

SKRIPSI

PENGARUH *THE RELAXATION OF CARE IN GROUP ACTIVITY OF MIDDLE AGE (ROC-GAMA)* TERHADAP DEPRESI PADA LANSIA *POST POWER SYNDROME* DI RW V MOJO GUBENG SURABAYA

PENELITIAN *QUASY-EXPERIMENT*



**Oleh:
DEWI ARIE SANTI YUNITA
13111140**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2013**

SKRIPSI

PENGARUH *THE RELAXATION OF CARE IN GROUP ACTIVITY OF MIDDLE AGE (ROC-GAMA)* TERHADAP DEPRESI PADA LANSIA *POST POWER SYNDROME* DI RW V MOJO GUBENG SURABAYA

PENELITIAN QUASY-EXPERIMENT

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi Ilmu Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh:
DEWI ARIE SANTI YUNITA
13111140

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2013**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 18 Januari 2013
Yang Menyatakan

Dewi Arie Santi Yunita
131111140

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

PENGARUH *THE RELAXATION OF CARE IN GROUP ACTIVITY OF MIDDLE AGE (ROC-GAMA)* TERHADAP DEPRESI PADA LANSIA *POST POWER SYNDROME* DI RW V MOJO GUBENG SURABAYA

Oleh:

Dewi Arie Santi Yunita
131111140

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

18 Januari 2013

Oleh:

Pembimbing Ketua

Joni Haryanto, S.Kp., M.Si

NIP: 196306081991031002

Pembimbing

Elida Ulfiana, S.Kep., Ns., M.Kep.

NIP: 197910132010122001

Mengetahui

a.n Dekan

Wakil Dekan I

Mira Triharani, S.Kp., M.Kep

NIP: 197904242006042002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSI

PENGARUH *THE RELAXATION OF CARE IN GROUP ACTIVITY OF MIDDLE AGE (ROC-GAMA)* TERHADAP DEPRESI PADA LANSIA *POST POWER SYNDROME* DI RW V MOJO GUBENG SURABAYA

Oleh:

Dewi Arie Santi Yunita
131111140

Telah diuji
25 Januari 2013

PANITIA PENGUJI

Ketua : **Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)**
NIP: 196612251989031004 (.....)

Anggota : **Joni Haryanto, S.Kp., M.Si**
NIP: 196306081991031002 (.....)

Elida Ulfiana, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP: 197910132010122001 (.....)

Mengetahui

a.n Dekan
Wakil Dekan I

Mira Triharani, S.Kp., M.Kep
NIP.: 197904242006042002

MOTTO

Tidak ada usaha yang sia-sia

Sekecil apapun usaha kita.....

Dan jangan pernah takut, selama Allah sll ada di dekatmu...

"Support yang selalu Ayah & Ibu ucapkan untukku"

Keberhasilan yang sesungguhnya

Adalah saat kita pernah terjatuh dan mampu bangkit...

*Adalah Saat merasa lelah namun tetap bertekad bahwa kita bisa
dan mampu.....*

Adalah Saat menagis namun tetap dapat tersenyum....

*Dan saat orang tua tersenyum bangga melihat hasil usaha
kita.....*

Dewi Arie Santi Yunita

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH *THE RELAXATION OF CARE IN GROUP ACTIVITY OF MIDDLE AGE (ROC-GAMA)* TERHADAP DEPRESI PADA LANSIA *POST POWER SYNDROME* DI RW V MOJO GUBENG SURABAYA”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu keperawatan.
2. Ibu Mira Triharani, S.Kp., M.Kep selaku wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Bapak Joni Haryanto, S.Kp., M.Si selaku Pembimbing ketua yang telah memberi bimbingan, saran dan petunjuk dalam penyusunan skripsi ini.
4. Bapak Kushariyadi, S.Kep., Ns selaku Pembimbing II yang juga telah memberikan bimbingan, dukungan, saran dan petunjuk dalam penyusunan skripsi ini.
5. Staf pendidikan, staf perpustakaan, dan staf tata usaha Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan serta informasi dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Ketua RW serta seluruh perangkat dan kader RW V Mojo Gubeng Surabaya yang telah memberikan ijin kepada penulis dalam pengambilan data dan bantuan serta fasilitas yang diberikan kepada peneliti.
7. Bagi responden yang telah bersedia untuk menjadi bagian dan meluangkan waktunya untuk membantu menyelesaikan skripsi ini.

8. Ayah, Ibu, Ryan, adik-adikku serta keluarga tersayang yang selalu memberikan dukungan moral, motivasi, nasehat, kasih sayang, do'a yang tak pernah henti, serta tempat untuk lari saat menangis. Semoga Allah selalu melindungi, menjaga, dan memberikan berkah dunia akhirat.
9. Sahabatku Prima, Gilang, Irma, Grace, Anjar, Taufan, Mbak Elly dan Sultina. Terima kasih atas dukungan serta bantuan yang kalian berikan dalam penyusunan skripsi ini.
10. Seluruh rekan mahasiswa Pogram Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini dan tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis sadari bahwa skripsil ini jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, Januari 2013

Penulis,

ABSTRACT

THE EFFECTS OF THE RELAXATION OF CARE IN GROUP ACTIVITY OF MIDDLE AGE (ROC-GAMA) TO DECREASE DEPRESSION LEVEL IN ELDERLY POST POWER SYNDROME

A Quasy-Eksperimental Study in RW V Mojo Gubeng Surabaya

By: Dewi Arie Santi Yunita

Depression is a natural disorders characterized by feelings of sadness, low self-esteem, guilt, despair, feeling empty. One of the causes of depression in elderly people is post power syndrome. ROC-GAMA is a relaxation techniques exerted on activities group which participants is middle age (elderly age 45-59 years).

This study used quasy experimental design. Twenty six elders were participated and distributed into 2 group, an experimental group (n=11) and a control group (n=11). Data were collected by using BDI (Beck Depression Inventory). Data were analyzed by Mann Whitney Test and Wilcoxon Signed Rank Test formulation for further analysis. Statistical significance was assigned at $p < 0,05$.

Wilcoxon Signed Rank Test result showed that there were differences between pre-post test in the experimental group ($p= 0,001$), on the other hand, there were no significant differences between pre-post test in the control group ($p=0,417$). The result of research proved by using Mann Whitney Test also showed that there were highly significant differences between experimental group and control group ($p=0,014$).

It can be concluded that ROC-GAMA affected depression level in elderly with post power syndrome. ROC-GAMA is recommended in providing relief from depression level of post power syndrome because ROC-GAMA not only makes our whole body completely relaxed and comfortable, but also makes a positif mood.

Keywords: *Depression, Post Power Syndrome, ROC-GAMA.*

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Persyaratan Gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Motto	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
<i>Abstract</i>	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel	xiv
Daftar Lampiran	xvi
Daftar Singkatan.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.3 Rumusan Masalah	3
1.4 Tujuan Penelitian.....	4
1.4.1 Tujuan umum	4
1.4.2 Tujuan khusus	4
1.5 Manfaat Penelitian.....	4
1.5.1 Manfaat teoritis	4
1.5.2 Manfaat praktis.....	5
1.6 Keaslian Penelitian.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Lansia	8
2.1.1 Definisi lansia	8
2.1.2 Klasifikasi lansia.....	9
2.1.3 Proses penuaan.....	10
2.1.4 Teori penuaan	10
2.1.5 Karakteristik lansia	13
2.2 Konsep <i>Post Power Syndrome</i>	13

2.2.1	Definisi <i>post power syndrome</i>	13
2.2.2	Penyebab terjadinya <i>post power syndrome</i>	14
2.2.3	Gejala <i>post power syndrome</i>	15
2.2.4	Proses terjadinya <i>post power syndrome</i>	16
2.3	Konsep Depresi	18
2.3.1	Definisi depresi	18
2.3.2	Faktor pencetus depresi	19
2.3.3	Faktor predisposisi depresi	22
2.3.4	Ciri-ciri umum depresi.....	23
2.3.5	Gejala depresi pada lansia.....	24
2.3.6	Tingkat depresi	25
2.4	Konsep Relaksasi	26
2.4.1	Definisi relaksasi	26
2.4.2	Macam relaksasi	27
2.4.3	<i>Progressive muscle relaxation</i>	32
2.4.4	Definisi <i>the relaxation of care in group activity of middle age (ROC-GAMA)</i>	39
2.4.5	Mekanisme relaksasi.....	41
2.4.6	Psikoneuroimunologi	43
2.4.7	Psikoneuroimunologi sebagai hibrid disiplin	44
2.4.8	Stres dan stresor	44
2.4.9	Efek stresor terhadap imunitas.....	46
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN		49
3.1	Kerangka Konseptual	49
3.2	Hipotesis.....	51
BAB 4 METODE PENELITIAN		52
4.1	Rancangan Penelitian	52
4.2	Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel ...	52
4.2.1	Populasi.....	52
4.2.2	Sampel penelitian.....	53
4.2.3	Besar sampel.....	53
4.2.4	Teknik pengambilan sampel	54

4.3	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel	54
4.3.1	Variabel independen	54
4.3.2	Variabel dependen	54
4.3.3	Definisi operasional	55
4.4	Instrumen Penelitian.....	57
4.4.1	Uji validitas dan reliabilitas	57
4.5	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	59
4.5.1	Lokasi penelitian.....	59
4.5.2	Waktu penelitian	59
4.6	Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data.....	59
4.7	Kerangka Operasional	61
4.8	Cara Analisis Data.....	61
4.9	Etik Penelitian	62
4.9.1	Surat persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	62
4.9.2	Tanpa nama (<i>Anonymity</i>).....	63
4.9.3	Kerahasiaan (<i>Confidentially</i>).....	63
4.10	Keterbatasan	63
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN	65
5.1	Hasil Penelitian	65
5.1.1	Gambaran umum lokasi penelitian	65
5.1.2	Data umum.....	67
5.1.3	Data khusus.....	69
5.2	Pembahasan.....	74
BAB 6	SIMPULAN DAN SARAN.....	82
6.1	Simpulan.....	82
6.2	Saran.....	82
	DAFTAR PUSTAKA	84
	Lampiran 1	87
	Lampiran 2	88
	Lampiran 3	89
	Lampiran 4	90

Lampiran 5	91
Lampiran 6	92
Lampiran 7	93
Lampiran 8	96
Lampiran 9	100
Lampiran 10	120

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 1 dan 2 (otot tangan) 34

Gambar 1.2 Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 3 (otot-otot biseps) 35

Gambar 1.3 Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 4 (otot-otot bahu)..... 35

Gambar 1.4 Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 5-8 (otot wajah, rahang, dan sekitar mulut) 36

Gambar 1.5 Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 9-12 (otot leher, punggung dan dada)..... 38

Gambar 1.6 Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 13-14 (otot perut dan kaki) 39

Gambar 2. 1 Mekanisme efek stresor terhadap imunitas 47

Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) terhadap tingkat depresi pada Lansia *post power syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya (Tavris, 2007)..... 49

Gambar 4. 1 Kerangka operasional pengaruh *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) terhadap depresi pada Lansia *post power syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya..... 61

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Skala populasi lansia dan depresi pada lansia.....	2
Tabel 4.1	Rancangan penelitian pengaruh <i>the relaxation of care in group activity of middle age</i> (ROC-GAMA) terhadap tingkat depresi pada lansia <i>post power syndrome</i>	52
Tabel 4.2	Definisi Operasional pengaruh <i>the relaxation of care in group activity of middle age</i> (ROC-GAMA) terhadap tingkat depresi pada lansia <i>post power syndrome</i> di RW V Mojo Gubeng Surabaya.....	55
Tabel 5.1	Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin pada kelompok eksperimen dan kontrol di RW V Mojo Gubeng Surabaya pada tanggal 04-18 Desember 2012.....	67
Tabel 5.2	Distribusi responden berdasarkan usia pada kelompok eksperimen dan kontrol di RW V Mojo Gubeng Surabaya pada tanggal 04-18 Desember 2012.....	67
Tabel 5.3	Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir pada kelompok eksperimen dan kontrol di RW V Mojo Gubeng Surabaya pada tanggal 04-18 Desember 2012.....	68
Tabel 5.4	Distribusi responden berdasarkan status pekerjaan pada kelompok eksperimen dan kontrol di RW V Mojo Gubeng Surabaya pada tanggal 04-18 Desember 2012.....	68
Tabel 5.5	Distribusi responden berdasarkan status perkawinan pada kelompok eksperimen dan kontrol di RW V Mojo Gubeng Surabaya pada tanggal 04-18 Desember 2012.....	69
Tabel 5.6	Tingkat depresi lansia <i>post power syndrome</i> antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sebelum intervensi ROC-GAMA di RW V Mojo Gubeng Surabaya tanggal 04-18 Desember 2012.	69
Tabel 5.7	Tingkat depresi lansia <i>post power syndrome</i> antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol setelah intervensi ROC-GAMA di RW V Mojo Gubeng Surabaya tanggal 04-18 Desember 2012.	70

Tabel 5.8 Perbandingan perubahan tingkat depresi lansia *post power syndrome* antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol di RW V Mojo Gubeng Surabaya tanggal 04-18 Desember 2012. 71

Tabel 5.9 Data hasil *pre-post test* terhadap tingkat depresi Lansia *post power syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya tanggal 04-18 Desember 2012. 73

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian.....	87
Lampiran 2 Ijin Penelitian.....	88
Lampiran 3 Pernyataan Telah Melakukan Penelitian	89
Lampiran 4 Lembar Permohonan Menjadi Responden.....	90
Lampiran 5 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	91
Lampiran 6 Kuesioner Deteksi <i>Post PowerSyndrome</i>	92
Lampiran 7 Lembar Kuesioner	93
Lampiran 8 Modul.....	96
Lampiran 9 Raw Data	100
Lampiran 10 Hasil Analisis SPSS.....	120

DAFTAR SINGKATAN

ACTH	: <i>Adrenocorticotropin hormone</i>
AVP	: <i>Arginine Vasopresin</i>
BB	: Berat Badan
CRF	: <i>Cortico Relasing Factor</i>
DNA	: <i>Deoxyrybonucleic Acid</i>
GDS	: <i>Geriatric Depression Scale</i>
HPA	: <i>Hypothalamus-Pituitary-Adrenal cortex</i>
BDI	: <i>Beck Depression Inventory</i>
IL-2	: <i>Interleukin-2</i>
Lansia	: Lanjut Usia
PHK	: Pemutusan Hubungan Kerja
PMR	: <i>Progressive Muscle Relaxation</i>
POMC	: <i>Pro-opiomelanocortin</i>
ROC-GAMA	: <i>The Relaxation of Care in Group Activity of Middle Age.</i>
RNA	: <i>Ribonucleic Acid</i>
SPSS	: <i>Software Product and Service Solution</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada Lansia, proses menua merupakan fase yang paling krusial, karena terjadi penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial dan cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan fisik dan psikologis, seperti halnya gangguan sistem tubuh, penyimpangan perilaku, delirium, demensia dan depresi (Hurlock, 1999 dalam Affandi, 2008). Depresi merupakan suatu sindrom yang ditandai dengan sejumlah gejala klinik yang manifestasinya bisa berbeda-beda pada masing-masing individu (Amir, 2010).

Depresi pada Lansia terus menjadi masalah kesehatan mental yang serius. Salah satu faktor penyebab depresi pada lansia yaitu depresi pada pasca kuasa atau *post power syndrome* karena adanya perubahan yang berkaitan dengan pekerjaan atau kekuasaan (Azizah, 2011). Relaksasi merupakan suatu cara untuk menenangkan dan mengendurkan otot-otot ditubuh untuk mencapai keadaan relaks yang dalam agar tercapai penetralisiran keadaan ansietas dan ketegangan (Adikusumo, 2010). Metode relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri, ketegangan otot, rasa jenuh dan kecemasan sudah banyak diteliti, namun pengaruh relaksasi dalam aktivitas kelompok lansia terhadap depresi Lansia *post power syndrome* masih belum banyak diterapkan dan perlu penjelasan.

Tabel 1.1: Skala populasi Lansia dan depresi pada Lansia

Kategori	Tahun	Jumlah	Prezentasi
Lansia			
Di Dunia (WHO)	2011	142 juta jiwa	8%
Di Indonesia	2011	19,5 juta jiwa	8,2%
Di Jawa Timur	2011	2.245.703 jiwa	9,36%
Di Surabaya	2012	48.455 jiwa	2,5%
Di RW V Mojo Gubeng Surabaya	2012	150 jiwa	0,3%
Depresi			
Di dunia	2011	19.170.000 jiwa	13,5%
Di Indonesia	2011	14.497.000 jiwa	76,3%
Di Jawa Timur	2010	925.229 jiwa	41,2%
Di Surabaya	2010	13.155 jiwa	26,6%
Di RW V Mojo Gubeng Surabaya	2012	46 jiwa	30,6%

Sumber: Anna (2012) dan Infokomunika (2011)

Pekerjaan membawa kepuasan tersendiri karena disamping mendapatkan uang dan fasilitas, dapat juga memberikan nilai dan kebanggaan pada diri sendiri (karena berprestasi ataupun kebebasan menuangkan kreativitas). Namun ada catatan, orang yang mengalami *problem* pada pekerjaannya (tatkala seseorang turun dari kekuasaan atau jabatan tinggi yang dimilikinya sebelumnya) biasanya justru akan membuat kondisi mental yang tidak stabil karena konsep diri yang negatif dan rasa kurang percaya diri terutama berkaitan dengan kompetensi diri dan keuangan/penghasilan. Apabila seseorang tidak mampu atau gagal dalam penyesuaian diri/beradaptasi karena hilangnya kebanggaan dirinya sejalan dengan hilangnya atribut dan fasilitas yang menempel pada dirinya selama masih menjabat, maka orang tersebut dapat jatuh dalam kondisi depresi. Selain itu, depresi juga dapat terjadi dikarenakan masalah harga diri.

Menurut teori aktivitas (*activity theory*), semakin orang dewasa lanjut aktif dan terlibat, semakin kecil kemungkinan mereka menjadi renta dan semakin besar kemungkinan mereka merasa puas dengan kehidupannya. Sehingga kita

sebagai perawat diharapkan memiliki peran untuk dapat menciptakan suatu keterpaduan antara berbagai proses yang dapat terjadi pada Lansia. Selain kesehatan fisik, perawat juga harus mampu mendukung mental lansia ke arah pemuasan pribadi sehingga seluruh pengalaman yang dilalui tidak menambah beban melainkan tetap memberikan rasa puas dan bahagia. Salah satu cara untuk mengurangi stres, ketegangan dan kecemasan pada Lansia yaitu dengan teknik relaksasi (Barbara, 1996; Wirahihardja, 2006). *The relaxation of care in group activity of middle age (ROC-GAMA)* merupakan salah satu terapi relaksasi dengan teknik *progressive muscle relaxation* yang dilakukan secara berkelompok bertujuan untuk menurunkan depresi *post power syndrome* pada Lansia 45-59 tahun (*middle age*). ROC-GAMA dipilih karena teknik ini mudah untuk dipelajari, dapat dilakukan kapanpun, tidak memerlukan biaya, mengandung beberapa komponen (aspek bio, psiko, sosio dan spritual) dan dilakukan secara berkelompok sehingga diharapkan dengan pemberian terapi ROC-GAMA, akan dapat menurunkan depresi pada lansia *post power syndrome*.

1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pemberian *the relaxation of care in group activity of middle age (ROC-GAMA)* terhadap depresi pada Lansia *post power syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menjelaskan pengaruh pemberian *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) terhadap depresi pada Lansia *post power syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi depresi Lansia *post power syndrome* sebelum dilakukan *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) di RW V Mojo Gubeng Surabaya.
2. Mengidentifikasi depresi Lansia *post power syndrome* setelah dilakukan *the relaxation of care in group activity of middle age* di RW V Mojo Gubeng Surabaya.
3. Membuktikan pengaruh *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) terhadap depresi Lansia *post power syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan pengaruh *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) terhadap depresi Lansia sehingga dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan komunitas yang berhubungan dengan kejadian depresi *post power syndrome*.

1.5.2 Manfaat praktis

1. Bagi Lansia

Pemberian *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) pada Lansia diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu cara yang efektif dalam menurunkan depresi pada lansia *post power syndrome*.

1. Bagi Institusi

Penelitian ini dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan komunitas yang berhubungan dengan kejadian depresi *post power syndrome*.

2. Bagi RW V Mojo Gubeng Surabaya

Efektifitas *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) pada Lansia yang mengalami depresi *post power syndrome* dapat diterapkan sebagai alternatif kegiatan bagi Lansia di RW V Mojo Gubeng Surabaya

3. Alternatif intervensi

Menambah wawasan tentang pentingnya *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) pada Lansia terutama Lansia yang mengalami depresi *post power syndrome* dan dapat digunakan sebagai alternatif intervensi non-farmakologis untuk mengendalikan depresi *post power syndrome*.

