

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Apoteker

a. Definisi Apoteker

Di dalam Undang - Undang nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri pada bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan untuk jenis tertentu yang memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan termasuk apoteker. Apoteker merupakan salah satu tenaga kesehatan yang tentunya memiliki peran penting dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat (Saibi, 2015).

Seperti yang tercantum di Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian, bahwa Apoteker merupakan sarjana farmasi yang telah lulus sebagai Apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan Apoteker. Setiap apoteker dan tenaga teknis kefarmasian harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional, standar pelayanan kefarmasian, etika profesi, dan harus menghormati hak-hak pasien serta lebih mengutamakan kepentingan pasien (DepKes RI, 2009).

b. Standar Internasional Praktek Kefarmasian

Standar praktek farmasi yang telah di publikasi oleh Badan Kesehatan dunia bersama asosiasi apoteker/farmasis internasional melalui *Good Pharmacy Practice (GPP)* adalah sebuah panduan cara melakukan praktek farmasi yang baik

bagi apoteker yang harus dijalankan baik di komunitas dan di rumah sakit. Panduan ini dibuat ditujukan kepada apoteker secara bertahap untuk memenuhi kebutuhan apoteker agar dapat melakukan asuhan kefarmasian bagi pasien. Melalui pelaksanaan asuhan kefarmasian inilah apoteker yang bertanggung jawab dan pasien diharapkan dapat memperoleh manfaat yang paling optimal dari pengobatan yang sedang mereka jalani (Saibi, 2015)

Apoteker adalah seorang profesional kesehatan yang sudah terdidik dan terlatih dengan khusus yang disertifikasi oleh otoritas negara. Peran yang dilakukan oleh Apoteker diantaranya yaitu dalam manajemen distribusi obat kepada konsumen dan bertugas dalam melaksanakan upaya - upaya yang tepat untuk memastikan penggunaannya aman dan berkhasiat. Dalam hal ini terjadi peningkatan pemahaman bahwa peran apoteker hanya dalam penyediaan obat pada masyarakat atau pasien saja tidak cukup. Oleh karena itu diperlukan peran yang lebih dari apoteker untuk pasien, agar pasien mendapatkan pengobatan yang baik, sehingga apoteker harus memiliki tanggung jawab yang lebih besar untuk mendapatkan outcome penggunaan obat. Apoteker sebagai profesional kesehatan mempunyai peranan yang sangat penting dalam meningkatkan akses masyarakat terhadap kesehatan dalam mempersempit perbandingan antara benefit potensial obat dan benefit aktualnya. Dengan bertambah kompleks dan beragamnya peran apoteker dalam sistem kesehatan dan kesehatan masyarakat, maka diperlukan penjagaan berkelanjutan terhadap kompetensi apoteker yang selalu mengupdate/memperbaharui keterampilan dan keahliannya (Saibi, 2015).

Dalam misi mulia praktek kefarmasian yang tercantum dalam *GPP* ada 6 komponen yang perlu dipahami dan harus dilaksanakan oleh apoteker agar kehadiran profesi ini dapat berkontribusi terhadap peningkatan kesehatan dan membantu pasien dengan masalah kesehatan yang sedang mereka hadapi dengan menggunakan obat dengan cara yang terbaik. Keenam komponen tersebut adalah:

- a) Selalu ada bagi pasien dengan atau tanpa membuat janji terlebih dahulu;
- b) Mengidentifikasi dan mengelola masalah terkait kesehatan;
- c) Promosi kesehatan;
- d) Menjamin keefektifan pengobatan;
- e) Mencegah efek berbahaya dari obat;
- f) Penggunaan yang bertanggung jawab terhadap sumber daya kesehatan yang terbatas (Saibi, 2015).

c. Peran Apoteker

Apoteker mempunyai peran sebagai pelaku utama pelayanan kefarmasian yang bertugas sebagai pelaksana atau pemberi pelayanan kesehatan yang telah diberi wewenang sesuai kompetensi pendidikan yang sudah diperoleh, sehingga sudah sebagaimana mestinya melaksanakan hak dan kewajibannya (Standar Kompetensi Apoteker Indonesia, 2011).

