



BUKU AJAR KEPERAWATAN GERONTIK

Penulis :

Ns. Sri Ariyanti, M.Kep

Ns. Arnindya Kanti Prasasti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.K

Yohanes Firmansyah, dr., M.H., M.M., M.Biomed., M.K.M., AIFO-K

Tri Nugroho Wismadi, S.Kp., MPH

Ns. Deris Riandi Setiawan, S.Kep., M.Kep



BUKU AJAR KEPERAWATAN GERONTIK

Tim Penulis :

Ns. Sri Ariyanti, M.Kep

Ns. Arnindya Kanti Prasasti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.K

Yohanes Firmansyah, dr., M.H., M.M., M.Biomed., M.K.M., AIFO-K

Tri Nugroho Wismadi, S.Kp., MPH

Ns. Deris Riandi Setiawan, S.Kep., M.Kep



Penerbit Buku Sonpedia

BUKU AJAR

KEPERAWATAN GERONTIK

Tim Penulis :

Ns. Sri Ariyanti, M.Kep

Ns. Arnindya Kanti Prasasti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.K

Yohanes Firmansyah, dr., M.H., M.M., M.Biomed., M.K.M., AIFO-K

Tri Nugroho Wismadi, S.Kp., MPH

Ns. Deris Riandi Setiawan, S.Kep., M.Kep

ISBN : 978-634-265-116-2 (PDF)

Editor :

Efitra

Penyunting :

Inayah Uzma

Desain sampul dan Tata Letak :

Yayan Agusdi

Penerbit :

Penerbit Buku Sonpedia

Redaksi :

Jl. Premix No. 07 Kenali Asam Bawah Kota Baru

Kota Jambi 36129 Tel +6282177858344

Email : penerbitbukusonpedia@gmail.com

Website : <https://buku.sonpedia.com/>

Anggota IKAPI : 006/JBI/2023

Cetakan Pertama, Desember 2025

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara Apapun tanpa izin dari penerbit

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga buku berjudul **"BUKU AJAR KEPERAWATAN GERONTIK"** dapat terselesaikan dengan baik. Tidak lupa kami ucapkan terima kasih bagi semua pihak yang telah membantu dalam penulisan dan penerbitan buku ini.

Buku Ajar Keperawatan Gerontik ini disusun sebagai panduan komprehensif yang membahas secara mendalam berbagai aspek keperawatan lansia. Buku ini dapat digunakan oleh pendidik dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran di bidang keperawatan gerontik, sekaligus menjadi referensi penting bagi mahasiswa dan praktisi yang ingin memahami prinsip, teori, serta praktik keperawatan lansia. Selain itu, buku ini dirancang untuk mendukung proses pengajaran mata kuliah keperawatan gerontik dan dapat dengan mudah disesuaikan dengan rencana pembelajaran semester pada tingkat perguruan tinggi masing-masing.

Secara garis besar, buku ajar ini membahas mulai dari konsep dasar keperawatan gerontik, teori-teori penuaan, hingga perubahan fisiologis yang terjadi pada lansia. Pembahasan juga mencakup penerapan asuhan keperawatan gerontik secara holistik yang meliputi aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Selain itu, materi mengenai perawatan paliatif serta pendampingan akhir kehidupan pada lansia disajikan secara mendalam. Buku ini disusun secara sistematis, menggunakan bahasa yang jelas dan mudah dipahami, sehingga dapat mendukung kegiatan pembelajaran secara efektif.

Buku ini mungkin masih terdapat kekurangan dan kelemahan. Oleh karena itu, saran dan kritik para pemerhati sungguh penulis

harapkan. Semoga buku ini memberikan manfaat dan menambah khasanah ilmu pengetahuan.

Potianak, Desember 2025

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iv
KEGIATAN BELAJAR 1 KONSEP DASAR KEPERAWATAN GERONTIK	1
DESKRIPSI KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. DEFINISI KEPERAWATAN GERONTIK	2
B. TUJUAN KEPERAWATAN GERONTIK	3
C. DEFINISI LANSIA	4
D. BATASAN USIA LANSIA	5
E. KARAKTERISTIK LANSIA	6
F. TIPE LANSIA	9
G. CIRI-CIRI LANSIA	10
H. TUGAS PERKEMBANGAN LANSIA	11
I. RANGKUMAN	12
J. TES FORMATIF	12
K. LATIHAN	13
KEGIATAN BELAJAR 2 TEORI PENUAAN DAN PROSES MENUA	14
DESKRIPSI KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. KONSEP PENUAAN	15
B. TEORI PENUAAN	17
C. PROSES PENUAAN YANG SEHAT PADA LANJUT USIA	25
D. DAMPAK PENUAAN TERHADAP LANJUT USIA	28
E. RANGKUMAN	31
F. TES FORMATIF	33
G. LATIHAN	33

KEGIATAN BELAJAR 3 PERUBAHAN FISILOGI PADA LANJUT	
USIA	34
DESKRIPSI KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. PENDAHULUAN: PENUAAN DAN ADAPTASI FISILOGIS	
TUBUH	35
B. PERUBAHAN FISILOGI SISTEM ORGAN UTAMA	38
C. SISTEM MUSKULOSKELETAL, SENSORIK, DAN KULIT.....	41
D. SISTEM UROGENITAL DAN REPRODUKSI.....	44
E. ASPEK KHUSUS DAN TANTANGAN KLINIS LANSIA.....	47
F. RANGKUMAN	50
G. TES FORMATIF	51
H. LATIHAN.....	52
KEGIATAN BELAJAR 4 ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK	
HOLISTIK.....	53
DESKRIPSI KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	
A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN GERONTIK	54
B. DIAGNOSA KEPERAWATAN GERONTIK.....	66
C. PERENCANAAN KEPERAWATAN GERONTIK	71
D. IMPLEMENTASI / PELAKSANAAN KEPERAWATAN GERONTIK....	75
E. EVALUASI KEPERAWATAN GERONTIK	75
F. RANGKUMAN	76
G. TES FORMATIF	78
H. LATIHAN.....	79
KEGIATAN BELAJAR 5 PERAWATAN PALIATIF DAN AKHIR	
KEHIDUPAN	81
PADA LANSIA	81
DESKRIPSI KOMPETENSI DAN PETA KONSEP PEMBELAJARAN	

A. KONSEP DASAR DAN URGENSI PERAWATAN PALIATIF PADA LANSIA	82
B. PENGKAJIAN DALAM PERAWATAN PALIATIF	84
C. MANAJEMEN GEJALA PADA LANSIA DALAM PERAWATAN PALIATIF	89
D. KOMUNIKASI DAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN DI PERAWATAN PALIATIF	92
E. RANGKUMAN	95
F. TES FORMATIF	96
G. LATIHAN	96
DAFTAR PUSTAKA	97
TENTANG PENULIS	106

KEGIATAN BELAJAR 1

KONSEP DASAR KEPERAWATAN GERONTIK

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini mahasiswa mempelajari pengenalan dan konsep dasar keperawatan gerontik. Diharapkan mahasiswa memiliki wawasan dan pemahaman sebagai modal dasar mahasiswa dalam aplikasi asuhan keperawatan gerontik.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mampu menguraikan definisi keperawatan gerontik.
2. Mampu menjelaskan konsep dasar tujuan keperawatan gerontik.
3. Mampu menjelaskan definisi lansia.
4. Mampu menjelaskan batasan lansia.
5. Mampu menjelaskan karakteristik lansia.
6. Mampu menjelaskan tipe lansia.
7. Mampu menjelaskan ciri-ciri lansia.
8. Mampu menjelaskan tugas perkembangan lansia.

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. DEFINISI KEPERAWATAN GERONTIK

Gerontologi adalah cabang ilmu yang membahas/menangani tentang proses penuaan dan masalah yang timbul pada orang yang berusia lanjut.

Keperawatan Gerontik adalah suatu pelayanan profesional yang berdasarkan ilmu dan kiat/teknik keperawatan yang berbentuk bio-psiko- sosial-spiritual dan kultural yang holistik yang di tujukan pada klien lanjut usia baik sehat maupun sakit pada tingkat individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat (Sarida & Hamonangan, 2020).

Keperawatan gerontik adalah keahlian di bidang keperawatan yang berfokus pada pengkajian kesehatan dan status fungsional lansia, diagnosis, intervensi, dan implementasi rencana perawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Keperawatan gerontik juga disebut sebagai gerontic nursing, yang merupakan gabungan dari gerontologi dan geriatri (W. Nugroho, 2000).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa Keperawatan gerontik adalah cabang keperawatan yang berfokus pada perawatan individu lanjut usia (lansia). Ini mencakup penilaian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi asuhan keperawatan yang ditujukan untuk meningkatkan kualitas hidup lansia, memelihara kesehatan mereka, dan mendukung mereka dalam menghadapi perubahan fisik, mental, dan sosial yang terjadi akibat proses penuaan.

B. TUJUAN KEPERAWATAN GERONTIK

Tujuan utama keperawatan gerontik meliputi:

1. Meningkatkan Kesehatan Lansia: Membantu lansia mencapai dan mempertahankan tingkat kesehatan yang optimal melalui intervensi kesehatan yang tepat.
2. Memelihara Kemandirian: Mendorong dan mendukung kemandirian lansia dalam aktivitas sehari-hari sejauh mungkin.

3. Mengurangi Komplikasi dan Penyakit Kronis: Mencegah atau meminimalkan komplikasi kesehatan yang sering terjadi pada lansia, termasuk penyakit kronis.
4. Meningkatkan Kualitas Hidup: Memberikan perawatan yang meningkatkan kualitas hidup lansia dengan mempertimbangkan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual mereka.
5. Mendukung Keluarga dan Caregivers: Memberikan dukungan dan edukasi kepada keluarga dan pengasuh untuk membantu mereka merawat lansia secara efektif.

C. DEFINISI LANSIA

Lansia atau lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas (Kementrian Kesehatan RI, 2019). Lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun keatas dan merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Pada kelompok lansia ini akan terjadi suatu proses penuaan (aging proses) (WHO, 2018).

Lansia atau lanjut usia adalah tahap terakhir dari proses penuaan. Pada tahap ini biasanya individu tersebut sudah mengalami penurunan fungsi fisiologis organ tubuhnya (Nugroho, 2016).

Menurut Dewi (2020), Lansia yaitu merupakan suatu keadaan dimana proses alamiah yang dialami setiap manusia, baik

perempuan maupun laki-laki dalam fase kehidupan. Tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, melainkan dimulai sejak permulaan sepanjang hidup. proses menjadi tua merupakan proses dimana seseorang akan melewati tiga tahap dalam kehidupan yaitu masa anak, dewasa dan juga tua.

Menurut Leao (2021) Lanjut usia yaitu seseorang laki-laki ataupun perempuan yang telah memasuki usia 60 tahun, dan mengalami berbagai perubahan baik secara fisik, mental ataupun sosial. Adapun perubahan fisik adalah penurunan kekuatan fisik, stamina dan penampilan. Sehingga menyebabkan lansia tidak bisa beraktivitas secara maksimal. Menurut Yusuf Sukman, (2020) Lansia merupakan seseorang yang mengalami tahap akhir dalam perkembangan kehidupan manusia.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa lansia adalah seseorang yang telah berusia 60 tahun keatas.

D. BATASAN USIA LANSIA

1. Menurut WHO, (2018)
 - a. Usia Pertengahan (middle age), yaitu kelompok usia 45 sampai 59 tahun
 - b. Lanjut usia (elderly), anatara usia 60 sampai 74 tahun
 - c. Lanjut Usia tua (old), antara usia 75 sampai 90 tahun
 - d. Usia sangat tua (very old), diatas 90 tahun.
2. Menurut Badan Pusat Statistik, (2020)

Lansia dapat dibedakan berdasarkan kelompok umur yang terbagi menjadi 3 antara lain:

- a. Lansia muda dengan kelompok umur 60-69 tahun
- b. Lansia madya dengan kelompok umur 70-79 tahun
- c. Lansia tua dengan kelompok umur diatas 80 tahun

3. Menurut Kemenkes RI, (2018)

Lanjut usia dikelompokkan menjadi usia lanjut (60-69 tahun) dan lanjut usia dengan resiko tinggi (lebih dari 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan).

4. Menurut Benly et al., (2022) adapun klasifikasi lansia yaitu sebagai berikut:

- a. Kelompok usia 45-54 tahun (middle age)
- b. Kelompok usia 55-65 tahun (Elderly)
- c. Kelompok usia 66-74 tahun (Young old)
- d. Kelompok usia 75-90 tahun (Old)
- e. Kelompok usia lebih dari 90 tahun (Very Old)

E. KARAKTERISTIK LANSIA

1. Menurut penelitian buku ajaran gerontik (Mujiadi & Siti, 2022) adapun karakteristik lansia dibagi menjadi 4 bagian yaitu:

a. Lansia merupakan periode kemunduran

Kemunduran yang di alami oleh lansia yaitu mulai factor fisik dan psikologis. Motivasi akan memiliki peran penting dalam periode kemunduran pada lansia. Misalnya lansia

yang memiliki motivasi rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi jika lansia memiliki motivasi yang tinggi, maka periode kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

b. Lansia memiliki status kelompok

Lansia memiliki status kelompok yaitu sebagai sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya dan tidak mau menerima masukan akan dianggap negatif di lingkungan masyarakat sekitar. Tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

c. Lansia membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran pada lansia tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan sekitar, misalnya lansia yang menjadi ketua RT, seharusnya masyarakat tidak memberhentikan jabatannya karena usianya.

d. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk pada lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk,

sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk.

2. Menurut Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (2017), karakteristik lansia dapat dilihat berdasarkan kelompok berikut ini:

- a. Jenis Kelamin

Dari data Kemenkes RI, (2018), lansia lebih didominasi oleh jenis kelamin perempuan. Artinya, ini menunjukkan bahwa harapan hidup yang paling tinggi adalah perempuan.

- b. Status perkawinan

Berdasarkan Badan Pustaka Statistik RI, SUPAS 2015, penduduk lansia ditilik dari status perkawinan sebagian besar berstatus kawin 60% dan cerai mati 37%. Adapun perinciannya yaitu lansia perempuan yang berstatus cerai mati sekitar 56,04% dari keseluruhan yang cerai mati, dan lansia laki-laki yang berstatus kawin ada 82,84 %. Hal ini disebabkan usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan usia harapan hidup laki-laki, sehingga persentase lansia perempuan yang berstatus cerai mati lebih banyak dibandingkan dengan lansia laki-laki. Sebaliknya lansia laki-laki yang bercerai umumnya segera kawin lagi.

Kondisi Kesehatan, Angka kesakitan, menurut Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, (2018) merupakan salah satu

indikator yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan penduduk. Angka kesakitan bisa menjadi indikator kesehatan negatif. Artinya, semakin rendah angka kesakitan menunjukkan derajat kesehatan penduduk yang semakin baik.

F. TIPE LANSIA

Maryam et al., 2016 mengelompokkan tipe lansia dalam beberapa poin, antara lain:

1. Tipe arif bijaksana

Tipe ini didasarkan pada orang lanjut usia yang memiliki banyak pengalaman, kaya dengan hikmah, dapat menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, ramah, memiliki kerendahan hati, sederhana, dermawan dan dapat menjadi panutan.

2. Tipe mandiri

Tipe lansia mandiri, yaitu mereka yang dapat menyesuaikan perubahan pada dirinya. Mereka mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, dan dapat bergaul dengan teman.

3. Tipe pasrah

Lansia tipe ini memiliki kecenderungan menerima dan menunggu nasib baik, rajin mengikuti kegiatan agama, dan mau melakukan pekerjaan apa saja dengan ringan tangan.

4. Tipe bingung

Lansia tipe ini terbentuk akibat mereka mengalami syok akan perubahan status dan peran. Mereka mengalami keterkejutan, yang membuat lansia mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif dan acuh tak acuh.

5. Tipe tidak puas

Tipe lansia tidak puas adalah lansia yang selalu mengalami konflik lahir batin. Mereka cenderung menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik dan banyak menuntut.

G. CIRI-CIRI LANSIA

Menurut Hurlock, (2018) terdapat beberapa ciri-ciri orang lanjut usia, yaitu:

1. Usia lanjut merupakan periode kemunduran

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Kemunduran dapat berdampak pada psikologis lansia. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Kemunduran pada lansia semakin cepat apabila memiliki motivasi yang rendah, sebaliknya jika memiliki motivasi yang kuat maka kemunduran itu akan lama terjadi.

2. Orang lanjut usia memiliki status kelompok minoritas

Lansia memiliki status kelompok minoritas karena sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap

orang lanjut usia dan diperkuat oleh pendapat-pendapat klise yang jelek terhadap lansia. Pendapat-pendapat klise itu seperti: lansia lebih senang mempertahankan pendapatnya daripada mendengarkan pendapat orang lain.

3. Menua membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan.

4. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk terhadap orang lanjut usia membuat lansia cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk. Lansia lebih memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Karena perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk.

H. TUGAS PERKEMBANGAN LANSIA

Tugas perkembangan lansia menurut (Dewi, 2015):

1. Mempersiapkan diri untuk kondisi menurun.
2. Mempersiapkan diri untuk pensiun.
3. Membentuk hubungan baik dengan orang seusianya.
4. Mempersiapkan kehidupan baru.
5. Melakukan penyesuaian terhadap kehidupan sosial/masyarakat secara santai.

6. Mempersiapkan diri untuk kematiannya dan kematian pasangan.

I. RANGKUMAN

Keperawatan gerontik adalah cabang keperawatan yang berfokus pada perawatan individu lanjut usia (lansia). Ini mencakup penilaian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi asuhan keperawatan yang ditujukan untuk meningkatkan kualitas hidup lansia, memelihara kesehatan mereka, dan mendukung mereka dalam menghadapi perubahan fisik, mental, dan sosial yang terjadi akibat proses penuaan. Lansia merupakan kelompok populasi yang unik dan kompleks karena mengalami perubahan di berbagai aspek kehidupan. Oleh karena itu, pendekatan keperawatan terhadap lansia harus bersifat komprehensif, individual, dan penuh empati. Dengan pemahaman yang baik terhadap konsep lansia, tenaga kesehatan dapat membantu lansia untuk menjalani masa tuanya secara bermartabat, aktif, dan berkualitas.

