo	
Sensitivitas pendengaran	
Alat-alat prostesa	
Riwayat infeksi	
Tanggal pemeriksaan paling akhir	
Kebiasaan perawatan telinga	
Dampak pada aktivitas sehari-hari	

Mulut dan Tenggorokan	Ya
Sakit tenggorokan	
Lesi / ulkus	
Perubahan suara	
Kesulitan menelan	
Perdarahan gusi	
Karies / sudah tanggal	
Gigi Palsu	
Riwayat infeksi	
Tanggal pemeriksaan gigi terakhir	
Frekuensi menggosok gigi	
Masalah & kebiasaan membersihkan gigi palsu	

Hidung dan Sinus	Ya
Rinorea	
Rabas	
Epistaksis	
Obstruksi	
Mendengkur	
Nyeri pada sinus	
Alergi	
Riwayat infeksi	
Penampilan Kemampuan Olfkatori	

Payudara	Ya
Benjolan / massa	
Nyeri/ nyeri tekan	
Bengkak	
Keluar cairan dari putting susu	
Perubahan pada putting susu	
Pola pemeriksaan payudara sendiri	
Tanggal dan hasil mamogram terakhir	

Kardiovaskuler	Ya
Nyeri dada	
Palpitasi	
Sesak nafas	
Dipsnea pada aktivitas	
Dipsnea nokturnal paroksimal	
Murmur	
Edema	
Varises	
Kaki timpang	
Parestesia	
Perubahan warna kaki	

Pernafasan	Ya
Batuk	
Sesak napas	
Hemoptisis	
Sputum	
Mengi	
Asma / alergi pernafasan	
Tanggal & hasil pemeriksaan dada terakhir	

Gastrointestinal	Ya
Disfagia	
Tidak dapat mencerna	
Nyeri ulu hati	
Mual muntah	
Hematemesis	
Perubahan nafsu makan	
Intoleran makanan	
Ulkus	
Nyeri	
Ikterik	
Benjolan / massa	
Perubahan kebiasaan defekasi	
Diare	
Konstipasi	
Melena	
Hemoroid	
Perdarahan rektum	
Pola defekasi biasanya	

Sistem Endokrin	Ya
Intoleran terhadap panas	
Intoleran terhadap dingin	
Goiter	
Pigmentasi kulit/tekstur	
Perubahan rambut	
Polifagia	
Polidipsia	
Poliuria	

Perkemihan	Ya
Disuria	
Menetes	
Ragu-ragu	
Hematuria	
Poliuria	
Oliguria	
Nokturia	
Inkontinensia	
Nyeri saat berkemih	
Batu	
Infeksi	

Genitoreproduksi Wanita	Ya
Lesi	
Rabas	
Dispareunia	
Perdarahan pasca sanggama	
Nyeri pelvic	
Sistokel/ rektokel /prolaps	
Penyakit kelamin	
Infeksi	
Masalah aktivitas seksual	
Riwayat menopause (usia, gejala, masalah pascamenopause)	
Tanggal dan hasil pap paling akhir	

Muskuloskeletal	Ya
Nyeri Persendian	
Kekakuan	
Pembengkakan sendi	
Deformitas	
Spasme	
Kram	
Kelemahan otot	
Masalah cara berjalan	
Nyeri punggung	
Protesa	
Kebiasaan latihan/olahraga	
Dampak pada Aktivitas sehari2	

Sistem Saraf	Ya
Sakit kepala	
Kejang	
Sinkope/serangan jantung	
Paralisis	
Paresis	
Masalah koordinasi	
Tie/tremor/spasme	
Parestesia	
Cedera kepala	
Masalah memori	

Psikososial	Ya
Cemas	
Depresi	
Insomnia	
Menangis	
Gugup	
Takut	
Masalah dalam pengambilan keputusan	
Kesulitan berkonsentrasi	
Mekanisme koping	
Stres saat ini	
Persepsi tentang kematian	
Dampak pada aktivitas sehari-hari	

Tingkat kemandirian melakukan aktivitas dasar sehari-hari:
Skala Depresi:
Fungsi intelektual/memori:
Masalah-masalah kesehatan lain-lain yang ditemukan:

....., 2019

Yang melakukan pengkajian,

.....

