

**IMPLEMENTASI *COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT*  
PADA PELAYANAN LANSIA DI PUSKESMAS  
WILAYAH BANDAR LAMPUNG**

**(Skripsi)**

**Oleh:**

**RIZQI FATHIANI SITI OKTARIKA**



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2023**

**IMPLEMENTASI *COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT*  
PADA PELAYANAN LANSIA DI PUSKESMAS  
WILAYAH BANDAR LAMPUNG**

Oleh

**RIZQI FATHIANI SITI OKTARIKA**

Skripsi

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar  
**SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

**Program Studi Pendidikan Dokter  
Jurusan Kedokteran  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Lampung**



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2023**

## ABSTRAK

### IMPLEMENTASI *COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT* PADA PELAYANAN LANSIA DI PUSKESMAS BANDAR LAMPUNG

Oleh

**RIZQI FATHIANI SITI OKTARIKA**

**Latar Belakang:** *Comprehensive Geriatric Assessment* (CGA) sangat penting dilakukan pada lansia karena bermanfaat untuk meningkatkan derajat kesehatan lansia. Peraturan mengenai penyelenggaraan pelayanan lansia telah dikeluarkan sejak tahun 2015 maka dari itu peneliti ingin mengetahui pengimplementasian CGA di Puskesmas wilayah Bandar Lampung, ingin mengetahui persepsi dokter, dan hambatan yang dilalui dalam pelaksanaannya.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Informan dalam penelitian adalah dokter di Puskesmas wilayah Bandar Lampung. Pengambilan data melalui wawancara semi terstruktur dan dilakukan hingga didapatkan data jenuh. Analisis data penelitian dengan cara analisis tematik.

**Hasil:** Dari hasil penelitian didapatkan bahwa Puskesmas wilayah Bandar Lampung belum menerapkan CGA di pelayanan lansia, dokter juga belum mengetahui secara detail mengenai peraturan penyelenggaraan pelayanan lansia dikarenakan belum adanya sosialisasi dari pembuat kebijakan. Manfaat CGA antara lain memperbaiki akurasi diagnostik, meningkatkan derajat kesehatan dan fungsional lansia, menginformasikan perkembangan rencana perawatan individual serta mengoptimalkan perawatan dan rehabilitasi medis. Hambatan yang dilalui dokter antara lain sarana prasarana belum memadai, kurangnya sumber daya manusia, alur pelaksanaan pelayanan lansia sebagai Puskesmas Santun Lansia belum disosialisasikan, faktor eksternal yang tidak direncanakan terjadi (pandemi COVID-19).

**Kesimpulan:** Implementasi CGA belum sepenuhnya diterapkan di Puskesmas wilayah Bandar Lampung.

**Kata Kunci:** *Comprehensive Geriatric Assessment*, lansia, Puskesmas

## ABSTRACT

### IMPLEMENTATION OF COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT IN ELDERLY CARE AT BANDAR LAMPUNG REGIONAL PUBLIC HEALTH CENTERS

By

RIZQI FATHIANI SITI OKTARIKA

**Background:** *Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)* is very important for the elderly because it is useful for improving the health status of the elderly. Regulations regarding the provision of elderly care have been issued since 2015, therefore the researcher wanted to know the implementation of CGA at the Bandar Lampung regional public health center, wanted to know the perceptions, and obstacles encountered in its implementation.

**Methods:** This study uses a qualitative research design with phenomenology approach. The main informants in the study were doctors at the Bandar Lampung area public health center. Retrieval of main data through semi-structured interviews and carried out until the data is saturated. Analysis of research data by means of thematic analysis.

**Results:** The results of the study shows that the Bandar Lampung regional public health center had not implemented CGA in elderly care, the doctors also did not know the details about the regulations for organizing elderly care because there was no socialization from policy makers. The benefits of CGA including improving diagnostic accuracy, increasing the health and functional status of the elderly, informing the development of individual treatment plans and optimizing medical care and rehabilitation. Obstacles that the doctors go through including inadequate infrastructure, lack of human resources, the flow of implementing elderly care as an elderly polite health center that has not been socialized, and external factors that are not planned to occur (the COVID-19 pandemic).

**Conclusion:** The implementation of CGA has not been fully implemented in elderly care at Bandar Lampung regional public health centers.

**Keywords:** *Comprehensive Geriatric Assessments, elderly, public health centers*

Judul Skripsi : **IMPLEMENTASI *COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT* PADA PELAYANAN LANSIA DI PUSKESMAS WILAYAH BANDAR LAMPUNG**

Nama Mahasiswa : Rizqi Fathiani Siti Oktarika

No. Pokok Mahasiswa : 1918011046

Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas : Kedokteran



Pembimbing 1

Pembimbing 2

  
**Dr. dr. TA Larasati, M. Kes, FISCN, FISP.**  
NIP. 197706182005012012

  
**dr. Anisa Nuraisa Jausal, M.K.M.**  
NIK. 231806930731201

2. Plt. Dekan Fakultas Kedokteran

  
**Dr. Eng. Satripto Dwi Yuwono, S. Si., M. T.**  
NIP. 197407052000031001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua

: **Dr. dr. TA Larasati, M. Kes, FISCM, FISPH.**



Sekretaris

: **dr. Anisa Nuraisa Jausal, M.K.M.**



Penguji

Bukan Pembimbing : **dr. Oktafany, M. Pd. Ked.**



2. Plt. Dekan Fakultas Kedokteran



**Dr. Eng. Supto Dwi Yuwono, S. Si., M. T.**

NIP: 197407052000031001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : **18 April 2023**

## LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Skripsi dengan judul “**IMPLEMENTASI *COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT* PADA PELAYANAN LANSIA DI PUSKESMAS WILAYAH BANDAR LAMPUNG**” adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam akademik atau yang dimaksud dengan plagiarisme.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 18 April 2023

Pembuat pernyataan,



Rizqi Fathiani Siti Oktarika

## RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Palembang pada tanggal 30 Oktober 2001 dan merupakan anak tunggal dari pasangan Bapak Budi Gondo, S. Si dan Ibu Dra. Fatma Dewi.

Penulis menempuh pendidikan Taman Kanak-Kanak (TK) yang diselesaikan di TK PDAM Tirta Musi Palembang pada tahun 2007, Sekolah Dasar (SD) yang diselesaikan di SD Negeri 33 Palembang pada tahun 2013, Madrasah Tsanawiyah (MTs) yang diselesaikan di MTs Negeri 2 Model Palembang pada tahun 2016, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) yang diselesaikan di SMA Negeri 1 Palembang tahun 2019.

Penulis terdaftar sebagai mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung pada tahun 2019 melalui jalur Seleksi Nasional Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SNMPTN). Selama menjadi mahasiswa, penulis aktif pada sejumlah organisasi di dalam kampus. Penulis tercatat sebagai bagian dari *Lampung University Medical Research* (LUNAR) Fakultas Kedokteran Universitas Lampung tahun 2019-2022 dan pernah menjadi sekretaris divisi *Social and Partnership* pada tahun 2020-2021, serta menjadi anggota divisi *Public Relations* pada tahun 2021-2022. Selanjutnya, penulis juga tergabung dalam organisasi Forum Studi Islam Ibnu Sina (FSI) Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dan menjadi anggota deartemen Kesekretariatan dan Kesejahteraan Masjid (KKM) pada tahun 2020-2021. Penulis juga aktif menjadi bagian dari *Center for Indonesian Medical Students' Activities* (CIMSAs) 2020-2021. Selain itu, penulis juga pernah menjadi asisten dosen (Asdos) mata kuliah patologi klinik pada tahun 2020-2022.



**“Saya persembahkan karya tulis ini atas izin Allah saya bisa menggapai cita-cita yang saya impikan, dan kepada orang tuaku, keluarga besarku, dan sahabatku tercinta dan tersayang atas segala doa dan dukungan yang selalu diberikan selama ini. Terima kasih banyak atas semua kebaikannya.”**

*Never Lose Hope  
Good Things Will Come  
Soon*

## SANWACANA

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Alhamdulillah Rabbil alamiin. Segala rasa syukur hanya kepada Allah SWT., atas segala nikmat, hidayah, petunjuk dan kasih sayang-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “**IMPLEMENTASI *COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT* PADA PELAYANAN LANSIA DI PUSKESMAS WILAYAH BANDAR LAMPUNG**” guna memenuhi syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran.

Dalam menyelesaikan skripsi ini, penulis mendapatkan banyak saran, bimbingan, dukungan, dan doa dari berbagai pihak maka, pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., PhD., IPM selaku Rektor Universitas Lampung.
2. Dr. Eng. Suropto Dwi Yuwono, S. Si., M. T. selaku Plt. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
3. Dr. dr. TA Larasati, M. Kes, FISCAM, FISPH selaku Pembimbing I yang selalu meluangkan waktu, memberikan bimbingan, ilmu, kritik dan saran serta motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
4. dr. Anisa Nuraisa Jausal, M.K.M selaku Pembimbing II yang selalu meluangkan waktu, memberikan bimbingan, ilmu, kritik dan saran serta motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
5. dr. Oktafany, M. Pd. Ked selaku Pembahas yang selalu meluangkan waktu, memberikan bimbingan, ilmu, kritik dan saran serta motivasi dalam penyusunan skripsi ini.

