

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah Puskesmas Kartasura Sukoharjo yang terdiri dari puskesmas I dan puskesmas II. Puskesmas Kartasura mempunyai visi terwujudnya Kecamatan Kartasura sehat tahun 2015, maksudnya masyarakat kartasura hidup dalam lingkungan yang sehat dan perilaku bersih dan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil, merata, dan terjangkau serta memiliki derajat kesehatan setinggi-tingginya. Untuk mencapai visi ada 4 misi yaitu menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan, mendorong kemandirian masyarakat untuk dapat berperilaku hidup sehat, memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat, beserta lingkungannya. Pengambilan data penelitian dilakukan langsung dengan datang mengunjungi rumah responden dengan terlebih dahulu telah mendapatkan data identitas baik nama responden serta alamat responden. Jumlah sampel dalam penelitian yaitu 72 responden. Penetapan sampel penelitian berdasarkan pada studi pendahuluan dan rumus sampel yang digunakan kemudian dibedakan menjadi dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Dalam penelitian ini tidak ada responden yang mengundurkan diri atau *drop out*.

Kelompok intervensi yaitu responden diberikan *Slow Stroke Back Massage* selama 16 menit dengan frekuensi 60x/menit selama 3 hari, kelompok kontrol diberikan leaflet terkait pendidikan kesehatan dalam penanganan depresi pasca stroke. Masing-masing kelompok sebelum mendapatkan intervensi dikaji tentang tingkat depresi dengan menggunakan *Beck Depression Inventory II*.

2. Analisa Univariat

Karakteristik responden dijelaskan dalam analisis univariat penelitian ini meliputi usia responden, jenis kelamin, pekerjaan, hemiparese, marital pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Distribusi frekuensi karakteristik responden penelitian terlihat dalam tabel berikut ini.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Karakteristik Dan Homogenitas Responden Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

No	Karakteristik	Perlakuan		Kontrol		ρ^*
		n	%	n	%	
1	Jenis Kelamin					0,635*
	a. Laki-laki	17	42,2	15	41,7	
	b. Perempuan	19	52,8	21	58,3	
2	Usia (tahun)					0,812*
	a. <60	21	58,3	20	55,6	
	b. >60	15	41,7	16	44,4	
3	Tingkat Pendidikan					0,690**
	a. SD	19	52,8	15	41,7	
	b. SMP	8	22,2	6	16,7	
	c. SMA	4	11,1	7	19,4	
	d. D3/S1/S2	3	8,3	4	11,1	
	e. Tidak Sekolah	2	5,6	4	11,1	
4	Pekerjaan					0,864**
	a. PNS	1	2,8	2	5,6	
	b. Swasta	6	16,7	4	11,1	
	c. Petani/Buruh/Pedagang/ wiraswasta	9	25,0	11	30,6	
	d. Pensiunan	2	5,6	3	8,3	
	e. Tidak bekerja	18	50,0	16	44,4	

5	Hemiparase								
	a. Dextra	20	55,6	19	52,8	0,813*			
	b. Sinistra	16	44,4	17	47,2				
6	Marital								
	a. Menikah	30	83,3	32	88,9	0,496*			
	b. Duda/janda	6	16,7	4	11,1				

* $p < 0,05$ based on uji pearson *chi-square*

** $p < 0,05$ based on uji chi square *fisher's exact test*

Sumber: Data primer 2015

Table 3 diatas menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan karakteristik jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, jenis hemiparase dan marital antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Tabel 4. Distribusi frekuensi karakteristik dengan depresi responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol (*pre*)

Karakteristik	Intervensi				kontrol				ρ^*
	Depresi Ringan	%	Depresi Sedang	%	Depresi Ringan	%	Depresi sedang	%	
1 Jenis Kelamin									
a. Laki-laki	5	13,9	12	33,3	4	11,1	11	30,6	0,445*
b. Perempuan	8	22,2	11	30,6	5	13,9	16	44,4	
Total	13	36,1	23	63,9	9	25,0	27	75,0	
2 Usia (tahun)									
a. <60	10	27,8	11	30,6	8	22,2	12	33,3	0,005*
b. >60	3	8,3	12	33,3	1	2,8	15	41,7	
Total	13	36,1	23	63,9	9	25,0	27	75,0	
3 Tingkat Pendidikan									
a. SD	10	27,8	9	25,0	4	11,1	11	30,6	0,174**
b. SMP	2	5,6	6	16,7	0	0	6	16,7	
c. SMA	1	2,8	3	8,3	3	8,3	4	19,4	
d. D3/S1/S2	0	0	3	8,3	2	5,6	2	11,1	
e. Tidak Sekolah	0	0	2	5,6	0	0	4	11,1	
Total	13	36,1	23	63,9	9	25,0	27	75,0	
4 Pekerjaan									
a. PNS	0	0	1	2,8	2	5,6	0	0	0,239**
b. Swasta	3	8,3	3	8,3	1	2,8	3	11,1	
c. Petani/Buruh/Pedagang/ wiraswastang/ wiraswasta	3	8,3	6	16,7	0	0	11	30,6	
d. Pensiunan	2	5,6	0	0	2	5,6	0	0	
e. Tidak bekerja	5	13,9	13	36,1	6	16,7	10	27,8	
Total	13	36,1	23	63,9	9	25,0	27	75,0	
5 Hemiparase									
a. Dextra	7	19,4	13	36,1	4	11,1	15	41,7	0,636*
b. Sinistra	6	16,7	10	27,8	5	13,9	12	33,3	
Total	13	36,1	23	63,9	9	25,0	27	75,0	
6 Marital									
a. Menikah	13	36,1	17	47,2	8	22,2	24	66,4	0,128*
b. Duda/janda	0	0	6	16,7	1	2,8	3	8,3	
Total	13	36,1	23	63,9	9	25,0	27	75,0	

Dari tabel 4.2 diatas diketahui karakteristik responden pada kelompok intervensi yang paling banyak mengalami depresi sedang adalah pada status marital sebesar 17 orang (47,2%) dan karakteristik responden yang paling banyak mengalami depresi ringan juga pada status marital yaitu 13 (36,1%). Pada kelompok kontrol yang paling banyak mengalami depresi sedang juga pada karakteristik marital yaitu 24 (66,7%) dan 8 (22,2%) pada depresi ringan. Diketahui bahwa karakteristik responden pada usia memiliki hubungan dengan depresi dengan diperoleh nilai $p:0,005$.