1.6 Keaslian Penelitian

Judul Penelitian	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
1. Perbedaan Tingkat Insomnia Lansia Sebelum Dan Sesudah Latihan Relaksasi Otot Progresif (progressive Muscle Relaxation) Di Bpstw Ciparay Bandung. (oleh Raini Diah Susanti)	<ul style="list-style-type: none"> - Latihan relaksasi otot progresif - Tingkat insomnia lansia 	<p>Kuantitatif</p> <p>quasi eksperiment</p> <p>penelitian dilakukan 1 minggu dengan pemberian perlakuan 7 kali.</p>	Ada perbedaan tingkat insomnia sebelum dan sesudah latihan relaksasi otot progressive
2. Teknik Relaksasi Otot Progresif pada Kecemasan Penderita Generalized Anxiety Disorder (GAD). (oleh Aziza Fitriah)	<ul style="list-style-type: none"> - Teknik relaksasi otot progresif - Tingkat kecemasan pada penderita GAD 	<p>Kualitatif</p> <p>Studi kasus</p> <p>2-4 minggu dlam tiap minggu dibagi 2-4 sesi.</p>	Teknik relaksasi otot progresif mampu menurunkan kecemasan pada penderita gangguan kecemasan menyeluruh
3. Pengaruh Relaksasi Progresif terhadap Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi Primer Di RSUD Kab. Kediri. 2011 (oleh Ikhwan Khosasih)	<ul style="list-style-type: none"> - Relaksasi progresif - Tekanan darah - <i>Arterial pressure</i> 	<p>Kuantitatif</p> <p>Pra- eksperiment</p> <p>2 kali dalam seminggu selama 1 minggu.</p>	Tekanan drah menurun (sistole) pada penderita hipertensi primer namun tidak berpengaruh terhadap diastole
4. Efektivitas Relaksasi Otot Progresif Untuk Menurunkan Tingkat Stres Pada Pengasuh Lanjut Usia Di Pantj Werdha Hargodedali. 2010 (oleh Dian Oktavianis)	<ul style="list-style-type: none"> - Teknik relaksasi otot progresif dan visualisasi - tingkat stres pengasuh lansia 	<p>Kuantitatif</p> <p>quasi eksperiment</p>	Relaksasi Otot Progresif berpengaruh atau efektif untuk menurunkan tingkat stres biologis pada pengasuh lanjut usia di Pantj Werdha Hargodedali

Judul Penelitian	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
5. Pengaruh Progressive Muscle Relaxation terhadap Penurunan Keluhan Mual Muntah Setelah Kemoterapi pada Pasien Kanker Payudara di Rumah Sakit Kanker Dharmais Tahun 2011(oleh Sisnita Venny Oktavia)	<ul style="list-style-type: none"> - Teknik progressive muscle relaxation - Keluhan mual muntah setelah kemoterapi pada pasien kanker payudara 	Kuantitatif quasi eksperiment	PMR dapat menurunkan mual muntah setelah kemoterapi pada kanker payudara di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta
6. Pengaruh Teknik Relaksasi terhadap Perubahan Status Mental Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. (oleh Erviana Kustanti)	<ul style="list-style-type: none"> - Teknik progressive muscle relaxation - Status Mental Klien Skizofrenia 	Kuantitatif quasi eksperiment	Teknik relaksasi berpengaruh terhadap perubahan status mental klien skizofrenia di rumah sakit jiwa daerah Surakarta
7. Pengaruh teknik relaksasi otot progresif terhadap penurunan tekanan darah sistolik pada lansia dengan hipertensi di wilayah kerja puskesmas air tawar barat padang. 2010 (oleh Aini Zuriati)	<ul style="list-style-type: none"> - teknik relaksasi otot progresif - tekanan darah sistolik pada lansia dengan hipertensi 	Kuantitatif pra- eksperiment	Teknik relaksasi otot progresif berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah sistolik pada lansia dengan hipertensi di wilayah kerja puskesmas air tawar barat padang

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi lansia

Lansia merupakan suatu proses alami yang ditentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa. Menurut UU No.13 tahun 1998 pasal 1, seseorang dinyatakan sebagai lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas (Azizah, 2011). Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia (Keliat, 1999 dalam Maryam, 2008). Menurut (Surini & Utomo 2003 dalam Azizah, 2011) lanjut usia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang akan dijalani semua individu, ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan.

Menurut (WHO, 1999 dalam Azizah, 2011) dikatakan usia lanjut tergantung dari konteks kebutuhan yang tidak dipisah-pisahkan. Konteks kebutuhan tersebut dihubungkan secara biologis, sosial, dan ekonomi dan dikatakan usia lanjut dimulai paling tidak saat masa puber dan prosesnya berlangsung sampai kehidupan dewasa (Depkes RI, 2003).

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2010), lanjut usia (lansia) adalah tahap masa tua dalam perkembangan individu dengan batasan usia 60 tahun ke atas. Lansia adalah sebagai usia yang rentan terhadap bermacam masalah kesehatan (fisik dan psikis). Sedangkan menurut (Brunner & Suddart, 2001 dalam Azizah, 2011) pengertian lansia tergantung kerangka pandangan individu. Orang tua yang berusia 35 tahun dapat dianggap tua bagi anaknya dan tidak muda lagi. Orang sehat aktif berusia 65 tahun mungkin menganggap usia 75 tahun sebagai

permulaan lanjut usia. Pada tahap ini seseorang akan mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun mental, khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya. Glascock dan Feinman (1981); Stanley and Beare (2007) dalam Azizah (2011), menganalisis kriteria lanjut usia dari 57 negara di dunia dan menemukan bahwa kriteria lansia yang paling umum adalah gabungan antara usia kronologis dengan perubahan dalam peran sosial dan diikuti oleh perubahan status fungsional seseorang.

2.1.2 Klasifikasi lansia

Menurut Maryam (2008) Lansia diklasifikasikan menjadi:

1. Pralansia (prasenilis) yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
2. Lansia yaitu seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
3. Lansia resiko tinggi yaitu seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih, atau seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan (Depkes RI, 2003)
4. Lansia potensial yaitu Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa (Depkes RI, 2003).
5. Lansia tidak potensial yaitu Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Depkes RI, 2003).

Sedangkan menurut WHO (Azizah, 2011) batasan umur lansia yaitu:

1. Usia pertengahan (*middle age*) yaitu usia 45-59 tahun
2. Lanjut usia (*elderly*) yaitu antara usia 60-74 tahun
3. Usia lanjut tua (*old*) yaitu antara 75-90 tahun
4. Usia lanjut sangat tua (*very old*) yaitu usia di atas 90 tahun.

2.1.3 Proses penuaan

Proses penuaan terdiri atas teori-teori tentang penuaan, aspek biologis pada proses menua, proses penuaan pada tingkat sel, proses penuaan menurut sistem tubuh, dan aspek psikologis pada proses penuaan.

Ageing process (proses menua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Constantindes, 1994; Darmojo, 2004 dalam Azizah 2011).

Proses menua merupakan proses yang terus menerus (berlanjut) secara alamiah. Menua bukanlah suatu penyakit melainkan proses berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi stressor dari dalam maupun luar tubuh. Banyak faktor yang mempengaruhi penuaan seseorang seperti genetik (keturunan), asupan gizi, kondisi mental, pola hidup, lingkungan, dan pekerjaan sehari-hari (Azizah, 2011).

2.1.4 Teori penuaan (Maryam, 2008)

1. Teori Biologis

1) Teori jam genetik

Menurut Hay Ick (1965) secara genetik sudah terprogram bahwa material di dalam inti sel dikatakan bagaikan memiliki jam genetik terkait dengan frekuensi mitosis. Teori ini didasarkan pada kenyataan bahwa spesies-spesies tertentu memiliki harapan hidup (*live span*) yang tertentu pula. Manusia yang memiliki rentang kehidupan maksimal sekitar 110 tahun,

sel-selnya diperkirakan hanya mampu membelah sekitar 50 kali, sesudah itu akan mengalami *deteriorasi*.

2) Teori interaksi seluler

Bahwa sel-sel satu sama lain saling berinteraksi dan memengaruhi

3) Teori mutagenesis somatik

Bahwa begitu terjadi pembelahan sel (mitosis), akan terjadi “mutasi spontan” yang terus menerus berlangsung dan akhirnya mengarah pada kematian sel.

4) Teori eror katastrop

Bahwa eror akan terjadi pada struktur DNA, RNA, dan sintesis protein.

5) Teori pemakaian dan keausan

Teori biologis yang paling tua adalah teori pemakaian dan keausan (*tear and wear*), dimana tahun demi tahun hal ini berlangsung dan lama-kelamaan akan timbul *deteriorasi*.

2. Teori Psikososial

1) Disengagement theory

Kelompok teori ini dari dimulai dari Universitas of Chicago, yaitu *disengagement theory*, yang menyatakan bahwa individu dan masyarakat mengalami *disengagement* dalam suatu mutual *withdrawal* (menarik diri). Memasuki masa tua, individu mulai menarik diri dari masyarakat, sehingga memungkinkan individu untuk menyimpan lebih banyak aktivitas-aktivitas yang berfokus pada dirinya dalam memenuhi kestabilan pada stadium ini.

2) Teori aktivitas

Menekankan pentingnya peran serta dalam kegiatan masyarakat bagi kehidupan seorang Lansia. Dasar teori ini adalah bahwa konsep diri seseorang bergantung pada aktivitasnya dalam berbagai peran. Apabila hal ini hilang, maka akan berakibat negatif terhadap kepuasan hidupnya.

3) Teori kontinuitas

Berbeda dari kedua teori sebelumnya, disini ditekankan pentingnya hubungan antara kepribadian dengan kesuksesan hidup lansia. Menurut teori ini, ciri-ciri kepribadian individu berikut strategi kopingnya telah terbentuk lama sebelum seseorang memasuki usia lanjut.

4) Teori subkultur

Rose (1962) mengatakan bahwa lansia sebagai kelompok yang memiliki norma, harapan, rasa percaya, dan adat kebiasaan tersendiri, sehingga dapat digolongkan suatu subkultur.

5) Teori stratifikasi usia

Teori ini yang dikemukakan oleh Riley (1972) yang menerangkan adanya saling ketergantungan antara usia dengan struktur sosial.

6) Teori penyesuaian individu dengan lingkungan

Teori ini dikemukakan oleh Lawton (1992). Menurut teori ini, bahwa ada hubungan antara kompetensi individu dengan lingkungannya. Kompetensi disini berupa segenap proses yang merupakan ciri fungsional individu, antara lain kekuatan ego, keterampilan motorik, kesehatan biologis, kapasitas kognitif dan fungsi sensorik.

2.1.5 Karakteristik lansia

Menurut (Keliat, 1999 dalam Maryam, 2008), lansia memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan Pasal 1 ayat (2) UU No. 13 tentang Kesehatan).
2. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.
3. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

2.2 Konsep *Post Power Syndrome*

2.2.1 Definisi *post power syndrome*

Post power syndrome merupakan sekumpulan gejala yang muncul ketika seseorang tidak lagi menduduki suatu posisi sosial yang biasanya satu jabatan dalam institusi tertentu. *Post power syndrome* adalah gejala yang terjadi dimana penderita hidup dalam bayang-bayang kebesaran masa lalunya.

Post power syndrome adalah gejala-gejala bersifat negatif yang umumnya terjadi pada orang-orang yang tadinya mempunyai kekuasaan atau menjabat suatu jabatan, namun ketika sudah tidak menjabat lagi, seketika itu terlihat gejala-gejala kejiwaan atau emosi yang kurang stabil. *Post power syndrome* bukanlah penyakit, melainkan suatu gejala yang muncul pada diri seseorang ketika orang tersebut tidak lagi menduduki suatu posisi sosial, seperti jabatan atau seseorang yang masih hidup dalam bayang-bayang kejayaan masa lalunya. *Post power syndrome* dapat menyerang siapapun, baik pria maupun wanita (Infoaskes, 2012).

Post power syndrome hampir selalu dialami terutama seseorang yang menjelang masa pensiun, mengalami PHK atau hal lain yang menyebabkan kehilangan pekerjaan. Pada kasus-kasus tertentu, dimana seseorang tidak mampu menerima kenyataan yang ada, ditambah dengan tuntutan hidup yang terus mendesak, dan dirinya adalah satu-satunya penopang hidup keluarga, resiko terjadi *post power syndrome* akan semakin besar. Stres, depresi, tidak bahagia, merasa kehilangan harga diri dan kehormatan adalah beberapa hal yang dialami seseorang yang terkena *post power syndrome*.

2.2.2 Penyebab terjadinya *post power syndrome*

Menurut Turner & Helms (1998) dikutip dalam Handayani (2011) penyebab berkembangnya *post power syndrome* pada seseorang:

1. Kehilangan jabatan yaitu kehilangan harga diri karena hilangnya jabatan seseorang merasa kehilangan perasaan memiliki atau dimiliki, artinya dengan jabatan pula seseorang merasa menjadi bagian penting dari institusi dan merasa lebih yakin atas dirinya, karena mendapat pengakuan atas kemampuannya serta merasa puas akan kepemilikan kekuasaan yang terkait dengan jabatan yang diemban.
2. Kehilangan hubungan dengan kelompok eksklusif. Seseorang kadangkala mengidentifikasikan dirinya dengan kelompok sosial yang berarti bagi dirinya atau dibanggakannya. Dalam hal ini kelompok sosial bisa kelompok bisnis atau kelompok seprofesinya. Terjadinya pensiun, maka seseorang kehilangan identitasnya sehingga harus mengkonstruksi dan mengevaluasi identitas diri menjadi identitas diri yang baru yang lebih rendah arti dan kebanggaan.

3. Kehilangan kewibawaan atau kehilangan perasaan berarti dalam satu kelompok tertentu. Jabatan memberikan perasaan berarti yang menunjang peningkatan kepercayaan diri seseorang. Pekerjaan yang dilakukan sebelum pensiun mungkin merupakan pekerjaan yang dapat menimbulkan kepuasan dan keberartian diri bagi seseorang. Datangnya pensiun, berarti segala atribut yang dimiliki harus ditinggalkan termasuk pekerjaan yang menimbulkan kepuasan tersebut, maka seseorang perlu menyiapkan kegiatan pengganti agar kehilangan tersebut tidak menjadi masalah.
4. Kehilangan kontak sosial yang berorientasi pada pekerjaan, dengan jabatan yang jelas maka seseorang memiliki kerangka pelaksanaan tugas yang jelas, yang berpengaruh terhadap kontak sosial pula. Pensiun tentunya menyebabkan seseorang kehilangan sebagian besar kelompok sosialnya.
5. Kehilangan sebagian sumber penghasilan terkait dengan jabatan terdahulu. Bagi beberapa orang, tidak bekerja lagi berarti hilangnya sumber keuangan. Hal ini mengakibatkan berubahnya cara atau pola hidup seseorang dan keluarganya, yang sebelumnya hidup dengan berkecukupan atau berlebihan kini harus lebih hemat.

2.2.3 Gejala *post power syndrome*

Gejala *post power syndrome* bukanlah sebuah gejala positif dari aspek kejiwaan dimana seseorang yang mengalaminya menunjukkan ketidakmampuan dirinya untuk menyesuaikan diri dengan realita yang ada. Umumnya gejala tersebut tidak disadari oleh yang bersangkutan (Infoaskes, 2012).

Sedangkan menurut Dinsi (2006) adapun gejala-gejala *post power syndrome* antara lain:

1. Gejala fisik

Misalnya menjadi jauh lebih cepat terlihat tua dibandingkan waktu bekerja. Rambut didominasi warna putih (uban), berkeriput, dan menjadi pemurung, sering sakit, dan tubuhnya menjadi lemah.

2. Gejala emosi

Misalnya cepat tersinggung, kemudian merasa tidak berharga, ingin menarik diri dari lingkungan pergaulan, dan sebagainya.

3. Gejala perilaku

Misalnya malu untuk bertemu dengan orang lain, lebih mudah melakukan pola-pola kekerasan atau menunjukkan kemarahan baik di rumah atau di tempat lain.

2.2.4 Proses terjadinya *post power syndrome*

Post power syndrome adalah gejala yang terjadi di mana penderita hidup dalam bayang-bayang kebesaran masa lalunya (karirnya, kecerdasannya, atau hal yang lain), seakan-akan tidak bisa memandang realita yang ada saat ini. Selalu ingin mengungkapkan betapa begitu bangga akan masa lalunya yang dilaluinya dengan jerih payah yang luar biasa.

Ada banyak faktor yang menyebabkan terjadinya *post power syndrome*. Pensiun dini dan PHK adalah salah satu dari faktor tersebut. Bila orang yang mendapatkan pensiun dini tidak bisa menerima keadaan bahwa tenaganya sudah tidak dipakai lagi, walaupun menurutnya dirinya masih bisa memberi kontribusi yang signifikan kepada perusahaan, *post power syndrome* akan dengan mudah menyerang. Selain itu saat seseorang sadar bahwa usianya sudah termasuk usia

kurang produktif dan ditolak ketika melamar di perusahaan lain, *post power syndrome* yang menyerangnya akan semakin parah.

Perlu diingat bahwa kebiasaan hidup mewah dan berlaku sebagai atasan yang otoriter saat bekerja ikut memperberat risiko seseorang dengan *post power syndrome*.

Kejadian traumatik juga menjadi salah satu penyebab terjadinya *post power syndrome*, misalnya kecelakaan yang dialami oleh seorang pelari, yang menyebabkan kakinya harus diamputasi. Bila dia tidak mampu menerima keadaan yang dialaminya, dia akan mengalami *post power syndrome*. Apabila gejala terus dibiarkan berlarut-larut tentu saja akan berdampak negatif terhadap kesehatan, tidak hanya kesehatan fisik namun secara jiwapun akan muncul gangguan dan tidak mustahil gangguan jiwa yang lebih berat seperti depresi akan dideritanya.

Post power syndrome hampir selalu dialami terutama orang yang sudah lanjut usia dan pensiun dari pekerjaannya. Pada kasus-kasus tertentu, dimana seseorang tidak mampu menerima kenyataan yang ada, ditambah dengan tuntutan hidup yang terus mendesak dan dirinya adalah satu-satunya penopang hidup keluarga, resiko terjadinya *post power syndrome* yang berat semakin besar.

Beberapa kasus *post power syndrome* yang berat diikuti oleh gangguan jiwa seperti tidak bisa berpikir rasional dalam jangka waktu tertentu, depresi yang berat, atau pada pribadi-pribadi *introfert* (tertutup) terjadi psikosomatik (sakit yang disebabkan beban emosi yang tidak tersalurkan) yang parah (Unit Psikologi Rehab Medik RSDS, 2010).

2.3 Konsep Depresi

2.3.1 Definisi depresi

Depresi adalah suatu perasaan sedih dan pesimis yang berhubungan dengan suatu penderitaan. Dapat berupa serangan yang ditujukan kepada diri sendiri atau perasaan marah yang dalam (Nugroho, 2006 dalam Azizah, 2011). 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, kelelahan, rasa putus asa dan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri (Kaplan & Sadock, 1998 dalam Azizah, 2011).

Depresi adalah gangguan alam perasaan yang ditandai oleh kesedihan, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, perasaan kosong (Keliat, 1996 dalam Azizah, 2011). Menurut (Hawari, 1996 dalam Azizah, 2011) depresi adalah bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (*mood*), yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketidakgairahan hidup, perasaan tidak berguna, dan putus asa. Depresi adalah suatu kesedihan atau perasaan duka yang berkepanjangan (Stuart dan Sundeen, 1998 dalam Azizah, 2011).

Depresi merupakan salah satu diantara bentuk sindrom gangguan-gangguan keseimbangan *mood* (suasana perasaan). Orang dengan gangguan mood (*mood disorder*) yang parah atau berlangsung lama akan mengganggu kemampuan mereka untuk berfungsi dalam memenuhi tanggung jawab secara normal. Salah satu faktor penyebab depresi pada pasca kuasa adalah karena adanya perubahan yang berkaitan dengan pekerjaan atau kekuasaan (Azizah, 2011).

2.3.2 Faktor pencetus depresi

Terdapat empat sumber utama stresor yang dapat mencetuskan gangguan alam perasaan (Stuart & Sundeen, 1998 dalam Azizah, 2011):

1. Kehilangan keterikatan, yang nyata atau yang dibayangkan, termasuk kehilangan cinta, seseorang, fungsi fisik, kedudukan, atau harga diri. Karena elemen aktual dan simbolik melibatkan konsep kehilangan, maka persepsi pasien merupakan hal yang sangat penting.
2. Peristiwa besar dalam kehidupan sering dilaporkan sebagai pendahulu episode depresi dan mempunyai dampak terhadap masalah-masalah yang dihadapi sekarang dan kemampuan menyelesaikan masalah.
3. Peran dan ketegangan peran telah dilaporkan mempengaruhi perkembangan depresi, terutama pada wanita.
4. Perubahan fisiologik diakibatkan oleh obat-obatan atau berbagai penyakit fisik, seperti infeksi, neoplasma, gangguan keseimbangan metabolik, dan penyakit kronik yang melemahkan tubuh dapat mencetuskan gangguan alam perasaan. Perubahan tersebut memberikan dampak pada lansia yaitu mempengaruhi perasaan dan efek dimana hal tersebut dapat memberikan gejala depresi (Darmojo, 2010).

