



**PENGARUH TERAPI *SLOW STROKE BACK MASSAGE*(SSBM)  
TERHADAP DEPRESI PADA LANSIA DI UNIT PELAYANAN  
TEKNIS PANTI SOSIAL LANJUT USIA (UPT PSLU)  
KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

oleh

**ArisKurniawan  
NIM 122310101033**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2016**



**PENGARUH TERAPI *SLOW STROKE BACK MASSAGE* (SSBM)  
TERHADAP DEPRESI PADA LANSIA DI UNIT PELAYANAN  
TEKNIS PANTI SOSIAL LANJUT USIA (UPT PSLU)  
KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)  
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan.

Oleh

**ArisKurniawan**  
**NIM 122310101033**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2016**

**SKRIPSI**

**PENGARUH TERAPI *SLOW STROKE BACK MASSAGE*(SSBM)  
TERHADAP DEPRESI PADA LANSIA DI UNIT PELAYANAN  
TEKNIS PANTI SOSIAL LANJUT USIA(UPT PSLU)  
KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Aris Kurniawan  
NIM 122310101033

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns.Wantiyah, M. Kep

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Kushariyadi,S.Kep., M. Kep

## PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Allah SWT, skripsi ini penulis persembahkan untuk:

1. Ayah Drs. Sukaji dan ibu Dra.Hartatik tercinta yang telah memberikan segala dukungan baik berupa kasih sayang yang tidak terhingga, materi, do'a dan segala perjuangan orang tua yang tak akan pernah bisa dibalas.
2. Saudaraku Desy Rahmawati S.Pd dan Retno Try Lestari yang turut serta memberikan doa, semangat dan dukungannya terhadap penulis selama proses penyusunan skripsi.
3. Seluruh keluarga besar angkatan 2012 yang telah bersama-sama dengan penulis berjuang untuk menyelesaikan proses perkuliahan dan penyusunan skripsi.
4. Rekan-rekan penulis khususnya Tri Ayu Diah Andjani dan Afiq Zulfikar Zulmi yang telah membantu dan menemani penulis dalam proses penelitian serta Sungging Pandu Wijaya dan Riski Dafianto yang turut memberikan motivasi kepada penulis selama proses penyusunan skripsi.
5. Teman-teman seperjuangan Cahya Ashardiyanto, Rendy Setyo Budi, Yoghi Cahyo, Bella Septivicha, dan Farah Diba yang telah memberikan semangat dan motivasi yang begitu besar bagi penulis dan menemani penulis baik suka maupun duka
6. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dosen yang telah banyak memberikan ilmu dan pengalamannya kepada penulis selama penulis menempuh studi disini
7. Seluruh guru-guru TK Dharma Wanita Ngepung, SD Ngepung, SMPN 1 Probolinggo, SMAN 1 Probolinggo yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat kepada penulis selama ini.

## MOTTO

“Allah, Dialah yang menciptakan kamu dari keadaan lemah, kemudian Dia menjadikan kamu (kamu) sesudah keadaan lemah itu menjadi kuat, kemudian Dia menjadikan (kamu) sesudah kuat itu menjadi lemah (kembali) dan beruban. Dia menciptakan apa yang dikehendaki-Nya dan Dialah yang Maha Mengetahui lagi Maha Kuasa”

(QS. Ar-Rum 30:54)<sup>1</sup>

“It’s slow process but quitting won’t speed it up. Don’t give up. See it, fight for it, and then get it.”

Ini adalah proses yang panjang tetapi berhenti tidak akan mempercepat proses itu. Jangan menyerah. Tetapkan tujuan, perjuangkan, dan raihlah yang kamu cita-citakan.

(Anonim)<sup>2</sup>

“Jadilah seperti Ekalaya. Dia ditolak tapi dia akan bertahan meski setiap langkahnya penuh jejak darah dan luka..”

(Leila S. Chudori)<sup>3</sup>

---

<sup>1)</sup> Departemen Agama Republik Indonesia. 2006. Al-Qur’an Maghfirah. Jakarta: Maghfirah Pustaka.

<sup>2)</sup> Anonim

<sup>3)</sup> Adaptasi dari novel “Pulang” karya Leila S. Chudori

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aris Kurniawan

TTL : Probolinggo, 05 April 1994

NIM : 122310101033

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Pengaruh Terapi *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) Terhadap Depresi Pada Lansia Di Unit Pelayanan Teknis Panti Sosial Lanjut Usia (UPT PSLU) Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika di kemudian hari ini tidak benar.

Jember, 13 Juni 2016

Yang menyatakan

Aris Kurniawan

NIM.122310101033

PENGESAHAN

Skripsi berjudul "Pengaruh Terapi *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) Terhadap Depresi Pada Lansia di Unit Pelayanan Teknis Panti Sosial Lanjut Usia (UPT PSLU) Kabupaten Jember" telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 15 Juni 2016

Tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Tim Penguji

Pembimbing I



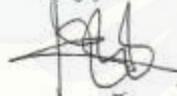
Ns. Wantiyah, M.Kep  
NIP. 19810712 200604 2 001

Pembimbing II



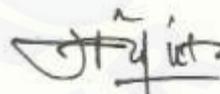
Ns. Kusharyadi S.Kep., M.Kep  
NRP. 760015697

Penguji I



Ns. Erti I. Dewi., M.Kep., Sp.Kep.J  
NIP. 19811028 200604 2 002

Penguji II



Ns. Rondhianto, M.Kep  
NIP. 19830324 200604 1 002

Mengesahkan

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Universitas Jember



Ns. Lantini Sulistyorini, M. Kes  
NIP. 19780323 200501 2 002



Pengaruh terapi *slow stroke back massage* (SSBM) terhadap depresi pada lansia di Unit Pelayanan Teknis Panti Sosial Lanjut Usia (UPT PSLU) Kabupaten Jember (*The effect of slow stroke back massage (SSBM) therapy for depression in elderly in Unit Pelayanan Teknis Panti Sosial Lanjut Usia (UPT PSLU) Jember*).

**Aris Kurniawan**

*School of Nursing, University of Jember*

## **ABSTRACT**

*Depression is a psychiatric disorder focused on the natural feelings of an individual, which is mainly a mood disorder characterized by prolonged sadness, feelings of failure and worthlessness along with other accompanying symptoms. Depression in the elderly is caused by several factors, (physiological factors and psychological factors). The physiological factors is lowering the concentration of serotonin, norepinephrine, dopamine, acetylcholine, and the increasing concentration of brain monoamine oxidase. Slow stroke back massage (SSBM) therapy produce the endorphin to anticipate dysregulation of neurotransmitters that cause depression in elderly. The objective of this research was to know the effect of SSBM therapy for depression of elderly in UPT PSLU Jember. This research was a quasy experiment with pretest-posttest with control group design. The respondent is 20 repondents as sample, conducted by simple random sampling, and divided into two groups: 10 respondents as treatment group and 10 respondents as control group. Data were analyzed used t-test dependent and t-test independent with  $\alpha : 0,05$ . The result showed that there were significant differences of depression level in elderly before and after SSBM therapy in treatment group (p value: 0,001). Otherwise, there were no differences of depression levels in control group (p value; 1,000). Furthermore, there were significant differences of depression level between treatment group and control group after SSBM therapy (p value: 0,027). The conclusion is SSBM therapy can decrease depression levels in elderly. It is recommended for nurses to do non-pharmacologic therapies like a SSBM therapy to decrease depression in elderly.*

**Keywords:** *depression, elderly, slow stroke back massage (SSBM) therapy, geriatric depression scale (GDS).*

## RINGKASAN

**Pengaruh Terapi Slow Stroke Back Massage Terhadap Depresi Pada Lansia di Unit Pelayanan Teknis Panti Sosial Lanjut Usia (UPT PSLU) Kabupaten Jember**, Aris Kurniawan, 122310101033; 2016; 143 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Depresi merupakan suatu gangguan kejiwaan yang berpusat pada alam perasaan suatu individu, yang sebagian besar merupakan gangguan mood ditandai dengan perasaan sedih yang berkepanjangan, perasaan gagal dan tidak berharga beserta gejala penyerta lainnya. Lansia mengalami depresi dikarenakan satu atau akumulasi dari beberapa faktor seperti faktor fisiologis (kondisi fisik yang menurun). Adanya perubahan neurotransmitter pada lansia, seperti menurunnya konsentrasi serotonin, norepinefrin, dopamin, asetilkolin, serta meningkatnya konsentrasi monoamin oksidase otak akibat proses penuaan, memicu terjadinya atau munculnya gejala depresi pada lansia.

Fenomena yang ada dari hasil wawancara dengan petugas kesehatan di UPT PSLU Jember didapatkan bahwa banyak lansia yang menunjukkan tanda-tanda depresi, seperti sering bersedih, sering menyendiri, tidak bersemangat dalam mengikuti kegiatan yang ada di panti, bahkan beberapa lansia mengungkapkan keinginan untuk mengakhiri hidup atau bunuh diri, hal ini diperkuat dengan data menurut hasil studi pendahuluan pada 10 lansia didapatkan data 80 % lansia mengalami depresi (6 orang mengalami depresi ringan dan 2 orang mengalami

depresi sedang). Perlu dilakukan upaya untuk mengantisipasi proses disregulasi neurotransmitter yang memicu terjadinya depresi tersebut dengan meningkatkan produksi endorfin. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan produksi endorfin adalah dengan menggunakan terapi nonfarmakologis berupa stimulasi kutaneus. Salah satu bentuk stimulasi kutaneus adalah *slow stroke back massage* (SSBM). SSBM terdiri dari usapan pelan, lembut, dan berirama yang dilakukan dengan kedua telapak tangan pada punggung klien (Holland & Pokorny, 2001). Nilai terapeutik dari SSBM yang merupakan masase punggung, yaitu mengurangi ketegangan otot dan meningkatkan relaksasi fisik dan psikologis (Kusyati E, 2006 dalam Sumartini, 2008).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh terapi *slow stroke back massage* (SSBM) terhadap depresi pada lansia yang dilaksanakan di Unit Pelayanan Teknis Panti Sosial Lanjut Usia (UPT PSLU) Kabupaten Jember. Jenis penelitian ini adalah *quasy experiment design* dengan rancangan penelitian *pretest-posttest with control group design* tujuannya untuk membandingkan hasil intervensi terapi SSBM sebelum dan sesudah pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Populasi penelitian sebanyak 32 orang dengan sampel 20 responden dengan menggunakan teknik *simple random sampling* yang dibagi menjadi dua kelompok sebanyak 10 kelompok perlakuan dan 10 kelompok kontrol. Data dianalisis menggunakan Uji t dependen dan t independen dengan tingkat kepercayaan 95%CI. Hasil menunjukkan ada perbedaan signifikansi depresi lansia antara sebelum dan sesudah pendidikan terapi SSBM pada kelompok perlakuan dengan hasil (*p value* : 0,001;  $\alpha$ : 0,05).

Sementara itu tidak terdapat perbedaan depresi pada kelompok kontrol dengan hasil ( $p$  value : 1,000 ; $\alpha$ : 0,05). Selain itu, ada perbedaan signifikansi depresi antara kelompok perlakuan dan kontrol setelah terapi SSBM dengan hasil ( $p$  value : 0,027 ; $\alpha$ : 0,05).

Kesimpulan penelitian ini adalah ada pengaruh terapi slow stroke back massage SSBM terhadap depresi pada lansia di UPT PSLU Jember. Hal ini dibuktikan dengan adanya penurunan nilai depresi pada lansia di kelompok perlakuan dan adanya perbedaan yang signifikan antara nilai depresi pada kelompok perlakuan dan kontrol. Berdasarkan hasil penelitian ini terapi SSBM dapat diterapkan oleh perawat sebagai implementasi asuhan keperawatan pada lansia (keperawatan gerontik) untuk upaya pencegahan terjadinya depresi maupun masalah psikologis yang dialami oleh lansia terutama di panti perawatan akibat adanya perubahan maupun penurunan fungsi fisiologis melalui terapi nonfarmakologi seperti SSBM.

## PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan anugerah dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul ” Pengaruh Terapi *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) Terhadap Depresi Pada Lansia di Unit Pelayanan Teknis Panti Sosial Lanjut Usia (UPT PSLU) Kabupaten Jember” dengan baik.

Skripsi ini dapat penulis selesaikan atas bimbingan dan bantuan dari beberapa pihak, dengan rasa syukur penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep. M. Kes., selaku Ketua PSIK Universitas Jember;
2. Ns. Wantiyah, M.Kep selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ns. Kushariyadi, S.Kep, M.Kep, selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing dan memberikan saran dengan sangat sabar kepada penulis;
3. Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep, Sp.Kep.J selaku Dosen Penguji Utama dan Ns. Rondhianto, M.Kep selaku Dosen Penguji Anggota yang telah mengkritisi dan menguji demi kesempurnaan skripsi ini
4. Ns. Roymond H. Simamora, M.Kep dan Ns. Siswoyo, M.Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama melaksanakan studi di PSIK Universitas Jember;
5. Ayahanda Drs. Sukaji dan Ibunda Dra. Hartatik dan seluruh keluarga besar yang selalu memberikan motivasi, dukungan dan kasih sayang;
6. Kepala UPT PSLU Kabupaten Jember dan jajarannya, yang telah memberi izin dan bantuan dalam pelaksanaan penelitian ini;
7. Teman-teman PSIK angkatan 2012 yang telah mendukung saya;
8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna penyempurnaan skripsi ini.

Jember, Juni 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PESEMBAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>ix</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xx</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	<b>7</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	<b>7</b>
1.3.1 Tujuan Umum.....	<b>7</b>
1.3.2 Tujuan Khusus .....	<b>7</b>
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	<b>8</b>
1.4.1 Bagi lembaga UPT PSLU.....	<b>8</b>
1.4.2 Bagi Keperawatan.....	<b>8</b>
1.4.3 Bagi Institusi pendidikan .....	<b>8</b>
1.4.4 Bagi Masyarakat.....	<b>8</b>
1.4.5 Bagi Peneliti.....	<b>9</b>
<b>1.5 Keaslian Penelitian</b> .....	<b>9</b>

<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Konsep Lanjut Usia .....</b>	<b>11</b>
2.1.1 Pengertian Lansia.....	11
2.1.2 Batasan Umur Lansia.....	11
2.1.3 Klasifikasi Lansia.....	13
2.1.4 Tugas Perkembangan Lansia.....	14
2.1.5 Proses Penuaan.....	15
2.1.6 Perubahan-perubahan yang terjadi akibat proses penuaan	16
2.1.7 Permasalahan Psikososial yang terjadi pada Lansia .....	17
<b>2.2 Konsep Depresi .....</b>	<b>18</b>
2.2.1 Pengertian Depresi.....	18
2.2.2 Faktor Predisposisi.....	19
2.2.3 Tanda dan Gejala Depresi.....	20
2.2.4 Dampak Depresi terhadap Lansia.....	21
2.2.5 Psikopatologi Depresi pada Lansia.....	22
2.2.6 Pemeriksaan Depresi pada Lansia.....	24
<b>2.3 Konsep <i>Slow Stroke Back Massage</i> .....</b>	<b>26</b>
2.3.1 Pengertian Masase.....	26
2.3.2 <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i> .....	27
2.3.3 Tujuan <i>slow stroke back massage (SSBM)</i> .....	28
2.3.4 Mekanisme kerja <i>slow stroke back massage (SSBM)</i> .....	29
2.3.5 Indikasi dan kontraindikasi <i>slow stroke back massage</i> <i>SSBM</i> .....	29
2.3.6 Hal-hal yang perlu diperhatikan pada <i>slow stroke back</i> <i>massage</i> .....	30
2.3.7 Prosedur pelaksanaan <i>slow stroke back massage (SSBM)</i>	30
2.3.8 Manfaat <i>slow stroke back massage (SSBM)</i> bagi fisiologis tubuh.....	32
<b>2.4 Pengaruh <i>slow stroke back massage (SSBM)</i> terhadapm depresi</b>	<b>34</b>
<b>2.5 Kerangka Teori.....</b>	<b>36</b>

<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1 Kerangka Konsep .....</b>	<b>37</b>
<b>3.2 Hipotesis.....</b>	<b>38</b>
<b>BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>39</b>
<b>4.1 Desain Penelitian.....</b>	<b>39</b>
<b>4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....</b>	<b>40</b>
4.2.1 Populasi Penelitian.....	40
4.2.2 Sampel Penelitian.....	41
4.2.3 Teknik Sampling.....	41
4.2.4 Kriteria Sampel .....	42
<b>4.3 Lokasi Penelitian.....</b>	<b>43</b>
<b>4.4 Waktu Penelitian.....</b>	<b>43</b>
<b>4.5 Definisi Operasional .....</b>	<b>44</b>
<b>4.6 Pengumpulan Data .....</b>	<b>46</b>
4.6.1 Sumber Data.....	46
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data.....	46
4.6.3 Alat Pengumpulan Data .....	50
4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas .....	51
<b>4.7 Pengolahan Data .....</b>	<b>52</b>
<b>4.8 Analisa Data .....</b>	<b>55</b>
4.8.1 Analisa Deskriptif .....	55
4.8.2 Analisa Inferensial .....	55
<b>4.9 Etika Penelitian .....</b>	<b>57</b>
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>60</b>
<b>5.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>60</b>
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	60
5.1.2 Karakteristik Responden .....	60
5.1.3 Distribusi Nilai Rata-rata Depresi pada Lansia Sebelum dan Sesudah SSBM pada Kelompok Perlakuan .....	64
5.1.4 Distribusi Nilai Rata-rata Depresi pada Lansia Sebelum dan Sesudah SSBM pada Kelompok Kontrol.....	67

5.1.5 Perbedaan Depresi Lansia Sebelum dan Sesudah Terapi SSBM pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di UPT PSLU Jember .....	70
<b>5.2 Pembahasan.....</b>	<b>72</b>
5.2.1 Karakteristik lansia di UPT PSLU Jember.....	72
5.2.2 Perbedaan Depresi Sebelum dan Sesudah SSBM Pada Kelompok Perlakuan.....	79
5.2.3 Perbedaan Depresi Sebelum dan Sesudah SSBM Pada Kelompok Kontrol .....	82
5.1.4 Perbedaan Depresi antara Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol.....	84
<b>5.3 Keterbatasan Penelitian .....</b>	<b>90</b>
<b>BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>92</b>
<b>6.1 Kesimpulan.....</b>	<b>92</b>
<b>6.2 Saran .....</b>	<b>93</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>97</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>105</b>

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	36
Gambar 3.1 Kerangka Konsep .....	37
Gambar 4.1 Skema <i>one group pretest-posttest</i> .....	40
Gambar 5.1 Grafik Perubahan Nilai Rata-rata Depresi Pada Kelompok Perlakuan di UPT PSLU Jember.....	65
Gambar 5.2 Grafik Perubahan Nilai Rata-rata Depresi Pada Kelompok Kontrol di UPT PSLU Jember.....	68

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
4.1 Alokasi Waktu Penelitian .....	44
4.2 Definisi Operasional .....	45
4.3 <i>Blueprint</i> kuesioner tingkat depresi .....	51
4.4 Analisa Data.....	57
5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia dan Lama Tinggal Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol pada Lansia di UPT PSLU Jember .....	61
5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Riwayat Pendidikan, Riwayat Pekerjaan, Riwayat Pernikahan, Riwayat Masuk PSLU, dan Tingkat Kemandirian pada Lansia di UPT PSLU Jember .....	62
5.3 Distribusi Nilai Rata-rata Depresi Pada Lansia Sebelum dan Sesudah SSBM pada Kelompok Perlakuan di UPT PSLU Jember .....	64
5.4 Klasifikasi Depresi Lansia Sebelum dan Sesudah dilakukan SSBM pada Kelompok Perlakuan di UPT PSLU Jember .....	65
5.5 Selisih Nilai Rata-rata Depresi Lansia Sebelum dan Sesudah dilakukan SSBM pada Kelompok Perlakuan di UPT PSLU Jember.....	66
5.6 Distribusi Nilai Rata-rata Depresi Pada Lansia Sebelum dan Sesudah SSBM pada Kelompok Kontrol di UPT PSLU Jember .....	67
5.7 Klasifikasi Depresi Lansia Sebelum dan Sesudah dilakukan SSBM pada Kelompok Kontrol di UPT PSLU Jember .....	68
5.8 Selisih Nilai Rata-rata Depresi Lansia Sebelum dan Sesudah SSBM pada Kelompok Kontrol di UPT PSLU Jember .....	69
5.9 Hasil Uji Normalitas dan Homogenitas Nilai Rata-rata Depresi Pada Lansia dengan Depresi di UPT PSLU Jember.....	70
5.10 Perbedaan Nilai Rata-rata Depresi pada Lansia Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi SSBM pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di UPT PSLU Jember.....	70

5.11 Perbedaan Nilai Rata-rata Depresi Lansia antara Kelompok Perlakuan dan  
Kelompok Kontrol di UPT PSLU Jember ..... 71



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Lembar <i>Informed</i> .....	106
Lampiran 2. Lembar <i>Consent</i> .....	107
Lampiran 3. Lembar Karakteristik Responden .....	108
Lampiran 4. SOP <i>Slow Stroke Back Massage</i> .....	109
Lampiran 5. Alat Ukur Depresi.....	114
Lampiran 6. Hasil Analisis Data .....	116
Lampiran 7. Lembar Surat Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan.....	128
Lampiran 8. Lembar Surat Keterangan Telah Studi Pendahuluan.....	129
Lampiran 9. Lembar Surat Pernyataan Telah Studi Pendahuluan .....	130
Lampiran 10. Lembar Hasil Studi Pendahuluan .....	131
Lampiran 11. Lembar Surat Uji SOP.....	132
Lampiran 12. Lembar Hasil Uji SOP .....	133
Lampiran 13. Lembar Surat Ijin Penelitian.....	134
Lampiran 14. Lembar Pernyataan Telah Selesai Penelitian.....	136
Lampiran 15. Tabel Alokasi Waktu Penelitian .....	137
Lampiran 16. Lembar Konsultasi.....	138
Lampiran 17. Dokumentasi Kegiatan .....	143

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Usia lanjut (usila) atau disebut juga lanjut usia (lansia) sebagai tahap akhir siklus kehidupan merupakan tahap perkembangan normal yang akan dialami oleh setiap individu. Lansia dipandang telah menyelesaikan seluruh tugas perkembangan yang ada dan telah menyelesaikan seluruh kewajiban yang ada. Idealnya seseorang yang telah mencapai masa lansia harusnya telah menyelesaikan seluruh tanggung jawab hidupnya dan mencapai hidup yang tenang untuk mempersiapkan kematian yang tenang atau indah. Fakta yang ada di lapangan menurut studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada Unit Pelayanan Teknis Panti Sosial Lanjut Usia (UPT PSLU) Kabupaten Jember terdapat banyak lansia yang mengalami masalah saat memasuki masa lansia antara lain masalah penurunan kondisi fisik, masalah mental dan masalah psikososial.