ANALISA DATA

Hari / Tgl. :

Inisial Klien :

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH

DAFTAR DIAGNOSA

Hari / Tgl. :

Inisial Klien :

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN

INTERVENSI KEPERAWATAN

Hari / Tgl. :
Inisial Klien :

NO	TUJUAN	INTERVENSI	RASIONAL

IMPLEMENTASI

Hari / Tgl. :

Inisial Klien :

NO	WAKTU	IMPLEMENTASI

EVALUASI

Hari / Tgl. :
Inisial Klien :

NO	WAKTU	EVALUASI

5	Evaluasi a. Menyertakan klien, keluarga / petugas dalam mengevaluasi asuhan b. Mengevaluasi asuhan sesuai dengan kriteria evaluasi c. Memodifikasi intervensi sesuai dengan hasil evaluasi d. Mencatat evaluasi dengan sistem SOAP (subjektif, objektif, analisa, planning) secara sistematis akurat	20		
	Jumlah			

Keterangan nilai :

1 = sebagian kecil penampilan didemonstrasikan

2 = beberapa penampilan ada, tetapi tidak adekuat

3 = sebagian besar penampilan adekuat

4 = semua ukuran penampilan didemonstrasikan dengan baik

Lampiran 4

DAFTAR KOMPETENSI SKILL KEPERAWATAN GERONTIK

NO	SKILL S	TANGGAL & PARAF PEMBIMBING			
		TGL	PARAF	TGL	PARAF
1	Pengkajian MMSE				
2	Pengkajian SPMSQ				
3	Apgar Lansia				
4	Pengkajian skala Depresi				
5	Pengkajian Katz Index				
6	Pengkajian Skala Norton				
7	Screening Fall				
8	Range of Motion (ROM)				
9	Pendidikan kesehatan/ penyuluhan kesehatan				
10	Senam lansia				

FORMAT PENGKAJIAN MMSE

NO	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?		
	2. Musim apa sekarang ?		
	3. Tanggal berapa sekarang ?		
	4. Hari apa sekarang ?		
	5. Bulan apa sekarang ?		
	6. Dinegara mana anda tinggal ?		
	7. Di Provinsi mana anda tinggal ?		
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?		
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?		
	10. Di desa mana anda tinggal ?		
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga obyek		
	11.		
	12.		
	13.		
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal” BAPAK “		
	14. K		
	15. A		
	16. P		
	17. A		
	18. B		
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek Diatas		
	19.		
	20.		
	21.		

5	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :		
	22. Jam tangan		
	23. Pensil		
	b. Pengulangan Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
	24. “Tak ada jika, dan, atau tetapi “		
	c. Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas !		
	26. Lipat dua !		
	27. Taruh dilantai !		
	d. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata		
	29. Tulis satu kalimat		
	30. Salin gambar		
	JUMLAH		

Analisis hasil :

Nilai ≤ 21 : Kerusakan kognitif

**PENGAJIAN FUNGSI KOGNITIF
(SPMSQ)**

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang ? Jawab		
2	Tahun berapa sekarang ? Jawab		
3	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab		
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ? Jawab :		
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ? Jawab		
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab		
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ? Jawab		
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ? Jawab :		
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ? Jawab		
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab		
	JUMLAH		

Analisis Hasil :

Skore Salah : 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Skore Salah : 3-4 : Kerusakan intelektual Ringan

Skore Salah : 5-7 : Kerusakan intelektual Sedang

Skore Salah : 8-10 : Kerusakan intelektual

APGAR KELUARGA

NO	ITEMS PENILAIAN	SELALU (2)	KADANG KADANG (1)	TIDAK PERNAH (0)
1	A : Adapasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya			
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya.			
3	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.			
4	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.			
5	R : Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama- sama mengekspresikan afek dan berespon			
	JUMLAH			