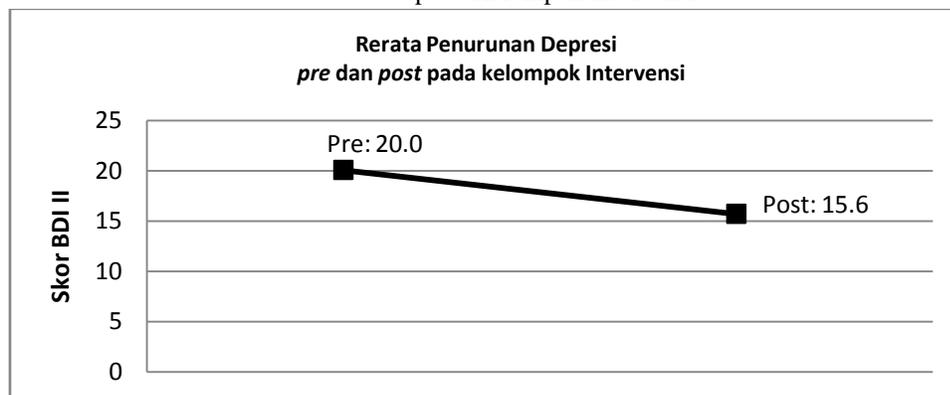
Tabel 5 Distribusi frekuensi karakteristik responden dengan depresi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol (*post*)

No	Karakteristik	Intervensi			Kontrol			ρ^*
		Tidak depresi	Depresi Ringan	Depresi Sedang	Tidak depresi	Depresi Ringan	Depresi sedang	
1	Jenis Kelamin							0,931*
	a. Laki-laki	5 (13,9%)	11(30,6%)	1 (2,8%)	0 (0%)	4 (11,1%)	11 (30,6%)	
	b. Perempuan	7 (19,4%)	11 (30,6%)	1(2,8%)	0 (0%)	6 (16,7%)	15 (41,7%)	
	Total	12 (33,3%)	22 (61,1%)	2 (5,6%)	0 (0%)	10 (27,8%)	26 (72,2%)	
2	Usia (tahun)							0,230*
	a. <60	9 (25,0%)	11 (30,6%)	1 (2,8%)	0 (0%)	8 (22,2%)	12 (33,3%)	
	b. >60	3 (8,3%)	11 (30,6%)	1 (2,8%)	0 (0%)	2 (5,6%)	14 (38,9%)	
	Total	12 (33,3%)	22 (61,1%)	2 (5,6%)	0 (0%)	10 (27,8%)	26 (72,2%)	
3	Tingkat Pendidikan							0,469**
	a. SD	9 (25,0%)	8 (22,2%)	2 (5,6%)	0 (0%)	4 (11,1%)	11 (30,6%)	
	b. SMP	2 (5,6%)	6 (16,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (16,7%)	
	c. SMA	1 (2,8%)	3 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (11,1%)	3 (8,3%)	
	d. D3/S1/S2	0 (0%)	3 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (5,6%)	2 (5,6%)	
	e. Tidak Sekolah	0 (0%)	2 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (11,1%)	
	Total	12 (33,3%)	22 (61,1%)	2 (5,6%)	0 (0%)	10 (27,8%)	26 (72,2%)	
4	Pekerjaan							0,105**
	a. PNS	0 (0%)	1 (2,8%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (5,6%)	0 (0%)	
	b. Swasta	3 (8,3%)	3 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,8%)	3 (8,3%)	
	c. Petani/Buruh/ Pedagang/ wiraswasta	2 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (8,3%)	
	d. Pensiunan	5 (13,9%)	12 (33,3%)	1 (2,8%)	0 (0%)	6 (16,7%)	10 (27,8%)	
	e. Tidak bekerja							
	Total	12 (33,3%)	22 (61,1%)	2 (5,6%)	0 (0%)	10 (27,8%)	26 (72,2%)	
5	Hemiparase							0,539*
	a. Dextra	7 (19,4%)	11 (30,6%)	2 (5,6%)	0 (0%)	4 (11,1%)	15 (41,7%)	
	b. Sinistra	5 (13,9%)	11 (30,6%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (16,7%)	11 (30,6%)	
	Total	12 (33,3%)	22 (61,1%)	2 (5,6%)	0 (0%)	10 (27,8%)	26 (72,2%)	
6	Marital							0,276*
	a. Menikah	12(33,3%)	17 (47,2%)	1 (2,8)	0 (0%)	9 (25,0%)	23 (63,9%)	
	b. Duda/janda	0 (0%)	5 (13,9%)	1 (2,8)	0 (0%)	1 (2,8%)	3 (8,3%)	
	Total	12 (33,3%)	22 (61,1%)	2 (5,6%)	0 (0%)	10 (27,8%)	26 (72,2%)	

Dari table 5 diketahui distribusi karakteristik responden pada kelompok intervensi mengalami penurunan depresi, sedangkan pada distribusi pada kelompok juga mengalami penurunan depresi.

Berikut adalah rerata penurunan depresi *pre* dan *post* pada kelompok Intervensi dilihat dari Skor BDI II yang ditampilkan dalam bentuk grafik.

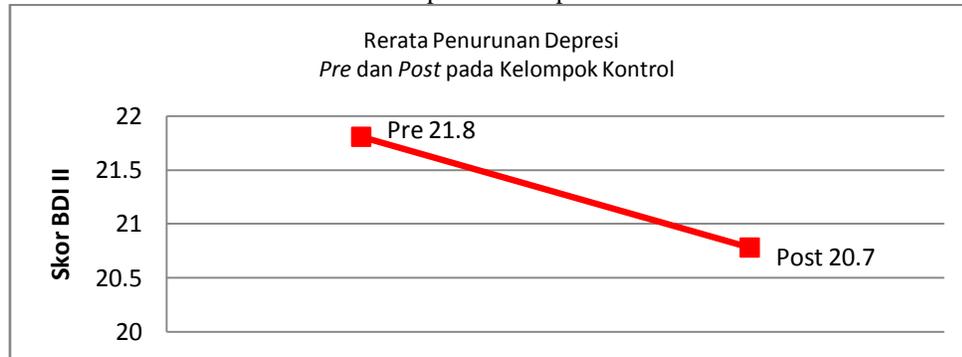
Gambar 8 Rerata Penurunan Depresi *pre* dan *post* pada Kelompok Intervensi



Skor rata-rata pada grafik diatas menunjukkan bahwa responden pada kelompok intervensi sebelum mendapat SSBM mengalami depresi sedang yang ditunjukkan dengan skor 20.0 dan setelah mendapatkan SSBM mengalami penurunan menjadi depresi ringan ditunjukkan dengan skor BDI II 15.6

Gambar 9 menunjukkan rerata penurunan depresi *pre* dan *post* pada kelompok Kontrol dilihat dari Skor BDI II yang ditampilkan dalam bentuk grafik.

Gambar 9 Rerata Penurunan Depresi *Pre* dan *Post* pada Kelompok Kontrol



Skor rata-rata pada grafik diatas menunjukkan bahwa responden pada kelompok kontrol yang tidak mendapat *Slow Stroke Back Massage* tetapi mendapat pendidikan kesehatan berisi penanganan depresi pascastroke sebelumnya pada pengukuran *pre* mengalami depresi sedang yang ditunjukkan dengan skor BDI II 21.8 dan setelah dilakukan pengukuran *post* mengalami penurunan depresi. Jika dilihat dari interpretasi scoring BDI II yaitu 20.7 yang masih dalam kriteria depresi sedang.