6. Pak Sofyan Musyabiq Wijaya, S. Gz, M. Gizi. selaku Pembimbing Akademik. Terima kasih telah membimbing penulis dengan sebaik-baiknya.
7. Seluruh dosen, staf, dan civitas akademik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu, waktu, dan bantuan yang telah diberikan selama proses perkuliahan sampai penyusunan skripsi.
8. Seluruh staf Dinas Kesehatan Wilayah Kota Bandar Lampung dan Puskesmas wilayah Bandar Lampung yang telah membantu proses perizinan dan pengumpulan data dalam penyusunan skripsi ini.
9. Seluruh keluarga besar (Alm.) Sukiman dan (Alm.) H. Syarkoni Burhan, orang tua penulis, Budi Gondo, S. Si dan Dra. Fatma Dewi, terima kasih atas doa yang selalu dipanjatkan untuk keberhasilan penulis, semua kasih sayang, dukungan, dan kebahagiaan yang terus diberikan selama ini. Penulis sangat mencintai kalian dan berharap menjadi anak yang dapat dibanggakan.
10. Sahabat terbaikku yaitu Adelia Mizani Qisti, Dheti Efrilia, Kamila Salsabila, Khairunnisa Salsabila, Lucky Indar Wigati, Putri Puji Hasnah, Utari Nuraini, dan Zalfa Salsabila Aprilia, serta teman-teman *dream* terima kasih telah “berbagi semangat” serta canda, tawa, dan segala kebaikan yang tidak bisa penulis uraikan satu persatu.
11. Teman-teman angkatan 2019 (L19AMENTUM L19AND) yang tidak dapat disebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuan dan dukungan selama proses perkuliahan.
12. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu penyusunan skripsi ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis mengharapkan segala kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak. Semoga karya ini dapat memberikan manfaat bagi para pembaca.

Bandar Lampung, 12 April 2022

Penulis,

Rizqi Fathiani Siti Oktarika

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>iii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1. Tujuan Umum .....	4
1.3.2. Tujuan Khusus.....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1. Manfaat Teoritis .....	4
1.4.2. Manfaat Praktis .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>6</b>
2.1. Lanjut Usia (Lansia) .....	6
2.1.1. Definisi Lansia .....	6
2.1.2. Klasifikasi Lansia .....	6
2.1.3. Populasi Lansia .....	7
2.1.4. Perubahan pada Lansia .....	8
2.2. Pelayanan Kesehatan .....	10
2.2.1. Sistem Pelayanan Kesehatan.....	10
2.2.2. Kebijakan Pemerintah dalam Pelayanan Kesehatan Lansia .....	13
2.2.3. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) .....	14
2.2.4. Pelayanan Kesehatan Bagi Lanjut Usia di Puskesmas .....	14
2.3. Kerangka Teori.....	23
2.4. Kerangka Konsep .....	24
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b> .....	<b>25</b>
3.1. Desain Penelitian .....	25
3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	25
3.3. Teknik Pengambilan Sampel Penelitian .....	25
3.4. Variabel Penelitian .....	26
3.5. Sumber Data Penelitian .....	26

3.5.1. Data Primer .....	26
3.5.2. Data Sekunder .....	26
3.6. Teknik Pengumpulan Data .....	26
3.7. Instrumen Penelitian .....	27
3.8. Prosedur Penelitian .....	27
3.9. Alur Penelitian .....	28
3.10. Analisis Data .....	29
3.11. Teknik Pengabsahan Data .....	29
3.12. Etika Penelitian .....	30
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>31</b>
4.1. Gambaran Umum .....	31
4.2. Hasil Penelitian .....	33
4.2.1. Hasil Observasi Puskesmas Wilayah Bandar Lampung .....	33
4.2.2. Pengetahuan Mengenai PERMENKES RI No 67 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lansia .....	36
4.2.3. Penerapan PERMENKES RI No 67 Tahun 2015 di Puskesmas Wilayah Bandar Lampung .....	38
4.2.4. Pengetahuan dan Pengimplementasian Pengkajian Paripurna Menggunakan <i>Comprehensive Geriatric Assessment</i> .....	40
4.2.5. Manfaat <i>Comprehensive Geriatric Assessment</i> .....	42
4.2.6. Hambatan pelaksanaan <i>Comprehensive Geriatric Assessment</i> pada Pelayanan Lansia di Puskesmas .....	44
4.3. Pembahasan .....	47
4.3.1. Hasil Observasi Puskesmas Wilayah Bandar Lampung .....	47
4.3.2. Pengetahuan Mengenai PERMENKES RI No 67 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lansia .....	48
4.3.3. Penerapan PERMENKES RI No 67 Tahun 2015 di Puskesmas Wilayah Bandar Lampung .....	50
4.3.4. Pengetahuan dan Pengimplementasian Pengkajian Paripurna Menggunakan <i>Comprehensive Geriatric Assessment</i> .....	51
4.3.5. Manfaat <i>Comprehensive Geriatric Assessment</i> .....	53
4.3.6. Hambatan pelaksanaan <i>Comprehensive Geriatric Assessment</i> pada Pelayanan Lansia di Puskesmas .....	54
4.4. Keterbatasan Penelitian .....	56
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>59</b>
5.1. Simpulan .....	57
5.2. Saran .....	58
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>60</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>64</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Rekomendasi IMT untuk lansia.....	18
2. Kriteria Informan Dokter .....	31
3. Kriteria Informan Staf .....	32
4. Rekap Hasil Observasi Pemeriksaan CGA di Puskesmas wilayah Bandar Lampung.....	34

## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Alur Mekanisme Pelayanan Lansia di Puskesmas .....	15
2. Kerangka Teori Pelaksanaan <i>Comprehensive Geriatric Assessment</i> pada Pelayanan Lansia di Puskesmas .....	23
3. Kerangka Konsep Pelaksanaan <i>Comprehensive Geriatric Assessment</i> pada Pelayanan Lansia di Puskesmas .....	24
4. Alur Penelitian .....	28

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Menurut *World Health Organization* (WHO), lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan mengalami suatu proses yang disebut proses penuaan (Nauli *et al.*, 2014).

Proses penuaan seringkali dianggap hal biasa yang dialami oleh manusia sehingga tidak perlu dirisaukan dan diterima sesuai dengan kehendak Tuhan dan alam (Pangkahila, 2013), sedangkan menurut Fakoya *et al.*, (2018), penuaan dikaitkan dengan perubahan status kesehatan dan penurunan kapasitas fungsional yang memengaruhi kesejahteraan umum individu dengan peningkatan prevalensi penyakit tidak menular kronis dan akan menentukan kualitas hidup lansia tersebut. Di dunia, distribusi kelompok penduduk mengalami perubahan yaitu makin meningkatnya jumlah penduduk kelompok lansia.

Populasi penduduk dunia saat ini berada pada era *aging population* dimana jumlah penduduk yang berusia lebih dari 60 tahun melebihi 7% dari total penduduk (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Pada tahun 1950, jumlah lansia di dunia sebanyak 205 juta orang dan meningkat menjadi 810 juta orang pada tahun 2012. Angka ini diproyeksikan akan terus meningkat jumlahnya bahkan mencapai 2 miliar pada tahun 2050. Fenomena penuaan penduduk ini terjadi



di semua negara, terlebih pada negara berkembang. Berdasarkan data Susenas 2020 dalam waktu hampir lima dekade, persentase lansia Indonesia meningkat sekitar dua kali lipat (1971-2020), yakni menjadi 9,92% (26 jutaan) dimana lansia perempuan sekitar satu persen lebih banyak dibandingkan lansia laki-laki (10,43% berbanding 9,42%). Persentase lansia di Provinsi Lampung dibagi menjadi lansia muda sebanyak 65,40%, lansia madya sebanyak 26,47 %, dan lansia tua sebanyak 8,13 % (Badan Pusat Statistik, 2020).

Pada lansia umumnya akan mengalami proses penunaan dimana akan terjadi beberapa perubahan. Perubahan yang terjadi pada lansia yaitu perubahan fisiologis, fungsional, kognitif, dan psikososial yang akan menghambat kegiatan sehari-hari dan akan mengganggu dirinya sakit. Oleh karena itu, lansia membutuhkan penilaian luas tentang keadaan kesehatan mereka (Potter *et al.*, 2013).

Kebijakan pelayanan kesehatan lansia mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2016 tentang Rencana Aksi Sosial Kesehatan Lanjut Usia Tahun 2016–2019, mewujudkan lanjut usia sehat, mandiri, aktif dan produktif. Program pelayanan kesehatan dan pemberdayaan lansia oleh Kementerian Kesehatan RI yaitu salah satunya peningkatan dan pementapan upaya kesehatan bagi lansia di fasilitas pelayanan kesehatan primer melalui Puskesmas Santun Lansia dan rumah sehat lansia. Kebijakan dan program untuk pelayanan kesehatan lansia telah dikembangkan tetapi dalam pelaksanaannya masih menemui berbagai hambatan (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Salah satu hambatan kebijakan tersebut adalah masih rendahnya kuantitas dan kualitas pembentukan dan pembinaan kelompok usia. Hal tersebut masuk ke dalam penilaian *Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)*. Ini menunjukkan bahwa Puskesmas juga harus menerapkan CGA seperti yang telah tertulis pada PERMENKES RI Nomor 67 Tahun 2015 tentang

Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) bahwa setiap lansia yang berkunjung pertama kali ke Puskesmas akan dilakukan program pengkajian paripurna menggunakan CGA (Kementerian Kesehatan RI, 2015). CGA merupakan pendekatan holistik multidisiplin untuk mengevaluasi kebutuhan kesehatan orang tua, memberikan strategi untuk pengobatan, dukungan, dan tindak lanjut agar dapat meningkatkan derajat kesehatan para lansia (Ramani *et al.*, 2014).

Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan di Bandung oleh Keli *et al.* (2020), didapatkan hasil tidak terdapat perbedaan pelaksanaan CGA antara Puskesmas Santun Lansia dan Puskesmas publik kecuali pada pelaksanaan anamnesis nutrisi, anamnesis gejala disfungsi sistem organ, dan pengukuran *body mass index* terdapat perbedaan yang bermakna karena  $p$  value  $<0.05$ . Oleh karena itu, didapatkan kesimpulan bahwa pelaksanaan CGA di Bandung belum diimplementasikan dengan baik dikarenakan pada pelaksanaan pelayanan lansia di Puskesmas Santun Lansia tidak terdapat perbedaan dengan Puskesmas publik yang mana semestinya pelaksanaan pelayanan lansia di Puskesmas Santun Lansia berpedoman pada pengkajian paripurna dan dapat memberikan prioritas lebih terhadap lansia dibandingkan dengan Puskesmas publik.

