

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Depresi

a. Definisi Depresi

Depresi adalah gangguan mental dengan penampilan mood yang terdepresi, kehilangan minat atau kesenangan, penurunan energy, perasaan bersalah atau rendah diri, gangguan tidur atau nafsu makan, dan kurang konsentrasi. Pada lansia, depresi merupakan salah satu penyakit mental yang sering terjadi. Kaplan *et all* (2010) mengungkapkan bahwa gejala depresi ditemukan pada 25% dari semua penduduk komunitas lanjut usia dan pasien rumah perawatan (*home nursing care*). Kerentanan seorang lansia terhadap kejadian depresi tidak hanya dipengaruhi oleh faktor tunggal, namun multifaktorial, yaitu faktor biologis, fisik, psikologis, dan sosial.

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonia, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta bunur diri (Kaplan *et all*, 2010).

Maslim berpendapat bahwa depresi adalah suatu kondisi yang dapat disebabkan oleh defenisi relatif salah satu atau beberapa aminergik neurotransmitter (noradrenalin, serotonin, dopamin) pada sinaps neuron di SSP (terutama pada sistem limbic) (Azizah, 2011).

Menurut Kaplan, depresi merupakan salah satu gangguan *mood* yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat. *Mood* adalah kendala emosional internal yang meresap dari seseorang, dan bukan afek, yaitu ekspresi dari isi emosional saat itu (Kaplan *et all*, 2010).

b. Etiologi Depresi

Kaplan menyatakan bahwa faktor penyebab depresi dapat secara buatan, yaitu dibagi menjadi faktor biologi, faktor genetik, dan faktor psikososial.

1) Faktor biologi

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat kelainan pada amin biogenic, seperti: 5 HIAA (5-Hidroksi indol asectic acid), HVA (Homovanilic acid), MPGH (5methoxy-0-hidroksi phenil glikol), di dalam darah, urun dan cairan serebrospinal pada pasien gangguan *mood*. Neurotransmitter yang terkait dengan patologi depresi adalah serotonin dan epineprin. Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi, dan pada pasien bunuh diri, beberapa pasien memiliki serotonin yang rendah. Pada terapi despiran mendukung teori bahwa norepineprin berperan dalam patofisiologi depresi (Kaplan *et all*, 2010). Selain itu aktivitas dopamine pada depresi adalah menurun. Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi dopamine seperti respiring, dan penyakit dimana konsentrasi dopamine menurun seperti Parkinson, adalah disertai gejala depresi. Obat yang meningkatkan konsentrasi dopamine, seperti tyrosin, amphetamine, dan bupropion, menurunkan gejala depresi (Kaplan *et all*, 2009).

Disregulasi neuroendokrin. Hipotalamus merupakan pusat pengaturan aksis neuroendokrin, menerima input neuron yang mengandung neurotransmitter amin biogenic. Pada pasien depresi ditemukan adanya diseregulasi neuroendokri. Disregulasi ini terjadi akibat kelainan fungsi neuron yang mengandung amin biogenic. Sebaliknya, stress kronik yang mengaktivasi aksis *Hypothalamic-pituitary-Adrenal (HPA)* dapat menimbulkan perubahan pada amin biogenic sentral. Aksis neuroendokrin yang paling sering terganggu yaitu adrenal, tiroid, dan aksis hormone pertumbuhan. Aksis HPA merupakan aksis yang paling banyak diteliti (Landefeld, 2004). Hiperseksi CRH merupakan gangguan aksis HPA yang sangat fundamental pada pasien depresi. Hiperseksi yang terjadi diduga akibat adanya defek pada sistem umpan balik kortisol di sistem limpik atau adanya kelainan pada sistem monoaminogenik dan neuromodulator yang mengatur CRH. Sekresi CRH dipengaruhi oleh emosi. Emosi seperti CRH di PVN, yang menyebabkan peningkatan sekresi CRH (Landefeld, 2004). Pada orang lanjut usia terjadi penurunan produksi hormone estrogen. Estrogen berfungsi melindungi sitem dopaminergik negrostriatal terhadap neurotoksi

seperti MPTP, 6 OHDA dan methamphetamine. Estrogen bersama dengan antioksidan juga merusak monoamine oxidase (Kaplan *et all*, 2010).

Kehilangan saraf atau penurunan neurotransmitter. Sistem saraf pusat mengalami kehilangan secara selektif pada sel-sel saraf selama proses menua. Walaupun ada kehilangan sel saraf yang konstan pada seluruh otak selama rentang hidup, degenerasi neuronal korteks dan kehilangan yang lebih besar pada sel-sel di dalam lokus seroleus, substansia nigra. Bukti menunjukkan bahwa ada ketergantungan dengan umur tentang penurunan aktivitas dari noradrenik, serotonegrik, dan dopaminergik di dalam otak. Khususnya untuk aktivitas menurun menjadi setengah pada umur 80-an tahun dibandingkan dengan umur 60-an tahun (Tamher dan Noorkasiani, 2009).

2) Faktor genetik

Penelitian genetik dan keluarga menunjukkan bahwa angka resiko di antara anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat (unipolar) diperkirakan 2 sampai 3 kali dibandingkan dengan populasi umum. Angka keselarasan sekitar 11% pada kembar dizigot dan 40% pada kembar monozigot. Oleh (Tamher dan Noorkasiani, 2009), pengaruh genetik terhadap depresi tidak disebutkan secara khusus, hanya disebutkan bahwa terhadap penurunan dalam ketahanan dan kemampuan dalam menanggapi stress. Proses menua bersifat individual, sehingga diperkirakan kepekaan seseorang terhadap penyakit adalah genetik.

3) Faktor Psikososial

Menurut Freud dalam teori psikodinamikanya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai (Kaplan *et all*, 2010). Ada sejumlah faktor psikososial yang dipredeksi sebagai penyebab gangguan mental pada lanjut usia yang pada umumnya berhubungan dengan kehilangan. Faktor psikososial tersebut adalah hilangnya peranan sosial, hilangnya otonomi, kematian teman atau sanak saudara, penurunan, kesehatan, peningkatan isolasi diri, keterbatasan finansial, dan penurunan fungsi kognitif (Kaplan *et all*, 2010) sedangkan menurut Kane, faktor psikososial meliputi penurunan percaya diri, kemampuan untuk

mengadakan hubungan intim, penurunan jaringan sosial, kesepian, perpisahan, kemiskinan dan penyakit fisik (Nugroho, 2012).