Dalam mewujudkan keselamatan pasien, apoteker memiliki peran meliputi dua aspek yaitu aspek manajemen dan aspek klinik. Aspek manajemen yaitu pemilihan perbekalan farmasi, pengadaan, penerimaan, penyimpanan dan distribusi, alur pelayanan, sistem pengendalian (misalnya memanfaatkan ilmu teknologi). Pada aspek klinis yaitu berupa skrining permintaan obat (resep atau

bebas), penyiapan obat dan obat khusus, penyerahan dan pemberian informasi obat, konseling, monitoring dan evaluasi. Kegiatan farmasi klinik saat ini sangat dibutuhkan khususnya untuk pasien yang menerima pengobatan dengan tingkat risiko yang tinggi. Keterlibatan apoteker dalam tim pelayanan kesehatan perlu didukung, mengingat keberadaannya melalui kegiatan farmasi klinik terbukti memiliki kontribusi besar dalam menurunkan insiden/ kesalahan (DepKes RI, 2009)

Agar apoteker bisa efektif didalam anggota tim kesehatan, apoteker butuh intelektual untuk melakukan fungsi-fungsi yang berbeda. *World Health Organization (WHO)* menyebutkan tentang peran apoteker dalam pelayanan kesehatan dengan istilah sembilan bintang farmasi (*Nine-Star Pharmacist*):

- 1) *Care Giver*, seorang farmasis / apoteker merupakan profesional kesehatan yg peduli dalam wujud nyata memberi pelayanan kefarmasian kepada pasien dan masyarakat luas, berinteraksi secara langsung meliputi pelayanan klinik, analitik, tehnik.
- 2) *Decision Maker*, seorang farmasis/ apoteker merupakan seorang yang mampu menetapkan/menentukan keputusan terkait pekerjaan kefarmasian, misalnya memutuskan dispensing, penggantian jenis sediaan, penyesuaian dosis, pengantian obat jika ditemukan bahaya yang signifikan, serta keputusan dan rasional.
- 3) *Communicator*, seorang farmasis/apoteker harus mampu menjadi komunikator yang baik, sehingga pelayanan kefarmasian dan interaksi kepada pasien, masyarakat, dan tenaga kesehatan lain dapat berjalan dengan baik, misalnya

menjadi komunikator yang baik dalam PIO (Pelayanan Informasi Obat), penyuluhan, konseling dan konsultasi obat kepada pasien, melakukan kunjungan ke bangsal/ ruang perawatan pasien, pengajar dan narasumber.

- 4) *Manager*, seorang farmasis/apoteker merupakan seorang manajer dalam aspek kefarmasian non-klinis, kemampuan ini harus ditunjang dengan kemampuan manajemen yang baik, contohnya adalah sebagai Kepala Instalasi Farmasi Rumah Sakit harus mampu mengelola perbekalan farmasi dan mengelola karyawan agar dapat melayani dengan optimal dan produktif dalam hal kinerja dan profit, contoh lainnya sebagai Pedagang Besar Farmasi (PBF), manager *Quality Control* (QC), *Quality Assurance* (QA), Manajer Produksi, dan lain lain.
- 5) *Leader*, seorang farmasis/apoteker harus mampu menjadi seorang pemimpin yang memiliki visi dan misi yang jelas, serta dapat mengambil kebijakan yang tepat untuk memajukan institusi/perusahaan/lembaga yang dipimpin, misalnya sebagai Rektor, Dekan, Direktur Rumah Sakit, Direktur Utama di industri farmasi, Direktur marketing, Direktur bagian produksi dan sebagainya.
- 6) *Life Long Learner*, seorang farmasis/apoteker harus memiliki semangat belajar sepanjang waktu, karna informasi/ilmu kesehatan terutama farmasi (obat, penyakit dan terapi) terus berkembang pesat dari waktu ke waktu, sehingga diperlukan untuk memperbaharui pengetahuan dan kemampuan agar bisa mengikuti perkembangan yang ada.
- 7) *Teacher*, seorang farmasis/ apoteker dituntut dapat menjadi seorang pendidik, edukator atau akademisi bagi pasien, masyarakat, maupun tenaga kesehatan

lainnya terkait ilmu farmasi dan kesehatan, baik menjadi guru, dosen, ataupun sebagai seorang farmasis/apoteker yang menyampaikan informasi kepada pasien, masyarakat dan tenaga kesehatan lain agar bisa dipahami secara jelas.