Penurunan kemampuan beradaptasi terhadap perubahan dan stres lingkungan sering menyebabkan gangguan psikososial pada lansia yaitu depresi. Depresi yang terjadi pada lansia disebabkan oleh banyak faktor dan berdampak negatif seperti dapat memperpendek harapan hidup dengan mencetuskan atau memperburuk kemunduran fisik. Dampak terbesarnya sering terjadi penurunan kualitas hidup dan menghambat pemenuhan tugas-tugas perkembangan lansia (Stanley & Beare, 2007). Depresi pada lansia juga dapat memperburuk kondisi medis, dan meningkatkan resiko bunuh diri (Richy, 2007 dalam Suaib 2011).

Diagnosa keperawatan dari gangguan alam perasaan seperti depresi menurut NANDA mencakup respon koping maladaptif pasien dan stressor terkait. Diagnosa yang dapat muncul antara lain ansietas, ketidakberdayaan, isolasi sosial dan resiko bunuh diri. Menurut National Institute of Mental Health (NIMH) (Richy, 2007 dalam Suaib 2011) menyebutkan bahwa angka kejadian bunuh diri meningkat sampai 75% pada lansia yang depresi. Pada UPT PSLU Jember petugas kesehatan dipanti mengatakan bahwa banyak lansia yang menunjukkan tanda-tanda depresi, seperti: sering bersedih, sering menyendiri, tidak bersemangat dalam mengikuti kegiatan yang ada di panti, bahkan beberapa lansia mengungkapkan keinginan untuk mengakhiri hidup atau bunuh diri

Depresi merupakan masalah mental yang paling banyak ditemui pada lansia. Menurut *World Health Organization* (WHO, 2011), prevalensi depresi pada lansia di dunia sekitar 8–15%. Hasil survey dari berbagai negara di dunia diperoleh prevalensi rata-rata depresi pada lansia adalah 13,5% dengan perbandingan pria dan wanita 14,1 : 8,5. Sementara prevalensi depresi pada lansia yang menjalani perawatan di RS dan Panti Perawatan sebesar 30–45%. Sekitar 25% komunitas lanjut usia dan pasien rumah perawatan ditemukan adanya gejala depresi pada lansia. Depresi menyerang 10-15% lansia 65 tahun keatas yang tinggal dikeluarga dan angka depresi meningkat secara drastis pada lansia yang tinggal di institusi, dengan sekitar 50-75% penghuni perawatan jangka panjang memiliki depresi ringan sampai sedang (Kaplan et al,1997 dalam Azizah, 2011). Berdasarkan hasil studi pendahuluan di UPT PSLU Jember didapatkan

melalui pengkajian pada 10 lansia didapatkan data 80 % lansia mengalami depresi (6 orang mengalami depresi ringan dan 2 orang mengalami depresi sedang).

Lansia mengalami depresi dikarenakan satu atau akumulasi dari beberapa faktor seperti kondisi fisik yang menurun, kemunduran psikososial seperti perasaan tidak berguna, tidak produktif, kehilangan pasangan hidup, berada jauh dari anak, sehingga kurangnya perhatian diri baik dari orang lain maupun lingkungan. Perubahan yang terjadi pada lansia salah satunya adalah perubahan kondisi fisik akibat proses penuaan (Nugroho, 2000). Maslim berpendapat bahwa depresi adalah suatu kondisi yang dapat disebabkan oleh defisiensi relatif salah satu atau beberapa aminergik neurotransmitter (noradrenalin, serotonin, dopamin) pada sinaps neuron di sistem saraf pusat (terutama pada sistem limbik) (Maslim, 2002). Menurut Damping (2003) adanya perubahan neurotransmitter pada lansia, seperti menurunnya konsentrasi serotonin, norepinefrin, dopamin, asetilkolin, serta meningkatnya konsentrasi monoamin oksidase otak akibat proses penuaan. Perubahan-perubahan ini memicu terjadinya atau munculnya gejala depresi pada lansia. Pihak UPT PSLU Jember telah berupaya untuk menjaga kondisi fisik dan psikologis lansia yang tinggal disana agar tidak menimbulkan stress ataupun depresi dengan mengadakan kegiatan-kegiatan fisik yang ada seperti senam lansia, jalan sehat, kerja bakti dan aktivitas fisik lainnya. Aktivitas-aktivitas tersebut diharapkan tidak hanya mampu menjaga kondisi fisik lansia tetapi juga untuk meningkatkan kemampuan interpersonal dan sosial lansia melalui aktivitas tersebut. Selain itu lansia juga menerima terapi psikofarmaka apabila terdapat lansia yang mengalami tanda dan gejala psikotik.

Upaya untuk menangani depresi pada lansia meliputi terapi perilaku-kognitif, dan terapi interpersonal (Stuart, 2006) Terapi psikofarmaka juga dapat dilakukan dengan melibatkan obat-obatan golongan antidepressan trisiklik (ATS) inhibitor reuptake serotonin selektif (SSRI) dan inhibitor monoamine oksidase (MAOI) yang berfokus pada regulasi neurotransmitter di otak (Stuart, 2006). Terapi psikofarmaka memang efektif untuk menangani depresi akan tetapi memiliki efek samping yang merugikan (Stuart, 2006). Perlu dilakukan upaya untuk mengantisipasi proses disregulasi neurotransmitter yang memicu terjadinya depresi tersebut dengan meningkatkan produksi endorfin. Peningkatan hormon endorfin merangsang produksi hormon dopamin dan hormon serotonin yang berperan untuk relaksasi dan menurunkan depresi (Wibowo, 2015).

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan produksi endorfin adalah dengan menggunakan stimulasi kutaneus. Stimulasi kutaneus dapat memproduksi endorfin yang berperan dalam penurunan tingkat stress dan depresi pada individu dalam hal ini lansia. Stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang bekerja dengan cara mendorong pelepasan endorfin (Potter & Perry, 2005). Stimulasi kutaneus atau dalam hal ini disebut pijat mengurangi stres dengan cara memicu pelepasan hormon endorfin. Sentuhan pijat dapat mengurangi stres dan menghasilkan perasaan nyaman dengan memicu pelepasan endorfin oleh otak.. Endorfin dianggap obat penghilang rasa sakit kuat sehingga dikenal sebagai opiat alami. Peningkatan produksi endorfin mengarah ke keadaan tubuh lebih menyenangkan (Levine & Levine, 2004). Individu yang dilakukan stimulasi kutaneus akan mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk tenang

sehingga akan memunculkan respon relaksasi. Relaksasi sangat penting dalam membantu klien untuk meningkatkan kenyamanan dan membebaskan diri dari ketakutan serta stress (Potter & Perry, 2005).

Stimulasi kutaneus memiliki dampak positif yang kuat karena sensasi fisik yang menenangkan diberikan oleh teknik pemijatan dengan tangan yang memberikan umpan balik ke otak dan mengurangi tekanan mental. Setelah tekanan mental berkurang, otak mengirimkan sinyal ke kelenjar adrenal untuk berhenti melepaskan hormon stres dan mengirimkan sinyal otot relaks. Lingkaran umpan balik antara manifestasi mental dan fisik dari stres menjelaskan mengapa memijat satu area tubuh dapat menghasilkan perasaan relaksasi seluruh tubuh (Levine & Levine, 2004). Salah satu bentuk stimulasi kutaneus adalah *slow stroke back massage* (SSBM). SSBM terdiri dari usapan pelan, lembut, dan berirama yang dilakukan oleh perawat dengan kedua telapak tangan pada punggung klien (Holland & Pokorny, 2001). SSBM dilakukan pada area 2 inchi sisi prosesus spinosus dari area kepala menuju sacral sekurang-kurangnya 3 menit (Meek, 1993). Nilai terapeutik dari SSBM yang merupakan masase punggung, yaitu mengurangi ketegangan otot dan meningkatkan relaksasi fisik dan psikologis (Kusyati E, 2006 dalam Sumartini, 2008), dengan parameter fisiologis berupa denyut dan tekanan darah (sistolik maupun diastolik) serta suhu kulit.

SSBM menstimulasi saraf-saraf di superfisial di kulit punggung yang kemudian diteruskan ke otak di bagian hipotalamus. Sistem saraf desenden yang ada pada hipotalamus melepaskan opiat endogen, seperti endorfin. Pengeluaran endorfin mengakibatkan meningkatnya kadar endorfin dalam tubuh. Peningkatan

hormon endorfin menstimulasi produksi hormon dopamin dan hormon serotonin. Hormon dopamin yang naik kadarnya menyebabkan kecemasan berkurang sedangkan hormon serotonin yang meningkat dapat mengurangi gangguan tidur yang menyebabkan pasien lebih rileks dan secara tidak langsung mendistraksi dan menurunkan depresi yang dialami oleh lansia (Arisanti, 2012). SSBM mempengaruhi kontraksi dinding kapiler sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah kapiler dan pembuluh getah bening, memperlancar aliran oksigen dalam darah, pembuangan metabolisme semakin lancar sehingga memacu hormon endorfin sehingga memberi rasa nyaman, merangsang saraf reseptor saraf sensorik menuju ke sistem saraf pusat dan apabila mengenai impuls tersebut mengenai bagian kelabu pada otak tengah (*periaqueductus*) kemudian dari *periaqueductus* ini disampaikan ke hipotalamus, dari hipotalamus inilah melalui saraf desenden hormon endorfin dikeluarkan sehingga menimbulkan rasa relaksasi (Shocker, dalam Wibowo 2015). Penelitian yang dilakukan oleh Wibowo (2015) terkait pengaruh SSBM terhadap depresi pada penderita pasca stroke iskemik yang dilihat dari nilai skornya menunjukkan rerata penurunan depresi pada penderita pasca stroke iskemik yang sebagian besar responden mengalami depresi sedang mengalami penurunan menjadi depresi ringan setelah mendapat perlakuan SSBM (Wibowo, 2015)

Berdasarkan teori diatas, manfaat *slow stroke back massage* (SSBM) memiliki efek positif yang memberikan efek relaksasi. Efek relaksasi ini nantinya akan dapat membantu klien untuk menjadi rileks dan dapat menurunkan perasaan dan gejala depresi sehingga pasien menjadi lebih tenang dan depresi dapat

menurun. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk meneliti bagaimana pengaruh dari *slow stroke back massage* (SSBM) pada depresi pada lansia di UPT PSLU Jember dikarenakan terapi SSBM ini belum pernah diterapkan di UPT PSLU Jember berdasarkan pada hasil studi pendahuluan.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang ada diatas maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah apakah ada pengaruh *slow stroke back massage* (SSBM) terhadap depresi pada lansia di UPT PSLU , Jember?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pemberian *slow stroke back massage* (SSBM) terhadap depresi pada lansia di UPT PSLU, Jember

### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini yaitu :

- a. mengidentifikasi karakteristik lansia dengan depresi di UPT PSLU Jember;
- b. mengidentifikasi perbedaan depresi sebelum dan sesudah dilakukan pemberian terapi *slow stroke back massage* (SSBM) pada kelompok perlakuan;
- c. mengidentifikasi perbedaan depresi sebelum dan setelah dilakukan pemberian terapi *slow stroke back massage* (SSBM) pada kelompok kontrol;
- d. menganalisis perbedaan depresi sebelum dan setelah dilakukan pemberian terapi *slow stroke back massage* (SSBM) pada lansia di UPT PSLU Jember;

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Bagi lembaga UPT PSLU

Hasil penelitian ini diharapkan bisa diterapkan di UPT PSLU Jember sebagai salah satu intervensi untuk mengatasi masalah lansia dengan depresi dengan menggunakan terapi *slow stroke back massage* (SSBM)

### 1.4.2 Bagi Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan menambah sumbangan pengetahuan yang dapat dipraktekkan oleh perawat sebagai intervensi untuk mengurangi depresi pada lansia dengan menggunakan terapi *slow stroke back massage* (SSBM) dan sebagai dasar penelitian keperawatan selanjutnya.

### 1.4.3 Bagi Institusi pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan bisa memberikan dan menambah kepustakaan bagi mahasiswa mengenai terapi non farmakologis dengan terapi *slow stroke back massage* (SSBM) untuk mengatasi masalah pada lansia dengan depresi.

### 1.4.4 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan bisa memberikan pengetahuan dan informasi kepada masyarakat terkait penggunaan terapi *slow stroke back massage* (SSBM) untuk lansia dengan depresi.

#### 1.4.5 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan peneliti terutama terkait pemberian terapi *slow stroke back massage* (SSBM) dan mengetahui bagaimana intervensi yang bisa diterapkan pada lansia dengan depresi

### 1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian ini mempunyai kemiripan dengan penelitian yang berjudul “*Slow Stroke Back Massage* (SSBM) Terhadap Penurunan Depresi Pada Penderita Pascastroke Iskemik di Puskesmas Kartasura Sukoharjo” Penelitian ini dilakukan oleh Thomas Ari Wibowo mahasiswa Program Magister Keperawatan, Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2015. Tempat penelitian adalah di wilayah kerja Puskesmas Kartasura, Sukoharjo. Desain penelitian menggunakan desain *quasy-eksperimen* dengan pendekatan *pretest-posttest with control group design*. Responden penelitian sebanyak 72 orang dengan teknik pengambilan sampel menggunakan simple random sampling. Hasil penelitian dianalisis menggunakan *paired t-test* dan *Mann Whitney test*. Karakter responden merupakan penderita pascastroke iskemik yang ada di wilayah kerja Puskesmas Kartasura, Sukoharjo.

Perbedaan dari penelitian sebelumnya terletak pada variabel dependennya yaitu tingkat kecemasan, sedangkan pada penelitian ini mengukur depresi. Karakteristik responden pada penelitian ini menggunakan lansia yang tinggal di panti UPT PSLU Jember, sedangkan penelitian sebelumnya adalah ibu menopause di wilayah kerja Puskesmas Patrang, Kabupaten Jember. Penelitian ini

menggunakan desain *quasy-experiment* dengan pendekatan *pretest-posttest design*. Peneliti menggunakan teknik sampel probability sampling dengan pendekatan *simple random sampling*. Hasil penelitian dianalisis menggunakan uji t independen. Perbedaan lainnya adalah berupa lokasi, waktu, dan responden yang berbeda.



## **BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Konsep Lanjut Usia**

#### **2.1.1 Pengertian Lansia**

Berdasarkan definisi secara umum, seseorang dikatakan lanjut usia (lansia) apabila usianya 65 tahun ke atas (Setianto, 2004). Menurut Undang-Undang RI No. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia dengan tegas dinyatakan bahwa yang disebut lansia adalah laki-laki maupun perempuan yang berusia 60 tahun atau lebih. Lansia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan (Pudjiastuti, 2003).

Mengacu pada beberapa pernyataan diatas maka dapat disimpulkan bahwa lansia merupakan seseorang yang telah mencapai umur setidaknya 60 tahun atau lebih. Lansia mengalami penurunan kemampuan tubuh seiring bertambahnya usia untuk beradaptasi dengan stress baik fisik maupun lingkungan

#### **2.1.2 Batasan Umur Lansia**

Usia yang dijadikan patokan untuk lanjut usia berbeda-beda, umumnya berkisar antara 60-65 tahun (Padila, 2013) Beberapa pendapat para ahli tentang batasan umur lansia adalah sebagai berikut:

a. Menurut *World Health Organization* (2011) membagi lansia menjadi tiga kriteria yaitu :

- 1) *old*, usia 60-74 tahun;
- 2) *old-old*, usia 75-84 tahun;
- 3) *oldest-old*, usia >85 tahun.

b. Menurut Hurlock (dalam Padila, 2013) membagi lansia menjadi dua kriteria yaitu *early old age*, usia 60-70 tahun dan *advanced old age*, usia > 70 tahun.

c. Menurut Burnsie (dalam Padila, 2013) membagi usia lansia menjadi empat kriteria yaitu :

- 1) *young old*, usia 60-69 tahun;
- 2) *middle age old*, usia 70-79 tahun;
- 3) *old-old*, usia 80-89 tahun;
- 4) *very old-old*, usia > 90 tahun.

d. Menurut Bee (dalam Padila 2013) membagi usia menjadi lima kriteria yaitu :

- 1) masa dewasa muda, usia 18-25 tahun;
- 2) masa dewasa awal, usia 25-40 tahun;
- 3) masa dewasa tengah, usia 40-65 tahun;
- 4) masa dewasa lanjut, usia 65-75 tahun;
- 5) masa dewasa sangat lanjut, usia > 75 tahun.

e. Menurut Prof. Dr. Koesoemato Setyonegoro (dalam Padila, 2013) membagi usia menjadi tiga kriteria yaitu :

- 1) usia dewasa muda (*elderly adulthood*), usia 18/20-25 tahun;
- 2) usia dewasa penuh (*middle years*) atau maturitas, usia 25-60/65 tahun;
- 3) lanjut usia (*geriatric age*): > 65 tahun atau 70 tahun. Masa lanjut usia (*geriatric age*) itu sendiri dibagi menjadi tiga batasan umur, yaitu *young old* (70-75 tahun), *old* (75-80 tahun), dan *very old* (> 80 tahun).

### 2.1.3 Klasifikasi Lansia

Klasifikasi berikut ini adalah lima klasifikasi pada lansia berdasarkan Depkes RI (2003) yang terdiri dari :

- a. pralansia (prasenilis) yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun;
- b. lansia ialah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih;
- c. lansia resiko tinggi ialah seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih atau seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan;
- d. lansia potensial ialah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau 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.

#### 2.1.4 Tugas Perkembangan Lansia

Merujuk pada tahap perkembangan Erikson (Santrock, 2002), usia lanjut merupakan tahap fase integritas versus keputusasaan. Pada fase ini, individu melihat kembali apa yang telah dilakukan dalam kehidupannya. Melalui jalan yang berbeda, lansia telah mengembangkan harapan yang positif di setiap periode sebelumnya. Pandangan tentang masa lalu (*retrospective glances*) dan kenangan akan menampakkan suatu gambaran dari kehidupan yang dilewatkan dengan baik, dan lansia akan merasa puas (*integrity*), namun jika lansia melalui satu atau lebih tahapan-tahapan yang awal dengan suatu cara yang negatif (terisolasi di dalam masa dewasa awal atau terhambat di masa dewasa tengah, misalnya), pandangan tentang masa lalu akan menampilkan keragu-raguan, kemurungan, dan keputusasaan terhadap keseluruhan nilai dari kehidupan seseorang (Santrock, 2002)

Menurut Burnside (1979), Duvall (1977) dan Havighurst (1953) dikutip oleh Potter & Perry (2005) dalam Azizah (2011), tugas perkembangan lansia meliputi :

- a. Menyesuaikan terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan
- b. Menyesuaikan terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan
- c. Menyesuaikan terhadap kematian pasangan.
- d. Menerima diri sendiri sebagai individu lansia
- e. Mempertahankan kepuasan pengaturan hidup
- f. Mendefinisikan ulang hubungan dengan anak yang dewasa
- g. Menentukan cara untuk mempertahankan kualitas hidup

#### 2.1.4 Proses Penuaan

Menjadi tua atau menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup yang tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tahap-tahap kehidupannya, yaitu neonatus, *toddler*, *preschool*, *school*, remaja, dewasa dan lansia. Tahap berbeda ini dimulai baik secara biologis maupun psikologis. (Padila, 2013)

*Aging process* atau proses penuaan merupakan suatu proses biologis yang tidak dapat dihindari dan akan dialami oleh setiap orang. Proses penuaan sudah mulai berlangsung sejak seseorang mencapai dewasa, misalnya dengan terjadinya kehilangan jaringan pada otot, susunan saraf dan jaringan lain sehingga tubuh 'mati' sedikit demi sedikit. Sebenarnya tidak ada batasan yang tegas, pada usia berapa kondisi kesehatan seseorang mulai menurun. Setiap orang memiliki fungsi fisiologis alat tubuh yang sangat berbeda, baik dalam hal pencapaian puncak fungsi tersebut maupun saat menurunnya. Setelah mencapai puncak, fungsi alat tubuh akan berada dalam kondisi tetap utuh beberapa saat, kemudian menurun sedikit demi sedikit sesuai dengan bertambahnya usia (Mubarak et al, 2011).