Menurut Amir (2005) beberapa faktor resiko yang berkontribusi dalam menyebabkan depresi pada lansia yaitu:

1. Jenis kelamin

Depresi lebih sering terjadi pada wanita. Ada dugaan bahwa wanita lebih sering mencari pengobatan sehingga depresi lebih sering terdiagnosis. Selain itu, ada pula yang menyatakan bahwa wanita lebih sering terpajan dengan

stresor lingkungan dan ambangnya terhadap stresor terhadap stresor lebih rendah bila dibandingkan dengan pria. Adanya depresi yang berkaitan dengan ketidakseimbangan hormon pada wanita menambah tingginya prevalensi depresi pada wanita.

2. Usia

Gejala depresi pada lansia prevalensinya tinggi dan semakin meningkat seiring bertambahnya umur lansia. Penelitian yang dilakukan oleh Suryo (2011) dengan judul “Gambaran depresi pada lansia di panti Wherda Dharma Bhakti Surakarta menunjukkan bahwa semakin tua lansia maka tingkat depresi lansia cenderung meningkat.

3. Status perkawinan

Gangguan depresi mayor lebih sering dialami individu yang bercerai atau berpisah bila dibandingkan dengan yang menikah atau lajang. Status perceraian menempatkan seseorang pada resiko yang lebih tinggi untuk menderita depresi.

4. Riwayat keluarga

Riwayat keluarga yang menderita gangguan depresi lebih tinggi pada subyek penderita depresi bila dibandingkan dengan kontrol. Resiko depresi semakin tinggi bila ada riwayat genetik dalam keluarga.

Sedangkan menurut (Samiun, 2006 dalam Azizah, 2011) ada 5 pendekatan yang dapat menjelaskan terjadinya depresi pada lansia yaitu:

1. Pendekatan Psikodinamik

Menurut Hawari (1996), seseorang yang kehilangan akan kebutuhan afeksional (*loss of love object*) dapat jatuh dalam kesedihan yang dalam.

Misalnya, seseorang yang kehilangan orang yang dicintainya (suami atau istri yang meninggal), kehilangan pekerjaan/jabatan dan sejenisnya, akan menyebabkan orang tersebut mengalami kesedihan yang mendalam, kekecewaan yang diikuti oleh rasa kesal, bersalah dan seterusnya yang pada gilirannya orang akan jatuh dalam depresi.

2. Pendekatan Perilaku Belajar

Salah satu hipotesis untuk menjelaskan depresi pada Lansia adalah individu yang kurang menerima hadiah (*reward*) atau penghargaan dan hukuman (*punishment*) yang lebih banyak dibandingkan individu yang tidak depresi (Lewinsohn, 1974; Libet & Lewinsohn, 1977; Samiun, 2006). Dampak dari kurangnya hadiah dan hukuman yang lebih banyak ini mengakibatkan Lansia merasakan kehidupan yang kurang menyenangkan, kecenderungan memiliki *self-esteem* yang kurang dan mengembangkan *self-concept* yang rendah.

3. Pendekatan Kognitif

Menurut Beck (1967); Samiun (2006) seseorang yang mengalami depresi karena memiliki kemapanan kognitif yang negatif (*negative cognitive sets*) untuk mengintrepetasikan diri sendiri, dunia dan masa depan mereka. Akibat dari persepsi yang negatif itu, individu akan memiliki *self-concept* sebagai orang yang gagal, menyalahkan diri, merasa masa depan suram dan penuh kegagalan. Masalah pada lansia yang depresi adalah kurangnya rasa percaya diri (*self-confidence*) akibat persepsi diri yang negatif (Townsend, 1998).

4. Pendekatan Humanistik-Eksistensial

Teori humanistik dan eksistensial berpendapat bahwa depresi terjadi karena adanya ketidakcocokan antara *reality self* dan *ideal self*. Individu yang menyadari jurang yang dalam antara *reality self* dan *ideal self* dan tidak dapat dijangkau, sehingga menyerah dalam kesedihan dan tidak berusaha mencapai aktualisasi diri. Menyerah merupakan faktor yang penting dalam terjadinya depresi.

5. Pendekatan Fisiologis

Teori fisiologis menerangkan bahwa depresi terjadi karena aktivitas neurologis yang rendah (*neurotransmitter norepinefrin* dan serotonin) pada sinaps-sinaps otak yang berfungsi mengatur kesenangan. Neurotransmitter ini memainkan peranan yang penting dalam fungsi hipotalamus, seperti mengontrol tidur, selera makan, seks dan tingkah laku motor (Sachar, 1982; Samiun, 2006), sehingga seringkali seseorang yang mengalami depresi disertai dengan keluhan-keluhan tersebut.

2.3.3 Faktor predisposisi depresi

Menurut (Stuart & Sundeen, 1998 dalam Azizah 2011) faktor predisposisi terjadinya depresi adalah:

1. Faktor genetik, dianggap mempengaruhi transmisi gangguan afektif melalui riwayat keluarga dan keturunan.
2. Teori agresi menyerang ke dalam, menunjukkan bahwa depresi terjadi karena perasaan marah yang ditunjukkan kepada diri sendiri.
3. Teori kehilangan objek, menunjuk kepada perpisahan traumatika individu dengan benda atau yang sangat berarti.

4. Teori organisasi kepribadian, menguraikan bagaimana konsep diri yang negatif dan harga diri rendah mempengaruhi sistem keyakinan dan penilaian seseorang terhadap stressor.
5. Model kognitif, menyatakan bahwa depresi merupakan masalah kognitif yang didominasi oleh evaluasi negatif seseorang terhadap diri seseorang, dunia seseorang, dan masa depan seseorang.
6. Model ketidakberdayaan yang dipelajari (*learned helplessness*)
7. Model perilaku, berkembang dari teori belajar sosial, yang mengasumsikan penyebab depresi terletak pada kurangnya keinginan positif dalam berinteraksi dengan lingkungan.
8. Model biologik, menguraikan perubahan kimia dalam tubuh yang terjadi selama depresi, termasuk defisiensi katekolamin, disfungsi endokrin, hipersekreksi kortisol, dan variasi periodik dalam irama biologis.

2.3.4 Ciri-ciri umum depresi

Menurut Nugroho (2006) gejala depresi yang terjadi pada umumnya adalah 1) pandangan kosong; 2) kurang atau hilangnya perhatian pada diri, orang lain, atau lingkungan; 3) inisiatif menurun; 4) ketidakmampuan berkonsentrasi; 5) aktivitas menurun; 6) kurangnya nafsu makan; 7) mengeluh tidak enak badan dan kehilangan semangat, sedih atau cepat lelah sepanjang waktu; 8) mungkin susah tidur di malam hari.

Menurut Meiliya & Ester (2002) tanda gejala dari depresi antara lain sebagai berikut:

1. Gangguan alam perasaan pervasif: 1) kesedihan, kehilangan semangat; 2) menangis; 3) ansietas, serangan panik; 4) murung; 5) iritabilitas; 6)

pernyataan merasa sedih, “*blue*”, tertekan dan perasaan tidak ada satupun yang menyenangkan.

2. Gangguan persepsi diri, lingkungan, masa depan: 1) menarik diri dari aktivitas-aktivitas biasa; 2) penurunan gairah seks; 3) ketidakmampuan mengekspresikan kesenangan; 4) perasaan tidak berharga; 5) ketakutan yang tidak beralasan; 6) delusi; 7) halusinasi.
3. *Vegetatif*: 1) peningkatan atau penurunan gerakan tubuh; 2) sulit tidur, terbangun dini hari; 3) kelelahan; 4) ketidakmampuan berkonsentrasi, berpikir jernih atau mengambil keputusan; 5) berpikir tentang kematian, bunuh diri atau upaya bunuh diri; 6) konstipasi; 7) takikardi.

2.3.5 Gejala depresi pada lansia

1. Kognitif

Sekurang-kurangnya ada 6 proses kognitif pada lansia yang menunjukkan gejala depresi. Pertama individu yang mengalami depresi memiliki *self-esteem* yang sangat rendah. Kedua, lansia selalu pesimis dalam menghadapi masalah dan segala sesuatu yang dijalannya menjadi buruk dan kepercayaan terhadap dirinya (*self-confident*) yang tidak adekuat. Ketiga, memiliki motivasi yang kurang dalam menjalani hidupnya. Keempat, membesar-besarkan masalah dan selalu pesimistik menghadapi masalah. Kelima, proses berpikirnya menjadi lambat. Keenam, generalisasi dari gejala depresi, harga diri rendah, pesimisme dan kurangnya motivasi.

2. Afektif

Lansia yang mengalami depresi merasa tertekan, murung, sedih, putus asa, kehilangan semangat, dan muram. Sering merasa terisolasi, ditolak dan tidak dicintai.

3. Somatik

Masalah somatik yang sering dialami lansia yang mengalami depresi seperti pola tidur yang terganggu, gangguan pola makan dan dorongan seksual berkurang.

4. Psikomotor

Gejala psikomotor pada lansia depresi yang dominan adalah retardasi motor. Sering duduk dengan terkulai dan tatapan kosong tanpa ekspresi, berbicara sedikit dengan kalimat datar dan sering menghentikan pembicaraan karena tidak memiliki tenaga atau minat yang cukup untuk menyelesaikan kalimat itu (Samiun, 2006 dalam Azizah, 2011).

2.3.6 Tingkat depresi

Menurut Beck dan Deck (1972) dalam Kushariyadi (2010), *Beck Depression Inventory* (BDI) merupakan skala dalam mengukur tingkat depresi pada Lansia, terdiri 13 kelompok gejala masing-masing kelompok gejala diberi penilaian antara 0-3 meliputi 1) kesedihan; 2) pesimisme; 3) rasa kegagalan; 4) ketidakpuasan; 5) rasa bersalah; 6) tidak menyukai diri sendiri; 7) membahayakan diri sendiri; 8) menarik diri dari sosial; 9) keragu-raguan; 10) perubahan gambaran diri; 11) kesulitan kerja; 12) keletihan; 13) anoreksia.

Selain dengan *Beck Depression Inventory* (BDI), skala pengukuran depresi pada Lansia dapat dilakukan dengan cara menggunakan *Geriatric Depression*

Scale (GDS). Alat ini diperkenalkan oleh Yasavage pada tahun 1983 dengan indikasi utama pada Lansia dan memiliki keunggulan mudah digunakan dan tidak memerlukan keterampilan khusus dari pengguna. Alat ini terdiri dari 30 poin pertanyaan dibuat sebagai alat penapisan depresi pada Lansia. GDS menggunakan laporan format sederhana yang diisi sendiri dengan menjawab “ya” atau “tidak” setiap pertanyaan yang memerlukan 5-10 menit untuk menyelesaikannya. Skor 0 – 10 menunjukkan tidak ada depresi, nilai 11 – 20 menunjukkan depresi ringan dan skor 21 – 30 termasuk depresi sedang/berat yang membutuhkan rujukan guna mendapat evaluasi psikiatrik terhadap depresi secara lebih rinci, karena GDS hanya merupakan alat penapisan (Azizah, 2011).

2.4 Konsep Relaksasi

2.4.1 Definisi relaksasi

Relaksasi adalah serangkaian upaya untuk menegangkan dan mengendurkan otot-otot ditubuh untuk mencapai keadaan relaks yang dalam agar tercapai penetralisiran keadaan ansietas dan ketegangan (Adikusumo, 2010). Teknik relaksasi merupakan strategi terapiutik yang diterima dan sering digunakan dalam psikoterapi, terutama pada pasien dengan gangguan kecemasan (Stuart, 2009).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa terapi relaksasi adalah salah satu bentuk terapi yang berupa pemberian intruksi kepada seseorang dalam bentuk gerakan-gerakan yang tersusun secara sistematis untuk merilekskan otot-otot dan mengembalikan dalam kondisi dari tegang ke keadaan relaks, normal, terkontrol, mulai dari gerakan tangan sampai kepada gerakan kaki. Kendornya otot-otot

tubuh yang tegang menjadi relaks (santai), maka akan tercipta suasana perasaan yang tenang dan nyaman. Perasaan yang tenang dan nyaman akan menopang lahirnya pola pikir dan tingkah laku yang positif, normal dan terkontrol.

2.4.2 Macam relaksasi

Relaksasi ditemukan dan dipelopori oleh Edmund Jacobson. Jacobson menemukan cara sistematis untuk menegangkan dan melemaskan berbagai kelompok otot dan membedakan berbagai sensasi dari tegang dan relaksasi. Seluruh ketegangan otot bisa dihilangkan dan tercapai suatu relaksasi dalam bukunya yaitu *Progressive Relaxation* terbit tahun 1929. Pengalaman-pengalaman berikutnya ditemukan bahwa selain timbul pengenduran otot-otot juga didapatkan penurunan tekanan darah, nadi, denyut jantung, serta frekuensi pernafasan seiring dengan relaksasi otot-otot.

Teknik terapi relaksasi dari Jacobson kini telah mengalami modifikasi sehingga terdapat beraneka ragam bentuk prosedur dan teknik. Ada yang menggunakan terapi ini digabungkan dengan *sensory awareness*, pasien dituntut untuk membayangkan dirinya berada dalam situasi-situasi yang diucapkan. Ada yang menggabungkan dengan hipnosis sehingga dijumpai hal ini dari sejak induksi relaksasinya sudah menggunakan hipnosis, ada yang menggunakan *methohexital sodium intravena* (Kraft) untuk mencapai relaksasi. Lazarus menggabungkan teknik ini dengan pernafasan. Relaksasi kini menggunakan pula elemen-elemen dari aliran meditasi ketimuran seperti yoga (Adikusumo, 2010).

Teknik relaksasi telah digunakan selama ribuan tahun. Agama kuno seperti agama hindu dan budha menggunakan (*attention-focussing exercises*) dan latihan pernapasan (*diaphragmatic relaxation breathing*) sebagai teknik relaksasi.

Penurunan ketegangan otot merupakan komponen dari banyak terapi komplementer yang digunakan dalam mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan. Misalnya, relaksasi otot (*muscle relaxation*) dan pencitraan (*guided imagery*). Banyak teknik yang ada untuk mempromosikan relaksasi otot. *Progressive muscle relaxation* (PMR) dikembangkan oleh Edmund Jacobson (Synder, 2006). Selain PMR juga telah digunakan teknik relaksasi lain seperti dalam hubungannya dengan *imagery*, *breathing retraining*, *autogenic training*, dan *biofeedback* (Stuart, 2009).

1. *Progressive Muscle Relaxation* (PMR)

Merupakan peregangan otot-otot secara sistematis dan merelaksasikan otot-otot utama pada tubuh. Peregangan dan relaksasi membuat kita lebih rileks pada awalnya. Menggunakan PMR, seseorang pada awalnya harus mengetahui bagaimana cara meregangkan dan membuat rileks beberapa otot pada tubuh (Herodes, 2010 dalam Setyoadi, 2011). *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) digunakan sebagai terapi untuk membantu meredakan beberapa gejala yang berkaitan dengan stress, seperti insomnia, hipertensi, sakit kepala dan nyeri punggung bawah. Teknik relaksasi otot progresif ini mungkin lebih unggul dari teknik lain, memperlihatkan pentingnya menahan respons stres dengan mencoba menegangkan dan merelaksasikan otot-otot tubuh (Widyastuti, 1999).

2. *Diaphragmatic Breathing*

Diaphragmatic breathing adalah bernafas dengan sangat dalam dengan ritme yang telah ditentukan. Saat bernapas, kita menggunakan otot pada diafragma untuk mengumpulkan oksigen ke dalam paru-paru. Kecemasan atau *autonomic arousal* seringkali membuat nafas menjadi pendek, lebih cepat. *Diaphragmatic*

breathing membuat nafas jadi lebih teratur dengan relaksasi yang lebih terpola. Untuk mempelajari terapi ini, seseorang harus merasa nyaman dalam posisi duduk dan tangan berada di lutut atau perut. Saat menghirup, kita harus dapat merasakan daerah dada kita mengembang, itu tandanya diafragma sedang mengikuti paru-paru.

3. *Attention-Focusing Exercises*

Cara relaksasi ini adalah dengan cara mengalihkan perhatian yang tidak mengenakan, ke perhatian yang lebih nyaman. Prosedur ini seperti meditasi, *guided imagery* dan hipnosis adalah cara relaksasi melalui mekanisme fokus perhatian (Davis et al, 1981 dalam Effendi 2002).

1) Meditasi

Fokus perhatian seseorang pada stimulus visual, stimulus audio, atau stimulus kinestetik. Menurut Effendi (2002) meditasi adalah “*inner dialog*”, jalan menuju diri sendiri, jalan menuju Tuhan, penyatuan di hadirat Sang Pencipta, penyatuan diri dengan Keabadian. Meditasi sering diartikan salah, dianggap sama dengan melamun sehingga meditasi dianggap hanya membuang waktu dan tidak ada gunanya. Padahal meditasi tidak sama dengan melamun. Meditasi justru merupakan suatu tindakan sadar karena orang yang melakukan meditasi tahu dan paham apa yang sedang ia lakukan.

Pengobatan medis kini juga telah mempergunakan meditasi sebagai basis penyembuhan fisik, termasuk orang-orang yang kecanduan narkoba atau hipertensi. Banyak penyakit yang secara medis tidak dapat disembuhkan dapat diatasi dengan meditasi yang berkesinambungan (Effendi, 2002). Meditasi

dapat mengubah sikap mental dan perubahan selalu menawarkan harapan-harapan baru, yang menyentuh hidup manusia.

2) *Guided imagery* atau latihan visualisasi

Seseorang memvisualisasikan atau membayangkan gambaran kesenangan (Davis et al, 1981). *Guided Imagery* adalah sebuah teknik yang menggunakan imajinasi dan visualisasi untuk membantu mengurangi stres dan mendorong relaksasi.

Menurut Patricia (1998) *guided imagery* adalah suatu teknik yang menggunakan imajinasi individu dengan imajinasi terpimpin untuk mengurangi stres. Sehingga fokus orang tersebut dialihkan dari stimulus yang membuat cemas. *Guided imagery* adalah proses yang menggunakan kekuatan pikiran dan menggerakkan tubuh untuk menyembuhkan diri dan memelihara kesehatan atau rileks melalui komunikasi dalam tubuh melibatkan semua indra meliputi sentuhan, penciuman, penglihatan, dan pendengaran (Sehono, 2010).

Guided imagery dapat digunakan pada berbagai keadaan antara lain menurangi stress dan nyeri, kesulitan tidur, alergi dan asma, pusing, *migraine*, hipertensi dan keadaan lain (Patricia, 1998). Teknik *guide Imagery* ini merupakan media yang sederhana dan tidak memerlukan biaya tambahan untuk menurunkan stress dan kecemasan serta dapat meningkatkan coping. *Guided Imagery* juga aman dan nyaman digunakan oleh berbagai kalangan usia, dari anak-anak sampai lansia. Teknik ini bertujuan mengembangkan relaksasi dan meningkatkan kualitas hidup.

3) *Hypnosis*

Fokus perhatian orang pada sugesti hipnotis dari terapis atau dari audiotape. Hipnosis (*hypnosis*) adalah sebuah prosedur dimana seorang praktisi mensugestikan perubahan sensasi, persepsi, pikiran, perasaan atau perilaku dari subjek (Kirsch & Lynn, 1995 dalam Wade & Tavris, 2007). Hipnosis merupakan sebuah pengalaman subjektif yang berbeda-beda pada setiap orang, namun umumnya mereka mengaku rileks, tenang, dan nyaman seolah-olah sedang bermimpi dan merasa malas untuk bangun. Hipnosis adalah kondisi otak yang normal sama seperti menjelang tidur. Jadi, pada dasarnya hipnotisme adalah keahlian komunikasi yang persuasif (Susilo, 2010).

Manfaat hipnosis antara lain untuk peningkatan kinerja otak yaitu bila otak menerima rangsangan yang tepat, ia akan bekerja dengan efektif. Hal ini menghasilkan kinerja yang lebih baik dari sebelumnya. Peningkatan kinerja otak akan disertai peningkatan kemampuan untuk fokus (konsentrasi), produktivitas dan kreativitas. Selain itu, manfaat dari hipnosis khususnya hipnoterapi antara lain mengatasi kurang percaya diri, menurunkan BB tanpa diet dan olahraga, fobia, depresi, cemas tanpa alasan, amnesia, melahirkan normal tanpa rasa sakit, dan lain sebagainya.

4. *Behavioral Relaxation Training*

Terapi perilaku adalah pendekatan klinis yang dapat digunakan untuk menangani bermacam-macam gangguan, dalam bermacam-macam gangguan setting khusus dan dengan bermacam-macam kelompok populasi. Kegelisahan, depresi, penyalahgunaan obat-obatan, gangguan makan, pelanggaran rumah

tangga, penyimpangan seksual, manajemen sakit, dan hipertensi berhasil ditangani melalui pendekatan ini.

2.4.3 *Progressive muscle relaxation*

Progressive muscle relaxation (PMR) menggunakan proses peregangan dan melepaskan kelompok otot mulai dari otot-otot wajah dan otot-otot pada kaki. Dengan PMR seseorang belajar teknik sistematis dalam mengontrol kecemasan dan ketegangan otot.