- 8) *Researcher*, seorang farmasis/apoteker merupakan seorang peneliti terutama dalam penemuan dan pengembangan obat-obatan yang lebih baik.
- 9) *Entrepreneur*, seorang farmasis/apoteker diharapkan terjun menjadi wirausaha dalam mengembangkan kemandirian serta membantu mensejahterakan masyarakat misalnya dengan mendirikan perusahaan obat, kosmetik, makanan, minuman, alat kesehatan, baik skala kecil maupun skala besar, dapat mendirikan apotek, bisnis tanaman obat dan lain sebagainya (Putri, 2020).

2. Pelayanan Kefarmasian di Rumah (*Home Pharmacy Care*)

a. Definisi *Home Pharmacy Care*

Pelayanan Kefarmasian di Rumah adalah pelayanan dari apoteker kepada pasien, dimana pelayanan ini dilakukan di rumah terutama untuk kelompok pasien lanjut usia dan pasien yang menggunakan obat dalam jangka waktu lama seperti penggunaan obat-obat kardiovaskular, diabetes, TB, asma dan penyakit kronis lainnya. Pelayanan Kefarmasian di Rumah diharapkan dapat memberikan pemahaman tentang pengobatan dan memastikan bahwa pasien yang berada di rumah dapat menggunakan obat dengan benar sehingga akan meningkatkan kepatuhan pada pasien (DepKes RI, 2008).

Pelayanan HPC yang dilakukan oleh apoteker merupakan pelayanan yang diberikan untuk mendampingi pasien di rumah dengan persetujuan pasien atau keluarganya guna mencapai keberhasilan terapi obat dan meningkatkan kualitas

hidup pasien. Pelayanan HPC tidak dapat dilakukan pada semua pasien karena lamanya waktu pelayanan yang juga berkesinambungan. Menurut (Illahi et al., 2019) penelitian yang dilakukan oleh Suryani pada tahun (2013) menunjukkan bahwa pelaksanaan dari pelayanan kefarmasian residensial dapat memberikan dampak yang positif terhadap pasien yaitu dapat memberikan pemahaman yang lebih kepada pasien tentang penyakit yang dialaminya dan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien (Illahi *et al.*, 2019)

Adapun jenis pelayanan kefarmasian di rumah yang dapat dilakukan oleh apoteker yaitu :

- 1) *Assessment* permasalahan terapi
- 2) Identifikasi kepatuhan dari pasien
- 3) Pendampingan dalam pengelolaan obat
- 4) Konsultasi masalah obat
- 5) Memonitor pelaksanaan, efektivitas dan keamanan penggunaan obat serta dokumentasi pelayanan kefarmasian di rumah.
- 6) Menurut (Utamingrum et al., 2017) didalam penelitian Suryani, *et al* (2013) pemberian *HPC* dengan konseling dilaporkan dapat memberikan pemahaman yang lebih kepada pasien tentang penyakit yang diderita dan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien (Utamingrum *et al.*, 2017).

b. Tujuan *Home Pharmacy Care*

Tujuan dari pelaksanaan HPC menurut (DepKes RI, 2008) diantaranya, yaitu :

- 1) Agar tercapainya keberhasilan terapi obat

- 2) Agar terlaksananya pendampingan dari apoteker kepada pasien untuk mendukung efektifitas, keamanan dan kesinambungan pengobatan.
- 3) Agar terwujudnya komitmen, keterlibatan dan kemandirian pasien dan keluarga dalam penggunaan obat dan atau alat kesehatan yang tepat.
- 4) Agar terwujudnya kerjasama antara profesi kesehatan dengan pasien dan keluarga.

c. Manfaat *Home Pharmacy Care*

Manfaat dari pelaksanaan HPC menurut DepKes RI, (2008) diantaranya, yaitu :

