

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Depresi**

###### **a. Definisi Depresi**

Depresi merupakan suatu keadaan dengan karakteristik gejala berupa rasa sedih yang berkepanjangan, hilangnya minat untuk melakukan kegiatan yang disukai dan diikuti dengan penurunan kemampuan melakukan aktivitas yang biasa dilakukan (Kemenkes RI, 2017).

Depresi adalah gangguan perasaan yang ditandai dengan afek disforik (kehilangan kegembiraan/gairah) disertai gejala-gejala lain, seperti gangguan tidur dan menurunnya selera makan. Depresi biasanya dapat terjadi pada saat seseorang mengalami stres yang tidak kunjung reda dan depresi yang dialami berkolerasi dengan kejadian dramatis yang menimpa seseorang (Lubis, 2016).

###### **b. Tanda dan Gejala Depresi**

Menurut ICD-10 dan PPDGJ-III (Kemenkes RI, 2015) gejala utama yang terjadi pada derajat ringan, sedang dan berat :

###### **1) Afek depresi**

- 2) Kehilangan minat dan kegembiraan
- 3) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan yang mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.
- 4) Konsentrasi dan perhatian berkurang
- 5) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- 6) Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
- 7) Nafsu makan berkurang

Kategori diagnosis depresi ringan (F.32.0), sedang (F.32.1) dan berat (F.32.2) digunakan untuk episode depresi tunggal. Klasifikasi episode depresi berikutnya masuk kedalam kategori diagnosis gangguan depresi berulang (F.33)

- 1) Pedoman Diagnostik Episode Depresi Ringan
  - a) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dan 3 gejala utama depresi
  - b) Sekurang-kurangnya ditambah 2 dari gejala lainnya
  - c) Tidak boleh ada gejala yang berat lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu
  - d) Merasakan sedikit kesulitan dalam melakukan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya
- 2) Pedoman Diagnostik Episode Depresi Sedang

- a) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dan 3 gejala utama
  - b) Sekurang-kurangnya ditambah 3 atau 4 dari gejala lainnya
  - c) Lamanya seluruh episode berlangsung minimal 2 minggu
  - d) Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga
- 3) Pedoman Diagnostik Episode Depresi Berat Tanpa Gejala Psikotik
- a) Mempunyai semua 3 gejala utama depresi
  - b) Sekurang-kurangnya ditambah 4 dari gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat
  - c) Bila ada gejala penting (misal retardasi psikomotor) yang menyolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan keadaan gejalanya secara rinci. Penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresi berat masih dapat dibenarkan
  - d) Pasien tidak mungkin akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada keadaan yang sangat terbatas
- 4) Pedoman Diagnostik Episode Depresi Berat dengan Gejala Psikotik Episode depresi berat yang memenuhi kriteria menurut No. 3 di atas (F.32.2), disertai waham, halusinasi atau

stupor depresi. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang akan mengancam diri pasien. Halusinasi auditorik atau alfatorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran dan retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor.

Menurut Lubis (2016) gejala psikis yang dapat ditimbulkan dari seseorang mengalami depresi, yaitu :

- 1) Kehilangan rasa percaya diri, orang yang mengalami depresi cenderung memandang segala sesuatu dari sisi negatif termasuk menilai diri sendiri. Orang lain akan dinilai lebih sukses, pintar, kaya, beruntung, berpendidikan dan perasaan negatif lainnya
- 2) Sensitif, orang yang mengalami depresi memiliki perasaan yang sangat sensitif dan dapat berakibat pada seseorang yang mudah tersinggung, mudah marah, perasaan curiga, murung, sedih berkepanjangan dan lebih suka menyendiri
- 3) Merasa tidak berguna, perasaan ini muncul dikarenakan mereka merasa gagal terutama pada bidang yang mereka kuasai, contohnya seseorang berkerja dan dinilai atasannya dengan tidak memberikan kontribusi sesuai apa yang diharapkan

