

PENGKAJIAN MINI MENTAL STATE EXAM (MMSE)

NO	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?	1	
	2. Musim apa sekarang?		0
	3. Tanggal brapa sekarang?		0
	4. Hari apa sekarang?		0
	5. Bulan apa sekarang?		0
	6. Di negaara mana anda sekarang?	1	
	7. Di provinsi mana anda sekarang tinggal?	1	
	8. Di kabupaten mana anda sekarang tinggal?		0
	9. Di kecamatan mana anda sekarang tinggal?		0
	10. Di desa mana anda tinggal?		0
2	REGISTERASI		
	Minta klien menyebutkan tiga obyek		
	11. Pena	1	
	12. Meja	1	
	13. Kursi	1	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal “kursi”		
	14. I	1	
	15. S	1	
	16. R	1	
	17. U		0
	18. K		0

4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek di atas		
	19. Kursi	1	
	20. Meja	1	
	21. Pena	1	
5	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan:		
	22. Jam tangan	1	
	23. Pena	1	
	b. Pengulangan minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
	24. “ tidak ada jika, dan, atau tetapi”		0
	c. Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas!	1	
	26. Lipat dua!	1	
	27. Taruh di lantai!	1	
	d. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata	1	
	29. Tulis satu kalimat		0
	30. Salin gambar		0
	JUMLAH	18	12

Analisis Hasil :

≤ 21 : Peningkatan resiko demensia
 24-30 : Tidak ada gangguan kognitif
 18-23 : Gangguan kognitif ringan
 0-17 : Gangguan kognitif berat

PENGKAJIAN SHORT PORTABLE
MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ)

NO	ITEM PENILAIAN	BENAR	SALAH
1	Tanggal berapa sekarang?		✓
2	Hari apa sekarang?		✓
3	Apa nama tempat ini?	✓	
4	Di mana 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	Coba kurangi 3 dari angka 20 dan tetap mengurangi 3 dari setiap angka baru, secara menurun?		✓
	JUMLAH	2	8

Analisis Hasil :

- 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

BARTHEL INDEKS

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Tn. A
1	Makan	5	10	10
2	Aktivitas ke toilet	5	10	5
3	Berpindah ke kursi roda/ sebaliknya, termasuk duduk ditempat tidur	5-10	15	5
4	Kebersihan diri, mencuci muka, menyisir rambut, dan menggosok gigi	0	5	0
5	Mandi	0	5	0
6	Berjalan dipermukaan datar	10	25	10
7	Naik turun tangga	5	10	5
8	Berpakaian	5	10	5
9	Mengontrol defekasi	5	10	5
10	Mengontrol berkemih	5	10	5
	Total			50

Penilaian :

0-20 : ketergantungan

21-61 : ketergantungan berat/sangat tergantung

62-90 : ketergantungan berat

92-99 : ketergantungan ringan

100 : mandiri

.....
.....

6. Pola kebiasaan hidup sehat sehari-hari

Pola Kebiasaan	Ya	Tidak
Merokok	, kalau ya, jelaskan.....	
Minum Alkohol	, kalau ya, jelaskan.....	
Minum Kopi	, kalau ya, jelaskan.....	
Makan Teratur (3x/hr)	, kalau ya, jelaskan.....	
Olahraga (30mnt/hr)	, kalau ya, jelaskan.....	
Tidur (4-6 jam/hr)	, kalau ya, jelaskan.....	
BAB/BAK teratur	, kalau ya, jelaskan.....	

7. Pemeriksaan Vital:

BB: kg	TD:mmHg	Nadi:x/mnt
TB: cm	Suhu:°C	RR:x/mnt

8. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum:

b. Status Gizi:

c. Sistem Persepsi Sensori

	Baik	Tidak	Penggunaan alat bantu
1) Pendengaran			Ya/Tidak
2) Penglihatan			Ya/Tidak
3) Pengecapan			Ya/Tidak
4) Penciuman			Ya/Tidak
5) Perabaan			Ya/Tidak

d. Sistem Pernafasan: Suara nafas

e. Sistem Kardiovaskular: Capillary Refillx/detik

f. Sistem saraf pusat

Kesadaran:

Orientasi Waktu:

Orientasi Orang:

g. Sistem Gastro Intestinal

Nafsu Makan : Baik/Tidak, kalau masalah jelaskan.....