- 1) Bagi Pasien
 - a) Pasien akan terjamin pengobatannya, baik dari keamanan, efektifitas dan keterjangkauan biaya pengobatan.
 - b) Untuk meningkatkan pemahaman pasien terhadap pengelolaan dan penggunaan obat.
 - c) Agar terhindar dari efek samping dan interaksi obat yang tidak diinginkan.
 - d) Agar terselesaikannya masalah dalam penggunaan obat dalam situasi tertentu.
- 2) Bagi Apoteker
 - a) Untuk meningkatkan pengembangan kompetensi apoteker dalam melakukan pelayanan kefarmasian dirumah dengan pasien.
 - b) Agar profesi apoteker dan farmasis lebih diakui oleh masyarakat kesehatan, masyarakat umum dan pemerintah.
 - c) Agar terwujudnya kerjasama antara profesi kesehatan.

d. Kendala Pelaksanaan *Home Pharmacy Care*

Kendala Pelaksanaan HPC berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Nurfauzi *et al.*, (2020) diantaranya yaitu :

1. Menurut Apoteker

- a) Keterbatasan waktu
- b) Keterbatasan jumlah apoteker dan staff
- c) Rendahnya pemahaman pasien terhadap HPC
- d) Kurangnya kerjasama dan pemahaman dari tenaga kesehatan lainnya
- e) Keterbatasan keterampilan dalam memberikan HPC
- f) Tidak ada pasien dengan kategori yang ditetapkan
- g) Prosedur yang rumit untuk melaksanakan HPC
- h) HPC tidak memberikan keuntungan finansial

2. Menurut Dokter

- a) Sumber daya manusia
- b) Waktu
- c) Finansial
- d) Tidak adanya dana dari BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil dari wawancara seorang dokter yang ada di Cilacap, dokter yang memberikan pernyataan tentang kendala tersebut dapat melihat bahwa HPC merupakan upaya yang perlu dilakukan untuk pasien lansia yang mengalami DM Tipe 2 disertai dengan hipertensi secara selektif. Temuan ini dapat menjadi hal penting apabila Indonesia hendak menerapkan HPC secara serius.

2. Lanjut Usia (Lansia)

a. Definisi Lanjut Usia (Lansia)

Proses menua merupakan suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri, mengganti diri, mempertahankan struktur dari fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap *lesion* atau luka (infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Hal ini dikarenakan fisik lansia dapat memperlambat kemunduran fungsi alat tubuh yang disebabkan bertambahnya umur. Kemunduran fungsi tubuh inilah yang dapat menyebabkan kehilangan daya tahan tubuh terhadap infeksi salah satunya adalah penurunan masa otot dan susunan syaraf (Azizah, 2011).

Lanjut usia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun. Dimana pada masa usia ini mengalami berbagai perubahan baik secara fisik, mental maupun sosial. Adapun perubahan yang bersifat fisik antara lain adalah penurunan kekuatan fisik, stamina dan penampilan. Hal inilah yang menyebabkan beberapa orang menjadi depresi atau merasa tidak senang saat memasuki masa usia lanjut. Mereka menjadi tidak efektif dalam pekerjaan dan peran sosial, jika mereka bergantung pada energi fisik yang sekarang tidak dimilikinya lagi (Azizah, 2011).

Lansia merupakan tahap akhir dari perkembangan hidup manusia. Dimana pada masa ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup dan kepekaan secara individual. Struktur penduduk di dunia termasuk di Indonesia saat ini menuju proses penuaan yang ditandai dengan meningkatnya jumlah dan proporsi penduduk lanjut usia. Peningkatan proporsi pada lansia dalam

masyarakat ini menjadi fenomena di seluruh dunia. *World Health Organization* (WHO) telah mengidentifikasi lansia sebagai kelompok masyarakat yang mudah terserang kemunduran fisik dan mental (Nugroho, 2008).