- 4) Perasaan bersalah, mereka memandang suatu kejadian yang menimpa dirinya sebagai suatu akibat dari kegagalan tanggung jawab mereka yang seharusnya dikerjakan dan merasa diri mereka menjadi beban bagi orang lain
- 5) Perasaan terbebani, banyak orang yang menyalahkan orang lain atas kesusahan yang dialaminya dan mereka merasa terbebani atas beratnya tanggung jawab yang diberikan kepada mereka

c. Penyebab Depresi

Menurut Azizah (2016) penyebab depresi adalah kombinasi dari faktor predisposisi (teori biologis yang terdiri dari genetik dan biokimia) dan faktor pencetus (teori psikososial yang terdiri dari psiko analisis, kognitif, teori pembelajaran dan teori kehilangan objek).

Faktor penyebab depresi menurut Kaplan (2010) dapat dibagi menjadi beberapa faktor, yaitu : faktor biologi, faktor genetik, faktor psikososial, faktor psikodinamika dan faktor kognitif.

d. Jenis Depresi

Menurut *National Institute of Mental Health* (2010), depresi dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu:

1) *Major depressive disorder* (gangguan depresi berat)

Karakteristik dari gangguan ini adanya beberapa gejala yang timbul dan mengganggu seseorang untuk bekerja, tidur, belajar, makan dan menikmati kegiatan yang disukai. Depresi berat merupakan ketidakmampuan seseorang untuk berfungsi dan melakukan aktivitas secara normal. Depresi berat mungkin hanya terjadi sekali selama hidup seseorang, tetapi kadang hal itu terjadi berulang kali dalam hidup seseorang yang lain

2) *Dysthymic disorder* (gangguan distimik)

Karakteristik gangguan ini ditandai dengan waktu yang lama (dua tahun atau lebih) dan tidak terdapat gejala-gejala yang dapat mengganggu kemampuan seseorang tetapi dapat mengganggu fungsinya secara normal seperti perasaan yang nyaman. Seseorang dengan dysthymia mungkin mengalami sesekali peristiwa depresi berat selama hidupnya

e. Depresi pada Lansia

Menurut Azizah (2016) terdapat 5 pendekatan yang dapat menjelaskan terjadinya depresi pada lansia, yaitu :

1) Pendekatan psikodinamik

Salah satu kebutuhan dalam hidup manusia adalah mencintai dan dicintai, rasa aman dan terlindungi, keinginan

untuk dihargai dan dihormati. Seseorang yang kehilangan akan kebutuhan afeksional dapat terjatuh dalam kesedihan yang begitu dalam. Sebagai contoh seseorang kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan atau jabatan yang akan menyebabkan kesedihan mendalam, kekecewaan diikuti rasa sesal yang akan menyebabkan seseorang itu akan mengalami depresi

## 2) Pendekatan perilaku belajar

Salah satu hipotesis untuk menjelaskan depresi pada lansia adalah seseorang yang kurang menerima hadiah (*reward*) dan hukuman (*punishment*) yang lebih banyak dibandingkan orang lain yang tidak mengalami depresi. Dampak dari kurangnya penerimaan hadiah dan hukuman yang berlebihan mengakibatkan lansia merasakan hidup yang tidak berharga, kecenderungan memiliki harga diri dan konsep diri yang rendah

## 3) Pendekatan kognitif

Seseorang yang mengalami depresi karena memiliki kemapanan kognitif yang negatif untuk menginterpretasikan diri sendiri, dunia dan masa depan hidup mereka

#### 4) Pendekatan humanistik-eksistensial

Teori humanistik dan eksistensial berpendapat bahwa depresi terjadi akibat adanya ketidakcocokan antara *reality self* dan *ideal self* sehingga seseorang terjebak dalam kesedihan dan tidak berusaha mencapai aktualisasi diri

