

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Diabetes Melitus.

a. Definisi Diabetes Melitus

Diabetes Melitus atau biasa disingkat dengan DM yaitu penyakit kronis akibat tubuh tidak dapat menggunakan insulin dengan baik, atau kurangnya insulin yang diproduksi secara tidak efektif kedalam tubuh oleh pankreas (WHO, 2018).

Menurut Perkumpulan Endokrinologi Indonesia atau PERKENI (2015), menyebutkan Diabetes Melitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin bahkan atau keduanya.

Black pada tahun 2014 mengatakan Diabetes Melitus merupakan penyakit kronis progresif yang ditandai dengan ketidakmampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein, mengarah ke hiperglikemia (kadar glukosa darah tinggi).

Diabetes Melitus Tipe 2, sebelumnya disebut NIDDM (*Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus*), atau Diabetes

Melitus onset-dewasa, adalah gangguan yang melibatkan baik faktor genetik, lingkungan, dan penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan gula darah akibat penurunan sekresi insulin pada sel beta pankreas dan/atau gangguan fungsi insulin (resistensi insulin) (Black, 2014).

PERKENI (2015) menyatakan jika di dalam tubuh terjadi kekurangan insulin, maka dapat mengakibatkan menurunnya transportasi glukosa melalui membran sel, keadaan ini mengakibatkan terjadi metabolisme lemak dalam tubuh. Sehingga dampak yang muncul adalah penderita DM selalu merasakan lapar atau nafsu makan yang meningkat.

b. Klasifikasi Diabetes Melitus

1) Diabetes Melitus tipe 1

Diabetes melitus tipe 1, sebelumnya disebut IDDM (*Insulin Dependent Diabetes Mellitus*) yang ditandai dengan destruksi sel beta pankreas, mengakibatkan defisiensi insulin absolut. Diabetes Melitus tipe 1 diturunkan secara heterogen dan bersifat multigenik (Black, 2014).

2) Diabetes Melitus tipe 2

Diabetes melitus tipe 2 atau sebelumnya disebut *Non-insulin Dependent Diabetes Mellitus*, disebabkan oleh penggunaan insulin yang tidak efektif oleh tubuh. DM TIPE 2 ini merupakan tipe yang diderita mayoritas besar penderita

DM daripada jenis diabetes lain diseluruh dunia. Penyebab dari tingginya angka prevalensi penderita DM tipe 2 ini adalah hasil dari kelebihan berat badan (obesitas) dan kurangnya aktivitas fisik. Diabetes Melitus tipe 2 sering terjadi pada usia dewasa (WHO, 2018).

3) Diabetes Melitus tipe lain

Banyak hal yang dapat menyebabkan munculnya diabetes. Beberapa contoh yang diketahui yaitu gangguan fungsi sel beta dan kerja insulin akibat gangguan genetik, penyakit pada kelenjar eksokrin pankreas, obat atau zat kimia, infeksi, kelainan imunologi (jarang) dan sindrom genetik lain yang berhubungan dengan DM (WHO, 2018).

4) Diabetes Melitus gestasional

Diabetes melitus gestasional merupakan kondisi dimana seorang ibu yang sedang hamil biasanya pada trimester ketiga, mengalami hiperglikemia tetapi tidak ada diagnosis DM dari dokter sebelumnya. Wanita dengan Diabetes Melitus gestasional berisiko lebih tinggi mengalami komplikasi selama kehamilan dan saat melahirkan (WHO, 2018).

c. Penyebab dan faktor risiko diabetes melitus tipe 2

Penyebab DM tipe 2 ialah adanya resistensi insulin pada jaringan otot dan liver serta kegagalan sel beta pankreas.

Belakangan diketahui bahwa kegagalan sel beta terjadi lebih dini dan lebih berat daripada yang diperkirakan sebelumnya (Fatimah, 2015). Selain otot, hepar dan sel beta, organ lain seperti: jaringan lemak (meningkatnya lipolisis), gastrointestinal (defisiensi inkretin), sel alpha pankreas (hiperglukagonemia), ginjal (peningkatan absorpsi glukosa) dan otak (resistensi insulin), kesemuanya ikut berperan dalam menimbulkan terjadinya gangguan toleransi glukosa pada DM tipe 2 (PERKENI, 2015).

d. Tanda dan Gejala diabetes melitus

Tanda gejala dari Diabetes Melitus adalah polyuria, polifagi, dan polidipsi. Poliuria (sering buang air kecil) disebabkan oleh kadar glukosa dalam darah yang meningkat memaksa ginjal untuk membuang cairan tambahan untuk melisiskan glukosa yang dibuang. Dimana glukosa memiliki sifat mengikat air sehingga penderita mengalami poliuria (Black, 2014).