3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh SSBM pada kelompok perlakuan yaitu menganalisis perubahan tingkat depresi pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi. Berikut ini adalah perbedaan berdasarkan karakteristik responden antara *pre* dan *post* dengan depresi pada kelompok intervensi.

Tabel 6 . Distribusi Perbedaan Karakteristik Responden dengan Depresi *Pre* Pada Kelompok Intervensi.

No	Karakteristik	Pre			
		Depresi Ringan	%	Depresi Sedang	%
1	Jenis Kelamin				
	a. Laki-laki	5	13,9	12	33,3
	b. Perempuan	8	22,2	11	30,6
2	Usia (tahun)				
	c. <60	10	27,8	11	30,6
	d. >60	3	8,3	12	33,3
3	Tingkat Pendidikan				
	a. SD	10	27,8	9	25,0
	b. SMP	2	5,6	6	16,7
	c. SMA	1	2,8	3	8,3
	d. D3/S1/S2	0	0	3	8,3
	e. Tidak Sekolah	0	0	2	5,6
4	Pekerjaan				
	a. PNS	0	0	1	2,8
	b. Swasta	3	8,3	3	8,3
	c. Petani/Buruh/Pedagang/wiraswasta	3	8,3	6	16,7
	d. Pensiunan	2	5,6	0	0
	e. Tidak bekerja	5	13,9	13	36,1
5	Hemiparase				
	a. Dextra	7	19,4	13	36,1
	b. Sinistra	6	16,7	10	27,8
6	Marital				
	a. Menikah	13	36,1	17	47,2
	b. Duda/janda	0	0	6	16,7

Tabel 7 . Distribusi Perbedaan Karakteristik Responden dengan Depresi *Post* Pada Kelompok Intervensi

No	Karakteristik	Post					
		Tidak depresi	%	Depresi Ringan	%	Depresi Sedang	%
1	Jenis Kelamin						
	a. Laki-laki	5	13,9	11	30,6	1	2,8
	b. Perempuan	7	19,4	11	30,6	1	2,8
2	Usia (tahun)						
	a. <60	9	25,0	11	30,6	1	2,8
	b. >60	3	8,3	11	30,6	1	2,8
3	Tingkat Pendidikan						
	a. SD	9	25,0	8	22,2	2	5,6
	b. SMP	2	5,6	6	16,7	0	0
	c. SMA	1	2,8	3	8,3	0	0
	d. D3/S1/S2	0	0%	3	8,3	0	0
	e. Tidak Sekolah	0	0%	2	5,6	0	0
4	Pekerjaan						
	a. PNS	0	0	1	2,8	0	0
	b. Swasta	2	8,3	3	8,3	0	0
	c. Petani/Buruh/Pedagang/wiraswasta	2	5,6	6	16,7	1	2,8
	d. Pensiunan	2	5,6	0	0	0	0
	e. Tidak bekerja	5	13,9	12	33,3	1	2,8
5	Hemiparase						
	a. Dextra	7	19,4	11	30,6	2	5,6
	b. Sinistra	5	13,9	11	30,6	0	0
6	Marital						
	a. Menikah	12	33,3	17	47,2	1	2,8
	b. Duda/janda	0	0	5	13,9	1	2,8

Tabel 6 dan 7 diatas menunjukkan penurunan depresi pada masing-masing karakteristik responden setelah dilakukan SSBM pada kelompok intervensi. Penurunan depresi paling banyak terlihat pada pada status marital dimana dari sebelumnya 17 orang (47,2%) yang mengalami depresi sedang setelah post intervensi hanya tinggal 1 (2,8%) karena 16 orang diantaranya mengalami penurunan depresi. Dan dari 13 (36,1%) yang sebelumnya menderita depresi ringan setelah post intervensi didapatkan 12 orang (33,3%) diantaranya mengalami penurunan menjadi tidak depresi.

Tabel 8 adalah perbedaan berdasarkan karakteristik responden antara *pre* dan *post* dengan depresi pada kelompok kontrol.

Tabel 8 . Distribusi Perbedaan Karakteristik Responden dengan Depresi *Pre* pada Kelompok Kontrol.

No	Karakteristik	Pre			
		Depresi Ringan	%	Depresi Sedang	%
1	Jenis Kelamin				
	a. Laki-laki	4	11,1	11	30,6
	b. Perempuan	5	13,9	16	44,4
2	Usia (tahun)				
	a. <60	8	22,2	12	33,3
	b. >60	1	2,8	15	41,7
3	Tingkat Pendidikan				
	a. SD	4	11,1	11	30,6
	b. SMP	0	0	6	16,7
	c. SMA	3	8,3	4	11,1
	d. D3/S1/S2	2	5,6	2	5,6
	e. Tidak Sekolah	0	0	4	11,1
4	Pekerjaan				
	a. PNS	2	5,6	0	0
	b. Swasta	1	2,8	3	8,3
	c. Petani/Buruh/Pedagang/ wiraswasta	0	0	11	30,6
	d. Pensiunan	0	0	3	8,3
	e. Tidak bekerja	6	16,7	10	27,8
5	Hemiparase				
	a. Dextra	4	11,1	15	52,8
	b. Sinistra	5	13,9	12	47,2
6	Marital				
	a. Menikah	8	22,2	24	66,7
	b. Duda/janda	1	2,8	3	8,3

Tabel 9 . Distribusi Perbedaan Karakteristik Responden dengan Depresi *Post* pada Kelompok Kontrol.

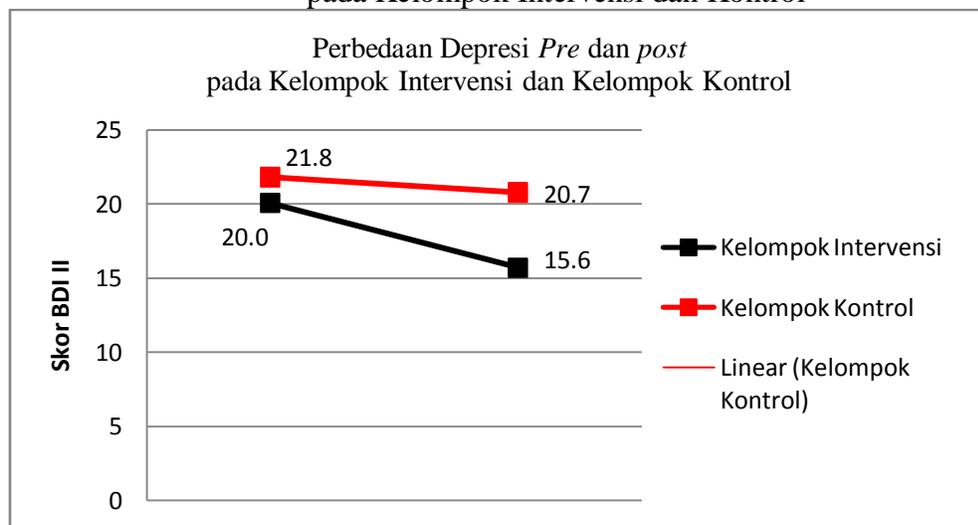
No	Karakteristik	Post					
		Tidak depresi	%	Depresi Ringan	%	Depresi Sedang	%
1	Jenis Kelamin						
	a. Laki-laki	0	0	4	11,1	11	30,6
	b. Perempuan	0	0	6	16,7	15	41,7
2	Usia (tahun)						
	a. <60	0	0	8	22,2	12	33,3
	b. >60	0	0	2	5,6	14	38,9
3	Tingkat Pendidikan						
	a. SD	0	0	4	11,1	11	30,6
	b. SMP	0	0	0	0	6	16,7
	c. SMA	0	0	4	11,1	3	8,3
	d. D3/S1/S2	0	0	2	5,6	2	5,6
	e. Tidak Sekolah	0	0	0	0	4	11,1
4	Pekerjaan						
	a. PNS	0	0	2	5,6	0	0
	b. Swasta	0	0	1	2,8	3	8,3
	c. Petani/Buruh/Pedagang/ wiraswasta	0	0	1	2,8	10	27,8
	d. Pensiunan	0	0	0	0	3	8,3
	e. Tidak bekerja	0	0	6	16,7	10	27,8
5	Hemiparase						
	a. Dextra	0	0	4	11,1	15	41,7
	b. Sinistra	0	0	6	16,7	11	30,6
6	Marital						
	a. Menikah	0	0	9	25,0	23	63,9
	b. Duda/janda	0	0	1	2,8	3	8,3