Berdasarkan penjelasan di atas, pada penelitian sebelumnya belum menjelaskan alasan pelaksanaan CGA belum diimplementasikan dengan baik serta belum ada penelitian terkait pelaksanaan CGA di Puskesmas Wilayah Bandar Lampung, oleh karena itu, peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul “Implementasi *Comprehensive Geriatric Assessment* pada Pelayanan Lansia di Puskesmas Wilayah Bandar Lampung”.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan pemaparan latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu bagaimana implementasi *Comprehensive Geriatric Assessment* pada pelayanan lansia di Puskesmas Wilayah Bandar Lampung.

### **1.3. Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui implementasi *Comprehensive Geriatric Assessment* pada pelayanan lansia di Puskesmas Wilayah Bandar Lampung.

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1. Mengetahui implementasi *Comprehensive Geriatric Assessment* pada pelayanan lansia di Puskesmas Wilayah Bandar Lampung.
2. Mengetahui persepsi dokter mengenai *Comprehensive Geriatric Assessment*.
3. Mengetahui hambatan yang dialami dokter dalam melakukan *Comprehensive Geriatric Assessment* pada pelayanan lansia di Puskesmas Wilayah Bandar Lampung.

### **1.4. Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1. Manfaat Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan kepada seluruh mahasiswa kedokteran, khususnya di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung, mengenai implementasi *Comprehensive Geriatric Assessment* pada pelayanan lansia di Puskesmas Wilayah Bandar Lampung. Selain itu, dapat dijadikan sebagai bahan referensi bagi penelitian lainnya yang membahas mengenai *Comprehensive Geriatric Assessment*.

#### **1.4.2. Manfaat Praktis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat secara praktis bagi beberapa pihak, yaitu :

##### **1.4.2.1. Bagi Peneliti**

Penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan keterampilan peneliti terutama dalam studi kualitatif dan

meningkatkan ilmu serta wawasan mengenai *Comprehensive Geriatric Assessment*.

#### **1.4.2.2. Bagi Dokter di Puskesmas Wilayah Bandar Lampung**

Setelah mengetahui urgensi *Comprehensive Geriatric Assessment*, diharapkan dokter sebagai salah satu tenaga kesehatan dapat melaksanakan *Comprehensive Geriatric Assessment* terhadap pasien lansia secara optimal sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan lansia.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Lanjut Usia (Lansia)**

##### **2.1.1. Definisi Lansia**

Berdasarkan *World Health Organization* (WHO), lansia merupakan orang yang berusia lebih dari 60 tahun. Lansia adalah kelompok usia yang telah memasuki fase terakhir kehidupan. Diklasifikasikan sebagai lansia, kelompok ini sedang mengalami proses menua (Nauli *et al.*, 2014).

Lansia berada pada tahap lanjut kehidupan, yang ditandai dengan melemahnya kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan tekanan lingkungan serta ketidakmampuan untuk bertahan dalam kondisi stres fisiologis (Putri, 2019).

##### **2.1.2. Klasifikasi Lansia**

Beberapa pendapat para ahli mengenai batasan usia sebagai berikut :

- a. Menurut WHO (2013), terdapat empat tahapan usia yaitu:
  1. Usia 45-59 tahun tergolong usia pertengahan (*middle*).
  2. Usia 60-74 tahun tergolong lanjut usia (*elderly*).
  3. Usia 75-90 tahun tergolong lanjut usia tua (*old*).
  4. Usia lebih dari 90 tahun tergolong usia sangat tua (*very old*).

- b. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015), lansia dibagi menjadi dua kelompok yaitu usia lanjut (60-69 tahun) dan usia lanjut dengan risiko tinggi (lebih dari 70 tahun atau lansia yang memiliki masalah kesehatan).
- c. Berdasarkan data Susenas 2015, lansia diklasifikasikan menjadi tiga yaitu usia 60-69 tahun disebut lansia muda, usia 70-79 tahun disebut lansia madya, usia lebih dari 80 tahun disebut lansia tua (Badan Pusat Statistik, 2015).

### 2.1.3. Populasi Lansia

Populasi penduduk dunia saat ini berada pada era *aging population* dimana jumlah penduduk yang berusia lebih dari 60 tahun melebihi 7% dari total penduduk (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Berdasarkan data Susenas 2020, dalam waktu hampir lima dekade, persentase lansia Indonesia meningkat sekitar dua kali lipat (1971-2020), yakni menjadi 9,92% (26 jutaan) dimana lansia perempuan sekitar satu persen lebih banyak dibandingkan lansia laki-laki (10,43% berbanding 9,42%). Dari seluruh lansia yang ada di Indonesia, lansia muda jauh mendominasi dengan besaran yang mencapai 64,29%, selanjutnya diikuti oleh lansia madya dan lansia tua dengan besaran masing-masing 27,23% dan 8,49%. Persentase lansia di Provinsi Lampung dibagi menjadi lansia muda sebanyak 65,40%, lansia madya sebanyak 26,47 %, dan lansia tua sebanyak 8,13 % (Badan Pusat Statistik, 2020).

Berkenaan dengan kerentanan di masa tua dalam kehidupan, lansia menghadapi sejumlah kesulitan yang berkaitan dengan usia dan lingkungannya seperti menderita penyakit kronis, kesepian, kurangnya perlindungan sosial, dan dalam banyak kasus karena fisik dan mental disabilitas, kemandirian mereka terancam. Masalah tersebut menyebabkan penurunan kualitas hidup (Eliasi *et al.*, 2017). Menurut Fakoya *et al.*, (2018), penuaan dikaitkan dengan perubahan status

kesehatan dan penurunan kapasitas fungsional yang memengaruhi kesejahteraan umum individu dengan peningkatan prevalensi penyakit tidak menular kronis. Perubahan ini akan memberikan pengaruh pada aspek fisik, mental, biologis, maupun sosial ekonomi, yang mana nantinya akan menentukan pada kualitas hidup lansia tersebut.

#### **2.1.4. Perubahan pada Lansia**

##### **a. Perubahan fisiologis**

Memahami kesehatan lansia biasanya mengarah pada persepsi pribadi tentang bagaimana fungsi tubuh mereka. Lansia yang memiliki rutinitas harian lebih cenderung menganggap dirinya sehat, sementara lansia yang memiliki gangguan emosional, sosial, ataupun fisik yang menghalangi mereka untuk berfungsi lebih cenderung menganggap dirinya sakit. Beberapa perubahan fisiologis pada lansia antara lain rambut menipis, kulit kering, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, dll. Perubahan ini dapat membuat lansia lebih rentan terhadap berbagai penyakit. Perubahan tubuh terjadi secara terus menerus seiring bertambahnya usia dan beberapa faktor yang memengaruhi seperti gaya hidup, tekanan, kesehatan, dan lingkungan (Potter *et al.*, 2013)

##### **b. Perubahan fungsional**

Fungsi pada lansia meliputi bidang fisik, psikososial, kognitif, dan sosial. Penurunan fungsi yang terjadi pada lansia biasanya berhubungan dengan penyakit dan tingkat keparahannya yang akan memengaruhi kemampuan fungsional dan kesejahteraan seorang lansia. Status fungsional lansia merujuk pada kemampuan dan perilaku aman dalam aktivitas harian atau *Activity Daily Living* (ADL). ADL sangat penting untuk menentukan kemandirian lansia. Perubahan yang mendadak dalam ADL

merupakan tanda penyakit akut atau perburukan masalah kesehatan (Potter *et al.*, 2013).

c. Perubahan kognitif

Perubahan struktur dan fisiologis otak yang dihubungkan dengan gangguan kognitif (penurunan jumlah sel dan perubahan kadar neurotransmitter) terjadi pada lansia yang mengalami gangguan kognitif maupun tidak mengalami gangguan kognitif. Gejala gangguan kognitif seperti disorientasi, kehilangan keterampilan berbahasa dan berhitung, dan sebagainya (Potter *et al.*, 2013).

d. Perubahan psikososial

Menurut Ratnawati (2017), perubahan psikososial dikaitkan dengan produktivitas kerjanya yang terbatas. Oleh karena itu, lansia biasanya akan mengalami kehilangan-kehilangan sebagai berikut:

1. Kehilangan finansial (sumber pendapatan).
2. Kehilangan status sosial.
3. Kehilangan relasi atau kerabat.
4. Kehilangan aktivitas sehari-hari atau pekerjaan.

Kehilangan ini berhubungan dengan beberapa hal sebagai berikut:

1. Timbul kesadaran akan kematian, perubahan gaya hidup (kemampuan gerak terbatas, masuk ke rumah perawatan).
2. Biaya hidup meningkat seperti biaya pengobatan bertambah, sementara pendapatan berkurang.
3. Menderita penyakit kronis dan ketidakmampuan fisik.
4. Merasa kesepian akibat jauh dari lingkungan sosial.
5. Gangguan pancaindra.
6. Gangguan gizi.
7. Hubungan dengan teman dan kerabat mulai hilang.



8. Kekuatan diri baik fisik maupun emosi hilang (perubahan terhadap citra dan konsep diri).

## 2.2. Pelayanan Kesehatan

### 2.2.1. Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem adalah sekumpulan bagian atau komponen yang secara teratur terhubung membentuk suatu keseluruhan. Sistem terdiri dari bebrbagai elemen atau subsistem yang saling mempengaruhi dan bekerja sebagai satu kesatuan organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Jika satu bagian tidak berfungsi dengan baik, bagian lain akan terpengaruh. Dalam hal ini, batasan sistem adalah komponen dan bagaimana sistem digunakan dalam evaluasi program kesehatan (Muninjaya, 2011).

Menurut Levery dan Loomba (1973) dalam Azwar (2010), pelayanan kesehatan adalah segala upaya yang dilakukan secara individu atau kerja sama oleh organisasi untuk memelihara kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta meningkatkan kesehatan individu atau masyarakat.

