

Lampiran 1. Dokumentasi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan











Lampiran 2. Lembar Bimbingan



**LEMBAR BIMBINGAN KIAN
PRODI PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES MALANG**

Nama Mahasiswa : Wanda Yuan Nindita
 NIM : P17212235021
 Nama Pembimbing I : Joko Wiyono, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom
 Judul Skripsi : Asuhan Keperawatan pada Lansia Pasca Stroke dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik melalui Pemberian Spherical Grip Exercise di Puskesmas Kendalkerep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN	
			PEMBIMBING	MAHASISWA
1.	11 Januari 2024	Konsultasi judul dan bab 1 Saran Pembimbing: ACC judul dan Bab 1		
2.	17 Januari 2024	Konsultasi Bab 1-Bab 3: Saran pembimbing: 1. Perbaiki susunan Bab 2 2. Pada Bab 3 sesuaikan penulisan dengan susunan pedoman dan perbaiki kata yang salah		
3.	22 Februari 2024	Revisi Bab 1-3 Saran Pembimbing: ACC bab 1-3, lanjutkan sampai bab 5		
4.	5 Maret 2024	Konsultasi Bab 1-5 Saran Pembimbing: 1. Tambahkan grafik perkembangan implementasi 2. Lengkapi pembahasan sesuai FTO		

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN	
			PEMBIMBING	MAHASISWA
5.	17 Maret 2024	Revisi Bab 1-5 Saran Pembimbing: 1. Tambahkan gambar pada setiap hasil implementasi terkait 2. Tambahkan dokumentasi akhir 3. Lengkapi dokumen		
6.	27 Maret 2024	Konsultasi Dokumen KIAN Saran Pembimbing: 1. Pisahkan anatar evaluasi pasien 1 dan 2 pada kesimpulan 2. Perbaiki abstrak menjadi 200-250 kata		
7.	2 Mei 2024	Revisi dokumen KIAN lengkap Saran Pembimbing: Tambahkan halaman dan daftar Isi		
8.	17 Mei 2024	Konsultasi Dokumen KIAN: Saran Pembimbing: ACC untuk ujian seminar		

Mengetahui,
Ketua
Prodi Profesi Ners



Joko Wiyono, S.K.P., M.Kep Sp. Kom
NIP. 196909021992031002

Malang,
Pembimbing



Joko Wiyono, S.K.P., M.Kep Sp. Kom
NIP. 196909021992031002

Lampiran 3. Lembar Revisi Ketua Penguji



**LEMBAR SARAN/REKOMENDASI UJIAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIAN)
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES
MALANG**

Nama : WANITA YUMI NINDITA.....
 NIM : 1912123001.....
 Nama Penguji : Imam, Subekti, S.Kep.Ns, M.Keper., Sp.Kemh.....
 Penguji : Ketua Penguji/ Penguji I *)
 Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Lansia Pasca Stroke dengan Gangguan Mobilitas melalui Pembantuan
 Tanggal Ujian : ..d.30.01.2024.....
Spesialisasi Keperawatan di Kujurimaya Kendalerep

NO	BAB/ HALAMAN	SARAN/REKOMENDASI PENGUJI	KETERANGAN
1.	Bab 2	1. Perbaiki susunan pada konsep asuhan Keperawatan : a. Perbaiki urutan penyaji sesuai b. Perbaiki riwayat penyakit dahulu c. Sesuaikan intervensi dengan diagnosis mobilitas d. Sesuaikan literatur dengan terbaru.	
2.	Bab 3	2. Perbaiki pengumpulan data dengan menambahkan instruksi dalam penelitian biopsi bentuk analisa data	
3.	Bab 4	3. Perbaiki hasil studi kasus a. Terjelas kata dalam pengumpulan keluhan b. Tambah data objektif terkait penilaian ROM dan kekuatan otot	
		4. Perbaiki Pembahasan studi kasus a. Pertajam Pembahasan Pada diagnosis mengapa hanya amiotri diagnosis b. Pertajam Pembahasan jenis bola yang dapat digunakan c. Pertajam mengapa melalui intervensi 4x24 jam d. Pertajam evaluasi sesuai kriteria hasil	

Malang.....

Penguji,

(Imam Subekti, S.Kep.Ns, M.Keper., Sp.Kemh)

Lampiran 4. Lembar Revisi Penguji 1



**LEMBAR SARAN/REKOMENDASI UJIAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIAN)
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES
MALANG**

Nama : WINDA YULIA NINDITA.....
 NIM : 11212235021.....
 Nama Penguji : Joko Widyono, S.Kep., Sp.Kem.....
 Penguji : Ketua Penguji/ Penguji I *).....
 Judul KIAN :
 Tanggal Ujian : 08 Juli 2019.....