#### 5) Pendekatan fisiologis

Teori fisiologis menjelaskan bahwa depresi terjadi karena aktifitas neurologi yang rendah pada sinaps-sinaps otak yang berfungsi sebagai pengatur rasa kesenangan yang berdampak pada terjadinya depresi

#### f. Alat Ukur Depresi pada Lansia

Depresi dapat mempengaruhi perilaku yang berpengaruh pada aktivitas seseorang terhadap lingkungannya. Gejala depresi pada lansia dapat diukur berdasarkan tingkatan yang sesuai dengan gejala yang ditimbulkan. Beberapa alat ukur yang cukup mudah digunakan dalam mengukur tingkat depresi yang dilakukan oleh peneliti ataupun praktisi klinis adalah *Geriatric Depression Scale (GDS)*, *The Beck Depression Inventory (BDI)* dan *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*.

Alat ukur *Geriatric Depression Scale (GDS)* diperkenalkan oleh Yasavage dkk pada tahun 1983 dengan indikasi utama pada



lanjut usia. Alat ukur GDS ini memiliki keunggulan mudah digunakan dan tidak memerlukan keterampilan khusus dari pengguna. Instrumen GDS ini memiliki sensitivitas 84% dan spesififikasi 95% serta tes reliabilitas dari alat ini *correlates significantly of 0,84* (Burns, 1999; Azizah, 2016). Alat ini terdiri dari 30 pertanyaan yang dibuat sebagai alat penapisan depresi pada lansia. GDS menggunakan format sederhana yang diisi sendiri dengan menjawab “ya” dan “tidak” pada setiap pertanyaan yang memerlukan waktu sekitar 5-10 menit untuk menyelesaikannya. GDS mempunyai dua tipe yang terdiri dari GDS *long form* (30 pertanyaan) dan GDS *short form* (15 pertanyaan). GDS *long form* (30 pertanyaan) dapat dinilai melalui hasil skor 0-10 menunjukkan tidak adanya depresi, skor 11-20 menunjukkan depresi ringan dan skor 21-30 menunjukkan depresi sedang/berat. GDS *short form* (15 pertanyaan) dapat dinilai melalui hasil skor 0-5 menunjukkan tidak adanya depresi, skor 5-10 menunjukkan depresi ringan dan skor 10-15 menunjukkan depresi sedang/berat. Penderita yang telah dilakukan tindakan skrining dan teridentifikasi mengalami suatu penyakit membutuhkan rujukan untuk mendapatkan evaluasi psikiatrik

terhadap depresi secara lebih rinci dikarenakan *Geriatric Depression Scale* (GDS) hanya merupakan suatu alat penapisan..

## 2. Lansia

### a. Defenisi Lansia

Lansia merupakan seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menjadi tua bukanlah bagian dari suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang perlahan mengakibatkan perubahan kumulatif dan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh (Kholifah, 2016).

### b. Batasan Umur pada Lansia

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015) lanjut usia dikelompokkan atau dikategorikan menjadi beberapa bagian, diantaranya: kategori usia lanjut (60-69 tahun) dan kategori usia lanjut dengan resiko tinggi (lebih dari 70 tahun diiringi dengan masalah kesehatan). Sedangkan menurut *World Health Organisation* (WHO) batasan lanjut usia meliputi :

- 1) Usia pertengahan (middle age) antara usia 45 sampai 59 tahun
- 2) Lanjut usia (elderly) antara usia 60 sampai 74 tahun
- 3) Lanjut usia tua (old) antara usia 75 sampai 90 tahun
- 4) Usia sangat tua (very old) diatas usia 90 tahun

c. Karakteristik Lansia

Menurut Pusat Data Informasi Kementerian Kesehatan RI (2016) mengelompokkan karakteristik lansia, antara lain :

1) Jenis kelamin

Lansia lebih banyak mengarah pada jenis kelamin perempuan yang menunjukkan bahwa angka harapan hidup yang paling tinggi adalah perempuan

2) Status perkawinan

Status perkawinan penduduk lansia sebagian besar berstatus kawin sebesar 60 % dan cerai mati sebesar 37 %

3) *Living arrangement*

Angka tanggungan beban merupakan angka yang menunjukkan perbedaan antara orang yang tidak produktif (umur <15 tahun dan >65 tahun) dengan orang yang berusia produktif (16-64 tahun).