J. TES FORMATIF

1. Berikut ini yang merupakan klasifikasi lansia menurut WHO adalah...
 - a. Lansia muda (50–64 tahun)

- b. Lansia dewasa (65–74 tahun)
 - c. Lansia tua (75–89 tahun)
 - d. Lansia akhir (85–99 tahun)
 - e. Lansia sangat tua (80 tahun ke atas)
2. Tipe lansia yang didasarkan pada orang lanjut usia yang memiliki banyak pengalaman, kaya dengan hikmah, dapat menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, ramah, memiliki kerendahan hati, sederhana, dermawan dan dapat menjadi panutan. Merupakan tipe lansia....
- a. Arif dan bijaksana
 - b. Tipe mandiri
 - c. Tipe pasrah
 - d. Tipe bingung
 - e. Tipe tidak puas

kunci jawaban:

- 1. C, 2. A

K. LATIHAN

- 1. Sebutkan dan Jelaskan karakteristik lansia.
- 2. Sebutkan dan jelaskan tugas perkembangan lansia.
- 3. Sebutkan batasan lansia menurut WHO!
- 4. Ada berapa tipe lanjut usia? sebutkan dan jelaskan secara singkat menurut anda!

KEGIATAN BELAJAR 2

TEORI PENUAAN DAN PROSES MENUA

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

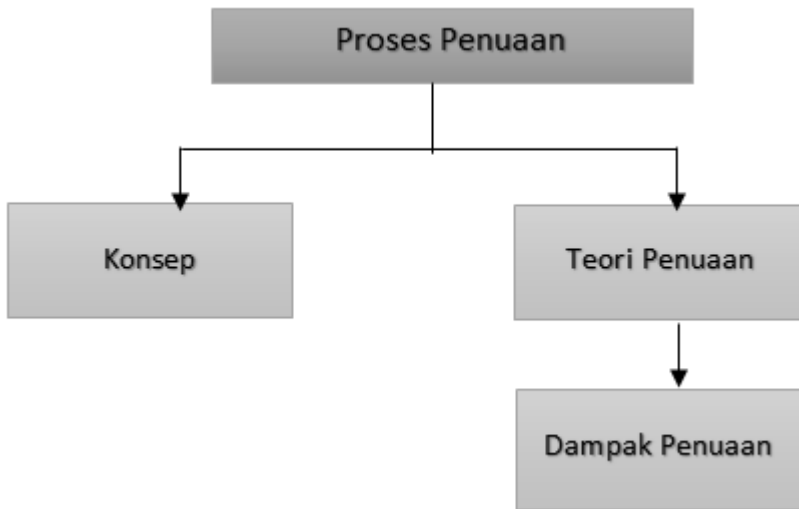
Pada bab ini, mahasiswa mempelajari teori penuaan dan proses menua yang dialami oleh lanjut usia. Mahasiswa diharapkan memiliki pemahaman tentang konsep dasar dalam keperawatan lanjut usia sebagai modal dasar mempelajari teori dan proses penuaan lebih lanjut.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan :

1. Mampu menjelaskan konsep penuaan
2. Mampu menjelaskan teori tentang penuaan
3. Mampu menjelaskan tentang proses penuaan yang sehat pada lanjut usia
4. Mampu menjelaskan dampak penuaan terhadap lanjut usia

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. KONSEP PENUAAN

Penuaan merupakan proses alami yang terjadi sepanjang hidup dan pasti dialami oleh setiap makhluk hidup. Penuaan secara umum terdiri menjadi tiga tahapan. Tahap pertama adalah pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi pada bayi dan anak-anak. Tahap kedua disebut dengan pendewasaan yang biasanya dialami pada masa remaja dan dewasa muda. Tahap ketiga, terjadi pada usia di atas 30 tahun ditandai dengan penurunan fungsi beberapa sistem tubuh (Chalise, 2019).

Konsep menua seringkali didefinisikan dengan usia kronologis yang merujuk pada lamanya seseorang hidup. Menurut Undang-

Undang nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas. Namun, penuaan dapat ditinjau dari beberapa sudut pandang, antara lain;

1. Kronologis

Usia kronologis adalah lama hidup seseorang dalam satuan tahun. Contohnya, seseorang yang berusia 73 tahun secara kronologis lebih tua jika dibandingkan yang berusia 65 tahun.

2. Biologis

Penuaan biologis sering disebut dengan penuaan fisik. Penuaan biologis disebabkan oleh penuaan sel, jaringan dan organ yang mengakibatkan sistem tubuh menjadi tidak bekerja dengan optimal, kemampuan regenerasi tubuh menurun, kekebalan tubuh menurun, yang menyebabkan seseorang menjadi lebih rentan terhadap penyakit. Usia biologis seseorang bisa saja lebih tua dibandingkan usia kronologis, karena dipengaruhi oleh gaya hidup, pola makan, dan kemampuan seseorang menjaga kebugaran.

3. Psikologis

Penuaan psikologis berkaitan dengan kesehatan mental, fungsi kognitif, kesejahteraan dan kepuasan hidup lansia (Mitina, Young, & Zhavoronkov, 2020).

4. Sosial

Penuaan sosial merujuk pada perubahan peran serta hubungan yang dialami seseorang seiring bertambahnya usia. Lansia

pada umumnya mengalami perubahan struktur keluarga akibat pasangan meninggal dunia dan anak-anak mulai hidup mandiri serta membentuk keluarganya sendiri. Pensiun juga membawa perubahan sosial pada lansia. Lansia kehilangan teman sebaya dan berkurangan keterlibatan dalam organisasi. Kondisi ini menyebabkan lansia kehilangan interaksi sosial dengan orang di sekitarnya.

B. TEORI PENUAAN

Perubahan yang terjadi pada lansia, baik fisik, psikologis, sosial, dan spiritual terjadi dapat dipahami dengan mempelajari teori penuaan. Pada lansia, Teori-teori dapat memberikan pemahaman pada perawat untuk mengetahui proses dan dampak penuaan, membedakan antara penuaan normal dan patologis, serta merancang intervensi yang efektif dalam merawat lansia. Beberapa teori yang banyak digunakan sebagai landasan berpikir perawat dalam memberikan perawatan pada pasien, antara lain;

1. Teori genetika dalam penuaan

Teori genetika merupakan salah satu pendekatan utama dalam menjelaskan mekanisme dasar penuaan pada manusia. Teori ini berangkat dari pemahaman bahwa penuaan tidak terjadi secara acak, melainkan merupakan suatu proses biologis yang telah diprogram secara endogen melalui pengaturan genetik. Mekanisme genetik tersebut mengendalikan kemampuan sel untuk mempertahankan fungsi, memperbaiki kerusakan, serta

menentukan batas kehidupan sel dan organisme secara keseluruhan. Dengan demikian, penuaan dipandang sebagai hasil interaksi antara faktor herediter dan perubahan molekuler yang terjadi sepanjang daur hidup.

Secara umum, teori genetika menekankan bahwa setiap organisme memiliki "jam biologis" yang diatur melalui ekspresi gen tertentu. Jam biologis ini mengoordinasikan berbagai proses penting seperti pembelahan sel, apoptosis, sistem endokrin, serta respons imun. Seiring bertambahnya usia, regulasi genetik ini mengalami perubahan yang menyebabkan penurunan fungsi fisiologis dan meningkatnya kerentanan terhadap penyakit degeneratif.

Salah satu konsep sentral dalam teori genetika adalah *telomere shortening*. Telomere merupakan struktur nukleotida berulang yang terletak di ujung kromosom dan berfungsi melindungi DNA dari kerusakan saat pembelahan sel. Pada setiap siklus pembelahan, panjang telomere secara bertahap berkurang. Ketika telomere mencapai panjang kritis, sel memasuki fase senesens dan kehilangan kemampuan untuk berproliferasi. Fenomena ini dianggap sebagai penanda biologis penuaan. Aktivitas enzim telomerase dapat memulihkan panjang telomere, namun pada sebagian besar sel somatik aktivitas enzim ini sangat terbatas. Hal ini menjelaskan mengapa kapasitas regeneratif sel semakin menurun pada usia lanjut.

Komponen penting lain dalam teori genetika adalah akumulasi mutasi DNA sepanjang kehidupan. Mutasi tersebut dapat dipicu oleh paparan radikal bebas, radiasi, toksin lingkungan, maupun kesalahan replikasi DNA. Seiring meningkatnya usia, kemampuan sel untuk memperbaiki kerusakan DNA mengalami penurunan, sehingga mutasi semakin menumpuk dan mengganggu sintesis protein, kestabilan genom, serta fungsi seluler. Akumulasi mutasi ini dianggap berperan dalam terjadinya berbagai penyakit terkait usia, seperti kanker, gangguan neurodegeneratif, dan penyakit kardiovaskular.

Selain itu, perkembangan ilmu epigenetik memberikan pemahaman baru bahwa penuaan juga dipengaruhi oleh perubahan non-genetik yang bersifat reversibel, seperti metilasi DNA, modifikasi histon, dan perubahan struktur kromatin. Perubahan epigenetik tersebut membentuk apa yang disebut sebagai epigenetic clock yang dapat memprediksi usia biologis seseorang lebih akurat dibanding usia kronologis. Faktor gaya hidup, nutrisi, aktivitas fisik, dan lingkungan sosial terbukti mampu memodifikasi ekspresi gen melalui mekanisme epigenetik, sehingga berpotensi mempercepat atau memperlambat proses penuaan.

Walaupun teori genetika memberikan kerangka penting dalam memahami penuaan, teori ini memiliki keterbatasan. Faktor genetik memang memainkan peran signifikan dalam

menentukan harapan hidup, namun tidak sepenuhnya mampu menjelaskan variasi penuaan antarindividu. Interaksi kompleks antara faktor genetik, lingkungan, dan perilaku kesehatan perlu dipertimbangkan untuk memahami dinamika penuaan secara lebih komprehensif. Oleh karena itu, pemahaman modern mengenai penuaan menempatkan teori genetika sebagai bagian dari pendekatan multidimensional yang mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan.

Dalam konteks keperawatan, pemahaman terhadap teori genetika memiliki implikasi penting dalam upaya promotif, preventif, dan kuratif. Pendekatan berbasis genetika dan epigenetika mendorong perawat untuk menekankan gaya hidup sehat, pencegahan paparan toksin, pengelolaan stres, serta deteksi dini penyakit degeneratif. Dengan demikian, teori genetika tidak hanya menjelaskan mekanisme penuaan, tetapi juga menjadi dasar dalam pengembangan intervensi untuk mencapai penuaan sehat (*healthy aging*).

2. Teori *wear and tear*

Teori ini dicetuskan pertama kali pada akhir tahun 1880-an oleh August Weismann yang berpendapat bahwa sel akan mengalami batas kemampuannya dalam bereplikasi dan mengalami kematian. Terdapat banyak faktor yang dapat memperburuk kemampuan sel dalam bereplikasi, contohnya

kebiasaan merokok, penyalahgunaan alkohol, dan gaya hidup tidak sehat lainnya (Miller, 2012).

3. Teori imunitas

Teori imunitas menggambarkan penurunan imun yang terjadi akibat proses penuaan. Ketika seseorang menua, tubuh akan menjadi lebih rentan terhadap infeksi benda asing sehingga lebih mudah menderita penyakit. Pencetus teori imunitas berfokus pada peran kelenjar timus yang seiring bertambah usia akan semakin mengalami kelemahan fungsi dalam mengatasi infeksi. Untuk itu diperlukan pemeriksaan rutin, deteksi dini, dan perawatan kesehatan seawal mungkin untuk mengatasi dampak kesehatan pada lanjut usia.

4. Teori kontinuitas

Teori kontinuitas pertama kali dikemukakan oleh Robert Atchley pada tahun 1989, sebagai pengembangan dari teori adaptasi dan stabilitas perilaku pada orang lanjut usia. Inti dari teori ini adalah bahwa individu cenderung mempertahankan pola hidup, nilai, kebiasaan, perilaku, hubungan sosial, dan identitas diri yang telah terbentuk pada masa sebelumnya untuk menghadapi proses penuaan.

Menurut teori kontinuitas, penuaan dianggap sebagai proses yang bersifat berkesinambungan, bukan perubahan drastis. Lansia akan berusaha menjaga konsistensi antara pengalaman masa lalu dan kondisi saat ini sebagai strategi untuk

mempertahankan keseimbangan psikologis dan sosial. Dengan demikian, keberhasilan adaptasi lansia bukan sekadar bergantung pada kemampuan fisik, tetapi juga pada kemampuan mereka mempertahankan kesinambungan dalam aspek-aspek penting kehidupan. Secara konseptual, teori kontinuitas dibagi menjadi dua bentuk, kontinuitas internal dan eksternal. Kontinuitas internal mengacu pada konsistensi dalam struktur psikologis individu, seperti kepribadian, nilai hidup, preferensi, emosi, dan konsep diri. Pola internal ini terbentuk sepanjang kehidupan dan menjadi pedoman bagi lansia dalam mengambil keputusan dan merespons perubahan terkait penuaan. Dengan menjaga kontinuitas internal, lansia dapat mempertahankan integritas diri dan merasa bahwa identitasnya tetap stabil meskipun terjadi perubahan fisik atau lingkungan.

Sedangkan kontinuitas eksternal berkaitan dengan stabilitas lingkungan fisik dan sosial, seperti tempat tinggal, hubungan keluarga, keterlibatan sosial, kegiatan harian, dan peran di komunitas. Lansia merasa lebih aman dan mampu beradaptasi dengan baik ketika lingkungan eksternal tetap familiar. Perubahan mendadak seperti pindah rumah, kehilangan pasangan, atau pengunduran diri dari aktivitas sosial dapat mengganggu kesinambungan ini dan menyebabkan stres adaptif.

5. Teori konsekuensi fungsional

Teori Konsekuensi Fungsional untuk kesejahteraan lansia dicetuskan oleh Carol A. Miller. Teori ini memberikan gambaran bahwa faktor risiko dan perubahan terkait usia akibat penuaan dapat mempengaruhi kualitas hidup sehingga memerlukan intervensi keperawatan agar kualitas hidup lansia tetap optimal.

Pada umumnya, lansia mengalami perubahan akibat penuaan antara lain penurunan fisiologis serta potensial peningkatan psikososial dan spiritual. Penurunan fisiologis yang terjadi antara lain penurunan pendengaran, penglihatan, kapasitas paru melemah, elastisitas pembuluh darah menurun, kekuatan otot serta massa tulang yang berkurang, sistem pencernaan bekerja lebih lambat sehingga mudah terjadi konstipasi, fungsi ginjal menurun yang menyebabkan frekuensi berkemih meningkat, hormon reproduksi berkurang, dan daya tahan tubuh melemah sehingga lansia lebih rentan terhadap infeksi. Sebaliknya, penuaan menyebabkan lansia berpotensi mengalami pertumbuhan psikososial dan spiritual. Seseorang yang mengalami penuaan akan cenderung mengalami pendewasaan secara psikologis dan spiritual.

Lansia juga mengalami beberapa faktor risiko diantaranya kondisi patologis akibat penyakit, stressor fisik dan psikologis, keterbatasan lingkungan, dampak pengobatan, dan pandangan

negatif tentang penuaan yang muncul dari lingkungan sekitarnya yang muncul dari orang di sekeliling lansia. Kondisi tersebut memunculkan konsekuensi fungsional negatif diantaranya peningkatan kerentanan terhadap faktor risiko, penurunan kesehatan, dan penurunan kualitas hidup.

Perawat berperan dalam mendeteksi faktor risiko, melakukan promosi kesehatan, dan melakukan rujukan sesuai dengan kebutuhan kesehatan lansia. Luaran yang diharapkan dalam teori ini adalah konsekuensi fungsional positif pada lansia yang ditunjukkan peningkatan keaman dan fungsi organ serta peningkatan kualitas hidup dan kesejahteraan.

6. Teori aktivitas

Teori Aktivitas berpendapat bahwa agar lansia dapat mempertahankan kesejahteraan sosial dan psikologis yang optimal, mereka harus tetap aktif dan terlibat secara berkelanjutan dalam kehidupan bermasyarakat. Penelitian empiris menunjukkan bahwa aktivitas produktif seperti pekerjaan purnawaktu, pekerjaan paruh waktu, atau keterlibatan sukarela berkontribusi positif terhadap kesehatan mental lansia

7. Teori *disengagement*

Teori *disengagement* atau teori pemutusan hubungan dicetuskan pertama kali pada tahun 1960an yang menggambarkan proses penarikan diri lansia dari tugas dan

tanggung jawab bermasyarakat seiring bertambahnya usia. Pemutusan hubungan yang terjadi dapat berdampak positif dan juga negatif pada lansia. Dampak positif yang muncul adalah memberikan kesempatan bagi lansia untuk merefleksikan pengalaman hidupnya dan memberikan waktu untuk menghadapi harapan yang tidak terpenuhi. Sedangkan dampak negatifnya adalah lansia merasa ditinggalkan oleh lingkungannya, sehingga seringkali merasa kesepian dan tidak berharga.

C. PROSES PENUAAN YANG SEHAT PADA LANJUT USIA

Penuaan yang sehat adalah kemampuan individu untuk mengembangkan dan mempertahankan kemampuan fungsional yang memungkinkan mereka tetap menjalani kehidupan yang bermakna. kemampuan fungsional tersebut merupakan hasil interaksi antara kapasitas intrinsik dan lingkungan yang mendukung.

1. Kapasitas intrinsik

Kapasitas intrinsik merujuk pada totalitas potensi fisik dan mental yang dimiliki individu, meliputi kemampuan kognitif, mobilitas dan kesehatan musculoskeletal, kesehatan psikologis, sensorik, dan vitalitas terkait metabolisme, nutrisi dan energi. Kapasitas intrinsik secara alamiah akan menurun seiring usia; namun penurunan ini dapat diperlambat melalui intervensi

gaya hidup, aktivitas fisik, nutrisi, dan pengelolaan penyakit kronis.