Nyeri Tekan : Ada/Tidak, kalau masalah jelaskan.....

Pembesaran Hati : Ada/Tidak, kalau masalah jelaskan.....

Asites : Ada/Tidak, kalau masalah jelaskan.....

h. Sistem muskuloskeletal

Nyeri : Ada/Tidak, kalau ada jelaskan.....

Deformitas : Ada/Tidak, kalau ada jelaskan.....

Peradangan : Ada/Tidak, kalau ada jelaskan.....

Kekuatan Otot : Bagian kiri  Bagian kanan

i. Sistem integumen

Kelembaban kulit: Kering/Lembab/Biasa

Bercak Kemerahan : Ada/Tidak, kalau ada jelaskan.....

Lesi/luka : Ada/Tidak, kalau ada jelaskan.....

j. Sistem reproduksi

Kelainan : Ada/Tidak, kalau ada jelaskan.....

Kebersihan : Bersih/Kotor

k. Sistem perkemihan

Pola berkemih :

Kelainan : inkontinensia/disuria/oliguria/lainnya, jelaskan

9. Terapi Yang Diberikan (Bila Ada)

.....

.....

.....

.....

10. Pemeriksaan Penunjang (Bila Ada)

.....

.....

.....

.....

11. Aspek psikologis

Kondisi perasaan saat ini :

Masalah :

Cara mengatasi masalah :

.....

.....

12. Aspek Sosial

Hubungan dengan orang lain : Baik/Tidak, kalau tidak jelaskan

.....

Aktivitas di lingkungan panti : Ikut/Tidak, kalau tidak jelaskan

.....

Masalah sosial : Ada/Tidak, kalau ada jelaskan

Cara mengatasi masalah :

13. Aspek Spiritual

Melakukan aktivitas ibadah sehari-hari: Ya/Tidak, kalau tidak jelaskan

Masalah dalam melakukan ibadah: Ada/Tidak, kalau tidak jelaskan

Cara mengatasi masalah spiritual :

14. Pengetahuan Tentang Penyakit/Masalah Kesehatan

15. Pengkajian Khusus

a. Kemampuan Kognitif

NO	PERNYATAAN	KEMAMPUAN KOGNITIF		
		Baik (2)	Risiko (1)	Gangguan (0)
	Kemampuan mengingat waktu (tahun, bulan, hari, tanggal)			
	Kemampuan mengingat tempat (ruang, rumah, alamat)			
	Kemampuan mengingat nama orang (minimal 3 orang)			
	Kemampuan mengingat objek (minimal 3 objek benda)			
	Kemampuan mengulang perhitungan angka (minimal 5 angka)			
	Kemampuan mengulang ucapan perawat (namun, tanpa, apabila)			
	Kemampuan mengikuti perintah perawat (minimal 3 instruksi)			
	Kemampuan mengutarakan isi pikiran			

Ket: 0-11: Gangguan 1 ☐ Risiko ☐ 6: Baik ☐

b. Kondisi depresi

NO	PERNYATAAN	KONDISI DEPRESI		
		Depresi (2)	Risiko (1)	Tidak (0)
	Merasa tidak puas dengan kehidupan saat ini			
	Merasa tidak bahagia			
	Merasa hampa/kosong/kesepian			
	Merasa tidak punya semangat hidup			
	Merasa tidak berdaya			
	Merasa diri selalu punya masalah			
	Merasa tidak berharga			
	Merasa tidak ada harapan hidup			
	Merasa tidak ada minat untuk mengerjakan			

ANALISIS DATA

NO	DATA	MASALAH KEPERAWATAN
1	DS: DO:	
2	DS: DO:	
3	DS: DO:	