1. Tujuan Terapi *Progressive Muscle Relaxation*

Menurut Horodes (2010), Alim (2009), dan Potter (2005) dikutip dalam Setyoadi dan Kushariyadi (2011), tujuan dari teknik ini adalah untuk:

- 1) Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, laju metabolik;
- 2) Mengurangi disritmia jantung, kebutuhan oksigen;
- 3) Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan memfokuskan perhatian serta relaks;
- 4) Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi;
- 5) Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress;
- 6) Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, fobia ringan, gagap ringan, dan
- 7) Membangun emosi positif dari emosi negatif.

2. Indikasi Terapi *Progressive Muscle Relaxation*

Lansia yang mengalami gangguan tidur (*insomnia*), Lansia yang sering mengalami stres, Lansia yang mengalami kecemasan dan Lansia yang mengalami depresi.

3. Kontraindikasi Terapi *Progressive Muscle Relaxation*

Lansia yang mengalami gangguan otot, keterbatasan gerak, misalnya tidak bisa menggerakkan badannya dan Lansia yang mengalami perawatan tirah baring (*bed rest*).

4. Persiapan *Progressive Muscle Relaxation*

Persiapan alat dan lingkungan: kursi, bantal, tikar serta lingkungan yang tenang dan sunyi.

Persiapan klien:

- 1) Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur, dan pengisian lembar persetujuan terapi kepada klien;
- 2) Posisikan tubuh klien secara nyaman yaitu berbaring dengan mata tertutup atau duduk di kursi dengan kepala ditopang, hindari posisi berdiri;
- 3) Lepaskan asesoris yang digunakan seperti kacamata, jam dan sepatu;
- 4) Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau hal lain yang sifatnya mengikat ketat.

5. Prosedur *progressive muscle relaxation* (PMR) menurut (Nay, 2007) dan (Setyoadi & Kushariyadi, 2011):

Gerakan 1: ditujukan untuk melatih otot tangan

- 1) Mengepalkan tangan kuat-kuat hingga jari-jari dan tangan terasa tegang.
- 2) Tarik nafas pendek menjelang akhir waktu penegangan (setelah melakukan penegangan sekitar delapan hingga sepuluh detik).
- 3) Kemudian lemaskan ketegangan tadi sambil menghenbuskan nafas.
- 4) Rasakan bagaimana perubahan sensasi otot-otot tersebut ketika ketegangan itu dilepaskan.

5) Lakukan dua kali untuk tiap-tiap kelompok otot.

Gerakan 2: ditujukan untuk melatih otot lengan.

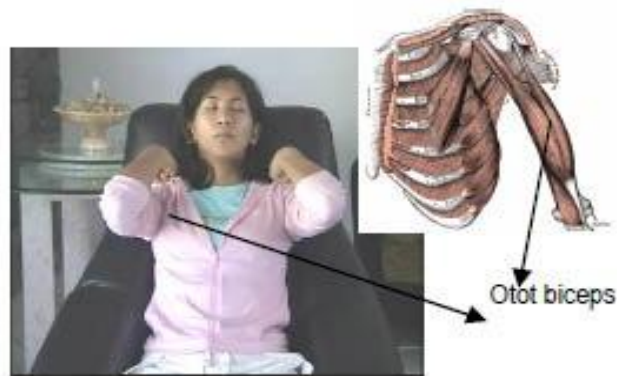
Tekankan lengan bawah untuk menegangkan lengan bagian bawah dan atas selanjutnya tarik nafas pendek dan rasakan sensasi ketegangan otot tersebut.



Gambar 1.1: Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 1 dan 2 (otot-otot tangan)

Gerakan 3: untuk melatih otot bicep (otot besar pada bagian atas pangkal lengan)

- 1) Genggam kedua tangan hingga menjadi kepalan.
- 2) Kemudian bawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot biceps akan menjadi tegang.



Gambar 1.2: Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 3 (otot-otot biceps)

Gerakan 4: untuk melatih otot bahu supaya mengendur

- 1) Angkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan akan hingga menyentuh kedua telinga.
- 2) Fokuskan perhatian gerakan pada kontras ketegangan yang terjadi di bahu, punggung atas dan leher, kemudian lepaskan.



Gambar 1.3: Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 4 (otot-otot bahu)

Gerakan 5 dan 6: ditujukan untuk merilekskan otot-otot wajah (otot dahi, mata, rahang, mulut).

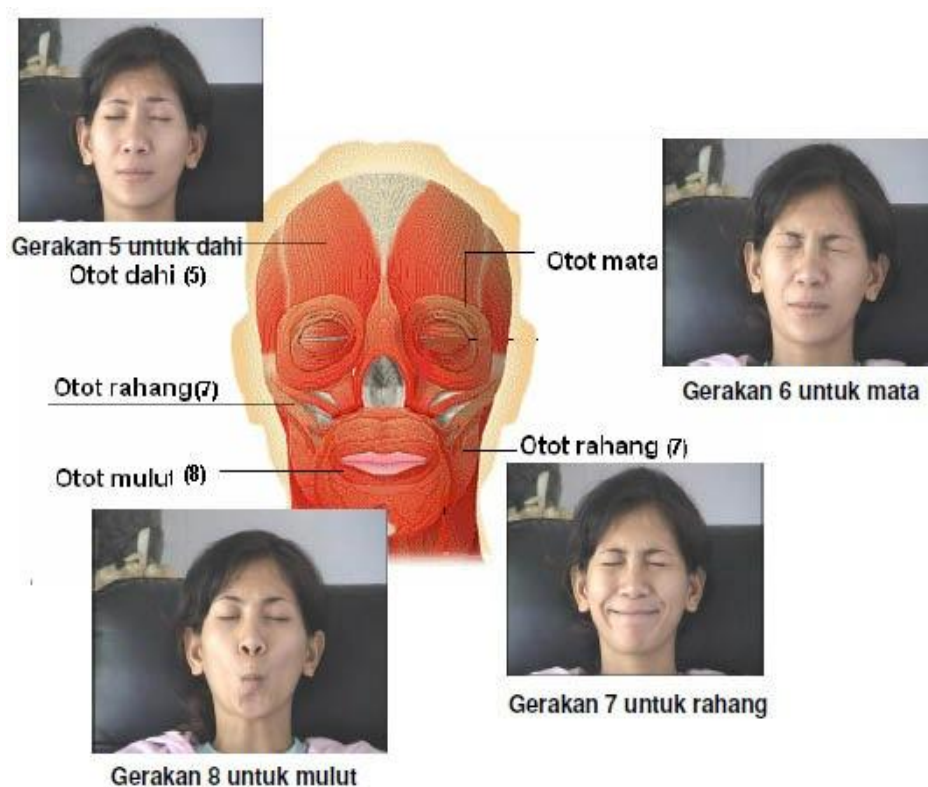
- 1) Gerakkan otot dahi dengan cara mengerutkan dahi dan alis setinggi mungkin. Setelah dilakukan dua kali, kernyitkan alis sekuat mungkin hingga membentuk huruf V.

2) Untuk menegangkan otot-otot kecil disekitar mata, tutup mata kuat-kuat seolah-olah menarik pipi ke alis mata. Rasakan ketegangan disekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata.

Gerakan 7: ditujukan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang, katupkan rahang diikuti dengan menggigit gigi sehingga menjadi ketegangan disekitar otot rahang.

Gerakan 8: ditujukan untuk mengendurkan otot-otot sekitar mulut.

Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan disekitar mulut.



Gambar 1.4: Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 5-8 (otot wajah, rahang, dan sekitar mulut)

Gerakan 9: ditujukan untuk merilekskan otot leher bagian belakang.

1) Gerakan diawali dengan otot leher yang bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan

- 2) Letakkan kepala sehingga dapat beristirahat.
- 3) Tekan permukaan pada permukaan bantalan kursi atau bantal sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan dibagian belakang leher dan punggung atas.

Gerakan 10: ditujukan untuk melatih otot leher bagian depan.

- 1) Gerakan membawa kepala ke muka
- 2) Benamkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka.

Gerakan 11: ditujukan untuk melatih otot punggung

- 1) Punggung dilengkungkan
- 2) Busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks.
- 3) Saat relaks, letakkan tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lemas.

Gerakan 12: ditujukan untuk merelakskan otot dada.

- 1) Tarik nafas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya.
- 2) Ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada sampai turun ke perut, kemudian dilepas.
- 3) Saat ketegangan dilepas, lakukan napas normal dengan lega.
- 4) Ulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dengan relaks.



Gambar 1.5: Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 9-12 (otot leher, punggung dan dada)

Gerakan 13: ditujukan untuk melatih otot perut.

- 1) Tarik dengan kuat perut ke dalam.
- 2) Tahan sampai menjadi kencang dan keras selama 10 detik, lalu dilepaskan bebas.
- 3) Ulangi kembali seperti gerakan awal untuk perut ini.

Gerakan 14: ditujukan untuk melatih otot-otot kaki (seperti paha, betis dan jari-jari kaki).

- 1) Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang.
- 2) Lanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke otot betis.
- 3) Tekuklah jari-jari sambil menegangkan telapak kaki dan jari-jari kaki sekuat mungkin.

- 4) Tahan masing-masing posisi tegang selama 10 detik, lalu dilepas.
- 5) Ulangi setiap gerakan masing-masing 2 kali.



Gambar 1.6: Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 13-14 (otot perut dan kaki)

2.4.4 Definisi *the relaxation of care in group activity of middle age (ROC-GAMA)*

Terapi ROC-GAMA merupakan teknik relaksasi yang diberikan pada aktivitas kelompok dimana peserta yang mengikuti terapi ini adalah *middle age* (Lansia usia 45-59 tahun) menggunakan teknik *Progressive Muscle Relaxation*. Diharapkan dengan pemberian tindakan relaksasi ROC-GAMA ini gangguan psikologis terutama depresi yang terjadi akibat perubahan yang dialami dalam pekerjaan seperti saat seseorang turun dari kekuasaan atau jabatan tinggi yang dimiliki sebelumnya dapat diturunkan dan dilalui dengan mudah oleh para Lansia.

ROC-GAMA merupakan suatu teknik relaksasi yang memiliki beberapa komponen dan mencakup dari semua aspek (bio, psiko, sosio dan spritual). Aspek biologis dalam ROC-GAMA ialah dimana ROC-GAMA merupakan suatu teknik

relaksasi dengan teknik *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) yaitu dengan merelaksasikan otot-otot utama pada tubuh untuk mengontrol emosi seseorang dengan mengontrol 14 otot tubuh, otot-otot ditegangkan dan direksasikan dengan gerakan 1 sampai dengan gerakan 14. Aspek psikologis dari ROC-GAMA dapat dilihat pada saat setelah dilakukan teknik ini, anggota diberikan waktu untuk melakukan *sharing* atau *expression of feelings*, dengan *sharing* diharapkan setiap anggota dapat mengekspresikan segala emosi dan perasaan yang sedang dirasakan sebelum dan sesudah diberikan tindakan ROC-GAMA.

Aspek sosial, ROC-GAMA merupakan suatu teknik relaksasi yang dilakukan secara berkelompok. Kelompok adalah kumpulan individu dua orang atau lebih. Kelompok dapat dikategorikan dengan berbagai cara, antara lain berdasarkan konseptual dari kelompok tersebut, berdasarkan tujuan dan penanganan serta berdasarkan jumlah dari anggota kelompok atau hubungan interpersonal anggotanya (Boyd & Nihart, 1998). Psikoterapi kelompok adalah terapi dengan orang-orang yang emosinya sakit dipilih dengan teliti dipertemukan didalam kelompok yang dipandu oleh terapis terlatih dan saling membantu satu sama lain memengaruhi perubahan kepribadian (Kaplan & Sadock, 2010). Dengan berkelompok maka akan terjadi interaksi sosial yang dinamis antar tiap anggota. Secara umum dapat dikatakan bahwa dengan ROC-GAMA ini akan menciptakan suatu interaksi sosial yang dinamis, yaitu mengarah pada kerjasama individu atau antar anggota kelompok.

Aspek spritual, dalam teknik ROC-GAMA intruksi yang diberikan selain untuk menegangkan dan merelaksasikan otot, peserta diminta untuk merasakan seluruh aktivitas yang ada seperti ketegangan dan kendor/relaksnya otot-otot

tubuh, ketenangan, dan meningkatkan kesadaran serta rasa syukur akan segala nikmat yang diberikan oleh Tuhan YME. Menurut Wilber (2002) dalam Hermansyah (2009), untuk menguatkan identitas seseorang agar lebih permanen pada level ini, biasanya diperlukan terapi eksistensial semacam meditasi, yoga dan terapi lainnya. Di sisi lain, meningkatkan kesadaran berarti melibatkan diri dalam hubungan mendalam dengan orang-orang lain, yang hasilnya akan memperkaya kesadaran internal (*inner awarness*) seseorang. ROC-GAMA memberikan asuhan keperawatan dengan melakukan pendekatan spiritual dalam pelaksanaannya, sehingga dapat membantu peserta untuk mencari identitas, menemukan arti kehidupan dan mengatasi sakit dan stres yang terjadi terus menerus dalam kehidupannya.

2.4.5 Mekanisme relaksasi

Relaksasi diciptakan setelah mempelajari sistem kerja saraf manusia, yang terdiri dari sistem saraf pusat dan sistem saraf otonom. Sistem saraf pusat berfungsi mengendalikan gerakan-gerakan yang dikehendaki, misalnya gerakan tangan, kaki, jari-jari dan leher. Sedangkan sistem saraf otonom berfungsi mengendalikan gerakan-gerakan yang otomatis (*self governing*), misalnya otot-otot halus (pengontrol pupil dan akomodasi lensa mata, dan gairah seksual), proses kardiovaskuler dan aktivitas berbagai kelenjar dalam tubuh. Sistem saraf otonom ini terdiri dari dua subsistem yaitu sistem saraf simpatis dan sistem saraf parasimpatis yang kerjanya saling berlawanan. Sistem saraf simpatis lebih aktif ketika tubuh membutuhkan energi. Misalnya pada saat terkejut, takut, cemas, atau berada dalam keadaan tegang.

Pada kondisi seperti ini hipotalamus di otak akan mengirimkan pesan ke kelenjar endokrin dalam dua jalur besar. Jalur pertama mengaktifkan bagian simpatetik pada sistem saraf otonom untuk melakukan respon “*lawan atau lari*”. Jalur kedua yaitu hipotalamus memicu aktifitas sepanjang axis HPA yang selanjutnya akan mengirim pesan-pesan ke bagian luar korteks dari kelenjar adrenal dan adrenal korteks akan mengeluarkan kortisol dan hormon-hormon lain (Tavris, 2007). Relaksasi merupakan salah satu teknik pengelolaan diri yang didasarkan pada cara kerja sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Teknik relaksasi semakin sering dilakukan karena terbukti efektif mengurangi ketegangan dan kecemasan.

Pemberian terapi relaksasi otot progresif akan mempengaruhi bagian simpatis dari saraf otonom dengan menurunkan aktivitas saraf simpatis yang mempengaruhi medula adrenal untuk menurunkan sekresi hormon katekolamin, meningkatkan vasodilatasi pembuluh darah, meningkatkan vaskularisasi yang pada akhirnya menurunkan kecemasan dan membuat suasana hati positif pada seseorang. Selain itu hipotalamus akan menurunkan sekresi *corticotropin releasing factor* (CRF) yang akan merangsang pituitary untuk menurunkan sekresi *adrenocorticotropin hormone* (ACTH). Kemudian ACTH melalui korteks adrenal menurunkan sekresi kortisol dan CRF juga merangsang pituitary untuk meningkatkan sekresi β endorfin yang dapat menimbulkan perasaan senang, menurunkan rasa nyeri, dan menghilangkan kegelisahan. Hal ini akan berpengaruh positif terhadap suasana hati pada seseorang sehingga akan terjadi perubahan *mood* atau emosi (Tavris, 2007).

2.4.6 Psikoneuroimunologi

Menurut Putra (1999), psikoneuroimunologi pada awal perkembangan dianggap sebagai kajian dari beragam ranah studi. Pemahaman ini didasarkan atas keterlibatan tiga bidang kajian, yaitu 1) psikologi; 2) neurologi; 3) imunologi. Secara historis konsep psikoneuronologi dikemukakan oleh R. Ader dan C. Holder sekitar tahun 1975 (Putra, 1999 dalam Nursalam, 2007). Psikoneuroimunologi muncul setelah adanya konsep pemikiran imunopatobiologis. Psikoneuroimunologi adalah istilah baru yang digunakan untuk untuk menanamkan kajian interaksi antara behavior, fungsi neuroendokrin dan sistem imun.

Psikoneuroimunologi berkembang menjadi suatu ilmu pengetahuan (sains), dengan paradigma yang yang jelas, yaitu model berfikir yang terfokus pada pencermatan modulasi sistem imun stres. Perkembangan psikoneuroimunologi di Indonesia diawali oleh penelitian Putra dan rekan-rekan (1992). Pengaruh latihan respon imun dilanjutkan pada tahun 1993, meneliti tentang pengaruh latihan fisik dan kondisi kejiwaan terhadap ketahanan tubuh. Penelitian tersebut berdasarkan pada konsep psikoneuroimunologi. Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa latihan fisik yang dilakukan secara teratur dengan dosis yang intermiten dan dilakukan dalam kondii yang menyenangkan akan meningkatkan respons imunitas, yaitu peningkatan IgM, IgA, monosit, subset T4 (*helper*), esterogen, kortisol, testosteron, dan ACTH. Mekanisme peningkatan ketahanan tubuh secara psikoneuroimunologi dapat dilihat dengan menghubungkan perubahan yang terjadi pada hormon neuropeptida yang melibatkan faktor kondisi kejiwaan (stres) dalam mekanisme perubahan

ketahanan tubuh. Kondisi kejiwaan tersebut digambarkan sebagai status emosi yang mencerminkan dasar konsep kelainan mental.

2.4.7 Psikoneuroimunologi sebagai hibrid disiplin

Pola pikir Ader (1964) menjiwai batasan PNI (psikoneuroimunologi). Dalam Siegel (1994), dimana Ader merupakan salah satu kontributornya, disebutkan bahwa terdapat tiga jenis stresor yang menimbulkan proses pembelajaran dan modulasi imunitas, yaitu stimulus, stres dan psikososial. Keterlibatan sistem saraf dalam imunoregulasi adalah pada kinerja sistem saraf yang menghasilkan proses pembelajaran menghasilkan kognisi tertentu yang mampu memodulasi respon imun. Pemahaman PNI sebagai bauran disiplin memunculkan pemahaman baru bahwa interaksi antara perilaku-neuroendokrin-sistem imun merupakan bentuk interaksi komplementer yang menyatu dalam satu paradigma.

2.4.8 Stres dan stresor

Stres merupakan suatu interaksi dan transaksi antara individu dengan lingkungan. Pendekatan ini telah dibatasi sebagai “model psikologi”, varian dari model psikologi ini didominasi teori stres kontemporer dan terdapat dua tipe yang dapat diidentifikasi: interaksional dan transaksional. Model psikologi ini menggambarkan stres sebagai suatu proses yang meliputi stresor dan ketegangan (*strain*) dengan menambahkan dimensi hubungan antara individu dan lingkungan. Interaksi antara manusia dengan lingkungan yang saling mempengaruhi disebut sebagai hubungan transaksional yang didalamnya terdapat proses penyesuaian. Stres bukan hanya suatu stimulus atau respons, tetapi juga agen aktif yang dapat

mempengaruhi stresor melalui strategi perilaku, kognitif, dan emosional. Individu akan memberikan reaksi stres yang berbeda pada stresor yang sama.

Selye (1983) dalam Nursalam (2007) menjelaskan respon stres dapat secara signifikan terkait dengan patologi fisik. Hal ini terjadi ketika individu sering berinteraksi dengan stresor dalam jangka waktu lama dan tingkat stres tinggi. Situasi paradoksial meningkat ketika respons stres lambat laun berkembang secara adaptif dalam waktu yang pendek. Hal ini meningkatkan kemampuan manusia untuk merespons secara aktif dalam lingkungan patologis. Meskipun demikian, dalam jangka waktu lama keadaan ini dapat menimbulkan berbagai penyakit. Selye mengatakan bahwa stresor menyebabkan munculnya sindrom adaptasi umum (GAS) melalui beberapa tahap berikut:

1. Tahap peringatan (*alarm stage*)

Tahap ini merupakan tahap reaksi awal tubuh dalam menghadapi berbagai stresor. Reaksi ini mirip dengan *fight or flight response* (menghadapi atau lari dari stres). Tubuh tidak dapat bertahan pada tahapan ini dalam jangka waktu lama.

2. Tahap adaptasi atau eustres (*adaptation stage*)

Tahap ini merupakan tahap dimana tubuh mulai beradaptasi dengan adanya stres dan berusaha mengatasi serta membatasi stresor.

3. Tahap kelelahan atau distres (*exhaustion stage*)

Tahap ini merupakan tahap dimana adaptasi tidak dapat dipertahankan karena stres yang berulang atau berkepanjangan sehingga berdampak pada seluruh tubuh.