Lansia adalah bagian dari proses tumbuh kembang dan menua. Semua orang pasti akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Dimasa ini seseorang akan mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial. Usia lanjut ini dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia (Maryam *et al.*, 2008)

Seiring dengan meningkatnya usia, maka akan terjadi perubahan dalam struktur dan fungsi pada sel, jaringan serta sistem organ. Perubahan tersebut mempengaruhi kemunduran kesehatan fisik yang pada akhirnya akan berpengaruh pada kerentanan terhadap penyakit (Akbar *et al.*, 2020)

b. Klasifikasi Lanjut Usia (Lansia)

- 1) Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015), klasifikasi lansia dikelompokkan menjadi 2, yaitu sebagai berikut :
 - a) Usia lanjut yaitu yang berusia (60-69 tahun)
 - b) Usia lanjut dengan risiko tinggi yaitu yang berusia (lebih dari 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan) (Akbar *et al.*, 2020).
- 2) Menurut WHO, klasifikasi lansia dikelompokkan menjadi 4 yaitu, sebagai berikut :
 - a. Usia pertengahan atau (*middle age*), yaitu seseorang yang mempunyai usia 45 – 59 tahun.

- b. Usia lanjut atau (*elderly*) yaitu seseorang yang mempunyai usia 60 – 74 tahun.
 - c. Lanjut usia tua atau (*old*), yaitu seseorang yang mempunyai usia 75 – 90 tahun dan
 - d. Lanjut usia sangat tua (*very old*), yaitu seseorang yang mempunyai usia > 90 tahun (Widowaty, 2018).
- 3) Menurut Depkes RI (2013) klasifikasi lansia dikelompokkan menjadi 5, yaitu sebagai berikut :
- a) Pra lansia yaitu seorang yang berusia antara 45-59 tahun.
 - b) Lansia ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
 - c) Lansia risiko tinggi ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
 - d) Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
 - e) Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Ayu & Syaripuddin, 2019).

c. Karakteristik Lanjut Usia (Lansia)

- 1) Menurut pusat data dan informasi dari kementerian kesehatan RI (2016), karakteristik lansia dikelompokkan berdasarkan :
- a) Jenis kelamin
- Lansia lebih didominasi oleh jenis kelamin perempuan. Ini menunjukkan bahwa angka harapan hidup yang paling tinggi adalah perempuan.

b) Status perkawinan

Dilihat dari status perkawinannya sebagian besar lansia yang berstatus kawin sebanyak 60% dan cerai mati sebesar 37%.

c) *Living arrangement*

Angka beban tanggungan merupakan angka yang menunjukkan perbandingan, dimana banyaknya orang yang tidak produktif yaitu yang berusia 65 tahun dengan orang berusia produktif yaitu yang berusia 15-64 tahun. Angka tersebut menjadi acuan besarnya beban ekonomi yang harus ditanggung penduduk usia produktif untuk membiayai penduduk usia nonproduktif.

d) Kondisi kesehatan

Salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan penduduk adalah angka kesakitan. Angka kesakitan ini menjadi indikator kesehatan negatif, karena semakin rendah angka kesakitan menunjukkan derajat kesehatan penduduk yang semakin baik (Maryam *et al.*, 2008)

2) Karakteristik lansia menurut Ratnawati, (2017) dan Darmojo & Martono, (2006) yaitu, sebagai berikut :

a) Usia

Seperti yang tercantum didalam UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, seseorang yang telah mencapai usia diatas 60 tahun dapat disebut sebagai lanjut usia (Ratnawati, 2017).

b) Jenis kelamin

Berdasarkan Data Kemenkes RI tahun 2015, lanjut usia didominasi oleh jenis kelamin perempuan. Ini menunjukkan bahwa harapan hidup yang paling tinggi adalah perempuan (Ratnawati, 2017).

c) Status pernikahan

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik RI SUPAS (2015), dilihat dari status perkawinannya sebagian besar lansia yang berstatus kawin sebanyak 60 % dan cerai mati sebanyak 37 %. Dari data yang telah diperoleh tersebut menunjukkan bahwa lansia perempuan yang berstatus cerai mati sebanyak 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, karena lansia perempuan yang berstatus cerai mati lebih banyak dan mereka memilih untuk tidak menikah lagi sedangkan lansia laki-laki yang bercerai pada umumnya lebih memilih untuk menikah lagi sehingga presentase yang didapat lansia perempuan lebih banyak dibandingkan lansia laki - laki (Ratnawati, 2017).

d) Pekerjaan

Menurut Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI 2016 pekerjaan lansia dapat diperoleh sumber dana yang sebagian besar memiliki pekerjaan/usaha sebanyak (46,7%), pensiun (8,5%) dan (3,8%) adalah tabungan saudara atau jaminan sosial (Ratnawati, 2017).