4) Kondisi kesehatan

Angka kesehatan penduduk lansia pada tahun 2014 sebesar 25,05 % yang berarti bahwa dari setiap 100 orang lansia terdapat 25 orang diantaranya mengalami sakit

5) Keadaan ekonomi

Penghasilan lansia sebagian besar dari pekerjaan/usaha sebesar (46,7 persen), anak/menantu sebesar (32,1 persen),

suami/istri sebesar (8,9 persen) dan pensiunan sebesar (8,5 persen) selebihnya sebesar 3,8 persen berasal dari tabungan, saudara, orang lain dan jaminan sosial

d. Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Jiwa Lansia

Menurut Priyoto (2015) menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang sangat berpengaruh terhadap kesehatan jiwa lansia, yaitu :

1) Penurunan kondisi fisik

Seseorang yang telah memasuki masa lansia akan mengalami penurunan kondisi fisik seperti tenaga berkurang, energi menurun, kulit keriput dan sebagainya. Kondisi yang terjadi ini akan menimbulkan gangguan atau kelainan fungsi fisik, psikologis maupun sosial sehingga dapat menyebabkan keadaan ketergantungan pada orang lain

2) Penurunan fungsi dan potensi (kemampuan) seksual

Faktor psikologis yang akan ditimbulkan dari kemampuan seksualitas pada lansia seperti rasa malu bila mempertahankan kehidupan seksual, timbulnya kebosanan karena kurang variasi dalam kehidupan, pasangan hidup yang telah meninggal dan disfungsi seksual dikarenakan perubahan hormonal serta terjadinya masalah kesehatan jiwa

### 3) Perubahan aspek psikososial

Umumnya seseorang yang telah memasuki masa lansia akan mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi tidak maksimal. Akibat dari penurunan fungsi kognitif dan psikomotor, lansia akan mengalami perubahan psikososial yang berkaitan dengan kepribadian lansia tersebut

### 4) Perubahan yang berkaitan dengan pekerjaan

Perubahan ini diawali ketika masa pensiun, dimana lansia mengekspresikan perasaan mereka terhadap perubahan pekerjaan. Reaksi setelah pensiun lebih tergantung pada kepribadiannya seperti adanya penerimaan, senang mendapat jaminan, takut kehilangan dan ada yang acuh terhadap pensiun (pasrah)

### 5) Perubahan dalam peran sosial

Perubahan peran sosial terjadi dikarenakan berkurangnya gangguan fungsional seperti fungsi indra pendengaran, penglihatan, fungsi fisik yang mengakibatkan lansia merasa dirinya terasing dari lingkungan sekitar

### 3. Keperawatan

#### a. Tugas dan Wewenang Perawat

Undang-Undang Republik Indonesia No.38 tahun 2014 menyatakan bahwa perawat dalam penyelenggaraan praktik keperawatan bertugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, penyuluh dan konselor bagi klien, pengolah pelayanan keperawatan, peneliti keperawatan, pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang serta pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

#### b. Hak dan Kewajiban Perawat

Menurut Kodim (2018) beberapa hak dan kewajiban perawat, yaitu :

- 1) Hak perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan sebagai berikut :
  - a) Mendapatkan perlindungan hukum saat melaksanakan tugas sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar operasional prosedur dan ketentuan peraturan perundang-undangan
  - b) Mendapatkan informasi yang benar, jelas dan jujur dari klien atau keluarganya