### 2.1.5 Perubahan-perubahan yang terjadi akibat proses penuaan

Menurut Nugroho (2000) perubahan yang terjadi pada lansia dapat diklasifikasikan menjadi tiga bagian diantaranya adalah sebagai-berikut:

#### a. Perubahan Kondisi Fisik

Perubahan kondisi fisik pada lansia meliputi perubahan dari tingkat sel sampai ke semua sistem organ tubuh, diantaranya sistem pernapasan, pendengaran, penglihatan, kardiovaskuler, sistem pengaturan suhu tubuh, muskuloskeletal, gastrointestinal, urogenital, endokrin, dan integumen. Pada sistem persarafan terjadi rata-rata penurunan saraf neurokortikal sebesar 1 per detik (Pakkenberg dkk, 2003), hubungan persarafan cepat menurun, lambat dalam merespons baik dari gerakan maupun jarak waktu, khususnya dengan stress (Nugroho, 2000).

#### b. Perubahan Kondisi Mental

Pada umumnya lansia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Perubahan-perubahan mental ini erat sekali hubungannya dengan perubahan fisik, keadaan kesehatan, tingkat pendidikan atau pengetahuan, dan situasi lingkungan. Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan kondisi mental diantaranya:

- 1) Perubahan fisik;
- 2) Kesehatan umum;
- 3) Tingkat pendidikan;
- 4) Keturunan;

- 5) Lingkungan;
- 6) Tingkat kecerdasan. (Nugroho, 2000).

#### c. Perubahan Psikososial

Menurut Nugroho (2000) perubahan psikososial pada lansia terjadi terutama ketika lansia memasuki masa pensiun. Lansia mengalami beberapa perubahan keadaan seperti kehilangan sumber financial, kehilangan status atau jabatan (*post power syndrome*), kehilangan teman atau relasi, kehilangan pekerjaan atau kegiatan, dan merasakan kesadaran akan kematian (*sense of awareness of mortality*).

#### 2.1.6 Permasalahan Psikososial yang terjadi pada Lansia

Menurut Maryam dkk (2008) masalah kesehatan jiwa yang sering timbul pada lansia adalah: depresi, insomnia, paranoid, demensia dan ansietas. Depresi merupakan masalah yang sering dihadapi oleh lansia. Kaplan dan Sadock (1997 dalam Azizah, 2011) 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, fisis, psikologis, dan sosial.

## 2.2 Konsep Depresi

### 2.2.1 Pengertian Depresi

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 bunuh diri (Kaplan, 2010). Sue (1986 dalam Suprayitno, 2009 dalam Syarniah, 2010) mendefinisikan depresi sebagai suatu keadaan emosi yang mempunyai karakteristik seperti perasaan sedih, perasaan gagal dan tidak berharga, dan menarik diri dari orang lain ataupun lingkungan. Menurut Depkes RI (2007) gangguan depresi adalah gangguan psikiatri yang menonjolkan mood sebagai masalahnya, dengan berbagai gambaran klinis yakni gangguan episode depresi, gangguan distimik, gangguan depresi mayor dan gangguan depresi unipolar serta bipolar.

Menurut beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa depresi merupakan suatu gangguan kejiwaan yang berpusat pada alam perasaan suatu individu, yang sebagian besar merupakan gangguan mood ditandai dengan perasaan sedih yang berkepanjangan, perasaan gagal dan tidak berharga beserta gejala penyerta lainnya yaitu, perubahan pola tidur, perubahan pola makan, konsentrasi menurun, rasa putus asa dan gejala lainnya.

### 2.2.2 Faktor Predisposisi

Berbagai teori telah diajukan untuk menjelaskan gangguan alam perasaan yang parah. Teori dan model berikut ini menunjukkan rentang faktor-faktor penyebab yang mungkin bekerja sendiri atau dalam kombinasi (Stuart, 2006)

- a. Faktor genetik (*genetic factor*). Faktor genetik dianggap memengaruhi transmisi gangguan afektif melalui riwayat keluarga dan keturunan.
- b. Teori agresi yang ditujukan kepada diri (*aggression turned inward theory*). Teori ini menunjukkan bahwa depresi terjadi karena perasaan marah yang ditujukan kepada diri sendiri.
- c. Teori kehilangan objek (*object loss theory*). Teori ini merujuk kepada perpisahan traumatik individu dengan benda atau seseorang yang sangat berarti.
- d. Teori organisasi kepribadian (*personality organization theory*). Teori ini menguraikan bagaimana konsep diri yang negative dan harga diri rendah memengaruhi sistem keyakinan dan penilaian seseorang terhadap stressor.
- e. Model kognitif (*cognitive model*). Model ini menyatakan bahwa depresi merupakan masalah kognitif yang didominasi oleh evaluasi negatif seseorang terhadap diri sendiri, dunia, dan masa depan diri sendiri.
- f. Model ketidakberdayaan yang dipelajari (*learned helplessness model*). Model ini menunjukkan bahwa bukan semata-mata trauma yang menyebabkan depresi, tetapi keyakinan bahwa seseorang tidak mempunyai kendali terhadap hasil yang penting dalam kehidupannya, oleh karena itu ia berhenti melakukan respons yang adaptif.

- g. Model perilaku (*behavioral model*). Model ini berkembang dari kerangka teori belajar sosial, yang mengasumsi penyebab depresi terletak pada kurangnya keinginan positif dalam berinteraksi dengan lingkungan.
- h. Model biologis (*biological model*). Model ini menguraikan perubahan kimia dalam tubuh yang terjadi selama masa depresi, termasuk defisiensi katekolamin, disfungsi endokrin, hipersekresi kortisol, disregulasi neurotransmitter, dan variasi periodik dalam irama biologis

### 2.2.3 Tanda dan Gejala Depresi

Depresi adalah salah satu bentuk gangguan jiwa pada alam perasaan (afektif dan mood) yang ditandai kemurungan, kesedihan, kelesuan, kehilangan gairah hidup, tidak ada semangat, dan merasa tidak berdaya, perasaan bersalah atau berdosa, tidak berguna dan putus asa (Yosep, 2009). Gejala lain yang sering menyertainya adalah :

- a. sulit konsentrasi dan daya ingat menurun;
- b. nafsu makan dan berat badan menurun;
- c. gangguan tidur (sulit tidur atau tidur berlebihan) disertai mimpi-mimpi yang tidak menyenangkan, misal mimpi orang yang sudah meninggal;
- d. agitasi atau retardasi motorik (gelisah atau perlambatan gerakan motorik);
- e. hilang perasaan senang, semangat, dan minat, meninggalkan hobi;
- g. kreativitas dan produktivitas menurun;
- h. gangguan seksual (libido menurun);
- i. pikiran-pikiran tentang kematian dan bunuh diri.

Menurut Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa (PPDGJ) – III yang merujuk pada ICD 10 (*International Classification Diagnostic 10*), depresi dapat ditegakkan apabila gejala yang muncul adalah :

a. gejala utama (pada derajat ringan, sedang, dan berat)

- 1) afek depresif;
- 2) kehilangan minat dan kegembiraan;
- 3) berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.

b. gejala lainnya

- 1) konsentrasi dan perhatian berkurang.
- 2) harga diri dan kepercayaan diri berkurang.
- 3) gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna.
- 4) pandangan masa depan yang suram dan pesimistis.
- 5) gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri.
- 6) tidur terganggu.
- 7) nafsu makan berkurang.

#### 2.2.4 Dampak Depresi terhadap Lansia

Depresi yang dialami oleh lansia diperkirakan nantinya akan menambah masalah yang timbul dan akan dihadapi oleh lansia. Menurut Segal, et al. (2009 dalam Syarniah, 2010) depresi pada lansia dapat mengakibatkan munculnya penyakit fisik, penyalahgunaan obat, alkohol dan nikotin, angka kematian yang

lebih tinggi bahkan bunuh diri. Penurunan fungsi fisik merupakan salah satu konsekuensi dari depresi yang dialami oleh lansia (Blazer, et al., 2002; Mehta, et al., 2002, dalam Miller, 2004). Lansia yang mengalami depresi juga akan lebih banyak keluhan fisik dan melaporkan kesehatan dirinya lebih buruk (Han, 2002; Oxman, et al., 2000; Xavier, et al., 2002, dalam Miller 2004). Meninjau dari sisi psikologis, Miller (2004) mengungkapkan bahwa depresi pada lansia dapat menimbulkan perasaan cemas, iritabel, penurunan harga diri, tidak ada perasaan atau perasaan kosong dan perasaan negatif tentang diri sendiri. Sedangkan dari aspek sosial depresi ini akan mengakibatkan lansia kehilangan minat untuk melakukan aktivitas sosial dengan orang lain. Dampak psikososial ini sangat berpengaruh terhadap motivasi lansia untuk melakukan aktivitas dan interaksi dengan orang lain. Dengan demikian lansia yang mengalami depresi dapat juga mengalami masalah sosial.

#### 2.2.5 Psikopatologi Depresi pada Lansia

Perubahan- perubahan pada lansia salah satunya perubahan fisiologis dapat menjadi pencetus terjadinya depresi pada lansia (Blazer, 2002 dalam Miller, 2004 dalam Syarniah 2010). Miller (2004 dalam Syarniah, 2010) menyatakan bahwa ada hubungan antara depresi yang terjadi pada lansia dengan perubahan pada otak, sistem saraf dan sistem neuroendokrin. Adanya disregulasi neurotransmitter seperti serotonin, dopamin, asetilkolin dan norepineprin juga menjadi faktor penyebab atau faktor yang mempengaruhi terjadinya depresi. Perubahan sistem neuroendokrin yang berperan terhadap terjadinya depresi adalah

penurunan kortisol dalam plasma, perubahan sekresi hormon pertumbuhan (*growth hormone*), perubahan respon hormon tiroid dan peningkatan aktivitas adrenal di kelenjar hipotalamus. Faktor predisposisi lainnya yang dapat mempengaruhi terjadinya depresi pada lansia adalah faktor genetik, perubahan fisiologis otak, dan gangguan irama sirkadian seperti pola tidur (Syarniah, 2010)

Stres yang dialami oleh individu mengakibatkan hipersekresi kortisol yang dapat mengakibatkan peningkatan pemecahan glukokortikoid untuk pemenuhan glukosa, tetapi glukosa yang dihasilkan tidak dapat diabsorpsi oleh sel hippocampus otak (bagian sistem limbik). Glukokortikoid yang berlebihan juga menyebabkan terjadi kerusakan pompa kalsium pada sel hippocampus sehingga sel mengalami kelebihan kalsium dan defisit glukosa. Kalsium intrasel yang berlebihan menjadi faktor penyebab kerusakan/kematian sel. Akibat defisit glukosa dan kalsium radikal intrasel maka sel hippocampus mengalami kematian sel sehingga ukuran hippocampus mengalami pengurangan. Dengan demikian fungsi hippocampus juga terganggu dan berdampak pada defisit serotonin (5HTAA), dan norepinefrin. Defisit serotonin mengakibatkan penurunan sekresi hormon pertumbuhan (*growth hormone*), sekresi prolaktin, peningkatan *Tiroid Stimulating Hormone* (TSH), dan peningkatan sekresi kortisol. Akibatnya individu mengalami distress gastrointestinal, nyeri kronis atau intermitten, iritabel, palpitasi, pusing, kehilangan energi, perubahan dorongan seksual, penurunan nafsu makan atau gangguan tidur yang merupakan gejala dari depresi (Stuart & Laraia, 2005 dalam Syarniah, 2010). Norepinefrin berfungsi

memberikan energi ke tubuh untuk bergerak selama stress sehingga pada saat stress individu merasa tidak ada energi (Videbeck, 2008 dalam Syarniah, 2010).

Psikopatologi depresi pada lansia menunjukkan bahwa penurunan kondisi fisiologis dan akumulasi stress yang dialami lansia akan menjadi faktor pencetus terjadinya depresi pada lansia. Aktivitas merupakan pencegahan yang efektif dalam meminimalisir depresi (Kring et al, 2007). Penyebab depresi karena ketidakmampuan melakukan fungsi-fungsi fisik tertentu, seperti menggerakkan anggota tubuh bagian tertentu, sehingga lansia merasa tidak mampu dan merasa tidak berdaya, lansia bereaksi dengan kemarahan terhadap peristiwa kehilangan tersebut yang kemudian diarahkan kepada diri sendiri sehingga menyebabkan penurunan harga diri dan terjadinya depresi (Bramastyo, 2009). Keluhan yang dialami lansia secara fisik adalah, rasa pusing, penurunan libido dan dorongan seksual, nyeri, ansietas dan gangguan tidur. Keluhan psikologis yang dialami antara lain merasa sedih, kurang bertenaga, merasa mudah lelah dan keluhan lain yang diikuti dengan penurunan aktivitas motorik dan interaksi sosial (Syarniah, 2010).

#### 2.2.6 Pemeriksaan Depresi pada Lansia

Untuk mengetahui tingkat depresi yang terjadi pada lansia maka perlu dilakukan pengkajian dengan alat pengkajian yang terstandarisasi dan dapat dipercaya serta valid dan memang dirancang untuk diujikan kepada lansia (Stanley & Beare 2006). Salah satu alat yang paling mudah untuk digunakan dan diinterpretasikan di berbagai tempat adalah *Geriatric Depression Scale*

(GDS)(Yesavage dalam Padila, 2013). GDS poin dibuat sebagai alat penapisan depresi pada lansia. GDS tersebut menggunakan format laporan sederhana yang diisi sendiri dengan jawaban “ya” atau “tidak” dan dapat dibacakan pada klien dengan gangguan penglihatan, serta memerlukan waktu sekitar 10 menit untuk menyelesaikannya. GDS merupakan alat psikometrik dan tidak mencakup hal-hal somatik yang tidak berhubungan dengan pengukuran mood lainnya. Setelah pasien memberikan jawaban dalam pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam skrining ini, maka dilakukan penjumlahan dan dikategorikan berdasarkan klasifikasi yang telah ditentukan dalam skrining ini yaitu normal, depresi ringan, depresi sedang, dan depresi berat (Kurlowicz & Greenberg, 2007). Skala *Geriatric Depression Scale* merupakan alat ukur depresi pada lansia yang bersifat universal dan lebih akurat daripada alat ukur depresi yang lain (Ebersole, et al., 2005) Kuesioner ini memiliki 15 pertanyaan dan semua pertanyaan dalam kuesioner ini berbentuk skala Likert, dengan pilihan jawaban yang memiliki rentang nilai 0-1 yang hanya diketahui peneliti. Tingkat depresi diperoleh dengan menjumlahkan seluruh jawaban responden dan kemudian saat analisa hasil penelitian diklasifikasikan menjadi 4 kategori, yaitu nilai 0-4 dikategorikan *normal*, nilai 5-8 dikategorikan *depresi ringan*, nilai 9-11 dikategorikan *depresi sedang* dan nilai 12-15 dikategorikan *depresi berat*.

## 2.3 Konsep *Slow Stroke Back Massage*

### 2.3.1 Pengertian Masase

Terminologi masase berasal dari bahasa Arab “*mash*” yang berarti menekan dengan lembut. Pengertian dari Yunani “*massien*” yang berarti memijat atau melulut. Masase merupakan salah satu manipulasi sederhana yang pertama-tama ditemukan oleh manusia untuk mengurangi rasa sakit. Hampir setiap hari manusia melakukan pemijatan sendiri. Semenjak 3000 tahun sebelum masehi, masase sudah digunakan sebagai terapi. Pada sejarah di kawasan Timur Tengah masase merupakan salah satu pengobatan tertua yang dilakukan oleh manusia. (Estuti, 2012)

Tjipto Soeroso (dalam Estuti, 2012) menyatakan bahwa masase adalah suatu seni gerak tangan yang bertujuan untuk mendapatkan rasa nyaman dan memelihara kesehatan. Gerak tangan secara mekanis ini akan menimbulkan rasa tenang dan nyaman bagi klien. Pemijatan (masase) sebagai suatu perbuatan melulut tubuh dengan tangan (manipulasi) pada bagian-bagian yang lunak, dengan prosedur manual atau mekanik yang dilaksanakan secara metodis dengan tujuan menghasilkan efek fisiologis, profilaktif, dan terapeutik bagi tubuh. (Ahmad Rahim dalam Estuti, 2012).

Menurut Susan (dalam Estuti, 2012) masase merupakan bentuk sentuhan terstruktur dengan menggunakan tangan atau kadang-kadang bagian tubuh yang lain seperti lengan atas dan siku digunakan untuk menncekeram kulit dan memberikan tekanan pada otot-otot dalam. Menurut Tarumetor (dalam Estuti, 2012) masase adalah suatu metode refleksologi yang bertujuan untuk

memperlancar kembali aliran darah, dengan penekanan-penekanan atau pijatan-pijatan kembali aliran darah pada titik-titik sentra refleks. Hal ini senada dengan yang diutarakan oleh Kardinal (dalam Estuti, 2012) bahwa masase merupakan suatu tindakan yang bertujuan untuk menyembuhkan suatu penyakit melalui urat-urat saraf dan memperlancar peredaran darah.

Menurut Toru Namikoshi (dalam Estuti, 2012) masase adalah suatu metode preventif dalam perawatan kesehatan untuk meningkatkan gairah hidup, menghilangkan rasa letih, dan merangsang daya penyembuhan tubuh secara alamiah dengan jalan memijat titik-titik tertentu pada tubuh.

### 2.3.2 *Slow Stroke Back Massage (SSBM)*

*Slow stroke back massage (SSBM)* adalah salah satu stimulasi kulit dengan usapan perlahan di daerah punggung selama 3-10 menit yang dapat mengurangi persepsi nyeri dan ketegangan otot (Potter & Perry, 2005). *Slow stroke back massage (SSBM)* adalah salah satu usapan perlahan pada daerah kulit. SSBM merupakan intervensi keperawatan yang diberikan dengan cara memberikan usapan secara perlahan, tegas, berirama dengan kedua tangan menutup area selebar 5 cm diluar tulang belakang yang dimulai dari kepala hingga area sakrum. SSBM telah digunakan sebagai intervensi keperawatan sejak tahun 1969 (Casanelia & Stelfox, 2009).

Teknik untuk SSBM dilakukan dengan mengusap kulit klien secara perlahandan berirama dengan tangan pada bagian punggung dengan kecepatan 60 kali usapan per menit. Kedua tangan menutup suatu area yang lebarnya 5 cm pada

kedua sisi tonjolan tulang belakang, dari ujung kepala sampai area sakrum. Teknik ini berlangsung selama 3-10 menit dan efektif dilakukan 3-5 menit (Potter & Perry, 2005).

### 2.3.3 Tujuan *slow stroke back massage* (SSBM)

Terapi masase merupakan salah satu metode pengurangan stress yang terbukti berpengaruh terhadap hasil kardiovaskuler, imunologis, dan fisiologis (Moyer et al., 2004 dalam Olney, 2007). Masase yang diberikan secara tepat dapat menstimulasi sirkulasi, mencegah kerusakan kulit (dekubitus), menenangkan, dan menyegarkan klien (Hegner & Caldwell, 1992 dalam Sukowati, 2014). Hal ini dikarenakan masase mampu meningkatkan tekanan pada jaringan yang menyebabkan gradient antara jaringan dan pembuluh darah menjadi meningkat sehingga memfasilitasi perpindahan cairan antara jaringan dan pembuluh darah yang memberikan penyesuaian fisiologis berupa tekanan darah (Adib-Hajbaghery et al., 2012 dalam Sukowati, 2014). Masase punggung yang biasanya diikuti mandi klien akan meningkatkan relaksasi, mengendurkan tensi otot, dan menstimulasi sirkulasi kulit (Potter & Perry, 1997b). Masase mempengaruhi perasaan nyaman dan relaksasi yang menyebabkan sekresi endorfin sehingga terjadi dilatasi pembuluh darah dan peningkatan sirkulasi darah dalam pembuluh darah superfisial tubuh (Adib-Hajbaghery et al., 2012 dalam Sukowati, 2014).