Penilaian :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

**GERIATRIC DEPRESSION SCALE
(SKALA DEPRESI)**

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda ?		
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda ?		
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?		
4	Apakah anda sering merasa bosan ?		
5	Apakah anda mempunya semangat yang baik setiap saat ?		
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda ?		
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?		
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya ?		
9	Apakah anda lebih sering di rumah daripada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru ?		
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang ?		
11	Apakah anda pikir keadaan anda saat ini menyenangkan ?		
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaananda saat ini ?		
13	Apakah anda merasa penuh semangat ?		
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan ?		
15	Apakah anda piker bahwa orang lain lebih baik keadaan daripada anda ?		

*) Setiap jawaban yang sesuai mempunya skor "1" (satu)

Skor 5-9 : Kemungkinan depresi

Skor 10 atau lebih : Depresi

**PENGAJIAN STATUS FUNGSIONAL
(Indeks Kemandirian Katz)**

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	<p>Mandi</p> <p>Mandiri: Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p>Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>		
2	<p>Berpakaian</p> <p>Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian.</p> <p>Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian</p>		
3	<p>Ke Kamar Kecil</p> <p>Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri</p> <p>Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>		

4	<p>Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>		
4	<p>Kontinen Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri</p> <p>Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)</p>		
5	<p>Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p>Bergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan</p>		

Beri tanda (v) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil :

- Nilai A :Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.
- Nilai B :Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
- Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
- Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.
- Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
- Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

SKOR NORTON
(untuk menilai potensi dekubitus)

Inisial Nama penderita :

1. Skor Kondisi Fisik :
 - a. Baik 4
 - b. Lumayan 3
 - c. Buruk 2
 - d. Sangat buruk 1
2. Kesadaran :
 - a. Compos mentis 4
 - b. Apatis 3
 - c. Konfus/ soporus 2
 - d. Stupor /Koma 1
3. Aktifitas
 - a. Ambulan 4
 - b. Ambulan dengan bantuan 3
 - c. Hanya bisa duduk 2
 - d. Tiduran 1
4. Mobilitas
 - a. Bergerak bebas 4
 - b. Sedikit terbatas 3
 - c. Sangat terbatas 2
 - d. Tak Bisa bergerak 1
5. Inkontines
 - a. Tidak 4
 - b. Kadang – kadang 3
 - c. Sering inkontinensia urin 2
 - d. Sering inkontinensia urin dan alvi 1

Skor Total :

Kategori Skor	15 – 20	: Kecil sekali / tak terjadi
	12 – 15	: Kemungkinan kecil terjadi
	< 12	: Kemungkinan besar terjadi

**SCREENING FAAL FUNGTIONAL REACH (FR)
TEST**

NO	LANGKAH
1	Minta Pasien berdiri disisi tembok dengan tangan direntanjkkan ke depan
2	Beri tanda letak tangan 1
3	Minta pasien condong ke depan tanpa melangkah selama 1-2 menit, dengan tangan direntankan ke depan
4	Beri tanda letak tangan ke 2 pada posisi condong
5	Ukur jarak antara tanda tangan 1 dan ke

Interpretasi

Usia lebih 70 tahun : kurang 6 inchi resiko roboh

THE TIMED UP AND GO (TUG) TEST

NO	LANGKAH
1	Posisi pasien duduk di kursi
2	Minta pasien berdiri dari kursi berjalan 10 langkah (3 meter) kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Interpretasi :

Score:

- ≤ 10 detik : low risk of falling
- 11 - 19 detik : low to moderate risk for falling
- 20 – 29 detik : moderate to high risk for falling
- ≥ 30 detik : impaired mobility and is at high risk of falling