- c) Menerima imbalan jasa atas pelayanan keperawatan yang telah diberikan
  - d) Menolak keinginan klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional dan ketentuan peraturan perundang-undangan
  - e) Mendapatkan fasilitas kerja sesuai dengan standar
- 2) Kewajiban perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan sebagai berikut :
- a) Melengkapi sarana dan prasarana pelayanan keperawatan sesuai dengan standar prosedur operasional dan peraturan perundang-undangan
  - b) Memberikan pelayanan keperawatan berdasarkan kode etik, standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional dan ketentuan peraturan perundang-undangan
  - c) Merujuk klien yang tidak dapat ditangani kepada perawat atau tenaga kesehatan lainnya yang lebih kompeten
  - d) Mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar prosedur operasional
  - e) Memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas dan mudah dimengerti mengenai tindakan keperawatan

kepada klien atau keluarga sesuai dengan batas kewenangannya

- f) Melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi perawat
- g) Melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh pemerintah

c. Peran dan Fungsi Perawat Jiwa

Menurut Azizah, dkk (2016) peran dan fungsi perawat jiwa, meliputi:

1) Pencegahan Primer

Pencegahan primer merupakan suatu intervensi biologi, sosial, psikologi yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit dan menurunkan angka kejadian penyakit dengan mengubah faktor-faktor penyebab sebelum membahayakan penderita. Pencegahan primer ini meliputi *health education*, memodifikasi lingkungan, identifikasi stressor kelompok beresiko, dukungan system sosial dan konsultasi kesehatan jiwa

2) Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder merupakan suatu kegiatan pencegahan dalam menurunkan angka kelainan dengan



penemuan kasus dini, deteksi dini, skrining dan tindakan efektif yang cepat. Pencegahan sekunder ini meliputi psikoterapi, intervensi krisis, pelayanan kedaruratan, penemuan kasus, pengkajian, pemeriksaan dan pengobatan

### 3) Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier merupakan suatu kegiatan dalam mengurangi keparahan, menurunkan gangguan dan kecacatan. Pencegahan tersier ini meliputi rencana pulang klien, rehabilitas, memantau perawatan rumah, perawatan mandiri dan rujuk *self group*

## 4. Pengetahuan dan Kepercayaan Diri

### a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi ketika seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terhadap objek terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba (Notoatmodjo, 2014). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Menurut Notoatmodjo (2014) tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan, yaitu:

1) Tahu (*know*)

Seseorang mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, seperti mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari apa yang telah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2) Memahami (*comprehension*)

Kemampuan untuk menjelaskan secara benar terhadap suatu obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi (*aplication*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.

4) Analisis (*analysis*)

Kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, akan tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi dan berkaitan satu sama lain.

5) Sintesis (*synthesis*)

Kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu bentuk kemampuan menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang baru

## 6) Evaluasi (*evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang telah ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada

Menurut Meliono *et al* (2007), pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya:

### 1) Pendidikan

Sebuah proses perubahan sikap dan tingkah laku seseorang sebagai usaha mendewasakan diri melalui upaya pengajaran dan pelatihan

### 2) Media

Secara khusus didesain untuk mencapai masyarakat yang sangat luas

### 3) Informasi

Sesuatu yang dapat diketahui yang akan menimbulkan sebuah pengetahuan. Menurut RUU teknologi informasi dapat diartikan sebagai suatu tehnik untuk menyiapkan, mengumpulkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisa dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu

#### 4) Pengalaman

Seseorang dapat memperoleh pengetahuan baik dari pengalaman pribadi maupun pengalaman orang lain

#### 5) Lingkungan

Sumber atau pusat belajar dimana seseorang dapat belajar untuk mendapatkan pengetahuan, keterampilan, sikap atau norma-norma tertentu dari lingkungan sekitar.