2. Lingkungan yang mendukung

Lingkungan berperan besar dalam menentukan kemampuan lansia dalam mempertahankan fungsi lansia sebagai individu. Adapun lingkungan yang mendukung meliputi lingkungan fisik yang aman, dukungan sosial dan keluarga, akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, kondisi ekonomi yang stabil dan kegiatan komunitas yang inklusif

Menurut WHO, penuaan yang sehat memiliki enam determinan utama, antara lain;

1. Kesehatan fisik dan mental

Kesehatan fisik dan mental membantu mengoptimalkan kemampuan tubuh serta mencegah penyakit kronis. Kesehatan otak dan mental yang terjaga dapat mengurangi risiko penurunan daya pikir dan mendukung kualitas hidup serta kesejahteraan. Melakukan aktivitas fisik secara rutin juga berperan penting dalam mengoptimalkan kemandirian lansia

2. Keterikatan dan lingkungan sosial

Hubungan sosial yang saling mendukung, serta kesempatan berpartisipasi dalam aktivitas rekreasi bersama orang-orang sebaya adalah elemen utama dalam lingkungan sosial yang membantu menjaga kesehatan pada usia lanjut. Faktor-faktor ini juga dapat mencegah rasa kesepian dan isolasi sosial.

3. Dukungan sosial

Kemampuan untuk mengakses dukungan sosial pada saat krisis, masa transisi, serta ketika mengalami kehilangan atau kesedihan berkaitan dengan penurunan angka kematian dan kesakitan, serta dapat meminimalkan tekanan psikologis dan emosional.

4. Kesejahteraan individu

Kemampuan mengakses sumber daya yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional berkontribusi pada kemampuan membentuk coping yang sehat, ketahanan diri, dan mempertahankan kualitas hidup yang baik.

5. Lingkungan fisik

Tempat tinggal yang layak dan aman, tersedianya layanan bantuan di rumah, serta pilihan transportasi yang terjangkau dan mudah digunakan adalah elemen utama dalam lingkungan fisik yang membantu lansia tetap mandiri dalam jangka waktu yang lebih lama.

6. Keamanan

Akses terhadap berbagai sumber daya dan informasi yang membantu mencegah masalah seperti ketidakstabilan keuangan, tindak kekerasan atau penyalahgunaan, kekurangan kebutuhan dasar, eksploitasi, dan pengabaian dapat memperbaiki kesehatan serta kesejahteraan lansia

D. DAMPAK PENUAAN TERHADAP LANJUT USIA

Penuaan yang terjadi pada lansia dapat menimbulkan dampak pada fisik dan mental lansia.

1. Perubahan fisik

Lansia mengalami beberapa perubahan fisik, antara lain ;

- a. Penurunan sistem musculoskeletal yang ditandai oleh penurunan massa otot (sarkopenia) dan kekuatan otot, yang dapat menyebabkan kelemahan fisik, berkurangnya mobilitas, serta meningkatnya risiko jatuh dan fraktur. Sarkopenia merupakan faktor penting dalam perkembangan frailty pada lansia (Clegg et al., 2013).
- b. Penurunan kepadatan tulang yang terjadi akibat perubahan hormonal dan metabolisme kalsium. Pada perempuan, kondisi ini lebih signifikan pascamenopause sehingga meningkatkan risiko osteoporosis dan patah tulang (Beard et al., 2016).
- c. Perubahan sistem kardiovaskular yang ditandai dengan kekakuan pembuluh darah, perubahan struktur jantung, dan gangguan fungsi vaskular merupakan perubahan umum yang terjadi seiring bertambahnya usia. Perubahan ini meningkatkan risiko hipertensi, penyakit jantung koroner, dan gagal jantung (Bloom et al., 2015).
- d. Penurunan fungsi sensorik contohnya gangguan penglihatan (presbiopia), pendengaran (presbikusis), serta penurunan fungsi penciuman dan perasa dapat

memengaruhi interaksi sosial dan meningkatkan risiko kecelakaan. Presbikusi merupakan salah satu defisit sensorik paling umum pada lansia (Goman & Lin, 2016).

2. Dampak Kognitif

Perubahan kognitif pada lansia bervariasi, dari *normal aging* hingga gangguan neurologis lebih serius. Beberapa dampak kognitif yang terjadi antara lain;

a. Penurunan memori dan kecepatan kognitif

Lansia sering mengalami penurunan memori jangka pendek, kemampuan fokus, dan kecepatan pemrosesan informasi. Meskipun demikian, kemampuan kognitif lainnya seperti memori jangka panjang atau pengetahuan umum dapat tetap stabil (National Institute on Aging, 2021).

b. Penurunan fungsi eksekutif

Kemampuan dalam merencanakan, membuat keputusan, dan menyelesaikan masalah dapat berkurang, sehingga berdampak pada aktivitas kehidupan sehari-hari.

c. Risiko gangguan kognitif

Penuaan merupakan faktor risiko utama gangguan kognitif ringan (MCI) dan penyakit neurodegeneratif seperti demensia dan Alzheimer. Risiko meningkat signifikan setelah usia 65 tahun (Alzheimer's Association, 2022).

3. Dampak psikologis

Penuaan tidak hanya berdampak pada fisik dan kognitif, tetapi juga memengaruhi aspek psikologis lansia.

a. Kesepian dan isolasi sosial

Faktor seperti kehilangan pasangan, menurunnya aktivitas sosial, dan keterbatasan mobilitas dapat menyebabkan isolasi sosial. Kondisi ini berhubungan dengan meningkatnya risiko penyakit kronis dan mortalitas (Prince et al., 2015).

b. Depresi dan gangguan emosional

Depresi pada lansia sering tidak terdiagnosis karena dianggap sebagai bagian dari penuaan. Padahal, kondisi ini dapat disebabkan oleh penyakit kronis, nyeri, atau perubahan peran sosial (Singh-Manoux et al., 2019).

c. Penurunan harga diri

Transisi ke masa pensiun dan meningkatnya ketergantungan dapat menyebabkan lansia merasa kehilangan peran dan mengurangi harga diri

4. Dampak sosial

Penuaan membawa konsekuensi pada aspek sosial dan interaksi lansia dengan lingkungan sekitar.

a. Perubahan peran sosial

Lansia sering mengalami perubahan peran dari produktif menjadi dependen, memengaruhi status sosial dan rasa bermakna dalam masyarakat.

b. Keterbatasan akses layanan

Hambatan lingkungan seperti kurangnya transportasi ramah lansia atau akses layanan kesehatan dapat mengurangi

partisipasi sosial dan berdampak pada kualitas hidup (Abdi et al., 2019).

c. Rentan terhadap kekerasan

Lansia berisiko mengalami eksploitasi finansial, penelantaran, dan kekerasan, terutama ketika bergantung pada orang lain untuk pemenuhan kebutuhan dasar (WHO, 2020).

5. Dampak Ekonomi

Penuaan mempengaruhi stabilitas ekonomi individu dan keluarga, antara lain ;

- a. Penurunan pendapatan tetap, sementara kebutuhan keluarga tetap ada atau bahkan meningkat
- b. Biaya kesehatan meningkat karena kebutuhan perawatan jangka Panjang dan obat-obatan menjadi beban ekonomi tersendiri bagi lansia dan keluarga
- c. Ketergantungan finansial pada keluarga

E. RANGKUMAN

Penuaan merupakan proses alamiah yang dialami setiap individu dan terjadi secara bertahap melalui fase pertumbuhan, pendewasaan, dan penurunan fungsi tubuh. Proses ini dapat dilihat dari berbagai perspektif kronologis, biologis, psikologis, dan sosial yang masing-masing menggambarkan perubahan pada tubuh, mental, dan hubungan sosial lansia. Berbagai teori

penuaan, seperti teori genetika, *wear and tear*, imunitas, kontinuitas, konsekuensi fungsional, aktivitas, dan disengagement, memberikan pemahaman mengenai mekanisme terjadinya penuaan serta bagaimana lansia beradaptasi terhadap perubahan yang muncul. Konsep penuaan sehat menekankan pentingnya kapasitas intrinsik dan lingkungan yang mendukung agar lansia tetap memiliki kemampuan fungsional yang optimal.

Penuaan berdampak pada perubahan fisik, kognitif, psikologis, sosial, dan ekonomi. Perubahan fisik meliputi penurunan massa otot, kepadatan tulang, fungsi indera, sistem kardiovaskular, dan kekebalan tubuh. Pada aspek kognitif, lansia dapat mengalami penurunan memori, fungsi eksekutif, dan peningkatan risiko demensia. Dampak psikologis seperti kesepian, depresi, dan penurunan harga diri juga sering muncul akibat berkurangnya aktivitas sosial dan perubahan peran. Secara sosial, lansia mungkin menghadapi isolasi, akses layanan yang terbatas, serta risiko kekerasan atau penelantaran. Dari sisi ekonomi, menurunnya pendapatan dan meningkatnya biaya kesehatan menyebabkan ketergantungan finansial pada keluarga. Semua dampak ini menegaskan pentingnya intervensi keperawatan dan dukungan lingkungan untuk memastikan kualitas hidup lansia tetap optimal

F. TES FORMATIF

1. Teori yang mencetuskan bahwa lansia cenderung menarik diri dari lingkungan seiring bertambah usia adalah...
 - a. Teori genetic
 - b. Teori *wear and tear*
 - c. Teori pelepasan hubungan
 - d. Teori kontinuitas
 - e. Teori aktivitas
2. Penuaan menyebabkan lansia mengalami penurunan kekebalan tubuh yang mengakibatkan lansia lebih rentan terkena infeksi. Hal ini sesuai dengan teori...
 - a. Kontinuitas
 - b. Imunitas
 - c. Genetic
 - d. Wear and tear
 - e. Disengagement

G. LATIHAN

Sebutkan dan jelaskan enam determinan penuaan sehat menurut WHO. Berikan contoh intervensi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan masing-masing determinan

KEGIATAN BELAJAR 3

PERUBAHAN FISILOGI PADA LANJUT USIA

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada bab ini mahasiswa mempelajari perubahan fisiologis akibat proses penuaan yang memengaruhi fungsi berbagai sistem organ tubuh.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan :

1. Menjelaskan konsep dasar penuaan biologis dan perubahan homeostasis tubuh pada lansia.
2. Menguraikan mekanisme fisiologis perubahan pada sistem organ utama yang terjadi akibat proses penuaan.
3. Menganalisis implikasi perubahan fisiologis terhadap penurunan fungsi tubuh, gangguan klinis, dan strategi pencegahan pada lansia.

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. PENDAHULUAN: PENUAAN DAN ADAPTASI FISIOLOGIS TUBUH

Penuaan merupakan proses biologis kompleks yang bersifat progresif, universal, dan multifaktorial, ditandai oleh penurunan kemampuan tubuh dalam mempertahankan homeostasis dan menghadapi berbagai bentuk stres internal maupun eksternal. Secara fisiologis, proses ini mencerminkan akumulasi perubahan molekuler, seluler, dan sistemik yang berlangsung sepanjang hidup individu. Penuaan tidak semata-mata identik dengan penyakit, tetapi meningkatkan kerentanan terhadap berbagai kondisi patologis akibat menurunnya kapasitas adaptif tubuh. Pada tingkat homeostasis, sistem organ yang sebelumnya mampu menjaga kestabilan fisiologis dalam rentang luas menjadi semakin

rentan terhadap gangguan kecil sekalipun, sehingga lansia lebih mudah mengalami dekompensasi terhadap stres fisik seperti infeksi, trauma, maupun stres metabolik seperti hiperglikemia atau hipoksia.

Berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan mekanisme dasar penuaan. Teori stres oksidatif (*oxidative stress theory*) merupakan salah satu konsep utama, yang menyatakan bahwa akumulasi radikal bebas reaktif oksigen (ROS) secara perlahan menyebabkan kerusakan oksidatif pada DNA, protein, dan lipid membran sel. Seiring bertambahnya usia, kemampuan sistem antioksidan endogen seperti superoksida *dismutase* dan *glutathione peroksidase* menurun, sehingga ketidakseimbangan antara produksi dan eliminasi ROS mempercepat proses degeneratif. Kerusakan oksidatif kronik ini memicu disfungsi organ, inflamasi kronis tingkat rendah (*inflammaging*), dan percepatan proses apoptosis sel.

Selain itu, pemendekan telomer juga menjadi penanda molekuler penting dari penuaan. Telomer, segmen DNA non-koding yang melindungi ujung kromosom, akan memendek setiap kali sel mengalami replikasi. Ketika panjang telomer mencapai batas kritis, sel kehilangan kemampuan untuk membelah dan memasuki fase senesens atau apoptosis. Aktivitas enzim telomerase yang berfungsi memperpanjang telomer juga menurun dengan

bertambahnya usia, mempercepat hilangnya kapasitas regeneratif jaringan seperti kulit, endotel vaskular, dan sistem hematopoietik.

Penurunan hormonal (*hormonal decline*) merupakan mekanisme lain yang memengaruhi berbagai sistem tubuh. Penurunan testosteron pada pria berkaitan dengan berkurangnya massa otot, kepadatan tulang, dan vitalitas. Penurunan estrogen pada wanita pascamenopause berkontribusi terhadap osteoporosis, perubahan distribusi lemak, dan peningkatan risiko penyakit kardiovaskular. Sekresi hormon pertumbuhan dan *insulin-like growth factor-1* (IGF-1) yang berkurang menyebabkan penurunan sintesis protein, memperlambat penyembuhan luka, dan menurunkan fungsi imun.

Penuaan menyebabkan penurunan efisiensi rantai transpor elektron yang berakibat pada penurunan produksi adenosin trifosfat (ATP) dan peningkatan kebocoran elektron yang memperparah pembentukan ROS. Mitokondria yang rusak akan mengakumulasi mutasi DNA mitokondrial, menurunkan kapasitas energi sel, dan mempercepat penuaan jaringan metabolik tinggi seperti otot, jantung, dan otak. Proses ini menciptakan lingkaran setan antara penurunan energi, peningkatan stres oksidatif, dan disfungsi seluler.

Interaksi antara stres oksidatif, pemendekan telomer, disfungsi hormonal, dan gangguan mitokondria berkontribusi pada penurunan adaptasi fisiologis tubuh terhadap stres. Akibatnya, respon tubuh terhadap perubahan lingkungan menjadi lebih

lambat dan kurang efisien. Misalnya, respons kardiovaskular terhadap hipotensi ortostatik melemah, sistem imun menunjukkan *immunosenescence* dengan penurunan produksi limfosit naïf, dan sistem saraf mengalami perlambatan transmisi sinaptik yang memengaruhi refleks dan keseimbangan. Kondisi ini menjelaskan mengapa lansia memiliki ambang toleransi stres yang rendah dan risiko komplikasi yang lebih tinggi bahkan pada kondisi ringan seperti infeksi saluran napas atau dehidrasi.

B. PERUBAHAN FISILOGI SISTEM ORGAN UTAMA

Proses penuaan menyebabkan perubahan progresif pada hampir seluruh sistem organ tubuh yang memengaruhi fungsi fisiologis dan meningkatkan risiko berbagai penyakit degeneratif. Perubahan ini bersifat multifaktorial, mencakup aspek neurologis, kardiovaskular, pulmoner, gastrointestinal, hingga endokrin-metabolik. Meskipun bersifat fisiologis, perubahan tersebut dapat menurunkan cadangan fungsional organ dan mengurangi kemampuan adaptasi terhadap stres, infeksi, atau trauma. Pemahaman terhadap mekanisme perubahan sistemik ini penting dalam upaya klinis untuk mencegah, mendeteksi dini, dan mengelola penyakit yang lazim pada lansia.

Penuaan sistem neurologis ditandai oleh penurunan jumlah neuron, atrofi kortikal, dan berkurangnya densitas sinaps. Produksi

neurotransmitter utama seperti dopamin, asetilkolin, dan serotonin menurun, menyebabkan perlambatan transmisi impuls saraf dan gangguan koordinasi neuromuskular. Akibatnya, fungsi kognitif, memori jangka pendek, serta kecepatan proses berpikir menurun. Atrofi otak yang berhubungan dengan penurunan volume substansia alba dan korteks prefrontal juga meningkatkan risiko demensia. Secara klinis, kondisi ini menjadi dasar munculnya penyakit neurodegeneratif seperti *Alzheimer disease* yang ditandai akumulasi plak amiloid dan protein tau, serta Parkinson disease akibat degenerasi sel dopaminergik di substansia nigra. Selain itu, proses aterosklerosis yang meluas pada lansia meningkatkan risiko stroke iskemik melalui gangguan perfusi serebral kronis.

Penuaan pada sistem kardiovaskular menyebabkan kekakuan pembuluh darah (*arterial stiffness*) akibat penurunan elastin dan peningkatan kolagen pada dinding arteri. Perubahan ini meningkatkan resistensi perifer dan memperbesar beban kerja jantung, sehingga mempercepat timbulnya hipertensi sistolik. Jantung juga mengalami *remodeling* struktural, meliputi hipertrofi ventrikel kiri dan penurunan relaksasi diastolik, yang mengurangi kapasitas ejeksi dan menyebabkan penurunan toleransi terhadap aktivitas fisik. Penurunan densitas reseptor β -adrenergik mengurangi respons terhadap stimulasi simpatis, sehingga kemampuan kompensasi terhadap stres hemodinamik melemah. Kondisi ini menjadi predisposisi terhadap *coronary artery disease* (CAD), gagal jantung, serta gangguan ritme seperti fibrilasi atrium.

Sistem pulmoner turut mengalami penurunan elastisitas jaringan paru, hilangnya daya rekoil alveolar, dan peningkatan kolaps jalan napas kecil. Kapasitas vital menurun sementara volume residu meningkat, menyebabkan efisiensi ventilasi berkurang. Selain itu, refleks batuk dan aktivitas silia epitel menurun, mengurangi kemampuan tubuh membersihkan sekret dan partikel asing. Kombinasi faktor-faktor ini meningkatkan risiko penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), pneumonia aspirasi, serta gangguan pertukaran gas yang mempercepat hipoksemia pada kondisi stres metabolik atau infeksi.

Penuaan pada sistem gastrointestinal menyebabkan penurunan tonus otot polos dan memperlambat motilitas esofagus serta kolon, sehingga meningkatkan risiko disfagia, konstipasi, dan divertikulosis. Sekresi asam lambung dan enzim pencernaan berkurang, menyebabkan penurunan absorpsi nutrisi penting seperti zat besi, kalsium, dan vitamin B₁₂. Perubahan mikrobiota usus akibat diet rendah serat, penggunaan antibiotik, dan imunosupresi menurunkan keseimbangan flora protektif, sehingga meningkatkan risiko malabsorpsi, inflamasi usus, serta infeksi gastrointestinal. Perubahan ini sering kali berkontribusi pada penurunan berat badan tidak disengaja dan status gizi buruk pada lansia.