e) Pendidikan terakhir

Sebagian besar pendidikan lansia adalah sebagai tenaga terlatih dan sangat sedikit yang bekerja sebagai tenaga profesional. Dengan adanya kemajuan pendidikan saat ini diharapkan akan menjadi lebih baik lagi (Darmojo & Martono, 2006).

f) Kondisi kesehatan

Menurut Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI (2016) angka kesakitan adalah salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan penduduk karena semakin rendah angka kesakitan maka menunjukkan bahwa derajat kesehatan penduduk semakin baik. Angka kesehatan penduduk lansia pada tahun 2014 sebesar 25,05%, artinya pada kondisi ini terdapat 25 orang yang mengalami sakit dari setiap 100 orang lansia. Setelah dilakukan penelitian, penyakit terbanyak yang dialami oleh lansia adalah penyakit tidak menular (PTM) diantaranya yaitu : hipertensi, artritis, stroke, dan diabetes melitus (Ratnawati, 2017).

d. Perubahan pada Lanjut Usia (Lansia)

Proses menua menurut Potter & Perry, (2009) mengakibatkan terjadinya banyak perubahan pada lansia diantaranya yaitu :

1) Perubahan Fisiologis

Pemahaman kesehatan pada lansia tergantung pada persepsi pribadi masing – masing lansia atas kemampuan fungsi tubuhnya. Dimana lansia yang memiliki kegiatan rutin biasanya menganggap bahwa dirinya sehat, sedangkan lansia yang memiliki gangguan fisik, emosi, atau sosial yang tidak dapat mengerjakan kegiatan rutin akan menganggap bahwa dirinya

sedang sakit. Adapun perubahan fisiologis pada lansia diantaranya yaitu : kulit kering, rambut mulai tipis, terjadinya penurunan pendengaran, penurunan refleks batuk, adanya pengeluaran lendir, terjadinya penurunan curah jantung dan sebagainya. Perubahan tersebut tidak bersifat patologis, tetapi perubahan ini dapat membuat lansia lebih rentan terhadap beberapa penyakit. Seiring dengan bertambahnya usia maka terjadi perubahan tubuh secara terus menerus yang dipengaruhi oleh kondisi kesehatan, gaya hidup, stressor, dan lingkungan.

2) Perubahan Fungsional

Perubahan fungsional pada lansia diantaranya yaitu : bidang fisik, psikososial, kognitif, dan sosial. Pada lansia biasanya terjadi penurunan fungsi yang berhubungan dengan penyakit dan tingkat keparahan yang akan memengaruhi kemampuan fungsional dan kesejahteraan seorang lansia.

3) Perubahan Kognitif

Perubahan Kognitif adalah terjadinya perubahan struktur dan fisiologis otak yang dihubungkan dengan gangguan kognitif dimana terjadinya penurunan jumlah sel dan perubahan kadar neurotransmitter pada lansia, baik yang mengalami gangguan kognitif maupun yang tidak mengalami gangguan kognitif. Gejala gangguan kognitif ini diantaranya adalah disorientasi, kehilangan keterampilan berbahasa dan berhitung, serta penilaian yang buruk bukan merupakan proses penuaan yang normal (Potter & Perry, 2009).

a) Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial adalah perubahan yang melibatkan proses transisi kehidupan dan kehilangan selama proses penuaan. Semakin panjang usia seseorang, maka akan semakin banyak transisi dan kehilangan yang harus dihadapi. Perubahan psikososial menurut Ratnawati, (2017) berkaitan dengan keterbatasan produktivitas kerja yang pernah dilakukan. Maka dari itu, lansia yang memasuki masa-masa pensiun akan mengalami kehilangan-kehilangan sebagai berikut:

- a) Kehilangan finansial (pedapatan berkurang).
- b) Kehilangan status (jabatan/posisi, fasilitas).
- c) Kehilangan teman/kenalan atau relasi
- d) Kehilangan pekerjaan/kegiatan.