#### b. Kepercayaan Diri dan Keterampilan

Seorang tenaga kesehatan harus memiliki beberapa kepercayaan diri dalam memberikan pelayanan yang berkualitas kepada klien. Kepercayaan diri adalah sikap mental yang dimiliki oleh seorang untuk menilai sesuatu, sehingga orang tersebut secara mandiri dapat melakukan tindakan berdasarkan kemampuan yang dia miliki (Ghufron, 2011). Menurut Walgito (2003), kepercayaan diri adalah dasar dari pengembangan karakter diri seperti kemandirian, kreatifitas, dan tanggung jawab sebagai karakteristik yang dibutuhkan seseorang dalam menghadapi suatu masalah yang akan datang.

Kepercayaan diri sangat mempengaruhi pada ketahanan diri seseorang dalam menghadapi berbagai masalah. Kepercayaan diri dipengaruhi beberapa faktor baik internal maupun eksternal,

seperti dipengaruhi oleh konsep diri pada seseorang atau penilaian terhadap dirinya sehingga orang tersebut bisa memiliki kepercayaan diri positif ataupun negatif (Suhron, 2017). Faktor yang dapat mempengaruhi kepercayaan diri seseorang dalam melakukan tindakan keperawatan, yaitu:

1) Usia

Bertambahnya usia maka akan mempengaruhi tingkat penglihatan, persepsi maupun kemampuan seseorang didalam menerima informasi sehingga akan mempengaruhi pengambilan keputusan. Usia lebih dewasa umumnya lebih bertanggung jawab, tertib, teliti, bermoral dan lebih berbakti dibandingkan dengan usia muda

2) Jenis kelamin

Pengaruh jenis kelamin dalam bekerja sangat dipengaruhi oleh jenis pekerjaan yang akan dikerjakan

3) Tingkat pendidikan

Pendidikan tinggi akan mempengaruhi kinerja seseorang. Seseorang perawat mengambil pendidikan yang lebih tinggi diharapkan menghasilkan tenaga keperawatan profesional yang mampu melakukan pembaharuan dan perbaikan mutu

pelayanan asuhan keperawatan serta penataan perkembangan kehidupan profesi keperawatan

4) Lama kerja

Seseorang yang mempunyai pengalaman kerja yang lebih lama akan mempengaruhi kualitas pekerjaan seseorang karena adanya kejenuhan. Seseorang yang baru bekerja akan lebih mudah untuk mengadakan pembaharuan dalam keterampilan tindakan keperawatan.

5) Status kerja

Perbedaan status kepegawaian antara pegawai negeri sipil dengan bukan pegawai negeri sipil menyebabkan kesenjangan antar tenaga perawat yang bekerja pada satu sarana pelayanan kesehatan dengan status dan penggajian yang berbeda

Beberapa kemampuan yang harus dimiliki seorang perawat menurut Kodim (2018), antara lain :

1) Kemampuan Intelektual dan Fisik

Kemampuan intelektual adalah kemampuan yang dibutuhkan untuk menjalankan kegiatan mental, sedangkan kemampuan fisik adalah kemampuan yang dibutuhkan untuk

melaksanakan tugas-tugas yang dituntut untuk memiliki stamina, kekuatan, kecekatan dan keterampilan.

Kemampuan intelektual meliputi :

- a) Kecerdasan numerik (kemampuan untuk berhitung dengan cepat dan tepat)
- b) Pemahaman verbal (kemampuan untuk memahami apa yang dibaca dan didengar)
- c) Penalaran induktif (kemampuan mengenali suatu urutan logis dalam suatu masalah dan kemudian memecahkan masalah itu)
- d) Penalaran deduktif (kemampuan menggunakan logika dan menilai implikasi dari suatu argumen)
- e) Ingatan (kemampuan menahan dan menenangkan kembali pengalaman masa lalu)

Kemampuan fisik meliputi :

- a) Kekuatan dinamis (kemampuan untuk menggunakan kekuatan otot secara berulang-ulang)
- b) Kekuatan tubuh (kemampuan dengan mengenakan kekuatan otot-otot tubuh)
- c) Keluwesan dinamis (kemampuan melakukan gerakan cepat)