Menurut pemahaman Putra (2004) dalam Nursalam (2007), semua stimulus yang mampu membangun proses pembelajaran dapat menghasilkan persepsi stres atau kognisi yang dapat memodulasi imunitas dapat digunakan dalam penelitian psikoneuroimunologi. Stresor jenis ini mencakup latihan fisik, renjatan listrik, gempa bumi, hipoksia (penurunan pasikan oksigen), iklim yang terlalu ekstrem (panas atau dingin), trauma, upaya yang berkepanjangan dalam melakukan suatu hal, respons terhadap peristiwa-peristiwa kehidupan, dan masih banyak lagi. Stresor merupakan sumber stres yang tidak selalu menimbulkan distress (stres berat), namun dapat membantu memunculkan keseimbangan baru (eustres).

2.4.9 Efek stresor terhadap imunitas

Pertama kali efek stresor terhadap imunitas telah dibuktikan oleh Ader dan Friedman pada tahun 1964 (Putra, 2004 dalam Nursalam, 2007). Penelitian tersebut membuka jendela hubungan antara psikologi perkembangan dan respons sistem imun terhadap stresor (Biondi, 2001 dalam Nursalam, 2007). Stresor adalah stimulus yang menimbulkan stres, sedangkan stres mempunyai triad, yaitu aktivasi, resisten (adaptasi), dan ekhausi (kelelahan). Jadi, stresor merupakan stimulus yang menyebabkan aktivasi, resisten (adaptasi), dan ekhausi (kelelahan), sinyal stresor dirambatkan mulai dari sel di otak (hipotalamus dan pituitari), sel di adrenal (korteks dan medula), yang akhirnya disampaikan ke sel imun. Tingkat stres yang terjadi pada jenis dan subset sel imun akan menentukan kualitas modulasi imunitas, baik alami maupun adaptif.

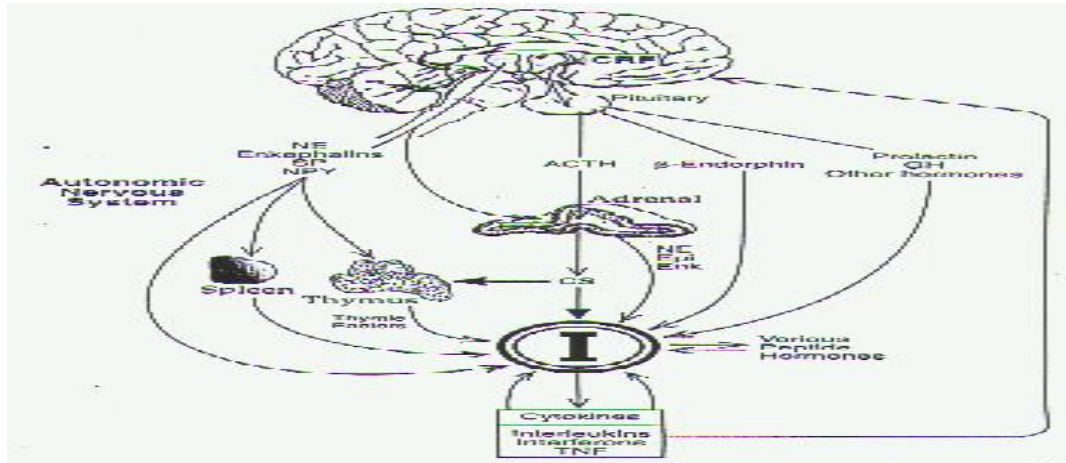
Triple S (stress, signaling, substance) yang banyak digunakan untuk merambatkan sinyal antara lain CRH, AVP, POMC, PNEK, *prodynorphin*,

ACTH, EPI, NE, glukokortikoid, atau secara makro meliputi neurohormonal, sitokin, dan reseptor atau *ligand*-nya serta substansi imunologis lain yang digunakan untuk mengantarkan sinyal (Lorton, 2001 dalam Nursalam, 2007). Keseimbangan sel T-*helper* (Th) 1 dan 2 dipengaruhi oleh glukokortikoid. Terdapat berbagai cara yang dilalui glukokortikoid dalam memodulasi sel Th. Cara tersebut diantaranya adalah menginduksi apoptosis, inaktivasi NF- κ B yang merupakan promotor sitokin, menghambat transkripsi gen IL-2 dan *downregulation* ekspresi *Major Histocompatibility Complex* (MHC) II, menekan produksi IL-2 dan INF-g, sementara itu pada saat yang sama glukokortikoid meningkatkan produksi IL-4.

Penelitian Jian (1990), Zwilling (1990), dan Sonnenfeld (1992) semakin menguatkan pernyataan bahwa aktivasi aksis HPA adalah bentuk respons terhadap stresor yang menekan ekspresi MHC II. Dalam penelitian selanjutnya dibuktikan bahwa glukokortikoid juga bekerjasama dengan hormon stres lain, termasuk katekolamin. Efek stresor pada tingkat ekhausi dapat menurunkan imunitas, baik alami maupun adaptif. Efek stresor ini sangat ditentukan oleh proses pembelajaran individu terhadap stresor yang diterima dan yang menghasilkan persepsi stres. Kualitas persepsi stres ini akan diketahui pada respons stres (Dhabhar & MCEwen, 2001 dalam Nursalam 2007).

Hal itu juga dilaporkan oleh Elyana Taat Putra (2001) bahwa renjatan listrik dapat menimbulkan kognisi yang mampu memodulasi imunitas pada mukosa tidak dilewati aksis HPA, tetapi melalui rambatan jalur CRF-CRFR1 limfosit di mukosa.

Hal ini menunjukkan bahwa aksis HPA bukan satu-satunya jalur yang menghubungkan selsaraf di otak dan sel imun.

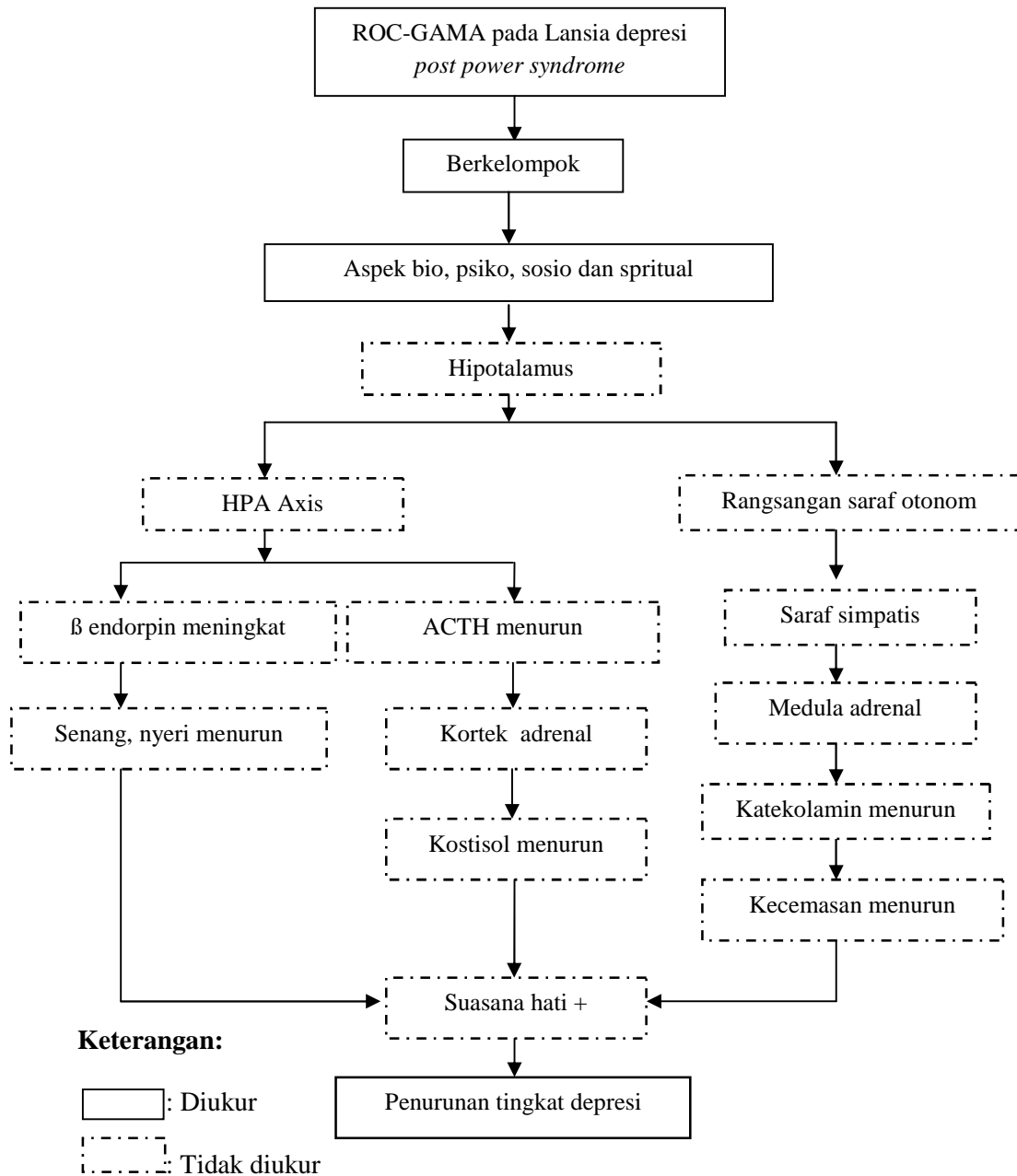


Gambar 2. 1 Mekanisme efek stresor terhadap imunitas

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3. 1 Kerangka konseptual pengaruh *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) terhadap tingkat depresi pada Lansia *post power syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya (Tavris, 2007)

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan mekanisme tingkat depresi dengan pemberian (ROC-GAMA) pada lansia dengan *post power syndrome*. Pada Lansia yang berusia 45-59 tahun cenderung akan mengalami gangguan keseimbangan emosional akibat kehilangan finansial, kehilangan status, kehilangan teman atau kenalan, kehilangan kegiatan atau pekerjaan yang berdampak menjadi keluhan-keluhan yakni *post power syndrome*.

Pada seseorang yang mengalami *post power syndrome* akan terdapat keluhan fisik, perubahan emosi dan perubahan sosial. Keadaan tersebut tidak menutup kemungkinan terjadinya depresi. Adanya *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) pada seseorang yang mengalami depresi *post power syndrome* maka akan menyebabkan rasa rileks. ROC-GAMA merupakan teknik relaksasi yang dilakukan secara berkelompok dan memiliki beberapa komponen antara lain bio, psiko, sosio dan spritual. Teknik relaksasi ini akan mempengaruhi hipotalamus yang kemudian akan mengaktifkan bagian simpatis pada saraf otonom dengan menurunkan aktivitas saraf simpatis yang mempengaruhi medula adrenal untuk menurunkan sekresi hormon katekolamin, meningkatkan vasodilatasi pembuluh darah, meningkatkan vaskularisasi yang pada akhirnya menurunkan kecemasan dan membuat suasana hati positif pada lansia. Selain itu hipotalamus akan menurunkan sekresi *cortisol releasing factor* (CRF) yang akan merangsang pituitary untuk menurunkan sekresi *adrenocorticotropin hormone* (ACTH).

Kemudian ACTH melalui korteks adrenal menurunkan sekresi kortisol dan CRF juga merangsang pituitary untuk meningkatkan sekresi β endorfin yang dapat menimbulkan perasaan senang, menurunkan rasa nyeri, dan menghilangkan

kegelisahan. Hal ini akan berpengaruh positif terhadap suasana hati pada lansia sehingga akan terjadi penurunan pada tingkat depresi (Tavris, 2007).

3.2 Hipotesis

H1: Ada pengaruh pemberian *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) terhadap tingkat depresi pada Lansia *post power syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah *quasy-eksperiment*, dimana penelitian bertujuan untuk menentukan pengaruh yaitu pemberian *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) pada satu kelompok yang mendapat perlakuan dan satu kelompok yang tidak mendapat perlakuan.

Tabel 4.1: Rancangan penelitian pengaruh *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) terhadap depresi pada Lansia *post power syndrome*.

Subyek	Pra	Perlakuan	Pasca-tes
K-A	O	L	OI-A
K-B	O	-	OI-B

Sumber Nursalam (2008)

Keterangan :

- K-A : Subyek (lansia depresi) perlakuan
- K-B : Subyek (lansia depresi) kontrol
- : Aktivitas lainnya (selain terapi ROC-GAMA)
- O : Observasi tingkat depresi sebelum terapi ROC-GAMA
- L : Intervensi ROC-GAMA
- OI(A+B) : Observasi tingkat depresi sesudah terapi ROC-GAMA (kelompok kontrol dan perlakuan)

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah semua Lansia yang mengalami depresi berusia 45-59 tahun di RW V Mojo Gubeng Surabaya bulan Desember 2012 sebanyak 28 orang.

4.2.2 Sampel penelitian

Sampel pada penelitian ini ditentukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yaitu karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2008).

1. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Bersedia menjadi responden
- 2) Lansia berusia 45-59 tahun yang mengalami depresi dan pernah menjabat.

2. Tidak Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Lansia yang menolak menjadi responden
- 2) Lansia yang mengalami gangguan pendengaran dan penglihatan
- 3) Lansia yang mengalami penurunan kesadaran, kurang komunikatif dan tidak kooperatif.

4.2.3 Besar sampel

Pengambilan sampel ini dengan rumus:

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan:

- N : Jumlah populasi
 n : Jumlah sampel
 d : Tingkat signifikansi

$$n = \frac{28}{1 + 28 (0,05)^2}$$

$$n = \frac{28}{1 + 28 (0,0025)}$$

$$n = \frac{28}{1 + 0,07}$$

$$n = \frac{28}{1,07} = 26,16$$

Besar sampel dalam penelitian ini adalah 26 orang.

4.2.4 Teknik pengambilan sampel

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dalam populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008). Penelitian ini menggunakan metode *non probability sampling* dengan teknik *purposive sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel dengan kriteria peneliti. Ditemukan jumlah sampel pada penelitian ini adalah 26 orang. Kemudian 26 responden dibagi menjadi 2 kelompok berdasarkan kriteria yang dimiliki responden, antara lain: tingkat depresi, usia, jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

4.3.1 Variabel independen

Variabel Independen merupakan variabel yang nilainya menentukan variabel lain variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel independen dalam penelitian ini adalah *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA).

4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen merupakan variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah depresi pada Lansia.

4.3.3 Definisi operasional

Menurut Nursalam (2008) definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan.

Tabel 4.2: Definisi Operasional pengaruh *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) terhadap tingkat depresi pada lansia *post power syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya.

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Ukur	Skor
Independen <i>the relaxation of care in group activity of middle age</i> (ROC-GAMA)	Suatu aktivitas rileksasi atau cara untuk mengurangi ketegangan dan stress melalui intruksi kepada seseorang dalam bentuk gerakan-gerakan yang sistematis yang dilakukan 2 kali seminggu dalam 2 minggu dengan alokasi waktu 30-40 menit setiap pertemuan.	1. Persiapan alat, lingkungan dan klien. 2. Prosedur Aspek biologis: 1) Gerakan 1: ditujukan untuk melatih otot tangan 2) Gerakan 2: ditujukan untuk melatih otot tangan bagian belakang. 3) Gerakan 3: ditujukan untuk melatih otot bisep. 4) Gerakan 4: ditujukan untuk melatih otot bahu. 5) Gerakan 5: ditujukan untuk melemaskan otot-otot wajah (dahi). 6) Gerakan 6: ditujukan untuk melemaskan otot-otot wajah (mata). 7) Gerakan 7: ditujukan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang. 8) Gerakan 8: ditujukan untuk melemaskan otot-otot sekitar mulut. 9) Gerakan 9: ditujukan untuk merilekskan otot leher bagian depan. 10)Gerakan 10: ditujukan untuk melatih otot leher bagian belakang. 11)Gerakan 11: ditujukan untuk melatih otot punggung. 12)Gerakan 12: untuk merelakskan otot dada. 13)Gerakan 13: ditujukan untuk melatih otot perut. 14)Gerakan 14: ditujukan untuk melatih otot kaki.	Format SPO	-	-

Aspek Psikologis
 - *Sharing*
 - *Expression of feelings*

Aspek Sosial
 - Berkelompok

Aspek Spiritual
 - Meningkatkan kesadaran
 - Mencari identitas
 - Menemukan arti kehidupan
 - Mengatasi sakit dan stres

Dependen Depresi	Suatu perasaan yang diakibatkan oleh perubahan emosi yang ditandai dengan kesedihan atau perubahan <i>mood</i> .	1. Kesedihan 2. Pesimisme 3. Rasa kegagalan 4. Ketidakpuasan 5. Rasa bersala 6. Tidak menyukai diri sendiri 7. Membahayakan diri sendiri 8. Menarik diri dari sosial 9. Keragu-raguan 10. Perubahan gambaran diri 11. Kesulitan kerja 12. Keletihan 13. Anoreksia	Kuesioner <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI)	Ordinal	Jika ditemukan jumlah : 0-4:Depresi tidak ada atau minimal (kode 1) 5-7: Depresi ringan (kode 2) 8-15: Depresi sedang (kode 3) 16: Depresi berat (kode 4)
----------------------------	--	---	--	---------	--

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen adalah alat ukur atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti cermat lengkap dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2006). Instrumen yang digunakan untuk variabel independen adalah modul relaksasi (ROC-GAMA).

Sedangkan instrumen yang digunakan untuk variabel dependen adalah *Beck Depression Inventory* (BDI) yaitu skala dalam mengukur tingkat depresi pada Lansia, terdiri 13 kelompok gejala masing-masing kelompok gejala diberi penilaian antara 0-3 meliputi 1) kesedihan; 2) pesimisme; 3) rasa kegagalan; 4) ketidakpuasan; 5) rasa bersalah; 6) tidak menyukai diri sendiri; 7) membahayakan diri sendiri; 8) menarik diri dari sosial; 9) keragu-raguan; 10) perubahan gambaran diri; 11) kesulitan kerja; 12) keletihan; 13) anoreksia, dengan pemberian skor 0-4 adalah depresi minimal atau tidak ada depresi, 5-7 adalah depresi ringan, 8-15 depresi sedang, 16 merupakan depresi berat.

4.4.1 Uji validitas dan reliabilitas

Untuk meningkatkan kualitas dari hasil penelitian, peneliti menggunakan uji validitas dan reliabilitas yang diujikan pada lansia di RW V Mojo Gubeng Surabaya di luar sampel yang akan diteliti. Uji validitas berguna untuk mengetahui apakah ada pernyataan-pernyataan pada kuesioner yang harus dibuang/diganti karena dianggap tidak relevan. Teknik yang digunakan untuk menguji validitas kuesioner yaitu menggunakan rumus *korelasi pearson product moment* dengan tingkat kemaknaan $p = 0,05$, sebagai berikut:

$$r = \frac{n(\sum XY) - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2][n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

r : Koefisien korelasi antara x dan y r_{xy}

n : Jumlah subyek

X : Skor item

Y : Skor total

X : Jumlah skor item

Y : Jumlah skor total

X^2 : Jumlah kuadrat skor item

Y^2 : Jumlah kuadrat skor total

Uji reliabilitas berfungsi untuk menetapkan apakah instrumen yang dalam hal ini kuesioner dapat digunakan lebih dari satu kali, paling tidak oleh responden yang sama akan menghasilkan data yang konsisten. Uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan metode *alpha cronbach* diukur berdasarkan skala *alpha cronbach* 0 sampai 1. Rumus untuk menghitung koefisien reliabilitas instrumen menggunakan *alpha cronbach* adalah sebagai berikut:

$$r = \left[\frac{k}{(k-1)} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Keterangan:

r : Koefisien reliabilitas instrumen (*cronbach alpha*)

k : Banyak butir pertanyaan atau banyaknya soal

b^2 : Total varians butir

t^2 : total varians

Jika skala itu dikelompokkan ke dalam lima kelas dengan reng yang sama, maka ukuran kemantapan *alpha* dapat diinterpretasikan sebagai berikut:

1. Nilai *alpha cronbach* 0,00 sampai 0,20 berarti kurang reliabel
2. Nilai *alpha cronbach* 0,21 sampai 0,40 berarti agak reliabel
3. Nilai *alpha cronbach* 0,42 sampai 0,60 berarti cukup reliabel
4. Nilai *alpha cronbach* 0,61 sampai 0,80 berarti reliabel
5. Nilai *alpha cronbach* 0,81 sampai 1,00 berarti sangat reliabel

Instrumen yang digunakan untuk mengukur depresi yaitu menggunakan *Beck Depression Inventory* (BDI) menggunakan lembar kuesioner berjumlah 13 item pernyataan. Hasil dari uji validitas dinyatakan semua item soal valid dengan nilai dan reliabilitas kuesioner tersebut yaitu r hitung 0,912 r tabel 0,600 sehingga semua item dinyatakan reliabel.

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.5.1 Lokasi penelitian

Penelitian akan dilakukan di balai RW V Mojo Gubeng Surabaya.