Faktor psikososial yang mempengaruhi depresi meliputi: peristiwa kehidupan dan stressor lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang. Teori kognitif dan dukungan sosial (Kaplan *et al*, 2010).

c. Pengaruh Faktor Demografi terhadap Depresi pada Lanjut Usia

1) Usia

Gangguan depresif berat memiliki onset salah satunya pada usia lanjut. Rata-rata onset untuk gangguan depresif berat adalah kira-kira 40 tahun; dan 50% dari pasien memiliki onset antara 20-50 tahun. Usia yang lebih lanjut (>75 tahun) dilaporkan berhubungan bermakna dengan prevalensi gejala depresi ($p=0,006$).

2) Jenis Kelamin

Pada pengamatan yang hampir universal, terlepas dari kultur atau Negara, terdapat prevalensi gangguan depresif berat yang kedua kali lebih besar pada wanita dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini mungkin disebabkan oleh rendahnya kesehatan material.

3) Status Pernikahan

Pada umumnya, gangguan depresif berat terjadi paling sering pada orang yang tidak memiliki hubungan interpersonal yang erat atau yang bercerai atau terpisah. Penelitian pada pasien yang dirawat Ciptomangunkusumo menyebutkan bahwa status perkawinan janda berhubungan dengan skor *Hamilton Rating Scale Depression* ($p=0,005$). Penelitian lain juga menyebutkan bahwa status pernikahan janda atau duda dapat meningkatkan resiko depresi pada lansia.

4) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan seorang lansia berhubungan dengan terjadinya depresi. Penelitian di Inggris menyebutkan bahwa lansia yang hanya menamatkan pendidikan dasar mempunyai resiko terhadap depresi 2,2 kali lebih besar. Penelitian lain menyebutkan bahwa prevalensi gejala depresi meningkat pada kelompok lansia dengan pendidikan rendah.

5) Riwayat Keluarga

Riwayat keluarga yang menderita gangguan depresi lebih tinggi pada subjek penderita depresi bila dibandingkan dengan control. Begitu pula, riwayat keluarga bunuh diri, dan menggunakan alcohol. Dengan perkataan lain, resiko depresi semakin tinggi bila ada riwayat genetik dalam keluarga.

6) Riwayat Penyakit

Penyakit Kronik yang diderita lansia selama bertahun-tahun biasanya menjadikan lansia lebih mudah terkena depresi. Penelitian yang dilakukan oleh Huang *et all* (2010) menyebutkan bahwa beberapa penyakit kronik yang menjadi faktor resiko meningkatnya depresi yaitu *stroke*, hilangnya fungsi pendengaran, hilangnya fungsi penglihatan, penyakit jantung, dan penyakit kronik paru. Sedangkan pada penyakit lainnya yang memerlukan studi lebih lanjut adalah arthrititis, hipertensi dan diabetes dimana studi nantinya untuk melihat apakah penyakit tersebut menjadi faktor resiko terjadinya depresi atau tidak. Depresi secara umum diderita oleh pasien dengan penyakit jantung koroner dan penyakit jantung lainnya (Notosoedirjo, 2011).

7) Kepribadian

Seseorang dengan kepribadian yang lebih tertutup, mudah cemas, hipersensitif, dan lebih bergantung pada orang lain lebih rentan terhadap depresi.

8) Stresor Sosial

Stresor adalah suatu keadaan yang dirasakan sangat menekan sehingga seseorang tidak dapat beradaptasi dan bertahan. Stresor sosial merupakan faktor resiko terjadinya depresi. Peristiwa-peristiwa kehidupan baik yang sakit maupun yang kronik dapat menimbulkan depresi, Misalnya percekcoakan yang hampir berlangsung setiap hari baik di tempat kerja atau di rumah tangga, kesulitan keuangan, dan ancaman yang menetap terhadap keamanan (tinggal di daerah yang berbahaya atau konflik) dapat mencetuskan depresi.

9) Dukungan Sosial

Seseorang yang tidak terintegrasikan ke dalam masyarakat cenderung menderita depresi. Dukungan sosial terdiri dari empat komponen, yaitu: jaringan sosial, interaksi sosial, dukungan sosial yang di dapat, dan dukungan instrumental. Jaringan sosial dapat dinilai dengan mengidentifikasi individu-individu yang

berada dekat pasien, Misalnya ketidak adanya pasangan merupakan resiko untuk gangguan depresi. Interaksi sosial dapat ditentukan dengan frekuensi interaksi antara subyek dengan anggota-anggota jaringan kerja yang lain. Isolasi sosial menempatkan seseorang pada resiko depresi. Selain frekuensi, kualitas interaksi jauh lebih penting dalam menentukan terjadinya depresi.

10) Dukungan keluarga

Keluarga merupakan *support system* (sistem pendukung) yang berarti sehingga dapat memberi petunjuk tentang kesehatan mental pasien, peristiwa dalam hidupnya dan sistem dukungan yang diterima. Sistem dukungan penting bagi kesehatan lanjut usia terutama fisik dan emosi. Lansia yang sering dikunjungi, ditemani dan mendapatkan dukungan akan mempunyai kesehatan mental yang lebih baik.

11) Tidak Bekerja

Tidak mempunyai pekerjaan atau menganggur juga merupakan faktor resiko terjadinya depresi. Suatu survey yang dilakukan terhadap wanita dan pria dibawah 65 tahun yang tidak bekerja sekitar enam bulan melaporkan bahwa depresi tiga kali lebih sering pada pengangguran daripada yang bekerja.

d. Gambaran Klinis Depresi pada Lanjut Usia

Depresi pada lanjut usia adalah proses patologis, bukan merupakan proses normal dalam kehidupan. Umumnya orang-orang akan menanggulangnya dengan mencari dan memenuhi rasa kebahagiaan. Bagaimanapun, lansia cenderung menyangkal bahwa dirinya mengalami depresi. Gejala umumnya, banyak diantara mereka muncul dengan menunjukkan sikap rendah diri, dan biasanya sulit untuk didiagnosa (Notosoedirjo, 2011).

- 1) Perubahan Fisik, meliputi: penurunan nafsu makan, gangguan tidur, kelelahan dan kurang energi, agitasi, dan nyeri, sakit kepala, otot kram dan nyeri, tanpa penyebab fisik.
- 2) Perubahan Pikiran, meliputi: merasa bingung, lambat dalam berfikir, penurunan konsentrasi dan sulit mengingat informasi, sulit membuat keputusan dan selalu menghindar, kurangnya percaya diri, merasa bersalah

dan tidak mau dikritik, pada kasus berat sering dijumpai adanya halusianasi ataupun delusi, dan adanya pikiran untuk bunuh diri.