NO	BAB/ HALAMAN	SARAN/REKOMENDASI PENGUJI	KETERANGAN
1	Bab 4	Tambahkan penjelasan pada evaluasi terkait : 1. Pengalaman pendenta stroke 2. Ura 3. Gejala yang timbul 4. Dukungan keluarga	
2	Bab 5	2. Tambahkan soal sesuai dengan hasil evaluasi	

Malang,.....

Penguji,

(Joko Widyono, S.Kep., Sp.Kem)

Lampiran 5. Lembar Asuhan Keperawatan Gerontik

FORMAT PENGKAJIAN DATA DASAR USIA LANJUT

1. BIODATA

Nama Klien :

U m u r :-tahun Jenis Kelamin : Laki-laki/

Perempuan

Alamat :

Pekerjaan : Pendidikan terakhir:

Tinggal bersama anggota keluarga : Tanggal pengkajian :

2. POLA PERSEPSI KESEHATAN/ PENGELOLAAN PEMELIHARAAN KESEHATAN :

Penyakit/masalah kesehatan saat ini :

Keluhan utama saat ini

:

Riwayat penyakit sekarang

:

Riwayat penyakit yang lalu :

.....

Merokok: ___ Tidak ___ Ya Jumlah ___ <1 pak/hari ___ 1-2 pak/hari

___ > 2 pak/hari. Minum Kopi : ___ 1 gls/hr ___ 2 gls/hr ___ > 2 gls/hr

Suka makan asin : ___ Ya ___ Tidak. Suka makan manis : ___ Ya ___

Tidak

Mengonsumsi tinggi purin : ___ Sering ___ Kadang ___ tidak pernah

Mengonsumsi makanan berlemak : ___ Sering ___ Kadang ___ Tidak pernah

Alkohol : ___ Tidak ___ Ya Jumlah : ___ < 1 botol/hari ___ 1- 2 botol/hari

___ >2 botol/hari Jenis :

Mengonsumsi obat – obatan dijual bebas /tanpa resep : ___ Tidak ___ Ya Macam :

.....

Alergi (Obat, makanan, plester, cairan) : ___ Tidak ___ Ya Macam : _____
 _____ Reaksi : _____

Harapan tinggal di panti :

Pengetahuan tentang penyakit/masalah kesehatan saat ini (pengertian, penyebab, tanda gejala, cara perawatan) :

Pengetahuan tentang pencegahan penyakit/masalah kesehatan saat ini (cara-cara pencegahan) :

Pengetahuan tentang keamanan/keselamatan (pencegahan terhadap cedera/kecelakaan) :

3. AKTIVITAS LATIHAN

Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel)

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1	Makan	5	10	
2	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, atau sebaliknya	5-10	15	
3	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	
4	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
5	Mandi	0	5	
6	Berjalan di permukaan datar (jika tidak bisa, dengan kursi roda)	0	5	
7	Naik turun tangga	5	10	
8	Mengenakan pakaian	5	10	
9	Kontrol bowel (BAB)	5	10	
10	Kontrol Bladder (BAK)	5	10	
Jumlah :				

Interpretasi :

Jika skore kurang dari 60 : memerlukan bantuan pada beberapa aktifitas

Jika skore > 60 - < 90 : memerlukan bantuan minimal/ ringan

Jika skore 90 : mandiri

ALAT BANTU : ___ Tidak ___ Kruk ___ Pispot disamping tempat tidur _____ Tripot

___ Walker ___ Tongkat ___ Kursi roda ___ Lain- lain, sebutkan _____

4. NUTRISI DAN METABOLIK

Jenis makanan saat ini (nasi/ bubur/ cair) dan suplemen :

_____ Diet/makanan pantangan yg dijalani saat ini

: ___ Tidak ___ Ya Macam : _____

Program diit saat ini : ___ Tidak ___ Ya, macam : _____

Jumlah porsi setiap kali makan: _____ Frekwensi dalam 1 hari: _____

Nafsu makan: ___ Normal ___ Bertambah ___ Berkurang ___ Penurunan sensasi rasa
 ___ Mual ___ Muntah ___ Stomatitis

Berat badan saat ini : _____ Kg Tinggi Badan : _____ cm Fluktuasi berat badan 6 bulan terakhir:

___ tidak naik/turun _____ Kg ___ naik. _____ Kg

Kesukaran menelan: ___ Tidak ___ Ya, untuk makanan jenis : ___ padat ___ cairan

Gigi palsu: ___ Tidak ___ Ya ___ bagian atas ___ bagian bawah

Gigi ompong : ___ Tidak ___ Ya ___ Bagian atas ___ Bagian bawah ___ Sebagian besar

Jumlah cairan/minum : ___ < 1 ltr/hri ___ 1-2 ltr/ ___ > 2 ltr/hari

Jenis cairan :

