

**Form Full The Mini Nutritional Assessment
(Formulir Pengkajian Nutrisi Mini)**

No	Pertanyaan	Keterangan	Skor Nilai
Screening			
1.	Apakah anda mengalami penurunan asupan makanan selama tiga bulan terakhir dikarenakan hilangnya selera makan, masalah pencernaan, kesulitan mengunyah atau menelan?	0: mengalami penurunan asupan makanan yang parah 1: mengalami penurunan asupan makanan sedang 2: tidak mengalami penurunan asupan makanan	
2.	Apakah anda kehilangan berat badan selama 3 bulan terakhir?	0: kehilangan berat badan lebih dari 3 kg 1: Tidak tahu 2: kehilangan berat badan antara 1 sampai 3 kg 3: tidak kehilangan berat badan	
3.	Bagaimana mobilisasi atau pergerakan anda?	0: hanya di tempat tidur atau kursi roda 1: dapat turun dari tempat tidur namun tidak dapat jalan-jalan 2: dapat pergi keluar/jalan-jalan	
4.	Apakah anda mengalami stres psikologis atau penyakit akut selama 3 bulan terakhir?	0: ya 2: tidak	
5.	Apakah anda memiliki masalah neuropsikologi?	0: demensia atau depresi berat 1: demensia ringan 2: tidak mengalami masalah neuropsikologi	
6.	Bagaimana hasil BMI (<i>Body Mass Indeks</i>) anda? (berat badan (kg)/tinggi badan(m ²))	0: BMI kurang dari 19 1: BMI antara 19-21 2: BMI antara 21-23 3: BMI lebih dari 23	
	Nilai Skrining (total nilai maksimal 14)	≥ 12: normal/tidak berisiko, tidak membutuhkan pengkajian lebih lanjut ≤ 11: mungkin malnutrisi, membutuhkan pengkajian lebih lanjut	
No	Pertanyaan	Keterangan	Skor Nilai
Pengkajian			
7.	Apakah anda hidup secara mandiri?(tidak di rumah perawatan, panti atau rumah sakit)	0: tidak 1: ya	
8.	Apakah anda diberi obat lebih dari 3 jenis obat per hari?	0: ya 1: tidak	
9.	Apakah anda memiliki luka tekan/ulserasi kulit?	0: ya 1: tidak	

No	Pertanyaan	Keterangan	Skor Nilai
10.	Berapa kali anda makan dalam sehari?	0: 1 kali dalam sehari 1: 2 kali dalam sehari 2: 3 kali dalam sehari	
11.	Pilih salah satu jenis asupan protein yang biasa anda konsumsi? a. Setidaknya salah satu produk dari susu (susu, keju, yoghurt per hari) b. Dua porsi atau lebih kacang-kacangan/telur perminggu c. Daging, ikan atau unggas setiap hari	0: jika tidak ada atau hanya 1 jawaban diatas 0.5: jika terdapat 2 jawaban ya 1: jika semua jawaban ya	
12.	Apakah anda mengkonsumsi sayur atau buah 2 porsi atau lebih setiap hari?	0: tidak 1: ya	
13.	Seberapa banyak asupan cairan yang anda minum per hari (air putih, jus, kopi, the, susu, dsb)	0 : kurang dari 3 gelas 0,5 : 3-5 gelas 1 : lebih dari 5 gelas	
14.	Bagaimana cara anda makan?	0: jika tidak dapat makan tanpa dibantu 1: dapat makan sendiri namun mengalami kesulitan 2: jika dapat makan sendiri tanpa ada masalah	
15.	Bagaimana persepsi anda tentang status gizi anda?	0: ada masalah gizi pada dirinya 1: ragu/tidak tahu terhadap masalah gizi dirinya 2: melihat tidak ada masalah terhadap status gizi dirinya	
16.	Jika dibandingkan dengan orang lain, bagaimana pandangan anda tentang status kesehatan anda?	0 : tidak lebih baik dari orang lain 0,5: tidak tahu 1 : sama baiknya dengan orang lain 2 : lebih baik dari orang lain	
17.	Bagaimana hasil lingkaran lengan atas (LLA) anda (cm)?	0: LLA kurang dari 21 cm 0.5 : LLA antara 21-22 cm 1: LLA lebih dari 22 cm	
18.	Bagaimana hasil Lingkar betis (LB) anda (cm)?	0: jika LB kurang dari 31 1: jika LB lebih dari 31	
	Nilai pengkajian: (nilai maksimal 16)		
	Nilai Skrining (nilai maksimal 14)		
	Total nilai skring dan pengkajian (nilai maksimal 30)	Indikasi nilai malnutrisi ≥ 24 : nutrisi baik 17-23.5: dalam risiko malnutrisi < 17 : malnutrisi	