Dari tabel 8 dan 9 diatas menunjukkan adanya penurunan depresi yang tidak terjadi pada semua karakteristik responden karena tidak mendapat intervensi SSBM tetapi mendapatkan pendidikan kesehatan tentang penanganan depresi pascastroke. Penurunan depresi dari depresi sedang menjadi depresi ringan terjadi pada jenis kelamin perempuan dari 16 orang (44,4%) menjadi 15 orang (41,7%) berarti hanya 1 orang yang mengalami penurunan depresi. Penurunan depresi yang hanya 1 orang terdapat juga pada usia lebih 60 tahun dari 15 (41,7%) menjadi 14 (38,9%), pada tingkat pendidikan SMA dari 4 (11,1%) menjadi 3 (8,3%), pada

petani/buruh/pedagang/wiraswasta dari 11 (30,6%) menjadi 10 (27,8%) dan pada status marital menikah dari 24 (66,7%) menjadi 23 (63,9%).

Gambar 10 dibawah ini adalah perbedaan penurunan Depresi *pre* dan *post* pada kelompok intervensi dan kelompok Kontrol dilihat dari Skor BDI II yang ditampilkan dalam bentuk grafik.

Gambar 10 Rerata Perbedaan Penurunan Depresi *Pre* dan *Post* pada Kelompok Intervensi dan Kontrol



Skor rata-rata pada grafik diatas menunjukkan bahwa terdapat Perbedaan selisih rerata pada kelompok intervensi yang mendapat SSBM mengalami penurunan depresi dari depresi sedang (20.0) menjadi depresi ringan (15.6) sedangkan pada kelompok kontrol tidak terjadi penurunan yang significant dari *pre* 21.8 menjadi *post* 20.7 yaitu tetap dalam kategori depresi sedang dilihat dari skoring BDI II.

Tabel 10. Hasil Perubahan Tingkat Depresi Sebelum dan Setelah Terapi *SSBM* pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol (N=72).

Responden	Tingkat depresi		95% CI	t	p*
	Sebelum (Mean±SD)	Setelah (Mean±SD)			
Intervensi	19.83±3.40	15.69±3.43	3.49; 4.78	12.970	0.00
Kontrol	21.81±3.45	21.39±3.49	0.22; 0.60	4.511	0.00

* $p < 0,05$ Based on Paired *t*-test

Sumber: Data Primer 2015

Tabel 10 menunjukkan bahwa berdasarkan uji *Paired t*-test terdapat perbedaan tingkat depresi yang bermakna antara sebelum dan setelah *SSBM* pada kelompok intervensi dengan nilai 0,00 lebih kecil dari taraf signifikansi 95% ($p < 0,05$) dengan nilai IK 3.49-4.78. Pada kelompok intervensi terjadi penurunan depresi ditandai dengan nilai *t* hitung ($t=12.97$) sedangkan pada kelompok kontrol terjadi penurunan depresi dengan nilai *t* hitung ($t=4.511$).

Tabel 11 Hasil Perbedaan Perubahan Tingkat Depresi Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Responden	Jumlah	Variabel	Mean	Z	P*
Intervensi	36	Tingkat Depresi	21.04	-6348	0,000
Kontrol	36		51.96		

* $p < 0,05$ based on mann witney test

Sumber: Data Primer 2015

Tabel 11 menunjukan terdapat perbedaan perubahan tingkat depresi yang bermakna antara kelompok intervensi yang mendapat *SSBM* dengan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan *SSBM* dengan hasil melalui uji *Mann Withney test* diperoleh angka signifikansi 0,000 ($p < 0,005$) dan Z-6348<-1.96.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Umur Responden

Umur responden dalam penelitian ini yang mengalami depresi ringan-sedang pascastroke iskemik didominasi usia kurang dari 60 tahun. Diketahui hasil bahwa besar responden pada kelompok intervensi dan kontrol pada penelitian ini terdapat hubungan dengan tingkat depresi dilihat dari nilai $p:0,005 (<0,05)$.

Dari beberapa hasil penelitian dinyatakan bahwa usia lebih muda berhubungan dengan timbulnya depresi pasca stroke (Corota *et al.*, 2005; Eriksson *et al.*, 2004). Dengan perbandingan yang hampir sama dengan penelitian yang menyebutkan usia tua berhubungan dengan timbulnya depresi (berg *et al.*, 2001; kauhanen *et al.*, 2000) Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Asmawati (2009) yang menyebutkan usia bukanlah faktor langsung terjadinya depresi pasca stroke. Hubungan antara depresi dan stroke tidak bisa dilihat dari aspek usia saja, karena faktor fisik, hormonal, psikologis, dan sosial memiliki peranan pada perkembangan depresi. Hal ini juga bisa dipengaruhi emosi pasien dan juga penyakit lain yang diderita.