Sementara itu, sistem endokrin dan metabolik menunjukkan penurunan sensitivitas reseptor terhadap berbagai hormon,

terutama insulin, yang berujung pada resistensi insulin dan peningkatan risiko diabetes mellitus tipe 2. Penurunan hormon tiroid, kortisol ritmik, dan hormon pertumbuhan juga memengaruhi metabolisme energi serta komposisi tubuh. Penurunan massa otot (sarcopenia) dan peningkatan lemak visceral memperparah disfungsi metabolik dan mempercepat munculnya sindrom metabolik, yang berperan besar terhadap morbiditas kardiovaskular pada usia lanjut.

C. SISTEM MUSKULOSKELETAL, SENSORIK, DAN KULIT

Proses penuaan membawa dampak yang nyata terhadap sistem muskuloskeletal, sensorik, dan integumen (kulit), yang secara kumulatif menurunkan kemampuan fungsional, mobilitas, serta kualitas hidup lansia. Perubahan ini tidak hanya bersifat struktural, tetapi juga melibatkan gangguan metabolik dan seluler yang memengaruhi kekuatan otot, elastisitas jaringan, dan kemampuan tubuh merespons stres mekanik maupun lingkungan. Ketiga sistem ini sangat penting dalam mempertahankan kemandirian, karena berperan langsung dalam aktivitas fisik, persepsi lingkungan, serta perlindungan tubuh terhadap cedera dan infeksi.

Penuaan sistem muskuloskeletal ditandai dengan sarkopenia, yaitu penurunan progresif massa dan kekuatan otot akibat berkurangnya jumlah serabut otot tipe II (*fast-twitch fibers*) dan

gangguan aktivitas neuromuskular. Mekanisme ini melibatkan penurunan hormon anabolik seperti testosteron dan IGF-1, penurunan sintesis protein otot, serta peningkatan stres oksidatif yang mempercepat apoptosis sel otot. Sarkopenia menurunkan kecepatan berjalan, keseimbangan, dan kekuatan genggam tangan yang merupakan indikator penting status fungsional lansia. Selain itu, penuaan menyebabkan penurunan massa tulang (osteopenia) akibat berkurangnya aktivitas osteoblas dan meningkatnya resorpsi tulang oleh osteoklas, terutama pada wanita pascamenopause akibat defisiensi estrogen. Kondisi ini berkembang menjadi **osteoporosis**, meningkatkan risiko fraktur, terutama pada tulang panggul, vertebra, dan pergelangan tangan. Perubahan pada sendi juga tidak dapat dihindari; produksi cairan sinovial berkurang, elastisitas tulang rawan menurun, dan terjadi akumulasi mikrotrauma yang memicu osteoarthritis. Secara klinis, lansia mengalami kekakuan sendi, nyeri kronis, serta penurunan rentang gerak yang membatasi aktivitas sehari-hari.

Sementara itu, sistem sensorik juga mengalami penurunan fungsi secara bertahap. Pada sistem penglihatan, terjadi presbyopia, yaitu hilangnya kemampuan akomodasi lensa akibat penurunan elastisitas dan peningkatan kekakuan kapsul lensa, menyebabkan kesulitan melihat objek dekat. Selain itu, penuaan lensa dan peningkatan oksidasi protein kristalin menyebabkan katarak, yang ditandai oleh kekeruhan lensa dan merupakan penyebab utama kebutaan reversibel di dunia. Degenerasi makula terkait usia (*age-*

related macular degeneration/AMD) menyebabkan hilangnya penglihatan sentral akibat kerusakan retina makula, sedangkan glaukoma terjadi akibat peningkatan tekanan intraokular yang merusak saraf optikus. Pada sistem pendengaran, *presbycusis* atau penurunan pendengaran sensorineural merupakan akibat degenerasi sel rambut koklea, berkurangnya elastisitas membran basilar, dan atrofi saraf auditorius. Gangguan ini menyebabkan kesulitan dalam memahami percakapan, terutama di lingkungan bising, yang dapat berujung pada isolasi sosial dan penurunan fungsi kognitif. Penurunan fungsi sensorik ini tidak hanya berdampak pada kualitas persepsi, tetapi juga meningkatkan risiko jatuh dan kecelakaan karena gangguan keseimbangan dan orientasi spasial.

Sistem kulit dan jaringan subkutan juga mengalami perubahan mencolok seiring bertambahnya usia. Aktivitas fibroblas menurun sehingga produksi kolagen dan elastin berkurang, mengakibatkan hilangnya elastisitas dan kekenyalan kulit. Lapisan dermis menipis, pembuluh darah berkurang, dan kelenjar sebacea serta keringat menurun fungsinya, sehingga kulit menjadi kering (*xerosis*), mudah pecah, dan rentan terhadap iritasi. Kombinasi antara kulit tipis dan penurunan jaringan lemak subkutan membuat kulit mudah robek bahkan oleh trauma ringan. Pada lansia dengan mobilitas terbatas, tekanan yang berlangsung lama pada area tulang menonjol menyebabkan ulkus tekan (*pressure ulcer*), sedangkan penyembuhan luka melambat karena penurunan suplai

darah dan aktivitas sel regeneratif. Luka kronis seperti ulkus diabetikum atau venosus menjadi masalah klinis signifikan yang sering memerlukan perawatan jangka panjang.

D. SISTEM UROGENITAL DAN REPRODUKSI

Proses penuaan secara alami membawa perubahan signifikan pada sistem urogenital dan reproduksi, baik pada pria maupun wanita, yang melibatkan aspek hormonal, struktural, dan fungsional. Penurunan kadar hormon seks (testosteron pada pria dan estrogen pada wanita) menjadi faktor utama yang memicu berbagai perubahan anatomi dan fisiologi jaringan urogenital. Selain menyebabkan gangguan fungsi seksual, perubahan ini juga berdampak pada mekanisme berkemih, kerentanan terhadap infeksi, serta peningkatan risiko neoplasma ganas pada organ reproduksi. Secara klinis, gangguan urogenital pada lansia sering kali bersifat multifaktorial, dipengaruhi oleh penyakit sistemik seperti diabetes, hipertensi, atau gangguan neurologis, serta efek samping obat-obatan yang digunakan dalam jangka panjang.

Atrofi jaringan urogenital pada wanita merupakan konsekuensi langsung dari penurunan kadar estrogen pascamenopause. Estrogen memiliki peran penting dalam mempertahankan ketebalan epitel vagina, elastisitas dinding kandung kemih, dan fungsi sfingter uretra. Kekurangan hormon ini menyebabkan epitel

vagina menipis, vaskularisasi berkurang, dan produksi mukus menurun, sehingga timbul gejala *atrophic* vaginitis berupa kekeringan, gatal, dan nyeri saat berhubungan seksual (*dyspareunia*). Selain itu, berkurangnya tonus otot dasar panggul dan sfingter uretra berkontribusi terhadap inkontinensia urin, terutama tipe stres dan urgensi. Kondisi ini tidak hanya mengganggu kualitas hidup, tetapi juga berpotensi menimbulkan komplikasi sosial-psikologis seperti isolasi dan depresi. Penurunan testosteron pada pria, yang dikenal sebagai andropause menyebabkan atrofi testis, penurunan libido, dan disfungsi ereksi akibat gangguan aliran darah korpus kavernosum serta penurunan sensitivitas saraf perifer. Kelenjar prostat secara anatomi mengalami hiperplasia prostat jinak (BPH) yang menekan uretra posterior, menyebabkan obstruksi saluran kemih bawah dengan gejala sering berkemih, nokturia, dan retensi urin parsial.

Selain gangguan fungsional, penuaan meningkatkan kerentanan terhadap berbagai malignansi terkait usia pada sistem reproduksi dan urogenital. Kanker prostat pada pria menjadi salah satu kanker tersering pada usia lanjut, berhubungan dengan stimulasi androgen jangka panjang dan proses inflamasi kronik. Perubahan genetik seperti mutasi gen BRCA2 dan peningkatan ekspresi PSA (*prostate-specific antigen*) sering ditemukan pada stadium awal. Sementara pada wanita, kanker payudara dan kanker serviks masih menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas, meskipun insidensi kanker serviks menurun dengan adanya

program skrining sitologi dan vaksinasi HPV. Selain itu, kanker urogenital seperti karsinoma kandung kemih dan kanker ginjal juga meningkat prevalensinya seiring bertambahnya usia akibat paparan karsinogen kronik, penurunan sistem imun, dan gangguan mekanisme perbaikan DNA. Peningkatan kesadaran deteksi dini melalui pemeriksaan mammografi, *pap smear*, dan skrining PSA menjadi langkah penting dalam mengurangi angka kematian akibat kanker pada populasi lansia.

Lansia memiliki risiko tinggi mengalami infeksi saluran kemih (ISK) rekuren akibat kombinasi faktor anatomi dan imunologis. Penurunan kontraktilitas kandung kemih menyebabkan retensi urin, yang menjadi media ideal untuk pertumbuhan bakteri. Atrofi mukosa uretra dan vagina juga mengganggu flora normal yang biasanya melindungi terhadap invasi patogen. BPH dan penggunaan kateter urin jangka panjang pada pria memperburuk risiko kolonisasi bakteri. Sistem imun lansia yang mengalami *immunosenescence* (ditandai oleh penurunan respons limfosit T dan makrofag) menyebabkan respon inflamasi yang tidak khas, sehingga infeksi sering tidak menimbulkan demam atau nyeri, melainkan gejala nonspesifik seperti delirium, lemas, atau inkontinensia baru. Bila tidak ditangani, ISK dapat berkembang menjadi pielonefritis, urosepsis, atau gangguan ginjal kronis.

E. ASPEK KHUSUS DAN TANTANGAN KLINIS LANSIA

Penuaan menimbulkan serangkaian perubahan fisiologis kompleks yang memengaruhi fungsi tubuh secara sistemik, termasuk kemampuan mempertahankan independensi, mengelola stres fisik, dan menjaga integritas sistem saraf serta muskuloskeletal. Perubahan ini mendasari berbagai tantangan klinis pada lansia seperti penurunan aktivitas fungsional, peningkatan risiko jatuh, gangguan kognitif dan mental, serta kerentanan terhadap kekerasan atau penelantaran.

Penurunan independensi dan aktivitas fungsional pada lansia berkaitan erat dengan perubahan fisiologis pada otot, saraf, dan sistem energi. Sarkopenia menyebabkan berkurangnya massa dan kekuatan otot akibat penurunan aktivitas neuromuskular serta produksi hormon anabolik seperti testosteron dan IGF-1. Selain itu, gangguan propriosepsi dan refleks memperlambat respon motorik, mengganggu keseimbangan dan koordinasi. Penurunan kapasitas aerobik, elastisitas pembuluh darah, dan efisiensi respirasi turut membatasi toleransi terhadap aktivitas fisik. Secara fisiologis, kondisi ini menurunkan kemampuan lansia dalam melakukan *Activities of Daily Living* (ADL) seperti berpakaian, makan, dan berjalan, serta *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) seperti berbelanja atau menggunakan alat komunikasi. Kombinasi perubahan otot, saraf, dan sistem metabolik ini menciptakan keadaan *frailty*, yaitu sindrom penurunan cadangan

fisiologis yang membuat tubuh lebih rentan terhadap stres minor seperti infeksi atau dehidrasi.

Risiko jatuh dan cedera pada lansia memiliki dasar fisiologis yang jelas. Penurunan tonus otot, refleks vestibular, dan persepsi visual menyebabkan gangguan stabilitas postural. Sistem vestibular dan proprioseptif yang berfungsi untuk menjaga keseimbangan melemah akibat degenerasi neuron sensorik dan penurunan konduksi saraf perifer. Selain itu, perubahan pada sistem muskuloskeletal seperti kaku sendi, penurunan fleksibilitas tendon, dan osteopenia memperburuk kemampuan tubuh dalam merespons perubahan posisi secara tiba-tiba. Faktor intrinsik ini diperburuk oleh perubahan fisiologis lain seperti hipotensi ortostatik akibat penurunan sensitivitas baroreseptor, serta efek farmakologis obat antihipertensi atau sedatif. Secara fisiologis, semua faktor tersebut mengganggu homeostasis kardiovaskular dan neuromuskular yang berperan menjaga keseimbangan, sehingga meningkatkan kemungkinan jatuh dan fraktur, terutama pada tulang panggul dan pergelangan tangan.

Penuaan otak disertai penurunan volume substansia alba, berkurangnya sinaps, dan penurunan kadar neurotransmiter seperti dopamin, serotonin, dan asetilkolin dapat memengaruhi aspek kesehatan mental dan perilaku. Kondisi ini menurunkan efisiensi transmisi saraf dan menyebabkan gangguan pada regulasi suasana hati, memori, serta orientasi kognitif. Depresi pada lansia

sering kali berhubungan dengan ketidakseimbangan serotonin dan disfungsi aksis hipotalamus-pituitari-adrenal (HPA). Sementara itu, demensia dan delirium mencerminkan penurunan kemampuan otak dalam mempertahankan homeostasis neurokimia dan sirkulasi serebral. Delirium dapat timbul akibat gangguan metabolik ringan karena otak lansia lebih rentan terhadap hipoksia dan fluktuasi glukosa. Secara fisiologis, otak lansia kehilangan fleksibilitas adaptif sehingga stres kecil dapat memicu disorientasi mental yang signifikan.

Fenomena kekerasan dan penelantaran lansia juga memiliki implikasi fisiologis penting. Lansia dengan cadangan energi rendah, sarkopenia, dan gangguan nutrisi memiliki kemampuan terbatas untuk mempertahankan suhu tubuh dan memperbaiki jaringan setelah trauma. Penurunan perfusi kulit dan aktivitas fibroblas memperlambat penyembuhan luka, membuat tanda fisik kekerasan lebih menonjol dan proses pemulihan lebih lambat. Stres kronik akibat pelecehan atau penelantaran meningkatkan sekresi kortisol yang mempercepat kehilangan massa otot dan tulang. Deteksi dini kekerasan perlu memperhatikan tanda fisiologis seperti penurunan berat badan cepat, luka tidak sembuh, atau hipotensi kronis.

F. RANGKUMAN

Proses penuaan menyebabkan penurunan bertahap pada fungsi neuromuskular, kardiovaskular, dan neuroendokrin yang berdampak langsung terhadap penurunan kemandirian, keseimbangan, dan fungsi kognitif lansia. Sarkopenia dan berkurangnya elastisitas jaringan mengurangi kemampuan melakukan aktivitas fungsional (ADL/IADL) dan meningkatkan kerentanan terhadap *frailty* serta risiko jatuh akibat gangguan refleks, proprioepsi, dan hipotensi ortostatik. Sementara itu, degenerasi neuron dan ketidakseimbangan neurotransmitter menurunkan fungsi kognitif dan emosional, memicu kondisi seperti depresi, demensia, dan delirium. Ketidakmampuan tubuh dalam mempertahankan homeostasis juga memperburuk efek stres psikologis dan fisik, termasuk pada kasus kekerasan dan penelantaran lansia, yang ditandai oleh penurunan kemampuan regenerasi jaringan dan peningkatan kadar kortisol akibat stres kronik. Perubahan fisiologis ini menurunkan kapasitas adaptasi tubuh terhadap stres internal maupun eksternal, menjadikan lansia lebih rentan terhadap gangguan fungsi, penyakit, dan penurunan kualitas hidup.

G. TES FORMATIF

1. Penurunan kemampuan lansia dalam mempertahankan keseimbangan tubuh sering kali disebabkan oleh perubahan fisiologis berikut ini, kecuali ...
 - a. Penurunan refleks vestibular dan propioseptif
 - b. Penurunan tonus otot dan elastisitas tendon
 - c. Penurunan sensitivitas baroreseptor terhadap perubahan tekanan darah
 - d. Peningkatan konduksi saraf perifer yang mempercepat respon motorik
 - e. Penurunan penglihatan dan persepsi spasial akibat degenerasi retina
2. Salah satu perubahan fisiologis yang berkontribusi terhadap meningkatnya kejadian depresi pada lansia adalah ...
 - a. Peningkatan aktivitas sistem dopaminergik di korteks prefrontal
 - b. Penurunan kadar serotonin dan disfungsi aksis hipotalamus-pituitari-adrenal (HPA)
 - c. Peningkatan sekresi melatonin dan endorfin selama penuaan
 - d. Meningkatnya sensitivitas reseptor adrenergik terhadap stres
 - e. Peningkatan volume substansia alba dan aktivitas sinaps neuron limbik

H. LATIHAN

- 1 Jelaskan mekanisme fisiologis yang mendasari terjadinya frailty pada lansia, serta bagaimana perubahan sistem muskuloskeletal dan endokrin berkontribusi terhadap penurunan kemampuan fungsional dan adaptasi terhadap stres!
- 2 Uraikan dasar fisiologis dari meningkatnya risiko delirium pada lansia saat mengalami infeksi atau gangguan metabolik ringan, dan jelaskan mengapa respons neurologis mereka berbeda dibandingkan orang muda!

KEGIATAN BELAJAR 4

ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK HOLISTIK

DESKRIPSI PEMBELAJARAN

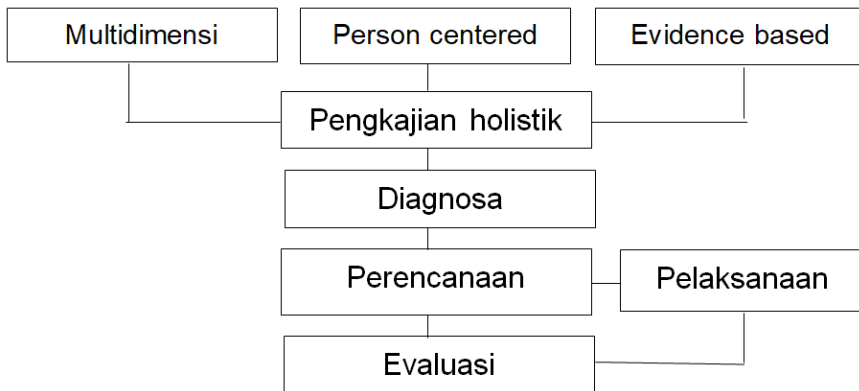
Pada bab ini mahasiswa mempelajari konsep asuhan keperawatan gerontik secara holistik dari mulai proses pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi asuhan keperawatan.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan :

1. melakukan pengkajian asuhan keperawatan gerontik secara komprehensif
2. menetapkan diagnosa asuhan keperawatan gerontik
3. membuat perencanaan asuhan keperawatan gerontik
4. mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan gerontik
5. melakukan evaluasi dan tindak lanjut asuhan keperawatan gerontic

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN GERONTIK

Lansia baik sebagai individu maupun kelompok merupakan sasaran dari pelayanan keperawatan. Pelayanan keperawatan dilaksanakan dengan pemberian asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk memenuhi kebutuhan dan kemandirian dalam merawat dirinya. asuhan keperawatan gerontik sebagai pelayanan keperawatan yang diberikan kepada lansia dengan mempertimbangkan teori penuaan, perubahan fisiologis dan fungsi, serta masalah kesehatan yang khas pada lansia (Emmelia Ratnawati, 2018). Adapun asuhan keperawatan pada gerontic atau lansia agar lansia dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri dengan promtif, prevemtif, dan rehabilitatif sehingga lansia memiliki rasa ketenangan dalam hidup dan rasa produktif

sampai akhir hayatnya. Asuhan keperawatan ditujukan secara holistik pada aspek bio, psiko, social, spiritual dan kultural dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Pengkajian asuhan keperawatan gerontik adalah tahap pertama dari proses keperawatan. Tahap ini adalah tahap yang paling penting dalam rangkaian proses keperawatan. Dimana pada tahap pengkajian akan didapatkan berbagai informasi yang dapat digunakan sebagai dasar dalam menentukan masalah keperawatan pada lansia. Keberhasilan dalam melakukan pengkajian keperawatan merupakan hal penting untuk tahapan proses keperawatan selanjutnya.