Menurut Azwar (2010) menyatakan bahwa sistem tersusun dari beberapa elemen yang saling memengaruhi, berhubungan satu sama lain, dan bekerja untuk mencapai suatu tujuan. Elemen sistem diklasifikasikan menjadi enam kelompok termasuk *input*, proses, *output*, *outcome*, umpan balik, dan lingkungan.

#### a. *Input* (masukan)

Seperangkat bagian yang diperlukan agar sistem dapat berfungsi. *Input* ini memiliki beberapa unsur manajemen diantaranya *man*, *money*, *material and machine*, dan *method*. Di dalam pelaksanaannya terdapat ketidakpastian dan keterbatasan, unsur-unsur tersebut harus digunakan secara efektif dan efisien melalui pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen, terutama unsur manusia sebagai sumber daya utama (Azwar, 2010).

a) *Man*

Manusia merupakan sarana utama dari setiap manajemen untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, berbagai kegiatan yang pernah dilakukan untuk mencapai tujuan adalah perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengarahan, dan pengawasan dalam kegiatan organisasi, semuanya memerlukan manusia sebagai sarana penggerakannya. Manusia merupakan unsur yang paling penting diantara sumber daya yang produktif. Keberhasilan atau kegagalan organisasi tergantung pada manusia itu sendiri. Unsur-unsur manajemen yang lainnya seperti uang, sarana, prasarana, dan metode tidak dapat berguna jika manusia tidak mengetahui bagaimana menggunakannya dengan baik dan benar (Azwar, 2010).

b) *Money*

Dana merupakan unsur yang penting setelah manusia. Dana atau uang ini diperlukan dalam menjalankan suatu organisasi, jika dalam suatu organisasi tidak terdapat uang maka sarana dan prasarana tidak dapat diadakan. Pelaksanaan kegiatan organisasi pelayanan kesehatan memerlukan sarana berupa uang, yang digunakan sebagai sarana pembelian bahan medis dan non medis untuk operasional rumah sakit, pembayaran gaji, dan sebagainya (Azwar, 2010).

c) *Material dan machine*

Sarana dan prasarana manajemen pelaksanaan pelayanan kesehatan dibutuhkan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan, unsur pelaksanaan fungsi manajemen, dan pengambilan keputusan administratif (Azwar, 2010).

d) *Methode*

Cara pelaksanaan pelayanan kesehatan yang sesuai juga mempengaruhi sistem untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan berperan dalam pelaksanaan fungsi manajemen (Azwar, 2010).

b. Proses

Berdasarkan Muninjaya (2011), proses adalah kumpulan elemen yang termasuk dalam sistem yang dirancang untuk mengubah *input* menjadi *output* yang diinginkan. Proses tersebut melibatkan beberapa fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi.

a) Perencanaan

Proses memahami dan menganalisis sistem, menyusun konsep kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan.

b) Pengorganisasian

Pengkoordinasian kegiatan yang akan dikerjakan dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

c) Pelaksanaan

Segala cara atau usaha yang dilakukan oleh semua anggota yang terlibat dalam kegiatan untuk melaksanakan tugasnya demi mencapai tujuan. Adanya syarat yang dibutuhkan agar pelaksanaan dapat berjalan baik yaitu:

1. Perintah yang terorganisir
2. Informasi yang diberikan lengkap
3. Berhubungan baik dengan karyawan secara langsung
4. Situasi formal dan profesionalitas diutamakan

c. *Output*

Hasil yang didapatkan dari berlangsungnya rangkaian proses dalam suatu sistem.

d. *Outcome* merupakan akibat yang didapatkan dari *output*.

- e. *Feedback* (umpan balik) merupakan hasil dari suatu sistem dan menjadi umpan balik bagi sistem tersebut agar menjadi lebih baik.
- f. *Environment* (lingkungan) merupakan bagian di luar sistem tetapi memiliki pengaruh yang besar dan tidak bisa dikontrol oleh sistem (Azwar, 2010).

### 2.2.2. Kebijakan Pemerintah dalam Pelayanan Kesehatan Lansia

Salah satu kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan lansia mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2016 tentang Rencana Aksi Sosial Kesehatan Lanjut Usia Tahun 2016–2019, mewujudkan lansia sehat, mandiri, aktif, dan produktif. Program pelayanan kesehatan dan pemberdayaan lansia yang diatur dalam peraturan tersebut yaitu

1. Peningkatan dan pemantapan upaya kesehatan bagi lansia di fasyankes primer melalui Puskesmas Santun Lansia dan rumah sehat lansia.
2. Peningkatan dan pemantapan upaya rujukan bagi lansia melalui poliklinik lansia terpadu di RS.
3. Peningkatan pemberdayaan masyarakat dalam upaya kesehatan lansia melalui posyandu lansia dan posbindu PTM.
4. Pengembangan pemberdayaan lansia dalam kesehatan dan kesejahteraan keluarga dan masyarakat.
5. Peningkatan mutu perawatan kesehatan bagi lansia dalam keluarga melalui pelayanan *home care* dan *long term care*.
6. Perlambatan proses degeneratif melalui penyuluhan dan penyebaran informasi kesehatan lansia (fisik dan kognitif).
7. Peningkatan kemitraan dengan lintas sektor, profesi, lembaga swadaya masyarakat (LSM) serta lembaga pendidikan dan penelitian (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Program dan peraturan mengenai pelayanan kesehatan lansia telah banyak dikembangkan, namun dalam pelaksanaannya masih menemui

berbagai kendala, salah satunya adalah kebijakan pelaksanaan Puskesmas Lansia Santun. Hambatan dari program ini adalah rendahnya jumlah dan kualitas pembinaan dan pembentukan kelompok lansia (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

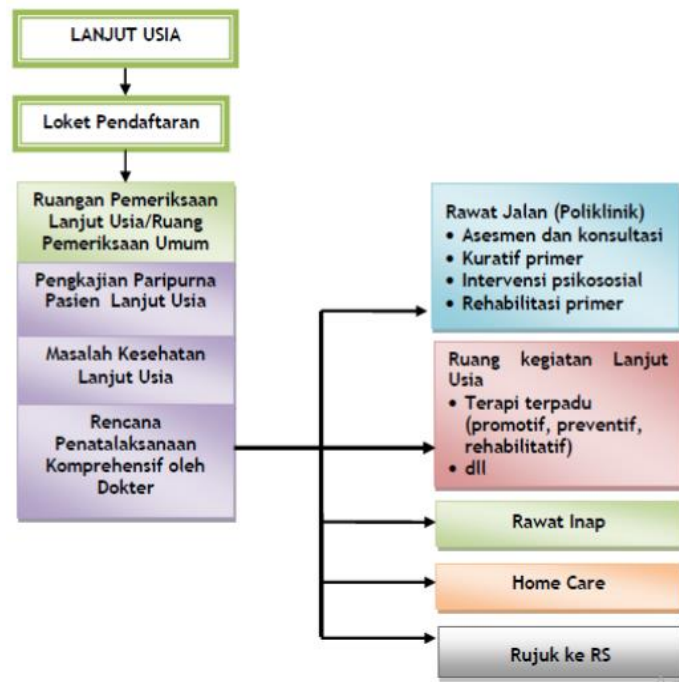
Pada PERMENKES RI Nomor 67 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat juga telah menyebutkan bahwa setiap lansia yang berkunjung ke Puskesmas akan dilakukan program pengkajian paripurna menggunakan CGA. Berdasarkan CGA, tenaga kesehatan melakukan penilaian menyeluruh terhadap lansia dari aspek medis, status fungsional, psikologis, sosial, dan lingkungan untuk menentukan permasalahan dan rencana penatalaksanaan terhadap lansia (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

### **2.2.3. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)**

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerja Puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

### **2.2.4. Pelayanan Kesehatan Bagi Lanjut Usia di Puskesmas**

Berdasarkan PERMENKES RI No.67 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lansia di Puskesmas, maka lansia yang datang ke Puskesmas sebaiknya dilayani dalam ruangan khusus, agar lansia tidak perlu mengantre dengan pasien umum lainnya, namun dapat dilakukan di ruang pemeriksaan umum jika kondisi di Puskesmas tidak memungkinkan tetapi dengan syarat diprioritaskan untuk pasien lansia. Alur pelayanan kesehatan lansia di Puskesmas dapat dilihat pada Gambar 1.



Sumber : Kementerian Kesehatan RI (2015)

**Gambar 1.** Alur mekanisme pelayanan lansia di Puskesmas

#### A. Pengkajian paripurna pada lanjut usia

Lansia yang datang ke puskesmas pada kunjungan pertama dengan tenaga kesehatan akan menjalani program pengkajian paripurna dengan menggunakan *Comprehensive Geriatric Assessment* (CGA). Berdasarkan CGA, dokter dan staf Puskesmas menilai lansia secara menyeluruh mulai dari aspek medis, fungsional, psikologis, lingkungan, dan sosial untuk mengetahui penyakit dan merencanakan perawatan bagi lansia. Pengkajian paripurna tersebut tidak hanya terbatas pada apa yang perlu dikaji, tetapi juga berlaku pada aspek-aspek lainnya. Aspek tersebut adalah dokter tidak hanya harus melakukan pengobatan, tetapi juga harus melakukan edukasi untuk mencegah penyakit dan komplikasi yang akan timbul (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Unsur-unsur pengkajian paripurna bagi lansia di Puskesmas meliputi berbagai komponen. Selain identitas pribadi, harus dikaji juga tentang masalah sosial, ekonomi, lingkungan atau kontak

yang dapat dihubungi jika terjadi sesuatu. Pada bagian anamnesis, ditanyakan mengenai keluhan utama dan riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarga, riwayat pembedahan, riwayat pengobatan, asupan gizi, dan keluhan sistem organ lainnya. Bagian pemeriksaan fisik terdiri dari pengecekan tanda vital, pemeriksaan fisik sistem organ, status gizi, IMT, lingkar pinggang, tinggi lutut, status fungsional, status sosial, status kognitif, status mental dan jika diperlukan pemeriksaan lab untuk menunjang diagnosis penyakit pasien. Seluruh komponen tersebut diperiksa menggunakan panduan CGA (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

*Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)* merupakan pendekatan holistik multidisiplin untuk mengevaluasi kebutuhan kesehatan orang tua, memberikan strategi untuk pengobatan, dukungan, dan tindak lanjut. Lansia sering memiliki beberapa komorbiditas, riwayat penggunaan obat yang luas, serta rentan secara fungsional dan sosial. Oleh karena itu, lansia membutuhkan penilaian luas tentang keadaan kesehatan mereka termasuk aspek medis, status fungsional, psikologis, sosial dan lingkungan (Ramani *et al.*, 2014).

a) Aspek medis

1. Kondisi komorbid

Berdasarkan Suastika *et al.* (2016), kondisi komorbid mengacu pada kejadian simultan dari dua atau lebih penyakit yang didiagnosis secara medis pada orang yang sama, dan setiap penyakit yang berkontribusi didasarkan pada kriteria yang ditetapkan. Skala pengukuran kondisi komorbid menggunakan Charlson Comorbidity Index (CCI) yaitu alat penilaian untuk memprediksi mortalitas dengan mengklasifikasikan atau mengevaluasi tingkat

keparahan penyakit. Total skor 17 untuk komorbiditas berdasarkan risiko relatif kematian dalam 1 tahun. Jumlah bobot setiap penyakit pasien kemudian diurutkan pada skala kondisi komorbid:

- a) Rendah : 0
- b) Sedang : 1-2
- c) Tinggi : 3-4
- d) Sangat tinggi :  $\geq 5$

## 2. Kesehatan Fisik

Penilaian pada geriatri menggabungkan semua riwayat medis, termasuk keluhan utama, penyakit sekarang, riwayat masalah medis sekarang dan dahulu, riwayat penyakit keluarga dan sosial, data demografi, dan pemeriksaan fisik. Pendekatan pada riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik, dimulai dari tanda vital, status gizi, penglihatan, pendengaran, kemampuan buang air kecil dan buang air besar, keseimbangan, dan polifarmaka, harus ikut dievaluasi (Kementerian Kesehatan, 2015).

## 3. Status Gizi

Penilaian status gizi sangat penting, karena inadekuat *intake* pada pasien lansia merupakan hal yang paling sering ditemukan. Terdapat empat komponen spesifik untuk penilaian nutrisi geriatri seperti riwayat kunjungan ke ahli gizi, daftar makanan yang dikonsumsi dalam waktu 24 jam terakhir, tinggi dan berat badan harus diukur. Pada orang dewasa yang lebih tua yang mengalami kesulitan berdiri tegak, pengukuran setinggi lutut dan setengah rentang dapat diganti. Sebuah perbandingan rentang IMT untuk lansia ditemukan pada Tabel 1.



**Tabel 1.** Rekomendasi IMT untuk Lansia

Sumber	Normal IMT (kg/m <sup>2</sup> )
Centers for Medicare dan Medicaid Services	≥23 and <30
Medline Plus	25–27
National Heart, Lung, and Blood Institute	18.5–24.9
Nutrition Screening Initiative	22–27

Sumber : DiMaria-Ghalili RA, Yukawa M (2014)

Berdasarkan Kaiser (2011), metode pengukuran status gizi pada lansia adalah dengan menggunakan *mini nutritional assessment* (MNA) dan pengukuran antropometri menjadi poin yang diukur. MNA adalah alat untuk mengukur nutrisi pada lansia yang mengandung pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan nutrisi dan kondisi kesehatan, kebebasan, kualitas hidup, pengetahuan, mobilitas, dan kesehatan yang subjektif. MNA terdiri dari 18 pertanyaan yang terbagi ke dalam 4 golongan, yaitu :

- a) *Anthropometric assessment* : IMT, penurunan berat badan, lingkaran lengan atas, dan lingkaran betis.
- b) *General assessment* : gaya hidup, riwayat pengobatan, mobilitas responden, dan tanda depresi atau demensia.
- c) *Short dietary assessment* : jumlah asupan makanan dan minuman
- d) *Subjective assessment* : persepsi responden terhadap kesehatan dan nutrisi

Penilaian MNA terhadap status gizi mempunyai rentang sebagai berikut :

- a) Jika jumlah skor > 24 : baik
- b) Jika jumlah skor 17-23,5 : risiko malnutrisi
- c) Jika jumlah skor < 17 : malnutrisi

#### 4. Obat-obatan

Obat-obatan (obat bebas, vitamin, dan resep dokter) sering digunakan untuk mengelola kondisi kronis pada lansia. Obat-obatan yang memiliki efek samping (perubahan rasa dan bau, xerostomia, motilitas lambung lambat, cepat kenyang, haus, anoreksia, dan penurunan berat badan) dapat memengaruhi nafsu makan dan asupan makanan, mengakibatkan penurunan berat badan (Chan, 2013).

#### b) Aspek status fungsional

Penilaian fungsional dapat mencakup beberapa faktor seperti mobilitas, aktivitas hidup sehari-hari dan kemampuan untuk berinteraksi dengan teknologi yang digunakan untuk *telecare*. Faktor lain adalah kehilangan sensorik, sebagai seseorang dengan penglihatan yang buruk atau pendengaran masih bisa berfungsi seperti orang lain tetapi dengan strategi *coping* yang sangat berbeda (*British Geriatrics Society*, 2019).

Mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri menggunakan indeks barthel menggunakan 10 indikator penilaian. Interpretasi hasil adalah jika total nilai indeks 100 maka disebut ketergantungan total jika skor 0-20, ketergantungan berat jika skor 21-40, ketergantungan sedang jika skor 41-60, ketergantungan ringan jika skor 61-90, dan mandiri jika skor 91-100 (Sincihu dan Dewi, 2015).

#### c) Aspek Psikologis

##### 1. Kognitif

Kondisi kesehatan mental yang secara khusus ditargetkan untuk penilaian dalam CGA termasuk kognisi, suasana

hati, dan kecemasan gangguan. Pemeriksaan status kognitif merupakan penapisan untuk demensia; modalitas yang paling sederhana adalah *mini mental state examination* (MMSE) (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

## 2. Depresi

Secara umum, dilaporkan bahwa lansia wanita lebih relevan bergejala depresi daripada lansia pria (16% vs 11%). Lansia tua memiliki tingkat gejala depresi yang lebih tinggi daripada kelompok yang lebih muda (Phillips, 2012). Risiko terjadinya depresi meningkat dua kali lipat saat usia semakin bertambah. Banyak terjadi perubahan pada hidup lansia baik secara fisik, psikologis, ekonomi, sosial, dan spiritual yang memengaruhi kualitas hidup lansia dan dapat menyebabkan timbulnya depresi (Dewi, 2012).

Berdasarkan Utami (2019), salah satu instrumen yang paling umum digunakan untuk skrining depresi pada orang tua yaitu *geriatric depression scale* (GDS). *GDS short form* terdiri dari 15 item yang membutuhkan jawaban “ya” atau “tidak”. Skor terdiri dari :

- a) 0 hingga 4 biasanya normal.
- b) 5 hingga 8 menunjukkan depresi ringan.
- c) 9 hingga 11 menunjukkan depresi sedang.
- d) 12 hingga 15 menunjukkan depresi berat.

### d) Aspek sosial

Aspek sosial meliputi jaringan sosial dan status ekonomi. Meskipun tidak dijelaskan dalam model CGA tradisional. Jaringan sosial adalah kontak pribadi lansia termasuk keluarga,

teman, dan pengasuh berperan penting dalam kehidupan lansia (Ramic *et al*, 2011).

e) Aspek lingkungan

Faktor lingkungan (perumahan, transportasi, dan aksesibilitas sumber daya lokal) berperan penting dalam mengakses keperluan kesehatan, makanan, dan berkontribusi terhadap risiko kualitas hidup pada lansia. Pertanyaan penting untuk ditanyakan adalah apakah lansia dapat pergi ke luar rumahnya, memiliki keterbatasan mobilitas dapat menghambat kemampuan untuk berbelanja, beribadah, berolahraga, dan sebagainya (Lee, 2010).

Manfaat CGA dibandingkan dengan asesmen multidisiplin yang kurang terstruktur lainnya dimana setiap aspek memiliki pendekatan pada asesmen pasien dan rencana perawatan yaitu:

1. Memperbaiki akurasi diagnostik
2. Mengoptimalkan perawatan dan rehabilitasi medis
3. Meningkatkan derajat kesehatan dan fungsional
4. Menginformasikan perkembangan rencana perawatan individual
5. Membantu dalam menghindari komplikasi potensial rawat inap Memfasilitasi perencanaan rawat jalan yang efektif (*Specialist Geriatric Team Guidance on Comprehensive Geriatric Assessment*, 2016)

Setelah dilakukan pengkajian paripurna berdasarkan CGA, lansia akan dikelompokkan yakni

- a. Lanjut usia sehat dan mandiri
- b. Lanjut usia sehat dengan ketergantungan ringan
- c. Lanjut usia sehat dengan ketergantungan sedang
- d. Lanjut usia dengan ketergantungan berat/ total

- e. Lanjut usia pasca-rawat (dua minggu pertama)
- f. Lanjut usia yang memerlukan asuhan nutrisi
- g. Lanjut usia yang memerlukan pendampingan (memiliki masalah psiko-kognitif) (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Berdasarkan kelompok tersebut akan dilakukan program yang sesuai bagi lanjut usia tersebut, meliputi:

- a. Kelompok a (lansia sehat dan mandiri) dan kelompok b (lansia sehat dengan ketergantungan ringan) dapat langsung mengikuti program lansia dalam uang tertentu.
- b. Kelompok c (lansia sehat dengan ketergantungan sedang) dan kelompok d (lansia dengan ketergantungan berat/ total) harus mengikuti program layanan perawatan di rumah (*home care service*) bila perlu melibatkan pelaku rawat /pendamping (*caregiver*) atau mungkin perlu dirujuk ke RS.
- c. Kelompok e (lansia pasca-rawat dua minggu pertama), kelompok f (lansia yang perlu asuhan nutrisi), dan kelompok g (lansia yang perlu pendampingan, memiliki masalah psiko-kognitif) dengan status fungsional mandiri dapat dilayani di ruang kegiatan, sedangkan lansia dengan ketergantungan ringan sampai sedang harus dipantau dokter selama mengikuti program di ruang kegiatan (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