4.5.2 Waktu penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Desember 2012.

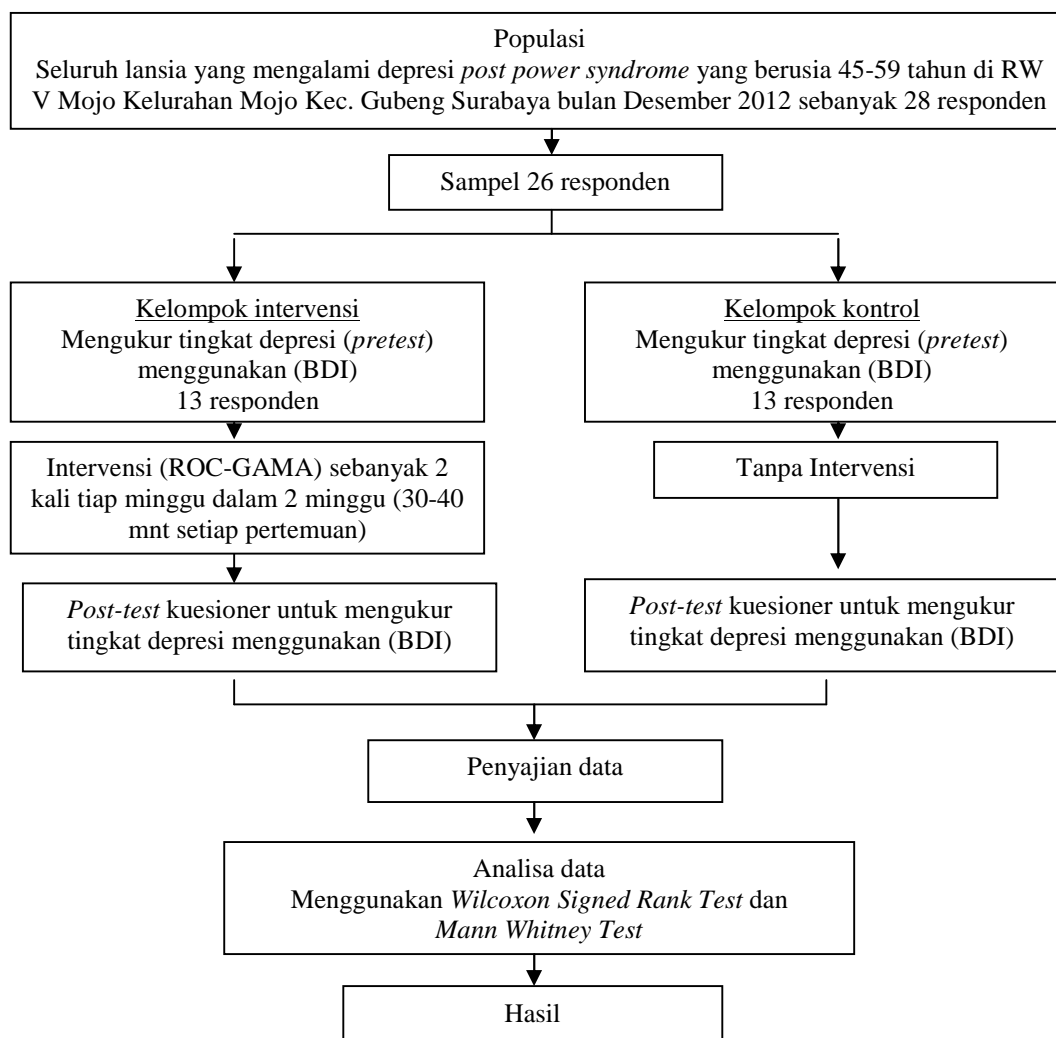
4.6 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008). Menurut Arikunto (2006), dalam penelitian perlu untuk menentukan cara bagaimana dapat memperoleh data mengenai variabel-variabel penelitian. Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapatkan ijin dari pihak RW V Mojo Gubeng Surabaya dengan surat pengantar studi awal dan penelitian dari akademik. Setelah mendapatkan ijin peneliti melakukan pengambilan data dengan dengan teknik interview terstruktur pada responden mengacu pada kriteria inklusi dan eksklusi. Calon responden didapatkan dengan cara melakukan *screening post power syndrome* terlebih dahulu, apabila sudah diketahui mengalami *post power syndrome* kemudian dilakukan *screening* ulang

untuk mengetahui tingkat depresi menggunakan BDI. Lembar permohonan menjadi responden diberikan kemudian menjelaskan maksud dan tujuan penelitian untuk kemudian disetujui dan ditandatangani oleh lansia yang bersedia menjadi responden.

Jumlah seluruh lansia yang bersedia menjadi responden akan dibagi menjadi 2 kelompok, 1 kelompok perlakuan dan 1 kelompok kontrol. Kelompok dibagi berdasarkan tingkat depresi, yang masing-masing kelompok memiliki kriteria atau karakteristik yang sama, baik usia, jenis kelamin dan status pendidikan, dan status perkawinan. Penelitian juga menggunakan rancangan *time series design* dimana responden diberikan *pre-test* untuk mengetahui tingkat depresi menggunakan BDI setiap kali sebelum dilakukam intervensi dan dilakukan *pos-test* setelah intervensi. Responden dengan kelompok perlakuan (13 responden) diberikan intervensi terapi relaksasi (ROC-GAMA) sebanyak 2 kali dalam seminggu selama 2 minggu di balai RW V Mojo Gubeng Surabaya dengan alokasi waktu 30-40 menit setiap pertemuan. Sedangkan kelompok kontrol tetap dengan kegiatan hariannya tanpa terapi ROC-GAMA. Kedua kelompok diberikan *post-test* dengan menggunakan BDI untuk mengetahui pengaruh terapi ROC-GAMA terhadap penurunan depresi pada lansia yang diberi perlakuan dan yang tidak diberi perlakuan (ROC-GAMA).

4.7 Kerangka Operasional



Gambar 4. 1 Kerangka operasional pengaruh *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) terhadap depresi pada Lansia *post power syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya.

4.8 Cara Analisis Data

Data yang telah terkumpul di analisa menggunakan perangkat lunak komputer untuk mengetahui adanya pengaruh *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) terhadap depresi lansia *post power syndrome*. Untuk menggambarkan data dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik menggunakan analisis deskriptif yaitu menyajikan data

seperti frekuensi, proporsi dan rasio, ukuran-ukuran kecenderungan pusat (rata-rata, median, modus) maupun ukuran-ukuran variasi. Uji statistik (analisis inferensial) yang digunakan adalah dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test*. Sedangkan untuk mengetahui perbedaan hasil intervensi pada kelompok perlakuan dan kontrol dilakukan uji statistik *Mann Whitney Test*. Penggunaan uji statistik tersebut dipilih dengan pertimbangan bahwa tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen dengan adanya kelompok kontrol.

Skala data yang digunakan adalah ordinal. Kedua uji statistik tersebut menggunakan tingkat kemaknaan $p = 0,05$ yang artinya jika hasil uji statistik menunjukkan nilai tersebut maka ada pengaruh yang signifikan antara variabel independen (terapi ROC-GAMA) dan variabel dependen (depresi pada lansia).

4.9 Etik Penelitian

Dalam penelitian ini yang menggunakan manusia sebagai subyek tidak boleh bertentangan dengan etika. Setelah mendapat persetujuan dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, peneliti melakukan penelitian dengan memperhatikan dan menekankan pada masalah etika seperti yang dijelaskan di bawah ini.

4.9.1 Surat persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan akan diberikan kepada lansia *middle age* di RW V Mojo Gubeng Surabaya yang akan diteliti dan memenuhi kriteria inklusi sebelum penelitian dilakukan. Setiap calon responden diberi penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian serta dimintai kesediaannya menjadi responden. Apabila

lansia di RW V Mojo yang akan diteliti bersedia menjadi responden, maka Lansia harus menandatangani surat persetujuan. Apabila tidak, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden. Keikutsertaan dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tanpa paksaan.

4.9.2 Tanpa nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan lansia RW V Mojo Gubeng Surabaya yang menjadi responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data. Peneliti hanya menggunakan kode responden pada lembar tersebut.

4.9.3 Kerahasiaan (*Confidentially*)

Kerahasiaan informasi lansia RW V Mojo Gubeng Surabaya yang diperoleh dijamin oleh peneliti, hanya data-data tertentu yang disampaikan tanpa menyebut nama responden yang menjadi sumber data.

4.10 Keterbatasan

Penelitian ini memiliki keterbatasan, antara lain:

1. Sulitnya mencari responden yang sesuai dengan karakteristik sampel, yaitu mendapatkan sampel dengan gejala *post power syndrome* yang pada dasarnya banyak Lansia yang menolak menjadi responden karena masih banyak aktivitas lain.
2. Penelitian hanya dilakukan pada lansia warga RW V Mojo Gubeng Surabaya sehingga hasil penelitian kurang dapat digeneralisasikan dan kurang dapat mewakili masalah yang diteliti.

3. Keterbatasan alat yang digunakan saat dilakukan penelitian seperti kursi/sofa dan bantal untuk menahan kepala saat terlentang.
4. Peneliti tidak menggunakan uji homogenitas dengan kolmogorov sminorve untuk membagi responden menjadi 2 kelompok.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil dan pembahasan dari pengumpulan data penelitian melalui *Beck Depression Inventory* (BDI). Penelitian dilakukan di RW V Mojo Gubeng Surabaya dengan jumlah responden 26 orang dan dilakukan mulai tanggal 04-18 Desember 2012. Data yang terkumpul kemudian di uji statistik dengan *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann Whitney Test* dengan tingkat signifikansi $p = 0,05$. Data yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk tabel, diagram, dan narasi.

Penyajian hasil diklasifikasikan dalam 3 bagian yaitu: 1) Gambaran umum lokasi penelitian; 2) Data umum karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, status pekerjaan dan status perkawinan; 3) Data khusus meliputi perubahan tingkat depresi pada Lansia *post power syndrome* pada kelompok eksperimental dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan intervensi berupa terapi *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA). Hasil tersebut selanjutnya dibahas sesuai dengan tujuan penelitian.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di RW V Mojo yang berlokasi di Jl. Mojo Gang V No.22 kecamatan Gubeng Surabaya, Jawa Timur. RW V memiliki 14 RT yang

pada tiap RT terdapat susunan organisasinya. Luas wilayah dari RW V yaitu \pm 8236 m² dengan jumlah warga sebanyak 8346 orang yang terdiri dari 2760 KK.

Fasilitas bangunan yang terdapat di RW V diantaranya Balai RW sebagai gedung serbaguna, terdapat 1 TK, 3 Sekolah Dasar dan 2 tempat penitipan anak. Kegiatan rutin yang dilaksanakan di RW V Mojo antara lain kegiatan PKK, Posyandu Lansia, Posyandu balita, senam lansia, pengajian tiap RT, rapat RW setiap 6 bulan, kerja bhakti tiap RT, dan olahraga seperti volly dan bulu tangkis. Mayoritas Lansia di RW V Mojo Gubeng Surabaya merupakan Lansia yang memiliki pekerjaan, ini diketahui dari pengambilan data awal bahwa gambaran warga RW V merupakan warga menengah ke atas yang memiliki pekerjaan tetap sebagai PNS atau swasta. Kegiatan untuk para Lansia di RW V antara lain mengikuti program posyandu Lansia yang dilakukan setiap bulan, senam Lansia setiap minggu dan lomba-lomba untuk Lansia namun Lansia di RW V ini tidak mempunyai tempat untuk mendapatkan informasi atau pengetahuan khusus tentang perkembangan kesehatan mental yang dapat menjadi bekal berharga dalam menempuh masa tuanya.

Ketiadaan sarana atau badan ini menyebabkan kontrol secara rutin atau berkala terhadap kesehatan mental lansia di RW V Mojo tidak ada, sehingga hal ini memungkinkan adanya kejadian depresi pada Lansia di RW V Mojo yang tidak terdeteksi dan tidak mendapatkan penanganan khusus terlebih bagi Lansia yang menjelang masa pensiun, mengalami penurunan jabatan, kehilangan pekerjaan atau pensiun dari pekerjaannya.

5.1.2 Data umum

Karakteristik demografi responden ini menguraikan tentang karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, status pekerjaan dan status perkawinan.

1. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5. 1 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin pada kelompok eksperimen dan kontrol di RW V Mojo Gubeng Surabaya pada tanggal 04-18 Desember 2012.

No.	Jenis Kelamin	Eksperimen		Kontrol	
		F	%	f	%
1	Wanita	11	85	11	85
2	Laki-Laki	2	15	2	15

Tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa pada kelompok eksperimen dan kontrol sebagian sebagian besar berjenis kelamin wanita yaitu 11 dari 13 orang responden (85%), dan 2 dari 13 responden berjenis kelamin laki-laki (15%).

2. Distribusi responden berdasarkan usia

Tabel 5. 2 Distribusi responden berdasarkan usia pada kelompok eksperimen dan kontrol di RW V Mojo Gubeng Surabaya pada tanggal 04-18 Desember 2012.

No.	Usia (Tahun)	Eksperimen		Kontrol	
		F	%	f	%
1	45-48	3	23	4	46
2	49-51	2	15	2	15
3	52-54	3	23	3	23
4	55-59	5	39	4	46

Tabel 5.2 menunjukkan kelompok eksperimen sebagian sebagian besar berusia 55-59 tahun yaitu 5 dari 13 orang responden (39%), sedangkan jumlah responden paling sedikit yaitu usia 49-51 sebanyak 2 orang (15%). Pada kelompok kontrol jumlah responden pada usia 55-59 tahun sebanyak 4 dari 13 orang responden (46%) dan pada usia 49-51 yaitu 2 orang responden (15%).

3. Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir

Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir pada kelompok eksperimen dan kontrol di RW V Mojo Gubeng Surabaya pada tanggal 04-18 Desember 2012.

No.	Pendidikan terakhir	Eksperimen		Kontrol	
		F	%	f	%
1	P. Tinggi	12	92	11	85
2	SMA/SPK	1	8	2	15

Dari tabel 5.3 di atas dapat diketahui bahwa pada kelompok eksperimen sebagian besar responden berpendidikan terakhir perguruan tinggi yaitu sebanyak 12 dari 13 orang responden (92%) dan berpendidikan SMA sebanyak 1 orang (8%). Begitu juga pada kelompok kontrol, sebagian besar responden berpendidikan terakhir perguruan tinggi yaitu sebanyak 11 dari 13 orang responden (85%) dan berpendidikan SMA sebanyak 2 orang (15%).

4. Distribusi responden berdasarkan status pekerjaan

Tabel 5.4 Distribusi responden berdasarkan status pekerjaan pada kelompok eksperimen dan kontrol di RW V Mojo Gubeng Surabaya pada tanggal 04-18 Desember 2012.

No.	Status pekerjaan	Eksperimen		Kontrol	
		F	%	f	%
1	PNS	8	62	9	70
2	Swasta	3	23	2	15
3	Lain-Lain	2	15	2	15

Dari tabel 5.4 di atas diketahui bahwa sebagian besar pada kelompok eksperimen bekerja sebagai PNS (pegawai negeri sipil) sebanyak 8 dari 13 responden (62%) sebagian kecil bekerja swasta sebanyak 3 responden (23%) dan lain-lain sebanyak 2 responden (15%) sama halnya pada kelompok eksperimen, pada kelompok kontrol sebagian besar juga bekerja sebagai PNS (pegawai negeri sipil) sebanyak 9 orang responden (70%) bekerja swasta sebanyak 2 orang responden (15%) dan lain-lain 2 responden (15%).

5. Distribusi responden berdasarkan status perkawinan

Tabel 5.5 Distribusi responden berdasarkan status perkawinan pada kelompok eksperimen dan kontrol di RW V Mojo Gubeng Surabaya pada tanggal 04-18 Desember 2012.

No.	Status perkawinan	Eksperimen		Kontrol	
		F	%	f	%
1	Kawin	6	46	5	38
2	Janda/Duda	7	54	8	62

Dari tabel 5.5 diatas diketahui bahwa sebagian besar pada kelompok eksperimen adalah janda/duda sebanyak 7 dari 13 responden (54%) dan sebagian kecil berstatus kawin atau masih memiliki pasangan sebanyak 6 responden (46%) sama halnya pada kelompok eksperimen, pada kelompok kontrol sebagian besar juga berstatus janda/duda sebanyak 8 orang responden (62%) dan berstatus kawin atau masih memiliki pasangan sebanyak 5 orang responden (38%).

5.1.3 Data khusus

1. Data tingkat depresi *pre-test* lansia *post power syndrome*

Tabel 5.6 Tingkat depresi lansia *post power syndrome* antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sebelum intervensi ROC-GAMA di RW V Mojo Gubeng Surabaya tanggal 04-18 Desember 2012.

No.	Depresi <i>pre-test</i>	Eksperimen		Kontrol	
		f	%	F	%
1	Minimal	0	0	0	0
2	Ringan	5	38	6	46
3	Sedang	7	54	6	46
4	Berat	1	8	1	8

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 13 responden kelompok eksperimen pada saat dilakukan *pre-test* dengan menggunakan *Beck Depression Inventory* (BDI) sebanyak 5 orang (38%) mengalami depresi ringan, 7 orang mengalami depresi sedang (54%) dan 1 orang (8%) mengalami depresi berat. Sedangkan pada

kelompok kontrol saat dilakukan pre test menggunakan *Beck Depression Inventory* (BDI) responden yang mengalami depresi ringan sebanyak 6 orang (46%), depresi sedang 6 orang (46%) dan depresi berat 1 orang (8%).

2. Data tingkat depresi *post-test* lansia *post power syndrome*

Tabel 5.7 Tingkat depresi lansia *post power syndrome* antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol setelah intervensi ROC-GAMA di RW V Mojo Gubeng Surabaya tanggal 04-18 Desember 2012.

No.	Depresi <i>post-test</i>	Eksperimen		Kontrol	
		f	%	f	%
1	Minimal	1	8	0	0
2	Ringan	10	77	6	46
3	Sedang	2	15	6	46
4	Berat	0	0	1	8

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 13 responden kelompok eksperimen pada saat dilakukan *post-test* dengan menggunakan *Beck Depression Inventory* (BDI) sebanyak 1 orang (8%) mengalami depresi minimal, 10 orang menjadi depresi ringan (77%), dan 2 orang mengalami depresi sedang (15%). Sedangkan pada kelompok kontrol saat dilakukan post test menggunakan *Beck Depression Inventory* (BDI) didapatkan tingkat depresi yang cenderung tetap yaitu responden yang mengalami depresi ringan sebanyak 6 orang (46%), depresi sedang 6 orang (46%) dan depresi berat 1 orang (8%).

3. Perubahan tingkat depresi (*pre-post*) pada lansia *post power syndrome*

Tabel 5. 8 Perbandingan perubahan tingkat depresi lansia *post power syndrome* antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol di RW V Mojo Gubeng Surabaya tanggal 04-18 Desember 2012.

Jumlah Responden																															
Eksperimen														Kontrol																	
<i>Pre-test</i>							<i>Post-test</i>							<i>Pre-test</i>							<i>Post-test</i>										
Depresi														Depresi																	
Minimal	Ringan	Sedang		Berat		Minimal	Ringan	Sedang		Berat		Minimal	Ringan	Sedang		Berat		Minimal	Ringan	Sedang		Berat		Minimal	Ringan	Sedang		Berat			
	%		%		%		%		%		%		%		%		%		%		%		%		%		%		%		
0	0	5	38	7	54	1	0	1	8	10	77	2	15	0	0	0	0	6	46	6	46	1	8	0	0	6	46	6	46	1	8
<i>Wilcoxon p= 0,001</i>														<i>Wilcoxon p= 0,417</i>																	
<i>Mann Whitney Test = 0,014</i>																															

Sampel pada penelitian ini sebanyak 26 orang yang didistribusikan kedalam 2 kelompok sehingga masing-masing kelompok berjumlah 13 orang. Tabel 5.8 menunjukkan bahwa terjadi penurunan tingkat depresi Lansia *post power syndrome* pada kelompok eksperimen sedangkan pada kelompok kontrol tidak terjadi perubahan tingkat depresi.

Seluruh anggota kelompok eksperimental mendapatkan intervensi berupa terapi *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) dan setelah mendapatkan terapi ROC-GAMA terjadi perubahan tingkat depresi yang diukur melalui *post test*, yaitu responden yang semula mengalami depresi ringan menjadi tidak depresi sebanyak 1 responden (8%), depresi ringan meningkat menjadi 10 responden (77%), dan responden yang mengalami depresi sedang sebanyak 2 responden (15%) artinya tidak ada lagi responden yang mengalami depresi berat. Anggota kelompok kontrol tidak mendapatkan intervensi berupa *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA). Setelah dilakukan *post test* hasil yang didapatkan yaitu tetap atau tidak berubah.

Dari hasil pengamatan umum pada kelompok eksperimen yang diberikan intervensi berupa *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) menjadi lebih ramah, terbuka, rileks dan terjalin keakraban antara anggota kelompok dan dari hasil *post test* menggunakan *Beck Depression Inventory* (BDI) didapatkan hasil bahwa penurunan reaksi emosional berupa perubahan *mood* pada sebagian besar responden yaitu 11 dari 13 responden (85%) dan pada kelompok kontrol didapatkan hasil yang tetap atau tidak berubah pada 9 dari 13 responden (69%) yaitu perasaan sedih, merasa gagal, merasa bersalah, dan kesulitan kerja.