Pengkajian keperawatan gerontik merupakan pengumpulan data menyeluruh (holistik) yang menyertakan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pada lansia. Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data multidimensional yang sistematis (medis, fungsional, kognitif, psikososial, lingkungan dan obat) untuk menentukan masalah kesehatan dan fungsional pada orang lansia serta merancang intervensi keperawatan yang terfokus pada peningkatan fungsi, keselamatan, dan kualitas kehidupan (Eliopoulos, 2021). Pengkajian geriatri adalah proses multidimensional dan interdisipliner yang menyeluruh untuk menilai kapasitas fungsional, kondisi medis, kognisi/psikologis, dan keadaan sosial-ambiental lansia, dengan tujuan mengidentifikasi

kebutuhan perawatan dan menyusun rencana terapi/penatalaksanaan yang sesuai.

Dengan demikian untuk melakukan pengkajian keperawatan gerontik harus memahami prinsip-prinsip yang perlu diperhatikan dalam proses pelaksanaannya yaitu prinsip multidimensi, prinsip *person centered*, dan prinsip *evidence based*.

Apa itu pengkajian multidimensi ? Pengkajian multidimensi dalam keperawatan gerontik adalah proses pengumpulan data yang menyeluruh mengenai berbagai aspek kehidupan lansia meliputi biologis, psikologis, sosial, fungsional, spiritual, dan lingkungan guna memperoleh gambaran utuh tentang kondisi kesehatan dan kesejahteraan lansia (Kudelka, 2024). Secara umum dimensi yang dikaji pada keperawatan gerontik dapat digambarkan sebagaimana pada tabel dibawah ini.

Tabel 6.1 Dimensi Pengkajian Multidimensi Pada Keperawatan Gerontik

Dimensi Pengkajian	Komponen yang Dinilai	Tujuan Pengkajian	Contoh Instrumen / Metode
Dimensi Fisik / Medis	Riwayat penyakit, komorbiditas, obat-obatan (polifarmasi),	Mengidentifikasi masalah fisik dan risiko kesehatan terkait penuaan	Pemeriksaan fisik, Mini Nutritional Assessment (MNA), Pain

Dimensi Pengkajian	Komponen yang Dinilai	Tujuan Pengkajian	Contoh Instrumen / Metode
	status nutrisi, fungsi sensorik, riwayat jatuh, nyeri		Scale
Dimensi Fungsional	Aktivitas Sehari-hari (ADL), Aktivitas Instrumental (IADL), mobilitas, keseimbangan	Menilai tingkat kemandirian dan keterbatasan fungsi lansia	Katz Index ADL, Lawton IADL, Timed Up and Go Test
Dimensi Kognitif	Memori, orientasi, perhatian, bahasa, persepsi	Mendeteksi gangguan kognitif seperti demensia atau delirium	Mini-Mental State Examination (MMSE), MoCA
Dimensi Psikologis / Emosional	Depresi, kecemasan, kemampuan koping, kesejahteraan	Menilai kesehatan mental lansia dan risiko isolasi sosial	Geriatric Depression Scale (GDS), Anxiety Scales

Dimensi Pengkajian	Komponen yang Dinilai	Tujuan Pengkajian	Contoh Instrumen / Metode
	psikologis		
Dimensi Sosial	Dukungan keluarga, jejaring sosial, peran sosial, akses ke layanan	Menilai dukungan sosial sebagai faktor protektif bagi lansia	Wawancara sosial, Social Support Questionnaire
Dimensi Lingkungan	Keamanan rumah, risiko jatuh, pencahayaan, aksesibilitas	Menentukan faktor lingkungan yang mempengaruhi kemandirian & keselamatan	Home Safety Checklist
Dimensi Spiritual	Nilai kehidupan, keyakinan, kebutuhan spiritual, harapan	Menjaga kesejahteraan spiritual lansia sebagai bagian dari asuhan holistik	Wawancara spiritual, FICA Spiritual Assessment
Dimensi Ekonomi	Pendapatan, asuransi	Menentukan kemampuan	Wawancara finansial

Dimensi Pengkajian	Komponen yang Dinilai	Tujuan Pengkajian	Contoh Instrumen / Metode
	kesehatan, kemampuan membiayai perawatan	lansia dalam mengakses layanan kesehatan	
Dimensi Budaya	Kepercayaan kesehatan, kebiasaan, nilai budaya terkait penuaan	Menyesuaikan rencana keperawatan berdasarkan konteks budaya lansia	Wawancara, Cultural Assessment Tools

(Kudelka, et.al, 2024 : Dimitriadou, A., et al., 2025)

Dengan demikian prinsip multidimensi dalam pengkajian memastikan bahwa asuhan keperawatan pada lansia tidak hanya menekankan aspek medis, tetapi juga memperhatikan aspek fisiologis, psikologis, sosial, spiritual, kultural dan aspek terintegrasi lainnya seperti kognitif, dan lingkungan.

Apa itu pengkajian dengan pendekatan *person centered* ? Pendekatan *Person-Centered Care* (PCC) dalam keperawatan gerontik adalah suatu filosofi dan metode asuhan yang menempatkan lansia sebagai pusat dari proses keperawatan, bukan sekadar sebagai penerima tindakan medis. Dalam

pendekatan ini, pengkajian dilakukan dengan menghormati nilai, preferensi, pengalaman hidup, dan tujuan pribadi lansia. Perawat tidak hanya mengumpulkan data medis, tetapi juga memahami siapa individu tersebut, bagaimana ia memaknai kesehatannya, serta apa yang penting bagi kehidupannya. *“Person-centered assessment means seeing the person behind the patient.”* (Dimitriadou et al., 2025). Pengkajian *person-centered* (berpusat pada individu) menempatkan lansia sebagai **subjek** yang memiliki preferensi, nilai, tujuan hidup, serta kemampuan unik bukan hanya pasien dengan penyakit. Prinsip ini sangat penting dalam keperawatan gerontik karena lansia memiliki kerentanan, pengalaman hidup, serta kebutuhan holistik yang kompleks

Tabel 6.2 Prinsip Person Centered Care Dalam Pengkajian Keperawatan Gerontik

Prinsip Person-Centered	Makna dalam Pengkajian Gerontik	Contoh Penerapan
Menghargai Martabat (Dignity)	Pengkajian dilakukan dengan menghormati privasi, nilai, dan preferensi lansia.	Meminta izin sebelum pemeriksaan fisik, menjaga kerahasiaan kondisi lansia.
Autonomi & Kemandirian	Lansia diberikan kesempatan untuk	Menanyakan preferensi lansia

Prinsip Person-Centered	Makna dalam Pengkajian Gerontik	Contoh Penerapan
	menentukan pilihan dan keputusannya sendiri.	terkait intervensi, memilih waktu pemeriksaan sesuai kenyamanan.
Mempertahankan Identitas Individu	Lansia diterima sebagai individu unik dengan sejarah hidup, budaya, dan kebiasaan pribadi.	Menggali riwayat hidup, kebiasaan harian, budaya, dan preferensi spiritual dalam pengkajian.
Komunikasi Terbuka & Dua Arah	Komunikasi dilakukan dengan jelas, empatik, dan adaptif terhadap kemampuan sensorik lansia.	Menggunakan suara jelas, menatap wajah lansia, memberikan waktu untuk menjawab.
Kolaborasi & Partisipasi Aktif Lansia	Lansia terlibat aktif dalam proses pengkajian dan perencanaan perawatan.	Mengajak lansia menjelaskan gejala, kekhawatiran, tujuan kesehatan, dan harapan pribadi.
Pendekatan Holistik	Pengkajian mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, budaya,	Menggunakan <i>multidimensional assessment</i> seperti

Prinsip Person-Centered	Makna dalam Pengkajian Gerontik	Contoh Penerapan
	fungsional, dan spiritual.	ADL, IADL, MMSE, GDS, nutrisi, spiritual.
Fokus pada Kekuatan (Strength-Based Approach)	Menilai kemampuan yang masih dimiliki lansia, bukan hanya kelemahannya.	Mengidentifikasi ADL yang masih mandiri dan mendukung lansia mempertahankan fungsinya.
Pengambilan Keputusan Bersama (Shared Decision Making)	Keputusan asuhan dibuat secara bersama antara perawat, lansia, dan keluarga.	Menjelaskan opsi intervensi, risiko, dan manfaat, lalu memilih bersama.
Lingkungan yang Mendukung & Aman	Pengkajian mempertimbangkan faktor lingkungan yang memengaruhi kesehatan lansia.	Menilai risiko jatuh, pencahayaan, hambatan di rumah, alat bantu yang digunakan.
Relationship-Centered Care	Hubungan terapeutik antara lansia dan perawat menjadi dasar penyusunan	Membangun rapport, empati, mendengarkan aktif, menghargai cerita

Prinsip Person-Centered	Makna dalam Pengkajian Gerontik	Contoh Penerapan
	pengkajian.	lansia.

(*American Geriatrics Society, 2016; McCormack, B., & McCance, T, 2017; Touhy, T., & Jett, K., 2018*)

Pendekatan *Person-Centered* menegaskan bahwa keberhasilan pengkajian gerontik tidak hanya diukur dari kelengkapan data klinis, tetapi dari sejauh mana lansia merasa dihargai, didengarkan, dan dilibatkan dalam setiap tahap proses keperawatan. Pendekatan ini adalah landasan utama dalam praktik keperawatan gerontik modern dan berorientasi humanistik.

Apa itu pengkajian dengan pendekatan *evidence based nursing* ? *Evidence-Based Nursing* (EBN) atau *Evidence-Based Practice* (EBP) dalam keperawatan gerontik adalah pendekatan pengkajian yang mengintegrasikan hasil penelitian ilmiah terbaru, pengalaman klinis perawat, serta nilai dan preferensi lansia untuk menentukan keputusan keperawatan yang paling efektif dan aman. Dengan kata lain, pengkajian lansia berbasis bukti bukan hanya berdasarkan kebiasaan klinis atau intuisi, tetapi berdasarkan bukti ilmiah yang valid dan relevan terhadap populasi geriatri. "*Evidence-based geriatric assessment integrates best available research evidence with clinical expertise and patient values to promote optimal ageing and health outcomes.*" (WHO, 2024).

Pengkajian berbasis bukti dilakukan dengan tujuan untuk :

1. Menjamin keakuratan dan validitas data yang dikumpulkan dari lansia.
2. Meningkatkan efektivitas intervensi keperawatan berdasarkan hasil riset terkini.
3. Menurunkan risiko kesalahan klinis dalam interpretasi hasil pengkajian.
4. Mendorong praktik profesional yang akuntabel dan ilmiah.
5. Memberikan asuhan yang relevan dengan kebutuhan nyata lansia.

Pengkajian keperawatan gerontik berbasis *Evidence-Based nursing and Practice* memastikan bahwa proses pengumpulan dan interpretasi data lansia dilakukan dengan cara ilmiah, terukur, dan berorientasi hasil. Dengan mengintegrasikan penelitian terkini, keahlian klinis, dan nilai-nilai lansia, perawat dapat memberikan asuhan yang aman, efektif, dan bermartabat. Oleh karena itu perlu mempertimbangkan prinsip *evidence based* (berbasis bukti) dalam melakukan pengkajian keperawatan gerontik.

Tabel 6.3 Prinsip *Evidence Based* Dalam Pengkajian Keperawatan Gerontik

Prinsip	Penjelasan
Integrasi bukti terbaik	Setiap aspek pengkajian (fisik, fungsional, psikologis, sosial, spiritual) didasarkan pada pedoman dan instrumen yang sudah divalidasi secara ilmiah, misalnya <i>MMSE</i> ,

Prinsip	Penjelasan
	<i>GDS-15, MNA-SF, Barthel Index, dan Lawton IADL.</i>
Penggunaan panduan praktik klinik (Clinical Guidelines)	Mengacu pada standar internasional seperti WHO ICOPE (2024), BGS Guidelines (2023), dan AHRQ Geriatric Toolkit.
Kolaborasi interprofesional berbasis bukti	Perawat berkolaborasi dengan dokter, fisioterapis, ahli gizi, dan psikolog untuk memastikan interpretasi hasil sesuai bukti terbaik.
Refleksi dan pengalaman klinis	Pengalaman praktik perawat digunakan untuk menyesuaikan bukti dengan konteks dan kondisi unik setiap lansia.
Partisipasi dan preferensi lansia	Keputusan pengkajian dan tindak lanjut mempertimbangkan nilai, budaya, dan harapan lansia.
Evaluasi berkelanjutan	Bukti ilmiah terus diperbarui agar pengkajian tetap relevan terhadap perkembangan riset dan demografi lansia.

(Kudelka, M., et al., 2024; Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E.,2023; Dimitriadou, A., et al.,2025)

Pengkajian keperawatan gerontik dilakukan dengan memperhatikan dan pendekatan ketiga prinsip tersebut, maka

perawat akan memperoleh gambaran informasi data secara komprehensif dan holistik guna untuk menetapkan diagnosa dan perencanaan asuhan keperawatan secara tepat dan holistik.

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN GERONTIK

Diagnosis Keperawatan merupakan kesimpulan yang ditarik dari data yang dikumpulkan tentang lansia, yang berfungsi sebagai alat untuk menggambarkan masalah lansia. Diagnosis keperawatan adalah tahap kedua dari proses keperawatan setelah dilakukannya pengakajian keperawatan. Diagnosis keperawatan adalah "*Clinical Judgment*" yang berfokus pada respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan (*vulnerability*) baik pada individu, keluarga, kelompok atau komunitas. Diagnosa keperawatan gerontik adalah pernyataan klinis tentang kondisi kesehatan lansia yang berhubungan dengan perubahan fisiologis, psikologis, sosial, dan spiritual akibat proses penuaan, yang ditegakkan mengacu pada SDKI (Ruslang, Hasbullah, Nirmawati, 2022). Berdasarkan pengertian tersebut, diagnosis keperawatan gerontik dapat didefinisikan sebagai suatu keputusan klinis yang berfokus pada respon lansia terhadap kondisi kesehatan atau kerentanan tubuhnya baik lansia sebagai individu, lansia di keluarga maupun lansia dalam kelompoknya atau diagnosa keperawatan gerontik adalah penetapan respon lansia terhadap masalah kesehatan, perubahan akibat proses penuaan, atau risiko penurunan fungsi,

berdasarkan analisis pengkajian komprehensif bio-psiko-sosio-spiritual. Diagnosis ini menjadi dasar dalam menentukan intervensi yang bertujuan meningkatkan fungsi, kemandirian, keselamatan, dan kualitas hidup lansia.

Diagnosa keperawatan gerontik merupakan bagian dari proses keperawatan lansia, di mana perawat harus mempertimbangkan perubahan sistem fisiologis yang khas pada lansia (misalnya sistem kardiovaskular, neurologi, pencernaan, dsb) ketika membentuk diagnosa (Emmelia Ratnawati, 2018). Masalah lansia seringkali bersifat "multisistem" dan "multidimensi" sehingga diagnosa keperawatan gerontik harus fleksibel dan kontekstual (disesuaikan dengan kondisi individual lansia). Perawat harus mampu mengintegrasikan antara masalah klinis lansia (seperti demensia, immobilitas, inkontinensia) dengan aspek kualitas hidup dan penuaan karena perawat harus memberikan intervensi yang tidak hanya menyembuhkan tetapi juga menekankan aspek preventif, kuratif, dan rehabilitatif dalam diagnosa, artinya diagnosa keperawatan untuk lansia tidak hanya melihat masalah yang sekarang terjadi, tetapi juga potensi risiko (misalnya kerentanan jatuh, risiko malnutrisi) untuk membuat intervensi preventif dengan tetap menjaga fungsi dan kemandirian lansia.

Dalam menetapkan diagnosa keperawatan gerontik dapat diidentifikasi berdasarkan taksonomi NANDA, dan kemudian intervensi dihubungkan dengan klasifikasi NIC, dan hasil dihubungkan dengan NOC (Dede Nasrullah, 2021). Model ini

memungkinkan perawat mengenali masalah kesehatan lansia secara sistematis dan terpadu, idak hanya penyakit kronik tetapi juga masalah fungsional, kognitif, dan sosial, karena NANDA mencakup diagnosis keperawatan yang relevan dengan lansia. Diagnosa keperawatan gerontik juga dapat menggunakan standar keperawatan Indonesia, yaitu SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) sebagai kerangka untuk menegakkan diagnosa pada lansia (Ruslang, Hasbullah, Nirmawati, 2022; Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Konsep ini menekankan bahwa diagnosa pada lansia harus menyoroti masalah kesehatan spesifik lanjut usia, misalnya masalah fungsional, kecenderungan kerentanan, dukungan sosial, serta aspek pencegahan. Selain itu, karena penuaan melibatkan domain bio-psiko-sosio-spiritual dan kultural, diagnosa keperawatan gerontik juga harus mempertimbangkan semua domain tersebut agar rencana perawatan komprehensif dan holistik.