Riwayat masalah penyembuhan kulit ___ Tidak ada ___ Penyembuhan Abnormal ___ ada ruam
 ___ Kering ___ ada luka/lesi ___ Pruritus

Pengkajian Determinan Nutrisi : _____ Baik/tdk ada resiko _____ Resiko moderate
 _____ Resiko tinggi (*lihat lampiran form 1*)

5. ELIMINASI

Kebiasaan defekasi (BAB): ___ kali/hari ___ kali/minggu Tgl Defekasi terakhir _____

Pola BAB saat ini : ___ dalam batas normal (DBN) ___ Konstipasi ___ Diare
 ___ Inkontinensia ___ Nyeri ___ Keluar darah Warna faeces : _____

Colostomy : ___ tidak ___ Ya Dapat merawat sendiri Colostomy : ___ Ya ___ Tidak

Kebiasaan BAK: ___ kali/hari Jumlah _____ cc/hari ___ Malam sering berkemih
 ___ Kesukaran menahan/beser ___ Nyeri/disuri ___ Menetes/oliguri ___ Anuri

Warna Urin: _____ Alat Bantu: ___ Folley kateter ___ kondom kateter
 ___ ngompol

6. TIDUR-ISTIRAHAT

Kebiasaan tidur: _____jam/malam hari _____jam /tidur siang Nyenyak tidur ___Ya
 ___tidak Masalah tidur ___Tidak ada ___Ya ___terbangun malam hari ___Sulit
 tidur/ Insomnia ___Mimpi buruk _____Nyeri/tdk nyaman _____Gangg. Psikologis, sebutkan

7. KOGNITIF-PERSEPTUAL (*Berdasarkan observasi perawat*)

Keadaan mental: ___ stabil ___ Afasia ___ Sukar bercerita ___ Disorientasi ___ Kacau
 mental ___ Menyerang/agresif ___ Tidak ada respons

Pengkajian emosional : _____ ada masalah emosional _____ tidak ada masalah (**Lihat**
Lampiran Form 2) Berbicara: ___ Normal ___ Bicara tidak jelas ___ Berbicara
 inkoheren

___ Tdk dapat berkomunikasi verbal, Bahasa yang dikuasai: ___ Indonesia Lain-lain :

Kemampuan memahami: ___ Ya ___ Tidak

Pengkajian fungsi intelektual dengan menggunakan **SPMSQ:**

___ Fungsi intelektual utuh _____ Kerusakan intelektual ringan _____ Kerusakan intelektual
 sedang _____ kerusakan intelektual berat (**Lihat Lampiran Form 3)**

Pengkajian kemampuan kognitif dengan menggunakan **MMSE :** _____ tidak ada gangguan
 kognitif

_____ gangguan kognitif sedang _____ gangguan kognitif berat (**Lihat Lampiran Form 4)**

Kecemasan: ___ Ringan ___ Sedang ___ Berat (**Lihat Lampiran Form 5)**

___ Panik Ketakutan : ___ Tidak ___ Ya _____

Pengkajian Depresi dengan Geriatric Depressioin Scale (Short Form) dari Yesafage :

_____ Tidak ada depresi ___v___ Ada depresi (**Lihat Lampiran Form 6)**

Pendengaran: ___ DBN ___ Terganggu (___Ka ___Ki) ___ Tuli (___Ka ___Ki)

___ Alat Bantu dengar ___ Tinitus

Penglihatan: ___ DBN ___ Kacamata ___ Lensa kontak ___ Mata kabur ___ Kanan ___ Kiri

___ Buta ___ Kanan ___ Kiri Vertigo: ___ Ya ___ Tidak

Nyeri: _____ Tidak ___ Ya ___ Akut ___ Kronis Lokasi Nyeri _____

Nyeri berkurang dengan cara : _____ Tdk Dapat

8. PERSEPSI DIRI/KONSEP DIRI

Masalah utama sehubungan dengan sakit saat ini : -----

Adakah ancaman perubahan penampilan/kehilangan anggota badan ___ Tidak ___ Ya

Adakah penurunan harga diri : ____Tidak ____Ya

Adakah ancaman kematian : ____Tidak ____Ya

Adakah ancaman terhadap kesembuhan penyakit : ____Tidak ____Ya

Adakah masalah keuangan : ____Tidak ____Ya

9. POLA KOPING/ TOLERANSI STRES

Berdasarkan masalah yang dihadapi diatas (konsep diri) , Pola koping individual : ____Konstruktif /efektif ____Tdk efektif ____Tidak mampu

10. SEKSUALITAS/ REPRODUKSI

Periode Menstruasi Terakhir (PMT)_____Masalah Menstruasi/Hormonal:

____Tidak ____Ya _____Pap Smear Terakhir:_____

Pemeriksaan Payudara/Testis sendiri ____Ya ____Tidak Gangguan seksual _____

_____ Penyebab : _____

11. PERAN-HUBUNGAN

Peran saat ini yang dijalankan : _____

Penampilan peran sehubungan dengan sakit : ____ Tidak ada masalah ____Ada masalah,

sebutkan:_____

Sistem pendukung: ____Pasangan(Istri/Suami) ____Saudara/famili ____Orang tua/wali

____ teman dekat ____ tetangga

Interaksi dengan orang lain : ____Baik ____ Ada masalah _____

Menutup diri : ____ Tidak ____ Ya _____

Mengisolasi diri/diisolasi orang lain : ____Tidak ____ Ya _____

Pengkajian fungsi sosial dengan Apgar Keluarga Dengan Lansia : _____ Fungsi baik

____ Disfungsi berat ____ Disfungsi sedang (*Lihat Lampiran Form 7*)

12. NILAI-KEYAKINAN

Agama yang dianut: _____ Pantangan agama:____Tidak ____Ya(sebutkan)____

Meminta dikunjungi Rohaniawan: ____Ya ____Tidak

Nilai/keyakinan terhadap penyakit yang diderita

—

Distres Spiritual : ____ Tidak ____ Ya,

sebutkan_____

13. PENGKAJIAN FISIK , DIAGNOSTIK DAN PENGOBATAN

A. KEADAAN UMUM DAN VITAL SIGN

Keadaan umum : ___ Baik ___ Lemah/ berbaring di TT Kesadaran : ___ CM
 ___ Somnolen ___ Apatis ___ Coma Suhu _____ Nadi : _____ Tekanan darah _____

Nadi: _____ ___ Lemah ___ Tidak teratur RR _____

B. PERNAFASAN/SIRKULASI

Kualitas: ___ DBN ___ Dangkal ___ Cepat- dalam ___ Cepat dangkal
 Batuk: ___ Tidak ___ Ya Sputum : ___ Tidak ada ___ Banyak Warna _____

Auskultasi:

Lobus Ka. Atas ___ DBN Suara abnormal _____

Lobus Ki. Atas ___ DBN Suara abnormal _____

Lobus Ka. Bawah ___ DBN Suara abnormal _____

Lobus Ka. Bawah ___ DBN Suara abnormal _____

Bunyi jantung : ___ DBN ___ Bunyi abnormal _____

Pembesaran vena jugularis : ___ Tidak ___ Ya Edema tungkai : ___ Tidak
 ___ Ya Sebutkan _____

Nadi kaki kanan (pedalis): ___ kuat ___ lemah ___ tak ada

Nadi kaki kiri (pedalis): ___ kuat ___ lemah ___ tak ada

C. METABOLIK- INTEGUMEN

Kulit:

Warna: ___ DBN ___ Pucat ___ Sianosis ___ Kuning/ikterik ___ Lain-
 lain _____

Suhu kulit: ___ DBN ___ Hangat ___ dingin Turgor ___ DBN ___ Buruk

Edema: ___ tidak ada ___ Ya (jelaskan/lokasi) _____

Lesi: ___ Tidak ada ___ Ya (jelaskan /lokasi) _____

Memar: ___ Tidak ada ___ Ya (jelaskan/lokasi) _____

Kemerahan: ___ Tidak ada ___ Ya (jelaskan/lokasi) _____

Gatal-gatal: ___ Tidak ___ Ya (jelaskan/ lokasi) _____

Terpasang Selang Infus/ cateter : ___ Tidak ___ Ya _____ Mulut:

Gusi: ___ DBN ___ stomatitis ___ perdarahan _____

Gigi: ___ DBN ___ Caries ___ Berlobang

Abdomen

Bising usus: ___ Ada ___ Tidak ada Ascites ___ tidak ___ Ya

Nyeri tekan : ___Tidak ___Ya Jelaskan _____
 Kembung : ___Tidak ___Ya Tearaba massa/tumor : ___Tidak ___Ya
 Regio _____

D. NEURO/SENSORI

Pupil: ___Sama ___Tidak sama ___Kiri: ___Kanan: ___Ki dan Ka

Reaksi terhadap cahaya

Kiri: ___Ya ___Tidak/Sebutkan _____

Kanan: ___Ya ___Tidak sebutkan _____

Keseimbangan: 1) skore _____, kesimpulan _____ baik _____ Kurang

2) Kecepatan berjalan : skore _____, kesimpulan : _____ baik _____ cukup
 ___ kurang

___ tidak mampu **(Lihat Lampiran Form 8)**

Genggaman tangan: ___Sama Kuat ___Lemah/Paralisis (___Ka ___Ki)

Otot kaki: ___Sama Kuat ___Lemah paralysis (___Ka ___Ki)