#### B. Pelayanan bagi lanjut usia sehat

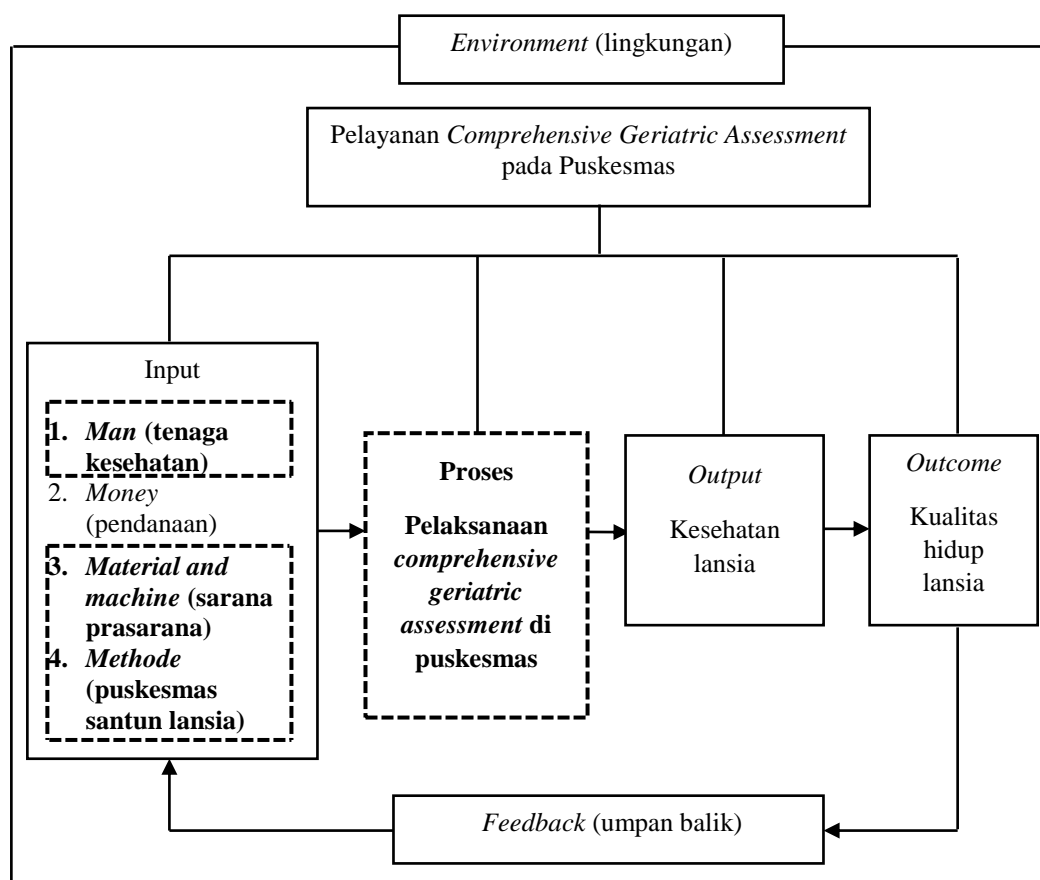
Lansia yang sehat adalah lansia yang berdasarkan hasil pengkajian paripurna geriatri masuk dalam kategori kelompok a dan b akan diberikan pelayanan di ruang kegiatan lansia dengan berbagai kegiatan seperti :

- a. Latihan fisik (senam lansia, senam osteoporosis, dan lain-lain)
- b. Latihan fisik sesuai kebutuhan individu/kelompok
- c. Stimulasi kognitif
- d. Edukasi dan konseling

- e. Pemberian makanan tambahan jika diperlukan
- f. Penyuluhan kesehatan primer
- g. Berinteraksi sosial kegiatan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

### 2.3. Kerangka Teori

Kerangka teori tentang pelaksanaan *Comprehensive Geriatric Assessment* pada pelayanan lansia di Puskesmas tertera pada Gambar 2.



Keterangan :

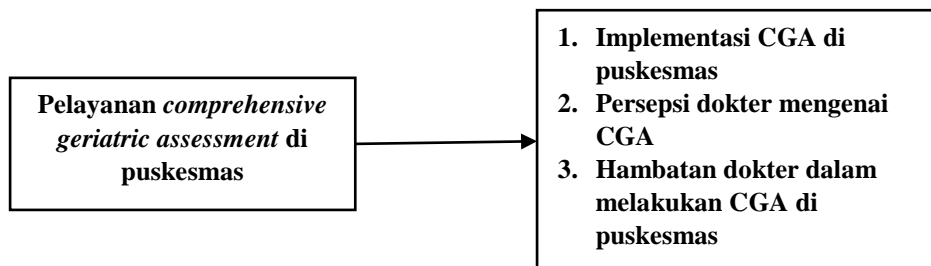
⎓ : Variabel yang diteliti

→ : Yang memengaruhi

**Gambar 2.** Kerangka Teori Pelaksanaan *Comprehensive Geriatric Assessment* pada Pelayanan Lansia di Puskesmas (Azwar, 2010); Muninjaya, 2011)

#### 2.4. Kerangka Konsep

Kerangka konsep tentang pelaksanaan *Comprehensive Geriatric Assessment* pada pelayanan lansia di Puskesmas tertera pada Gambar 3.



**Gambar 3.** Kerangka Konsep Pelaksanaan *Comprehensive Geriatric Assessment* pada Pelayanan Lansia di Puskesmas

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Kualitatif digunakan untuk mengeksplorasi dan memperoleh kedalaman pemahaman tentang alasan berhasil atau tidaknya mengimplementasikan praktik berbasis bukti. Fenomenologi adalah metode yang dilakukan oleh peneliti untuk mengetahui fenomena yang terjadi secara alamiah. Metode fenomenologi menekankan pada pengalaman manusia dan bagaimana manusia menginterpretasikan pengalamannya. Sumber data yang digunakan yaitu melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi.

#### **3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas wilayah Bandar Lampung dari bulan November 2022 hingga bulan Januari tahun 2023.

#### **3.3. Teknik Pengambilan Sampel Penelitian**

Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampel adalah *purposive sampling*, yaitu pengambilan sampel berdasarkan pada tujuan atau pertimbangan tertentu. Penelitian kualitatif ini dilaksanakan hingga didapatkan data jenuh. Informan dalam penelitian ini adalah dokter dan staf yang terlibat dalam pelayanan lansia di Puskesmas wilayah Bandar Lampung. Di akhir penelitian ini, sampel penelitian yang didapat sebanyak 10 Puskesmas di wilayah



Bandar Lampung dengan jumlah informan sebanyak 10 dokter dan 10 staf Puskesmas. Kriteria sampel yang dilibatkan dalam penelitian ini antara lain :

1. Puskesmas yang berada di wilayah kota Bandar Lampung
2. Tenaga kesehatan (dokter dan perawat) yang bertanggung jawab dalam pelayanan lansia di Puskesmas tersebut dan bersedia menjadi informan dalam penelitian.

### **3.4. Variabel Penelitian**

1. Implementasi CGA di Puskesmas Wilayah Bandar Lampung
2. Persepsi dokter mengenai CGA
3. Hambatan yang dialami dokter dalam melakukan CGA pada pelayanan lansia di Puskesmas

### **3.5. Sumber Data Penelitian**

#### **3.5.1. Data Primer**

Data primer adalah data yang diperoleh langsung oleh peneliti. Data primer dalam penelitian ini didapatkan melalui wawancara dan pengamatan langsung di lapangan menggunakan lembar observasi CGA. Sumber data primer dalam penelitian ini yaitu dokter dan staf yang bertugas di Puskesmas wilayah Bandar Lampung.

#### **3.5.2. Data Sekunder**

Sumber data sekunder diperoleh melalui dokumentasi, rekam medis, dan studi kepustakaan dengan bantuan media cetak dan media internet serta catatan lapangan.

### **3.6. Teknik Pengumpulan Data**

Dalam penelitian ini ada beberapa jenis pengumpulan data yang digunakan penulis yaitu:

1. Observasi atau pengamatan yaitu dengan melakukan pengamatan di lokasi penelitian. Teknik ini dipergunakan untuk memperoleh data

tentang pelayanan kesehatan lansia di Puskesmas Wilayah Bandar Lampung. Dilaksanakan dengan pengamatan langsung dan pencatatan secara sistematis terhadap segala hal yang terjadi pada objek penelitian.

2. Wawancara yang digunakan peneliti ialah wawancara semi terstruktur, artinya peneliti mengadakan pertemuan langsung dan peneliti mengajukan pertanyaan berdasarkan pedoman wawancara sementara subjek yang diteliti bisa memberikan jawaban yang bebas dan tidak dibatasi, akan tetapi subjek yang diteliti tidak boleh keluar alur dari tema yang sudah ditentukan. Wawancara digunakan untuk memperoleh data tentang implementasi pelaksanaan CGA di Puskesmas wilayah Bandar Lampung. Wawancara dilakukan langsung oleh peneliti dengan dokter dan staf di Puskesmas tersebut.
3. Dokumentasi merupakan pencarian data mengenai hal-hal atau variabel berupa catatan, transkrip, buku, dan rekam medik. Adapun dokumen yang diperlukan dalam penelitian ini, berupa gambaran dan informasi yang berhubungan dengan bagaimana pelayanan kesehatan lansia dan pelaksanaan CGA di Puskesmas Wilayah Bandar Lampung.

