

Implementasi *Emergency Geriatric Assessment* pada Pasien Lansia di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD. Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga: Case Study

Emilia Eka Putri¹, Sidik Awaludin², Dani Tri Santosa³

¹Mahasiswa program studi Ners Universitas Jenderal Soedirman Purwokerto

²Dosen Jurusan Keperawatan Fikes Unsoed

³Pembimbing Klinik RSUD. dr. R. goeteng Taroenadibrata Purbalingga.

ABSTRACT

Background: The higher number of morbidity and emergency department visits for persons aged 75 years compared with the people under 65 years were the basic reason needed for a multidimensional and rapid assessment in the emergency department. The Emergency Geriatric Assessment may effective to be used to identify geriatric problems in the emergency department.

Methods: This kind of implementation was a case study. This implementation was done on July 11st - 17th, 2019. The total respondent of this implementation was 11 elderly. The criteria of the respondent were all of the elderly aged ≥ 60 years who were waiting for admission or being observed, and didn't have an acute stroke, an acute myocardial infarction, or was awaiting surgical intervention and admission. The instrument used a questionnaire named Emergency Geriatric Assessment, which consisted of twenty-two possible problems in the elderly.

Results: The results of the Emergency Geriatric Assessment showed that the majority of the elderlies were 60-74 years, were male, had a medical decisions and had an ability to care for self by themselves. The majority of the identified problems were dementia, sleep, polypharmacy, pain, nutrition, use of medical resources, caregiver, family meeting, need for comfortable care, and long term bedridden.

Conclusion: The Emergency Geriatric Assessment was effective to be used for identifying at least two geriatric problems in elderly, in order to help emergency department physicians to manage such patients.

KEYWORDS

Elderly, Emergency department, Emergency Geriatric Assessment

PENDAHULUAN

Indonesia termasuk negara yang memasuki era penduduk berstruktur lanjut usia (*aging structured population*), karena mempunyai jumlah penduduk dengan usia 60 tahun ke atas yang selalu mengalami peningkatan di setiap tahunnya. Berdasarkan hasil Statistik Penduduk Lansia tahun 2018, diketahui dalam waktu hampir 50 tahun (1971-2018), persentase lansia di Indonesia meningkat menjadi 9,27% atau sekitar 24,49 juta. Selain itu, berdasarkan hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Maret 2018, terdapat lima provinsi yang memiliki struktur penduduk tua di mana penduduk lansianya sudah mencapai 10%, yaitu Daerah Istimewa Yogyakarta (12,37%), Jawa Tengah (12,34%), Jawa Timur (11,66%), Sulawesi Utara (10,26%), dan Bali (9,68%) (Silviliyana dkk., 2018). Jumlah ini diketahui akan terus

meningkat, bahkan populasi lansia di Indonesia diprediksi akan lebih tinggi dibandingkan di wilayah Asia dan global setelah tahun 2050 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)

Lansia selalu dikaitkan dengan proses menua. Menua itu sendiri sebenarnya adalah sebuah proses yang dimulai sejak permulaan kehidupan, perlahan-lahan mengakibatkan perubahan yang kumulatif, serta penurunan daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian (Dewi, 2014). Kondisi fisik lansia yang lemah akibat proses menua tersebut juga rentan mengalami keluhan kesehatan dan berujung pada kondisi sakit (Maylasari dkk., 2018). Berdasarkan hasil Susenas tahun 2017, diketahui angka kesakitan lansia sebesar 26,72%, atau dari 100 lansia terdapat sekitar 27 lansia yang sakit, sedangkan

pada tahun 2018 terjadi penurunan angka kesakitan sebesar 25,99%, atau dari 100 lansia terdapat 25-26 lansia yang sakit (Maylasari dkk., 2018; Silviliyana dkk., 2018).