Semakin muda penderita pascastroke kecenderungan mengalami depresi lebih besar meskipun sebenarnya mereka yang berusia >60 tahun lebih besar risikonya mengalami depresi. Tingginya depresi pasca stroke

dikaitkan bahwa usia kurang 60 tahun masih merupakan usia produktif, dimana pada tahap ini seseorang dihadapkan pada berbagai pengalaman baru dalam proses menuju kematangan diri dalam hal pendidikan ataupun pekerjaan, akibat dari ketidakmampuan dan keterbatasan akibat gejala sisa pasca stroke mengakibatkan kemunduran mobilitas, penurunan kekuatan fisik yang berdampak pada penurunan aktifitas. Ketidakmampuan coping terhadap tekanan tersebut mengakibatkan usia produktif lebih depresi dan apabila semakin memburuk akan berlanjut pada tindakan bunuh diri (Asmawati, 2009). Melihat adanya hubungan antara usia dengan depresi maka dalam penanganan depresi kurang 60 tahun atau usia yang lebih muda perlu diprioritaskan dalam penanganan depresi pascastroke mengingat akibat dari yang ditimbulkan.

b. Jenis Kelamin

Dalam penelitian ini responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang mengalami depresi ringan-sedang pascastroke iskemik didominasi oleh perempuan. Dari tinjauan teori diketahui prevalensi depresi pasca-stroke adalah 10-25% pada wanita dan 5-12% pada laki-laki; adanya riwayat kelainan psikiatri dan kelainan kognitif sebelum stroke menyebabkan gejala depresi lebih berat; laki-laki memiliki gangguan aktivitas harian serta fungsi sosial lebih besar (Wong, 2010).

Dari hasil wawancara dengan beberapa responden diketahui sebagian besar responden wanita dalam penelitian ini tidak bisa melakukan aktivitas

dan cenderung berdiam diri sambil memikirkan keadaannya terkait kehidupannya kedepannya yang merasa merasa tidak berguna dan hanya merepotkan keluarga terutama suaminya.

Hasil wawancara dengan responden menunjukkan bahwa penyebabnya depresi karena ketidakmampuan melakukan fungsi-fungsi fisik tertentu, seperti mengerakkan anggota tubuh bagian tertentu, sehingga pasien merasa tidak mampu dan merasa tidak berdaya. responden bereaksi dengan kemarahan terhadap peristiwa kehilangan tersebut yang kemudian diarahkan kepada diri sendiri sehingga menyebabkan penurunan harga diri dan terjadinya depresi (Bramastyo, 2009).

Sedikit lebih besarnya reponden wanita yang mengalami depresi pasca stroke biasanya disebabkan karena faktor emosional perempuan lebih tinggi dibanding dengan laki-laki serta mekanisme koping perempuan yang biasanya lebih buruk dibanding laki-laki terhadap tekanan atau stressor. Aktivitas laki-laki lebih banyak dibanding perempuan merupakan pencegahan yang efektif dalam meminimalisir depresi (Kring *et al*, 2007). Tidak adanya hubungan antara jenis kelamin dengan depresi menurut penelitian ini, sehingga penatalaksanaan penanganan depresi pasca stroke tidak memprioritaskan pada satu jenis kelamin saja.

c. Tingkat Pendidikan

Besar responden pada karakteristik tingkat pendidikan kelompok intervensi dan kelompok kontrol diketahui sebagian besar didominasi oleh kelompok dengan tingkat berpendidikan SD.

Gejala depresi akan meningkat pada orang dewasa dengan tingkat pendidikan yang rendah. Pendidikan mempunyai pengaruh terhadap pencetus depresi yang disebabkan oleh stressor fisik dan psikologis, dengan tingkat pendidikan yang lebih baik maka seseorang akan memandang positif stressor yang mereka terima (Hardywinoto & Setiabudi, 2007). Tingkat pendidikan mempengaruhi seseorang dalam depresi, makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai yang diperkenalkan (Nursalam 2001, dalam Puspitasari 2011).

Seseorang yang memiliki pendidikan rendah biasanya akan memiliki pengetahuan yang terbatas dan minim informasi sedangkan seseorang yang berpendidikan tinggi semakin besar kepeduliannya terhadap kesehatan, akan tetapi justru berpendidikan tinggi tidak bisa menjaga kesehatannya dengan baik dikarenakan factor pekerjaan yang berisi rutinitas dan kesibukan yang tinggi menjadikan pola hidup tidak teratur termasuk kualitas tidurnya sehingga menyebabkan gangguan kesehatan baik fisik ataupun psikologis (Gibney *et al*, 2009). Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan

antara tingkat pendidikan dengan depresi, oleh karena itu penatalaksanaan penanganan depresi dengan SSBM ini dapat diberikan pada semua tingkat pendidikan.

d. Pekerjaan

Besar responden pada karakteristik pekerjaan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, diketahui sebagian besar didominasi oleh kelompok tidak bekerja/IRT. Menurut Suliswati (2005) depresi timbul akibat ketidakmampuan untuk berhubungan interpersonal dan sebagai akibat penolakan. Harga diri seseorang merupakan faktor penting yang berhubungan dengan depresi. (Lubis, 2009). Seseorang yang tidak bekerja atau pekerjaannya tidak jelas dan serabutan akan lebih mengalami depresi karena hal – hal dalam pengobatan tidak terlepas dengan biaya yang biasa diperoleh dengan bekerja. Dari hasil wawancara selama mengalami pasca stroke merasa tidak dapat melakukan pekerjaan secara optimal bahkan ada pasien yang dipensiunkan dari pekerjaannya setelah sakit parases. Sebelum stroke pasien memiliki uang sendiri tetapi selama sakit pasien tergantung pada anggota keluarga lain menimbulkan terjadinya stressor pada pasien yang menyebabkan pasien mengalami harga diri rendah dan menyebabkan pasien menjadi depresi.

Penurunan kemampuan beradaptasi terhadap perubahan yang semula bekerja dan menjadi tidak bekerja memberikan stressor yang muncul baik lingkungan internal dan eksternal yang sering menyebabkan depresi.

penurunan dalam melakukan aktivitas membuat pasien merasa tidak berguna, tidak berdaya dan menyalahkan dirinya sendiri karena merasa membebani keluarganya dengan pengobatan dan ketergantungannya dalam melakukan aktivitas sehingga timbulah depresi pada pasien. Beck berpendapat bahwa adanya gangguan depresi akibat dari cara berfikir seseorang terhadap dirinya. Penderita cenderung menyalahkan diri sendiri. Hal ini disebabkan karena adanya distorsi kognitif terhadap diri, dunia dan masa depannya, sehingga dalam mengevaluasi diri dan menginterpretasikan hal-hal yang terjadi mereka cenderung mengambil kesimpulan yang tidak cukup dan berpandangan negatif (Lubis, 2009). Menurut penelitian ini tidak ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan depresi pascastroke, maka penatalaksanaan dalam menangani depresi dapat diberikan pada berbagai pekerjaan responden.

e. Hemiparese

Besar responden pada karakteristik hemiparese kelompok intervensi dan kelompok kontrol sedikit lebih besar didominasi oleh hemiparese dextra. Dari tinjauan pustaka diketahui bahwa hemisfer kiri khususnya di regio frontal kiri dan basal ganglia secara signifikan berhubungan dengan depresi (Robinson *et al*, 2013). Tetapi beberapa studi lain juga menemukan Sebaliknya bahwa penderita dengan lesi hemisfer kiri yang memperlihatkan gejala depresi jumlahnya tidak secara bermakna lebih besardibandingkan dengan penderita lainnya. Depresi pasca-stroke tidak dipengaruhi oleh lokasi

dari lesi. Oleh karena itu, Berg menganjurkan agar supaya berhati-hati di dalam melihat hubungan tersebut (Berg *et al.*, 2001)

Sesuai dengan tinjauan pustaka dari Robinson dimana Jenis hemiparese atau gejala sisa pada penelitian ini ditemukan bahwa jumlah hemiparese dextra sedikit lebih banyak ditemukan dibanding responden yang mengalami hemiparese. Lokasi lesi pada hemisfer kiri yang menyebabkan hemiparese sebelah kanan atau dextra yang dapat menyebabkan timbulnya depresi seperti perilaku lambat dan sangat hati-hati serta mudah frustrasi (Muttaqin, 2014).