- 3) Perubahan Perasaan, meliputi: penurunan ketertarikan dengan lawan jenis dan melakukan hubungan suami istri, merasa bersalah, tak berdaya, tidak adanya perasaan, merasa sedih, sering menangis tanpa alasan yang jelas, dan iritabilitas, marah, dan terkadang agresif.
- 4) Perubahan pada kebiasaan sehari-hari, meliputi: menjauhkan diri dari lingkungan sosial, pekerjaan, menghindari membuat keputusan, menunda pekerjaan rumah, penurunan aktivitas fisik dan latihan, penurunan perhatian terhadap diri sendiri, dan peningkatan konsumsi alkohol dan obat-obatan terlarang.

e. Derajat Depresi dan Penegakan Diagnosis

Gangguan depresi pada lanjut usia ditegaskan berpedoman pada PPDGJ III (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III) yang merujuk pada ICD 10 (*International Classification Diagnostic 10*). Gangguan depresi dibedakan dalam depresi berat, sedang, dan ringan. Sesuai dengan banyak dan beratnya gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan seseorang (Darmojo dan Martono, 2010).

Gejala utama depresi adalah: perasaan depresif, hilangnya minat dan semangat, mudah lelah dan tenaga hilang. Gejala lain dari depresi adalah: konsentrasi dan perhatian menurun, harga diri dan kepercayaan diri menurun, perasaan bersalah dan tidak berguna, pesimis terhadap masa depan, gangguan tidur, gangguan nafsu makan, menurunnya libido.

Tabel 2.1. Penggolongan Depresi Menurut ICD-10

Tingkat Depresi	Gejala Utama	Gejala Lain	Fungsi	Keterangan
Ringan	2	2	Baik	-
Sedang	2	3-4	Terganggu	Nampak distress
Berat	3	>4	Sangat Terganggu	Sangat distress

Sumber: Darmojo dan Martono (2010)

f. Skrining Depresi pada Lansia : *Geriatric Depression Scale*

Salah satu langkah awal yang penting dalam penatalaksanaan depresi adalah mendeteksi dan mengidentifikasi. Jika dicurigai terjadi depresi, perawat harus melakukan pengkajian dengan alat pengkajian yang terstandarisasi dan dapat dipercaya serta valid memang dirancang dan diujikan kepada lansia. Salah satu alat yang paling mudah digunakan dan diinterpretasikan di berbagai tempat adalah *Geriatric Depression Scale (GDS)* (Stanley & Bear, 2007).

Geriatric Depression Scale (GDS), pertama kali diciptakan oleh Yesavege dkk, telah diuji dan digunakan secara luas dengan populasi yang lebih tua. *Geriatric Depression Scale* tersebut menggunakan format laporan sederhana yang diisi sendiri dengan ya atau tidak atau dapat dibacakan oleh orang dengan gangguan penglihatan, serta memerlukan waktu sekitar 10 menit untuk menyelesaikannya (Stanley & Beare, 2007). Skor total 0-9 dianggap normal, 10-19 mengindikasikan depresi ringan dan 20-30 mengindikasikan depresi berat. GDS ini dapat dimanfaatkan menjadi 15 pertanyaan saja dan mungkin lebih sesuai untuk dipergunakan dalam praktek umum sebagai alat penapis depresi pada usia lanjut. Dalam penelitian ini nantinya, GDS yang akan dipergunakan adalah GDS yang telah mengalami pemantapan dalam bentuk 15 pertanyaan. Skor total adalah 0-5 dianggap normal/ tidak depresi, sedangkan lebih dari 5 mengindikasikan depresi.

2. Tingkat Pendidikan

a. Pengertian Tingkat Pendidikan

Wahyudin (2008), menyatakan bahwa pendidikan mempunyai fungsi penggerak sekaligus pemacu terhadap potensi kemampuan sumber daya manusia dalam meningkatkan prestasi kerjanya dan nilai kompetensi seseorang pekerja dapat dipupuk melalui program pendidikan, pengembangan dan pelatihan. Pendidikan diinterpretasikan dengan makna untuk mempertahankan individu dengan kebutuhan-kebutuhan yang senantiasa bertambah dan merupakan suatu

harapan untuk dapat mengembangkan diri agar berhasil serta untuk memperluas, mengintensifkan ilmu pengetahuan dan memahami elemen- elemen yang ada disekitarnya.

Pendidikan juga mencakup segala perubahan yang terjadi sebagai akibat dari partisipasi individu dalam pengalaman-pengalaman dan belajar, yang merupakan upaya manusia dewasa dalam membimbing yang belum kepada kedewasaan. Menurut Nata (2011), pendidikan adalah bimbingan atau arahan secara sadar oleh si pendidik terhadap perkembangan jasmani dan rohani terdidik menuju terbentuknya kepribadian yang utama. Pendidikan merupakan pengaruh lingkungan terhadap individu untuk menghasilkan perubahan- perubahan yang tetap dalam kebiasaan perilaku, pikiran dan sikapnya. Penjelasan ini merupakan pengertian pendidikan dalam arti luas.

b. Fungsi dan Tujuan Pendidikan

Fungsi dan tujuan pendidikan nasional sesuai dengan Undang-Undang RI. No. 20 tahun 2003 tentang SISDIKNAS adalah mengembangkan kemampuan dan membentuk watak serta peradaban bangsa yang bermartabat dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa. Sedangkan tujuannya adalah bertujuan untuk berkembangnya potensi peserta didik agar menjadi manusia yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri dan menjadi warga Negara yang demokratis serta bertanggung jawab.

c. Tingkatan Pendidikan

Tingkatan pendidikan menurut Undang Undang RI. No. 20 tahun 2003 tentang SISDIKNAS dibagi menjadi:

1) Jenjang pendidikan dasar

Pendidikan dasar merupakan jenjang pendidikan yang melandasi jenjang pendidikan menengah. Pendidikan dasar berbentuk Sekolah Dasar (SD) dan Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau bentuk lain yang sederajat serta Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Madrasah Tsanawiyah (MTs), atau bentuk lain yang sederajat.