### **3.7. Instrumen Penelitian**

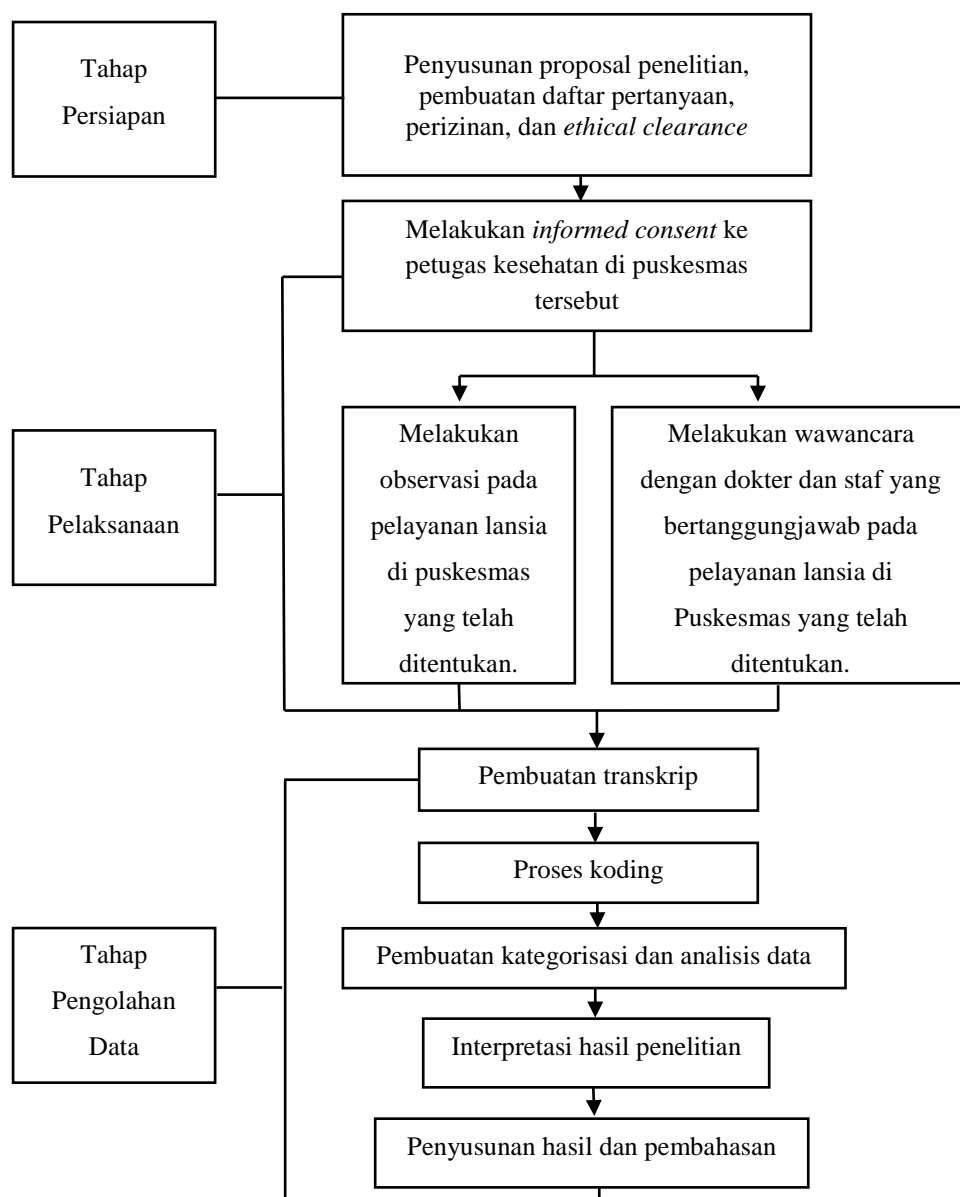
Instrumen merupakan alat pada waktu peneliti menggunakan suatu metode. Dalam penelitian ini menggunakan metode observasi, wawancara, dan dokumentasi. Maka dari itu, instrumen dalam penelitian kualitatif yang dibutuhkan yaitu peneliti itu sendiri (*human instrument*) yang disertai alat bantuan antara lain pedoman observasi, pedoman wawancara, alat perekam, kamera, serta alat tulis. Dalam penelitian kualitatif, peneliti memiliki kedudukan sebagai perencana, pelaksana, pengumpulan data, analisis, penafsir data, dan pada akhirnya menjadi pelapor hasil penelitiannya.

### **3.8. Prosedur Penelitian**

Pada penelitian ini, dilakukan pengambilan data secara langsung dari informan dengan prosedur sebagai berikut:

1. Prosedur pengambilan data pelaksanaan CGA melalui pengamatan langsung di pelayanan lansia Puskesmas wilayah Bandar Lampung
2. Prosedur pengambilan data pelaksanaan CGA yang dilakukan oleh dokter dengan cara melakukan wawancara terhadap dokter tersebut.
  - a. Melakukan *informed consent* terkait sesi wawancara.
  - b. Meminta informan untuk menjawab pertanyaan dengan jujur.
  - c. Hasil wawancara akan dilakukan analisis data.

### 3.9. Alur Penelitian



**Gambar 4.** Alur Penelitian

### **3.10. Analisis Data**

Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan model interaktif Milles dan Huberman dengan tiga tahap :

1. Tahap kodifikasi data

Tahap koding terhadap data. Peneliti menulis ulang catatan lapangan yang mereka buat ketika wawancara mendalam dilakukan kemudian melakukan transkrip hasil rekaman. Setelah ditulis dengan rapi, peneliti membaca keseluruhan catatan lapangan atau transkripsi (verbatim) untuk memilih informasi yang penting dan yang tidak penting dengan cara memberikan tanda-tanda.

2. Kategorisasi data

Berdasarkan kodifikasi data yang telah dilakukan kemudian pada tahap ini, peneliti membuat kategori-kategori atau pengelompokan data ke dalam klasifikasi-klasifikasi dari data yang telah dikumpulkan.

3. Mencari hubungan antara kategori-kategori yang telah dibuat sebelumnya

Peneliti membuat kesimpulan tema yang diambil dari hubungan antara kategori-kategori data penelitian.

### **3.11. Teknik Pengabsahan Data**

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data hasil penelitian yang lebih menekankan pada data atau informasi dari pada sikap dan jumlah orang. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan beberapa teknik pengabsahan data yaitu :

a. Model triangulasi

Teknik yang digunakan dalam penelitian ini untuk memeriksa dan menetapkan validitas dengan menganalisa dari berbagai perspektif. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan triangulasi sumber dan triangulasi metode. Triangulasi sumber yaitu menggunakan lebih dari satu informan. Peneliti melakukan triangulasi sumber pada 10 staf yang

berkerja dengan informan dokter di Puskesmas wilayah Bandar Lampung. Triangulasi metode yaitu peneliti menggunakan beberapa metode pengumpulan data berupa observasi dan dokumen untuk menggali data tentang implementasi *Comprehensive Geriatric Assessment* pada pelayanan lansia di Puskesmas Wilayah Bandar Lampung.

b. Konsultasi ahli

Peneliti menyerahkan data kepada ahli yaitu pembimbing, yang selanjutnya akan muncul berbagai saran yang digunakan guna penyempurnaan.

### **3.12. Etika Penelitian**

Pengambilan data dalam penelitian ini diambil dari observasi dan wawancara informan di 10 Puskesmas di wilayah Bandar Lampung. Penelitian ini telah menempuh kajian etik dan telah mendapatkan izin dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan nomor surat 785/UN26.18/PP.05.02.00/2023.

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis yang telah didapatkan, maka kesimpulan yang diperoleh sebagai berikut :

1. *Comprehensive Geriatric Assessment* (CGA) belum sepenuhnya diterapkan di Puskesmas wilayah Bandar Lampung. Penyedia pelayanan kesehatan di Puskesmas harus menyadari bahwa penilaian medis standar tidak cukup untuk mengidentifikasi masalah kesehatan lansia. Kondisi penyakit lansia tidak tunggal melainkan multimorbiditas. Pengkajian paripurna menggunakan CGA harus dilakukan dikarenakan memiliki berbagai manfaat antara lain memperbaiki akurasi diagnostik, meningkatkan derajat kesehatan dan fungsional lansia, menginformasikan perkembangan rencana perawatan individual serta mengoptimalkan perawatan dan rehabilitasi medis.
2. Persepsi dokter mengenai CGA yaitu para dokter belum mengetahui lebih detail mengenai pelaksanaan CGA sehingga pelaksanaannya belum berjalan. Akan tetapi menurut dokter, CGA sangat penting untuk dilakukan karena banyaknya manfaat yang ditimbulkan.
3. Hambatan yang dialami dokter dalam melakukan CGA di Puskesmas wilayah Bandar Lampung yaitu sarana prasarana belum memadai, kurangnya sumber daya manusia, alur pelaksanaan pelayanan lansia sebagai Puskesmas Santun Lansia belum disosialisasikan, faktor eksternal yang tidak direncanakan terjadi (pandemi COVID-19)

## 5.2 Saran

### 1. Bagi Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya, perlu adanya penelitian ulang mengingat bahwa beberapa puskesmas mengatakan akan melaksanakan *Comprehensive Geriatric Assessment* pada tahun 2023 serta perlu melakukan wawancara dengan Dinas Kesehatan agar hasil data yang didapatkan lebih akurat karena pengimplementasian *Comprehensive Geriatric Assessment* di Puskesmas melibatkan pemegang kendali peraturan di wilayah Kota Bandar Lampung.

### 2. Bagi Dokter di Puskesmas Wilayah Bandar Lampung

Setelah mengetahui urgensi *Comprehensive Geriatric Assessment*, diharapkan dokter sebagai salah satu tenaga kesehatan dapat melaksanakan *Comprehensive Geriatric Assessment* terhadap pasien lansia secara optimal sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan lansia.

### 3. Saran bagi Puskesmas Wilayah Bandar Lampung

Bagi Puskesmas Wilayah Bandar Lampung, disarankan agar menyiapkan sarana dan prasarana yang memadai untuk pelaksanaan *Comprehensive Geriatric Assessment* dan diharapkan dapat menerapkan PERMENKES RI No 67 tahun 2015 dengan lebih optimal.