Tingginya angka kesakitan karena beberapa penyakit kronis, seperti penyakit jantung, diabetes mellitus, hipertensi, penyakit cerebrovaskular, demensia, dan penyakit Parkinson, berarti meningkatkan pula risiko terhadap beberapa penyakit akut. Hal ini yang membuat lansia tersebut berada pada populasi risiko tinggi terhadap kembali dibawanya lansia ke ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD), kebutuhan akan rawat inap, penurunan fungsional, dan juga kematian. Pernyataan tersebut didukung oleh hasil penelitian yang menunjukkan bahwa rata-rata persentase lansia ≥ 75 tahun yang datang ke ruang IGD adalah 58 kunjungan/100 orang-tahun, bila dibandingkan dengan usia ≤ 65 tahun, yaitu 38 kunjungan/100 orang-tahun (Graf *et al.*, 2010; Ellis *et al.*, 2014). Berdasarkan hasil observasi di ruang IGD RSUD. dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga, didapatkan bahwa dalam satu hari terdapat pasien lansia sebanyak ± 20 orang. Lansia yang datang tersebut memiliki keluhan dan kondisi yang bervariasi tiap orangnya. Oleh karena itu, diperlukan sebuah instrumen penilaian untuk lansia yang bersifat multidimensional, tetapi dapat dilakukan dengan cepat di ruang IGD. Beberapa ilmuwan bersama perawat ahli, dokter jaga di ruang IGD, dan juga spesialis geriatri berhasil merancang *Emergency Geriatric Assessment* (EGA), yaitu instrumen penilaian kegawatdaruratan pada geriatri. Instrumen ini berisikan 22 komponen kemungkinan masalah yang terjadi pada lansia.

METODOLOGI PENELITIAN

Implementasi *Emergency Geriatric Assessment* ini menggunakan jenis pendekatan case study. Implementasi dilakukan di ruang IGD RSUD. dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga pada tanggal 11-17 Juli 2019. Total responden, yaitu 11 orang lansia. Kriteria responden, yaitu semua lansia berusia ≥ 60 tahun yang membutuhkan pengobatan atau observasi, tidak sedang mengalami dan tidak memiliki riwayat stroke akut ataupun acute myocardial infarction, atau

adanya rencana pembedahan. Alur implementasi yang dilakukan oleh penulis dijelaskan pada Gambar 1. Algoritma implementasi *Emergency Geriatric Assessment* (Lampiran gambar). Format *Emergency Geriatric Assessment* yang digunakan oleh penulis dapat dilihat pada Tabel 3. Penilaian *Emergency Geriatric Assessment* (Lampiran tabel).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Tabel 1. Karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, keputusan untuk berobat, dan kemampuan untuk merawat diri ($n = 11$). (Lampiran tabel).

Berdasarkan tabel 1. diketahui bahwa sebesar 81,8% lansia berada pada usia dalam kategori *elderly* (60-74 tahun), 72,7% berjenis kelamin laki-laki, 54,5% datang ke IGD atas keputusan diri sendiri, dan 81,8% masih mampu merawat diri sendiri.

Gambaran responden berdasarkan penilaian terhadap 22 kemungkinan masalah yang terjadi pada lansia dengan menggunakan *Emergency Geriatric Assessment*.

Tabel 2. Gambaran responden berdasarkan penilaian terhadap 22 kemungkinan masalah yang terjadi pada lansia dengan menggunakan *Emergency Geriatric Assessment* (Lampiran tabel).

Berdasarkan tabel 2. diketahui bahwa seluruh lansia dalam penelitian ini (100%) memiliki pengasuh atau pemberi perawatan di rumah, membutuhkan adanya pertemuan di dalam keluarga, serta membutuhkan adanya perawatan yang nyaman sebagai alasannya datang ke rumah sakit. Selain itu, terdapat beberapa masalah lain yang teridentifikasi, yaitu adanya lansia yang mengalami demensia (90,9%), gangguan tidur (72,7%), nyeri (90,9%), masalah nutrisi (81,8%), polifarmasi (54,5%) penggunaan fasilitas kesehatan (72,7%), dan membutuhkan istirahat di tempat tidur dalam jangka waktu lama (54,5%).