Guigoz, Y.; Jensen, G.; Thomas, D.; Vellas, B.; et al. 2006. The mini nutritional assessment (MNA®) review of the literature-what does it tell us? *The Journal of nutrition, Health & Aging*, Vol. 10, Pg 466.

Geriatric Depression Scale 15-Item (GDS-15)

Skala Depresi Geriatri

Petunjuk Penilaian: 1). Untuk setiap pertanyaan, lingkarilah salah satu pilihan yang sesuai dengan kondisi anda (1 atau 0). 2). Jumlahkan seluruh pertanyaan yang mendapat point 1.

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin:

No	Keadaan yang Dialami Selama Seminggu	Nilai Respon	
		Ya	Tidak
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda?	0	1
2	Apakah anda telah banyak meninggalkan kegiatan dan hobi anda?	1	0
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	1	0
4	Apakah anda sering merasa bosan?	1	0
5	Apakah anda masih memiliki semangat hidup?	0	1
6	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	1	0
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?	0	1
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	1	0
9	Apakah anda lebih suka tinggal di rumah, daripada pergi keluar untuk mengerjakan sesuatu yang baru?	1	0
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan orang lain?	1	0
11	Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang menyenangkan?	0	1
12	Apakah anda merasa tidak berharga?	1	0
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	0	1
14	Apakah anda merasa keadaan anda tidak ada harapan?	1	0
15	Apakah anda merasa bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda?	1	0
	Skor		

Interpretasi

1. Normal : 0 – 4
2. Depresi ringan: 5 – 8
3. Depresi sedang : 9 – 11
4. Depresi berat : 12 – 15

Morse Fall Scale (MFS)

Nama Lansia :

Usia :

Panti/ Wisma :

Tanggal:

Pengkajian	Skala	Nilai
1. Riwayat jatuh; apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak 0 Ya 25	_____
2. Diagnosa sekunder; apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak 0 Ya 15	_____
3. Alat bantu jalan; - Bed rest/ dibantu perawat - Kruk/ tongkat/ walker - berpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi, lemari, meja)	0 15 30	_____
4. Terapi Intravena; apakah saat ini lansia terpasang infus?	Tidak 0 Ya 20	_____
5. Gaya berjalan/ cara berpindah - Normal/ bed rest/ immobile (tidak dapat bergerak sendiri) - Lemah (tidak bertenaga) - Gangguan/ tidak normal (pincang, diseret)	0 10 20	_____
6. Status Mental - Lansia menyadari kondisi dirinya sendiri - Lansia mengalami keterbatasan daya ingat	0 15	_____
Total Skala		_____

Tingkatan Risiko Jatuh

Tingkatan risiko	Nilai MFS	Tindakan
Tidak berisiko	0 - 24	Perawatan dasar
Risiko rendah	25 - 50	Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar
Risiko tinggi	≥ 51	Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh risiko tinggi

Nama Lansia : P/L
 Tanggal Lahir/Usia :
 No Reg :
 Wisma :

BBT (BERG BALANCE TEST)

Tanggal Pengkajian:.....

Berilah tanda centang (V) pada kolom yang sesuai !