2) Jenjang pendidikan menengah

Pendidikan menengah merupakan lanjutan pendidikan dasar. Pendidikan menengah terdiri atas pendidikan menengah umum dan pendidikan menengah kejuruan. Pendidikan menengah berbentuk Sekolah Menengah Atas (SMA), Madrasah Aliyah (MA), Sekolah Menengah Kejuruan (SMK), dan Madrasah Aliyah Kejuruan (MAK), atau bentuk lain yang sederajat. Pendidikan menengah dalam hubungan ke bawah berfungsi sebagai lanjutan dan perluasan pendidikan dasar, dan dalam hubungan ke atas mempersiapkan peserta didik untuk mengikuti pendidikan tinggi ataupun memasuki lapangan kerja.

3) Jenjang pendidikan tinggi

Pendidikan tinggi merupakan jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doktor yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi. Pendidikan tinggi diselenggarakan untuk menyiapkan peserta didik menjadi anggota masyarakat yang memiliki kemampuan akademik dan/atau profesional yang dapat menerapkan, mengembangkan dan/atau menciptakan ilmu pengetahuan, teknologi dan/atau kesenian.

3. Dukungan Keluarga

a. Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang melindungi seseorang dari efek stres yang buruk (Kaplan *et al*, 2010). Dukungan keluarga diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga sehingga akan memberikan kenyamanan fisik dan psikologis pada orang yang dihadapkan pada situasi stres (Taylor, 2006).

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit (Friedman, 2010). Dukungan sosial keluarga adalah proses yang terjadi selama masa hidup, dengan sifat dan tipe dukungan sosial bervariasi pada masing-masing tahap siklus keluarga. Walaupun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga memungkinkan keluarga berfungsi secara penuh dan dapat meningkatkan adaptasi dalam kesehatan keluarga (Friedman, 2010).

b. Tipe Keluarga

Muhlisin (2012) tipe keluarga bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan, yaitu:

- 1) Tipe keluarga tradisional terdiri dari:
 - a) *The Nuclear family* . Keluarga inti yang terdiri atas ayah, ibu dan anak yang tinggal bersama dalam satu rumah yang ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu/keduanya dapat bekerja diluar rumah.
 - b) *The Extended Family*. Adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, *misalnya* nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya.
 - c) *The Dyad family*. Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak, keduanya/salah satu bekerja diluar rumah.
 - d) *Single Parent*. Satu orang *tua* sebagai akibat perceraian / kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal dirumah/ diluar rumah.
 - e) *The Single Adult living alone*. Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk menikah.
 - f) *Blended family*. duda atau janda yang menikah kembali dan mempersakan anak dari perkawinan *sebelumnya*.
 - g) *Kin-network family*. beberapa keluarga inti tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan *saling* menggunakan barang barang dan pelayanan yang sama (contoh: kamar mandi, dapur dan televisi)
 - h) *Multigenerational family*. keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah
 - i) *Commuter family*. Suami istri/keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu, keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.
 - j) Keluarga Usila. Dimana keluarga ini terdiri dari suami istri yang sudah berusia lanjut dengan anak yang sudah memisahkan diri
 - k) *Composit family* .keluarga yang perkawinanya berpoligami dan hidup bersama
 - l) *The childless family*. keluarga tanpa anak karena terlambat menikah karena mengejar karier atau pendidikan yang terjadi pada wanita.

2) Tipe keluarga non tradisional

a) *The unmarried teenage mother*

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

b) *The nonmarital heterosexual cohabiting family*

Keluarga yang hidup bersama dan berganti ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

c) *Gay and lesbian family*

Dua individu yang sejenis atau persamaan sex hidup bersama dalam satu rumah tangga sebagaimana sebagaimana “*marital pathners*”.

d) *Commune family*. Satu rumah terdiri atas dua/ lebih pasangan yang monogami dengan anak anaknya dan bersama sama dalam penyediaan fasilitas.

e) *Cohabitating couple*. Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa pernikahan.

f) *Groupyang-marriage family*. beberapa oarang dewasa yang menggunakan alat alat rumah tangga bersama, yang saling merasa telah menikah satu dengan yang lainnya. Berbagi sesuatu termasuk sexual dan membesarkan anak.

g) *Homeless family*. keluarga yang tidak mempunyai perlindungan permanen karena krisis personal yang berhubungan dengan keadaan ekonomi atau masalah kesehatan mental.

h) *Gang/ together family*. sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari oarang oarang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminaldalam kehidupannya.

i) *Group network family*. keluarga inti yang dibatasi oleh aturan nilai, hidup berdekatan satu sma lain dan saling menggunakan barang-barang rumah

tangga bersama, pelayanan, dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.

- j) *Foster family*. keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara di dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga aslinya.

c. Jenis-jenis Dukungan Keluarga

Keluarga memiliki beberapa bentuk dukungan (Friedman, 2010) yaitu:

1) Dukungan Penilaian

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat di gunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat di ajak berbicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seseorang terhadap orang lain, misalnya orang yang kurang mampu.

2) Dukungan Instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata, suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk didalamnya bantuan langsung, seperti memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit.

3) Dukungan Informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk didalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran atau umpan balik tentang apa yang di lakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang

dokter, terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor.

4) Dukungan Emosional

Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas dan kehilangan harga diri. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga.

d. Dukungan Keluarga bagi Lansia

Bagi lanjut usia, keluarga merupakan sumber kepuasan. Para lanjut usia merasa bahwa kehidupan mereka sudah lengkap, yaitu sebagai orang tua dan juga sebagai kakek, dan nenek. Mereka dapat berperan dengan berbagai gaya, yaitu gaya formal, gaya bermain, gaya pengganti orang tua, gaya bijak, gaya orang luar, dimana setiap gaya membawa keuntungan dan kerugian masing-masing. Akan tetapi keluarga dapat menjadi frustrasi bagi orang lanjut usia. Hal ini terjadi jika ada hambatan komunikasi antara lanjut usia dengan anak atau cucu dimana perbedaan faktor generasi memegang peranan.