Tabel 6.4. Contoh Diagnosa Asuhan Keperawatan Gerontik
Berdasarkan Taksonomi NANDA

Diagnosa	Faktor Penyebab (<i>related to</i>)	Tanda/Gejala (<i>as evidenced by</i>)
Resiko jatuh	kelemahan otot, gangguan keseimbangan,	riwayat jatuh, gangguan gait, penglihatan

Diagnosa	Faktor Penyebab (<i>related to</i>)	Tanda/Gejala (<i>as evidenced by</i>)
	polifarmasi yang mempengaruhi kesadaran	menurun, skor risiko jatuh tinggi
gangguan mobilitas fisik	kekakuan sendi, kelemahan otot, pengaruh penyakit kronis	klien sulit bergerak sendiri, harus dibantu saat bangun, aktivitas harian terbatas
Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari yang dibutuhkan tubuh	penurunan nafsu makan, malabsorpsi, kondisi medis kronis	penurunan berat badan, albumin rendah, lesu
Gangguan memori	perubahan neurologis terkait usia, demensia ringan	lupa kejadian baru-baru ini, bingung orientasi waktu/tempat.
Kekurangan perawatan diri (mandi/kebersihan)	keterbatasan fisik, kognisi menurun, lingkungan kurang aman	klien tidak mampu mandi sendiri, memerlukan bantu total/sebagian.

(NANDA International, 2024–2026; Nasrullah, Dede, 2021)

Berikut ini contoh sederhana diagnosa asuhan keperawatan gerontik dengan menggunakan standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI)

1. Nama Diagnosa (SDKI)

Resiko jatuh

“ Berisiko mengalami peningkatan rentang tubuh ke permukaan tanah yang tidak diinginkan ” atau “risiko meningkatkan kejadian jatuh yang dapat menyebabkan cedera pada lansia ”

(Kategori: Diagnosa Risiko menurut SDKI)

2. Faktor Risiko (Etiologi / Related Factors menurut SDKI)

Untuk lansia, faktor risiko dapat meliputi:

a. Faktor individu

- 1) Kelemahan otot
- 2) Gangguan keseimbangan
- 3) Penurunan fungsi kognitif
- 4) Vertigo
- 5) Gangguan penglihatan
- 6) Polifarmasi (≥ 4 obat)
- 7) Obat sedatif / antihipertensi / hipoglikemik

b. Faktor lingkungan

- 1) Lantai licin
- 2) Pencahayaan buruk
- 3) Kabel/karpet berantakan

- 4) Tempat tidur terlalu tinggi
- 5) Tidak ada pegangan (handrail)

Contoh penulisan etiologi SDKI:

Risiko jatuh berhubungan dengan kelemahan otot, gangguan keseimbangan, dan penggunaan obat sedatif.

3. Data Pendukung / Faktor Pendukung

(SDKI untuk diagnosa risiko menekankan faktor risiko)

Tetapi data pendukung yang ditemukan pada pengkajian bisa berupa:

- a. Lansia tampak berjalan tidak stabil
- b. Tanda *Berg Balance Score* rendah
- c. Nilai *Timed Up and Go Test* > 12 detik
- d. Riwayat jatuh sebelumnya
- e. Tekanan darah mudah turun (hipotensi ortostatik)

C. PERENCANAAN KEPERAWATAN GERONTIK

Perencanaan keperawatan gerontik ini merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan. Perawat memerlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan diantaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan kepercayaan klien, batasan praktek keperawatan, peran dari tenaga kesehatan lainnya. Pengetahuan dan keterampilan lain yang harus dimiliki perawat adalah kemampuan memecahkan masalah, kemampuan

mengambil keputusan, kemampuan menulis tujuan serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis intruksi keperawatan serta kemampuan dalam melaksanakan kerja sama dengan perangkat kesehatan lain.

Perencanaan asuhan keperawatan geriatri adalah proses sistematis dalam menyusun rencana tindakan keperawatan bagi lansia berdasarkan hasil pengkajian dan diagnosa keperawatan, untuk mencapai status kesehatan optimal serta mempertahankan fungsi dan kualitas hidup lansia. Perencanaan ini mencakup penyusunan tujuan, penentuan prioritas, pemilihan intervensi, koordinasi dengan tim kesehatan, dan evaluasi yang berkelanjutan. Dalam konteks geriatri, perencanaan harus mempertimbangkan perubahan fisiologis, psikologis, sosial, spiritual, serta risiko komplikasi yang tinggi seperti jatuh, polifarmasi, demensia, dan malnutrisi.

Perencanaan keperawatan gerontik dapat menggunakan standar keperawatan Indonesia, yaitu SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) sebagai kerangka untuk menetapkan intervensi asuhan keperawatan pada lansia (Ruslang, Hasbullah, Nirmawati, 2022 ; Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2017)

Berikut ini contoh rencana intervensi asuhan keperawatan gerontik dengan menggunakan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI).

Untuk diagnosa *Risiko Jatuh*, SIKI menggunakan intervensi utama: Pencegahan Jatuh (I.03194)

Tujuan Umum:

Klien tidak mengalami jatuh selama masa perawatan.

Tindakan Keperawatan:

1. Observasi

- a. Memantau kemampuan klien dalam berjalan, berdiri, dan keseimbangan.
- b. Mengkaji tingkat risiko jatuh menggunakan instrumen (*Morse Fall Scale / Humpty Dumpty / lainnya*).
- c. Mengidentifikasi obat-obatan yang meningkatkan risiko jatuh (sedatif, antihipertensi, diuretik).
- d. Mengobservasi kondisi lingkungan: pencahayaan, lantai licin, kabel berserakan, ketinggian tempat tidur.

2. Terapeutik

- a. Memberikan edukasi tentang pencegahan jatuh kepada klien dan keluarga.
- b. Mengajarkan teknik mobilisasi yang aman (bangun dari duduk secara perlahan).
- c. Mengajarkan penggunaan alat bantu (walker, tongkat) dengan benar.

3. Lingkungan

- a. Menjaga lantai tetap kering dan tidak licin.
- b. Memasang pegangan (handrail) di kamar mandi.

- c. Menyesuaikan tinggi tempat tidur.
 - d. Memasang lampu tidur di malam hari.
4. Keamanan Pasien
- a. Memasang side rails (pagar tempat tidur) bila diperlukan.
 - b. Menempatkan bel pasien dalam jangkauan.
 - c. Menempatkan barang-barang penting dalam jarak yang mudah dijangkau.
 - d. Menempatkan klien berisiko di ruang dekat nurse station.
5. Kolaborasi
- a. Kolaborasi dengan fisioterapis untuk latihan keseimbangan dan kekuatan otot.
 - b. Kolaborasi dengan dokter bila terindikasi adanya efek samping obat yang memengaruhi orientasi atau keseimbangan.

Intervensi Tambahan (Opsional / Pendukung)

I.03053 – Manajemen Lingkungan

1. Mengatur tata ruang bebas hambatan.
2. Mengupayakan pencahayaan optimal.
3. Memastikan penggunaan alas kaki yang aman.

I.03074 – Manajemen Risiko

1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh pada klien.
2. Mengembangkan rencana pencegahan risiko jatuh individual.
3. Memastikan klien selalu mendapat pendampingan ketika mobilisasi.

D. IMPLEMENTASI / PELAKSANAAN KEPERAWATAN GERONTIK

Pelaksanaan tindakan merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan), strategi ini terdapat dalam rencana tindakan keperawatan. Tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal, diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada lansia, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari lansia dan memahami tingkat perkembangan lansia. Tindakan keperawatan gerontik adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dimana pelaksanaan tindakan gerontik diarahkan untuk mengoptimalkan kondisi lansia agar mampu mandiri dan produktif.

E. EVALUASI KEPERAWATAN GERONTIK

Tahap penilaian atau evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan gerontik. Penilaian yang dilakukan dengan membandingkan kondisi lansia dengan tujuan yang ditetapkan pada rencana. Evaluasi dilaksanakan berkesinambungan dengan melibatkan lansia dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan yang telah ditetapkan dengan respon perilaku lansia yang ditampilkan.

Kegiatan ini untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan gerontik dapat menggunakan standar keperawatan Indonesia, yaitu SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) sebagai kerangka untuk menetapkan hasil luaran asuhan keperawatan pada lansia (Ruslang, Hasbullah, Nirmawati, 2022, TIM POKJA SLKI DPP PPNI, 2018).

Berikut ini contoh evaluasi asuhan keperawatan gerontik dengan menggunakan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI).

Nama Luaran: Pencegahan Jatuh (L.14130)

Tujuan: Risiko jatuh menurun pada lansia dalam periode pemantauan.

Indikator (Skala 1–5):

1. Klien tidak mengalami jatuh
2. Lingkungan aman dan bebas hambatan
3. Klien mampu menggunakan alat bantu dengan benar
4. Gaya berjalan stabil dan tingkat keseimbangan meningkat
5. Klien memahami edukasi pencegahan jatuh

F. RANGKUMAN

Asuhan keperawatan gerontik holistik adalah proses pelayanan yang memandang lansia sebagai individu yang utuh, mencakup interaksi antara aspek fisik, psikologis, kognitif, sosial, spiritual,

fungsional, dan lingkungan, sehingga pengkajian dilakukan secara multidimensi melalui *pengkajian yang komprehensif* untuk mengidentifikasi kebutuhan dan masalah secara menyeluruh. Pendekatan ini berlandaskan prinsip *person-centered care*, di mana perawat menempatkan lansia sebagai mitra utama dalam menentukan tujuan perawatan, menghargai nilai, preferensi, pengalaman hidup, serta mempertahankan martabat dan kemandiriannya. Setiap keputusan klinis didukung oleh *evidence-based* agar intervensi yang diberikan aman dan efektif sesuai bukti ilmiah terbaru mengenai pencegahan jatuh, manajemen nyeri, peningkatan fungsi dan sebagainya. Hasil pengkajian komprehensif kemudian dianalisis untuk menetapkan diagnosis keperawatan yang mencerminkan respons lansia terhadap masalah kesehatan, seperti gangguan mobilitas, risiko cedera atau jatuh baik berdasarkan taksonomi NANDA maupun SDKI. Intervensi dirancang secara spesifik, terintegrasi, dan individual guna meningkatkan kemandirian dan kualitas hidup. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan menilai pencapaian tujuan, perubahan fungsi, penurunan risiko, stabilitas kognitif-emosional, dan tingkat kepuasan lansia untuk memastikan bahwa seluruh komponen asuhan berjalan efektif dan tetap selaras dengan kebutuhan lansia yang dapat berubah seiring waktu. Pendekatan holistik ini memastikan bahwa keperawatan gerontik tidak hanya berfokus pada penyakit, tetapi juga pada

kebermaknaan hidup, keseimbangan fungsi, dan kesejahteraan menyeluruh lansia.

G. TES FORMATIF

1. Alat/instrumen yang paling tepat untuk mendukung *evidence-based assessment* pada fungsi kognitif lansia adalah...
 - a. Braden Scale
 - b. Morse Fall Scale
 - c. Mini-Cog atau MMSE
 - d. Visual Analogue Scale (VAS)
 - e. Barthel Index
2. Ketika melakukan pengkajian multidimensi, perawat menemukan bahwa seorang lansia mengeluh kesepian. Pada domain mana masalah ini termasuk?
 - a. Biologis
 - b. Psikologis
 - c. Sosial
 - d. Spiritual
 - e. Fungsional
3. Prinsip *person-centered care* dapat meningkatkan kualitas pengkajian karena...
 - a. Mempercepat proses dokumentasi
 - b. Membuat semua lansia memiliki rencana perawatan yang sama

- c. Meningkatkan keterlibatan lansia sehingga data lebih akurat dan bermakna
 - d. Membuat keluarga menjadi penentu utama keputusan
 - e. Mengurangi kebutuhan instrumen pengkajian standar
4. Seorang lansia dengan riwayat hipertensi mengatakan sering sulit tidur karena cemas memikirkan kesehatannya. Diagnosis pada aspek psikologis yang paling tepat adalah...
- a. Koping tidak efektif
 - b. Ansietas
 - c. Gangguan memori
 - d. Ketidakpatuhan
 - e. Defisit pengetahuan
5. Dalam pendekatan holistik, prioritas intervensi ditentukan berdasarkan...
- a. masalah fisiologis atau biologis
 - b. Keinginan keluarga / pasien
 - c. Integrasi masalah biologis, psikologis, sosial, dan spiritual
 - d. Diagnosis medis dokter
 - e. Kondisi pasien dan keluarga

H. LATIHAN

Pak Surya, 74 tahun, tinggal bersama anak bungsunya. Ia memiliki riwayat hipertensi, osteoarthritis lutut, dan sering mengeluh sulit tidur. Dua bulan terakhir, ia tampak menarik diri dari kegiatan

posyandu lansia dan lebih banyak duduk di kamar. Ia mengatakan lututnya sering nyeri ketika berjalan sehingga enggan keluar rumah. Saat pengkajian, perawat menemukan TD 60/90 mmHg, nyeri lutut skala 6/10 saat menapak, pola tidur terganggu (tidur hanya 3–4 jam/malam). Klien tampak cemas, mengatakan merasa “merepotkan keluarga”. Hubungan dengan anak baik, tetapi klien merasa kehilangan teman karena “tidak ada yang datang menjenguk”. Klien tetap berdoa setiap hari, tetapi mengaku sulit berkonsentrasi karena nyeri dan pikiran tidak tenang.

Tugasnya :

1. Identifikasi tiga diagnosa keperawatan yang paling prioritas berdasarkan pendekatan gerontik holistik menggunakan SDKI
2. Identifikasi factor yang berhubungan dan data pendukung untuk masing-masing masalah.
3. Buat rencana intervensi berdasarkan SIKI untuk masing-masing masalah atau diagnose.
4. Sebutkan luaran yang diharapkan jika intervensinya berhasil.

KEGIATAN BELAJAR 5

PERAWATAN PALIATIF DAN AKHIR KEHIDUPAN PADA LANSIA

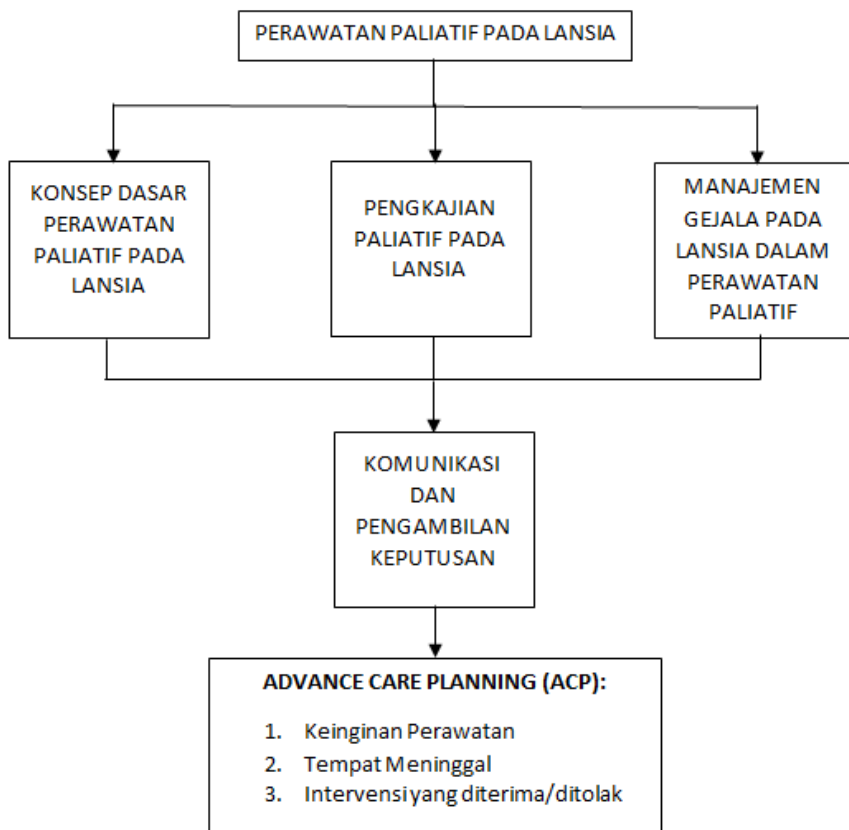
DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pada BAB ini membahas konsep, prinsip dan praktik perawatan paliatif pada lansia dengan focus pada peningkatan kualitas hidup, pengendalian gejala, komunikasi terapeutik, serta pengambilan Keputusan di akhir kehidupan. Mahasiswa akan mempelajari cara melakukan pengkajian komprehensif, merencanakan asuhan berbasis bukti dan memberikan dukungan kepada keluarga. Pembelajaran ini membekali mahasiswa dengan kompetensi dasar memberikan perawatan paliatif yang manusiawi, aman dan berpusat pada kebutuhan lansia.

KOMPETENSI PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep, tujuan dan prinsip dasar perawatan paliatif pada lansia.
2. Mahasiswa mampu mengidentifikasi kebutuhan lansia terkait peningkatan kualitas hidup dan pengendalian gejala.
3. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian paliatif komprehensif sesuai kondisi fisik, psikologis, sosial dan spiritual lansia.
4. Mahasiswa dapat mengetahui instrument pengkajian paliatif komprehensif pada lansia.

PETA KONSEP PEMBELAJARAN



A. KONSEP DASAR DAN URGENSI PERAWATAN PALIATIF PADA LANSIA

Perawatan paliatif adalah pendekatan komprehensif yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya saat menghadapi penyakit yang mengancam nyawa (De Luca et al., 2025). Pendekatan ini tidak hanya menyoroti gejala fisik, tetapi

juga memberikan perhatian pada aspek psikologis, sosial, dan spiritual. World Health Organization (WHO) (2020) menegaskan bahwa perawatan paliatif merupakan bagian dari layanan kesehatan berpusat pada manusia dan harus diberikan sepanjang perjalanan penyakit, bukan hanya pada fase terminal. Artinya, paliatif merupakan pendampingan menyeluruh yang dimulai sejak dini untuk mencegah dan mengurangi penderitaan.

Pada lansia, kebutuhan paliatif semakin penting karena mereka umumnya memiliki masalah kesehatan multidimensional seperti komorbiditas, frailty, dan keterbatasan aktivitas sehari-hari (Van den Block et al., 2025). Kondisi ini sering menambah beban fisik dan emosional bagi keluarga atau *caregiver* (Sanders et al., 2024). Karena itu, perawatan paliatif harus memahami kondisi bio-psiko-sosial-spiritual lansia secara utuh.