1. Duduk ke berdiri Instruksi: tolong berdiri, cobalah untuk tidak menggunakan tangan sebagai sokongan	2. Berdiri tanpa bantuan Instruksi: berdirilah selama dua menit tanpa berpegangan
Skor : () 4 mampu berdiri tanpa menggunakan tangan () 3 mampu untuk berdiri namun menggunakan bantuan tangan () 2 mampu berdiri menggunakan tangan setelah beberapa kali mencoba () 1 membutuhkan bantuan minimal untuk berdiri () 0 membutuhkan bantuan sedang atau maksimal untuk berdiri	Skor () 4 mampu berdiri selama dua menit () 3 mampu berdiri selama dua menit dengan pengawasan () 2 mampu berdiri selama 30 detik tanpa bantuan () 1 membutuhkan beberapa kali untuk mencoba berdiri selama 30 detik tanpa bantuan () 0 tidak mampu berdiri selama 30 detik tanpa bantuan
3. Duduk tanpa sandaran punggung tetapi kaki sebagai tumpuan di lantai Instruksi: duduklah sambil melipat tangan Anda selama dua menit	4. Berdiri ke duduk Instruksi: silahkan duduk
Skor () 4 mampu duduk dengan aman selama dua menit () 3 mampu duduk selama dua menit di bawah pengawasan () 2 mampu duduk selama 30 detik () 1 mampu duduk selama 10 detik () 0 tidak mampu duduk tanpa bantuan selama 10 detik	Skor () 4 duduk dengan aman dengan penggunaan minimal tangan () 3 duduk menggunakan bantuan tangan () 2 menggunakan bantuan bagian belakan kaki untuk turun () 1 duduk mandiri tapi tidak mampu mengontrol pada saat dari berdiri ke duduk () 0 membutuhkan bantuan untuk duduk
5. Berpindah Instruksi: buatlah kursi bersebelahan. Minta klien untuk berpindah ke kursi yang memiliki penyangga tangan kemudian ke arah kursi yang tidak memiliki penyangga tangan	6. Berdiri tanpa bantuan dengan mata tertutup Instruksi: tutup mata Anda dan berdiri selama 10 detik
Skor () 4 mampu berpindah dengan sedikit penggunaan tangan () 3 mampu berpindah dengan bantuan tangan () 2 mampu berpindah dengan isyarat verbal atau pengawasan () 1 membutuhkan seseorang untuk membantu () 0 membutuhkan dua orang untuk membantu atau mengawasi	Skor () 4 mampu berdiri selama 10 detik dengan aman () 3 mampu berdiri selama 10 detik dengan pengawasan () 2 mampu berdiri selama 3 detik () 1 tidak mampu menahan mata agar tetap tertutup tetapi tetap berdiri dengan aman () 0 membutuhkan bantuan agar tidak jatuh
7. Berdiri tanpa bantuan dengan dua kaki rapat Instruksi: rapatkan kaki Anda dan berdirilah tanpa berpegangan	8. Meraih ke depan dengan mengulurkan tangan ketika berdiri Instruksi: letakkan tangan 90 derajat. Regangkan jari Anda dan raihlah semampu Anda (penguji meletakkan penggaris untuk mengukur jarak antara jari dengan tubuh)
Skor () 4 mampu merapatkan kaki dan berdiri satu menit () 3 mampu merapatkan kaki dan berdiri satu menit dengan pengawasan () 2 mampu merapatkan kaki tetapi tidak dapat bertahan selama 30 detik () 1 membutuhkan bantuan untuk mencapai posisi yg	Skor () 4 mencapai 25 cm (10 inchi) () 3 mencapai 12 cm (5 inchi) () 2 mencapai 5 cm (2 inchi) () 1 dapat meraih tapi memerlukan pengawasan () 0 kehilangan keseimbangan ketika mencoba / memerlukan bantuan