Hemisfer kiri yang ditandai dengan hemiparese dextra merupakan pusat regulasi alam perasaan yang menyebabkan depresi pada penderita stroke iskemik (Robinson & Spalletta, 2010). Saat terjadi lesi pada bagian hemisfer kiri maka dapat menyebabkan konsekuensi neuropsikologi yang ditimbulkan adalah afasia pada fase akut. Ketika pasien mengalami kesulitan dalam berkomunikasi maka akan membuat depresi dikarenakan walaupun sudah sembuh pasti akan menyisakan gejala sisa di fase *post* stroke iskemik. Pada pasien dengan lesi hemisfer sinistra atau yang mengalami hemiparese dextra cenderung akan mengalami depresi karena terjadi perbedaan respon *biogenic amine neurotransmitter* pasca stroke iskemik (Sianovic, 2010). Chemerinski dan Robinson (2000) melaporkan penderita dengan lesi hemisfer kiri 64% menunjukkan gangguan depresi ringan sampai berat sedangkan kelainan ini hanya dijumpai pada 14% penderita dengan lesi

hemisfer kanan. Menurut hasil penelitian ini tidak ada hubungan antara hemiparese dengan depresi sehingga penanganan depresi bisa diberikan atau diaplikasikan kepada semua responden yang menderita hemiparese kanan dan hemiparese kiri.

f. Marital

Besar responden yang mengalami depresi ringan-sedang dalam penelitian ini didominasi oleh responden yang masih menikah. Prevalensi depresi pada orang yang menikah lebih tinggi dibanding yang tidak menikah. Pernikahan itu sendiri merupakan salah satu jenis stressor karena orang yang menikah memiliki tanggungan hidup yang lebih besar dibanding dengan yang tidak menikah, misalnya tuntutan untuk membantu mencari nafkah keluarga, kebutuhan akan tempat tinggal dan lain-lain. Depresi juga bisa terjadi karena kenyataan tidak sesuai dengan harapan (Trilistya, 2006).

Efek perkawinan itu sendiri mempunyai pengaruh yang negatif dan menjadikan stressor terhadap perilaku kesehatan pasangan suami istri dikarenakan tumpuan atau sumber keuangan dan dukungan sosial ketika salah satu dari pasangan mengalami stroke. Mengetahui bahwa tidak ada hubungan antara status marital dengan depresi maka penanganan dan penatalaksanaan dalam menurunkan depresi pascastroke dapat diberikan pada semua status marital tanpa ada pemrioritasan.

Hasil dari wawancara dengan responden diketahui bahwa responden yang masih terikat perkawinan merasa merepotkan pasangan karena

sebagian besar aktifitas dan kebutuhannya baik materi keungan terutama dalam pengobatan hanya bersumber dari pasangannya saja sehingga merasa kasihan yang menjadikan diri responden merasa bersalah dan menjadi suatu tekanan tersendiri. Hasil wawancara dengan responden yang tinggal sendiri dalam hal ini duda/janda tetapi rata-rata masih mempunyai kerabat disekitar tempat tinggalnya merasa kesepian sehingga kadang merasa sedih karena bila tidak ada kerabat yang berkunjung karena bekerja menyebabkan semua aktifitas dilakukan sendiri dengan keterbatasan.

Kehilangan pasangan, tidak menikah, mulai hidup sendiri dapat menyebabkan efek kesehatan yang merugikan seperti stress dan gejala depresi yang menyebabkan peningkatan produksi kortisol (Berkman *et al* 2008). Menurut Berg *et al*, 2001 tidak ada hubungan bermakna antara status perkawinan dengan timbulnya depresi pasca stroke. Berdasarkan wawancara yang dilakukan peneliti hal ini terjadi karena pasien telah memiliki keluarga sehingga tanggung jawab pasien lebih besar. Keluarga pasien masih perlu biaya seperti biaya sekolah anak, akibat salah satu pasangan kita yang menjadi tumpuan dalam hal memenuhi kebutuhan. hal ini yang menyebabkan pasien cenderung mengalami depresi.

2. Pengaruh *Slow Stroke Back Massage* Terhadap Penurunan Depresi Pada Penderita Pasca Stroke Iskemik

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh SSBM terhadap penurunan depresi pada penderita pascastroke iskemik yang dibedakan menjadi kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil penurunan tingkat depresi pada masing-masing karakteristik responden bisa dilihat dari data *pre* dan *post* yang dikategorikan berdasar *Beck Scale Scoring Ranges* dengan kategori tidak depresi, depresi ringan dan depresi sedang.

Pengukuran *pre* dengan BDI II pada kedua kelompok diketahui bahwa sebagian besar responden mengalami depresi sedang dibandingkan dengan depresi ringan. Hal ini terjadi karena responden yang ada dalam penelitian ini merupakan penderita pascastroke lebih dari 3 bulan yang biasa kontrol dipuskesmas atau tidak di rumah sakit. Diketahui bahwa prevalensi tinggi terjadinya depresi terdapat sekitar 3-6 bulan pascastroke dan akan tinggi sampai 1-3 tahun kemudian (Whyte, 2002). Robinson (2003), mengatakan bahwa penderita stroke yang pada saat serangan akut tidak menunjukkan tanda-tanda depresi.

Karakteristik responden dalam penelitian ini diketahui bahwa besarnya responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol mempunyai hubungan dengan tingkat depresi pascastroke. Penurunan terbanyak sebagian besar pada usia kurang dari 60 tahun. Tingginya depresi pada usia kurang dari 60 tahun karena dalam usia ini merupakan usia produktif, dimana dalam usia ini

penderita dihadapkan pada berbagai pengalaman baru dalam proses menuju kematangan diri dalam hal pendidikan ataupun pekerjaan. Gejala sisa stroke yang tidak lekas membaik dan mungkin bisa berlangsung sepanjang sisa hidup penderita akan berdampak pada sikap pesimistik terhadap masa depannya, sehingga penderita cenderung menyalahkan dirinya sendiri dan menganggap bahwa penderita adalah orang yang gagal. Penderita yang tidak hidup sesuai dengan yang dicita-citakan mengakibatkan putus asa (Tasman, 2008). Ketidakmampuan koping terhadap tekanan tersebut mengakibatkan keadaan psikologi usia produktif semakin memburuk dan bisa berlanjut pada pemikiran untuk bunuh diri (Asmawati, 2009).