Pembahasan

Emergency Geriatric Assessment (EGA) merupakan instrumen penilaian kegawatdaruratan pada geriatri. Instrumen ini merupakan modifikasi dari instrumen sebelumnya, yaitu *Comprehensive Geriatric*

Assessment (CGA) dan *Hospice and Palliative Care* (HPC) yang membutuhkan 20-30 menit untuk mengimplementasikannya, waktu yang dinilai cukup lama jika dilakukan di ruang IGD. Instrumen EGA terdiri dari 22 komponen kemungkinan masalah yang terjadi pada lansia, antara lain delirium, depresi, demensia, aktivitas sehari-hari, penglihatan, pendengaran, tidur, jatuh, polifarmasi, nyeri, luka tekan, inkontinensia atau retensi, alat bantu, nutrisi, penggunaan fasilitas kesehatan, perencanaan perawatan lebih lanjut, pengasuh atau pemberi perawatan, status ekonomi sosial, pertemuan keluarga, masa hidup, kebutuhan akan perawatan yang nyaman, dan istirahat di tempat tidur dalam jangka waktu lama (Graf *et al.*, 2010; Ellis *et al.*, 2014; Ke, Y.T *et al.*, 2018).

Seluruh lansia (100%) mengatakan memiliki pengasuh atau orang yang merawatnya, baik dari pasangan ataupun anggota keluarga yang lain, karena tidak ada lansia yang tinggal sendiri di masa tua nya tersebut. Hal ini sesuai dengan hasil statistik penduduk lanjut usia tahun 2018 yang menunjukkan bahwa persentase lansia yang tinggal bersama tiga generasi (43,18), keluarga (27,03), dan pasangan (19,93) lebih tinggi dibandingkan dengan lansia yang tinggal sendiri (9,28) (Silviliyana dkk., 2018). Adanya dukungan dari pihak keluarga juga terlihat dari pernyataan keluarga yang membawa lansia ke rumah sakit, bahwa selalu dilakukannya diskusi tentang kondisi maupun segala perawatan medis yang akan diberikan kepada lansia tersebut. Banyaknya lansia yang disarankan untuk dilakukan rawat inap sangat membutuhkan adanya dukungan dari pihak keluarga. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa keluarga berperan sebagai jembatan antara pasien dengan lingkungan rumah sakit yang asing. Selain itu, adanya pihak keluarga yang menemani juga berefek positif terhadap status kognitif, gejala depresi, dan kepatuhan terhadap perawatan yang diberikan, karena berkurangnya ketakutan dan kekhawatiran yang dirasakan lansia tersebut (Admi *et al.*, 2015).

Tingginya persentase kejadian demensia yang dialami oleh lansia sesuai dengan pernyataan bahwa demensia menjadi salah satu masalah terbesar pada lansia. Saat ini diperkirakan 23,4

juta orang menderita demensia, dengan kasus baru 4,6 juta per tahun dan akan meningkat 2 kali lipat setiap 20 tahun mencapai 81,1 juta pada tahun 2040. Sebagian besar penderita demensia tinggal di negara berkembang, seperti Indonesia salah satunya (Irawan, 2014). Menteri Kesehatan Republik Indonesia mengatakan bahwa penambahan usia dan peningkatan prevalensi penyakit tidak menular merupakan faktor utama penyebab penurunan fungsi kognitif yang akan berlanjut pada meningkatnya penyakit Alzheimer dan demensia lainnya pada kelompok lansia (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Delapan lansia (72,7%) yang mengalami gangguan tidur rata-rata mengatakan sulit untuk memulai tidur, sering terbangun di malam hari, untuk buang air kecil ataupun karena merasakan adanya nyeri pada tubuhnya, dan ketika sudah terbangun terkadang merasa sulit untuk melanjutkan tidur kembali. Proses penuaan mempengaruhi berbagai irama fisiologis yang dapat mempengaruhi tidur, seperti suhu tubuh, sekresi melatonin, dan fluktuasi sistem neuroendokrin (penurunan sekresi *luteinizing hormone*, *growth hormone*, dan *thyroid stimulating hormone*, serta rendahnya kadar serotonin) (Sterniczuk & Rusak, 2017). Selain itu adanya penyakit akut maupun kronis yang menyertai, sehingga menyebabkan munculnya ketidaknyamanan, seperti nyeri dan kelainan miksi, dan pengaruh dari beberapa obat-obatan, seperti antihipertensi, psikostimulan, dan antidepresan juga dapat menyebabkan terjadinya insomnia kronik pada orang lanjut usia (Suzuki *et al.*, 2016).