<p>diperintahkan tetapi mampu berdiri selama 15 detik</p> <p>() 0 membutuhkan bantuan untuk mencapai posisi dan tidak dapat bertahan selama 15 detik</p>	
<p>9. Mengambil objek dari lantai dari posisi berdiri Instruksi: Ambil sepatu/sandal di depan kaki Anda</p>	<p>10. Melihat ke belakang melewati bahu kanan dan kiri ketika berdiri Instruksi: tengoklah ke belakang melewati bahu kiri. Lakukan kembali ke arah kanan</p>
<p>Skor</p> <p>() 4 mampu mengambil dengan mudah dan aman</p> <p>() 3 mampu mengambil tetapi membutuhkan pengawasan</p> <p>() 2 tidak mampu mengambil tetapi meraih 2-5 cm dari benda dan dapat menjaga keseimbangan</p> <p>() 1 tidak mampu mengambil dan memerlukan pengawasan ketika mencoba</p> <p>() 0 tidak dapat mencoba/membutuhkan bantuan untuk mencegah hilangnya keseimbangan atau terjatuh</p>	<p>Skor</p> <p>() 4 melihat ke belakang dari kedua sisi</p> <p>() 3 melihat ke belakang hanya dari satu sisi</p> <p>() 2 hanya mampu melihat ke samping tetapi dapat menjaga keseimbangan</p> <p>() 1 membutuhkan pengawasan ketika menengok</p> <p>() 0 membutuhkan bantuan untuk mencegah ketidakseimbangan atau terjatuh</p>
<p>11. Berputar 360 derajat Instruksi: berputarlah satu lingkaran penuh, kemudian ulangi lagi dengan arah yang berlawanan</p>	<p>12. Menempatkan kaki secara bergantian pada sebuah pijakan ketika berdiri tanpa bantuan Instruksi: tempatkan secara bergantian setiap kaki pada sebuah pijakan. Lanjutkan sampai setiap kaki menyentuh pijakan selama 4 kali.</p>
<p>Skor</p> <p>() 4 mampu berputar 360 derajat dengan aman selama 4 detik atau kurang</p> <p>() 3 mampu berputar 360 derajat hanya dari satu sisi selama empat detik atau kurang</p> <p>() 2 mampu berputar 360 derajat, tetapi dengan gerakan yang lambat</p> <p>() 1 membutuhkan pengawasan atau isyarat verbal</p> <p>() 0 membutuhkan bantuan untuk berputar</p>	<p>Skor</p> <p>() 4 mampu berdiri mandiri dan melakukan 8 pijakan dalam 20 detik</p> <p>() 3 mampu berdiri mandiri dan melakukan 8 kali pijakan > 20 detik</p> <p>() 2 mampu melakukan 4 pijakan tanpa bantuan</p> <p>() 1 mampu melakukan >2 pijakan dengan bantuan minimal</p> <p>() 0 membutuhkan bantuan untuk mencegah jatuh/tidak mampu melakukan</p>
<p>13. Berdiri tanpa bantuan satu kaki di depan kaki lainnya Instruksi: tempatkan langsung satu kaki di depan kaki lainnya. Jika merasa tidak bisa, cobalah melangkah sejauh yang Anda bias</p>	<p>14. Berdiri dengan satu kaki Instruksi: berdirilah dengan satu kaki semampu Anda tanpa berpegangan</p>
<p>Skor</p> <p>() 4 mampu menempatkan kedua kaki (tandem) dan menahan selama 30 detik</p> <p>() 3 mampu memajukan kaki dan menahan selama 30 detik</p> <p>() 2 mampu membuat langkah kecil dan menahan selama 30 detik</p> <p>() 1 membutuhkan bantuan untuk melangkah dan mampu menahan selama 15 detik</p> <p>() 0 kehilangan keseimbangan ketika melangkah atau berdiri</p>	<p>Skor</p> <p>() 4 mampu mengangkat kaki dan menahan >10 detik</p> <p>() 3 mampu mengangkat kaki dan menahan 5-10 detik</p> <p>() 2 mampu mengangkat kaki dan menahan >3 detik</p> <p>() 1 mencoba untuk mengangkat kaki, tidak dapat bertahan selama 3 detik tetapi dapat berdiri mandiri</p> <p>() 0 tidak mampu mencoba</p>

TOTAL SKOR :

ANALISA :

Pemeriksa:

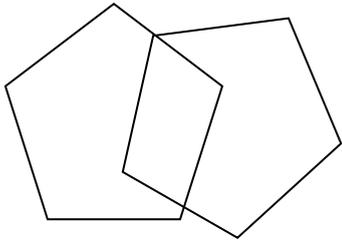
Rentang nilai BBT : 0 – 20 : klien memiliki risiko jatuh tinggi dan perlu menggunakan alat bantu jalan berupa kursi roda.