Pada usia lebih 60 tahun keatas akan semakin rentan mengalami gangguan depresi dan kesehatan lainnya, karena terdapat kecenderungan menurunnya kapasitas fungsional baik pada tingkat seluler maupun pada tingkat organ yang sejalan dengan proses menua yang menyebabkan penurunan fungsi kognitif seperti gangguan memori, atensi, orientasi, dan hilangnya kemampuan kalkulasi. Akibat penurunan kapasitas fungsional tersebut, orang berusia lanjut atau lebih 60 tahun umumnya tidak berespon terhadap lingkungan internal yang berubah, cenderung membuatnya sulit untuk memelihara kestabilan status fisik dan kimiawi dalam tubuh atau memelihara homeostasis tubuh yang mengakibatkan semakin berat tingkat ketergantungannya dalam melakukan aktifitas. Masalah dalam keinginannya dapat beraktifitas dan kurangnya kemampuan dalam beradaptasi psikologis terhadap perubahan yang terjadi pada

dirinya merupakan sumber stressor penyebab depresi bagi penderita (Lubis, 2009).

Pengukuran depresi *pre* dan *post* pada kelompok intervensi diperoleh bahwa sebagian besar responden mengalami penurunan dari depresi sedang menjadi depresi ringan setelah mendapat perlakuan SSBM, hal ini ditunjukkan dari skor saat *pre* 20.0 menjadi 15.6 saat pengukuran *post*. Penurunan depresi paling banyak diketahui pada karakteristik status marital menikah, dikarenakan pernikahan itu sendiri merupakan stressor dimana orang yang menikah memiliki tanggungan hidup yang lebih besar daripada yang tidak menikah. Tanggungan hidup yang seharusnya bisa menjadi tanggung jawab bersama berubah menjadi hanya satu pasangan saja yang menjadi tumpuannya, sehingga menyebabkan penderita merasa tidak berguna, hanya akan menjadi beban bagi pasangannya dan akan mengkritik dirinya sendiri ketidakberdayaannya (Lubis, 2009).

Besarnya stressor atau depresi pada orang menikah juga bisa datang karena faktor kehilangan minat seks terhadap pasangannya. Penderita akan mengalami penurunan minat seks karena berkurangnya perubahan dalam hal sensasi dan ditambah faktor lain yaitu berkurangnya kemampuan bergerak karena paralisis, berkurangnya kemampuan untuk menerima dan bertukar isyarat seksual serta terbatasnya pernyataan kasih sayang dengan pasangannya disebabkan karena afasia dan terganggunya proses komunikasi non lisan, misalnya ekspresi wajah dan bahasa isyarat (Simon, 2005).

Depresi yang ada pada penderita pascastroke bisa ditangani dengan dengan cara memunculkan respon relaksasi, karena dalam keadaan tubuh yang rileks maka dapat menghambat dan menghentikan sekresi produksi hormon adrenalin dan hormon kortisol. SSBM efektif dalam menurunkan depresi karena *massage* dan sentuhan yang diberikan mempengaruhi aktifitas saraf otonom. Ketika penderita mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks maka respon relaksasi akan muncul. Relaksasi sangat membantu penderita dalam meningkatkan kenyamanan dan membebaskan diri dari depresi akibat penyakitnya (Potter & Perry, 2005).

Hasil pengukuran pada kelompok kontrol dengan menggunakan *Beck Depression Inventory II* yang dilihat dari nilai skornya menunjukkan rerata penurunan depresi tapi tidak bermakna. Hal ini ditunjukkan dari skor *pre* 21.8 yang merupakan depresi sedang dan *post* menjadi 20.7 yang masih merupakan kategori depresi sedang juga dalam BDI II.

Tidak terjadinya penurunan tingkat depresi pada kelompok kontrol dapat disebabkan karena responden merupakan penderita pascastroke dimana cenderung akan mengalami penurunan gangguan kognitif yang mempengaruhi memori, atensi, orientasi, dan hilangnya kemampuan kalkulasi. Penurunan gangguan kognitif menyebabkan penderita dalam menyerap informasi yang diberikan saat pendidikan kesehatan tidak dapat dimengerti secara maksimal (Stroke Asosiation, 2012). Hasil wawancara beserta *feedback* yang diperoleh dari responden setelah pendidikan kesehatan, sebagian besar responden

mengatakan sulit menerima dan mengingat informasi yang telah diberikan terutama pada penanganan depresi pascastroke non farmakologi yang banyak istilah medis tanpa diimbangi dengan demonstrasi, istilah medis itu diantaranya adalah (*Electroconvulsive, Transcranialmagnetic Stimulation, psikoterapi, Cognitif Behavioral Therapy, Motivational Interviewing, Community Based Group, Ekosistem Focused Therapy*). Responden hanya bisa mengingat terapi musik, pijat, akupuntur dan latihan akan tetapi sampai saat waktu tibanya dilakukan pengukuran *post*, hampir seluruh responden belum megimplementasikan apa yang sudah diketahui. Untuk penanganan farmakologi responden mengatakan tidak pernah menerima obat anti depresi dikarenakan Puskesmas tidak pernah melakukan *screening* depresi pada pasien pascastroke. obat yang diterima biasanya hanya obat anti hipertensi. Depresi pascastroke seringkali kurang mendapat perhatian dan mudah terlewatkan (Suwantara, 2004).

Dari hasil pengukuran depresi *pre* dan *post* pada kelompok intervensi dan kontrol dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan penurunan depresi antara kelompok intervensi yang mendapat SSBM dengan kelompok kontrol yang tidak mendapat SSBM, perbedaan tersebut dapat terlihat hasil rata-rata penurunan *pre* dan *post* pada kelompok intervensi 4.3 sedangkan pada kelompok kontrol hanya 1.0 penurunan yang terjadi pada kelompok kontrol karena responden tidak mendapat SSBM tetapi mendapat pendidikan kesehatan penanganan depresi pascastroke berupa leaflet.

Hasil uji *Mann Whitney test* diperoleh nilai signifikansi 0,000 ($p < 0.05$) dan $Z -6.348 < -1.96$. Hasil dengan analisis *Post Slow Stroke Back Massage* dengan menggunakan *Paired t-test* pada kelompok intervensi menunjukkan penurunan depresi yang ditunjukkan dengan nilai t hitung ($t = 12.97$) dengan $p = 0,00 (< 0,05)$. Sedangkan hasil pada kelompok kontrol terjadi penurunan depresi dengan nilai t hitung ($t = 4.511$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat depresi yang signifikan antara kelompok intervensi yang mendapatkan SSBM dan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan SSBM.