Gejala khas lainnya adalah polidipsi atau rasa haus yang berlebihan. Rasa haus yang berlebihan ini terjadi karena intensitas buang air kecil yang banyak (poliuria) dan kemudian menyebabkan tubuh kekurangan cairan. Akibatnya, timbul rangsangan ke saraf susunan pusat sehingga penderita merasa haus dan ingin minum. Penderita DM sering mengira rasa haus

yang berlebihan ini karena udara panas atau bekerja terlalu berat (Dalimartha, 2012).

Terakhir, yaitu polifagia (banyak makan) yang disebabkan kalori dari makanan yang dikonsumsi setelah dimetabolisme menjadi glukosa dalam darah tidak seluruhnya dapat dimanfaatkan, sehingga penderita selalu merasa lapar (WHO, 2018).

e. Komplikasi

1) Komplikasi akut dan kronis

Menurut Black (2014), komplikasi dari DM terbagi menjadi:

a) Komplikasi Akut

(1) Terjadinya Hiperglikemia dan Ketoasidosis Diabetik

Hiperglikemia terjadi akibat glukosa tidak dapat diangkut ke dalam sel karena kekurangan insulin atau sel memiliki resistensi insulin. Hal ini menyebabkan terjadinya proses lipofisis untuk memenuhi kebutuhan energi tubuh. Ketika hal ini terus berlanjut dapat menyebabkan tingginya kadar keton dalam tubuh dan terjadi ketoasidosis, yaitu gangguan metabolik asidosis berkembang dari pengaruh asam (pH rendah) akibat keton asetoasetat dan hidrosibutirat-beta.

(2) Sindrom Hiperglikemia Hiperosmolar Nonketosis

Sindrom ini sering disebut dengan HHNS atau *Hyperglycemic Hiperosmolar Nonketotic Syndrome* adalah varian ketoasidosis diabetik yang ditandai dengan hiperglikemia ekstrem (600-2.000 mg/dl) dan umumnya terjadi pada lansia.

(3) Hipoglikemia

Hipoglikemia dikenal sebagai reaksi insulin yang biasanya adalah ciri umum dari DM tipe 1 dan juga dijumpai pada DM tipe 2 yang mendapatkan insulin atau obat oral. Terdapat juga hipoglikemia lain seperti hipoglikemia tidak terdeteksi, hipoglikemia dengan pantulan (efek *somogyi*) dan fenomena subuh.

b) Komplikasi Kronis

(1) Komplikasi makrovaskular

Penyakit makrovaskular (penyakit pembuluh besar), khususnya penyakit pembuluh darah koroner, adalah komplikasi paling umum yang menyebabkan kematian pada pasien diabetes dan cenderung terjadi bertahun-tahun. Yang termasuk komplikasi makrovaskular adalah penyakit arteri koroner, penyakit serebrovaskular, dan penyakit pembuluh perifer.

(2) Komplikasi mikrovaskular

Mikroangiopati merujuk kepada perubahan yang terjadi di retina, ginjal, dan kapiler perifer DM, contohnya adalah retinopati diabetik, nefropati, neuropati, mononeuropati, polineuropati, dan neuropati autonom.

2) Komplikasi psikologis

Diabetes Melitus adalah salah satu penyakit kronis yang selalu menimbulkan keluhan serta memiliki manajemen kompleks itu sendiri, dikarenakan oleh aspek negatif dari penurunan kesehatan individu dan sistem pelayanan kesehatan, angka morbiditas dari diabetes dan depresi memicu dilakukannya penelitian. Di tahun 2015, dua penelitian berbeda (Moulton, Pickup, dan Ismail, 2015; Berge dan Riise, 2015) membuktikan bahwa ada tiga kemungkinan hubungan antara diabetes dan depresi: kedua penyakit ini mungkin memiliki etiologi yang sama, diabetes meningkatkan peningkatan prevalensi atau risiko menderita depresi, dan depresi meningkatkan prevalensi atau risiko menderita diabetes di masa depan.