#### 2.3.4 Mekanisme kerja *slow-stroke back massage* (SSBM)

SSBM menstimulasi saraf-saraf di superfisial di kulit yang kemudian diteruskan ke otak di bagian hipotalamus. Sistem saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin. Pengeluaran endorfin mengakibatkan meningkatnya kadar endorfin dalam tubuh. Peningkatan hormon endorfin merangsang produksi hormon dopamin dan hormon serotonin. Hormon dopamin yang meningkat menyebabkan kecemasan berkurang sedangkan hormon serotonin yang meningkat dapat mengurangi gangguan tidur. Pengeluaran hormon endorfin dapat memblok transmisi stimulus nyeri sehingga menurunkan kecemasan dan nyeri (Arisanti, 2012)

#### 2.3.5 Indikasi dan kontraindikasi *slow-stroke back massage*(SSBM)

Beberapa penelitian yang menggunakan SSBM menemukan bahwa intervensi keperawatan ini sangat membantu dalam relaksasi dan peningkatan tidur (Casanelia dan Stelfox, 2009). Berdasarkan beberapa penelitian yang dilakukan indikasi untuk SSBM, yaitu: a. penurunan intensitas nyeri dan kecemasan (Mook E, 2003); b. menurunkan kecemasan (Kozier, et al. 2004); dan c.meningkatkan kualitas tidur (Richards dalam Kozier, et al. 2004).

SSBM tidak boleh dilakukan pada kulit di daerah punggung yang mengalami luka bakar, luka memar, ruam kulit, inflamasi, dan kulit di bawah tulang yang fraktur dikarenakan memijat jaringan yang sensitif dapat menyebabkan cedera jaringan yang lebih lanjut sedangkan memijat di daerah kulit

yang kemerahan meningkatkan kerusakan kapiler pada jaringan di bawahnya (Potter & Perry, 2005).

### 2.3.6 Hal-hal yang perlu diperhatikan pada *slow-stroke back massage* (SSBM)

Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada tindakan SSBM, yaitu :

- a. menanyakan kepada klien apakah klien menyukai SSBM dikarenakan beberapa klien tidak menyukai kontak secara fisik;
- b. mengidentifikasi faktor-faktor atau kondisi seperti fraktur tulang rusuk atau vertebra, luka bakar, daerah kemerahan pada kulit, atau luka terbuka;
- c. menyiapkan peralatan dan bahan yang diperlukan;
- d. memperhatikan adanya tanda-tanda pasien tidak nyaman selama tindakan dilakukan (Potter dan Perry, 2005).

### 2.3.7 Prosedur pelaksanaan *slow stroke back massage* (SSBM)

Prosedur untuk melakukan *slow stroke back massage* (SSBM) yaitu dengan teknik mengusap kulit klien secara lambat, lembut dan berirama menggunakan kedua tangan yang dilakukan selama 3 menit (Potter dan Perry, 2005b). Menurut studi literatur oleh Harris dan Richards (2009), prosedur atau protokol pemberian *slow stroke back massage* (SSBM) bermacam-macam. *Slow stroke back massage* (SSBM) dapat diberikan selama 3 menit atau 5-10 menit. Penelitian yang dilakukan oleh Mook dan Woo (2004) memberikan 10 menit *slow stroke back massage* (SSBM) setiap hari selama 7 hari.

Pelaksanaan *slow stroke back massage* (SSBM) dimulai dengan melakukan beberapa persiapan. Persiapan-persiapan yang perlu diperhatikan antara lain persiapan alat, persiapan klien dan persiapan lingkungan serta persiapan perawat (Potter dan Perry, 2005b).

a. Persiapan alat

Alat-alat yang dibutuhkan adalah selimut atau handuk untuk menjaga privacy klien dan aplikasi pada kulit (lotion, alkohol, bedak) untuk melubrikasi kulit sehingga mencegah terjadinya friksi saat dilakukan masase (Potter dan Perry, 2005b).

b. Persiapan lingkungan

Persiapan yang dilakukan adalah mengatur tempat dan posisi yang nyaman bagi klien. Selain itu mengatur cahaya, suhu dan suara di dalam ruangan untuk meningkatkan relaksasi klien (Potter dan Perry, 2005b).

c. Persiapan klien

Persiapan klien yang dilakukan adalah mengatur posisi yang nyaman bagi klien dan membuka pakaian klien pada daerah punggung serta tetap menjaga privasi klien (Potter dan Perry, 2005b).

d. Persiapan Perawat

Perawat perlu menjelaskan tujuan terapi kepada klien dan mencuci tangan sebelum melaksanakan tindakan (Potter dan Perry, 2005b).

e. Langkah-langkah pelaksanaan *slow stroke back massage* (SSBM)

Beberapa langkah pelaksanaan *slow stroke back massage* (SSBM) menurut Potter & Perry (2005b) adalah sebagai berikut.

- 1) Meletakkan tangan pada bokong kemudian mulai masase dengan gerakan melingkar.
- 2) Usapan dilakukan keatas dari bokong ke bahu. Masase di atas skapula dengan gerakan lembut dan tegas.
- 3) Melanjutkan ke arah lengan atas dalam satu usapan lembut secara lateral sepanjang sisi punggung dan kembali ke bawah ke puncak iliaka.
- 4) Mengulangi gerakan yang sama selama 3-10 menit.
- 5) Akhiri masase dengan gerakan memanjang
- 6) Bersihkan kembali punggung klien dari lubrikan yang berlebihan dan bantu untuk kembali pada posisi yang nyaman.

#### 2.3.8 Manfaat *slow stroke back massage* (SSBM) bagi fisiologis tubuh

Masase disadari sebagai stimulus fokal dan merupakan cara efektif dalam mempengaruhi fisiologis (Meek, 1993). Beberapa sistem organ yang terlibat antara lain

##### a. Sistem saraf

SSBM merupakan salah satu stimulasi kutaneus yang berfungsi menurunkan intensitas nyeri. SSBM bekerja melalui stimulasi kulit yang menyebabkan percepatan aktivasi serabut saraf. Serabut saraf yang terlibat dalam mekanisme kerja SSBM ini, yaitu :

- 1) Serabut saraf sensori

Stimulasi kulit oleh SSBM menyebabkan aktivasi pada serabut sensori A-beta sebagai neurotransmitter. Adanya aktivasi serabut saraf ini menyebabkan

penurunan transmisi nyeri pada serabut C dan delta-A yang berdiameter kecil sehingga gerbang sinaps tertutup (Potter & Perry, 2005b).

## 2) Sistem saraf otonom

Sentuhan dan masase merupakan teknik integrasi sensori yang mempengaruhi sistem saraf otonom (Meek, 1993). Masase memberikan respon relaksasi sebagai bentuk stimulus untuk rileks (Potter & Perry, 2005b). Respon relaksasi berdasarkan model adaptasi Roy yang mengintegrasikan respon hipotalamus untuk menghasilkan penurunan aktivitas system saraf simpatis dan memungkinkan peningkatan aktivitas saraf parasimpatis (Meek, 1993).

### b. Sistem hormonal

Masase bertujuan untuk mengurangi stress melalui mekanisme relaksasi. Stres yang merupakan pengalaman subyektif klien akan diinterpretasikan tubuh sebagai respon stress fisiologis dan psikologis. Stres ini akan mempengaruhi sistem saraf simpatis akan menstimulasi axis hipotalamus-pituitari adrenal (HPA) di otak di mana terdapat hormon stress yaitu kortisol dan epinefrin (Linguist et al., 2014).

SSBM menstimulasi saraf superfisial pada kulit area punggung, khususnya pada daerah torakal 1 hingga lumbal 1 yang merupakan jalur impuls serabut eferen saraf simpatis dari pusat vasomotor (Muttaqin, 2012). Rangsangan taktil menstimulasi jaringan tubuh menyebabkan respon neurohormonal pada sistem saraf (Linguist et al., 2014). Stimulus dari sistem saraf perifer ini akan diteruskan ke hipotalamus melalui *spinal cord*. Hipotalamus merespon stimuli tersebut untuk mensekresi hormon endorfin dan mengurangi kortisol melalui pelepasan

kortikotropin sehingga mengurangi aktivitas saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis (Meek, 1993). Aktivitas saraf parasimpatis yang meningkat akan menyebabkan pelepasan asetilkolin yang menyebabkan peningkatan permeabilitas ion kalium di nodus SA sehingga menurunkan denyut jantung, volume sekuncup, dan curah jantung sehingga tekanan darah menurun (Muttaqin, 2012)

#### **2.4 Pengaruh *slow stroke back massage* (SSBM) terhadap tingkat depresi lansia**

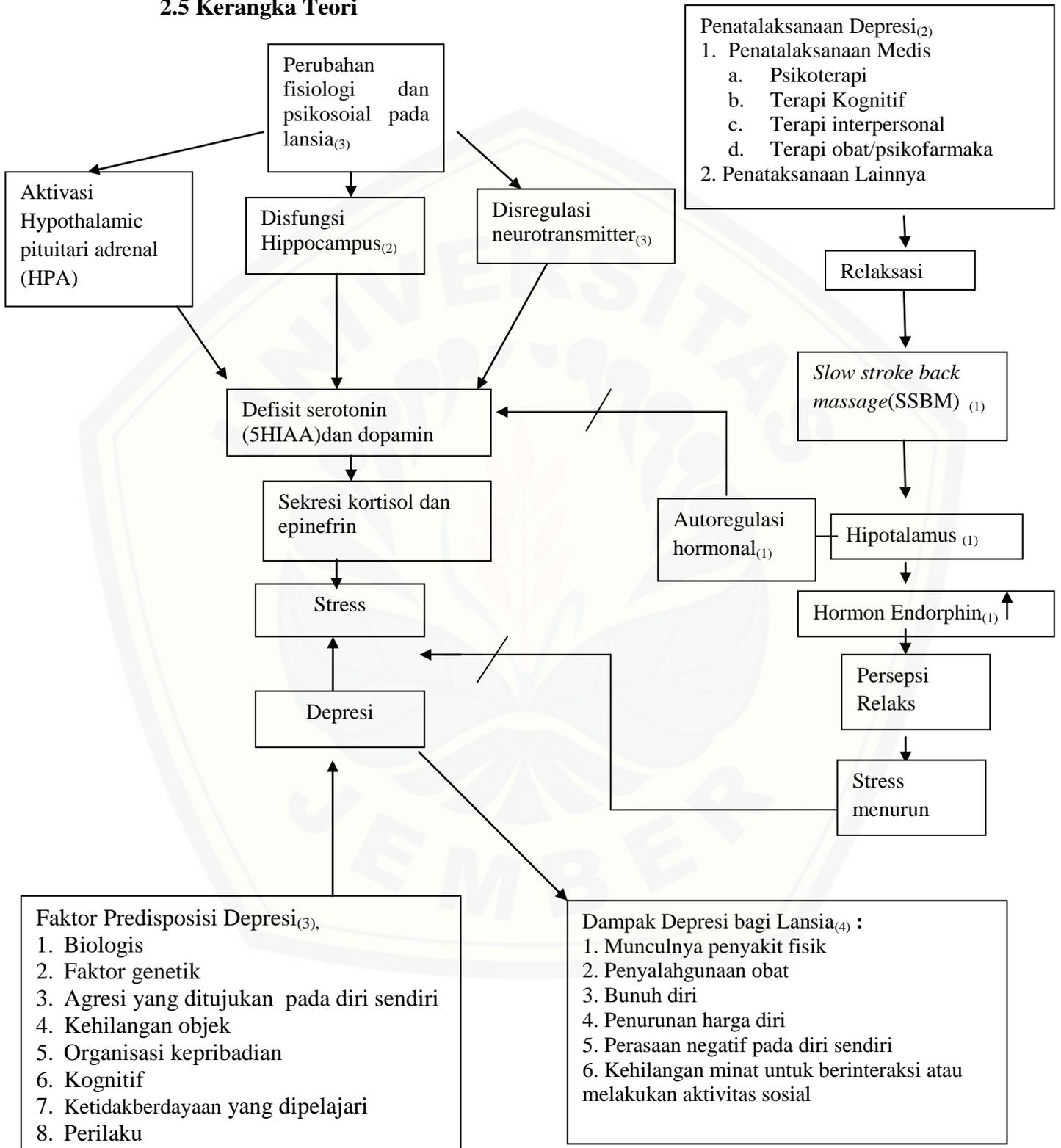
*Slow stroke back massage* (SSBM) merupakan stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang bekerja dengan cara mendorong pelepasan endorfin (Potter & Perry, 2005). Endorfin dianggap obat penghilang rasa sakit kuat sehingga dikenal sebagai opiat alami. Peningkatan produksi endorfin mengarah ke keadaan tubuh lebih menyenangkan (Levine & Levine, 2004). Individu yang dilakukan stimulasi kutaneus akan mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk tenang sehingga akan memunculkan respon relaksasi. Relaksasi sangat penting dalam membantu klien untuk meningkatkan kenyamanan dan membebaskan diri dari ketakutan serta stress. (Potter & Perry, 2005)

Stimulus SSBM yang mempengaruhi sistem saraf perifer ini akan diteruskan ke hipotalamus melalui *spinal cord*. Hipotalamus merespon stimuli tersebut untuk mensekresi hormon endorfin dan mengurangi kortisol melalui pelepasan kortikotropin sehingga mengurangi aktivitas saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis. (Meek, 1993). Produksi hormon

endorfin akan merangsang produksi hormon serotonin dan dopamin yang berfungsi untuk menurunkan kecemasan dan gangguan tidur sehingga menimbulkan respon relaksasi (Arisanti, 2012)

Penelitian yang dilakukan oleh Mok dan Woo (2004) pada pasien lansia yang mengalami stroke dan dirawat di rumah sakit, menunjukkan SSBM secara bermakna menurunkan intensitas nyeri dan kecemasan serta perubahan positif pada denyut jantung dan tekanan darah. Hal ini dapat dinilai dari adanya relaksasi pada pasien lansia dengan stroke setelah dilakukan intervensi selama tiga hari. Penelitian lain yang dilakukan oleh Sumartini (2008) pada lansia di Panti Wreda Griya Asih Lawang didapatkan hasil bahwa ada pengaruh SSBM terhadap penurunan intensitas nyeri osteoartritis pada lansia di Panti Wreda Griya Asih Lawang, Malang. (Arisanti, 2012)

2.5 Kerangka Teori

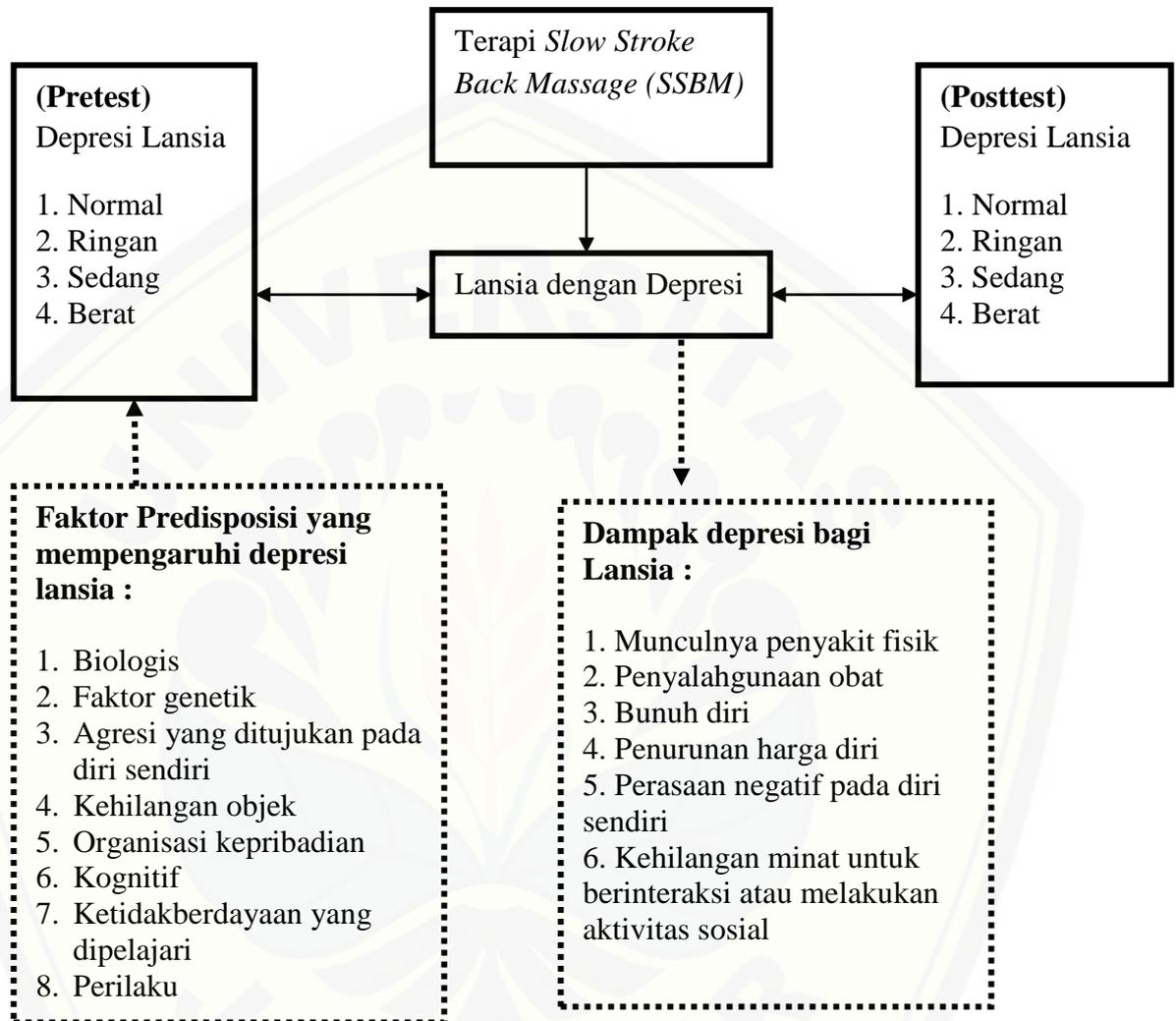


Gambar 2.1 Kerangka teori (adaptasi dari<sup>(1)</sup>Potter dan Perry, 2005a, <sup>(2)</sup>Kaplan, 2010, <sup>(3)</sup> Maslim 2003, <sup>(4)</sup> Segal et al, 2009

Keterangan : → : memicu, mempengaruhi  
 : menghambat, mengurangi

**BAB 3. KERANGKA KONSEP**

**3.1 Kerangka Konsep**



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan :



Diteliti



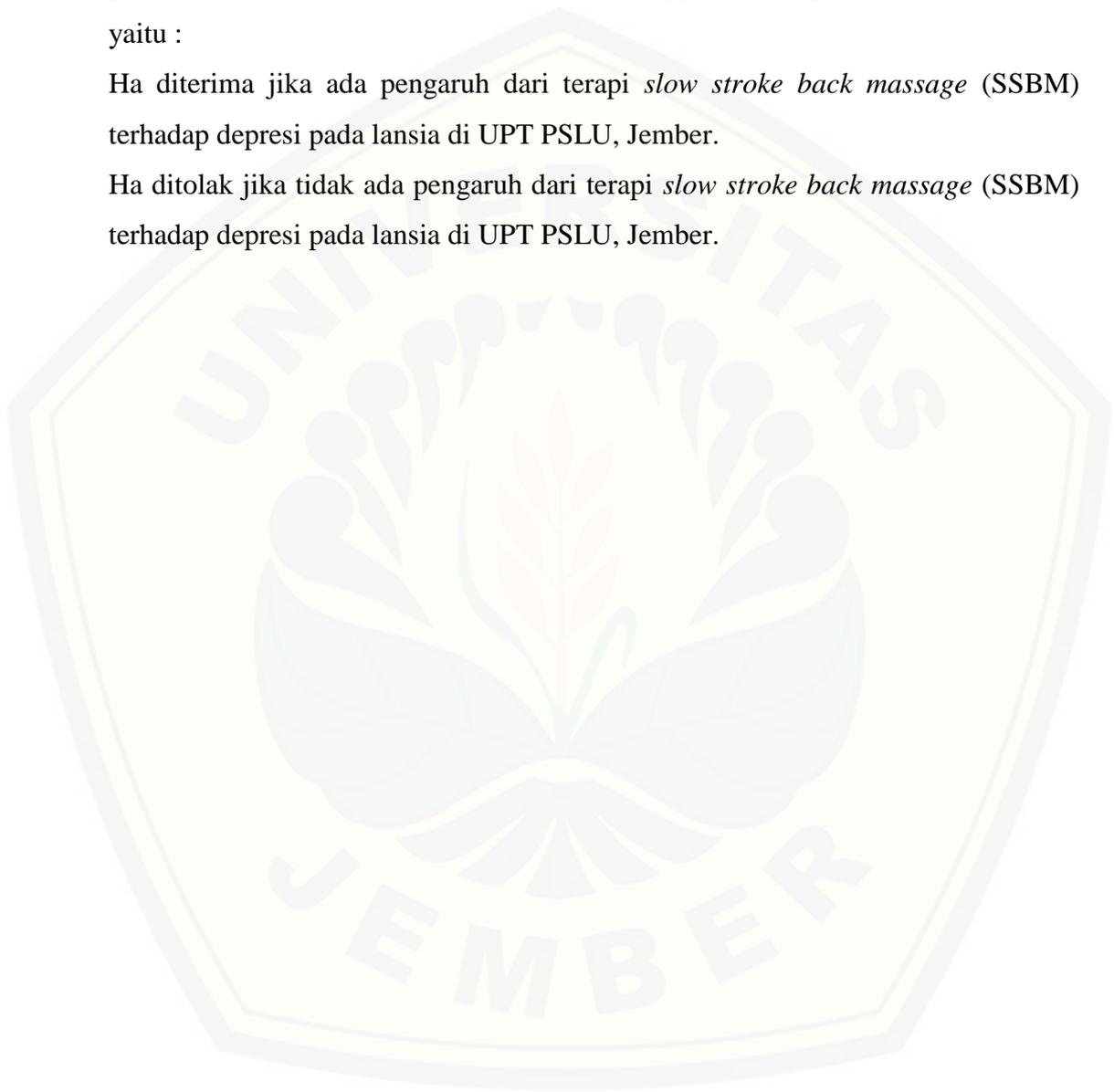
Tidak diteliti

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian merupakan jawaban atau dugaan sementara penelitian atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam sebuah penelitian (Setiadi, 2007). Penelitian ini menggunakan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) yaitu :

$H_a$  diterima jika ada pengaruh dari terapi *slow stroke back massage* (SSBM) terhadap depresi pada lansia di UPT PSLU, Jember.