Tabel 5. 9 Data hasil *pre-post test* terhadap tingkat depresi Lansia *post power syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya tanggal 04-18 Desember 2012.

No	<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>				<i>Mann Whitney Test</i>	
	Eksperimen		Kontrol		Eksperimen	Kontrol
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Post</i>	<i>Post</i>
1	11	9	8	9	9	9
2	7	7	7	7	7	7
3	9	5	6	7	5	7
4	7	6	11	10	6	10
5	8	6	7	6	6	6
6	8	6	5	5	6	5
7	17	10	8	8	10	8
8	5	1	10	9	1	9
9	10	6	9	11	6	11
10	8	5	14	16	5	16
11	7	5	5	6	5	6
12	6	6	9	9	6	9
13	8	5	6	5	5	5
Mean	8,54	5,69	8,08	8,31	5,69	8,31
Median	8,00	6,00	8,00	8,00	6,00	8,00
Mode	8	6	5	9	6	9
	<i>Wilcoxon Signed Rank Test p= 0,001</i>		<i>Wilcoxon Signed Rank Test p= 0,417</i>		<i>Mann Whitney Test p= 0,014</i>	

Pada tabel 5.9 didapatkan perbedaan tingkat depresi Lansia *post power syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya yang diberi intervensi berupa terapi ROC-GAMA dengan yang tidak diberikan intervensi berupa terapi ROC-GAMA. Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* ditemukan adanya perubahan tingkat depresi Lansia *post power syndrome* pada kelompok eksperimen sebelum dan sesudah dilakukan intervensi berupa terapi *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) yang ditunjukkan dengan nilai $p=0,001$. Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) tidak ditemukan perubahan tingkat depresi yang bermakna, hal ini ditunjukkan dengan nilai $p= 0,417$. Hasil uji *Mann*

Whitney Test digunakan untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol setelah mendapatkan intervensi *the relaxation of care in group activity of middle age (ROC-GAMA)*. Melalui uji *Mann Whitney Test* didapatkan nilai $p= 0,014$ yang berarti terdapat perbedaan signifikan antara kelompok eksperimental dengan kelompok kontrol.

5.2 Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa saat dilakukan *pre test* dengan menggunakan *Beck Depression Inventory (BDI)*, responden kelompok eksperimen dan kelompok kontrol rata-rata berada pada tingkat depresi sedang. Pada kelompok eksperimen terdapat 7 orang mengalami depresi sedang, sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 6 orang yang mengalami depresi sedang. Melalui *Beck Depression Inventory (BDI)* dapat diidentifikasi bahwa ada kesamaan jawaban pada item pernyataan (a), (c), (e), (j) dan (k). Item (a) berhubungan dengan perasaan sedih, item (c) berhubungan dengan rasa kegagalan, item (e) berhubungan dengan rasa bersalah, item (j) berhubungan dengan perubahan gambaran diri dan item (k) berhubungan dengan kesulitan kerja. Dari raw data yang diperoleh menunjukkan bahwa baik pada kelompok eksperimen maupun kontrol responden yang mengalami depresi sedang ini berjenis kelamin wanita, berada pada rentang usia 50-59 tahun dan dengan tingkat pendidikan mayoritas perguruan tinggi sebanyak 6 responden pada kelompok eksperimental dan 5 responden pada kelompok kontrol. Raw data juga menunjukkan bahwa sebanyak 5 responden yang mengalami depresi sedang berstatus janda/duda, sedangkan

pada kelompok kontrol ditemukan sebanyak 4 responden yang berstatus janda/duda.

PPDGJ-III (Maslim, 1997 dalam Azizah, 2011) depresi dibagi dalam tiga tingkatan yaitu depresi ringan, depresi sedang, depresi berat. Dimana perbedaan antara episode depresi ringan, sedang dan berat terletak pada penilaian klinis yang kompleks meliputi jumlah, bentuk dan keparahan gejala yang ditemukan. Depresi sedang biasanya ditandai dengan perasaan putus asa, biasanya dicetuskan oleh berbagai peristiwa tidak menyenangkan yang menimbulkan frustrasi dan stres dan intensitasnya lebih kuat dan berlangsung lebih lama. Pencetus dari depresi sedang ini bisa dikarenakan peristiwa yang menekan seperti kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan atau kemerosotan karir.

Meiliya (2002) gejala-gejala depresi sering berhubungan dengan penyesuaian yang terlambat terhadap kehilangan dalam hidup, stresor-stresor dan penyakit fisik. Depresi pasca kuasa/*post power syndrome* adalah salah satu faktor penyebab depresi karena adanya perubahan yang berkaitan dengan pekerjaan atau kekuasaan (Azizah, 2011). Ketika seseorang mencapai suatu keberhasilan dalam pekerjaannya, seseorang akan berusaha mengaktualisasikan secara optimal, keterampilan dan kemampuan yang dimiliki, sehingga memiliki posisi atau jabatan yang baik dalam tempatnya bekerja, akan tetapi apabila seseorang tidak siap melepas jabatan tersebut maka seseorang dapat mengalami depresi.

Terdapat beberapa faktor resiko terjadinya depresi pada lansia yaitu antara lain 1) jenis kelamin: depresi lebih sering terjadi pada wanita karena dinyatakan bahwa wanita lebih sering terpajan dengan stresor lingkungan dan ambangnya terhadap stresor lebih rendah bila dibandingkan dengan pria, selain itu berkaitan

dengan ketidakseimbangan hormon pada wanita menambah tingginya prevalensi pada wanita; 2) usia: gejala depresi pada lansia prevalensinya tinggi dan semakin meningkat seiring bertambahnya umur lansia. Penelitian yang dilakukan oleh Suryo (2011) dengan judul “Gambaran depresi pada Lansia di panti Wherda Dharma Bhakti Surakarta menunjukkan bahwa semakin tua lansia maka tingkat depresi Lansia cenderung meningkat; 3) Status perkawinan: Gangguan depresi mayor lebih sering dialami individu yang bercerai atau berpisah bila dibandingkan dengan menikah atau lajang (Amir, 2005).

Stuart & Sundeen (1998) dalam Azizah (2011) depresi dapat terjadi akibat dari beberapa sumber utama stresor antara lain: kehilangan keterikatan, yang nyata atau yang dibayangkan, termasuk kehilangan cinta, seseorang, fungsi fisik, kedudukan, atau harga diri. Karena elemen aktual dan simbolik melibatkan konsep kehilangan, maka persepsi pasien merupakan hal yang sangat penting, peristiwa besar dalam kehidupan, peran dan ketegangan peran dan perubahan fisiologik. Gejala depresi sering meliputi gambaran emosi seperti sedih atau murung, ansietas, ikatan emosi berkurang, menarik diri, ide-ide bunuh diri, gambaran kognitif seperti mengeritik diri sendiri, perasaan tak berharga, rasa bersalah, pesimis, putus asa, bingung, ragu-ragu, gambaran vegetatif seperti lesu dan tak bertenaga, tidak bisa atau banyak tidur, penurunan BB, anoreksia dan gejala psikomotor seperti agitasi, lamban bergerak, wajah sedih, kulit dan mulut kering, konstipasi (Elvira, 2010).

Hal ini dapat dikaitkan dengan kemampuan seseorang untuk dapat beradaptasi saat mengalami tekanan khususnya apabila terjadi kehilangan pekerjaan atau penurunan/kemerosotan karir, terlebih bagi Lansia. Subyek

penelitian ini merupakan Lansia yang berusia 45-59 tahun (*middle age*). Masa ini merupakan masa seseorang memasuki masa pralansia dimana orang tersebut memiliki tugas-tugas seperti menyesuaikan diri terhadap pensiun, menurunnya pendapatan atau harus merelakan jabatan yang selama ini diduduknya. Selain itu Lansia ini perlu untuk menyesuaikan dan membuat perubahan karena hilangnya peran kerja. Bagi Lansia yang tidak siap untuk menerima keadaan tersebut maka akan cenderung mengalami *post power syndrome* dan tidak sedikit Lansia yang akan jatuh pada keadaan depresi baik ringan, sedang, maupun berat. Perasaan sedih, gagal, rasa bersalah, dan sulit kerja yang banyak terjadi pada responden dengan depresi sedang karena dimungkinkan individu yang mengalami depresi *post power syndrome* cenderung akan sulit untuk berpikir rasional dalam jangka waktu tertentu dan menjadi *introvert* (pribadi yang tertutup).

Melalui *post test* menggunakan *Beck Depression Inventory* (BDI) dapat diketahui bahwa responden pada kelompok eksperimen yaitu 11 responden (85%) mengalami perubahan berupa penurunan tingkat depresi. Setelah diberikannya intervensi berupa *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) pada kelompok eksperimen, responden baik dengan depresi berat, sedang dan ringan mengalami penurunan. Item pernyataan yang mengalami penurunan terbanyak antara lain kesedihan, rasa kegagalan, rasa bersalah, keragu-raguan dan perubahan gambaran diri. Pada kelompok kontrol, berdasarkan data *post test* melalui *Beck Depression Inventory* (BDI), tidak terjadi perubahan pada tingkat depresi Lansia *post power syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya. Sebagian besar responden pada kelompok kontrol tetap mengalami depresi tingkat sedang yaitu sebanyak 6 responden. Pada kelompok eksperimen sebagian besar

responden yang mengalami penurunan tingkat depresi adalah usia 55-59 tahun dan sebanyak 7 responden dari kelompok kontrol yang berusia 55-59 tahun tidak mengalami perubahan tingkat depresi. Dari raw data pada kelompok kontrol terlihat bahwa tidak terdapat perubahan tingkat depresi namun terlihat adanya jumlah skor yang tetap pada 4 responden, skor menurun pada 4 responden dan skor bertambah pada 5 responden. Sehingga dapat dikatakan bahwa ROC-GAMA sangat penting dan sangat diperlukan untuk mengendalikan dan menurunkan depresi Lansia *post power syndrome*.

ROC-GAMA merupakan teknik/tindakan relaksasi yang diberikan pada aktivitas kelompok dimana pesertanya adalah *middle age* (Lansia usia 45-59 tahun) yaitu suatu teknik dengan merelaksasikan otot-otot utama pada tubuh dengan mengontrol 14 otot tubuh dan dilakukan secara berkelompok (aspek biologis). Kelompok dapat memberikan kesempatan untuk mendapatkan umpan balik langsung dari teman sebaya pasien dan kesempatan bagi pasien dan terapis untuk mengamati respon perilaku, psikologis, emosional pada berbagai orang (Kaplan & Sadock, 2004). ROC-GAMA merupakan suatu teknik relaksasi yang memiliki beberapa komponen dan mencakup dari semua aspek (bio, psiko, sosio, dan spritual).

Menurut Adikusumo (2010) Relaksasi adalah serangkaian upaya untuk menegangkan dan mengendurkan otot-otot ditubuh untuk mencapai keadaan relaks yang dalam agar tercapai penetralisiran keadaan ansietas dan ketegangan. Pemberian terapi relaksasi otot progresif akan mempengaruhi bagian simpatis dari saraf otonom dengan menurunkan aktivitas saraf simpatis yang mempengaruhi medula adrenal untuk menurunkan sekresi hormon katekolamin, meningkatkan

vasodilatasi pembuluh darah, meningkatkan vaskularisasi yang pada akhirnya menurunkan kecemasan dan membuat suasana hati positif pada seseorang. Selain itu hipotalamus akan menurunkan sekresi *corticotropin releasing factor* (CRF) yang akan merangsang pituitary untuk menurunkan sekresi *adrenocorticotropin hormone* (ACTH). Kemudian ACTH melalui korteks adrenal menurunkan sekresi kortisol dan CRF juga merangsang pituitary untuk meningkatkan sekresi β endorfin yang dapat menimbulkan perasaan senang, menurunkan rasa nyeri, dan menghilangkan kegelisahan. Hal ini akan berpengaruh positif terhadap suasana hati pada seseorang sehingga akan terjadi perubahan *mood* atau emosi (Tavris, 2007).

Sehingga dapat diketahui bahwa dengan diberikannya tindakan ROC-GAMA memberikan dampak yang baik dalam menurunkan tingkat depresi pada Lansia *post power syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya. Hal ini dapat terlihat dari data hasil *post test* yang dilaksanakan, diketahui sebagian besar responden mengalami perubahan atau penurunan tingkat depresi namun hal tersebut tidak terjadi pada kelompok kontrol. Tetapnya tingkat depresi dan berubahnya jumlah skor pada kelompok kontrol dimungkinkan karena beberapa faktor lain seperti meningkatnya coping seseorang dengan menyadari bahwa yang ia alami adalah perjalanan hidup yang memang harus terjadi dan pasti dapat dilalui. Meningkatnya harga diri atau konsep diri seseorang karena dukungan keluarga dan lingkungan sosial. Mendapatkan kesibukan lain yang dapat memberikan kepuasan, menyenangkan dan menenangkan hatinya.

Aspek psikologis dan sosial dari ROC-GAMA yaitu memberikannya kesempatan kepada setiap responden untuk berinteraksi dengan anggota lain dalam kerangka pikir yang positif karena tindakan ROC-GAMA ini dilakukan

secara berkelompok dan pada akhir setelah pelaksanaan para responden juga diberikan kesempatan untuk *sharing* atau *ekspression of feelings*. Terstimulasinya pikiran dan perasaan positif akan menimbulkan perasaan senang serta meningkatkan *mood* dan semangat sehingga membuat responden dapat bersikap lebih baik terhadap orang lain dan terjalin relasi sosial yang lebih baik pula. Responden yang dipilih memiliki kesamaan karakteristik, keterikatan ini menunjukkan fungsi sosial dari ROC-GAMA. Tiap anggota merasa memiliki permasalahan yang sama, sehingga dengan berkumpulnya peserta akan meningkatkan kesadaran dan menurunkan perasaan terkucil dan menarik diri dari sosial karena masalah yang dihadapi. Terbukti dari hasil *post test* dengan menggunakan *Beck Depression Inventory* (BDI) menunjukkan bahwa dari 6 responden terdapat 4 responden mengalami penurunan skala pada item pernyataan menarik diri dari sosial.

Item yang paling banyak mengalami perubahan berupa penurunan skala antara lain pada responden kelompok eksperimen adalah item pernyataan kesedihan, rasa kegagalan, rasa bersalah, perubahan gambaran diri dan kesulitan kerja. Ini juga dikaitkan karena pada ROC-GAMA juga terdapat komponen pada aspek spiritual dimana ROC-GAMA memberikan asuhan keperawatan dengan melakukan pendekatan spiritual dalam pelaksanaannya yaitu dengan cara pemberian instruksi untuk merasakan segala aktivitas seperti ketegangan dan relaksasi otot-otot tubuh yang tidak lain karena izin dan bentuk kasih sayang Tuhan YME, ketenangan, dan meningkatkan kesadaran serta rasa syukur akan segala nikmat yang diberikan oleh Tuhan YME sehingga dapat membantu peserta untuk mencari identitas, menemukan arti kehidupan dan mengatasi sakit dan stres yang terjadi

terus menerus dalam kehidupannya. Hal ini membentuk suatu respon positif yang dapat digunakan untuk membentuk suatu coping yang positif pula sehingga dapat menjadikan perasaan senang, memberikan ketenangan, relaks, mengurangi kecemasan, ketegangan, depresi serta menimbulkan perasaan santai yang dapat memperbaiki *mood* dan tingkat depresi akibat *post power syndrome*-pun akhirnya dapat menurun.

Pada penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan yaitu sulitnya mencari responden dengan gejala *post power syndrome* dan menderita depresi akibat pasca kuasa, keterbatasan alat saat penelitian, dan keterbatasan dalam membagi kelompok antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Peneliti tidak menggunakan kolmogorov sminorve namun membagi kelompok sesuai dengan karakteristik responden.

Analisa data dengan menggunakan *Wilcoxon Sign Rank Test* menunjukkan bahwa pada kelompok eksperimen terjadi perubahan tingkat depresi Lansia *post power syndrome* yang signifikan sebelum dan sesudah terapi *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA), sedangkan untuk kelompok kontrol yang tidak diberikan latihan *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) tidak menunjukkan adanya perubahan tingkat depresi yang diukur dengan *Beck Depression Inventory* (BDI) pada *pre* maupun *post-test*. Analisa menggunakan *Mann Whitney Test* menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Hal tersebut juga dapat menegaskan kesimpulan bahwa hipotesis penelitian (H1) diterima, artinya ada pengaruh *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) terhadap penurunan depresi lansia *post power syndrome*.

BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan menjelaskan hasil simpulan dan saran dari penelitian pengaruh *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) terhadap depresi Lansia *post power syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya.

6.1 Simpulan

Berdasarkan pembahasan pada bab sebelumnya maka dapat ditarik simpulan sebagai berikut:

1. Lansia berada pada depresi ringan, sedang dan berat sebelum dilakukan teknik *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA).
2. Lansia mengalami penurunan depresi setelah diberikan *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA).
3. *The relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) menurunkan depresi Lansia *post power syndrome*. Hal ini dapat disebabkan karena ROC-GAMA mempengaruhi *mood* dan akan membuat suasana hati yang positif sehingga dapat menurunkan depresi.

6.2 Saran

1. Bagi Lansia
Pemberian *the relaxation of care in group activity of middle age* (ROC-GAMA) pada Lansia dapat digunakan sebagai salah satu cara yang efektif dalam menurunkan depresi *post power syndrome*.

2. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan komunitas yang berhubungan dengan kejadian depresi *post power syndrome*.

3. Bagi RW V Mojo Gubeng Surabaya

The relaxation of care in group activity of middle age (ROC-GAMA) dapat diterapkan sebagai alternatif kegiatan bagi Lansia di RW V Mojo Gubeng Surabaya untuk mengendalikan depresi Lansia.

4. Alternatif intervensi

The relaxation of care in group activity of middle age (ROC-GAMA) dapat digunakan sebagai alternatif intervensi non-farmakologis dalam mengendalikan depresi Lansia.

5. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh ROC-GAMA terhadap penurunan depresi pada lansia *post power syndrome*.

DAFTAR PUSTAKA

- Adikusumo, A 2010, 'Relaksasi', dalam Elvira S (ed.), *Buku Ajar Psikiatri*, Badan Penerbit FKUI, Jakarta, hal.384
- Affandi, I 2008, *Kecemasan dalam Menghadapi Kematian pada Lansia*, di akses tanggal 05 Oktober 2012, <<http://duniakesehatan/kecemasan-dalam-menghadapi-kematian.html>>.
- Amir, N 2005, *Depresi: aspek neurobiologi, diagnosis dan tata laksana*, Badan Penerbit FK UI, Jakarta.
- Amir, N 2010, 'Depresi pada Kondisi Medis Umum', dalam Elvira S (ed.), *Buku Ajar Psikiatri*, Badan Penerbit FK UI, Jakarta, hal. 112
- Anna, L 2012, '*Jumlah Lansia Melonjak*', 03 Februari, 09.08 WIB, diakses 07 Oktober 2012, <<http://health.kompas.com/>>.
- Arifianto, Alex 2004, *Reformasi Sistem Jaminan Sosial di Indonesia*, Lembaga Penelitian SMRU, Jakarta.
- Arikunto, S 2006, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Azizah, L. M 2011, *Keperawatan Lanjut Usia*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Darmojo, Boedhi 2010, *GERIATRI (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*, edisi 4, FKUI, Jakarta.
- Dinsi, Valentino 2006, *Ketika Pensiun Tiba*, Wijaya Media Utama, Jakarta.
- Effendi, Tjiptadinata 2002, *Meditasi Jalan Meningkatkan Kehidupan Anda*, PT Elex Media Komputindo, Jakarta.
- Eliana, Rika 2003, '*Konsep Diri Pensiunan*', Penelitian Kedokteran, Universitas Sumatra Utara, Sumatra Utara, dilihat 07 Oktober 2012, <<http://repository.usu.ac.id/>>.
- Hamim 2000, *Siapa pun Bisa Kena Post Power Syndrome*, 18 Oktober, 00:27 WIB, diakses 07 Oktober 2012, <<http://www.mediaindo.co.id/>>.
- Handayani, Yuli 2008, *Post Power syndrome pada PNS yang Mengalami Pensiun*, Penelitian Psikologi Universitas Gunadarma, Depok.
- Hermansyah 2009, '*Kesehatan Spritual*', 06 Juni, 02 pm, diakses 08 Februari 2013, <<http://www.docstoc.com/>>.