Sepuluh lansia (90,9%) yang mengalami nyeri, sebagian merupakan nyeri akut dan sebagian lagi nyeri kronik. Para lansia tersebut mengatakan bahwa area yang terasa nyeri, antara lain perut, kepala, pinggang, beberapa lansia mengatakan merasa nyeri pada selangkangan, dan ketika buang air kecil, dengan skala nyeri sedang-berat. Rasa sakit atau nyeri terjadi sebagai peringatan sensorik atau adanya kerusakan neurologis, tetapi tingkat rasa sakit bervariasi dalam ingatan, harapan, dan struktur emosi seseorang. Alasan ini yang membuat beberapa lansia tidak cukup peduli dengan gejala dari rasa sakit yang

dialaminya, atau berbeda dalam menyatakannya, karena kehilangan pasangan atau teman dekat, kehilangan kemandirian fungsional, dan tingginya morbiditas atau disabilitas yang disebabkan oleh beberapa penyakit yang dialami oleh lansia tersebut (Iliaz *et al.*, 2013).

Sembilan lansia (81,8%) dalam penelitian mengalami masalah nutrisi, seperti IMT $\leq 18,5$, beberapa di antaranya mengalami penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan ≥ 2 Kg dalam beberapa bulan terakhir, serta mengalami kesulitan dalam menelan makanan. Beberapa faktor selain tingkat pendidikan dan status ekonomi, yang memiliki hubungan terhadap kejadian malnutrisi pada lansia, yaitu perilaku merokok dan adanya penyakit akut ataupun kronis. Nikotin dalam rokok dapat meningkatkan metabolisme tubuh tanpa diikuti dengan peningkatan nafsu makan, salah satunya yaitu lipolisis yang dapat menyebabkan penurunan berat badan. Selain itu, merokok juga berhubungan erat dengan beberapa penyakit akut maupun kronis.

Adanya hubungan antara penyakit akut maupun kronis terhadap kejadian malnutrisi dapat dijelaskan melalui efek katabolik terhadap infeksi, inflamasi, atau trauma. Adanya pengeluaran beberapa mediator inflamasi, seperti *cytokine* (interleukin-1, interleukin-6 dan *alpha-tumor necrosis factor*), glukokortikoid, dan katekolamin yang dapat menyebabkan perubahan dalam metabolisme, nafsu makan, dan absorpsi serta asimilasi nutrien, sehingga mengakibatkan penyakit dan malnutrisi. (Damiao *et al.*, 2017). Gangguan fungsi kognitif juga diketahui menjadi salah satu penyebab dari malnutrisi pada lansia. Gangguan kognitif tersebut akan mempengaruhi aktivitas sehari-hari salah satunya perilaku makan. Gangguan makan terjadi seperti lambatnya mulut dalam mengunyah makanan dan respon mengingat rasa terhadap makanan. Penelitian menunjukkan 40% dari penderita alzheimer terjadi penurunan berat badan setelah 8 tahun setelah didiagnosis. Pada usia lanjut yang mengalami penurunan status fungsi kognitif terjadi penurunan indra penciuman, sehingga menurunkan selera makan (Theo & Wynne, 2001 dalam Munawirah dkk., 2017).

Delapan lansia (72,7%) mengatakan bahwa

dirinya sudah ≥ 2 kali datang ke IGD dan/atau berobat ke rumah sakit, karena seringnya mengalami kekambuhan, tidak kunjung membaik pada kondisi penyakit yang diderita, ataupun karena munculnya beberapa keluhan baru. Enam lansia (54,5%) juga mengatakan bahwa dirinya mengkonsumsi sedikitnya >3 obat-obatan yang diresepkan pada saat berobat jalan atau pasca rawat inap. Dua hal ini saling berkaitan, karena proses penuaan menyebabkan terjadinya penurunan fungsi organ dan memicu pada munculnya berbagai penyakit, sehingga lansia akan menerima begitu banyak obat. Pada lansia pun terjadi perubahan farmakokinetik dan farmakodinamik yang dapat mempengaruhi metabolisme dan efek samping obat, sehingga dosis, formulasi dan pemberian obat pada lansia harus disesuaikan dengan usia dan kondisi untuk menghindari masalah yang dapat ditimbulkan setelahnya (Fauziyah dkk., 2017).