DPS merupakan faktor utama yang dapat menghambat penyembuhan fungsi neurologi dan aktivitas harian pada pasien stroke, dan berhubungan dengan peningkatan mortalitas (Susilowati.2014). Secara psikologik, penderita stroke mengalami suatu “kehilangan” yang sangat besar dan berharga dalam hidupnya, yakni “kehilangan” kebebasan untuk bergerak dan bekerja, kegagahannya, kekuatan anggota tubuhnya, kemandiriannya (melakukan hal-hal yang bersifat pribadi), dan keterampilannya. Tergantung pada derajat kecacatannya, penderita menjadi banyak tergantung pada orang lain. Ini menimbulkan kesedihan, stress (tekanan), frustrasi dan keputusasaan. Bila hal ini sangat berat dan berkepanjangan, tak terduga dan diluar kemampuan individu untuk mengatasi, terjadilah suatu jenis gangguan mental emosional yang disebut depresi (Wicaksana, 2008). Jika dibiarkan, gangguan depresi dapat menurunkan kualitas hidup penderita, mencetuskan, memperlambat penyembuhan atau memperberat penyakit fisik. Selain itu depresi dapat juga

meningkatkan beban ekonomi dan ketergantungan pada keluarga sehingga penting sekali diagnose dini dan pengobatan depresi pascastroke karena terkait dengan hasil psikososial yang buruk dan kualitas yang buruk (Rastenyte *et al*, 2007).

Dengan mengetahui penyebab DPS meliputi bersifat holistik meliputi biologi, genetik dan psikososial maka diperlukan perawatan holistik juga yaitu keperawatan komplementer. Pendapat ini didasari oleh bentuk terapi yang mempengaruhi individu secara menyeluruh yaitu sebuah keharmonisan individu untuk mengintegrasikan pikiran, badan, dan jiwa dalam kesatuan fungsi (Smith *et al.*, 2006). SSBM merupakan salah satu terapi komplementer dalam kategori *manipulative and system*. Massage dan sentuhan merupakan tehnik integrasi sensori yang mempengaruhi aktifitas sistem saraf otonom (Meek, 1993 dalam Potter & Perry, 2005).

SSBM akan menstimulasi terbentuknya *peizeo-electric effect* yang membantu melonggarkan, merenggangkan dan memperpanjang serabut otot sehingga dengan adanya proses perenggangan otot ini maka akan meningkatkan sirkulasi darah dan membawa kembali O₂ serta nutrisi kembali ke area tubuh yang tegang (Turkhaninov, 2003). Efek perenggangan otot polos ini juga terjadi pada arteri vertebra yang cenderung vasokonstriksi pada responden sehingga sirkulasi darah menuju medulla spinalis kembali normal yang berakibat pada penurunan tekanan darah secara fisiologis (Prilutsky, 2003). Kembalinya sirkulasi darah juga akan mengurangi nyeri otot akibat pH asam yang

ditimbulkan oleh timbunan asam laktat sehingga sensitifitas reseptor ASIC3 (*Acid-Sensing Ion Channel Number 3*) menurun dan menimbulkan perasaan tenang, rileks dan lebih baik sehingga menurunkan depresi (Naves, 2005; Molliver, 2005).

Efek relaksasi melalui penurunan sekresi hormon katekolamin akan berlanjut pada penurunan aktifitas saraf simpatis disertai penurunan tekanan darah. Rasa enak dan nyaman akan tercapai sehingga secara psikis memberikan dampak positif bagi rasa tenang, nyaman, rileks, dan stres atau depresi yang menurun. Respons positif ini melalui jalur HPA Aksis akan merangsang hipotalamus dan *Locus Coeruleus* (LC). Hipotalamus akan menurunkan sekresi *Corticotropin Releasing Hormone* (CRH) *Adrenocorticotropic Hormone* sehingga (ACTH) menurun dan merangsang *Pro-opiomelanocortin* (POMC) yang juga akan menurunkan produksi ACTH dan menstimulasi produksi endorfin. LC yang bertanggung jawab untuk menengahi banyak efek simpatik selama stres, dalam keadaan rileks akan menurunkan sintesis norepinefrin di medulla adrenal yang akan merangsang penurunan AVP (*arginine vasopressin*). Penurunan AVP dan ACTH serta peningkatan endorfin akan menurunkan tahanan perifer dan *cardiac output* sehingga tekanan darah akan menurun yang secara tidak langsung mencegah resiko serangan stroke berulang (Reyes, 2006; Valentino, 2008).

Massage terbukti membantu dalam mengatasi depresi karena dapat merangsang aliran darah yang akan membawa oksigen dan nutrisi pada jaringan yang dipijat sehingga terjadi peningkatan relaksasi yang menyeluruh dan ketenangan. Hal ini terjadi karena *massage* adalah sebagai pemicu terlepasnya endorfin, zat kimia otak (*neuro transmitter*) yang menghasilkan perasaan nyaman dan hormon stress seperti : Adrenalin, kortisol, Norepinephrine tentunya juga akan berkurang. Tetapi ini juga dapat menguatkan system dengan meningkatkan jumlah dan keagresifan sel-sel sehingga tubuh dapat melawan virus serta menstimulasi produksi limfosit. (Hughes, Ladas, Rooney, & Kelly (2008).

Secara patofisiologi SSBM dapat merangsang saraf reseptor saraf sensorik menuju ke system saraf pusat. Apabila mengenai impuls tersebut dan 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. Studi menunjukkan bahwa *massage* dapat membantu menyelesaikan permasalahan seperti depresi (Richards, 2000). *Massage* sudah diaplikasikan di seluruh dunia selama ribuan tahun, dan dengan menyentuh, mengusap dan membelai lembut dapat menenangkan dan menimbulkan pengalaman yang menyenangkan (Kenworthy *et al.*, 2002).

C. Kekuatan dan Kelemahan

1. Kekuatan Penelitian

- a. Penelitian menggunakan terapi komplementer dengan intervensi *Slow Stroke Back Massage* terhadap penurunan depresi khususnya untuk penderita pasca stroke belum pernah dilakukan.
- b. Melakukan penelitian jenis eksperimen dengan subyek pada manusia dengan proses dan hasil tidak merugikan responden tetapi justru memberi manfaat atau dampak positif pada subyek.
- c. Penelitian ini menggunakan intervensi *non* farmakologi yang tidak mempunyai efek samping tetapi memiliki kontribusi yang pasti dalam menurunkan depresi khususnya untuk penderita Pasca Stroke.
- d. Instrument atau alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini sangat baik serta baku dan sesuai diaplikasikan pada responden.

2. Kelemahan

- a. Penelitian ini dilakukan oleh peneliti dan asisten peneliti yang sebelumnya telah mengetahui responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- b. Ketidakteraturan jadwal pertemuan yang tidak sesuai dengan jadwal karena harus melihat situasional kondisi responden dan asisten peneliti yang juga kebetulan bekerja di Rumah Sakit, namun ketidakteraturan tidak mempengaruhi esensi dari terapi.

- c. Masih terbatas dengan kriteria inklusi dimana hanya digunakan pada responden yang mengalami depresi ringan hingga sedang.
- d. Sikap keterbukaan klien yang senang dikunjungi selama 5 kali dengan 3 kali intervensi dikhawatirkan mempengaruhi hasil.
- e. Dalam penelitian ini tidak membedakan onset penderita pasca stroke
- f. Hasil Interrater reliability peneliti dan asisten peneliti belum diukur
- g. Faktor-faktor determinan yang mempengaruhi depresi belum diketahui.