$H_a$  ditolak jika tidak ada pengaruh dari terapi *slow stroke back massage* (SSBM) terhadap depresi pada lansia di UPT PSLU, Jember.



## BAB 4. METODE PENELITIAN

### 4.1 Desain Penelitian

Pada penelitian ini jenis penelitian yang digunakan adalah *quasy experiment* dengan pendekatan *pretest-posttest with control group design*, yaitu desain penelitian yang digunakan untuk memberikan perlakuan pada lebih dari satu kelompok dengan bentuk perlakuan yang berbeda (Notoatmodjo, 2012). Prosedur sebelum perlakuan diberikan terlebih dahulu dilakukan *pretest* (tes awal) untuk melihat depresi pada lansia sebelum diberi intervensi. Prosedur selanjutnya kelompok perlakuan diberi intervensi SSBM dan kelompok kontrol tidak diberikan intervensi, dan di akhir intervensi sampel diberi *posttest* (tes akhir) pada masing-masing kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok perlakuan (Sugiyono, 2014). Peneliti menggunakan metode tersebut dikarenakan data populasi lansia yang mengalami depresi di UPT PSLU Jember belum diketahui dan belum pernah dilakukan terapi *slow stroke back massage* (SSBM) sebelumnya. Desain ini digunakan sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai yaitu ingin mengetahui adakah pengaruh pemberian terapi *slow stroke back massage* (SSBM) terhadap tingkat depresi lansia. Berikut merupakan skema desain penelitian *pretest-posttest with control group design*.

<i>Pretest</i>	<b>Perlakuan</b>	<i>Posttest</i>
<b>O<sub>1</sub></b>	<b>X</b>	<b>O<sub>2</sub></b>
<b>O<sub>3</sub></b>		<b>O<sub>4</sub></b>

Gambar 4.1 Rancangan *pretest-posttest with control group*

Keterangan :

X : Perlakuan (SSBM)

O<sub>1</sub> : Pretest (Pengukuran pertama sebelum dilakukan perlakuan pada kelompok perlakuan).

O<sub>2</sub> : Posttest (Pengukuran kedua setelah dilakukan perlakuan pada kelompok perlakuan).

O<sub>3</sub> : Pretest (Pengukuran pertama sebelum dilakukan perlakuan pada kelompok kontrol)

O<sub>4</sub> : Posttest (Pengukuran kedua setelah dilakukan perlakuan pada kelompok kontrol)

## 4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

### 4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Jadi populasi bukan hanya orang, tetapi obyek dan benda-benda alam yang lain. Populasi juga bukan sekedar jumlah yang ada pada obyek atau subyek yang dipelajari, tetapi meliputi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki oleh subyek atau obyek tertentu (Sugiyono, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah

seluruh lansia yang terdaftar dan tinggal di UPT PSLU Jember berjumlah 140 orang lansia, sedangkan populasi yang memenuhi kriteria inklusi dalam penelitian ini, yaitu sebanyak 32 orang.

#### 4.2.2 Sampel Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2012), sampel merupakan objek penelitian yang dianggap mewakili seluruh populasi penelitian. Menurut Sugiyono (2014) jumlah sampel untuk sebuah penelitian eksperimental sederhana adalah sebanyak 10-20 responden. Jumlah tersebut telah dianggap cukup untuk mewakili populasi. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagian dari lansia yang tinggal di UPT PSLU Jember yang masuk dalam kriteria inklusi yaitu sebanyak 10 orang responden pada masing-masing kelompok, baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol.

#### 4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling merupakan cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subyek penelitian (Sastroasmoro & Ismail, 1995; dalam Nursalam, 2008). Pada penelitian ini peneliti menggunakan teknik *probability sampling* dengan pendekatan *simple random sampling*. *Simple random sampling*, merupakan teknik penentuan sampel dengan cara acak yang memungkinkan anggota populasi memiliki kesempatan yang sama untuk diambil sebagai sampel dengan karakteristik populasi yang homogen (Notoatmodjo, 2012). *Simple random*

*sampling* merupakan teknik pemilihan sampel yang merupakan jenis probabilitas yang paling sederhana. Untuk mencapai *sampling* ini, setiap elemen diseleksi secara acak (Nursalam, 2013). Sampel dipilih dari keseluruhan populasi yang memenuhi kriteria inklusi yaitu 32 lansia dengan cara menggunakan undian dan setiap nama yang muncul akan dikembalikan lagi ke tempat undian untuk memberikan kesempatan yang sama kepada seluruh populasi hingga terpilih 20 orang sampel.

#### 4.2.4 Kriteria Sampel

Kriteria subjek penelitian terdiri dari kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012). Kriteria eksklusi merupakan kriteria untuk mengeluarkan sampel yang memenuhi kriteria inklusi karena beberapa hal (Nursalam, 2003).

##### a. Kriteria inklusi

- 1) Responden yang tinggal di UPT PSLU Jember pada saat penelitian.
- 2) Responden berusia 60-85 tahun ( lansia yang masuk kategori *old* dan *old-old* menurut WHO, 2011)
- 3) Responden menunjukkan tanda dan gejala depresi pada pengukuran dengan menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS) 15.
- 4) Responden bersedia menjadi responden dan mengikuti penelitian sampai akhir.

- 5) Responden merupakan lansia yang kooperatif yang mampu berkomunikasi dengan baik.

b. Kriteria eksklusi

- 1) Responden mengundurkan diri dari penelitian.
- 2) Responden yang merupakan lansia *total care*.
- 3) Reponden menunjukkan tanda-tanda kontraindikasi dari pemberian *slow stroke back massage* (SSBM) yaitu responden yang mengalami fraktur tulang rusuk atau vertebra, luka bakar di daerah punggung, kemerahan pada kulit punggung, dan luka terbuka di daerah punggung.

#### **4.3 Lokasi Penelitian**

Penelitian dilakukan pada lansia di UPT PSLU Jember, Kabupaten Jember.

#### **4.4 Waktu Penelitian**

Proposal penelitian dimulai sejak Februari sampai dengan Maret 2016. Penelitian dilakukan pada bulan April 2016. Kegiatan dilanjutkan dengan pengumpulan data dan analisa data pada bulan Mei 2016. Penyusunan laporan skripsi dilaksanakan pada bulan Mei 2016 hingga selesai pada bulan Juni 2016

Tabel 4.1 Alokasi Waktu Penelitian

Kegiatan	Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pengajuan judul																								
Bab1-4																								
Studi Pendahuluan																								
Bab1-4																								
Ujian Seminar Proposal																								
Revisi Poposal																								
Penelitian																								
AnalisisData																								
Konsultasi																								
Sidang Hasil																								

#### 4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah unsur penelitian yang menjelaskan bagaimana caranya menentukan variabel dan mengukur suatu variabel, sehingga definisi operasional ini merupakan suatu informasi ilmiah yang akan membantu peneliti lain yang ingin menggunakan variabel yang sama (Setiadi, 2007).

Definisi operasional pada penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah *slow stroke back massage* (SSBM), sedangkan variabel dependennya adalah tingkat depresi pada lansia. Penjelasan definisi operasional akan dijelaskan lebih rinci pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen: Terapi <i>slow stroke back massage</i> (SSBM)	<i>Slow-Stroke Back Massage (SSBM)</i> adalah salah satu usapan perlahan pada daerah kulit di bagian punggung yang diberikan dengan cara memberikan usapan dan pijatan secara perlahan, tegas, berirama dengan kedua tangan menutup area selebar 5 cm diluar tulang belakang yang dimulai dari kepala hingga area sakrum dengan durasi 10 menit setiap hari selama 7 hari yang dilakukan pada pagi hari.	Melakukan tindakan non-farmakologis yaitu terapi SSBM sesuai dengan <i>standart operational procedure (SOP)</i> yang berupa : Melakukan gerakan <i>effleurage</i> pada punggung pasien	<i>Standart operational procedure (SOP) slow stroke back massage</i>	-	-
Dependen: Depresi lansia	Kondisi gangguan kejiwaan pada alam perasaan yang ditandai oleh gejala kemurungan, kesedihan yang berkepanjangan, kehilangan minat dan kegembiraan, ketidakberdayaan dan perasaan bersalah dan berdosa yang dialami oleh lansia yang terjadi di UPT PSLU, Jember. Pengukuran depresi dilakukan dua kali dengan menggunakan <i>geriatric depression scale (GDS 15)</i> sehari sebelum perlakuan dan 15 menit sesudah dilakukan perlakuan hari terakhir (Yasilarda, 2009)	Depresi lansia sebelum dan setelah dilakukan terapi <i>slow stroke back massage (SSBM)</i> meliputi beberapa indikator yaitu : 1. Minat aktivitas 2. Perasaan sedih 3 Perasaan sepi dan bosan 4. Perasaan tidak berdaya 5. Perasaan bersalah 6. Konsentrasi, daya ingat 7. Semangat dan harapan terhadap masa depan (Azizah, 2011)	Skala GDS ( <i>geriatric depression scale</i> )	Rasio	Pengukuran tingkat depresi dengan menggunakan GDS dengan penilaian yaitu : Pertanyaan <i>Favourable</i> “Ya” : 0 “Tidak” : 1 Pertanyaan <i>Unfavourable</i> “Ya” : 1 “Tidak” : 0 Hasil yang diperoleh adalah rentang 0-15 poin.

## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

Sumber data yang digunakan untuk menganalisa permasalahan dalam penelitian ini berupa data primer dan data sekunder.

#### a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari responden (Setiadi, 2007). Pada penelitian ini data primer diperoleh melalui hasil pengukuran tingkat depresi kepada sampel atau responden secara langsung sebelum dan setelah diberikan intervensi pada kelompok perlakuan maupun dicatat menggunakan lembar observasi.

#### b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain, badan/instansi yang secara rutin mengumpulkan data (Setiadi, 2007). Data sekunder ini dapat berupa bentuk tabel atau diagram yang telah diolah oleh pihak lain. Data sekunder pada penelitian ini adalah data lansia dari UPT PSLU Jember.

### 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data diperlukan untuk mengetahui persebaran data dan cara memperoleh data dari subyek penelitian. Pada penelitian ini pengumpulan data dilakukan sebelum dan sesudah intervensi *slow stroke back massage* (SSBM) pada lansia di UPT PSLU Jember. Proses pengumpulan data pada penelitian ini adalah dengan mengukur tingkat depresi awal sebelum dilakukan intervensi terapi SSBM (*pretest*). Setelah dilakukan *pretest*, responden

diberikan perlakuan yaitu terapi SSBM selama sepuluh menit dalam satu sesi. Terapi SSBM dilakukan selama tujuh hari. Setelah diberikan intervensi atau perlakuan maka dilakukan pengukuran tingkat depresi kembali atau *posttest*.

Langkah-langkah pengumpulan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Peneliti yang telah mendapatkan izin untuk melakukan penelitian yang berlangsung selama periode 2 bulan yaitu pada awal April 2016 hingga awal Juni 2016 dengan melakukan koordinasi dengan pihak UPT PSLU Jember sebagai lokasi penelitian untuk melakukan skrining. Kemudian dari data hasil skrining tersebut dengan melihat kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan untuk dijadikan sampel penelitian. Jika telah memenuhi kriteria tersebut maka akan dijadikan calon responden penelitian. Hasil yang didapatkan yaitu sejumlah 32 orang yang memenuhi kriteria inklusi peneliti dari jumlah total 140 lansia yang ada di UPT PSLU Jember.
- b. Peneliti menentukan responden yang telah disesuaikan dengan kriteria inklusi untuk diikuti dalam penelitian. Calon responden yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 32 orang diatas dilakukan pengambilan sampel secara *simple random sampling* melalui pengambilan secara acak (kocokan). Jumlah yang didapatkan pada penelitian ini adalah 22 responden untuk masing-masing kelompok yaitu 11 di kelompok perlakuan dan 11 di kelompok kontrol. Peneliti akhirnya menggunakan 20 responden pada penelitian ini dikarenakan 2 responden harus keluar (*drop out*) dari penelitian karena kondisi responden yang kurang baik dan terpaksa dirumahkan.

- c. Pengumpulan data dimulai pada tanggal 18 April 2016 dan selesai pada tanggal 30 April 2016. Peneliti terlebih dahulu meminta izin kepada pihak PSLU untuk mendatangi responden yaitu lansia ke masing-masing wisma. Peneliti meminta persetujuan responden dengan menyerahkan lembar persetujuan (*consent*) untuk ditandatangani oleh responden sebagai bukti kesediaannya menjadi responden penelitian dari peneliti. Sebelum menandatangani lembar persetujuan, peneliti terlebih dahulu memberikan penjelasan kepada calon responden mengenai penelitian yang akan dilakukan (*informed*). Peneliti memberikan informasi mengenai maksud, tujuan, manfaat, serta dampak yang mungkin muncul terhadap responden yang mengikuti penelitian ini. Apabila responden telah menyetujuinya, maka responden menandatangani lembar *consent* dan mengembalikan lembar tersebut kepada peneliti. Pada kesempatan ini juga peneliti dan responden membuat kontrak mengenai waktu dan lokasi pertemuan yang dilaksanakan atas kesepakatan bersama melalui penyesuaian jadwal peneliti untuk menghindari bentrok jadwal dengan aktivitas harian responden
- d. Peneliti melaksanakan *pretest* yang dilaksanakan pada tanggal 19 April 2016. *Pretest* dilakukan peneliti untuk mengetahui tingkat depresi lansia responden di awal sebelum dilakukan intervensi dengan menggunakan *geriatric depression scale* (GDS) 15 dan mendokumentasikan hasil pengukuran ke dalam lembar observasi. Peneliti mendatangi masing-masing responden dan melakukan wawancara dengan mengajukan pertanyaan sesuai yang tertera pada kuesioner GDS

- e. Peneliti melakukan intervensi yang dilaksanakan pada tanggal 20 April 2016 hingga berakhir pada tanggal 26 April 2016 . Intervensi berupa terapi *slow stroke back massage* (SSBM) dilakukan sesuai *standart operational procedure* (SOP). Intervensi diberikan sebanyak 1 kali setiap pertemuan dengan durasi 10 menit selama 7 hari. Pelaksanaan intervensi dilakukan pada pagi hari sesuai dengan konsep yang menyatakan bahwa sekresi kortisol meningkat pada malam hari, mencapai puncaknya pada pagi hari sebelum lansia terjaga, kemudian turun sepanjang siang hari sampai titik terendah menjelang malam hari (Sherwood, 2011). Intervensi dilakukan pada 10 responden pada kelompok perlakuan. Intervensi dilakukan di kamar responden. Intervensi dilakukan dengan disesuaikan dengan jenis kelamin responden, apabila responden berjenis kelamin perempuan maka intervensi diberikan oleh numerator. Pada kelompok kontrol, selama pemberian intervensi pada kelompok perlakuan, responden tetap melakukan aktivitas seperti biasa tanpa mendapat intervensi SSBM seperti kelompok perlakuan.
- f. Peneliti melakukan *posttest* pada tanggal 26 April 2016. *Posttest* dilakukan untuk mengukur kembali tingkat depresi lansia setelah diberikan intervensi terapi SSBM. *Posttest* dilakukan kepada seluruh responden pada masing-masing kelompok, baik kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. *Posttest* dilakukan 15 menit setelah intervensi pada responden di hari ketujuh. (Yasilarda, 2009). Seluruh hasil pengukuran tingkat depresi responden didokumentasikan kedalam lembar observasi.

#### 4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Peneliti menggunakan data perubahan status depresi sebelum dan sesudah terapi SSBM yang diperoleh dari pengukuran menggunakan skala GDS (*geriatric depression scale*) sebagai instrumen untuk mengukur tingkat depresi yang dialami responden.

Instrumen perlakuan yang diberikan berupa terapi *slow stroke back massage* (SSBM) yang diadopsi oleh peneliti dengan *standart operational procedure* (SOP) yang mengacu pada Potter & Perry (2005). Terapi ini berupa teknik stimulasi kutaneus dengan gerakan *effleurage* dari bahu hingga ke daerah sacrum. Pemberian terapi SSBM ini dilakukan dengan durasi selama 10 menit setiap hari selama 7 hari.

Penelitian ini menggunakan skala *Geriatric Depression Scale* sebagai alat ukur pada tingkat depresi lansia. Skala *Geriatric Depression Scale* yang dikembangkan oleh Yesavage (1982) dan telah diadopsi dan dibakukan oleh Depkes (2000). Skala ini merupakan kuesioner pertanyaan bersifat tertutup yang terdiri dari 15 pertanyaan. Setiap pertanyaan mempunyai skor dengan rentang 0-1 untuk kemudian setiap skor dari masing-masing pertanyaan dijumlahkan untuk mengetahui adanya depresi pada lansia. Terdapat 10 butir pertanyaan yang merupakan pernyataan *unfavourable* atau negatif yang apabila lansia menjawab “ya” maka diberikan skor 1 sedangkan jawaban “tidak” diberikan skor 0. Jawaban “ya” akan diberikan skor 0 dan jawaban “tidak” akan diberikan skor 1 pada 5 butir pertanyaan lainnya yang bersifat *favourable* atau positif. Setiap skor yang didapat dari hasil pengukuran kemudian dijumlahkan untuk mengetahui skor

total. Skor total yang didapatkan kemudian digunakan untuk mengetahui tingkat depresi yang dibedakan menjadi :0-4 normal, 5-8 depresi ringan, 9-11 depresi sedang, dan 12-15 depresi berat.

Tabel 4.3 *Blue print* kuesioner depresi

Variabel	Pertanyaan		Jumlah
	<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
Tingkat depresi	1,5,7,11,13	2,3,4,6,8,9,10,12,14,15	15
Jumlah	5	10	15

#### 4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Validitas adalah ukuran yang menunjukkan tingkat kesahihan atau kebenaran suatu instrument. Sebuah instrumen dikatakan valid jika instrumen itu mampu mengukur apa-apa yang seharusnya diukur menurut situasi dan kondisi tertentu (Setiadi, 2007) Untuk mendapatkan instrumen yang valid maka instrumen tersebut harus diuji terlebih dahulu melalui uji validitas.

Uji reliabilitas digunakan untuk mengetahui apakah alat ukur yang digunakan memiliki suatu kesamaan apabila pengukuran dilaksanakan oleh orang yang berbeda ataupun waktu yang berbeda (Setiadi 2007). Alat ukur dapat dikatakan valid dan reliabel jika nilai *Alpha Cronbach*  $\geq 0,6$  (Hastono, 2007).

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan oleh peneliti adalah skala *geriatric depression scale* (GDS) dengan 15 butir pertanyaan. Pada penelitian ini tidak dilakukan uji validitas dan reliabilitas dikarenakan instrumen yang digunakan sudah terstandarisasi. Instrumen ini telah digunakan sebagai alat ukur penelitian-penelitian sebelumnya yang didapatkan nilai untuk validitas sebesar  $r = 0,82$  dan nilai reliabilitasnya  $r = 0,94$  (Mc Dowel, 2006). Penelitian yang

dilakukan oleh Prasetya (2010) yang menggunakan kuesioner GDS untuk melihat pengaruh terapi kognitif dan senam latih otak pada klien lansia depresi dengan harga diri rendah, didapatkan bahwa nilai uji validitas dan reliabilitas untuk instrumen GDS ini sebesar  $r = 0,960$  yang berarti lebih besar dari  $r$  tabel maka dapat disimpulkan bahwa instrumen ini valid dan reliabel.

Uji validitas dilakukan pada instrumen berupa Standar Operasional Prosedur (SOP) SSBM. Uji validitas ini dilakukan pada peneliti dan numerator melalui uji SOP yang diuji validitasnya oleh tim penguji SOP. Hasil uji SOP menyatakan bahwa SOP yang digunakan peneliti memenuhi syarat untuk diberikan kepada responden. Uji SOP pada prosedur SSBM dilakukan pada tanggal 15 April 2016 di Laboratorium Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember (terlampir).