Sistem pendukung lanjut usia ada tiga komponen menurut Gonce *et al* (2011), yaitu jaringan-jaringan informal, sistem pendukung formal dan dukungan-dukungan semiformal. Jaringan pendukung informal meliputi keluarga dan kawan-kawan. Sistem pendukung formal meliputi tim keamanan sosial setempat, program-program medikasi dan kesejahteraan sosial. Dukungan-dukungan semiformal meliputi bantuan-bantuan dan interaksi yang disediakan oleh organisasi lingkungan sekitar seperti perkumpulan pengajian, gereja, atau perkumpulan warga lansia setempat. Sumber-sumber dukungan-dukungan informal biasanya dipilih oleh lanjut usia sendiri. Seringkali berdasar pada hubungan yang telah terjalin sekian lama. Sistem pendukung formal terdiri dari program Keamanan Sosial, badan medis, dan Yayasan Sosial. Program ini berperan penting dalam ekonomi serta kesejahteraan sosial lanjut usia, khususnya dalam gerakan masyarakat industri, dimana anak-anak bergerak menjauh dari

orangtua mereka. Kelompok-kelompok pendukung semiformal, seperti kelompok-kelompok pengajian, kelompok-kelompok gereja, organisasi lingkungan sekitar, klub-klub dan pusat perkumpulan warga senior setempat merupakan sumber-sumber dukungan sosial yang penting bagi lanjut usia. Lanjut usia harus mengambil langkah awal untuk mengikuti sumber-sumber dukungan di atas. Dorongan, semangat atau bantuan dari anggota-anggota keluarga, masyarakat, sangat dibutuhkan oleh lanjut usia. Jenis-jenis bantuan informal, formal, dan semiformal apa sajakah yang tersedia bagi lanjut usia yang terkait pada masa lampaunya.

Friedman (2010) menyebutkan lima tugas perkembangan keluarga bagi lansia adalah sebagai berikut.

- a. Mengetahui masalah kesehatan lansia.
- b. Mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan pada lansia.
- c. Merawat anggota keluarga lansia.
- d. Memodifikasi lingkungan fisik dan psikologis sehingga lansia dapat beradaptasi terhadap proses penuaan tersebut.
- e. Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dan sosial dengan tepat sesuai dengan kebutuhan lansia.

Friedman (2010) menyatakan bahwa peran keluarga sebagai motivator, edukator, fasilitator, inisiator, pemberi perawatan, koordinator dan mediator sangat dibutuhkan khususnya dalam memberikan perawatan, tidak hanya perawatan secara fisik namun secara psikososial.

- a. Koordinator: Mengkoordinasi dan merencanakan kegiatan keluarga yang berfungsi meningkatkan keterikatan dan keharmonisan keluarga
- b. Inisiator: mengemukakan dan menciptakan ide-ide baru yang bertujuan untuk mengatasi masalah atau mencapai tujuan keluarga termasuk masalah kesehatan.
- c. Mediator: mendia penengah antara perdebatan yang terjadi di dalam anggota keluarga, serta menyatukan perbedaan pendapat.

- d. Motivator: keluarga memberikan motivasi atau dukungan kepada keluarga yang sedang mengalami masalah baik dalam bentuk dungan fisik atau dukungan spiritual.
- e. Keluarga sebagai *care giver* bisa membuat pengelolaan aktifitas yang terencana dan terdokumentasikan dalam bentuk tabel harian. keluarga perlu untuk membantu lansia untuk menyesuaikan dirinya terhadap tugas perkembangan yang harus dilakukan, seperti: mempersiapkan diri untuk kondisi yang menurun, mempersiapkan diri untuk pension, membina hubungan baik dengan sesama lansia dan masyarakat dengan keadaan nyaman, mempersiapkan kehidupan baru sebagai lansia dan mempersiapkan untuk kematian pasangan maupun kematian diri sendiri
- f. Edukator: keluarga merupakan sumber ilmu pengetahuan peratama bagi seseorang, keluarga berkewajiban memberikan pengetahuan kepada seluruh anggota keluarganya, termasuk pengetahuan tentang kesehatan.
- g. Fasilitator: keluarga berkewajiban memfasilitasi segera keperluan anggota keluarganya dalam semua aspek baik fisik, mental, dan spiritual agar terjadi keharmonisan.

4. Tipe Kepribadian

a. Pengertian Kepribadian

Kepribadian menurut *GW. Allport* adalah suatu organisasi yang dinamis dari sistem psikofisis individu yang menentukan tingkah laku dan pemikiran individu secara khas.¹ Kepribadian juga merupakan jumlah total kecenderungan bawaan atau hereditas dengan berbagai pengaruh dari lingkungan serta pendidikan, yang membentuk kondisi kejiwaan seseorang dan mempengaruhi sikapnya terhadap kehidupan (Weller, 2009).

Kepribadian meliputi segala corak perilaku dan sifat yang khas dan dapat diperkirakan pada diri seseorang atau lebih bisa dilihat dari luar, yang digunakan untuk bereaksi dan menyesuaikan diri terhadap rangsangan, sehingga corak tingkah lakunya itu merupakan satu kesatuan fungsional yang khas bagi individu

itu, seperti bagaimana kita bicara, penampilan fisik, dan sebagainya (Florence and Attwood, 2008).

b. Jenis-Jenis Tipe Kepribadian

Littauer berpendapat dalam bukunya *Personality Plus* mengatakan bahwa pendapat Hippocrates disempurnakan oleh Galenus (129-200 SM) yang mengatakan bahwa di dalam tubuh manusia terdapat 4 macam cairan tersebut dalam proporsi tertentu. Apabila suatu cairan terdapat di dalam tubuh melebihi proporsi yang seharusnya (dominan) maka akan menimbulkan adanya sifat-sifat kejiwaan yang khas. Sifat-sifat kejiwaan yang khas ada pada seseorang sebagai akibat dari dominannya salah satu cairan tersebut yang oleh Galenus sehingga menggolongkan manusia menjadi empat tipe berdasarkan temperamennya, yaitu Koleris, Melankolis, Phlegmatis, dan Sanguinis (Suryabrata, 2012).