Parastesia/kesemutan : ___Tidak ___Ya Sebutkan _____

Anastesia : ___Tidak ___Ya Sebutkan _____

E. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

1. Laboratorium

Jenis	Hb	GDP/GD 2 Jam PP	HDL/ LDL/MLDL	Uric Acid	Ureum	Widal	Lain-2	Lain-2
Hasil								
Tgl								

2. Foto Rontgen :

3. ECG :

4. USG :

5. Lain-lain :

F. DAFTAR PENGOBATAN SEKARANG (diresepkan)

Nama Obat	Dosis	Cara pemberian

NAMA PERAWAT: _____ TANDA TANGAN : _____

JABATAN : _____

TANGGAL : _____

Lampiran Form 1 :**Pengkajian determinan nutrisi pada lansia:**

No	Indicators	score	
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	
2.	Makan kurang dari 2 kali dalam sehari	3	
3.	Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu	2	
4.	Mempunyai tiga atau lebih kebiasaan minum minuman beralkohol setiap harinya	2	
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	
6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	
7.	Lebih sering makan sendirian	1	
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya	1	
9.	Mengalami penurunan berat badan 5 Kg dalam enam bulan terakhir	2	
10.	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri	2	
	Total score		

American Dietetic Association and National Council on the Aging, dalam Introductory Gerontological Nursing, 2001

Interpretations:**0 – 2 : Good****3 – 5 : Moderate nutritional risk****6 ≥ : High nutritional risk**

Lampiran Form 2

1. Pengkajian Masalah emosional

Pertanyaan tahap 1

- (1) Apakah klien mengalami susah tidur
- (2) Ada masalah atau banyak pikiran
- (3) Apakah klien murung atau menangis sendiri
- (4) Apakah klien sering was-was atau kuatir



Lanjutkan pertanyaan tahap 2 jika jawaban ya
1 atau lebih

Pertanyaan tahap 2

- (1) Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 bulan 1 kali dalam satu bulan
- (2) Ada masalah atau banyak pikiran
- (3) Ada gangguan atau masalah dengan orang lain
- (4) Menggunakan obat tidur atau penenang atas anjuran dokter
- (5) Cenderung mengurung diri



Lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawaban ya,
maka masalah emosional ada atau ada
gangguan emosional

Gangguan emosional

Kesimpulan :

(Depkes RI, 2004)

Lampiran FORM 3

2. Pengkajian Tingkat kerusakan intelektual

Dengan menggunakan SPMSQ (short portable mental status questioner).

Ajukan beberapa pertanyaan pada daftar dibawah ini :

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
		1	Tanggal berapa hari ini ?
		2	Hari apa sekarang ?
		3	Apa nama tempat ini ?
		4	Dimana alamat anda ?
		5	Berapa umur anda ?
		6	Kapan anda lahir ?
		7	Siapa presiden Indonesia ?
		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
		9	Siapa nama ibu anda ?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun
JUMLAH			

Interpretasi :

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh


Salah 4 – 5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan
 Salah 6 – 8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang
 Salah 9 – 10 : Fungsi intelektual kerusakan berat
 Kesimpulan :

Lampiran FORM 4

3. IDENTIFIKASI ASPEK KOGNITIF

Dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : 1. Tahun : 2. Bulan : 3. Hari : 4. Tanggal : 5. Musim :
2	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada ? 1. Negara: 2. Propinsi : 3. Kabupaten/Kota : 4. Desa/Kelurahan : 5. Rumah/Wisma :
3	Registrasi	3		Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi 2). Meja 3). Kertas
4	Perhatian dan kalkulasi	5		Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Kunci Jawaban : 1). 93 2). 86 3). 79 4). 72 5). 65
5	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9		Menanyakan pada klien tentang benda lainnya (sambil menunjukan benda tersebut). 1). 2). 3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut : “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) Klien menjawab : ----- Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah. 4). Ambil kertas ditangan anda 5). Lipat dua 6). Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin.

				<p>7). "Tutup mata anda"</p> <p>8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan</p> <p>9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk</p> 
Total nilai		30		

Interpretasi hasil :

24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : gangguan kognitif sedang

0 - 17 : gangguan kognitif berat

Kesimpulan :

Lampiran Form 5

Pengkajian Kecemasan (Geriatric Anxiety Scale)

No	Pertanyaan	Nilai			
		Tidak Pernah (0)	Pernah (1)	Jarang (2)	Sering (3)
1.	Apakah Anda merasa jantung berdebar kencang dan kuat?				
2.	Apakah nafas Anda pendek?				
3.	Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan?				
4.	Apakah Anda merasa seperti hal yang tidak nyata atau diluar diri Anda sendiri?				
5.	Apakah Anda merasa seperti kehilangan kontrol?				
6.	Apakah Anda takut dihakimi oleh orang lain?				
7.	Apakah Anda malu/takut dipermalukan?				
8.	Apakah Anda sulit untuk tidur?				
9.	Apakah Anda kesulitan untuk tetap tertidur /tidak nyenyak?				
10.	Apakah Anda mudah tersinggung?				
11.	Apakah Anda mudah marah?				
12.	Apakah Anda mengalami kesulitan berkonsentrasi?				
13.	Apakah Anda mudah terkejut?				
14.	Apakah Anda kurang tertarik dalam melakukan sesuatu yang Anda senangi?				
15.	Apakah Anda merasa terpisah atau terisolasi dari orang lain				