B. DIAGNOSIS/MASALAH KEPERAWATAN

1. Masalah keperawatan
2. Masalah keperawatan
3. Masalah keperawatan

C. RENCANA KEPERAWATAN

NO DX	TUJUAN DAN KRITERIA	INTERVENSI	RASIONAL
1			
2			
3			

D. IMPLEMENTASIDAN EVALUASI

IR/ GL/ AM	IMPLEMENTASI		IR/ GL/ AM	EVALUASI (SOAP)	
1					
2					
3					

Bandar Lampung,
Pembimbing Utama

	POLTEKKES TANJUNGPUR	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPUR	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING PENDAMPING**

Nama Mahasiswa : YOGA ERIKA PRATAMA
 NIM : 1714401098
 Pembimbing Pendamping : DR. NI. ANITA, S.Kep., M.Kep., Sp.Mnl
 Judul Tugas Akhir :

Asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan personal hygiene pada lansia dengan Demensia di UPTD PSLU Tresna Werdha Nalar Kabupaten Lampung selatan tahun 2020

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	Rabu 02 Jun 2020	Acc judul	Y2	
2	Rabu 19 Jun 2020	Perbaiki referensi	Y2	
3	20/1/2020	lampirkan format	Y2	
4		penghajian		
5	24/1-2020	Perbaiki penulisan sumber	Y2	
6		Revisikan		
7		yg ditanyakan t' terdapat dalam daftar pustaka	Y2	
8		beberapa yg ada di daftar pustaka tdk diujut		
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung,
 Pembimbing Pendamping


DR. NI. ANITA, S.Kep., M.Kep., Sp.Mnl

LAMPIRAN I



POLTEKKES KEMENKES TANJUNGPINARANG
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPINARANG
PROGRAM STUDI DIHII KEPERAWATAN
Jl. SOEKARNO HATTA NO. 1 HAJIMENA BANDAR LAMPUNG TELP. (0721) 703580 FAX. (0721) 703580



INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : *Tn. A*
Umur : *76 Tahun*
Jenis Kelamin : *laki - laki*

dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan di atas dan yang telah dijelaskan oleh tim peneliti.
2. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek dalam penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Personal Hygiene pada Klien di UPTD PSLU Tresna Werdha Natar Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2020"

Bandar Lampung, 24 Februari 2020

Peneliti,

(Yoga Erika Pratama)

Saksi,

(*SUCENG*)

Subjek,

(*Tn. A*)

Keterangan *): Coret yang tidak perlu

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN TANGJUNGKARANG

Jalan Soekarno - Hatta No. 6 Bandar Lampung
Telp : 0721 - 783 852 Faxsimile : 0721 - 773 918

Website : <http://poltekkes-tjk.ac.id> E-mail : direktorat@poltekkes-tjk.ac.id



10 Februari 2020

Nomor : PP.03. 01 / I. 1 /0624/2020
Lampiran : 1 Eks
Hal : Izin Penelitian

Yang terhormat :

1. Kepala Kesbangpol Kabupaten Lampung Selatan
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan
3. Kepala PSLU Tresna Werda Natar Lampung Selatan
4. Kepala SDN 1 Hajimena Lampung Selatan

Di-

Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Karya Tulis Ilmiah bagi mahasiswa semester VI Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Tanjungkarang Jurusan Keperawatan Poltekkes Tanjungkarang Tahun Akademik 2019/2020 maka kami mengharapkan dapat diberikan izin kepada mahasiswa kami untuk dapat melakukan Penelitian di Institusi yang Bpk/Ibu pimpin. Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan nama Mahasiswa dan institusi yang terkait dengan proposal penelitian.