Diabetes menghasilkan perubahan struktural di otak, penurunan volume otak - terbatas pada

hippocampus, ditemukan pada pasien dengan diabetes. Sementara itu, ada pula hubungan terbalik antara kontrol glikemik dan volume *hippocampal*. Depresi dikaitkan dengan proses neurodegeneratif, terutama pada tingkat korteks prefrontal dan *hippocampus* (Badescu et al, 2016).

Peningkatan aktivitas enzim dan peningkatan sintesis produk gen yang distimulasi interferon yang terlibat dalam proses apoptosis tampak menjadi mekanisme utama yang terlibat dalam proses neurogenerasi depresi yang disebabkan oleh peradangan kronis (Badescu et al., 2016).

2. Depresi

a. Definisi

Depresi merupakan suatu penyakit tubuh dan gangguan psikologis yang ditandai dengan adanya gangguan suasana hati yang lama, perasaan sedih yang mendalam atau kegembiraan berlebihan, yang tidak berhubungan dengan situasi saat ini yang berpengaruh pada aktivitas, perasaan dan pikiran (Hand, 2014).

Adanya depresi berkaitan dengan menurunnya kepatuhan pasien mengikuti pantangan diet, kepatuhan minum obat, dan monitoring gula darah yang menyebabkan DM tidak terkontrol.

Selain itu, komplikasi dari DM dapat menyebabkan depresi yang berkepanjangan pada pasien. Kejadian DM dan depresi pun membentuk sebuah “lingkaran setan” tersendiri. Akhirnya, Depresi dan DM tipe 2 dapat mempengaruhi satu sama lain (Harista, 2015).

b. Jenis–jenis depresi

Menurut Hand (2014), depresi dibagi menjadi menjadi empat:

1) Episode depresi tunggal dan berulang

Gangguan ini sangat kuat sehingga melumpuhkan atau mengganggu individu secara normal. Penderita bisa saja merasakan tidak dapat bekerja, tidak nafsu makan, insomnia, tidak mampu belajar dengan baik, dan kehilangan minat dalam kegiatan yang menyenangkan.

2) Gangguan depresi persisten (*Dysthymia*)

Gangguan ini menggabungkan dua gangguan yaitu merasa sedih dan putus asa secara terus menerus. Gangguan ini bersifat konstan dan panjang tetapi tidak sepenuhnya melumpuhkan aktivitas. Namun, gangguan ini akan terus ada.

3) Gangguan disregulasi suasana hati

Gangguan ini sering disebut dengan *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* (DMDD) adalah kondisi pada masa anak-anak dibawah 18 tahun yang mudah tersinggung,

marah–marah, emosi yang meledak–ledak. Gejala DMDD juga lebih dari sekedar murung namun bisa sampai gangguan parah yang memerlukan perhatian klinis.

4) Gangguan disforik pramenstruasi

Gangguan ini juga disebut *Premenstrualdysphoric* (PMDD). Terjadi perubahan mood yang muncul setiap bulan pada wanita selama seminggu sebelum menstruasi dan menurun setelah menstruasi. PMDD ini bersifat kronis dan menyebabkan perubahan suasana hati secara ekstrem yang berakibat fatal karena mengganggu aktivitas dan hubungan. Gejalanya berupa sedih yang ekstrem, putus asa, mudah untuk marah.

c. Tanda Depresi

Hand (2014), menyatakan depresi dapat menunjukkan perubahan psikologi dan gejala fisik. Gejala dari depresi sendiri bervariasi dari tingkat keparahan masing–masing individu. Tidak semua individu yang mengalami depresi memiliki tanda dan gejala yang sama. Tanda dan gejala depresi antara lain adanya perasaan sedih, perasaan tidak berharga, kemarahan dan ketidakberaturan, perubahan perilaku termasuk hilangnya energi, perubahan kebiasaan tidur, perubahan nafsu makan, penggunaan alkohol dan obat-obatan, menarik diri, sakit kepala atau pusing, hipertensi, dan cemas.

d. Gejala depresi

Beck (1967 dalam Lumongga, 2016) membuat kategori *symptom* atau gejala depresi menjadi:

- 1) Gejala emosional, yakni perasaan atau tingkah laku yang merupakan akibat langsung dari keadaan emosi.
- 2) Gejala kognitif, antara lain penilaian diri sendiri rendah, harapan-harapan negatif, menyalahkan serta mengkritik diri sendiri, tidak dapat membuat keputusan, distorsi "*body image*".
- 3) Gejala motivasional, yaitu dorongan atau impuls-impuls yang menonjol dalam depresi yang mengalami regresi, terutama aktivitas-aktivitas yang menuntut tanggung jawab atau inisiatif serta energi yang cukup besar.
- 4) Gejala fisik, berupa kehilangan nafsu makan, gangguan tidur, mudah lelah, dan kehilangan libido.

e. Risiko yang ditimbulkan Depresi

Menurut Beck (1967 dalam lumongga, 2016) beberapa hal risiko yang dapat ditimbulkan dari episode depresi yakni pasien dengan gangguan tidur, gangguan hubungan dengan orang lain, gangguan untuk melakukan pekerjaan, gangguan dalam pola makan, perilaku merusak diri maupun sekitar, dan apabila tidak ditangani dengan baik, penderita depresi dapat merasakan dorongan untuk bunuh diri.

f. Alat Ukur Depresi

1) *Beck Depression Inventory* (BDI-II)

Beck Depression Inventory (BDI) adalah salah satu yang tertua dan telah menjadi skala peringkat depresi yang paling banyak digunakan sejak diperkenalkan pada tahun 1961, lalu dikembangkan atau direvisi pada tahun 1978 menjadi BDI-1A dan direvisi kembali menjadi BDI-II pada tahun 1996 oleh Aaron T. Beck. BDI-II telah digunakan secara luas dalam penelitian maupun klinik dan dikembangkan untuk membantu evaluasi depresi pada pasien psikoterapi, gejala kognitif dan suasana hati (Langley, 2010). Kemudian BDI-II diuji kembali nilai validitas dan reliabilitas di Indonesia pada tahun 2012 oleh Henndy Ginting,dkk. BDI-II sendiri memiliki 21 item pernyataan dengan menggunakan skala Likert, dinilai dari kategori 0, 1, 2 dan 3 dan total skor 0-63 berdasarkan manual (0-13 kategori depresi minimal, 14-19 kateori depresi ringan, 20-28 kategori depresi sedang dan 29-63 kategori depresi berat) menurut Beck, Steer dan Brown, dengan penilaian selama dua minggu karena agar sesuai dengan kriteria depresi pada DSM-IV yang mengemukakan bahwa untuk mendiagnosis depresi sedikitnya gejala depresi muncul selama dua minggu berturut-turut. Item-item BDI-II telah dikembangkan dan

disesuaikan dengan item-item Beck sebelumnya yaitu DSM-IV dan BDI serta telah dinyatakan BDI-II adalah kuesioner khusus untuk depresi. Alat ukur BDI-II sendiri memiliki nilai validitas (0,52) dan reliabilitas (0,90) yang tinggi sehingga peneliti memilih BDI-II sebagai alat ukur dalam penelitian ini dan banyak peneliti yang telah menggunakan alat ukur tersebut karena alat ukur BDI-II mudah dipahami oleh setiap orang. Selain itu, pemilihan alat ukur BDI-II untuk depresi merupakan pilihan yang sesuai diantara alat-alat ukur depresi yang valid lainnya dikarenakan selain sangat efektif dalam mengukur depresi juga bermanfaat penanganannya, item BDI-II secara keseluruhan terbukti secara signifikan dan terbukti tidak memiliki faktor yang bermuatan negatif.

2) *Hamilton Depression Rating Scale (HDRs)*

HDRs atau dikenal juga sebagai Ham-D banyak digunakan dokter untuk memberikan skala pada penderita depresi. Berisi 17 item yang berkaitan dengan gejala depresi yang dialami selama seminggu. Sesuai dengan namanya, HDRs dikemukakan oleh Max Hamilton pada tahun 1960 dan HDRs memiliki 21 item pertanyaan dengan fokus primer pada gejala somatik. Alat ukur HDRs memiliki nilai Alpha Cronbach 0,83 (Idrus, 2016).

3) *Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)*

Alat ukur ZSDS mengukur keparahan depresi pada semua usia berdasarkan laporan pasien sendiri dan ZSDS memiliki 20 item pertanyaan yang terbagi menjadi dua yaitu 10 pertanyaan negatif dan 10 pertanyaan positif. Instrumen ZSDS sendiri memiliki nilai Alpha Cronbach yaitu 0,87.

g. Penatalaksanaan farmakologis

Menurut (Simon et al., 2017) obat utama yang diberikan pada pasien dengan gangguan depresi adalah obat-obat anti depresan. Obat-obat anti-depresan umumnya diberikan selama 6-12 minggu. Faktor terpenting dalam memilih antidepresan adalah efektifitas dan toleransi pasien terhadap obat tersebut. Antidepresan yang sering digunakan adalah Penghambat selektif serotonin/*selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)*.