- d) Keseimbangan (kemampuan mempertahankan keseimbangan meskipun ada kekuatan-kekuatan yang mengganggu keseimbangan itu)
  - e) Stamina (kemampuan melanjutkan kerja sepanjang suatu kurun waktu)
- 2) Kemampuan Hubungan antar Manusia

Hubungan antar manusia merupakan suatu kemampuan dari diri seseorang dengan mengenali sifat, tingkah laku dan pribadi seseorang. Ruang lingkup hubungan antar manusia dalam arti luas adalah interaksi antara seseorang dengan orang lain dalam suatu kehidupan untuk mendapatkan kepuasan hati. Perawat dalam hal ini berusaha mencoba menemukan masalah, mengidentifikasi masalah dan membahas masalah untuk memecahkannya. Hubungan antar manusia merupakan suatu pelaksanaan keterampilan di mana seseorang belajar untuk menghubungkan diri dengan lingkungan sosialnya. Perawat yang memiliki kemampuan hubungan antar manusia yang baik, maka akan memudahkan dalam menjalin hubungan dengan klien dan anggota tim kesehatan lainnya.

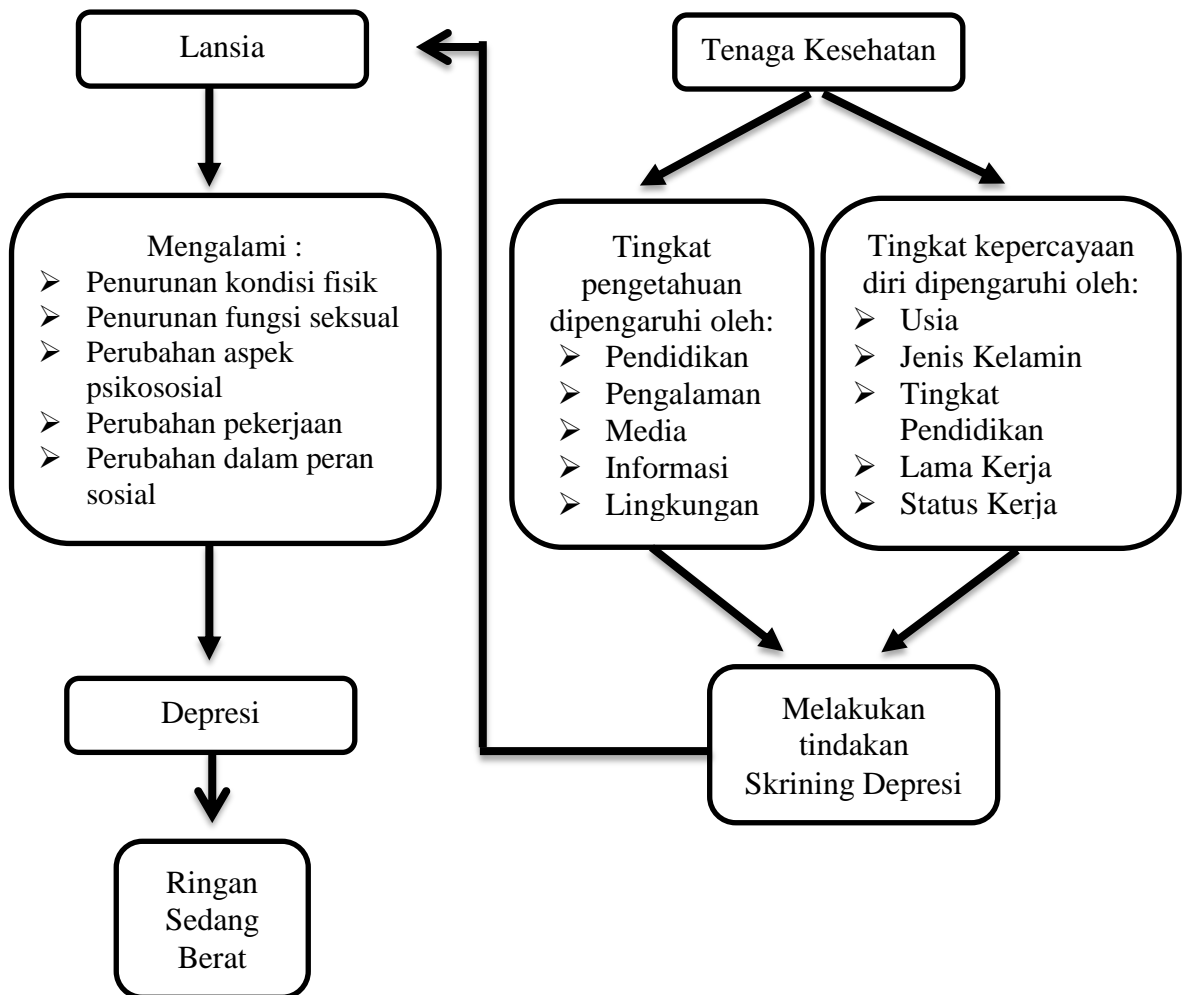


### 3) Kemampuan Teknis

Kemampuan teknis merupakan kemampuan untuk mengaplikasikan pengetahuan, metode atau teknik spesifik dalam spesialisasi tertentu. Keterampilan ini merupakan suatu pemahaman dan kecakapan dalam melakukan aktivitas pekerjaan yang berhubungan dengan bidang khusus atau pekerjaan tertentu. Profesi keperawatan dalam hal ini harus memiliki kemampuan teknis yang baik dan merupakan kunci keberhasilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