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Tembusan :

1. Ka. Jurusan Keperawatan
2. Ka-UPT PKM



DINAS SOSIAL PROVINSI LAMPUNG
UPTD PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA
"TRESNA WERDHA"

Jalan Sitara No.1490 Telp. (0721) 91140 - 91709 Natar

Natar, 18 Pebruari 2020

Nomor : 465.1/24 IV.07/PSLU/2020

Sifat : --

Lampiran : --

Hal : Izin penelitian

Kepada :

Yth. Direktur Poltekkes Kemenkes
Tanjungkarang
Di

Bandar Lampung

Berdasarkan surat Saudara nomor : PP.03.01/I.1/0624/2020 tanggal 10 Pebruari 2020, perihal : Izin Penelitian, dengan ini diberikan izin untuk melakukan penelitian di UPTD Pelayanan Sosial Lanjut Usia Tresna Werdha kepada :

NO	N A M A	NIM
1	MUTIA PUTRI BALQIST	1714401011
2	ALVINIA NABILLA	1714401015
3	MARETA SARI	1714401034
4	TSARA AFIFAH PUTRI	1714401035
5	FITRI ANDRI YANI	1714401040
6	HAFIF FATANA PUTRA	1714401041
7	GURUH ARIE SANDI SAPUTRA	1714401049
8	RIA SULIANTIKA	1714401058
9	YENI RISTIANA	1714401059
10	AGUNG FIRMANSYAH	1714401061
11	OKTA DIANA PUTRI	1714401063
12	YOGI SAPUTRA	1714401065
13	NURUL KAMELIA	1714401078
14	DIAN KUSWANTORO	1714401083
15	ZELLIA PUTRI HASTI PRATIWI	1714401085
16	ALDY ANDRYAN INDRA JAYA	1714401096
17	YOGA ERIXXA PRATAMA	1714401098
18	NANDA FEBI RENALDI	1714401102

Demikian atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

KEPALA UPTD
Pelayanan Sosial Lanjut Usia
Tresna Werdha

Drs. MAMAN SUPARMAN, MM

PEMBINA TK. I (IV/b)

NIP. 196602011993031006



DINAS SOSIAL PROVINSI LAMPUNG
UPTD PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA
"TRESNA WERDHA"
 Jalan Sitara No.1490 Telp. (0721) 91140 - 91709 Natar

SURAT KETERANGAN
NOMOR : 465.1/ 22 IV.07/PSLU/2020

KEPALA UPTD PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA
TRESNA WERDHA

Dasar : Surat Direktur Poltekkes Tanjungkarang nomor :
 PP.03.01/I.1/0624/2020 tanggal 10 Pebruari 2020, perihal : Izin
 Penelitian.

MENERANGKAN BAHWA :

N A M A : YOGA ERIKKA PRATAMA
N I M : 1714401098
Judul : Asuhan keperawatan gangguan pemenuhan personal hygiene
 pada klien demensia di UPTD Pelayanan Sosial Lanjut Usia
 Tresna Werdha Natar.

Telah melakukan penelitian pada lanjut usia di UPTD Pelayanan Sosial Lanjut Usia dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI).

Demikian Surat Keterangan ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Natar
 Pada tanggal : 2 Maret 2020.



Kepala UPTD PSLU
 Tresna Werdha

MAMAN SUPARMAN, MM
 Pembina TK. I (IV/b)
 NIP.19660201 199303 1 006



**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DI PANTI
PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGKARANG
POLTEKKES TANJUNGKARANG**

Nama Mahasiswa :
Tempat Praktek :
Tanggal Praktek :
Tanggal Pengkajian :

A. PENGKAJIAN

1. Data Umum Pasien

Nama :
No Register panti :
Jenis kelamin :
Umur :
Agama :
Alamat :
Pendidikan terakhir :
Pekerjaan terakhir :
Tanggal masuk :

2. Alasan Datang Ke Panti:

.....
.....

3. Keluhan Kesehatan Utama Dirasakan Saat Ini:

Riwayat Penyakit Sekarang

P (Provokatif/Palliatif) :
Q (Quality/Quantity) :
R (Region/Radiation) :
S (Severity Scale) :
T (Time) :

4. Riwayat Penyakit/Kesehatan Sebelumnya:

.....
.....
.....
.....

5. Riwayat Alergi (Makanan/Obat/Lainnya):

.....
.....