#### **4.7 Pengolahan Data**

Pengolahan data merupakan tindakan memperoleh data dalam bentuk data mentah kemudian diolah menjadi informasi yang dibutuhkan oleh peneliti (Setiadi, 2007). Tindakan pengolahan data sebagai berikut.

##### *a. Editing*

Merupakan tindakan mengecek daftar pertanyaan yang diberikan kepada responden. Pengecekan ini dapat berupa pengecekan kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, dan relevansi dari responden (Setiadi 2007)



## 5) Riwayat masuk PSLU

- a) Atas kemauan sendiri                      diberi kode     : 1
- b) Atas saran keluarga/kerabat            diberi kode     : 2
- c) Lain-lain                                      diberi kode     : 3

## 6) Tingkat kemandirian

- a) Mandiri                                      diberi kode     : 0
- b) *Partial care*                                diberi kode     : 1

## 7) Tingkat Depresi

- a) normal                                      diberi kode     : 1
- b) depresi ringan                              diberi kode     : 2
- c) depresi sedang                             diberi kode     : 3
- d) depresi berat                               diberi kode     : 4

*c. Processing/ Entry*

Proses memasukkan data ke dalam tabel SPSS yang ada di komputer (Setiadi 2007). Data yang diolah SPSS merupakan data rata-rata tingkat depresi sebelum pemberian terapi SSBM (*pretest*) dan data rata-rata tingkat depresi setelah pemberian terapi SSBM (*posttest*). *Entry* data dilakukan dengan bantuan *software* komputer.

*d. Cleaning*

*Cleaning* merupakan teknik penghapusan data-data yang tidak sesuai dengan kebutuhan (Setiadi, 2007). Pembersihan data dilakukan setelah data seluruhnya berhasil dimasukkan ke *software*.

## 4.8 Analisa Data

### 4.8.1 Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif adalah suatu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan meringkas data dengan cara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik. Data-data yang disajikan meliputi frekuensi, proporsi dan rasio, ukuran pemusatan (mean, median, modus) atau ukuran-ukuran variasi seperti simpangan baku, varians, rentang dan kuartil. (Setiadi, 2007). Analisis deskriptif pada penelitian ini digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik-karakteristik lansia yang menjadi penghuni UPT PSLU Jember yang dijadikan responden, interpretasi dari instrumen *geriatric depression scale* (GDS) dan mendeskripsikan variabel dependen. Kategorisasi depresi pada penelitian ini merujuk pada *geriatric depression scale* (GDS) yaitu normal, depresi ringan, depresi sedang, depresi berat. Data kategorik (jenis kelamin, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, riwayat pernikahan, riwayat masuk PSLU, dan tingkat kemandirian) disajikan dalam bentuk proporsi, sedangkan data numerik (usia, lama tinggal, dan skor depresi) disajikan dalam bentuk frekuensi, mean, median, dan standar deviasi.

### 4.8.2 Analisis Inferensial

Pada analisis inferensial ini peneliti menggunakan uji statistik, yaitu uji parametrik dan nonparametrik. Uji parametrik yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu uji-t. Teknik ini digunakan untuk menguji hipotesis dua sampel berpasangan dari data interval dan rasio (Sugiyono, 2012) Uji statistik ini digunakan untuk hasil perhitungan mean dua kelompok (Hastono, 2007).

Uji t-dependen atau *paired sample t-test* digunakan untuk membandingkan nilai mean depresi responden berdasarkan hasil *pretest* dan *posttest* pada masing-masing kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Sebelum data dianalisis menggunakan uji t dependen terlebih dahulu harus dilakukan uji normalitas. Uji normalitas digunakan sebagai syarat apabila jenis penelitian menggunakan uji statistik parametrik untuk melihat data berdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas yang digunakan adalah uji *Shapiro-Wilk*, uji *Shapiro-Wilk* digunakan pada data berskala interval atau rasio dengan jumlah data  $n < 50$  (Dahlan, 2013). Data berdistribusi normal apabila nilai signifikansi  $p > \alpha$  ( $\alpha = 0,05$ ). Pada penelitian ini seluruh data pada variabel dependen berdistribusi normal sehingga digunakanlah uji t-dependen.

Uji t-independen digunakan untuk melihat adanya perbedaan nilai mean dua kelompok yang saling lepas dengan membandingkan nilai mean antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Uji t-independen dilakukan dengan cara memasukkan data depresi pada *pretest* dan *posttest* ke dalam program SPSS dengan taraf signifikansi 0,05 dan jika hasil yang diperoleh dalam penelitian ini  $p < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak yang berarti ada pengaruh intervensi terhadap penurunan depresi pada responden. Uji statistik ini tetap menggunakan uji normalitas sebagai prasyarat uji parametrik. Pada penelitian ini hasil uji normalitas datanya berdistribusi normal, maka dilakukan uji homogenitas untuk mengetahui kesamaan varian data. Uji varian data menggunakan uji Levene pada dua atau lebih kelompok data dengan data dianggap varian sama (homogen) jika nilai  $p > 0,05$  dan jika varian data berbeda tetap menggunakan uji t-independen dengan

menggunakan *equal variances not assumed*. Hasil uji varian data memperlihatkan bahwa data pada penelitian ini homogen dan varian data diasumsikan sama.

Tabel 4.4 Analisa Data.

No	Jenis kelompok data	Normalitas	Homogenitas	Uji Statistik
1.	Perbedaan nilai rata-rata skor depresi <i>pretest</i> dan <i>posttest</i> SSBM pada kelompok perlakuan	Ya	-	Uji t-dependen
		Ya	-	Uji t-dependen
2.	Perbedaan nilai rata-rata skor depresi <i>pretest</i> dan <i>posttest</i> SSBM pada kelompok control	Ya	-	Uji t-dependen
		Ya	-	Uji t-dependen
3	Perbedaan nilai rata-rata skor depresi antara kelompok perlakuan dan kelompok control	Ya	Ya	Uji t-independen

#### 4.9 Etika Penelitian

##### a. Lembar persetujuan penelitian (*Informed Consent*)

Peneliti memberikan *informed consent* (lembar persetujuan) kepada responden sebelum penelitian dilakukan untuk memberikan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian, prosedur, pengumpulan data, risiko, dan keuntungan serta penanganan apabila terjadi kesalahan penelitian (Potter & Perry, 2005) sehingga calon responden berhak untuk mengikuti atau menolak berpartisipasi dalam penelitian ini. *Informed consent* diberikan kepada calon responden bersamaan dengan peneliti melakukan kontrak jadwal penelitian. Jika calon responden bersedia menjadi responden penelitian, maka peneliti akan menyerahkan lembar *consent* dan calon responden memberikan tanda tangan atau cap jempol sebagai bukti kesediaan calon responden dalam mengikuti penelitian ini.

b. Tanpa nama (*Anonimity*)

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan tidak akan mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data, tetapi lembar tersebut hanya diberi kode tertentu. Peneliti mencantumkan nama inisial untuk memudahkan peneliti dalam memilah dan memasukkan data serta menghindari kesalahan akibat kesamaan nama, umur, tempat tinggal, atau identitas lainnya.

c. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan responden harus dijaga, dan peneliti harus dapat menjamin bahwa informasi apapun yang diberikan responden agar dirahasiakan, dan hanya peneliti, responden, dan pembimbing yang tahu. Peneliti merahasiakan informasi responden dalam bentuk apapun yang terjadi selama penelitian, sesuai dengan lingkup penelitian maupun tidak, kecuali diminta oleh pengadilan, forum temu ilmiah, dan lain sebagainya.

d. Kemanfaatan (*Beneficience*)

Peneliti harus mengetahui manfaat dan resiko yang dapat muncul dari penelitian yang dilakukan. Penelitian dapat dilakukan apabila manfaat lebih besar dari dampak negatif yang ditimbulkan. Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur yang dianjurkan agar tidak membahayakan responden dan guna mendapatkan manfaat semaksimal mungkin. Penelitian ini juga telah meminimalkan risiko akibat adanya efek samping intervensi melalui penetapan karakteristik responden penelitian berdasarkan kontraindikasi dari intervensi

seperti fraktur tulang rusuk atau vertebra, luka bakar di daerah punggung, kemerahan pada kulit punggung, dan luka terbuka di daerah punggung, sehingga efek samping atau dampak negatif dari penelitian ini dapat dicegah.

e. Keadilan (*Justice*)

Keadilan dalam penelitian memiliki arti bahwa harus terjadi pemerataan manfaat penelitian, semua responden memiliki hak yang sama dalam penelitian.

Pada penelitian ini peneliti memperlakukan responden sama rata dan tidak membedakan responden baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Responden mendapatkan perlakuan yang sama, dalam hal ini kelompok kontrol juga mendapat terapi SSBM setelah proses pengambilan data selesai.

## BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN

### 6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dari penelitian mengenai pengaruh *slow stroke back massage* (SSBM) terhadap depresi pada lansia di UPT PSLU Jember, tanggal 19 April 2016 hingga 26 April 2016 dapat disimpulkan sebagai berikut.

- a. Lansia dengan depresi pada kelompok perlakuan rata-rata berusia 70,50 tahun, berjenis kelamin perempuan, berpendidikan SD, memiliki riwayat pekerjaan sebagai petani/buruh, mayoritas berstatus janda/duda, tinggal di PSLU rata-rata selama 5,25 tahun, masuk PSLU atas saran keluarga/kerabat dan berada pada kategori perawatan mandiri. Lansia dengan depresi pada kelompok kontrol rata-rata berusia 68,20 berjenis kelamin laki-laki, berpendidikan SD, memiliki riwayat pekerjaan sebagai petani/buruh, mayoritas berstatus janda/duda, tinggal di PSLU rata-rata selama 4,15 tahun, masuk PSLU atas saran keluarga/kerabat dan berada pada kategori perawatan mandiri.
- b. Nilai rata-rata depresi pada lansia di kelompok perlakuan setelah diberikan SSBM mengalami penurunan menjadi
- c. Nilai rata-rata depresi pada lansia di kelompok kontrol adalah tidak mengalami perubahan selama 7 hari pengamatan.

- d. Terdapat perbedaan yang bermakna nilai rata-rata depresi pada lansia yang menerima SSBM (kelompok perlakuan) sebelum dan sesudah terapi SSBM diberikan.
- e. Tidak terdapat perbedaan yang bermakna nilai rata-rata depresi pada lansia yang tidak menerima SSBM (kelompok kontrol) sebelum dan sesudah terapi SSBM diberikan.
- f. Terdapat perbedaan yang bermakna nilai rata-rata depresi pada lansia yang menerima SSBM dan yang tidak menerima SSBM sebelum dan sesudah SSBM diberikan.

## 6.2 Saran

Penelitian ini selain memberikan kesimpulan hasil penelitian, juga memberikan saran pada berbagai pihak untuk dapat membantu penanganan masalah depresi pada lansia ataupun pengembangan penelitian terapi SSBM. Saran-saran tersebut adalah sebagai berikut.

- a. Bagi lembaga UPT PSLU Jember

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu dasar untuk memberikan suatu terapi nonfarmakologis pada lansia di lembaga UPT PSLU Jember. Pihak lembaga UPT PSLU Jember diharapkan turut berpartisipasi aktif dalam merealisasikan penggunaan terapi nonfarmakologis berupa SSBM terhadap kasus depresi pada lansia atau untuk kondisi atau komplikasi lainnya. Partisipasi aktif

yang diharapkan peneliti berupa realisasi penggunaan terapi SSBM menjadi masuk dalam salah satu terapi atau aktivitas yang dilakukan lansia di UPT PSLU Jember. Realisasi ini dapat berupa adanya pelatihan penggunaan terapi SSBM di UPT PSLU yang dilakukan oleh perawat atau tenaga kesehatan di UPT PSLU sehingga dapat mengaplikasikannya dalam perawatan lansia di UPT PSLU Jember.

b. Bagi Profesi Keperawatan

Perawat, khususnya yang ada pada bidang komunitas/gerontik diharapkan mampu mengoptimalkan perannya sebagai pemberi pelayanan untuk memberikan asuhan keperawatan yang optimal bagi lansia. Perawat hendaknya dapat berperan aktif dan mampu memberdayakan sumber daya yang ada di sekitarnya untuk menangani permasalahan kesehatan pada lansia. Penanganan masalah kesehatan dapat menggunakan terapi nonfarmakologi berbasis terapi komplementer keperawatan, salah satunya dengan menggunakan SSBM. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai tambahan rujukan untuk menangani permasalahan kesehatan pada lansia dengan menggunakan terpai SSBM.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Instititusi pendidikan sebagai wadah untuk pengembangan keilmuan keperawatan hendaknya turut serta dalam pengembangan keilmuan untuk penanganan permasalahan kesehatan baik bagi yang berada di klinik maupun di

komunitas Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk menambah pengetahuan dan wawasan serta dapat digunakan untuk menguji atau meneliti kembali efisiensi terapi SSBM pada berbagai kasus. Institusi pendidikan dapat berperan aktif dalam pengembangan terapi SSBM yang dapat digunakan untuk berbagai permasalahan dan dapat digunakan sebagai terapi nonfarmakologis yang dapat digunakan pada gangguan fisiologis dan psikologis lainnya.

d. Bagi Masyarakat

Masyarakat diminta peran aktifnya dalam mencegah permasalahan-permasalahan kesehatan yang dapat muncul pada lansia. Hasil penelitian ini diharapkan mampu untuk meningkatkan pengetahuan dan paparan informasi yang diserap oleh masyarakat terutama mengenai penggunaan terapi nonfarmakologis seperti SSBM ini, sehingga masyarakat dapat turut berperan dalam penanganan permasalahan lansia baik di panti perawatan atau di komunitas. Masyarakat dapat menggunakan terapi SSBM ini sebagai salah satu terapi untuk menangani permasalahan kesehatan baik fisiologis seperti hipertensi dan psikologis seperti cemas dan depresi.

e. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi suatu pengembangan keilmuan di bidang keperawatan. Hasil penelitian ini diharapkan mampu untuk menambah pengetahuan dan wawasan yang mendalam mengenai terapi nonfarmakologis salah satunya merupakan terapi SSBM terhadap penyakit kronis maupun dalam berbagai kondisi tertentu sehingga dapat digunakan sebagai dasar acuan untuk mengembangkan penelitian selanjutnya, baik di klinik maupun di komunitas. Peneliti dapat menggunakan hasil peneliti ini untuk acuan penelitian selanjutnya sehingga dapat diketahui pengaruh lain terapi SSBM ini pada kondisi tubuh yang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Adib-Hajbaghery; Abasi, Rajabi-Beheshtaba, & Azizi-Fini. 2012. "The Effect of Massage Therapy By The Patient's Relative on Vital Signs of Males Admitted in Critical Care Unit". *Nurs Midwifery Stud.* I (1), 16-21 [serial online]. <http://nmsjournal.com/11347.pdf> [28 Februari 2016 ]
- American Massage Therapy Association. 2012a. Massage Is Good Medicine. [serial online]. [https://www.amtamassage.org/uploads/cms/documents/amtaresearchroundup\\_hearthealth.pdf](https://www.amtamassage.org/uploads/cms/documents/amtaresearchroundup_hearthealth.pdf) [24 Oktober 2015]
- American Massage Therapy Association. 2012b. Clinical Massage Research. [serial online]. [https://www.amtamassage.org/findamassage/health\\_conditions.html](https://www.amtamassage.org/findamassage/health_conditions.html) [24 Oktober 2015]
- American Massage Therapy Association. 2015. Massage The Aging Population. [serialonline]. [https://www.amtamassage.org/uploads/cms/documents/087\\_mtj\\_s\\_u15\\_onlinect.pdf](https://www.amtamassage.org/uploads/cms/documents/087_mtj_s_u15_onlinect.pdf) [5 Oktober 2015].
- Arikunto, 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek Edisi Revisi V*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Arisanti, D. 2012. *Pengaruh Slow Stroke Back Massage (SSBM) Terhadap Kecemasan Ibu Menopause Di Jember Lor Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember*. Tidak Diterbitkan. Jember: Universitas Jember
- Azizah, Lilik Ma'rifatul. *Keperawatan Lanjut Usia Edisi 1*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Bramastyo, W. 2009. *Depresi? No Way!*. Yogyakarta: Penerbit Andi Yogyakarta
- Casanelia, L & Stelfox, D. 2009. *Foundations of Massage*. Australia : Elsevier
- Christensen P.J, Kenney J.W. 2009. *Proses Keperawatan: Aplikasi Model Konseptual* Jakarta: EGC

- Dahlan, M. S. 2013. "Statistik Untuk Kedokteran & Kesehatan". [serial online] <https://books.google.co.id/books> [16 Februari 2016].
- Damping, Charles E. 2003. Depresi pada Geriatri: Apa Kekhususannya. Dalam: Supartono, Setiati, S., dan Soejono, C.H., *Penatalaksanaan Pasien Geriatri dengan Pendekatan Interdisiplin*. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Departemen Kesehatan RI. 1999. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Penyakit Jiwa Jilid III Edisi I*. Jakarta: Depkes RI
- Ebersole, P., et al., 2005. *Gerontological Nursing and Health Aging 2<sup>nd</sup> ed.* USA, Philadelphia : Mosby, Inc
- Efendi, Ferry dan Makhfudli. 2009. Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktik dalam Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Estuti, F. 2012. *Tingkat Keberhasilan Terapi Masase Untuk Menyembuhkan Cedera Lutut*. Tesis. Fakultas Ilmu Keolahragaan : Universitas Negeri Yogyakarta
- Handywinoto, Setiabudi, T. 2007. *Panduan Gerontologi Tinjauan dari Berbagai Aspek: Menjaga Keseimbangan Kualitas Hidup Para Lanjut Usia*. Jakarta. PT Gramedia Utama
- Harris, M. & Richards, K.C. 2009. "The Physiological And Psychological Effects Of Slow-Stroke Back Massage And Hand Massage On Relaxation In Older People". *Journal of Clinical Nursing*. Vol.19: 917-926.
- Hastono, S.P. 2007. *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hawari, 2001. *Manajemen Stress Cemas Dan Depresi*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Hawari, 2007. *Sejahtera Di Usia Senja Dimensi Psikoreligi Pada Lanjut Usia (Lansia)*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI

- Hidayati, Laili Nur. 2009. *Hubungan Dukungan Sosial Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia di Kelurahan Daleman Tulung Klaten*. Skripsi. Surakarta. Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Holland, B., & Pokorny, M. 2001. "Slow stroke back massage: Its Effect on Patients in Rehabilitation Setting". *Rehabilitation Nursing*, 26, 182.[serial online] [25 Februari 2016]
- Hegner, B.R & Caldwell, E. 1992. *Asuhan Keperawatan : Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*. Edisi 6. Alih bahasa oleh Jane F. Budi & Allenidekania 2003. Jakarta: EGC
- Hurlock, 2007. *Psikologi Perkembangan Edisi 5*. Jakarta: Erlangga
- Kaplan. 1997. *Synopsis of Psychiatry, jilid 1*. Alih bahasa Widjaja Kusuma. Jakarta : Bina Rupa Aksara.
- Kaplan & Saddock. 1998. *Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat*. Alih bahasa Wicaksana. Jakarta : Widya Medika
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., and Grebb, J.A., 2010. *Sinopsis Psikiatri : Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Jilid Satu. Editor : Dr. I. Made Wiguna S. Jakarta : Bina Rupa Aksara
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., and Grebb, J.A., 2010. *Sinopsis Psikiatri : Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Jilid Dua. Editor : Dr. I. Made Wiguna S. Jakarta : Bina Rupa Aksara
- Kozier, B., Berman, A., Snyder, S. J., dan Erb, G. 2004. *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*. Jakarta: EGC
- Kring. 2007. *Psikologi Abnormal*. Edisi ke-9. Jakarta: PT Raja Grafindo
- Kurlowicz, L. and Greenberg, S. A. 2007. The Geriatric Depression Scale (GDS). *American Journal of Nursing*. 107 (10), 67-68

- Kusyati, E. 2006. *Keterampilan dan Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar*, Jakarta : EGC
- Levine, A. S, & Levine, V. J. 2004. *The Bodywork and Massage Source Book*. Amerika : Lowell House
- Lindquist, R., Snyder, M., & Tracey, M. F. 2014 *Complementary And Alternative Therapies in Nursing, 7<sup>th</sup> Edition*. New York : Springer Publishing Company
- Lubis, Namora Lumongga. 2009. *Depresi Tinjauan Psikologis*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group
- Maryam *et al.* 2008. *Mengenal Usia Lanjut & Perawatannya*. [serial online]. <https://books.google.co.id/books>[3 Oktober 2015].
- Maslim, Rusdi. 2002. *Gejala Depresi, Diagnosa Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari PPDGJ-III*. Jakarta : Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atma Jaya
- Mc Dowell, I. 2006. *Measuring Health*. New York: Oxford University Press
- Meek, S.S.1993. "Effects of slow-stroke back massage on relaxation in hospice clients". *Image Journal Nurs*, 25, 17.
- Miller, A.C. 2004. *Nursing Care of Older Adult Theory and Practice*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: J.B. Lippincott. Co
- Mook, E. & Woo, C.P. 2014. "The Effects of Slow-Stroke Back Massage On Anxiety And Shoulder Pain In Elderly Stroke Patients". *Journal Complementary Therapies In Nursing & Midwifery*. Vol.10: 209-216.
- Mubarak,et al.2011. *Ilmu Keperawatan Komunitas : Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika
- Muttaqin, A. 2012. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika

- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nugroho, 2000. *Keperawatan Gerontik Edisi 2*. Jakarta :Balai Penerbit FKUI,
- Nursalam, 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. 2008. “Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan”. [serial online] <https://books.google.co.id/books> [5 Februari 2016]
- Nursalam. (2013). *Konsep Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Olney, C.M. 2007. *Back Massage: Long Term Effects And Dosage Determination For Persons With Pre-Hypertension And Hypertension*. Florida. University of South Florida [serial online] <http://scholarcommons.usf.edu/etd> [22 Februari 2016]
- Padila, 2013. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Pakkenberg,B., D. Pelvig, dkk. 2003. *Aging and The Human Neocortex. Exp. Gerontology*
- Potter, Patricia A dan Perry, Anne Griffin. 2005a. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Potter, Patricia A dan Perry, Anne Griffin. 2005b. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Prasetya, A.S. 2010. *Pengaruh Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak Terhadap Tingkat Depresi dengan Harga Diri Renah Pada Klien Lansia di Panti Tresna Wreda Bakti Yuswa Natar Lampung*. Tesis. Depok : Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Pudjiastuti, S.S. 2003. *Fisioterapi pada Lansia*. Jakarta : EGC

- Sumartini, N.P. 2008. *Pengaruh Stimulasi Kutaneus : Slow-Stroke Back Massage Terhadap Intensitas Nyeri Osteoarthritis Pada Lansia di Panti Wreda Griya Asih Lawang*. Skripsi. Malang: Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
- Sadock, 1997. *Sinopsis Psikiatri Edisi 7 Jilid 2*. Jakarta: Binarupa Aksara
- Santrock, J.W. 2002. *Life-Span Development: Perkembangan Masa Hidup* (edisi kelima). (Penerj. Achmad Chusairi, Juda Damanik; Ed. Herman Sinaga, Yati Sumiharti). Jakarta: Erlangga
- Segal, J. 2009. "Depression in older adults and the elderly" [serial online] [http://www.helpguide.org/mental/depression\\_elderly.htm](http://www.helpguide.org/mental/depression_elderly.htm) [4 Februari 2016]
- Setiadi, 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu,
- Setianto, 2000. *The Greatest Hazzard in Elderly People*. Penerbit Yayasan Essentia Medica dan Andi Yogyakarta
- Sherwood, L. 2011. *Fisiologi Manusia; dari sel ke sistem*. Edisi 2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Shocker, M. 2008. "Pengaruh Stimulus Kutaneus: Slow Stroke Back Massage terhadap intensitas nyeri Osteoarthritis". [serial online]: <http://www.scribd.com> [05 Februari 2016]
- Stanley& Beare, 2007. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 2*. Alih bahasa Juniarti dan Kurnianingsih. Jakarta: EGC
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. 2005. *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia, USA: Mosby, Inc.
- Stuart, Gail W. 2006. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Alih bahasa Ramona P. Kapoh, Egi Komara Yudha. Jakarta : EGC

- Suaib, Ahmayani.2011. *Pengaruh Dzikir Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia di Padakan Lor, Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II Bantul, Yogyakarta*.Tidak diterbitkan Skripsi. Yogyakarta: Perpustakaan Pusat Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
- Suliswati, 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Supartondo, 2005. *From Molecular Biologi Trough Geriatri Research Towards Clinical Practice*. Jakarta: FKUI
- Sugiyono, 2006. *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Sugiyono. 2014. *Metodologi Penelitian Kuantitatif & R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sujarweni, V.W. 2015. *Statistika untuk Kesehatan*. Yogyakarta: Gava Media
- Sukowati, M.A. 2014. *Pengaruh Slow Stroke Back Massage (SSBM) Terhadap Tekanan Darah Pada Klien Hipertensi Primer Di Wilayah Kerja Puskesmas Nangkaan Kabupaten Bondowoso*. Tidak Diterbitkan Skripsi. Jember: Universitas Jember.
- Sundeen, 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Syarniah, 2010. *Pengaruh Terapi Kelompok Reminiscence Terhadap Depresi Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan*. Tesis. Depok : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Videbeck, S. L. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa (Psychiatric Mental Health Nursing) Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan I)*. Alih bahasa Komalasari R. & Hany, A. Jakarta : EGC
- Wibowo, Thomas Ari. 2015 . *Slow Stroke Back Massage Terhadap Penurunan Depresi Pada Penderita Pascastroke Iskemik*. Tesis. Yogyakarta: Program Studi Magister Keperawatan, Program Pascasarjana, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

World Health Organization. 2011. Global Health and Aging. [serial online].  
[http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf) [16 Februari 2016]

World Health Organization. 2014. Global Status Report on Noncommunicable Diseases  
[serial online]  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf)[16  
Februari 2016]

Yasilarda, H.Y.,Bulgular ve, S.M.Y., & Etkisi, A.D. 2007. “The Effects of Back  
Massage on the Vital Signs and Anxiety Level of Elderly Staying in a Rest  
Home.” [serial online]  
[http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf\\_HHD\\_76.pdf](http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_76.pdf) [4 Februari  
2016]

\  
Yosep, Iyus. 2009. *Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT Refika Aditama



# LAMPIRAN

**LAMPIRAN 1**

Lembar *Informed*

**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada

Calon Responden

Dengan hormat,

yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Aris Kurniawan  
NIM : 122310101033  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Alamat : Jln. Moch. Serudji II No 31 A Patrang, Jember

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “Pengaruh Terapi *Slow Stroke Back Massage* Terhadap Tingkat Depresi Lansia di UPT PSLU Jember ” Penelitian ini bertujuan untuk melihat adakah pengaruh terapi *slow stroke back massage* (SSBM) terhadap tingkat depresi lansia di UPT PSLU Jember. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi akan terjaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun keluarga. Jika anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Jember, .....

Aris Kurniawan.

122310101033

**LAMPIRAN 2**Lembar *Consent***PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

Menyatakan bersedia menjadi subjek (responden) dalam penelitian dari

Nama : Aris Kurniawan

NIM : 122310101033

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Jalan Moch. Serudji II No 31/A

Program Studi : Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Judul : Pengaruh *Terapi Slow Stroke Back Massage (SSBM)*  
Terhadap Tingkat Depresi Lansia di UPT PSLU , Jember

Setelah mendengarkan dan memahami penjelasan dari peneliti mengenai rincian penelitian serta tindakan yang akan dilakukan dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sadar dan sebenar-benarnya.

Jember,.....

(.....)

**LAMPIRAN 3**

## Lembar Karakteristik Responden

Kode  
Responden

**Petunjuk Pengisian :**

- 1. Bacalah dengan teliti pertanyaan yang telah ada**
- 2. Jawablah semua pertanyaan yang ada dengan menuliskan jawaban anda atau memberi tanda silang (X) pada jawaban yang anda anggap tepat dan benar**

1. Nama Responden : .....
2. Umur : .....
3. Jenis Kelamin : laki-laki/perempuan
4. Agama : .....
5. Alamat : .....
6. Pendidikan :
  - a. SD
  - b. SMP
  - c. SMA
  - d. Perguruan Tinggi
7. Riwayat Pekerjaan :
  - a. Tidak Bekerja
  - b. PNS
  - c. Wiraswasta
  - d. Petani/Buruh
  - e. Lain-lain, sebutkan.....
8. Lama tinggal di PSLU : ..... bulan/tahun.

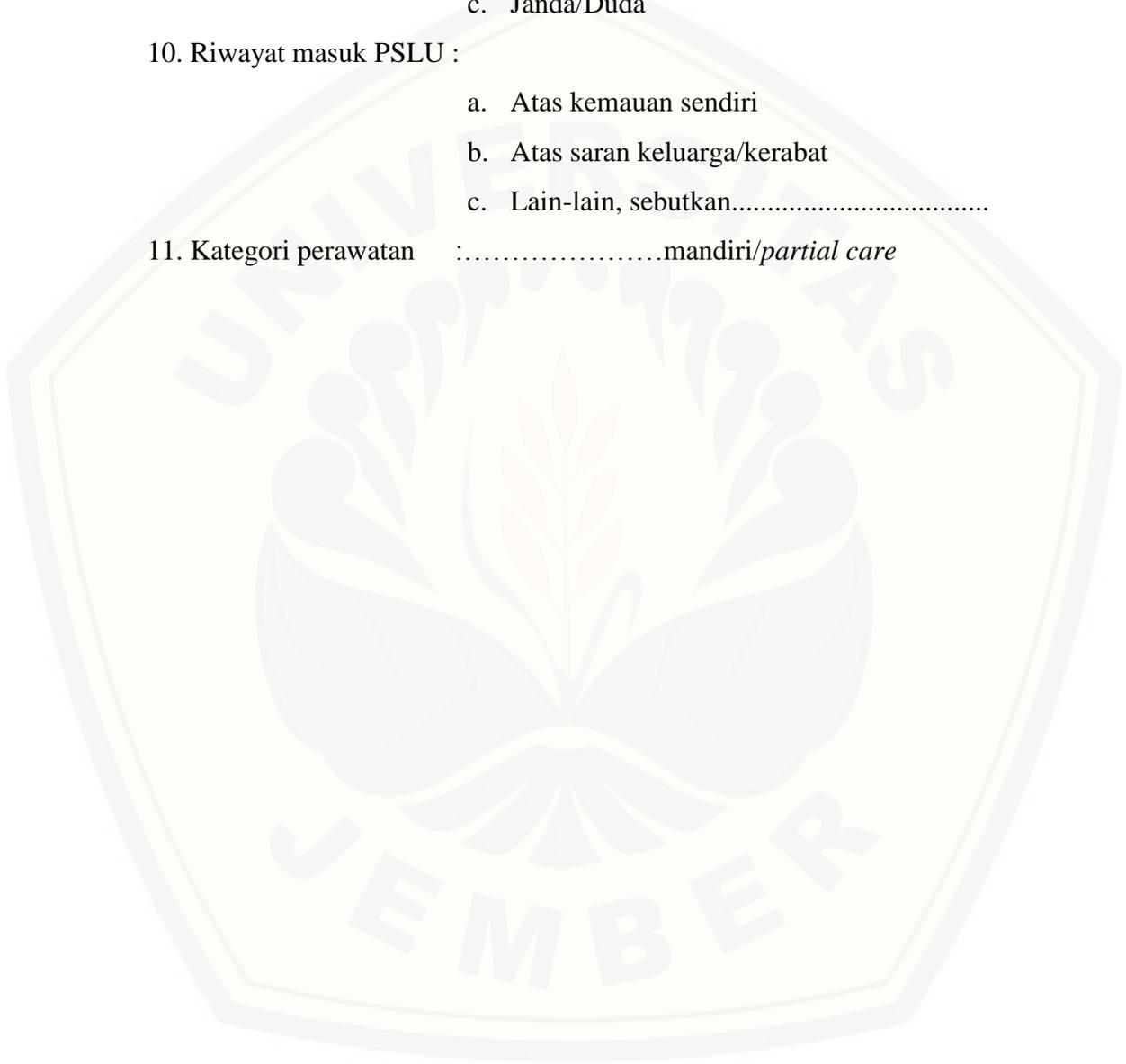
9. Status Pernikahan :

- a. Tidak Menikah
- b. Menikah
- c. Janda/Duda

10. Riwayat masuk PSLU :

- a. Atas kemauan sendiri
- b. Atas saran keluarga/kerabat
- c. Lain-lain, sebutkan.....

11. Kategori perawatan : .....mandiri/*partial care*

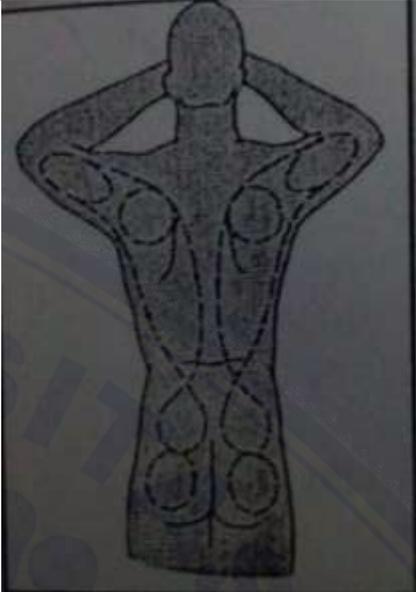


**LAMPIRAN 4***Standart Operational Procedure (SOP)*

 <b>PSIK UNIVERSITAS JEMBER</b>		<b><i>SLOW STROKE BACK MASSAGE (SSBM)</i></b>		
<b>PROSEDUR TETAP</b>		<b>NO DOKUMEN:</b>	<b>NO REVISI:</b>	<b>HALAMAN:</b>
		<b>TANGGAL TERBIT:</b>	<b>DITETAPKAN OLEH:</b>	
<b>1</b>	<b>PENGERTIAN</b>	Merupakan tindakan stimulasi kulit dan jaringan di bawahnya dengan usapan lambat yang berirama menggunakan tangan dengan durasi 60 gosokan per menit selama 10 menit		
<b>2</b>	<b>MANFAAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurunkan ketegangan otot</li> <li>2. Meningkatkan sirkulasi darah</li> <li>3. Menurunkan tekanan darah</li> <li>4. Menurunkan nyeri</li> <li>5. Menurunkan kecemasan</li> <li>6. Memberikan kenyamanan</li> <li>7. Meningkatkan relaksasi</li> </ol>		
<b>3</b>	<b>INDIKASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien yang mengalami nyeri/ketidaknyamanan</li> <li>2. Klien yang mengalami ansietas</li> </ol>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Klien dengan keluhan kekakuan dan ketegangan otot di punggung dan bahu</li> <li>4. Klien dengan kesulitan tidur</li> </ul>
4	<b>KONTRAINDIKASI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Fraktur tulang rusuk atau vertebra</li> <li>2. Luka bakar</li> <li>3. Daerah kemerahan pada kulit</li> <li>4. Luka terbuka pada daerah punggung</li> </ul>
5	<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Selimut mandi</li> <li>2. Handuk mandi</li> <li>3. Lotion, bedak, baby oil, minyak zaitun</li> </ul>
6	<b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan tempat</li> <li>2. Persiapan posisi klien</li> <li>3. Persiapan ruangan</li> </ul>
8	<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mengatur posisi klien</li> <li>2. Mengkaji kondisi klien</li> </ul>
9	<b>PERSIAPAN PERAWAT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Beri salam dan perkenalkan diri</li> <li>b. Kaji kondisi klien</li> <li>c. Jaga privacy klien</li> <li>d. Jelaskan tujuan pemberian intervensi</li> <li>e. Mencuci tangan</li> </ul>
10	<b>CARA KERJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Beritahu pasien bahwa tindakan akan segera dimulai</li> <li>2. Tinggikan tempat tidur sampai ketinggian kerja yang nyaman</li> <li>3. Cek alat-alat yang akan digunakan</li> <li>4. Dekatkan alat ke sisi tempat tidur pasien</li> <li>5. Posisikan pasien senyaman mungkin</li> </ul>

		<ol style="list-style-type: none"><li>6. Cuci tangan</li><li>7. Periksa keadaan kulit punggung pasien sebelum memulai tindakan</li><li>8. Bantu pasien melepas baju</li><li>9. Bantu pasien dengan posisi pronasi</li><li>10. Buka punggung pasien, bahu, lengan atas tutup sisanya dengan selimut mandi</li><li>11. Aplikasikan lubrikan atau lotion pada bagian bahu dan punggung pasien.</li><li>12. Meletakkan tangan pada bokong kemudian mulai masase dengan gerakan melingkar.</li><li>13. Usapan dilakukan ke atas dari bokong ke bahu. Masase di atas skapula dengan gerakan lembut dan tegas.</li><li>14. Melanjutkan ke arah lengan atas dalam satu usapan lembut secara lateral sepanjang sisi punggung dan kembali ke bawah ke puncak iliaka.</li><li>15. Mengulangi gerakan yang sama tanpa melepaskan tangan dari kulit hingga masase selesai dilakukan</li><li>16. Akhiri gerakan dengan masase memanjang ke bawah.</li></ol>
--	--	---

		 <ol style="list-style-type: none"> <li>17. Bersihkan sisa lotion pada punggung dengan handuk</li> <li>18. Bantu klien memakai baju kembali</li> <li>19. Bantu klien ke posisi semula</li> <li>20. Beritahu bahwa tindakan sudah selesai</li> <li>21. Bereskan alat-alat yang telah digunakan</li> <li>22. Kaji respon klien</li> <li>23. Berikan reinforcement positif pada klien</li> <li>24. Akhiri kegiatan dengan baik</li> </ol>
<b>8</b>	<b>Evaluasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi respon klien</li> <li>2. Berikan reinforcement positif</li> <li>3. Akhiri pertemuan dengan baik</li> </ol>

Sumber : (Potter & Perry, 2005 & Sukowati, 2014)

**LAMPIRAN 5**

Alat Ukur Tingkat Depresi

***GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS 15)***

Kode Responden :

**PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER**

- 1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut dibawah ini.**
- 2. Jawablah sesuai dengan keadaan yang anda rasakan.**
- 4. Berikan tanda (V) pada kolom yang disediakan sesuai dengan jawaban anda.**
- 3. Apabila ada hal yang belum dipahami dapat ditanyakan kepada peneliti.**

No	Pertanyaan	Jawaban		Skor
		Ya	Tidak	
1	Apakah kakek/nenek secara keseluruhan merasa puas dengan kehidupan yang dijalani?			
2	Apakah kakek/nenek telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangannya selama ini?			
3	Apakah kakek/nenek merasa kehidupannya terasa hampa misalnya tidak adanya keluarga?			
4	Apakah kakek/nenek merasa bosan dengan kehidupan yang dijalannya sekarang?			
5	Apakah kakek/nenek bersemangat setiap saat dalam melaksanakan kegiatan atau aktivitas di panti ini?			
6	Apakah kakek/nenek merasa takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada kakek/nenek (seperti kematian)?			

7	Apakah kakek/nenek merasa bahagia pada sebagian besar hidup kakek/nenek?			
8	Apakah kakek/nenek mempunyai perasaan tidak berdaya atau tidak melakukan apa-apa?			
9	Apakah kakek/nenek lebih senang tinggal di wisma daripada ke wisma lain atau tempat lain lalu mengerjakan sesuatu yang baru?			
10	Dibandingkan dengan orang-orang di panti ini apakah kakek/nenek merasa mempunyai masalah dengan daya ingat?			
11	Apakah kakek/nenek berpikir bahwa hidup kakek/nenek sekarang ini menyenangkan?			
12	Apakah kakek/nenek saat ini mempunyai perasaan tidak berharga seperti merasa tidak mampu?			
13	Apakah kakek/nenek merasakan penuh semangat dalam menjalani kehidupan kakek/nenek?			
14	Saat ini apakah kakek/nenek merasa bahwa keadaan kakek/nenek tidak ada harapan atau sesuatu yang ingin dicapai?			
15	Apakah kakek/nenek mempunyai pikiran bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari kakek/nenek?			