### 4. Saran bagi Kementerian Kesehatan

Mengadakan program sosialisasi mengenai PERMENKES RI No 67 tahun 2015, mengadakan pelatihan bagi dokter dan perawat yang terlibat dalam pelayanan lansia, serta diharapkan dapat mengubah program kesehatan lansia menjadi program pokok bagi Puskesmas mengingat lansia merupakan kelompok yang rentan dan berisiko terkena penyakit.

# **DAFTAR PUSTAKA**



## DAFTAR PUSTAKA

- Ajayi SA, Adebusoye LA, Ogunbode AM, Akinyemi JO, Adebayo AM. 2012. Profile and correlates of functional status in elderly patients presenting at primary care clinic in Nigeria. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 7(1):810–6.
- Anonim. 2018. *Penuntun pembelajaran keterampilan klinik sistem urogenital.* Makasar: Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
- Afrizal MA. 2014. *Metode penelitian kualitatif.* Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Arifin S, Rahman F, Wulandari A, Anhar YV. 2016. *Buku ajar dasar-dasar manajemen kesehatan.* Banjarmasin: Pustaka Banua.
- Arizal R. 2017. Identifikasi risiko jatuh pada pra lansia dan lansia ditinjau dari faktor lingkungan di wilayah Puskesmas Wua-Wua kota Kendari [skripsi]. Kendari: Politeknik Kesehatan Kendari.
- Azwar A. 2010. *Program menjaga mutu pelayanan kesehatan.* Jakarta: Yayasan Penerbit IDI.
- Bachri BS. 2010. Meyakinkan validitas data melalui triangulasi pada penelitian kualitatif. *Jurnal Teknologi Pendidikan.* 10(1):46-62.
- Badan Pusat Statistik. 2015. *Statistik penduduk lanjut usia.* Jakarta : Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik. 2020. *Statistik penduduk lanjut usia.* Jakarta : Badan Pusat Statistik.
- Bahar A, Devi W. 2014. *Pemeriksaan sistem motorik dan refleksi fisiologis, patologis, dan primitif.* Makasar: Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
- British Geriatrics Society. 2019. *Comprehensive Geriatric Assessment toolkit for primary care practitioners.* London : Marjory Warren House.
- Chanques G, Viel E, Constantin JM, Jung B, de Lattre S, Carr J. 2010. The measurement of pain in Intensive Care Unit: Comparison of 5 self-report intensity scales. *Pain.* 15(1):711–21.

- Chan LN. 2013. Drug-nutrient interactions. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 37:450-459.
- Chester JG, Rudolph JL . 2011. Vital signs in older patients: age-related changes. *J Am Med Dir Assoc.* 12(5):337-43.
- Dewi KS. 2012. *Buku ajar kesehatan mental.* Semarang: UPT Undip Press Semarang.
- DiMaria-Ghalili RA. 2014. Integrating nutrition in the Comprehensive Geriatric Assessment. *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition.* 29(4), 420-427.
- Eliasi LG, Hamideh AR, Aarash T. 2017. Factor affecting quality of life among elderly population in Iran. *Humanities and Social Sciences.* 5(1): 26-30.
- Fakoya OO, Abioye-Kuteyi EA, Bello IS, Oyegbade OO, Olowookere SA, Ezeoma IT. 2018. Determinants of quality of life of elderly patients attending a general practice clinic in Southwest Nigeria. *International Quarterly of Community Health Education.* 39(1):3-7.
- Fenderson, Claudia B, Wen KL. 2012. *Pemeriksaan neuromuskular.* Jakarta : Erlangga Medical Series.
- Grazioli A. 2015. *CGA Toolkit Plus – Resources for The Comprehensive Geriatric Assessment Based Proactive Personalised Primary Care of The Elderly.* London : Marjory Warren House.
- Hermawan H. 2017. *Literasi media: kesadaran dan analisis.* Yogyakarta: Calpulis.
- Husaini M. 2014. Pemanfaatan teknologi informasi dalam bidang pendidikan (E-education). *Jurnal Mikrotik.* 2(1):1-5.
- Kaiser MJ, Bauer JM, Uter W, Donini LM, Stange I, Volkert D *et al.* 2011. Prospective validation of the modified mini nutritional assessment short-forms in the community, nursing home, and rehabilitation setting. *JAGS.* 59(11):2124-2128.
- Kaye JA, Maxwell SA, Mattek N, Hayes TL, Dodge H, Pavel M *et al.* 2011. Intelligent systems for assessing agibg changes: Home-Based, unobtrusive, and continuous assessment of aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 66(1):180-190.
- Keli A, Sharon G, Nita A. 2020. Implementation of Comprehensive Geriatric Assessment in elderly-friendly public health centers and general public health centers in Bandung. *Althea Medical Journal.* 7(2):65-71.

- Kementerian Kesehatan RI, 2014. *Situasi dan analisis lanjut usia*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Peraturan menteri kesehatan RI nomor 79 tahun 2014 tentang penyelenggaraan pelayanan geriatri di rumah sakit*. Jakarta : Biro Hukum dan Organisasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Peraturan menteri kesehatan RI nomor 67 tahun 2015 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjut usia di pusat kesehatan masyarakat*. Jakarta : Biro Hukum dan Organisasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Peraturan menteri kesehatan RI nomor 25 tahun 2016 tentang rencana aksi nasional kesehatan lanjut usia tahun 2016-2019*. Jakarta : Biro Hukum dan Organisasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. *Analisis lansia*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Khozin M, Muthmainah. 2018. Kualitas pelayan kesehatan lansia di kota Yogyakarta (Studi kasus pelayanan kesehatan pada Puskesmas Mantrijeron). *Jurnal Manajemen Pelayan Publik*. 1(2):10.
- Lee MR, Berthelot ER. 2010. Community covariates of malnutrition based mortality among older adults. *Ann Epidemiol*. 20(1):371-379.
- Lozoya RM, Martínez-Alzamora N, Marín GC, Guirao-Goris SJA, Ferrer-Diego RM. 2017. Predictive ability of the mini nutritional assessment short form (MNA-SF) in a free-living elderly population: a cross-sectional study. *PeerJ*. 5(1):3345–3361.
- Muninjaya GAA. 2011. *Manajemen mutu pelayanan kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Mutiara H, Eksa H, Dina TA, Dian IA, Risti G. 2022. *Pemeriksaan fisik sistem urogenital pria, colok dubur, dan pengambilan spesimen uretra*. Bandar Lampung: Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
- Nauli FA, Yuliatr E, Savita R. 2014. Hubungan tingkat depresi dengan tingkat kemandirian dalam aktivitas sehari-hari pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Tembilihan Hulu. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. 3(2):101–106.
- Oliver D, Foot C, Humphries R. 2014. Making our health and care systems fit for an ageing population. *Kings Fund*. 2(1): 20-26.
- Oluwagbemiga O. 2016. Effect of social support systems on the psychosocial well-being of the elderly in old people's home in Ibadan. *Journal Gerontology & Geriatric Research*. 5(5):1-9.

- Önal AE, Seker S, Kaya I, Temizkan N, Gur SO, Tezoglu *et al.* 2012. The body mass index and related factors of aged living in a district of Istanbul, Tukey. *International Journal Gerontology*. 6(3):177–81.
- Pangkahila JA. 2013. Pengaturan pola hidup dan aktivitas fisik meningkatkan umur harapan hidup. *Sport and Fitness Journal*. 1(1):14–27.
- Phillips RM. 2012. Nutrition and depression in the community-based oldest-old. *Home Healthcare Nurse*. 30:462-471.
- Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. 2013. *Fundamentals of nursing*. Edisi ke-8. Missouri : Elsevier Mosby.
- Putri DA. 2019. Status psikososial lansia di pstw abiyoso pakem sleman yogyakarta tahun 2019 [diploma thesis]. Yogyakarta: Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
- Ramani L, Furmedge DS, Reddy SP. 2014. Comprehensive Geriatric Assessment. *British Journal of Hospital Medicine*. 75(8):87–101.
- Ramic E, Pranjic N, Batic-Mujanovic O, Karic E, Alibasic E, Alic A. 2011. The effect of loneliness on malnutrition in elderly population. *Med Arh*. 65(1):92-95.
- Ratnawati E. 2017. *Keperawatan komunitas*. Yogyakarta: Pustaka Baru Pres.
- Rismayanti. 2018. Hambatan komunikasi yang sering dihadapi sebuah organisasi. *Al-Hadi*. 4(1):825-835.
- Ross L, Jennings P, Williams B. 2017. Psychosocial support issues affecting older patients: A cross-sectional paramedic perspective. *Inquiry*. 54(1): 1-6.
- Sincihu Y, Dewi BDN. 2015. Peningkatan kemandirian lansia berdasarkan perbedaan activities daily living: perawatan lansia di rumah dan di panti werda. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala (JKS)*. 10(1):190–209.
- Specialist Geriatric Team Guidance on Comprehensive Geriatric Assessment. 2016. *Comprehensive Geriatric Assessment-a summary*. Ireland: National Clinic Programme for Older People.
- Suastika NKW, Aryana IGP, Kuswardhani RA, Tuty. 2016. Korelasi negatif antara charlson comorbidity index dengan jumlah limfosit total dan kadar albumin pada pasien geriatri. *Medicina*. 46 (3): 2540-2832.
- Thiehanan L. 2011. *Penentuan validitas dan reabilitas instrumen Camberwell assessment of need short appraisal schedule (CANSAS) versi Bahasa Indonesia*. Jakarta: Departemen Psikiatri RSPUN Cipto Mangunkusumo, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Utami N. 2019. Validitas dan reliabelitas geriatric depression scale 15 versi Bahasa Indonesia [skripsi]. Medan : Universitas Sumatera Utara.

WHO. 2013. *World report on ageing and health*. Luxembourg: WHO Library Cataloguing in Publication Data.

Wiludjeng S. 2007. *Pengantar manajemen*. Yogyakarta: Garaha Ilmu.