1) Koleris

a) Kekuatan:

- (1) Senang memimpin, membuat keputusan, dinamis dan aktif
- (2) Sangat memerlukan perubahan dan harus mengoreksi kesalahan
- (3) Berkemauan keras dan pasti untuk mencapai sasaran/ target
- (4) Bebas dan mandiri
- (5) Berani menghadapi tantangan dan masalah
- (6) “Hari ini harus lebih baik dari kemarin, hari esok harus lebih baik dari hari ini”.
- (7) Mencari pemecahan praktis dan bergerak cepat
- (8) Mendelegasikan pekerjaan dan orientasi berfokus pada produktivitas
- (9) Membuat dan menentukan tujuan
- (10) Terdorong oleh tantangan dan tantangan
- (11) Tidak begitu perlu teman
- (12) Mau memimpin dan mengorganisasi
- (13) Biasanya benar dan punya visi ke depan
- (14) Unggul dalam keadaan darurat

b) Kelemahan:

- (1) Tidak sabar dan cepat marah (kasar dan tidak taktis)
- (2) Senang memerintah
- (3) Terlalu bergairah dan tidak/susah untuk santai
- (4) Menyukai kontroversi dan pertengkaran
- (5) Terlalu kaku dan kuat/ keras
- (6) Tidak menyukai air mata dan emosi tidak simpatik
- (7) Tidak suka yang sepele dan bertele-tele / terlalu rinci
- (8) Sering membuat keputusan tergesa-gesa
- (9) Memanipulasi dan menuntut orang lain, cenderung memperalat orang lain
- (10) Menghalalkan segala cara demi tercapainya tujuan
- (11) Workaholics (kerja adalah “tuhan”-nya)
- (12) Amat sulit mengaku salah dan meminta maaf
- (13) Mungkin selalu benar tetapi tidak populer

2) Melankolis

a) Kelebihan

- (1) Analitis, mendalam, dan penuh pikiran
- (2) Serius dan bertujuan, serta berorientasi jadwal
- (3) Artistik, musikal dan kreatif (filsafat & puitis)
- (4) Sensitif
- (5) Mau mengorbankan diri dan idealis
- (6) Standar tinggi dan perfeksionis
- (7) Senang perincian/memerinci, tekun, serba tertib dan teratur (rapi)
- (8) Hemat
- (9) Melihat masalah dan mencari solusi pemecahan kreatif (sering terlalu kreatif)
- (10) Kalau sudah mulai, dituntaskan.
- (11) Berteman dengan hati-hati.
- (12) Puas di belakang layar, menghindari perhatian.
- (13) Mau mendengar keluhan, setia dan mengabdikan
- (14) Sangat memperhatikan orang lain

b) Kelemahan

- (1) Cenderung melihat masalah dari sisi negatif (murung dan tertekan)
- (2) Mengingat yang negatif & pendendam
- (3) Mudah merasa bersalah dan memiliki citra diri rendah
- (4) Lebih menekankan pada cara daripada tercapainya tujuan
- (5) Tertekan pada situasi yg tidak sempurna dan berubah-ubah
- (6) Melewatkan banyak waktu untuk menganalisa dan merencanakan.
- (7) Standar yang terlalu tinggi sehingga sulit disenangkan
- (8) Hidup berdasarkan definisi
- (9) Sulit bersosialisasi
- (10) Tukang kritik, tetapi sensitif terhadap kritik/ yg menentang dirinya
- (11) Sulit mengungkapkan perasaan (cenderung menahan kasih sayang)
- (12) Rasa curiga yang besar (skeptis terhadap pujian)
- (13) Memerlukan persetujuan

3) Phlegmatis

a) Kelebihan

- (1) Mudah bergaul, santai, tenang dan teguh
- (2) Sabar, seimbang, dan pendengar yang baik
- (3) Tidak banyak bicara, tetapi cenderung bijaksana
- (4) Simpatik dan baik hati (sering menyembunyikan emosi)
- (5) Kuat di bidang administrasi, dan cenderung ingin segalanya terorganisasi
- (6) Penengah masalah yang baik
- (7) Cenderung berusaha menemukan cara termudah
- (8) Baik di bawah tekanan
- (9) Menyenangkan dan tidak suka menyinggung perasaan
- (10) Rasa humor yang tajam
- (11) Senang melihat dan mengawasi
- (12) Berbelaskasih dan peduli
- (13) Mudah diajak rukun dan damai

b) Kelemahan

- (1) Kurang antusias, terutama terhadap perubahan/ kegiatan baru
- (2) Takut dan khawatir
- (3) Menghindari konflik dan tanggung jawab
- (4) Keras kepala, sulit kompromi (karena merasa benar)
- (5) Terlalu pemalu dan pendiam
- (6) Humor kering dan mengejek (Sarkatis)
- (7) Kurang berorientasi pada tujuan
- (8) Sulit bergerak dan kurang memotivasi diri
- (9) Lebih suka sebagai penonton daripada terlibat
- (10) Tidak senang didesak-desak
- (11) Menunda-nunda / menggantungkan masalah.

4) Sanguitis

a) Kelebihan

- (1) Suka bicara
- (2) Secara fisik memegang pendengar, emosional dan demonstratif
- (3) Antusias dan ekspresif
- (4) Ceria dan penuh rasa ingin tahu
- (5) Hidup di masa sekarang
- (6) Mudah berubah (banyak kegiatan / keinginan)
- (7) Berhati tulus dan kekanak-kanakan
- (8) Senang berkumpul dan berkumpul (untuk bertemu dan bicara)
- (9) Umumnya hebat di permukaan
- (10) Mudah berteman dan menyukai orang lain
- (11) Senang dengan pujian dan ingin menjadi perhatian
- (12) Menyenangkan dan dicemburui orang lain
- (13) Mudah memaafkan (dan tidak menyimpan dendam)
- (14) Mengambil inisiatif/ menghindari dari hal-hal atau keadaan yang membosankan
- (15) Menyukai hal-hal yang spontan

b) Kelemahan

- (1) Suara dan tertawa yang keras (terlalu keras)

- (2) Membesar-besarkan suatu hal / kejadian
- (3) Susah untuk diam
- (4) Mudah ikut-ikutan atau dikendalikan oleh keadaan atau orang lain (suka nge-Gank)
- (5) Sering minta persetujuan, termasuk hal-hal yang sepele
- (6) RKP (Rentang Konsentrasi Pendek)
- (7) Dalam bekerja lebih suka bicara dan melupakan kewajiban (awalnya saja antusias)
- (8) Mudah berubah-ubah
- (9) Susah datang tepat waktu jam kantor
- (10) Prioritas kegiatan kacau
- (11) Mendominasi percakapan, suka menyela dan susah mendengarkan dengan tuntas.
- (12) Sering mengambil permasalahan orang lain, menjadi seolah-olah masalahnya.
- (13) Egoistis
- (14) Sering berdalih dan mengulangi cerita-cerita yg sama
- (15) Konsentrasi ke "*How to spend money*" daripada "*How to earn/save money*"

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepribadian

Ada dua faktor yang mempengaruhi pembentukan kepribadian anak, yaitu (Suryabrata, 2012):

1) Faktor internal

Faktor internal yaitu faktor yang bersala dari dalam seseorang itu sendiri. Biasanya merupakan faktor genetis atau bawaan. Maksudnya faktor genetis yaitu faktor yang berupa bawaan sejak lahir dan merupakan pengaruh keturunan dari salah satu sifat yang dimiliki salah satu dari kedua orangtuanya atau bisa juga gabungan atau kombinasi dari sifat orangtuanya.