Enam lansia (54,5%) membutuhkan pemeriksaan dan observasi lebih lanjut, sehingga disarankan oleh dokter dan perawat ruangan untuk rawat inap. Rawat inap dilakukan agar pasien dapat meminimalkan mobilitas dan beristirahat di tempat tidur dalam jangka waktu tertentu, demi kesembuhan dari penyakitnya tersebut. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan yang menunjukkan bahwa lansia menjadi populasi utama yang membutuhkan rawat inap pada pelayanan di rumah sakit, dan 73-83% diantara lansia yang dilakukan rawat inap menghabiskan waktunya dengan berbaring di tempat tidur (Brown *et al.*, 2009). Dampak yang harus diperhatikan dari kurangnya mobilitas selama rawat inap adalah terjadinya penurunan fungsional, yang dapat berlanjut pada peningkatan morbiditas, disabilitas, dan mortalitas paska rawat inap (Admi *et al.*, 2015).

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil implementasi, dapat disimpulkan bahwa penilaian dengan menggunakan *Emergency Geriatric Assessment* efektif dalam mengidentifikasi minimal dua masalah geriatri pada lansia. *Emergency Geriatric Assessment* ini diharapkan dapat diterapkan pada perawat IGD, sehingga dapat memberikan informasi tambahan dari aspek

masalah geriatri, baik kepada pasien dan keluarga, dokter IGD, maupun perawat bangsal jika pasien diharuskan dilakukan rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

- Admi, H., Shadmi, E., Baruch, H., and Zisberg, A., 2015, From Research to Reality: Minimizing The Effects of Hospitalization on Older Adults, *Rambam Maimonides Medical Journal*, **6**(2), 1-14.
- Brown, C.J., Redden, D.T., Flood, K.L., and Allman, R.M., 2009, The Underrecognized Epidemic of Low Mobility during Hospitalization of Older Adults, *Journal of American Geriatrics Society*, **57**(9), doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02393.x.
- Damiao, R., Santos, A.S., Matijasevich, A., and Menezes, P.R., 2017, Factors Associated with Risk of Malnutrition In The Elderly In South-Eastern Brazil, *Rev Bras Epidemiol Out- Diez*, **20**(4), 598-610, DOI: 10.1590/1980-5497201700040004.
- Dening, T., and Sandilyan, M.B., 2015, Dementia: Definitions and Types, *Nursing Standard*, **29**(37), 38-42.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2016, Menkes: Lansia yang Sehat, Lansia yang Jauh dari Demensia, Jakarta, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Dewi, S.R., 2014, *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*, Ed.1, Yogyakarta, Deepublish.
- Efendi, F., dan Makhfudli, 2009, *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*, Jakarta, Salemba Medika.
- Ellis, G., Marshall, T., and Ritchie, C., 2014, Comprehensive Geriatric Assessment In The Emergency Departement, *Clinical Intervention In Aging*, **9**, 2033-2043, <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.529662> .
- Fauziyah, S., Radji, M., dan Andrajati, R., 2017, Polypharmacy In Elderly Patients and Their Problems, *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, **10**(7), 44-49.
- Graf, C.E., et al., 2010, Efficiency and Applicability of Comprehensive Geriatric Assessment In The Emergency Departement: A Systematic Review, *Aging Clinical and Experimental Research*, **23**(4), 244-254, DOI: 10.3275/7284.
- Iliaz, R., et al., 2013, Approach to Pain Elderly, *Gerontology & Geriatric Research*, **2**(3), 1-10, <http://dx.doi.org/10.4172/2167-7182.1000125> .
- Irawan, H., 2014, Terapi Rekreasi pada Penderita Demensia, *Medika*, **2**, 140-142.
- Ke, Y.T., et al., 2018, Emergency Geriatric Assessment: A Novel Comprehensive Screen Tool for Geriatric Patients In The Emergency Departement, *The American Journal of Emergency Medicine*, **36**(1), 143-146, <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.07.008> .
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013, *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan: Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia*, Jakarta, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Maryam, R.S., Ekasari, M.F., Rosidawai, Jubaedi,