SSRI adalah antidepresan generasi kedua. Obat ini merupakan obat pilihan utama untuk gangguan depresi karena efek samping minimal dan rendahnya resiko untuk overdosis. SSRI yang sering kali digunakan adalah *fluoksetin, sertralin, paroksetin, fluvoksamin, citalopram, esitalopram*

h. Penatalaksanaan non-farmakologis

Menurut Bienenfeld (2017) penatalaksanaan non-farmakologis penderita depresi adalah:

1) Psikoterapi

Psikoterapi dibedakan menjadi 2 yaitu interpersonal dan *cognitive-behavioraltherapy*. Sebuah studi (Antonuccio, 1995) menyebutkan intervensi psikoterapi sama efektifnya dengan obat antidepresan, tidak ada efek samping, murah dan merupakan *first line therapy* pada depresi ringan.

2) *ElectroconvulsiveTherapy* (ECT)

Terapi dengan menggunakan “kejutan listrik”, terapi yang aman dan efektif, tetapi dapat menimbulkan *adverse effect* seperti disfungsi kognitif. Bukan merupakan pilihan utama terapi non farmakologi. ECT dilakukan bila diperlukan respons yang cepat, terapi dengan obat tidak/kurang menimbulkan respon.

3) Terapi komplementer

Karena terapi farmakologis dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan masalah baru bagi individu atau pasien. Dan pasien terkadang lupa mengkonsumsi obat dan menimbulkan gejala kekambuhan. Terapi non farmakologis yang bersifat komplementer adalah salah satu alternative untuk penderita depresi adalah *massage*, terapi musik, aromaterapi, dan hipnotis.

3. *Slow Stroke Back Massage* (SSBM)

a. Definisi

Slow Stroke Back Massage atau sering disebut SSBM adalah terapi pijat punggung yang dilakukan secara lambat menggunakan usapan telapak tangan dan jari dengan kecepatan 60 kali selama 10 menit (Lindquist et al.,2014).

SSBM dilakukan dengan gerakan yang melingkar, panjang, lambat dan berirama dari pertengahan punggung kearah pangkal leher dan kemudian gerakan melingkar yang panjang, lambat dan berirama dari pertengahan punggung kearah sakral (Lindquist et al., 2014).

SSBM merupakan salah satu dari terapi komplementer, Terapi komplementer adalah pengobatan komplementer atau pengobatan alternatif mengacu pada serangkaian praktik perawatan kesehatan yang bukan bagian dari tradisi negara itu sendiri atau obat konvensional dan tidak sepenuhnya terintegrasi kedalam sistem perawatan kesehatan yang dominan (WHO, 2012).

Terapi komplementer diklasifikasikan menjadi 6 yaitu terapi bahan alami dari alam, terapi pikiran tubuh, terapi manipulatif dan berbasis tubuh, terapi energy, sistem perawatan, dan tabib tradisional. SSBM adalah salah satu dari terapi manipulatif dan berbasis tubuh (Lindquist et al., 2014).

b. Manfaat

Stimulasi taktil yang berhubungan dengan indera peraba yang dapat dilakukan dengan sentuhan dan tekanan dapat mempengaruhi respon neurohormonal kompleks di *hypothalamicpituitaryaxis* (HPA) melalui serabut saraf pusat yang salurkan melalui konteks serebri, midbrain dan ditafsirkan dengan respon relaksasi mengurangi kemarahan dan perasaan sedih pada depresi (Carleson 2005 dalam Caple dan Schub, 2010).