2) Faktor eksternal

Faktor eksternal yaitu faktor yang berasal dari luar orang tersebut. Faktor ini biasanya pengaruh yang berasal dari luar orang tersebut. Faktor ini biasanya

pengaruh yang berasal dari lingkungan anak dimana anak mulai belajar untuk menyesuaikan diri dengan dunia sosialnya yaitu teman-temannya.

5. Lansia

a. Pengertian Lansia

Dalam Undang-Undang No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia menyatakan bahwa lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas. Dalam mendefinisikan batasan penduduk lanjut usia, ada tiga aspek yang perlu dipertimbangkan yaitu aspek biologi, aspek ekonomi, dan aspek sosial. Nugroho (2012) berpendapat bahwa seseorang dikatakan lansia apabila berusia 60 tahun atau lebih karena faktor tertentu tidak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya baik secara jasmani, rohani maupun sosial. Lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis. Kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual.

Secara biologis penduduk lanjut usia adalah penduduk yang mengalami proses penuaan secara terus menerus, yang ditandai dengan menurunnya daya tahan fisik yaitu semakin rentannya terhadap serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian. Hal ini disebabkan terjadinya perubahan dalam struktur dan fungsi sel, jaringan serta sistem organ. Secara ekonomi penduduk lanjut usia lebih dipandang sebagai beban dari pada sebagai sumber daya. Banyak orang beranggapan bahwa kehidupan masa tua tidak lagi memberikan banyak manfaat, bahkan ada yang sampai beranggapan bahwa kehidupan masa tua, seringkali dipersepsikan secara negatif sebagai beban keluarga dan masyarakat (Efendi, 2009)

Dari aspek sosial, penduduk lanjut usia merupakan satu kelompok sosial berdiri sendiri. Di Negara Barat, penduduk lanjut usia menduduki strata sosial di bawah kaum muda. Hal ini dilihat dari keterlibatan mereka terhadap sumber daya ekonomi, pengaruh terhadap pengambilan keputusan serta luasnya hubungan sosial yang semakin menurun. Akan tetapi di Indonesia penduduk lanjut usia menduduki kelas sosial yang tinggi yang harus dihormati oleh warga muda (Nugroho, 2012).

b. Klasifikasi Lansia

WHO (2013) mempunyai batasan usia lanjut sebagai berikut:

- 1) *Middle/ young elderly* berusia antara 45-59 tahun,
- 2) *Elderly* berusia antara 60-74 tahun
- 3) *Old* berusia antara 75-90 tahun
- 4) *Very old* berusia di atas 90 tahun.

Pada saat ini, ilmuwan sosial yang mengkhususkan diri mempelajari penuaan merujuk kepada kelompok lansia: “lansia muda” (*young old*), “lansia tua” (*old old*) dan “Lansia tertua” (*oldest old*). Secara kronologis, *young old* secara umum dinisbahkan kepada usia antara 65 sampai 74 tahun, yang biasanya aktif, vital, dan bugar. *Old-old* berusia antara 75 sampai 84 tahun, dan *oldest old* berusia 85 tahun ke atas, berkecenderungan lebih besar dan lemah dan tidak bugar seperti memiliki kesulitan dalam mengelola aktivitas keseharian (Papalia dkk, 2008).

Klasifikasi lansia menurut Depkes RI (2013) terdiri dari:

- 1) Pra lansia yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun
- 2) Lansia adalah seseorang berusia 60 tahun atau lebih
- 3) Lansia resiko tinggi adalah seseorang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- 4) Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
- 5) Lansia tidak potensial adalah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

c. Proses Menua

Menua adalah proses yang mengubah seseorang dewasa sehat menjadi seorang yang *frail* dengan berkurangnya sebagian besar cadangan sistem fisiologis dan meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan kematian (Setiati dkk, 2009).

Terdapat dua jenis penuaan, antara lain penuaan primer, merupakan proses kemunduran tubuh gradual tak terhindarkan yang dimulai pada masa awal kehidupan dan terus berlangsung selama bertahun-tahun, terlepas dari apa yang orang-orang lakukan untuk menundanya. Sedangkan penuaan sekunder merupakan hasil penyakit, kesalahan dan penyalahgunaan faktor-faktor yang

sebenarnya dapat dihindari dan berada dalam control seseorang (Busse, 1987 ; J.C Horn & Meer, 1987 dalam Papalia *et all*, 2008).