Keterangan : Skor 0-4 dikategorikan **normal**

Skor 5-8 dikategorikan **depresi ringan**

Skor 9-11 dikategorikan **depresi sedang**

Skor 12-15 dikategorikan **depresi berat**

Sumber : Prasetya (2010)

**LAMPIRAN 6**

Hasil Analisa Data

- 1. Daftar deskriptif usia, jenis kelamin, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, lama tinggal di PSLU, riwayat pernikahan, riwayat masuk PSLU, dan tingkat kemadirian.**

**Umur Responden Kelompok****Perlakuan**

N	Valid	10
	Missing	0
Mean		70.50
Std. Error of Mean		1.447
Median		70.00
Std. Deviation		4.577
Minimum		63
Maximum		76

**Umur Responden Kelompok****Kontrol**

N	Valid	10
	Missing	0
Mean		68.20
Std. Error of Mean		2.240
Median		66.00
Std. Deviation		7.084
Minimum		61
Maximum		84

**Jenis Kelamin Kelompok Perlakuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	4	40.0	40.0	40.0
Valid Perempuan	6	60.0	60.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

**Jenis Kelamin Kelompok Kontrol**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	6	60.0	60.0	60.0
Valid Perempuan	4	40.0	40.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

**Riwayat Pendidikan Lansia Kelompok Perlakuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	8	80.0	80.0	80.0
Valid SMP	1	10.0	10.0	90.0
Valid SMA	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

**Riwayat Pendidikan Lansia Kelompok Kontrol**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SD	9	90.0	90.0	90.0
Valid SMA	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

**Riwayat Pekerjaan Kelompok Perlakuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Petani/Buruh	8	80.0	80.0	80.0
Valid Lain-lain	2	20.0	20.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

**Riwayat Pekerjaan Kelompok****Kontrol**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
PNS	1	10.0	10.0	10.0
Valid Petani/Buruh	8	80.0	80.0	90.0
Lain-lain	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

**Lama Lansia Tinggal di PSLU**

**Kelompok Perlakuan**

N	Valid	10
	Missing	0
Mean		5.250
Std. Error of Mean		1.7468
Median		3.500
Std. Deviation		5.5239
Minimum		.5
Maximum		18.0

**Lama Lansia Tinggal di PSLU**

**Kelompok Kontrol**

N	Valid	10
	Missing	0
Mean		4.150
Std. Error of Mean		1.4473
Median		2.000
Std. Deviation		4.5768
Minimum		.5
Maximum		15.0

**Riwayat Pernikahan Kelompok Perlakuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Menikah	1	10.0	10.0	10.0
Valid Janda/Duda	9	90.0	90.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

**Riwayat Pernikahan Kelompok Kontrol**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Menikah	1	10.0	10.0	10.0
Menikah	1	10.0	10.0	20.0
Janda/Duda	8	80.0	80.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

**Riwayat masuk PSLU Kelompok Perlakuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Atas kemauan sendiri	2	20.0	20.0	20.0
Atas saran keluarga/kerabat	5	50.0	50.0	70.0
Lain-lain	3	30.0	30.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

**Riwayat masuk PSLU Kelompok Kontrol**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Atas kemauan sendiri	2	20.0	20.0	20.0
Atas saran keluarga/kerabat	5	50.0	50.0	70.0
Lain-lain	3	30.0	30.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

**Tingkat Kemandirian Kelompok Perlakuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Mandiri	10	100.0	100.0	100.0

**Tingkat Kemandirian Kelompok Kontrol**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Mandiri	10	100.0	100.0	100.0

**2. Uji normalitas****Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Hasil Pretest Kelompok Perlakuan	.189	10	.200 <sup>*</sup>	.873	10	.109
Hasil Posttest Kelompok Perlakuan	.236	10	.120	.886	10	.151

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Hasil Pretest Kelompok Kontrol	.245	10	.090	.892	10	.177
Hasil Posttest Kelompok Kontrol	.272	10	.035	.896	10	.198

Uji normalitas pada penelitian ini menggunakan uji normalitas *Shapiro-Wilk* dikarenakan jumlah sampel yang kurang dari 50 responden (Dahlan, 2013) Pada tabel uji normalitas nilai p dapat dilihat pada kolom *Shapiro-Wilk* kolom Sig dapat disimpulkan bahwa :

- a. Nilai  $p > \alpha$ , hasil menunjukkan skor depresi pre dan post pada kelompok perlakuan, bahwa nilai  $p > 0,05$  maka data dikatakan normal.
- b. Nilai  $p > \alpha$ , hasil menunjukkan skor depresi pre dan post pada kelompok kontrol, bahwa nilai  $p > 0,05$  maka data dikatakan normal

### 3. Hasil *T-test* *Dependen* kelompok perlakuan

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Hasil Pretest Kelompok Perlakuan	6.80	10	1.619	.512
Pair 1 Hasil Posttest Kelompok Perlakuan	5.50	10	1.434	.453

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Hasil Pretest Kelompok Perlakuan & Hasil Posttest Kelompok Perlakuan	10	.861	.001

**Paired Samples Test**

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference
					Lower
Pair 1	Hasil Pretest Kelompok Perlakuan - Hasil Posttest Kelompok Perlakuan	1.300	.823	.260	.711

**Paired Samples Test**

		Paired Differences	t	df	Sig. (2-tailed)
		95% Confidence Interval of the Difference			
		Upper			
Pair 1	Hasil Pretest Kelompok Perlakuan - Hasil Posttest Kelompok Perlakuan	1.889	4.993	9	.001

#### 4. Hasil *T-test* *Dependen* kelompok kontrol

##### Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Hasil Pretest Kelompok Kontrol	6.60	10	1.075	.340
Pair 1 Hasil Posttest Kelompok Kontrol	6.60	10	1.350	.427

##### Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Hasil Pretest Kelompok Kontrol & Hasil Posttest Kelompok Kontrol	10	.260	.468

##### Paired Samples Test

	Paired Differences			
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference
				Lower
Pair 1 Hasil Pretest Kelompok Kontrol - Hasil Posttest Kelompok Kontrol	.000	1.491	.471	-1.066

## Paired Samples Test

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference
					Lower
Pair 1	Hasil Pretest Kelompok Kontrol - Hasil Posttest Kelompok Kontrol	.000	1.491	.471	-1.066

Penelitian ini menggunakan uji t sebagai uji statistiknya yang merupakan uji statistik parametrik dikarenakan untuk menguji data yang berupa data interval atau rasio (Sujarweni, 2015). Pada uji t dependen dapat dilihat nilai p pada kolom Sig. (2-tailed) Nilai  $p$  pada variabel depresi kelompok perlakuan  $p < 0,05$  maka terdapat perbedaan yang signifikan pada setiap variabel pada pengukuran *pretest* dan *posttest* pada kelompok perlakuan. Pada uji t dependen pada variabel depresi kelompok kontrol nilai  $p > 0,05$  maka tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada setiap variabel pada pengukuran *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol.

### 5. Hasil Uji t Independen

**Group Statistics**

ssbm	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
depresi Intervensi	10	-1.30	.823	.260
depresi Kontrol	10	.00	1.491	.471

**Independent Samples Test**

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
	F	Sig.	t	df
depresi Equal variances assumed	3.854	.065	-2.414	18
depresi Equal variances not assumed			-2.414	14.023

**Independent Samples Test**

	t-test for Equality of Means			
	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
				Lower
depresi Equal variances assumed	.027	-1.300	.539	-2.431
depresi Equal variances not assumed	.030	-1.300	.539	-2.455

- a. Pada uji t independen dapat dilihat nilai p pada kolom Sig. (2-tailed)
- b. Nilai p yang diambil dilihat dari nilai Levenes's test pada kolom Sig. jika  $p > \alpha$  maka varian sama, jika  $p < \alpha$  maka varian berbeda.
- c. Pada variabel depresi nilai  $p > \alpha$  berarti nilai t independen dilihat pada nilai Sig. (2 tailed) dengan nilai varian sama yaitu  $p = 0,027$  ( $p < 0,05$ ) maka diambil kesimpulan terdapat perbedaan skor depresi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

**LAMPIRAN 7**

## Lembar Surat Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

 KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

---

Nomor : 443/UN25.1.14/SP/2016 Jember, 22 Februari 2016  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

Yth. Kepala PSLU  
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Aris Kurniawan  
N I M : 122310101033  
keperluan : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan  
judul penelitian : Pengaruh Pemberian Terapi Slow Stroke Back Massage terhadap Tingkat Depresi pada Lansia di UPT PSLU Puger Kecamatan Puger Kabupaten Jember  
lokasi : PSLU Kabupaten Jember  
waktu : satu bulan

mohon bantuan Saudara untuk memberi ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan studi pendahuluan sesuai dengan judul di atas.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

  
Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.  
NIP. 19780323 200501 2 002

## LAMPIRAN 8

## Lembar Surat Keterangan Telah Studi Pendahuluan

	<b>PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR</b> <b>DINAS SOSIAL</b> <b>UPT PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA JEMBER</b> Jln. Moch. Seruji No. 06 Kasiyan Timur – Puger Telp. 0336-721130 JEMBER - 68164	
	Jember, 4 Maret 2016	
Nomor : 070 / 33 / 102.019 / 2016 Sifat : Penting Lampiran : - Perihal : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan	Kepada Yth. Ketua PSIK Universitas Jember di - <b>JEMBER</b>	
<p>Menindak lanjuti Surat Ketua PSIK Universitas Jember tanggal 22 Pebruari 2016 nomor : 443/UN25.1.14/SP/2016 perihal seperti tersebut pada pokok surat di atas, dengan ini kami menerangkan :</p> <p><b>N a m a : ARIS KURNIAWAN</b></p> <p><b>N I M : 122310101033</b></p> <p><b>Judul : Pengaruh Pemberian Terapi Slow Stroke Back Massage terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jember.</b></p> <p>Bahwa yang bersangkutan benar-benar telah melaksanakan pengambilan studi pendahuluan di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jember.</p> <p>Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.</p>		
a.n. KEPALA UNIT PELAKSANA TEKNIS PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA JEMBER Kepala Seksi Bimbingan dan Pembinaan Lanjut		
 <b>DR. PARNI RAHAYU</b> Kepala Tk. I Telp. 0336-80828 199303 2 011		

**LAMPIRAN 9**

## Lembar Surat Pernyataan Telah Studi Pendahuluan

**SURAT PERYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dra. Berni Rahayu  
NIP : 1968 0828 199303 2 001  
Jabatan : Kepala Seksi Bimbingan dan Pembinaan Lanjut

Menerangkan bahwa telah dilakukan studi pendahuluan dengan judul "Pengaruh Terapi Slow Stroke Back Massage (SSBM) di UPT PSLU Jember", yang dilakukan wawancara oleh saudara:

Nama : Aris Kurniawan  
NIM : 122310101033

Dengan hasil studi pendahuluan sebagai berikut:

Usia lansia yang terindikasi mengalami depresi di UPT PSLU Jember rata-rata berusia 60-90 tahun. Hasil pengkajian pada 10 lansia didapatkan data 8 lansia mengalami depresi dengan rincian 6 orang mengalami depresi ringan dan 2 orang mengalami depresi sedang berdasarkan pengukuran menggunakan *Beck's Depression Inventory*. Penyebab depresi pada lansia kebanyakan berupa stress karena merasa kesepian dan perselisihan dengan sesama lansia. Penanganan pada lansia yang mengalami depresi belum dilakukan secara optimal dan hanya sebatas menjaga agar lansia tetap dapat berkomunikasi dan mencegah perilaku amuk atau menyakiti diri sendiri. Penanganan secara nonfarmakologis pada lansia depresi belum dilakukan. Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 4 Maret 2016  
Yang membuat pernyataan,  
  
Dra. Berni Rahayu  
NIP : 1968 0828 199303 2 001

**LAMPIRAN 10**

## Lembar Hasil Studi Pendahuluan

**LEMBAR HASIL STUDI PENDAHULUAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Dra. Parni Rahayu  
NIP : 1968 0828 199303 2 001  
Jabatan : Kepala Seksi Bimbingan dan Pelaksanaan Layanan

Menerangkan bahwa telah dilakukan studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh:

Nama : Aris Kurniawan  
NIM : 122310101033  
Judul : Pengaruh Terapi Slow Stroke Back Massage (SSBM) Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia di UPT PSLU Jember.

Dengan hasil studi pendahuluan sebagai berikut:

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas dari klinik kesehatan UPT PSLU Jember didapatkan informasi bahwa depresi pada lansia di UPT PSLU Jember belum dilakukan pendataan secara khusus. Petugas mengidentifikasi bahwa beberapa lansia sering menyendiri, kurang berkomunikasi dan nampak sedih.

Demikian surat pernyataan ini di buat dengan sebenarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 11 Maret 2016



Nama : Dra. Parni Rahayu  
NIP : 1968 0828 199303 2 001

**LAMPIRAN 11**

## Lembar Surat Uji SOP



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
Jalan Kalimantan No.37 Kampus Tegal Boto Telp Fax (0331) 521459 Jember

Kepada

Yth. Kepala Laboratorium PSIK UNEJ

di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan diadakannya persiapan uji SOP Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada

Hari/tanggal peminjaman : Jumat, 15 April 2016

Lama Peminjaman : 1 hari

Tempat : Laboratorium PSIK UNEJ

Saya selaku mahasiswa memohon ijin untuk meminjam alat-alat untuk keperluan tersebut (data terlampir). Demikian surat permohonan ini saya buat, atas perhatian dan kerjasamanya saya sampaikan terimakasih.

*\* pengajuan SOPM uji SOP pada lahan di psku \**

Mengetahui,

Kepala Laboratorium

Jember, 15 April 2016

Peminjam

  
Na. Emi Wury Wuryaningsih, M.Kep. Sp.Kep J  
NIP. 19850511 200812 2 005

  
Aris Kurniawan  
NIM 122310101033

## LAMPIRAN 12

## Lembar Hasil Uji SOP



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 523450 Jember

## PERNYATAAN UJI KOMPETENSI PENGGUNAAN SOP

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ms. Rondianto, M.Kep  
NIP : 19820224 200604 1 001

sebagai penguji KOMPETENSI penggunaan SOP

Telah melakukan uji penggunaan SOP Slow Stroke Back Massage, yang dilakukan oleh:

Nama : Aris Kamiswari  
NIM : 122310101033

Yang mengadakan penelitian dengan judul

Pengaruh Terapi Slow Stroke Back Massage (SSBM) terhadap Tingkat Depresi pada Lansia di Unit Pelaksana Teknis Panti Sosial Lanjut Usia (UPTPSLU) Kabupaten Jember

Setelah dilakukan uji kemampuan penggunaan SOP Slow stroke Back Massage maka dinyatakan memenuhi syarat untuk menggunakan SOP tersebut dalam proses penelitian. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Jember, 15 April 2016  
Penguji SOP

Ms. Rondianto, M.Kep  
Nip 19820224 2006 04 1 001

**LAMPIRAN 13**

## Lembar Surat Ijin Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 1266/UN25.1.14/LT/2016 Jember, 11 April 2016  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian  
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Aris Kurniawan  
N I M : 122310101033  
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian  
judul penelitian : Pengaruh Terapi Slow Stroke Back Massage (SSBM) terhadap Tingkat Depresi pada Lansia di Unit Pelaksana Teknis Panti Sosial Lanjut Usia (UPT PSLU) Kabupaten Jember  
lokasi : UPT PSLU Kabupaten Jember  
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ns. Lanting Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.  
NIP. 19780323 200501 2 002



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**LEMBAGA PENELITIAN**

Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember Telp. 0331-337818, 339385 Fax. 0331-337818  
 e-Mail : penelitian.lemin@unjember.ac.id

Nomor : 667 /UN25.3.1/LT/2016  
 Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

18 April 2016

Yth. Kepala  
 UPT PSLU Kabupaten Jember  
 di -

JEMBER

Memperhatikan surat pengantar dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Nomor : 1266/UN25.1.14/LT/2016 tanggal 11 April 2016, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM : Aris Kurniawan/122310101033  
 Fakultas / Jurusan : PSIK/Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
 Alamat / HP : Jl. Moch. Serudji II Jember/Hp. 085745870943  
 Judul Penelitian : Pengaruh Terapi *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia di Unit Pelaksana Teknis Pantli Sosial Lanjut Usia (UPT PSLU) Kabupaten Jember  
 Lokasi Penelitian : Unit Pelaksana Teknis Pantli Sosial Lanjut Usia (UPT PSLU) Kabupaten Jember  
 Lama Penelitian : Dua bulan (18 April 2016 – 18 Juni 2016)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul di atas.

Demikian atas kerjasama dan bantuan Saudara disampaikan terima kasih.

a.n Ketua  
 Sekretaris,  
  
 Dr. Zainuri, M.Si  
 NIP196403251989021001

Tembusan Kepada Yth. :

1. Dekan PSIK  
 Universitas Jember
2. Mahasiswa ybs
3. Arsip



CERTIFICATE NO : QMS-173

**LAMPIRAN 14**

## Lembar Surat Pernyataan Telah Selesai Melakukan Penelitian

	<b>PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR</b> <b>DINAS SOSIAL</b> <b>UPT PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA JEMBER</b> Jln Moch. Seruji No. 06 Telp. (0336) 721130 JEMBER - 68164		
<hr/>			
Jember, 3 Mei 2016			
Nomor	: 070/ <i>60</i> /102.019/2016	Kepada	Yth. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember di -
Sifat	: Penting	<b>JEMBER</b>	
Lampiran	: -		
Perihal	: <u>Telah Melaksanakan Penelitian</u>		
<p>Menindak lanjuti Surat Saudara tanggal 18 April 2016 Nomor: 607/UN25.3.1/LT/2016 perihal Ijin Melaksanakan Penelitian, dengan ini kami menerangkan bahwa:</p>			
Nama	: Aris Kurniawan		
N I M	: 122310101033		
Judul Penelitian	Pengaruh Terapi Slow Stroke Back Massage (SSBM) Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Lanjut Usia /UPT PSLU Jember.		
Lama Penelitian	18 April 2016 – 30 April 2016		
<p>Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.</p>			
<p>Kepala Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jember</p>  <b>Drs. BAMBANG SUDJATMIKO</b> Pembina Tk.I NIP. 19580703 198303 1 011			



## LAMPIRAN 16

## Lembar Konsultasi

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama : Aris Kurniawan  
 NIM : 122310101033  
 DPU : Na. Wantiyah, M.Kep

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Saran	Tanda tangan
1	15-2-2016	Penetapan Judul Konsultasi Bab I	Frkkan kembali foto & mencari permasalahan & alat ukurnya, perbaiki kan tata tulis.	
2	18-2-2016	Revisi Bab I	Tambahkan skala-kronologi lakukan studi pendahuluan → masukkan MSRS. Buat Bab 2.	
3.	22-2-2016	Revisi Bab I - II	- Perbaiki latar belakang dengan studi pendahuluan. - Skripsi-nya lansir dengan ditempat. - Perbaiki tata tulis sesuai dengan PPKI - Perbaiki kerangka teori	
4	27-2-2016	Revisi Bab I - II	- Masukkan hasil studi pendahuluan ke Bab I - Perbaiki tata tulis - Tambahkan pendahuluan pada lansir dan distregulasi hormonal - lanjutkan Bab III - IV	
5	14-3-2016	Revisi Bab III - IV	- Tambahkan intervensi/aktiua yg dilakukan di CDPT PSTCC - Beribotongan dengan Depres. - Tambahkan durasi SSBM - Perbaiki kerangka teori sampai elaborasi in skrasiannya.	

17446	C 17-3-2016	Bab I - IV	Siapkan untuk sempro. (ACC)	
7	11-4-2016	-Revisi Seminar proposal dari pengaji -Mauvakan sampel penelitian.	- Perbaiki tata tulis - Sesuaikan dengan PPK1 - Mauvakan Simple random sampling (diorah)	
8	12-4-2016	-Mekanisme pelaksanaan penelitian	- Sesuaikan dengan kondisi lapangan. - Lanjut penelitian (ACC)	
9.	3-5-2016	-Mauvakan bentuk penelitian solusi	- Kerjakan Bab 5	
10	16-5-2016	Bab 5 (hasil penelitian) + Bab 4	- Karakteristik responden - Jadikan 1 tabel. - Tempelkan data yang di butuhkan. - Perbaiki tata tulis.	
11	23-5-2016	Bab 5 (Hasil + Pembahasan) + Bab 4	- Sesuaikan data, faktor dan opini. - Perbaiki tata tulis - Sesuaikan dengan Bab 2 tambahkan jurnal	
12	3-6-2016	- Bab 5 - Abstrak - Bab 6 - Referensi	- Perbaiki tata tulis. - Perbaiki kata-kata.	
13	09-6-2016		Siapkan untuk Sidang (ACC) - Perbaiki dari awal-akhir	

## LEMBAR KONSULTASI

Nama : Aris Kurniawan  
 NIM : 122310101033  
 DPU : Ns. Kushariyadi, S.Kep., M.Kep

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Saran	Tanda tangan
1	19-2-2016	Judul, Bab I	-Perbaiki sesuai dengan sistematika penelitian. - Lengkapi rumusan masalah. - Tujuan umum & khusus. - Tinjau	
2	22-2-2016	Revisi Bab I, II	-Perbaiki konsistensi dan sistematika penulisan. - Lengkapi dan tambahkan Bab II	
3	29-2-2016	Revisi Bab II, III	- Perbaiki konsistensi & sistematika penulisan. - Perbaiki kerangka teori	
4	3-3-2016	Revisi Bab I, II, IV	- Masukkan hasil studi pendahuluan ke masing-masing paragraf. - Buat kerangka konsep. - Lengkapi Bab IV	
5	15-3-2016	Revisi Bab I, IV	- Lengkapi hasil studi pendahuluan. - revisi Bab IV	
C	16-3-2016		Acc seminar proposal.	

7	16-5-2016	Bab 5 (Hasil penelitian) + Bab 4	- Perbaiki tabel - Tampilkan data yang dibutuhkan - Perbaiki tata tulis.	dit
8	23-5-2016	Bab 5 Bab 6	- Sesuaikan data, fakta opini. - Perbaiki tata tulis	dit
9	4-5-2016	Abstrak + Ringkasan	- Kurangi kata di abstrak - perbaiki tata tulis. - AEC Sidang.	dit

**LAMPIRAN 17**

Dokumentasi Kegiatan



Gambar 1. Kegiatan pemberian terapi SSBM oleh peneliti (Aris Kurniawan)



Gambar 2. Kegiatan pemberian terapi SSBM oleh numerator (Tri Ayu Diah Andjani)



Gambar 3. Kegiatan pemberian terapi SSBM oleh peneliti (Aris Kurniawan)



Gambar 4. Kegiatan pemberian terapi SSBM oleh peneliti (Aris Kurniawan)