Gerakan usapan dan pijatan yang diberikan pada punggung akan menstimulasi saraf perifer yang diteruskan pada bagian hipotalamus. Hipotalamus merespon stimulus tersebut untuk mensekresihormone endorfin dan mengurangi kortisol melalui pelepasan kortikotropin sehingga mengurangi aktivitas saraf simpatis. Secara patofisiologi stimulus SSBM yang mempengaruhi sistem saraf perifer ini akan diteruskan ke hipotalamus melalui *spinal cord*. Hipotalamus merespon stimuli untuk mensekresi hormon endorfin dan mengurangi kortisol melalui pelepasan kortikotropin sehingga mengurangi aktivitas saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis. Produksi hormon endorfin akan merangsang produksi hormon serotonin dan dopamin yang berfungsi untuk menurunkan

depresi yang dapat mengganggu kualitas tidur sehingga menimbulkan respon relaksasi dan perasaan nyaman (Hughe, 2008 dalam Kurniawan, 2017).

c. Indikasi dan kontraindikasi

Menurut Casanelia dan Stelfox (2010), berikut adalah indikasi dan kontraindikasi dari *Slow Stroke Back Massage* (SSBM):

1) Indikasi

- a) Dengan masalah nyeri, SSBM mampu mengurangi intensitas nyeri.
- b) Dengan masalah kecemasan, SSBM mampu menurunkan kecemasan.
- c) Dilakukan untuk salah satu intervensi menurunkan tekanan darah dan frekuensi jantung.
- d) Dengan dilakukannya SSBM, mampu mengurangi tingkat depresi yang terjadi.
- e) Dilakukan untuk memperbaiki atau meningkatkan kualitas tidur.

2) Kontraindikasi

- a) Pada punggung yang mengalami luka bakar.
- b) Luka memar dibagian punggung.
- c) Terdapat ruam kulit, kemerahan dan peradangan di punggung.
- d) Adanya tulang belakang atau tulang rusuk yang patah.

d. Prosedur pelaksanaan SSBM

SSBM pertama kali diperkenalkan dalam konteks rumah sakit oleh Elizabeth pada tahun 1966 sebagai gerakan tangan yang pelan, halus, dan ritmik pada punggung pasien, dengan tekanan rendah atau sedang, dan dilakukan selama 3-10 menit. Dari hasil penelitian yang dilakukan sebelumnya, lama pemberian SSBM terbaik dan dapat memberikan hasil yang efektif adalah selama 10 menit, dan dilakukan selama 3 hari berturut-turut di waktu yang sama.

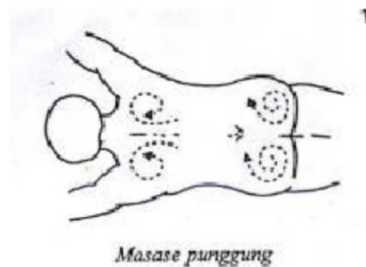
Penggunaan minyak anti-alergi juga dilakukan oleh Elizabeth untuk meningkatkan kelembaban kulit dan mencegah terjadinya iritasi karena kulit yang kering. Dalam memberikan tindakan pijat sebaiknya menggunakan suatu pelumas untuk mencegah terjadinya perlukaan pada kulit akibat gesekan dari tindakan pijat. Tindakan keperawatan yang dapat mencegah luka tekan adalah dengan melakukan perawatan kulit menggunakan *moisturizer* (pelembab) yang diyakini merupakan tindakan yang murah, tidak menimbulkan bahaya, dan memberikan perlindungan terhadap kulit dan penguapan cairan yang berlebihan akibat proses penguapan melalui kulit sehingga mengurangi terjadinya kerusakan pada kulit (Torra et al, 2005 dalam Sihombing, ER 2016).

Minyak kelapa atau *Virgin Coconut Oil* (VCO) dipercaya dapat meningkatkan kesehatan kulit, pelembab ini mudah diserap kulit dan dapat melindungi kulit dari penguapan yang berlebihan. Minyak kelapa dapat membantu menjaga kulit agar tetap lembut dan halus, serta mengurangi risiko terkena kanker kulit, penggunaan minyak kelapa terbukti efektif (Lucida et al, 2008 dalam Sihombing, ER 2016).

Berikut adalah Standar Operasional Prosedur (SOP) dari SSBM:

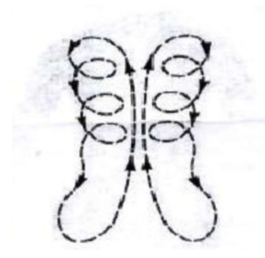
- 1) Persiapan lingkungan.
 - a) Ruangan harus pada suhu yang nyaman.
 - b) Tidak ada kebisingan.
 - c) Saat tindakan perawat harus tetap berkomunikasi dengan klien.
- 2) Persiapan Klien.
 - a) Tanyakan ke klien apa perlu ke kamar mandi atau sebelum tindakan.
 - b) Klien diposisikan dalam posisi prone.
 - c) Pakaian klien harus dilepas sehingga bagian belakang terbuka.
 - d) Jaga privasi klien.
- 3) Tahap kerja.
 - a) Cuci tangan.