ROM

NO	ASPEK YANG DINILAI
A	FASE ORIENTASI
1	Mengucapkan salam
2	Memperkenalkan diri
3	Menjelaskan tujuan
4	Menjelaskan prosedur
B	FASE KERJA
1	Mengkaji kemampuan mentoleransi gerakan
2	Menentukan teknik gerakan ROM : Pasif /aktif
3	Melakukan gerakan bahu :
	a. Fleksi & ekstensi
	b. Abduksi & Adduksi
	c. Rotasi internal & eksternal
4	Melakukan gerakan siku :
	a. Fleksi & ekstensi
	b. Pronasi & supinasi siku
5	Melakukan gerakan pergelangan tangan :
	a. Fleksi & ekstensi
	b. Fleksi ulnar & radial
6	Melakukan gerakan jari-jari :
	a. Fleksi & ekstensi
	b. Hiperekstensi
	c. Abduksi & Adduksi
	d. Oposisi
C	FASE TERMINASI
1	Melakukan evaluasi
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut
3	Berpamitan
D	PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN
1	Ketenangan
2	Melakukan komunikasi teraupetik
3	Menjaga keamanan pasien & perawat

**FORMAT PENILAIAN KEGIATAN PENYULUHAN
(PENDIDIKAN KESEHATAN)**

No	Aspek Penilaian	Bobot	Nilai
1	Membuat laporan pendahuluan dengan formulasi yang baik	15	
2	Kegiatan dipersiapkan dengan baik, sesuai dengan kebutuhan klien/kelompok	5	
3	Melakukan kontrak dengan baik (waktu, tujuan, hasil yang diharapkan, tempat)	10	
4	Berkontribusi dalam melaksanakan tugas dan peran kelompok	5	
5	Berkomunikasi secara efektif dengan semua anggota kelompok	5	
6	Berkomunikasi secara efektif dengan petugas kesehatan (perawat, dokter, dsb)	5	
7	Kemampuan komunikasi dengan klien (bahasa mudah, sederhana, tidak terlalu cepat, jelas, memberi contoh, mengandaikan istilah dengan pengandaian yang mudah)	10	
8	Terampil dalam mendemonstrasikan teknik-teknik yang dapat diajarkan dengan klien / kelompok	15	
9	Menggunakan media yang baik (sesuai & menarik)	10	
10	Sikap yang sopan, menjaga privacy klien	5	
11	Memberi kesempatan klien / kelompok mencoba mengulang teknik yang diajarkan dan mampu melibatkan klien untuk aktif	5	
12	Melakukan evaluasi terhadap penyuluhan / intervensi yang diberikan	10	
Jumlah		100	

Tanggal :

Pembimbing :

SENAM OTAK LANSIA

NO	ASPEK YANG DINILAI
A	FASE ORIENTASI
1	Mengucapkan salam
2	Memperkenalkan diri
3	Menjelaskan tujuan
4	Menjelaskan prosedur
B	FASE KERJA
1	Berdiri dengan posisi tegak
2	Gerakan bergantian (Alternating) :
	a. Gerakan tangan kanan keatas samping kanan dan kaki kiri ke samping kiri.
	b. Kembali posisi normal
	c. Gerakan tangan kiri keatas samping kiri dan kaki kanan ke samping kanan
3	Bersilangan (Crossing the mid line) :
	a. Lutut kaki kiri diangkat menyentuh siku tangan kanan pada posisi tengah tubuh
	b. Gerakan bergantian dg point a.
4	Gerakan mata pelangi (Eye Movement Raibow) :
	a. Ibu jari kanan membuat gerakan setengah lingkaran sejajar muka diikuti oleh pandangan mata ke ibu jari tanpa kepala ikut bergerak
	b. Gerakan bergantian dengan point a
5	Stretching (Peregangan) :
	a. Meregangkan otot bahu badan dan lengan dengan tangan kanan ke atas dipegang tangan kiri dan di gerakkan ke empat penjuru (kanan-kiri-depan-belakang)
	b. Gerakan bergantian dengan point a
C	FASE TERMINASI
1	Melakukan evaluasi
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut
3	Berpamitan
D	PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN
1	Ketenangan
2	Melakukan komunikasi teraupetik
3	Menjaga keamanan pasien & perawat