Prinsip dasarnya menempatkan martabat serta preferensi lansia sebagai pusat pelayanan (*person-centered care*) (Long et al., 2024). Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) (2025) menekankan bahwa keputusan klinis perlu selaras dengan nilai hidup pasien dan pilihan keluarga, sehingga komunikasi terapeutik yang terbuka, empatik, dan berkesinambungan menjadi sangat penting untuk memastikan kebutuhan dan harapan tersampaikan dengan jelas.

Komunikasi terapeutik ini membantu lansia dan keluarga memahami kondisi penyakit, pilihan terapi, serta konsekuensi yang

mungkin terjadi (Sanders et al., 2024; WHO, 2018). Pada fase akhir kehidupan, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2024) menekankan perlunya tenaga kesehatan mampu mengenali gejala akhir hayat, mengelola hidrasi, serta menjaga komunikasi yang sensitif. Bagian penting lainnya adalah *advance care planning*, yaitu proses yang memberi ruang bagi lansia untuk menyampaikan preferensi perawatan sebelum kondisinya memburuk.

Di Indonesia, urgensi layanan paliatif diperkuat melalui pembaruan pedoman nasional oleh Kementerian Kesehatan RI (2023), yang menegaskan bahwa pelayanan paliatif harus tersedia dari fasilitas primer hingga rujukan. Perawat menjadi tenaga kunci dalam penerapannya.

Secara keseluruhan, perawatan paliatif pada lansia merupakan kebutuhan fundamental karena mampu memberikan dukungan holistik, meningkatkan kenyamanan, membantu pengambilan keputusan yang lebih bijaksana, serta menjaga martabat lansia hingga akhir kehidupan.

B. PENGKAJIAN DALAM PERAWATAN PALIATIF

Pengkajian merupakan langkah penting dalam perawatan paliatif untuk menyesuaikan intervensi dengan kondisi kebutuhan lansia. Dua instrumen yang sering digunakan adalah *Edmonton Symptom Assessment System-Revised* (ESAS-R) untuk menilai gejala utama

dan *Palliative Performance Scale* (PPS) untuk melihat fungsi dan tingkat ketergantungan. Keduanya mudah digunakan, tidak membutuhkan kemampuan kognitif tinggi dan dapat dibantu oleh keluarga atau tenaga kesehatan. Penggunaan bersama kedua instrumen ini membuat pengkajian lebih komprehensif dan sesuai dengan karakteristik lansia.

1. Pengkajian Menggunakan ESAS-R

Pengkajian gejala adalah langkah awal untuk memahami kondisi lansia dalam perawatan paliatif. Instrumen ini menilai sembilan gejala utama, seperti nyeri, lelah, mual, cemas, depresi, mengantuk, nafsu makan turun, rasa tidak nyaman, dan sesak, dengan skala 0–10. Skala ini bikin tenaga kesehatan lebih mudah memetakan seberapa berat gejala yang dirasakan (Alberta Health Service, 2019).

Appendix F: Edmonton Symptom Assessment System (revised version)

Please circle the number that best describes how you feel NOW:

No pain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible pain
No tiredness <i>Tiredness = lack of energy</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible tiredness
No drowsiness <i>Drowsiness = feeling sleepy</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible drowsiness
No nausea	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible nausea
No lack of appetite	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible lack of appetite
No shortness of breath	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible shortness of breath
No depression <i>Depression = feeling sad</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible depression
No anxiety <i>Anxiety = feeling nervous</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible anxiety
Best wellbeing <i>Wellbeing = how you feel overall</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible wellbeing
No _____ Other problem (e.g. constipation)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible _____
Patient's name: _____						Completed by (check one):					
Date: _____						☐ Patient					
Time: _____						☐ Family caregiver					
						☐ Health-care professional caregiver					
						☐ Caregiver-assisted					

Gambar 5.1 ESAS-R
Sumber: RNAO (2011)

Tabel 5.1 Interpretasi Kategori Gejala
Sumber: Alberta Health Service (2019)

Skor	Kategori Gejala	Interpretasi dan Tindakan
0-3	Ringan	Gejala minimal, pemantauan rutin cukup.
4-6	Sedang	Perlu perhatian lebih, evaluasi penyebab, dan mulai intervensi

Skor	Kategori Gejala	Interpretasi dan Tindakan
		sesuai kebutuhan
7-10	Berat	Gejala signifikan, butuh intervensi segera dan penyesuaian rencana perawatan
≥4		Menandakan perlunya tindakan lanjut klinis, baik penilaian lanjutan maupun terapi tambahan

2. Pengkajian Menggunakan PPS

Pasien paliatif perlu dinilai dari aspek fungsi dan kemampuan menjalani aktivitas sehari-hari. Instrumen ini memberikan gambaran menyeluruh tentang status fungsional lansia melalui penilaian terhadap ambulasi, aktivitas, tingkat penyakit, kemampuan perawatan diri, asupan makan, dan tingkat kesadaran. Skor PPS berkisar dari 100 persen hingga 0 persen, dengan skor yang lebih rendah menunjukkan penurunan fungsi, peningkatan ketergantungan, serta memburuknya kondisi klinis.

Appendix A: Palliative Performance Scale (PPS)

PPS Level	Ambulation	Activity & Evidence of Disease	Self-Care	Intake	Conscious Level
100%	Full	Normal activity & work No evidence of disease	Full	Normal	Full
90%	Full	Normal activity & work Some evidence of disease	Full	Normal	Full
80%	Full	Normal activity with effort Some evidence of disease	Full	Normal or reduced	Full
70%	Reduced	Unable normal job/work Significant disease	Full	Normal or reduced	Full
60%	Reduced	Unable hobby/house work Significant disease	Occasional assistance necessary	Normal or reduced	Full or confusion
50%	Mainly Sit/Lie	Unable to do any work Extensive disease	Occasional assistance required	Normal or reduced	Full or confusion
40%	Mainly in Bed	Unable to do most activity Extensive disease	Mainly assistance	Normal or reduced	Full or drowsy +/- confusion
30%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Normal or reduced	Full or drowsy +/- confusion
20%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Minimal to sips	Full or drowsy +/- confusion
10%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Mouth care only	Drowsy or coma +/- confusion
0%	Death	—	—	—	—

Gambar 5.2 *Palliative Performance Scale (PPS)*

Sumber: Victoria Hospice Society (2017)

Interpretasi PPS (Bischoff et al., 2024):

- PPS $\geq$ 70%: pasien masih fungsional; fokus pada kontrol gejala dan kemandirian.
- PPS 40–60%: peningkatan kebutuhan bantuan; sering digunakan untuk menentukan perawatan lanjutan.
- PPS $\leq$ 30%: prognosis pendek, perawatan akhir kehidupan harus diprioritaskan.

3. Integrasi ESAS-R dan PPS dalam Praktik Keperawatan Paliatif pada Lansia

Integrasi ESAS-R dan PPS memberikan dasar pengkajian yang lebih komprehensif dalam perawatan lansia. ESAS-R menyediakan informasi terstruktur mengenai intensitas gejala yang dilaporkan pasien, sementara PPS menggambarkan dampak klinis gejala tersebut terhadap fungsi dan kapasitas aktivitas sehari-hari (Ezekowitz et al., 2011). Penggunaan kedua instrumen secara simultan memungkinkan perawat menetapkan prioritas intervensi, merancang strategi manajemen gejala yang lebih tepat sasaran serta menentukan kebutuhan pemantauan klinis secara berkala.

Kombinasi kedua instrumen tersebut memperkuat proses komunikasi terapeutik dengan pasien dan keluarga melalui penyampaian informasi yang objektif dan mudah dipahami (Bischoff et al., 2024). Pola perubahan skor dari waktu ke waktu mendukung proses pengambilan keputusan bersama sehingga rencana perawatan tetap relevan, berkesinambungan dan berorientasi pada kebutuhan serta preferensi lansia.

C. MANAJEMEN GEJALA PADA LANSIA DALAM PERAWATAN PALIATIF

Manajemen gejala pada lansia berfokus pada upaya mengurangi penderitaan, meningkatkan kenyamanan dan mempertahankan

kualitas hidup. Lansia memiliki kondisi fisik yang rentan, komorbiditas yang kompleks serta respons yang berbeda terhadap terapi (Best et al., 2020; Hui et al., 2024)

1. Manajemen Nyeri

Nyeri merupakan gejala yang paling sering muncul pada lansia dengan penyakit terminal (Piracha et al., 2024). Penatalaksanaannya meliputi terapi farmakologis dan non-farmakologis. *The American Society of Clinical Oncology* (ASCO) merekomendasikan opioid kerja pendek pada fase awal serta rotasi opioid bila respon kurang optimal (Sanders et al., 2024).

Perawat berperan dalam melakukan pengkajian nyeri, memantau perubahan intensitas dan mendeteksi efek samping obat (Nuraini et al., 2018). Perawat juga memberikan edukasi mengenai penggunaan analgesik dan strategi koping (Cipta et al., 2024), serta dapat memberikan intervensi seperti *guided breathing* atau kompres hangat (Sanders et al., 2024).

2. Manajemen Sesak Napas

Penanganan awal sesak napas berfokus pada intervensi nonfarmakologis seperti posisi duduk, penggunaan kipas, teknik pernapasan, dan pengaturan lingkungan yang sejuk (Kalluri, 2024). Menurut Baker Rogers et al. (2025) menyebutkan bahwa oksigen tidak selalu diperlukan kecuali terdapat hipoksemia, sementara RACGP (2025) menekankan

pentingnya pendekatan yang berorientasi pada kenyamanan. Dalam praktik keperawatan, perawat berperan mengkaji tingkat sesak, memantau pola napas, mengajarkan teknik pernapasan, memastikan posisi dan lingkungan yang mendukung kenyamanan, serta memonitor respons terhadap terapi (Israfil et al., 2025) dan melakukan kolaborasi dengan tim medis agar manajemen sesak napas berlangsung aman dan sesuai kebutuhan lansia.

3. Manajemen Delirium Terminal

Delirium terminal sering muncul pada lansia menjelang akhir kehidupan dan dapat menimbulkan agitasi, distress keluarga serta penurunan kenyamanan (Sanders & Downar, 2025). Penatalaksanaan awal dimulai dengan mengidentifikasi dan mengatasi faktor pemicu seperti infeksi, retensi urin, konstipasi, hipoksia atau efek obat. Bila intervensi nonfarmakologis tidak memadai antipsikotik seperti haloperidol dapat dipertimbangkan dengan pemantauan ketat karena lansia sangat rentan terhadap efek samping (Hui et al., 2024). Dalam konteks keperawatan, perawat berperan penting dalam mendeteksi perubahan status mental, memantau faktor pemicu, menjaga lingkungan tetap tenang dan aman, memberikan edukasi kepada keluarga serta mengevaluasi respons terhadap terapi (Sanders & Downar, 2025) dan berkolaborasi dengan tim medis untuk memastikan kenyamanan optimal pada fase akhir kehidupan.

4. Manajemen Gejala Lain yang Sering Muncul

Gejala lain seperti mual, konstipasi, anoreksia, kelelahan, dan gangguan tidur juga memerlukan perhatian khusus dalam perawatan paliatif lansia (Ezekowitz et al., 2011). Konstipasi merupakan keluhan yang sangat umum, terutama pada pengguna opioid, sehingga profilaksis laksatif perlu diberikan sejak awal terapi. Pada anoreksia, pendekatan yang dianjurkan berfokus pada fleksibilitas pola makan, porsi kecil, dan kenyamanan pasien. WHO (2020) menekankan bahwa upaya agresif meningkatkan asupan nutrisi tidak memberikan manfaat bermakna pada fase terminal. Kelelahan dan gangguan tidur dapat ditangani melalui sleep hygiene, aktivitas fisik ringan, relaksasi, serta dukungan psikososial yang membantu mengurangi distress dan meningkatkan kualitas istirahat pasien.

D. KOMUNIKASI DAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN DI PERAWATAN PALIATIF

Dalam keperawatan gerontik, komunikasi terapeutik memegang peran sentral karena lansia sering menghadapi kondisi kesehatan kompleks, keterbatasan fungsional, serta perubahan kognitif yang dapat memengaruhi kemampuan mereka dalam membuat keputusan (AL Shhadat et al., 2025). Perawat berperan sebagai fasilitator utama yang membantu lansia dan keluarga memahami kondisi medis, pilihan perawatan, serta konsekuensi dari setiap

keputusan (Israfil et al., 2025). Pendekatan ini menjadi sangat penting ketika memasuki tahap perawatan paliatif, di mana tujuan utamanya adalah menjaga kenyamanan, martabat, dan kualitas hidup.

Advance Care Planning (ACP) sebaiknya dimulai sejak dini, terutama ketika lansia masih mampu menyampaikan nilai hidup, keinginan, dan preferensi perawatan secara jelas (Piracha et al., 2024). Dalam proses ACP, perawat membantu pasien dan keluarga meninjau tujuan perawatan, menentukan preferensi tempat meninggal, memilih wakil pengambil keputusan, serta membahas intervensi yang ingin diterima atau ditolak, seperti resusitasi, ventilasi mekanik, dialisis, penghentian ICD, dan keputusan mengenai nutrisi artifisial. Pedoman NICE (2024) menekankan bahwa komunikasi dalam proses ini harus dilakukan dengan terbuka, sensitif, dan disertai dokumentasi yang jelas, terutama pada fase akhir kehidupan.

Pada lansia dengan demensia lanjut, peran perawat menjadi semakin krusial karena penurunan kognitif membuat pasien sulit menyampaikan preferensinya. American Geriatrics Society (AGS) merekomendasikan untuk menghindari pemasangan feeding tube pada demensia lanjut, karena tidak memberikan manfaat signifikan terhadap kualitas hidup maupun harapan hidup (Pacala, 2014). Dalam konteks keperawatan gerontik, perawat lebih dianjurkan memberikan *hand-feeding*, yaitu pemberian makan

secara langsung dengan pendekatan yang lembut dan penuh martabat (Yuen et al., 2023). Metode ini tidak hanya mempertahankan kenyamanan tetapi juga memungkinkan hubungan interpersonal yang tetap hangat antara perawat, keluarga, dan lansia.

Keputusan klinis sulit lainnya melibatkan *deprescribing* pada lansia dengan polifarmasi (Hui et al., 2024). Lansia sering menggunakan berbagai obat dalam jangka panjang, sehingga perawat perlu mengidentifikasi obat yang mungkin tidak lagi memberikan manfaat berarti ketika harapan hidup terbatas. Obat preventif seperti statin, aspirin primer, antihipertensi, PPI, dan antidiabetik perlu dievaluasi ulang manfaat-risikonya (Gonçalves et al., 2024). *Deprescribing* yang terencana dapat mengurangi beban obat, mengurangi risiko efek samping, dan meningkatkan kenyamanan tanpa meningkatkan mortalitas.

Secara keseluruhan, dalam keperawatan gerontik, komunikasi yang efektif, ACP yang matang, dan kemampuan menghadapi keputusan klinis sulit merupakan inti dari praktik profesional. Ketiga aspek ini membantu memastikan bahwa perawatan paliatif yang diberikan tetap manusiawi, aman, dan sejalan dengan nilai hidup, preferensi, serta kondisi biologis-psikologis lansia. Perawat, sebagai tenaga kesehatan yang paling dekat dengan pasien dan keluarga, memainkan peran strategis dalam menjaga keberlanjutan komunikasi, mendampingi proses pengambilan

keputusan, dan memastikan perawatan berjalan sesuai tujuan yang disepakati.

E. RANGKUMAN

Perawatan paliatif pada lansia merupakan pendekatan holistik yang berfokus pada peningkatan kualitas hidup melalui pengendalian gejala, dukungan psikologis, sosial, dan spiritual, serta komunikasi yang efektif dalam pengambilan keputusan akhir kehidupan. Proses ini mencakup pengkajian komprehensif menggunakan instrumen ESAS-R untuk menilai intensitas gejala dan PPS untuk menilai tingkat fungsi fisik, sehingga perencanaan asuhan dapat lebih tepat dan individual. Manajemen gejala meliputi penatalaksanaan nyeri, sesak napas, delirium terminal, serta keluhan umum lainnya, dengan perpaduan intervensi farmakologis dan non-farmakologis yang aman sesuai kondisi lansia. Selain itu, komunikasi terapeutik dan Advance Care Planning (ACP) menjadi aspek kunci untuk memastikan perawatan berjalan sesuai nilai, preferensi, dan martabat pasien, termasuk dalam situasi klinis kompleks seperti demensia lanjut atau deprescribing obat. Dengan demikian, perawat berperan penting sebagai pendamping profesional yang memastikan lansia mendapatkan perawatan yang manusiawi, bermakna, dan berpusat pada kebutuhan pasien serta keluarga.

F. TES FORMATIF

1. Instrumen apa yang digunakan untuk menilai intensitas sembilan gejala utama pada lansia dalam perawatan paliatif, dan bagaimana cara interpretasi dasar skornya?
 - a. PPS; skor tinggi menunjukkan fungsi membaik
 - b. ESAS-R; skor 0–3 ringan, 4–6 sedang, 7–10 berat
 - c. WHOQOL; semakin tinggi skor semakin buruk gejala
 - d. APACHE II; skor rendah berarti gejala berat
 - e. GDS; skor tinggi menunjukkan nyeri meningkat
2. Pada lansia dengan PPS $\leq 30\%$, fokus utama dalam perawatan paliatif adalah
 - a. Meningkatkan kemandirian penuh pasien
 - b. Pengaturan nutrisi agresif untuk memperpanjang survival
 - c. Perawatan akhir kehidupan dengan prioritas kenyamanan
 - d. Intervensi kuratif untuk menurunkan progres penyakit
 - e. Rehabilitasi intensif untuk meningkatkan mobilitas

G. LATIHAN

Jelaskan bagaimana integrasi ESAS-R dan PPS dapat membantu perawat dalam menyusun rencana perawatan paliatif yang komprehensif bagi lansia. Berikan contoh situasi klinis sederhana untuk mendukung jawaban Anda.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdi, S., Spann, A., Borilovic, J., de Witte, L., & Hawley, M. (2019). Understanding the care and support needs of older people: A scoping review using the WHO ICF framework. *BMC Geriatrics*, 19(1), 195.
- AL Shhadat, I., Wobst, L.-M., Meyer, G., Makhmutov, R., & Fleischer, S. (2025). The use of palliative care by people of Islamic faith and their preferences and decisions at the end of life: A scoping review. *Palliative and Supportive Care*, 23, e84. <https://doi.org/DOI:10.1017/S1478951525000148>
- Alberta Health Service. (2019). Edmonton Symptom Assessment System – Revised. August 2018.
- Alzheimer's Association. (2022). Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimer's & Dementia*, 18(4), 700–789.
- Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2018). Ageing Process and Physiological Changes. In *Gerontology*. InTech. <https://doi.org/10.5772/intechopen.76249>
- American Geriatrics Society (2016). Guiding Principles for Person-Centered Care of Older Adults. *Nursing*, 24(1), 45–59.
- American Nurses Association (ANA). (2019). Gerontological Nursing: Scope and Standards of Practice.
- Ariyanti S, et al. (2024). Keperawatan Gerontik (Pengetahuan Praktis Bagi Perawat dan Mahasiswa Keperawatan). Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Azizah, L. M. (2017). Keperawatan Lanjut Usia. Graha Ilmu.
- Badan Pusat Statistik. (2020). Statistik Penduduk lanjut usia 2020. Jakarta: Badan Pusat Statistik.