- b) SSBM dilakukan dengan menggunakan telapak tangan dan jari.
- c) Perawat menghangatkan tangannya.
- d) Perawat mengoleskan minyak kelapa ke tangannya.
- e) Telapak tangan ditempatkan diarea yang akan dipijat pada setiap sisi tulang belakang dengan tekanan lembut.
- f) Dipijat dari tulang belakang kearah pangkal leher, setiap sisi tulang belakang diberi tekanan lembut dari tulang belakang menuju pangkal leher.



Gambar 2.1. Arah SSBM

- g) Tangan digerakkan lembut, seirama dan memutar dan bergerak keatas secara lambat, kemudian kearah bawah dengan hal sama sampai daerah pinggang bawah.
- h) Lakukan gerakan sebanyak 60 kali/menit.
- i) Primayanthi (2016), menjelaskan didalam jurnalnya bahwa memberikan intervensi yang efektif yaitu 10 menit



Gambar 2.2. Pola SSBM

- 4) Tahap akhir.
 - a) Lepaskan tangan dari tulang belakang.
 - b) Ganti pakaian atau rapikan pakaian klien.
 - c) Intruksikan pasien untuk bangun secara perlahan.
 - d) Instrusikan klien agar tetap terhidrasi.

B. Penelitian Terkait

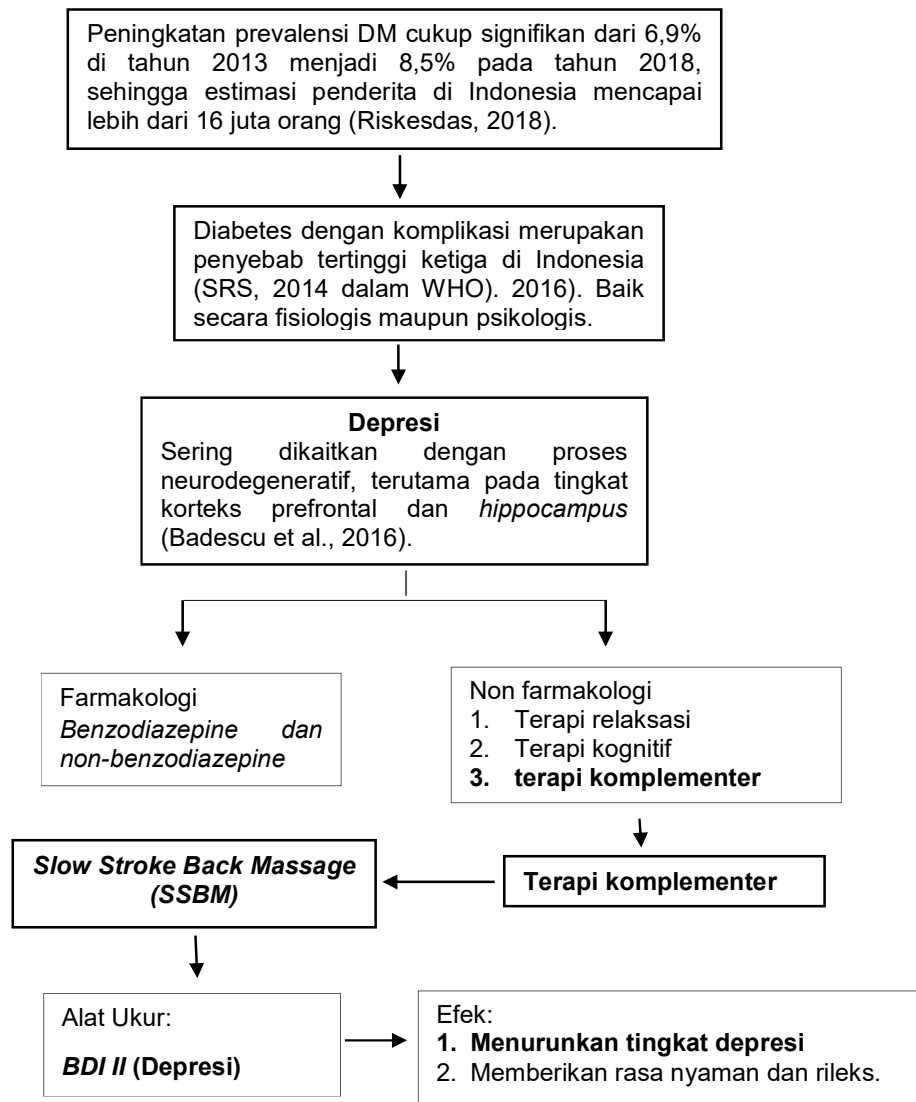
Adapun penelitian terdahulu yang terkait dengan penelitian ini yakni:

1. Thomas Ari Wibowo (2015), dengan judul "Slow Stroke Back Massage Terhadap Penurunan Depresi Pada Penderita PascaStroke Iskemik di Puskesmas Kartasura Sukoharjo". Pada penelitian ini peneliti menggunakan jenis penelitian kuantitatif, dengan desain penelitian eksperimen semu (*quasy-experiment*) dengan tipe *pretest-posttest* kontrol *group design* dengan menggunakan kelompok kontrol. Setelah dilakukan pada kelompok intervensi, didapatkan hasil analisa bivariat dengan uji Paired T test menunjukkan bahwa terjadi perbedaan tingkat depresi antara *pre* dan *post* pada kelompok intervensi dengan diperoleh nilai $p= 0,000$ dengan nilai t hitung ($t=12,97$), sedangkan pada kelompok kontrol juga terdapat perbedaan tingkat depresi antara *pre* dan *post*

dengan nilai $p=0,00$ dengan nilai t hitung ($t=4.511$). Hasil analisis *Mann Whitney test* menunjukkan perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan $p\text{-value} = 0,000$ ($<0,005$) dan nilai $Z=6348 < -1.96$.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan, Wantiyah, dan Kushariyadi (2017) dengan judul “Pengaruh Terapi *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) Terhadap Depresi Pada Lansia di Unit Pelayanan Teknis Panti Sosial Lanjut Usia (UPT PSLU) Kabupaten Jember”. Desain penelitian ini adalah quasi eksperimental dengan pendekatan *pretest-posttest with control group*. Teknik sampling yang digunakan adalah *simple random sampling*, dan dibagi menjadi dua kelompok: kelompok terapi dan kontrol. Uji hipotesis menggunakan Uji Dependen T-Tes dan Uji Independen T-Tes. Dari penelitian ini didapatkan hasil yaitu $p = 0,001$, dan terdapat perbedaan tingkat depresi yang signifikan antara kelompok terapi dan kontrol ($P\text{ value: } 0,027$) sehingga dapat disimpulkan bahwa SSB $<$ dapat menurunkan depresi pada lansia.

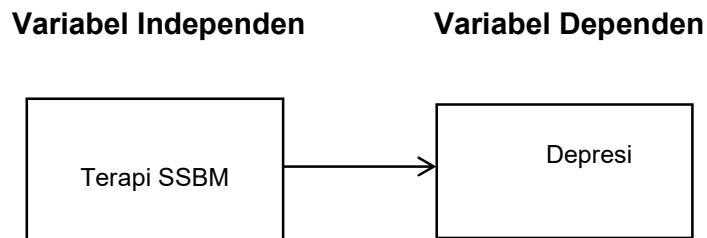
C. Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2. 3 Kerangka Teori

Sumber: (Badescu et al., 2016. Bienenfeld, 2017.. Simon et al., 2017. SRS, 2014 dalam WHO 2016, Riskesdas, 2018.)

D. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2. 4 Kerangka Konsep

E. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap permasalahan penelitian yang masih harus perlu dibuktikan kebenarannya. Adapun hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah apakah ada “Pengaruh Terapi *Slow Stroke Back Massage (SSBM)* terhadap Depresi Di Pada Penderita Diabetes Melitus tipe 2 Wilayah Kerja Puskesmas Juanda Kota Samarinda” dengan hipotesis:

1. Ha: Ada pengaruh *Slow Stroke Back Massage (SSBM)* terhadap depresi pada penderita DM tipe 2 di Puskesmas Juanda Kota Samarinda.
2. Ho: Tidak ada pengaruh *Slow Stroke Back Massage (SSBM)* terhadap depresi pada penderita DM tipe 2 di Puskesmas Juanda Kota Samarinda.