Kehilangan ini berkaitan dengan beberapa hal, diantaranya yaitu :

- 1) Mulai merasakan atau menyadari kematian, perubahan cara hidup (memasuki rumah perawatan, pergerakan lebih sempit).
- 2) Kemampuan ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan. Biaya hidup meningkat dan biaya pengobatan bertambah padahal penghasilan semakin sulit.
- 3) Adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan fisik
- 4) Timbul kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial.
- 5) Timbulnya gangguan saraf pancaindra seperti kebutaan dan kesulitan dalam mendengar.
- 6) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.

- 7) Rangkaian kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga.
- 8) Berkurangnya kekuatan dan ketegapan fisik (perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri) (Ratnawati, 2017).

3. Kelurahan

a. Definisi Kelurahan

Kelurahan adalah pembagian wilayah administratif di Indonesia di bawah kecamatan. Kelurahan merupakan wilayah kerja lurah sebagai perangkat daerah kabupaten atau kota. Kelurahan dipimpin oleh seorang lurah yang berstatus sebagai Pegawai Negeri Sipil. Kelurahan merupakan unit pemerintahan terkecil setingkat dengan desa (Sedesa, 2020).

Berdasarkan Permendagri 31/2006 tentang pembentukan, penghapusan, dan penggabungan kelurahan, dan Permendagri 28/2006 tentang perubahan status desa menjadi kelurahan, maka syarat-syarat pembentukan suatu kelurahan adalah:

1. Wilayah Jawa dan Bali paling sedikit 4.500 jiwa atau 900 kepala keluarga, dengan luas paling sedikit 3 km².
2. Wilayah Sumatra dan Sulawesi paling sedikit 2.000 jiwa atau 400 kepala keluarga, dengan luas paling sedikit 5 km².
3. Wilayah Kalimantan, NTB, NTT, Maluku, Papua paling sedikit 900 jiwa atau 180 keluarga, dengan luas paling sedikit 7 km².
4. Selain itu, memiliki memiliki kantor pemerintahan, memiliki jaringan perhubungan yang lancar, sarana komunikasi yang memadai, dan

fasilitas umum yang memadai. Kelurahan yang tidak lagi memenuhi kondisi di atas dapat dihapuskan atau digabungkan dengan kelurahan yang lain berdasarkan hasil penelitian dan pengkajian yang dilaksanakan oleh pemerintah daerah kabupaten atau kota.

5. Pemekaran kelurahan dapat dilakukan setelah mencapai paling sedikit lima tahun penyelenggaraan pemerintahan di kelurahan tersebut (Sedesa, 2020).

Kelurahan dipimpin oleh lurah yang dalam pelaksanaan tugasnya memperoleh pelimpahan dari bupati/walikota. Dengan demikian, kelurahan merupakan perwujudan dari dekonsentrasi dalam pemerintahan daerah dari Bupati/Walikota kepada Lurah sebagai instansi vertikal di bawahnya. Oleh karena itu, lurah diangkat oleh bupati/walikota atas usul camat dari pegawai negeri sipil (PNS) yang menguasai pengetahuan teknis pemerintahan dan memenuhi persyaratan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Dalam melaksanakan tugasnya sebagai perangkat daerah lurah bertanggung jawab kepada bupati/walikota melalui camat (Sedesa, 2020).

b. Profil Kelurahan Sidanegara

Berdasarkan data dari Pemda Kabupaten Cilacap, kelurahan Sidanegara adalah sebuah daerah di kecamatan Cilacap Tengah, kabupaten Cilacap, Jawa Tengah. Dengan luas wilayah tersebut sekitar 238.966 Km dan daerah Nusakambangan sekitar 2.215 Km. Kelurahan Sidanegara ini dikelilingi oleh beberapa desa-desa yang