16.	Apakah Anda merasa seperti pusing/bingung?				
17.	Apakah Anda sulit untuk duduk diam?				
18.	Apakah Anda merasa terlalu khawatir?				
19.	Apakah Anda tidak bisa mengendalikan kecemasan Anda?				
20.	Apakah Anda merasa gelisah, tegang?				
21.	Apakah Anda merasa lelah?				
22.	Apakah Anda merasa otot-otot tegang?				
23.	Apakah Anda mengalami sakit punggung, sakit leher, atau otot kram?				
24.	Apakah Anda merasa hidup Anda tidak terkontrol?				
25.	Apakah Anda merasa sesuatu yang menakutkan akan terjadi?				

Jawaban dengan rentang dari 0 (tidak sama sekali) hingga 3 (sering). Adapun cara penilaiannya adalah dengan sistem skoring tersebut yaitu:

Nilai 0 = Tidak pernah sama sekali, Nilai 1 = Pernah, Nilai 2 = Jarang, Nilai 3 = Sering

Rentang hasil skor dari 0 hingga 75, semakin tinggi skor mengindikasikan semakin level kecemasan tertinggi.

Nilai 0-18 : level minimal dari kecemasan

Nilai 19-37 : kecemasan ringan

Nilai 38-55 : kecemasan sedang

Nilai 56-75 : kecemasan berat

Hasil Penilaian :

Lampiran Form 6

Pengukuran Lansia Depresi

Instrumen yang dapat digunakan dalam mendeteksi depresi pada lansia adalah Geriatric Depression Scale (GDS). Alat skrining ini terdiri dari 30 pertanyaan (GDS panjang) dan 15 pertanyaan (GDS pendek). Geriatric Depression Scale sangat cocok digunakan untuk mengukur tingkat depresi pada lansia dengan gangguan kognitif (Zhang, 2019).

No	Pertanyaan (dicentang ya/tidak)	Ya	Tidak
1.	Apakah anda puas dengan kehidupan anda?		
2.	Apakah anda mengurangi banyak aktivitas dan hobi anda?		

3.	Apakah anda merasa kehidupan anda terasa hampa?		
4.	Apakah anda senantiasa bosan?		
5.	Apakah anda memiliki harapan pada masa depan?		
6.	Apakah anda terganggu dengan pikiran yang tidak dapat diungkapkan ?		
7.	Apakah anda selalu bersemangat ?		
8.	Apakah anda takut tentang sesuatu yang buruk yang akan menimpa anda ?		
9.	Apakah anda selalu merasa bahagia pada sebagian besar waktu anda?		
10.	Apakah anda merasa tidak berdaya?		
11.	Apakah anda merasa resah dan gelisah?		
12.	Apakah anda lebih memilih di dalam rumah daripada berjalan-jalan ke luar atau melakukan sesuatu yang baru?		
13.	Apakah anda seringkali khawatir akan masa depan anda?		
14.	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat bila dibandingkan kebanyakan orang?		
15.	Apakah anda berfikir bahwa anda anda diberikan kehidupan yg luar biasa sampai saat ini ?		
16.	Apakah anda merasa murung dan sedih?		
17.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat kini?		
18.	Apakah anda mengkhawatirkan masa lalu (kejadian-kejadian masa lalu) anda ?		
19.	Apakah anda merasakan bahwa kehidupan ini sangat menyenangkan /menarik?		
20.	Apakah anda memiliki kesulitan atau merasa berat untuk memulai hal yang baru?		
21.	Apakah anda memiliki energi maksimal (penuh semangat)?		
22.	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?		

23	Apakah anda berfikir bahwa orang lain lebih baik keadaanya dibanding anda ?		
24	Apakah anda seringkali kesal pada hal-hal sepele?		
25	Apakah anda seringkali merasa ingin menangis?		
26	Apakah anda memiliki kesulitan dalam berkonsentrasi?		
27	Apakah anda senang bangun di pagi hari?		
28	Apakah anda lebih memilih untuk menghindari perkumpulan sosial?		
29	Apakah anda mudah untuk membuat keputusan?		
30	Apakah pikiran anda jernih seperti biasanya?		
	Total		

Penilaian Geriatric

Depression Scale Skor 0 –

9 = Normal

Skor 10 – 19 =

Depresi Ringan Skor

20 – 30 = Depresi

Berat

Hasil Penilaian : -----

Lampiran Form 7:

APGAR KELUARGA DENGAN LANSIA

Alat Skrining yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi sosial lansia

NO	URAIAN	FUNGSI	SKORE
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	ADAPTATION	
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman)saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	PARTNERSHIP	

3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru	GROWTH	
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai	AFFECTION	
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	RESOLVE	
Kategori Skor: Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab: 1). Selalu : skor 2 2). Kadang-kadang : 1 3). Hampir tidak pernah : skor 0 Intepretasi: < 3 = Disfungsi berat 4 - 6 = Disfungsi sedang > 6 = Fungsi baik		TOTAL	

Smilkstein, 1978 dalam Gerontologic Nursing and health aging 2

Lampiran Form 8:

Pengkajian Keseimbangan

No	INSTRUKSI PENILAIAN (<i>TINETTI BALANCE</i>)	Skor
1.	Posisi Duduk a. Belajar atau slide di kursi b. Stabil dan aman	0 1
2.	Berdiri dari kursi a. Tidak mampu, bila tanpa bantuan b. Mampu, tapi menggunakan kekuatan lengan c. Mampu berdiri spontan, tanpa menggunakan lengan	0 1 2
3.	Usaha untuk berdiri a. Tidak mampu, bila tanpa bantuan b. Mampu, tapi lebih dari 1 upaya c. Mampu dalam satu kali upaya	0 1 2
4.	Berdiri dari kursi (segera dalam 5 detik pertama) a. Tidak kokoh (Goyah, terhuyun-huyun, tidak stabil) b. Kokoh, tapi dengan alat bantu (walker atau tongkat, pegangan sesuatu) c. Berdiri tegak, kaki rapat tanpa alat bantu/pegangan	0 1 2
5.	Keseimbangan berdiri a. Tidak kokoh (Goyah, tidak stabil) b. Berdiri dengan kaki melebar (jarak antara kedua kaki > 4 inci) atau menggunakan alat bantu (walker atau tongkat, pegangan sesuatu) c. Berdiri tegak, jarak kaki berdekatan, tanpa alat bantu/pegangan	0 1 2

6.	Subyek dalam posisi maksimum dengan kaki sedekat mungkin, kemudian pemeriksa mendorong perlahan tulang dada subyek 3x dengan telapak tangan a. Mulai terjatuh b. Goyah/Sempoyongan, tapi dapat mengendalikan diri c. Kokoh berdiri (stabil)	0 1 2
7.	Berdiri dengan mata tertutup (dengan posisi seperti no. 6) a. Tidak kokoh (goyah, sempoyongan) b. Berdiri kokoh (stabil)	0 1
8.	8.1 Berbalik 360° a. Tidak mampu melanjutkan langkah (berputar) b. Dapat melanjutkan langkah (berputar) 8.2 Berbalik 360° c. Tidak kokoh (goyah, sempoyongan) d. Berdiri kokoh (stabil)	0 1 0 1
9.	Duduk ke kursi a. Tidak aman (kesalahan mempersepsikan jarak, langsung menjatuhkan diri ke kursi) b. Menggunakan kekuatan lengan atas, tidak secara perlahan c. Aman, gerakan perlahan-lahan	0 1 2
10.	Melakukan perintah untuk berjalan a. Ragu-ragu, mencari objek untuk dukungan b. Tidak ragu-ragu, mantap, aman	0 1
11.	11.1. Ketinggian kaki saat melangkah a. Kaki kanan: • Kenaikan tidak konstan, menyeret, atau mengangkat kaki terlalu tinggi > 5 cm • Konstan dan tinggi langkah normal b. Kaki kiri: • Kenaikan tidak konstan, menyeret, atau mengangkat kaki terlalu tinggi > 5 cm • Konstan dan tinggi langkah normal 11.2. Panjang langkah kaki: a. Kaki kanan • Langkah pendek tidak melewati kaki kiri • Melewati kaki kiri b. Kaki kiri • Langkah pendek tidak melewati kaki kanan • Melewati kaki kanan	0 1 0 1 0 1 0 1
12.	Kesimetrisan langkah a. Panjang langkah kaki kanan dan kaki kiri tidak sama b. Panjang langkah kaki kanan dan kaki kiri sama	0 1
13.	Kontinuitas langkah kaki a. Menghentikan langkah kaki diantara langkah (langkah-behenti-langkah) b. Langkah terus-menerus/berkesinambungan	0 1