- A., dan Batubara, I., 2008, *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*, Jakarta, Salemba Medika.
- Maylasari, I., Sulistyowati, R., Ramadani, K.D., dan Annisa, L., 2018, *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2017*, Jakarta, Badan Pusat Statistik.
- Munawirah, Masul, dan Martini, R.D., 2017, Hubungan Beberapa Faktor Risiko dengan Malnutrisi Pada Lanjut Usia Di Nagari Sijunjung Kecamatan Sijunjung, *Jurnal Kesehatan Andalas*, **6**(2), 324-330.
- Silviliyana, M., dkk., 2018, *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2018*, Jakarta, Badan Pusat Statistik.
- Sterniczuk, R., and Rusak, B. 2016, *Sleep in Relation to Aging, Frailty, and Cognition: Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*, Eight Edition, Philadelphia, Elsevier Science.
- Suzuki, K., Miyamoto, M., and Hirata, K., 2016, Sleep Disorders In The Elderly: Diagnosis and Management, *Journal of General and Family Medicine*, 1-11, DOI: 10.1002/jgf2.27 .dengan *infra red* dan *six minute walking test* dapat meningkatkan kualitas hidup pada kondisi penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), *Jurnal Ilmiah Fisioterapi (JIF)*, 1 (2).
- Sitorus, S., 2015, Penerapan praktek keperawatan berbasis bukti *pursed lip breathing* pada pasien dengan penyakit paru obstruktif kronik di ruang RSU Pusat Persahabatan Jakarta, *Jurnal Keperawatan Widya Gantari*, 2 (2).
- Soemantri, Irman., 2009, *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan*, Salemba Medika, Jakarta
- World Health Organization (WHO), 2016, *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*. Diakses dari <https://www.who.int/respiratory/copd/en/> pada 25 mei 2019
- Yatun, R.U., 2016, Hubungan nilai aliran puncak ekspirasi (APE) dengan kualitas tidur pada pasien PPOK di Poli Spesialis Paru Rumah Sakit Paru Jember (*Correlation Between Peak Expiratory Flow Rate (PEFR) and Sleep Quality of Patient with COPD at B Lung Specialist Unit of Lung Hospital Jember*), *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 4 (1)

Lampiran Tabel

Tabel 1. Karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, keputusan untuk berobat, dan kemampuan untuk merawat diri (n = 11).

Karakteristik	Frekuensi (n = 11)	%
Usia		
60-74 tahun	9	81,8
75-90 tahun	2	18,2
>90 tahun	0	0
Jenis kelamin		
Perempuan	3	27,3
Laki-laki	8	72,7
Keputusan untuk berobat		
Diri sendiri	6	54,5
Bantuan dari orang lain	5	45,5
Kemampuan untuk merawat diri sendiri		
Diri sendiri	9	81,8
Bantuan dari orang lain	2	18,2

Tabel 2. Gambaran responden berdasarkan penilaian terhadap 22 kemungkinan masalah yang terjadi pada lansia dengan menggunakan *Emergency Geriatric Assessment*.

Kemungkinan Masalah	Frekuensi (n = 11)	%
Delirium		
Ya	0	0
Tidak	11	100
Tidak menjawab	0	0
Depresi		
Ya	4	36,4
Tidak	7	63,6
Tidak menjawab	0	0
Demensia		
Ya	10	90,9
Tidak	1	9,1
Tidak menjawab	0	0
Bantuan pada aktivitas sehari-hari		
Ya	0	0
Tidak	11	100
Tidak menjawab	0	0
Gangguan penglihatan		
Ya	4	36,4
Tidak	7	63,6
Tidak menjawab	0	0
Gangguan pendengaran		
Ya	0	0
Tidak	11	100
Tidak menjawab	0	0