## B. Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian ini dapat dilihat pada bagan berikut :

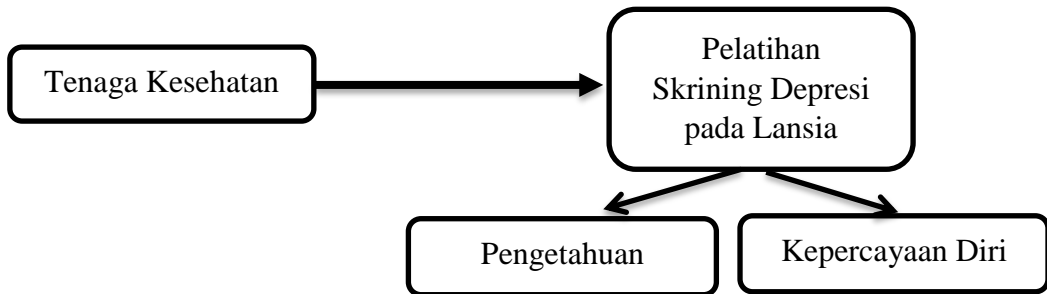


**Gambar 2. 1 Kerangka teori penelitian**

Sumber : Meliono (2007), Notoatmodjo (2014), Priyoto (2015) Lubis (2016), Azizah (2016), Kholifah (2016) dan Kodim (2018)

### C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat dilihat pada bagan berikut :



**Gambar 2. 2 Kerangka Konsep Penelitian**

Pengetahuan dan Kepercayaan Diri Tenaga Kesehatan dalam Melakukan Skrining Depresi pada Lansia

### D. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara penelitian atau patokan dugaan sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. Hipotesis biasanya dirumuskan dalam bentuk hubungan antara dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat (Notoatmodjo, 2014).

Ha : Ada peningkatan pengetahuan dan kepercayaan diri tenaga kesehatan setelah mengikuti pelatihan skrining depresi pada lansia

Ho : Tidak ada peningkatan pengetahuan dan kepercayaan diri tenaga kesehatan setelah mengikuti pelatihan skrining depresi pada lansia