21 – 40: klien memiliki risiko jatuh sedang dan perlu menggunakan alat bantu jalan seperti tongkat, kruk, dan walker.

41 – 56: klien memiliki risiko jatuh rendah dan tidak memerlukan alat bantu.

MMSE (*mini mental status exam*)

NO	ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKS	NILAI KLIEN	KRITERIA
1.	ORIENTASI	5		Menyebutkan dengan benar: ~ Tahun ~ Musim ~ Tanggal ~ Hari ~ Bulan
2.	ORIENTASI	5		Dimana kita sekarang ? ~ Negara Indonesia ~ Provinsi.... ~ Kota..... ~ Panti werda..... ~ Wisma....
3.	REGISTRASI	3		Sebutkan 3 objek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing –masing objek, kemudian tanyakan kepada klien ketiga objek tadi (untuk disebutkan) ~ Objek..... ~ Objek..... ~ Objek.....
4.	PERHATIAN DAN KALKULASI	5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali ~ 93 ~ 86 ~ 79 ~ 72 ~ 65
5.	MENGINGAT	3		Minta klien untuk mengulangi ke 3 objek pada nomer 2 (registrasi) tadi, bila benar 1 poin untuk masing – masing objek.

6.	BAHASA	9		<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien (misal jam tangan atau pensil)</p> <p>Minta kepada klien untuk mengulang kata berikut “ tak ada jika ,dan , atau,tetapi” bila benar, nilai 1 poin. Pernyataan benar 2 buah : tidak ada tetapi.</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut ini yang terdiri dari 3 langkah: “ ambil kertas di tangan anda ,lipat 2 dan taruh di lantai “. <ul style="list-style-type: none"> ~ Ambil kertas ~ Lipat dua ~ Taruh di lantai Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 poin) <ul style="list-style-type: none"> ~ Tutup mata anda. Perintah pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar <ul style="list-style-type: none"> ~ Tulis satu kalimat ~ Menyalin gambar. Copying: Minta klien untuk mengcopy gambar dibawah. Nilai 1 point jika seluruh 10 sisi ada dan 2 pentagon saling berpotongan membentuk sebuah gambar 4 sisi</p> 
	TOTAL NILAI	30		

Interpretasi hasil

- >23 : aspek kognitif dari fungsi mental baik
- 18-22 : kerusakan aspek fungsi mental ringan
- <17 : terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

.....,.....20...
Pemeriksa,

()

FORMAT BARTHEL INDEX

No.	Aktivitas	Kemampuan	Skor	Skor
1.	Makan	Mandiri	10	
		Perlu bantuan orang lain	5	
		Tergantung bantuan orang lain	0	
2.	Mandi	Mandiri	5	
		Tergantung bantuan orang lain	0	
3.	Membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi)	Mandiri	5	
		Perlu bantuan orang lain	0	
4.	Berpakaian	Mandiri	10	
		Sebagian dibantu	5	
		Tergantung orang lain	0	
5.	Mengontrol BAB	Kontinen diatur	10	
		Kadang-kadang inkontinen	5	
		Inkontinen/ kateter	0	
6.	Mengontrol BAK	Mandiri	10	
		Kadang-kadang inkontinen	5	
		Inkontinen/kateter	0	
7.	Penggunaan toilet (pergi ke/dari WC, melepaskan/ mengenakan celana, menyeka, menyiram)	Mandiri	10	
		Perlu bantuan orang lain	5	
		Tergantung orang lain	0	
8.	Transfer (tidur-duduk)	Mandiri	15	
		Dibantu satu orang	10	
		Dibantu dua orang	5	
		Tidak mampu	0	
9.	Mobilisasi (Berjalan)	Mandiri	15	
		Dibantu satu orang	10	
		Dibantu dua orang	5	
		Tergantung orang lain	0	
10.	Naik turun tangga	Mandiri	10	
		Perlu bantuan	5	
		Tidak mampu	0	

Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." Maryland State Medical Journal 1965;14:56-61.