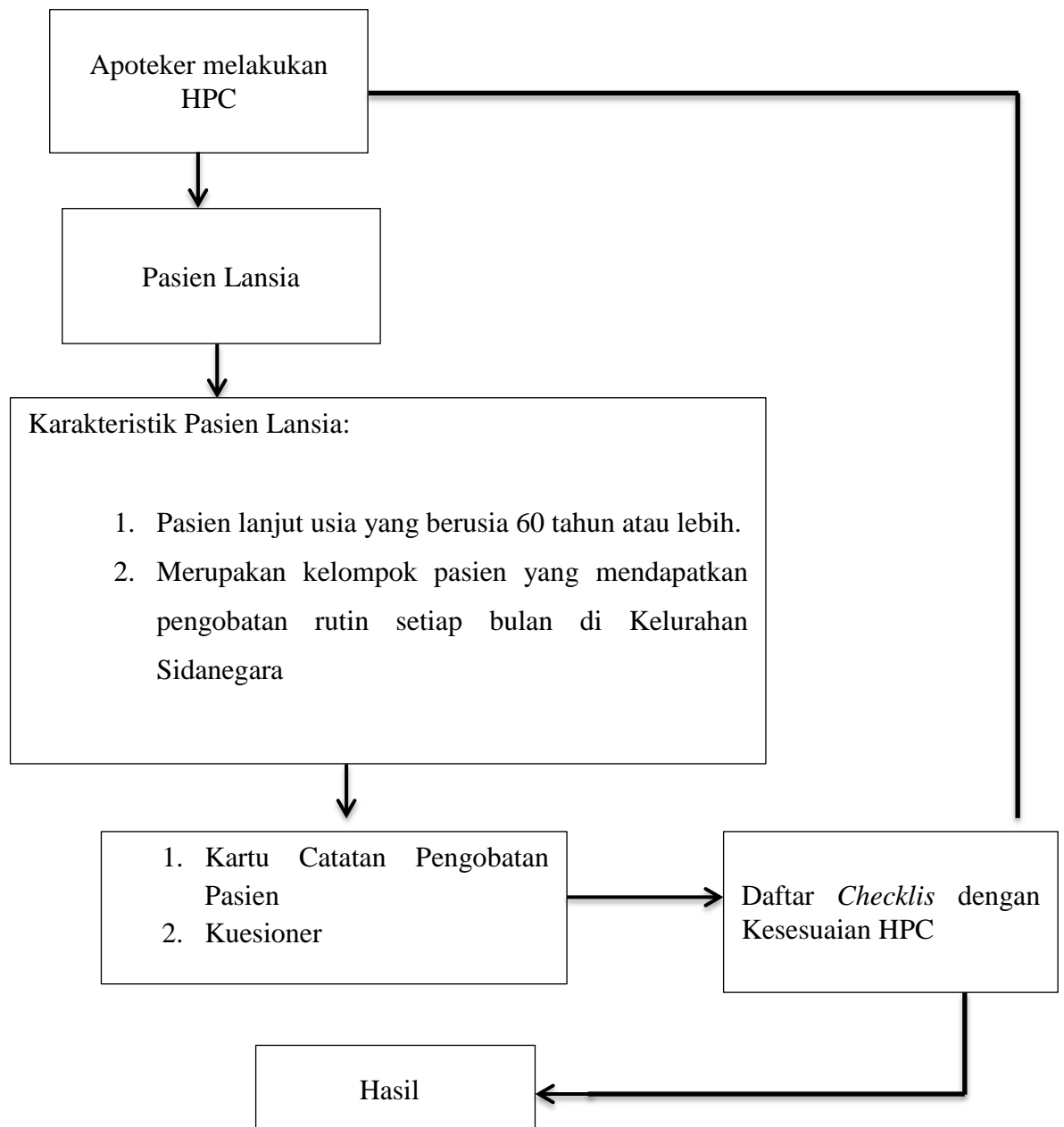
juga memiliki potensi tersendiri. Jarak Kelurahan Sidanegara sendiri dari pusat pemerintahan ibukota kabupaten adalah sekitar 1 Km. Jumlah penduduk daerah laki-laki kurang lebih 12.528 jiwa, jumlah penduduk perempuan sekitar 12.519 jiwa. Perkiraan usia 0-15 tahun adalah 6185 jiwa. Usia produktif atau usia 18-65 tahun adalah 18.225 jiwa. Usia lansia 65 tahun keatas 637 jiwa. Dengan jumlah kepala keluarga sekitar 7.749 KK.

c. Denah Lokasi Kelurahan Sidanegara

Terlampir pada *Lampiran 1*.

B. Kerangka Pemikiran

Berikut adalah kerangka pemikiran pada penelitian ini yaitu :



Gambar 2. 1 Kerangka pemikiran