14.	Berjalan pada jalur yang ditentukan atau koridor a. Penyimpangan jalur yang terlalu jauh b. Penyimpangan jalur ringan/sedang/butuh alat bantu c. Berjalan lurus sesuai jalur tanpa alat bantu	0 1 2
15.	Sikap tubuh saat berdiri: a. Terhuyun-huyun, butuh alat bantu b. Tidak terhuyun-huyun, tapi lutut fleksi/kedua tangan dilebarkan c. Tubuh stabil, tanpa lutut fleksi dan meregangkan tangan	0 1 2
16.	Sikap berjalan a. Tumit tidak menempel lantai sepenuhnya b. Tumit menyentuh lantai	0 1
TOTAL SKOR		
		28

Tinetti Balance and Tenetti Gait (1993, dalam Gerontological Nursing, 2006

Intepretasi:

- ≤ 18 = resiko jatuh tinggi
- 19-23 = resiko jatuh sedang
- ≥24 = resiko jatuh rendah

Lampiran 6. Lembar Penilaian Rentan Gerak (ROM)

Nama :

Usia :

No	Hari/Tanggal	Jenis Pemeriksaan ROM	Hasil Pemeriksaan Rentan Gerak (ROM)	Nilai Normal
1.		Wrist (Pergelangan Tangan)		Wrist extension: 60-75° Wrist flexi: 60-80°
2.		Metacarpophalangeal		Hiperextensi metacarpophalangeal: 20-45° Metacarpophalangeal flexi: 90-100°
3.		Elbow		Normal Elbow extensi: 180° Normal Elbow Flexi: 140-150°

Lampiran 7. Pengukuran Kekuatan Otot

Nama :

Usia :

No	Hari/Tanggal	Hasil Pemeriksaan Kekuatan Otot	Keterangan
		Ekstremitas atas kanan:	1) 0: Tidak ada kontraksi otot yang terlihat. Pasien tidak mampu menggerakkan otot. 2) 1: Ada kontraksi otot, tetapi tidak ada gerakan (kontraksi diketahui dengan perabaan/sentuhan). Dalam hal ini, otot tidak cukup kuat untuk mengangkat bagian tubuh tertentu melawan gravitasi. 3) 2: Otot dapat berkontraksi, tetapi tidak dapat sepenuhnya menggerakkan bagian tubuh melawan gravitasi. Akan tetapi ketika gravitasi berkurang atau tidak ada (pada perubahan posisi tubuh), bagian tubuh tersebut dapat bergerak sepenuhnya. 4) 3: Otot dapat berkontraksi sepenuhnya dan menggerakkan bagian tubuh ke segala arah melawan gravitasi. Tetapi ketika diberi tahanan, otot tidak mampu mempertahankan kontraksi. 5) 4: Otot dapat berkontraksi dan
		Ekstremitas atas kiri:	

			<p>memberikan tahanan, akan tetapi ketika diberi tahanan maksimal, otot tidak mampu mempertahankan kontraksi.</p> <p>6) 5: Otot berfungsi normal dan dapat mempertahankan posisinya ketika diberi tahanan maksimal</p>
--	--	--	--

Lampiran 8. SOP Spherical Grip Exercise

1.	<p>Pengertian : <i>Spherical Grip</i> adalah latihan yang menstimulasi gerak pada tangan dapat berupa berupa latihan fungsi menggenggam. Latihan ini dilakukan melalui 3 tahap yaitu membuka tangan, menutup jari-jari, untuk menggenggam objek dan mengatur kekuatan genggam. Latihan ini adalah latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk bulat seperti bola pada telapak tangan (Irfan, 2010).</p>
2.	<p>Tujuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memelihara fungsi dan mencegah kemunduran 2. Untuk meningkatkan mobilitas pada daerah pergelangan tangan (<i>wrist joint</i>) 3. Untuk meningkatkan stabilitas pada daerah punggung tangan (<i>metacarpophalageal join</i>) dan jari-jari (<i>phalangs</i>). 4. Untuk merangsang sirkulasi darah
3.	<p>Persiapan Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, memperkenalkan diri, dan mengidentifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat. 2. Menjelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya dan menjawab seluruh pertanyaan pasien. 3. Meminta pengunjung untuk meninggalkan ruangan, memberi privasi pasien. 4. Mengatur posisi pasien sehingga merasa aman dan nyaman.
4.	<p>Persiapan Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bola tenis
5.	<p>Cara bekerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Mengukur derajat kekuatan sebelum tindakan ROM aktif-asitif <i>spherical grip</i> 3. Memberikan pasien bola (bola tenis)

	<ol style="list-style-type: none">4. Melakukan koreksi pada jari-jari agar menggenggam sempurna5. Memposisikan <i>Wrist Joint</i> 45 derajat6. Memberikan instruksi untuk menggenggam (menggenggam kuat) selama 5 detik kemudian rileks.7. Melakukan selama 10 menit sebanyak 7 kali pengulangan.8. Mengukur kekuatan derajat otot pasien9. Mencuci tangan
6.	Evaluasi : <ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi perasaan responden.2. Dokumentasikan prosedur dan hasil observasi.