Gangguan tidur		
Ya	8	72,7
Tidak	3	27,3
Tidak menjawab	0	0
Jatuh		
Ya	3	27,3
Tidak	8	72,7
Tidak menjawab	0	0
Polifarmasi		
Ya	6	54,5
Tidak	5	45,5
Tidak menjawab	0	0
Nyeri		
Ya	10	90,9
Tidak	1	9,1
Tidak menjawab	0	0
Luka tekan		
Ya	0	0
Tidak	11	100
Tidak menjawab	0	0
Inkontinensia atau retensi		
Ya	4	36,4
Tidak	7	63,6
Tidak menjawab	0	0
Alat bantu (NGT, Foley Kateter, Trakeostomi)		
Ya	9	81,8
Tidak	0	0
Tidak menjawab	0	0
Masalah nutrisi		
Ya	9	81,8
Tidak	2	18,2
Tidak menjawab	0	0
Penggunaan fasilitas kesehatan		
Ya	8	72,7
Tidak	3	27,3
Tidak menjawab	0	0
Perencanaan perawatan lebih lanjut		
Ya	0	0
Tidak	11	100
Tidak menjawab	0	0
Adanya pengasuh di dalam keluarga		
Ya	11	100
Tidak	0	0
Tidak menjawab	0	0
Status sosial ekonomi		
Ya	0	0
Tidak	11	100

Tidak menjawab	0	0
Kebutuhan adanya pertemuan keluarga		
Ya	9	81,8
Tidak	2	18,2
Tidak menjawab	0	0
Masa hidup < 6 bulan		
Ya	0	0
Tidak	11	100
Tidak menjawab	0	0
Kebutuhan akan perawatan yang nyaman		
Ya	11	100
Tidak	0	0
Tidak menjawab	0	0
Istirahat di tempat tidur dalam jangka waktu lama		
Ya	6	54,5
Tidak	5	45,5
Tidak menjawab	0	0

Tabel 3. Penilaian *Emergency Geriatric Assessment*

EMERGENCY GERIATRIC ASSESSMENT
(PENILAIAN KEGAWATDARURATAN GERIATRI)

- Nama Pasien : _____
- Usia : _____
- Jenis kelamin : _____
- Keputusan untuk berobat : Diri sendiri Bantuan dari orang lain
- Kemampuan untuk merawat : Diri sendiri Bantuan dari orang lain

diri

Kemungkinan Masalah	Evaluasi	Hasil
1. Delirium	<p><i>Confussion Assessment Method</i> (CAM): 1+2+ (3 atau 4)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Onset akut dan berfluktuasi Kaji apakah terdapat perilaku abnormal dari pasien (misalnya mengalami halusinasi, menarik diri, tremor, gaduh, gelisah)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Rendahnya perhatian Observasi apakah pasien mudah terdistraksi atau tidak fokus?</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Pola pikir yang tidak terorganisasi Observasi gaya berbicara pasien, apakah terdapat pembicaraan inkoheren?</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Gangguan status mental Kaji tingkat kesadaran pasien</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak menjawab</p>