d. Dukungan Sosial dan Depresi pada Lansia

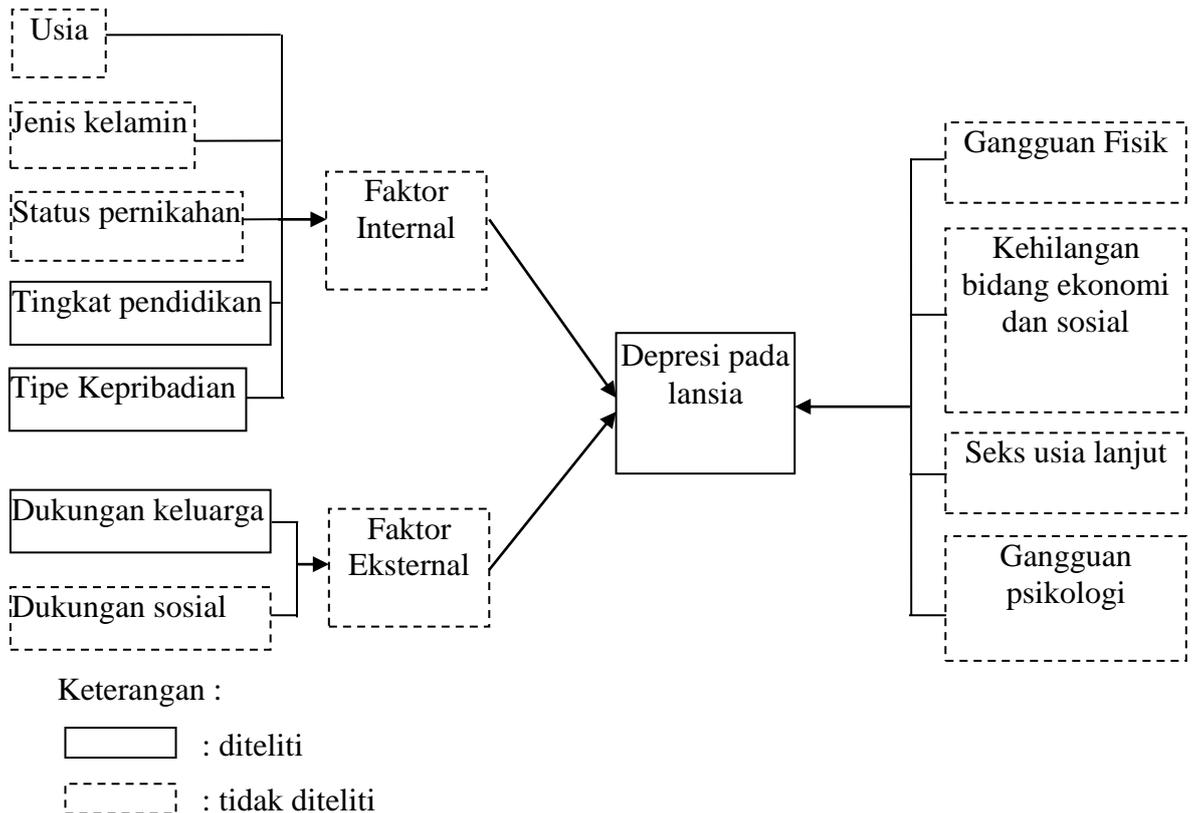
Depresi pada lanjut usia dapat terjadi *symptom* yang kompleks yang disebabkan oleh gangguan fisik maupun kognitif dan stressor dari luar. Dukungan sosial sangat dibutuhkan para lanjut usia dalam menyesuaikan diri menghadapi stressor psikososial terutama stressor yang berhubungan dengan kehilangan. Dari populasi lanjut usia, sekitar 60-80 %, diperkirakan dalam kondisi tidak berdaya dan membutuhkan pertolongan keluarga untuk keperluan sehari-hari yang bermakna. Hampir semua populasi lanjut usia lebih membutuhkan dukungan emosional daripada finansial.

Usia tua merupakan saat meningkatkan kerentanan terhadap depresi. Saat ini gangguan depresi pada lansia kurang dipahami sehingga banyak kasus depresi pada lansia kurang dipahami sehingga banyak kasus depresi pada lansia tidak dikenali (*under diagnosed*) dan tidak diobati (*under treated*). Gambaran depresi pada lansia umumnya tidak khas dan sering bertumpang tindih dengan penyakit lain. Gejala depresi yang muncul seringkali dianggap sebagai bagian dari proses menua. Terkadang depresi pada lansia ditutupi oleh penyakit fisik dan cacat tubuh seperti penglihatan atau pendengaran yang terganggu. Terjadinya depresi pada lansia selalu merupakan interaksi faktor-faktor biologi, psikologi dan sosial. Seseorang lansia yang mengalami depresi kebanyakan menyangkal adanya mood depresi yang terlihat adanya gejala hilangnya tenaga (*loyo*), hilangnya rasa senang, tidak bisa tidur atau keluhan rasa sakit atau nyeri. Gejala yang sering tampil adalah kecemasan, perlambatan motorik, kelelahan, mencela diri sendiri, insomnia, pikiran bunuh diri. Oleh karena itu sangatlah penting untuk mengingat kemungkinan terjadinya penyakit depresi pada lansia (Supriani, 2011)

Dukungan sosial yang kurang sering dihubungkan dengan sindroma depresi. Subjek tidak mempunyai seseorang untuk menceritakan masalah atau perasaan pribadinya, tidak mempunyai seseorang untuk meminta pertolongan dalam kondisi kritis, tidak ada seseorang untuk diminta nasihat dalam mengambil keputusan penting, dan tidak ada seseorang yang membuat mereka merasa

dicintai dan diperhatikan ternyata lebih mudah menderita depresi (Supriani, 2011).

B. Kerangka Teori

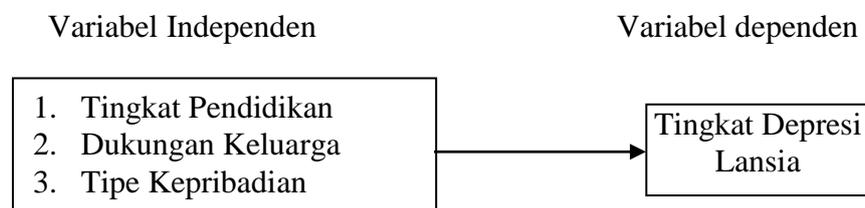


Gambar 2.1. Kerangka Teori

Sumber: Gonce et all (2011), Potter (2005), dan Setiatim Harimurti & Roosheroe (2006)

C. Kerangka Konsep

Konsep adalah abstraksi dari suatu realita agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti). Kerangka konsep akan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan teori (Nursalam, 2003). Pada kerangka konsep dijelaskan bahwa tingkat depresi pada lansia dipengaruhi oleh faktor-faktor baik itu faktor internal maupun faktor eksternal.



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara yang diajukan peneliti terhadap permasalahan yang diteliti berdasarkan teori-teori yang mendukung (Arikunto, 2010). Hipotesis yang dikemukakan dalam penelitian ini adalah:

- H_{a1} : Ada pengaruh tingkat pendidikan lansia terhadap tingkat depresi pada lansia yang tinggal di Pusat Kegiatan Penyantunan Usia Lanjut Aisyiyah Surakarta.
- H_{a2} : Ada pengaruh dukungan keluarga lansia terhadap tingkat depresi pada lansia yang tinggal di Pusat Kegiatan Penyantunan Usia Lanjut Aisyiyah Surakarta.
- H_{a3} : Ada pengaruh tipe kepribadian lansia terhadap tingkat depresi pada lansia yang tinggal di Pusat Kegiatan Penyantunan Usia Lanjut Aisyiyah Surakarta.
- H_{a4} : Ada pengaruh tingkat pendidikan, dukungan keluarga dan tipe kepribadian lansia terhadap tingkat depresi lansia yang tinggal di Pusat Kegiatan Penyantunan Usia Lanjut Aisyiyah Surakarta.