- Baker Rogers, J., Modi, P., & Minter, J. F. (2025). Dyspnea in Palliative Care. In StatPearls (Updated 2023 Apr 3). StatPearls Publishing.
- Beard, J. R., et al. (2016). The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387, 2145–2154.
- Best, M., Leget, C., Goodhead, A., & Paal, P. (2020). An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care*, 19(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4>
- Bischoff, K. E., Patel, K., Boscardin, W. J., O’Riordan, D. L., Pantilat, S. Z., & Smith, A. K. (2024). Prognoses Associated With Palliative Performance Scale Scores in Modern Palliative Care Practice. *JAMA Network Open*, 7(7), e2420472–e2420472. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.20472>
- Bloom, D. E., et al. (2015). Macroeconomic implications of population ageing. *The Lancet*, 385, 649–657.
- British Geriatrics Society (BGS). (2023). Evidence-Based Clinical Toolkit for Geriatric Assessment. London: BGS.
- British Geriatrics Society (BGS). (2023). Guidelines on Person-Centred Comprehensive Geriatric Assessment. London: BGS.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (2024). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Elsevier.
- Chalise, H. N. (2019). Aging: Basic Concept. *American Journal of Biomedical Science & Research* 2019 - 1(1). *AJBSR*.MS.ID.000503.
- Charlotte Eliopoulos. *Gerontological Nursing*, 9th/10th ed., (terbitan modern: 2018–2021). Sumber rujukan dan pratinjau edisi terbaru. shop.lww.com+1
- Cipta, D. A., Andoko, D., Theja, A., Utama, A. V. E., Hendrik, H., William, D. G., Reina, N., Handoko, M. T., & Lumbuun, N. (2024). Culturally sensitive patient-centered healthcare: a focus on health behavior

modification in low and middle-income nations—insights from Indonesia. *Frontiers in Medicine*, 11(April), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1353037>

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381, 752–762.

De Luca, E., Sena, B., Butcher, K., & de Wal, L. J. (2025). Spirituality and palliative care: international models and new perspectives. *Frontiers in Sociology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2025.1523685>

Dewi, S. R. (2015). Buku ajar keperawatan gerontik. Deepublish.

Dewi, S. R. (2020). Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Deepublish.

Dimitriadou, A., et al. (2025). Integrating Evidence-Based and Holistic Principles in Geriatric Nursing. *BMC Nursing*, 24(2), 65–78.

Edelman, C., & Kudzma, E. (2021). *Health Promotion Throughout the Life Span*. Elsevier.

Ekasari, M. F., Riasmini, N. made, & Hartini, T. (2018). Meningkatkan Kualitas Hidup Lansia Konsep Dan Berbagai Intervensi.

Ezekowitz, J. A., Thai, V., Hodnefield, T. S., Sanderson, L., & Cujec, B. (2011). The Correlation of Standard Heart Failure Assessment and Palliative Care Questionnaires in a Multidisciplinary Heart Failure Clinic. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(3), 379–387. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.11.013>

Flint B, Tadi P. Physiology, Aging. [Updated 2023 Jan 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556106/>

Goman, A. M., & Lin, F. R. (2016). Prevalence of hearing loss in the United States. *AJPH*, 106, 1820–1822.

- Gonçalves, F., Gaudêncio, M., Paiva, I., Rego, F., & Nunes, R. (2024). Evaluation of Emotional Distress in Oncology Palliative Patients: Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) and Palliative Outcome Scale (POS)-A Portuguese Cross-Sectional Study. *Cancers*, 16(24). <https://doi.org/10.3390/cancers16244232>
- Hall, J. E. (2020). *Guyton and Hall textbook of medical physiology* (Edisi ke-14). Elsevier.
- Henny Purwanti (2023), Mengenal pentingnya kesehatan mental <https://www.djkn.kemenu.go.id/kanwiljakarta/baca-artikel/16227/Mengenal-Pentingnya-KesehatanMental.html#:~:text=Kesehatan%20mental%20merupakan%20kondisi%20dimana,menghasilkan%2C%20serta%20mampu%20memberikan%20kontribusi>
- Hui, D., Cheng, S.-Y., & Paiva, C. E. (2024). Pharmacologic Management of End-of-Life Delirium: Translating Evidence into Practice. *Cancers*, 16(11). <https://doi.org/10.3390/cancers16112045>
- Hurlock, E. B. (2018). *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Erlangga.
- Hyman, B., Oden, G., & Wagner, M. (2010). The Aging Process: Physiological Changes and Implications for Educators and Practitioners. *Activities, Adaptation & Aging*, 34(2), 148–153. <https://doi.org/10.1080/01924781003773815>
- Imam, S., Edy, S., & Tri, N. (2022). *Keperawatan Usia Lanjut*. Eureka Media Aksara.
- Israfil, I., Agustini, N. L. P. I. B., & Swarjana, I. K. (2025). Developing a culture-based palliative nursing care model in hospitals: a phenomenological study. *Healthcare in Low-Resource Settings*, 13(s1), 100–107. <https://doi.org/10.4081/hls.2025.13398>
- Kalluri, M. (2024). Chronic breathlessness in fibrotic interstitial lung diseases — patient centered assessment and management in

outpatient settings. 13(4), 1056–1075.
<https://doi.org/10.21037/apm-24-7>

Kemendes RI. (2018). Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar. Kementerian Kesehatan RI. 1–582.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). JUKNIS

Kemendiknas Kesehatan RI. (2023). Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif. 1–38.

Kudelka, M., et al. (2024). Comprehensive Geriatric Assessment: An Evidence-Based Approach to Older Adult Care. *Journal of Gerontological Nursing*, 50(3), 21–32.

Leao, Z. M. (2021). Lansia. *Paper Knowledge: Toward a Media History of Documents*, 3(2), 6.

Long, K. N. G., Symons, X., Vanderweele, T. J., Balboni, T. A., Rosmarin, D. H., Puchalski, C., Cutts, T., Gunderson, G. R., Idler, E., Oman, D., Balboni, M. J., Tuach, L. S., & Koh, H. K. (2024). Spirituality As A Determinant Of Health: Emerging Policies, Practices, And Systems. *Health Affairs*, 43(6), 783–790.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.01643>

McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-Centred Practice Framework: Nursing and Healthcare*. Wiley-Blackwell.

McCormack, B., & McCance, T. (2024). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice* (3rd ed.). Wiley-Blackwell.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2023). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice* (5th ed.). Wolters Kluwer.

Miller, C. A. (2012). *Nursing for Wellness in Older Adult*. Lippincott Williams & Wilkins.

- Mitina, M., Young, S., & Zhavoronkov, A. (2020). Psychological aging, depression, and well-being. *Aging* 2020, volume12 no 18.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2024). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Elsevier.
- NANDA International. (2024–2026). *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions and Classification*. Thieme.
- Nasrullah, Dede. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Jilid 1 (NANDA, NIC, NOC)*. Trans Info Media.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2024). *Care of dying adults in the last days of life*. December 2015.
- National Institute on Aging. (2021). *Understanding the Changes That Come With Aging*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Nugroho, W. (2022). *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*. EGC.
- Nugroho. (2016). *Keperawatan Gerontik*. EGC.
- Nuraini, T., Andrijono, A., Irawaty, D., Umar, J., & Gayatri, D. (2018). Spirituality-Focused Palliative Care to Improve Indonesian Breast Cancer Patient Comfort. *Indian Journal of Palliative Care*, 24(2), 196–201. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_5_18
- Pacala, J. T. (2014). Is Palliative Care the “ New ” Geriatrics? Wrong Question — We ’ re Better Together. 1968–1970. <https://doi.org/10.1111/jgs.13020>
- Padila. (2022). *Buku Ajar Keperawatan Geriatrik*. Trans Info Media.
- Piracha, N. Z., Nickel, L. B., Quryshi, A., Salah, R., & Padela, A. I. (2024). Muslims and End-of-Life Healthcare in Non-Muslim Majority Nations: A Systematic Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 67(4), e299–e312. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.01.004>

- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2023). *Fundamentals of Nursing* (11th ed.). Elsevier
- Preston, J., & Biddell, B. (2021). The physiology of ageing and how these changes affect older people. *Medicine*, 49(1), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.011>
- Prince, M., et al. (2015). *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia*. Alzheimer's Disease International.
- Ratnawati, Emmelia.(2018) *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Pustaka Baru.
- RNAO. (2011). Appendix F: Edmonton Symptom Assessment System (revised version). 41(2), 106–107.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.
- Royal Australian College of General Practitioners. (2025). Palliative and end-of-life care. In *Silver Book - Part A*. <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/silver-book/part-a/palliative-care>
- Ruslang, Ns. Hasbullah, Nirmawati Darwis dkk.(2022). *Buku Ajar Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Pendekatan 3S (SDKI, SIKI, SLKI)*. Pustaka Madani.
- Sanders, J. J., & Downar, J. (2025). Managing Agitated Delirium at the End of Life—A Knockout Trial. *JAMA Oncology*, 11(9), 1043–1044. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2025.2175>
- Sanders, J. J., Temin, S., Ghoshal, A., Alesi, E. R., Ali, Z. V., Chauhan, C., Cleary, J. F., Epstein, A. S., Firn, J. I., Jones, J. A., Litzow, M. R., Lundquist, D., Mardones, M. A., Nipp, R. D., Rabow, M. W., Rosa, W. E., Zimmermann, C., & Ferrell, B. R. (2024). Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update. *Journal of Clinical*

- Singh-Manoux, A., et al. (2019). Factors at age 50 and dementia risk. *The Lancet*, 394, 1831–1839.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Cetakan III (Revisi). Jakarta: PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1. Cetakan II. Jakarta: PPNI.
- TIM POKJA SLKI DPP PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Jakarta, Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).
- Touhy, T. A., & Jett, K. (2023). *Ebersole & Hess' Gerontological Nursing & Healthy Aging*. Elsevier.
- United Nations. (2020). *World Population Ageing 2020 Highlights*. DESA.
- Van den Block, L., Nooijer, K., Pautex, S., Pivodic, L., Nicholson, C., Szczerbinska, K., Martins Pereira, S., Tiberini, R., Hanratty, B., & Miranda, R. (2025). A European Association for Palliative Care White Paper defining an integrative palliative, geriatric, and rehabilitative approach to care and support for older people living with frailty and their family carers: a 28-country Delphi study and recommendations. *EClinicalMedicine*, 87, 103403. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103403>
- Victoria Hospice Society. (2017). Appendix A: Palliative Performance Scale (PPS). 30–32. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/palliative1_appendix_a.pdf
- WHO. (2018). Aging and <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

- WHO. (2018). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers.
- WHO. (2020). Palliative care. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care?utm_source=chatgpt.com
- World Health Organization (WHO). (2024). Integrated Care for Older People (ICOPE) Implementation Framework. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2015). World Report on Ageing and Health.
- World Health Organization. (2020). Decade of Healthy Ageing: Baseline Report.
- World Health Organization. (2024). Integrated Care for Older People: Guidelines (2nd ed.). Geneva:WHO.
- Yuen, J. K., Chan, F. H. W., Chan, T.-C., Chow, D. T. Y., Chu, S. T.-W., Shea, Y.-F., & Luk, J. K. H. (2023). Hospital Careful Hand Feeding Program Reduced Feeding Tube Use in Patients with Advanced Dementia. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 27(6), 432–437. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s12603-023-1926-9>

TENTANG PENULIS



Ns. Sri Ariyanti, M.Kep

Seorang Penulis dan Dosen tetap Prodi Ners Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan Barat. Lahir di Kendal, 19 Oktober 1982. Penulis merupakan anak pertama dari dua bersaudara dari pasangan bapak Bambang Saptiyanto, ST dan Ibu Sri Sumarni. Penulis menamatkan pendidikan program Sarjana dan Profesi Keperawatan di Universitas Diponegoro pada tahun 2007 dan menyelesaikan Pasca Sarjana (S2) di Universitas Muhammadiyah Jakarta prodi Magister Keperawatan konsentrasi di bidang Manajemen Keperawatan pada tahun 2017. Buku yang telah ditulis dan terbit berjudul Falsafah dan Teori Keperawatan, Keperawatan Holistik, Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja, Keperawatan Gerontik: Pengetahuan Praktis bagi Perawat dan Mahasiswa Keperawatan, Lansia Sehat dan Mandiri, Buku Ajar Keperawatan Keluarga, Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Sistem Respirasi (Buku Ajar dengan Bilingual Bahasa), Lansia Sehat dan Mandiri, Buku Keperawatan Komunitas. Lansia SMART di Daerah 3T dan Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Penulis dapat dihubungi melalui email ariyanti@stikmuhptk.ac.id.



**Ns. Arnindya Kanti Prasasti, S.Kep.,
M.Kep, Sp.Kep.K**

dilahirkan di Purworejo, 15 Juli 1991 menyelesaikan studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro tahun 2014, melanjutkan pendidikan di Magister Keperawatan peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 2019, dan menyelesaikan studi Ners Spesialis Keperawatan Komunitas pada tahun 2025 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini bekerja sebagai dosen di Universitas Binawan dan aktif mengajar mata kuliah terkait dengan keilmuan Keperawatan Kesehatan Komunitas dan telah menulis beberapa buku serta menerbitkan publikasi penelitian sesuai bidang keilmuannya



**Yohanes Firmansyah, dr. M.H., M.M.,
M.Biomed., M.K.M., AIFO-K**

Lahir di Jakarta pada 28 Desember 1993, merupakan seorang akademisi dan praktisi kesehatan yang aktif di bidang kedokteran, kesehatan masyarakat, serta hukum kesehatan. Ia menyelesaikan pendidikan Sarjana Kedokteran (S1) dan Profesi Dokter di Universitas Tarumanagara, kemudian melanjutkan program magister di berbagai bidang, termasuk Ilmu Biomedik (Universitas Atma Jaya), Manajemen Rumah Sakit (Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya), Hukum Kesehatan (UPN Veteran Jakarta), dan Ilmu Kesehatan Masyarakat (Universitas M. Thamrin). Saat ini, ia juga menempuh Manajemen Administrasi Rumah Sakit (MARS) di Universitas Muhammadiyah Jakarta dan pendidikan doktoral (S3)

di bidang Ilmu Kedokteran di Universitas Hasanuddin. Selain menjabat sebagai dosen Bagian Fisiologi Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara sejak 2023, ia juga memimpin Klinik Citra Semanan sejak 2021. Keterlibatannya di ranah akademik internasional tercermin dari kiprahnya sebagai anggota reviewer pada berbagai jurnal bereputasi Scopus Q1–Q2, serta publikasi artikel ilmiah pada bidang kulit, *aging*, geriatri, metabolisme, kebidanan, hingga bedah saraf.



Tri Nugroho Wismadi, S.Kp. MPH.

Dosen Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bale Bandung, Kabupaten Bandung, Jawa Barat, Lahir di Jakarta, 02 Juni 1965. Anak ketiga dari sembilan bersaudara, pasangan Abdul Karim dan Endang S. Menamatkan pendidikan Diploma III Keperawatan, (tahun 1987) di Akper Depkes RI Jakarta, Program Sarjana/Profesi (S1) Ilmu Keperawatan (tahun 1996) di UI Jakarta, dan Program Magister-S2 Public Health (2001) di Mahidol University, Thailand, Bangkok. Saat ini aktif sebagai pengajar pada beberapa mata kuliah terintegrasi, dan juga sebagai praktisi terapi komplementer.



Deris Riandi Setiawan, S.Kep., Ners., M.Kep.

Saya adalah seorang akademisi di bidang keperawatan yang berfokus pada pengembangan praktik keperawatan paliatif. Perjalanan pendidikan saya dimulai dari Diploma Tiga Keperawatan di Politeknik Kesehatan TNI-AU Ciumbuleuit, kemudian dilanjutkan dengan Sarjana Keperawatan dan

Profesi Ners di STIKes Dharma Husada Bandung. Untuk memperdalam kompetensi klinis, saya menempuh pendidikan Magister Keperawatan dengan konsentrasi Keperawatan Kritis di Universitas Padjadjaran. Saat ini saya bekerja sebagai akademisi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dharma Husada, dengan peran dalam pengajaran, penelitian, dan pengembangan praktik keperawatan, khususnya pada area paliatif. Saya memiliki komitmen untuk memajukan praktik keperawatan yang holistik dan berpusat pada pasien, dengan penekanan pada aspek kemanusiaan, spiritualitas, serta peningkatan kualitas hidup lansia dan pasien dengan penyakit terminal. Sebagai dosen dan peneliti, saya percaya bahwa perawat memiliki peran penting tidak hanya dalam aspek klinis, tetapi juga sebagai pendamping yang membantu pasien dan keluarga menghadapi fase akhir kehidupan dengan bermartabat, penuh empati, dan sesuai nilai-nilai yang mereka junjung.

Penerbit :

Penerbit Buku Sonpedia

Buku Gudang Ilmu, Membaca Solusi
Kebodohan, Menulis Cara Terbaik
Mengikat Ilmu. Everyday New Books



Redaksi :

Jl. Premix No. 07 Kenali Asam Bawah Kota Baru

Kota Jambi 36129

Tel +6282177858344

Email: penerbitbukusonpedia@gmail.com

Website: <https://buku.sonpedia.com/>