2. Depresi	Apakah terdapat salah satu: <input type="checkbox"/> Apakah Anda merasa tidak senang dalam 2 minggu terakhir? <input type="checkbox"/> Apakah Anda lebih senang berada di dalam rumah, daripada pergi keluar, dan mencoba melakukan hal-hal baru dalam 2 minggu terakhir? <input type="checkbox"/> Apakah Anda merasa tidak berharga seperti diri Anda sekarang, dalam 2 minggu terakhir?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
3. Demensia	Apakah terdapat masalah dalam mengingat 3 kata: pertama, beri kata “sepeda, merah, senang”, lalu minta pasien untuk mengingat dan menyebutkannya kembali 3 kata tersebut setelah selesai mengkaji poin 4 sampai 6 “Pendengaran”	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
4. Aktivitas sehari-hari	Apakah pasien membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-hari < 1 tahun? <input type="checkbox"/> Makan & minum <input type="checkbox"/> berpindah <input type="checkbox"/> Berjalan <input type="checkbox"/> Menggunakan <input type="checkbox"/> let mandi Jika iya, kapan pertama kali pasien membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-harinya tersebut?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
5. Penglihatan	Apakah Anda mengalami gangguan penglihatan? Jika iya, apakah hal tersebut mengganggu aktivitas sehari-hari?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
6. Pendengaran	Apakah Anda mengalami gangguan pendengaran? Jika iya, apakah hal tersebut mengganggu aktivitas sehari-hari?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
7. Tidur	Apakah Anda mengalami gangguan tidur? Jika iya, apakah gangguan tersebut? Apakah mengganggu aktivitas sehari-hari?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
8. Jatuh	Apakah Anda pernah mengalami jatuh selama 1 tahun terakhir? Jika iya, berapa kali?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
9. Polifarmasi	Apakah Anda mengkonsumsi ≥ 3 obat? Jika iya, obat apa sajakah itu?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
10. Nyeri	Apakah Anda mengalami nyeri <input type="checkbox"/> Ak <input type="checkbox"/> Kronik (>3 bulan) Area: <input type="checkbox"/> Skala wajah: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab

11. Luka tekan (dekubitus)	Apakah terdapat luka tekan?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
12. Inkontinensia atau retensi	Apakah terdapat: <input type="checkbox"/> Inkontinensia atau retensi urin <input type="checkbox"/> Inkontinensia atau retensi feses	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
13. Alat bantu	Apakah terpasang: <input type="checkbox"/> NGT <input type="checkbox"/> Foley kateter <input type="checkbox"/> Trakeostomi lainnya	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
14. Nutrisi	TB: cm; BB: kg; IMT: kg/m ² Apakah terdapat: <input type="checkbox"/> IMT \leq 18,5 <input type="checkbox"/> IMT \geq 27 <input type="checkbox"/> Penurunan BB 5% < 1 bulan atau 10% <6 bulan <input type="checkbox"/> Disfagia atau penurunan nafsu makan dalam 2 minggu ini <input type="checkbox"/> Kesulitan mengunyah atau menelan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
15. Penggunaan fasilitas kesehatan	<input type="checkbox"/> \geq 2 masuk IGD dalam 1 tahun <input type="checkbox"/> \geq 2 berobat dalam 1 tahun	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
16. Perencanaan Perawatan lebih lanjut	Permintaan <i>Do Not Resuscitate</i> (DNR)? <input type="checkbox"/> Surat wasia <input type="checkbox"/> Surat persetujuan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
17. Pemberi perawatan	<input type="checkbox"/> Pemberi perawatan <input type="checkbox"/> Pembuat keputusan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
18. Status sosial-ekonomi	Apakah terdapat: <input type="checkbox"/> Tinggal sendi <input type="checkbox"/> Masalah ekonomi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
19. Pertemuan keluarga	Perlu adanya pertemuan keluarga: <input type="checkbox"/> Diskusi terkait perawatan medis <input type="checkbox"/> Disposisi paska kunjungan ke IGD/rawat inap	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab

Konsultasikan pada <i>geriatrician</i> jika ditemukan hasil yang tidak normal pada poin 1,2,7,9-14 Sarankan untuk kontrol ke klinik geriatri jika ditemukan hasil yang tidak normal pada poin 3,4,5,6,8,15		
20. Masa hidup	Perkiraan masa hidup <6 bulan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
21. Kebutuhan akan perawatan yang nyaman	<input type="checkbox"/> Kebutuhan akan perawatan yang nyaman hanya karena memburuknya kondisi penyakit <input type="checkbox"/> Pasien hanya memilih perawatan yang nyaman	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
22. Istirahat di tempat tidur dalam jangka waktu lama	Istirahat di tempat tidur dalam jangka waktu lama, infeksi yang berulang, dan gangguan kognitif yang signifikan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak menjawab
Konsultasikan pada perawatan paliatif jika ditemukan adanya hasil yang tidak normal pada poin 20-22		

Lampiran Gambar

Gambar 1. Algoritma implementasi *Emergency Geriatric Assessment*