- Ina 2012, '*Cegah Post Power Syndrome Kesabaran Keluarga Tanpa Batas*', Jawa Pos, 4 November 2012, hal. 40.
- Infoaskes 2012, '*Post Power Syndrome Bahayakah Bagi Kesehatan?*', Infoaskes, 05 Agustus, hal. 42, diakses 22 November 2012, <<http://www.ptaskes.com>>.
- Kushariyadi 2010, *Asuhan Keperawatan Pada Klien Lanjut Usia*, Salemba Medika, Jakarta.
- Mahyuliansyah 2009, *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*, Salemba Medika, Jakarta.
- Maryam, RS, Ekasari, MF, Rosidawati, Jubaeri A & Batubara, I 2008, *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*, Salemba Medika, Jakarta.
- Meiliya, E. & Ester M 2002, *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*, edisi 2, EGC, Jakarta.
- Mikail, B 2011, '*8 Mitos Keliru Soal Menopause*', 29 Nov, 04.25 pm, diakses 08 Februari 2013, <<http://www.healthkompas.com/>>.
- Muttaqin, H & Sihombing, R (ed.) 2004, *Kaplan & Sadock Buku Ajar Psikiatri Klinis*, edisi 2, EGC, Jakarta.
- Nay, W. R 2007, *Mengelola Kemarahan Terampil Menangani Konflik, Melanggengkan Hubungan, dan Mengekspresikan Diri Tanpa Lepas Kendali*, PT Serambi Ilmu Semesta, Jakarta.
- Nursalam & Kurniawati, Dian N 2007, *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*, Salemba Medika, Jakarta.
- Nursalam 2008, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, edisi 2, Salemba Medika, Jakarta.
- Nugroho, H. Wahyudi 2006, *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*, edisi 3, Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Putra, S Taat 2008, *Perkembangan Paradigma & Konsep Psiconeuroimunologi*, PowerPoint Slides, Universitas Airlangga, Surabaya.
- Prawitasari, J. E 1994, *Aspek Sosio Psikologis di Indonesia*, Buletin Psikologi. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Rumah Sakit Dr. Suyoto Pusrehab Kemhan 2010, *Respek Sigap dalam Situasi:Memahami Post Power Syndrome*, Rumah Sakit Dr. Suyoto

Pusrehab Kemhan, diakses 14 Oktober 2012, <<http://www.suyotohospital.com/>>.

Sehono, Endrayani 2010, '*Pengaruh Teknik Relaksasi Guided Imagery terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Pasca Operasi Fraktur Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*', Penelitian Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Surakarta.

Setyoadi & Kushariyadi 2011, *Terapi Modalitas Keperawatan pada Klien Psikogeriatrik*, Salemba Medika, Jakarta.

Stuart, G. W 2009, *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, Mosby Elsevier, Missouri.

Susilo, Taufik Adi 2010, *3 Hari Mahir Hipnotis*, PT Buku Kita, Yogyakarta.

Synder, M & Lindquist, R (ed.) 2006, *Complementary/Alternative Therapies in Nursing*, Springer Publishing Company, New York.

Tamher, S & Noorkasiani 2009, *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Salemba Medika, Jakarta.

Tavris, C & Wade, C 2007, *Psikologi*, edisi 9, Erlangga, Jakarta.

----- 2011, '*Ini Dia Provinsi dengan Jumlah Lansia Paling Banyak*', 22 Desember, 12 pm, diakses 07 Oktober 2012, <<http://www.infokomunika.com/>>.

Widyastuti, P 1999, *Manajemen Stres*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta.

Lampiran 1

**UNIVERSITAS AIRLANGGA**
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Nomor : /H3.1.12/PPd/2012
Lampiran : -
Perihal : Permohonan bantuan fasilitas
untuk pengambilan data

26 November 2012

Yth.
Ketua Rukun Warga (RW) V
Kel. Mojo – Kec. Gubeng
Surabaya.

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami, guna memperoleh informasi sebagai data penyusunan proposal penelitian. Adapun mahasiswa kami tersebut :

Nama : Dewi Arie Santi Yunita
N I M : 131111140
Judul Penelitian : Pengaruh The Relaxation of Care in Group Activity of Middle Age (ROC – GAMA) Terhadap Depresi Pada Lansia Post Power Syndrome Di RW V Mojo - Gubeng Surabaya.

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Plt. Wakil Dekan I,



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

Lampiran 2

**RUKUN WARGA
KELURAHAN MOJO KECAMATAN GUBENG SURABAYA
Jl. Mojo Gang V No.22 No Telp (031) 5910977**

Surabaya, 29 November 2012

Nomor : 15/RWV/12/2012
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada
Yth.Sdr. Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
di -
Tempat

Memperhatikan surat Saudara nomor: 3286/H3.1.12/PPd/2012 tanggal 26 November 2012 perihal Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga maka dengan ini kami mengijinkan kepada mahasiswa:

Nama : Dewi Arie Santi Yunita
NIM : 131111140

untuk melaksanakan kegiatan penelitian "Pengaruh The Relaxation of Care in Group Activity of Middle Age (ROC-GAMA) Terhadap Depresi Lansia Post Power Syndrome Di RW V Mojo Gubeng Surabaya" dalam rangka penyusunan skripsi.

Demikian surat ijin penelitian ini kami berikan untuk dilaksanakan dan dipergunakan sebagaimana mestinya.



Lampiran 3

**RUKUN WARGA
KELURAHAN MOJO KECAMATAN GUBENG SURABAYA
Jl. Mojo Gang V No.22 No Telp (031) 5910977**

SURAT KETERANGAN

No: 18/RWV/12/2012

Yang bertanda tangan di bawah ini Ketua RW V Mojo Gubeng Surabaya, dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Dewi Arie Santi Yunita

NIM : 131111140

Fakultas : Keperawatan

Judul Penelitian : Pengaruh The Relaxation of Care in Group Activity of Middle Age (ROC-GAMA) Terhadap Depresi Lansia Post Power Syndrome Di RW V Mojo Gubeng Surabaya.

Demikian ini telah selesai melaksanakan penelitian di RW V Mojo Gubeng Surabaya mulai tanggal 04-18 Desember 2012.

Demikian surat keterangan ini dibuat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.



Lampiran 4

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada
Yth. Bapak/ibu
Di RW V Mojo Gubeng
Surabaya

Dengan hormat,

Saya Dewi Arie Santi Yunita, NIM: 131111140 Mahasiswi Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, bermaksud akan mengadakan penelitian di wilayah RW V Mojo Gubeng Surabaya tentang **“Pengaruh *The Relaxation of Care in Group Activity of Middle Age (ROC-GAMA)* terhadap Depresi pada Lansia *Post Power Syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya”**. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi *the relaxation of care in group activity of middle age (ROC-GAMA)* terhadap tingkat depresi. Sehubungan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaan saudara/i menjadi responden dalam penelitian ini yang bersifat sukarela. Saya akan menjamin kerahasiaan jawaban yang diberikan, hasil penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan praktik profesional dan akan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Demikian surat permohonan ini, atas kesediaannya dan bantuannya saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, Desember 2012

Hormat Saya,

Peneliti

Dewi Arie Santi Yunita

NIM. 131111140

Lampiran 5**PERNYATAAN PERSETUJUAAN MENJADI RESPONDEN**

Nama responden :

Nama peneliti : Dewi Arie Santi Yunita

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul "**Pengaruh *the relaxation of care in group activity of middle age (ROC-GAMA)* terhadap depresi pada lansia *post power syndrome* di RW V Mojo Gubeng Surabaya.** Tanda tangan saya menunjukkan jika saya diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Surabaya, Desember 2012

Peneliti

Responden

Dewi Arie Santi Yunita
131111140

()

Lampiran 6**DETEKSI*****POST POWER SYNDROME*****Petunjuk pengisian:**

1. Baca setiap pernyataan ini dengan seksama.
2. Jawablah pernyataan yang tersedia dengan jujur.
3. Pilihlah salah satu jawaban yang anda anggap paling benar dengan memberikan tanda () pada kolom yang tersedia.

Pertanyaan	Ya	Tidak
3. Apakah anda merasa lebih jauh terlihat tua dibandingkan sebelumnya/ saat bekerja?		
4. Apakah anda merasa kini rambut anda lebih terlihat beruban dibandingkan sebelumnya/ saat bekerja?		
5. Apakah anda merasa lebih terlihat keriput dibandingkan sebelumnya/ saat bekerja?		
6. Apakah anda merasa menjadi lebih pemurung dibandingkan sebelumnya/saat bekerja?		
7. Apakah saat ini anda lebih sering sakit dibandingkan sebelumnya/saat bekerja?		
8. Apakah anda merasa kini menjadi semakin lemah dibandingkan sebelumnya/saat bekerja?		
9. Apakah anda merasa mudah tersinggung dan merasa tidak berharga dari sebelumnya/ saat bekerja?		
10. Apakah anda merasa ingin menarik diri dari lingkungan dibandingkan sebelumnya/saat bekerja?		
11. Apakah anda merasa malu untuk bertemu dengan orang lain dibandingkan sebelumnya/saat bekerja?		
12. Apakah anda mudah untuk melakukan pola-pola kekerasan atau menunjukkan kemarahan baik dirumah atau ditempat lain dibandingkan sebelumnya/saat bekerja?		

Lampiran 7**LEMBAR KUESIONER**

Keterangan: berilah tanda centang () sesuai pilihan anda pada kotak yang sesuai!

1. Umur responden

<input type="checkbox"/> 45 s/d 48 tahun	<input type="checkbox"/> 52 s/d 54 tahun
<input type="checkbox"/> 49 s/d 51 tahun	<input type="checkbox"/> 55 s/d 59 tahun
2. Jenis kelamin

<input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan
------------------------------------	------------------------------------
3. Status perkawinan

<input type="checkbox"/> Kawin	<input type="checkbox"/> Belum kawin
<input type="checkbox"/> Janda	<input type="checkbox"/> Duda
4. Apa pendidikan terakhir anda?

<input type="checkbox"/> Tidak sekolah	<input type="checkbox"/> Lulus SMA
<input type="checkbox"/> Lulus SD	<input type="checkbox"/> Lulus perguruan tinggi
<input type="checkbox"/> Lulus SMP	
5. Apa pekerjaan anda?

<input type="checkbox"/> Aparat desa	<input type="checkbox"/> Wiraswasta
<input type="checkbox"/> Pensiunan	<input type="checkbox"/> PNS/ABRI
<input type="checkbox"/> Swasta	<input type="checkbox"/> Lain-lain
6. Penghasilan keluarga yang tinggal dalam satu rumah (suami, istri, anak, dan lain lain dalam satu bulan)

<input type="checkbox"/> 2 juta	<input type="checkbox"/> 2 juta
---------------------------------	---------------------------------

Petunjuk pengisian!

4. Baca setiap pernyataan ini dengan seksama.
5. Jawablah pernyataan yang tersedia dengan jujur.
6. Pilihlah salah satu jawaban yang anda anggap paling benar dengan memberikan tanda (X) pada kolom di samping kiri.

Soal:

Uraian	
A. (Kesedihan)	
3	Saya sangat sedih/tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya
2	Saya galau/sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya

1	Saya merasa sedih atau galau
0	Saya tidak merasa sedih
B. (Pesimisme)	
3	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia – sia dan sesuatu tidak dapat membaik
2	Saya merasa tidak mempunyai apa – apa untuk memandang ke depan
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan
C. (Rasa kegagalan)	
3	Saya benar – benar gagal sebagai orang tua (suami/istri)
2	Bila melihat kehidupan ke belakang semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya
0	Saya tidak merasa gagal
D. (Ketidakpuasan)	
3	Saya tidak puas dengan segalanya
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan
0	Saya tidak merasa tidak puas
E. (Rasa bersalah)	
3	Saya merasa seolah – olah sangat buruk atau tidak berharga
2	Saya merasa sangat bersalah
1	Saya merasa buruk/tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik
0	Saya tidak merasa benar – benar bersalah
F. (Tidak menyukai diri sendiri)	
3	Saya benci diri saya sendiri
2	Saya muak dengan diri saya sendiri
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri
G. (Membahayakan diri sendiri)	
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri
1	Saya merasa lebih baik mati
0	Saya tidak mempunyai pikiran–pikiran mengenai membahayakan diri sendiri
H. (Menarik diri dari sosial)	
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain
I. (Keragu-raguan)	
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan

1	Saya berusaha mengambli keputusan
0	Saya membuat keputusan yang baik
J. (Perubahan gambaran diri)	
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikan
2	Saya merasa bahwa ada perubahan permanent dalam penampilan saya dan in membuat saya tidak tertarik
1	Saya kuatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik
0	Saya merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya
K. (Kesulitan kerja)	
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu
1	Saya memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu
0	Saya dapat bekerja kira – kira sebaik sebelumnya
L. (Keletihan)	
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu
2	Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu
1	Saya merasa lelah dari yang biasanya
0	Saya tida merasa lebih lelah dari biasanya.
M. (Anoreksia)	
3	Saya tidak mempunyai napsu makan sama sekali
2	Napsu makan saya sangat memburuk sekarang
1	Napsu makan saya tidak sebaik sebelumnya
0	Napsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya.

Lampiran 8

**DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
Jl. Mulyorejo (Kampus C) Universitas Airlangga Surabaya
Januari 2013
Authored by: Dewi Arie Santi Yunita**

**MODUL
PENGARUH *THE RELAXATION OF CARE IN GROUP ACTIVITY OF
MIDDLE AGE (ROC-GAMA)* TERHADAP TINGKAT DEPRESI
BAGI LANSIA *POST POWER SYNDROME***

DESKRIPSI MATERI

Pada modul ini akan memaparkan materi tentang *the relaxation of care in group activity of middle age (ROC-GAMA)* dengan teknik *progressif muscle relaxation* beserta langkah/prosedur yang akan dilakukan. Modul ini disusun dengan harapan pembaca dapat memahami konsep teoritis dan tentang *the relaxation of care in group activity of middle age (ROC-GAMA)* yang dialami oleh seseorang khususnya lansia *middle age* (45-59 tahun) yang mengalami depresi dan selanjutnya dapat menerapkan sebagai latihan/aktivitas dalam upaya mengendalikan atau menurunkan depresi pada lansia.

Modul ini memuat materi berikut:

1. Konsep terapi relaksasi
 - b. *Progressive Muscle Relaxation*
 - c. *The relaxation of care in group activity of middle age (ROC-GAMA)*.
2. Langkah/prosedur *the relaxation of care in group activity of middle age (ROC-GAMA)*

1. Latar Belakang

Proses menua pada lansia merupakan fase yang paling krusial, karena terjadi penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial dan cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan fisik dan psikologis, seperti halnya gangguan sistem tubuh, penyimpangan perilaku, delirium, demensia dan depresi (Hurlock, 1999 dalam Affandi, 2008). Depresi pada lansia terus menjadi masalah kesehatan mental yang serius. Salah satu faktor penyebab depresi pada lansia yaitu depresi pada pasca kuasa atau *post power syndrome* karena adanya perubahan yang berkaitan dengan pekerjaan atau kekuasaan. Salah satu cara untuk mengurangi stres, ketegangan dan kecemasan pada lansia yaitu dengan teknik relaksasi (Wirahihardja, 2006; Barbara, 1996). Relaksasi khususnya *progressive muscle relaxation* atau relaksasi otot progresif merupakan suatu cara dengan mengendurkan otot-otot di tubuh untuk mencapai keadaan relaks yang dalam agar tercapai penetralisiran keadaan ansietas dan ketegangan (Adikusumo, 2010).

Berdasarkan riwayat Lansia di RW V Mojo Gubeng Surabaya yang ternyata tidak sedikit lansia yang mengalami depresi. Hal inilah yang melatarbelakangi peneliti untuk mengangkat materi mengenai tindakan relaksasi *the relaxation of care in group activity of middle age (ROC-GAMA)* bagi Lansia *middle age* (45-59 tahun) dengan beberapa komponen yaitu aspek bio, psiko, sosio dan spiritual, sehingga diharapkan dengan pemberian teknik relaksasi ini depresi pada lansia *post power syndrome* akan dapat dikendalikan atau diturunkan.

2. Konsep Relaksasi

2.1 Definisi Relaksasi

Relaksasi adalah serangkaian upaya untuk menegangkan dan mengendurkan otot-otot tubuh untuk mencapai keadaan relaks yang dalam agar tercapai penetralisiran keadaan ansietas dan ketegangan (Adikusumo, 2010). Teknik relaksasi merupakan strategi terapiutik yang diterima dan sering digunakan dalam psikoterapi, terutama pada pasien dengan gangguan kecemasan (Stuart, 2009).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa terapi relaksasi adalah salah satu bentuk terapi yang berupa pemberian intruksi kepada seseorang dalam bentuk gerakan-gerakan yang tersusun secara sistematis untuk merilekskan otot-otot dan mengembalikan dalam kondisi dari tegang ke keadaan relaks, normal, terkontrol, mulai dari gerakan tangan sampai kepada gerakan kaki. Kendornya otot-otot tubuh yang tegang menjadi relaks (santai), maka akan tercipta suasana perasaan yang tenang dan nyaman. Perasaan yang tenang dan nyaman akan menopang lahirnya pola pikir dan tingkah laku yang positif, normal dan terkontrol.

2.2 *Progressive Muscle Relaxation*

Progressive muscle relaxation (PMR) menggunakan proses peregangan dan melepaskan kelompok otot mulai dari otot-otot wajah dan otot-otot pada kaki. Dengan PMR seseorang belajar teknik sistematis dalam mengontrol kecemasan dan ketegangan otot.

1. Tujuan Terapi *Progressive Muscle Relaxation*

Menurut Horodes (2010), Alim (2009), dan Potter (2005) dikutip dalam Setyoadi dan Kushariyadi (2011), tujuan dari teknik ini adalah untuk:

- a) Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, laju metabolik;
- b) Mengurangi disritmia jantung, kebutuhan oksigen;
- c) Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan memfokuskan perhatian serta relaks;
- d) Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi;
- e) Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress;
- f) Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, fobia ringan, gagap ringan, dan
- g) Membangun emosi positif dari emosi negatif.

2. Indikasi Terapi *Progressive Muscle Relaxation*

Lansia yang mengalami gangguan tidur (*insomnia*), Lansia yang sering mengalami stres, Lansia yang mengalami kecemasan dan Lansia yang mengalami depresi.

3. Kontraindikasi Terapi *Progressive Muscle Relaxation*

Lansia yang mengalami gangguan otot, keterbatasan gerak, misalnya tidak bisa menggerakkan badannya dan Lansia yang mengalami perawatan tirah baring (*bed rest*).

4. Persiapan *Progressive Muscle Relaxation*

Persiapan alat dan lingkungan: kursi, bantal, tikar serta lingkungan yang tenang dan sunyi.

Persiapan klien:

- a) Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur, dan pengisian lembar persetujuan terapi kepada klien;

- b) Posisikan tubuh klien secara nyaman yaitu berbaring dengan mata tertutup atau duduk di kursi dengan kepala ditopang, hindari posisi berdiri;
 - c) Lepaskan asesoris yang digunakan seperti kacamata, jam dan sepatu;
 - d) Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau hal lain yang sifatnya mengikat ketat.
5. Prosedur *progressive muscle relaxation* (PMR) menurut (Nay, 2007) dan (Setyoadi & Kushariyadi, 2011):

Gerakan 1: ditujukan untuk melatih otot tangan

- a) Mengepalkan tangan kuat-kuat hingga jari-jari dan tangan terasa tegang.
- b) Tarik nafas pendek menjelang akhir waktu penegangan (setelah melakukan penegangan sekitar delapan hingga sepuluh detik).
- c) Kemudian lemaskan ketegangan tadi sambil menghenbuskan nafas.
- d) Rasakan bagaimana perubahan sensasi otot-otot tersebut ketika ketegangan itu dilepaskan.
- e) Lakukan dua kali untuk tiap-tiap kelompok otot.

Gerakan 2: ditujukan untuk melatih otot lengan.

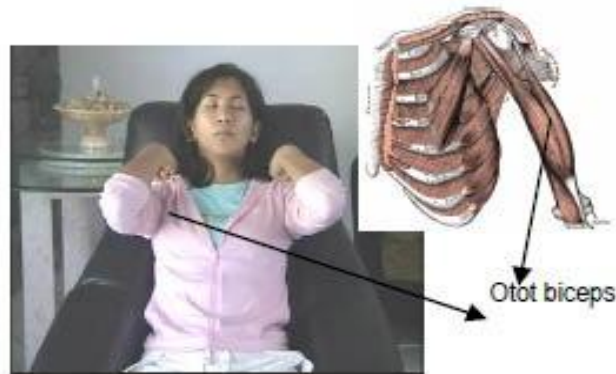
Tekankan lengan bawah untuk menegangkan lengan bagian bawah dan atas selanjutnya tarik nafas pendek dan rasakan sensasi ketegangan otot tersebut.



Gambar 1.7: Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 1 dan 2 (otot-otot tangan)

Gerakan 3: untuk melatih otot bicep (otot besar pada bagian atas pangkal lengan)

- a) Genggam kedua tangan hingga menjadi kepalan.
- b) Kemudian bawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot biceps akan menjadi tegang.



Gambar 1.8: Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 3 (otot-otot biceps)

Gerakan 4: untuk melatih otot bahu supaya mengendur

- a) Angkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan akan hingga menyentuh kedua telinga.
- b) Fokuskan perhatian gerakan pada kontras ketegangan yang terjadi di bahu, punggung atas dan leher, kemudian lepaskan.



Gambar 1.9: Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 4 (otot-otot bahu)

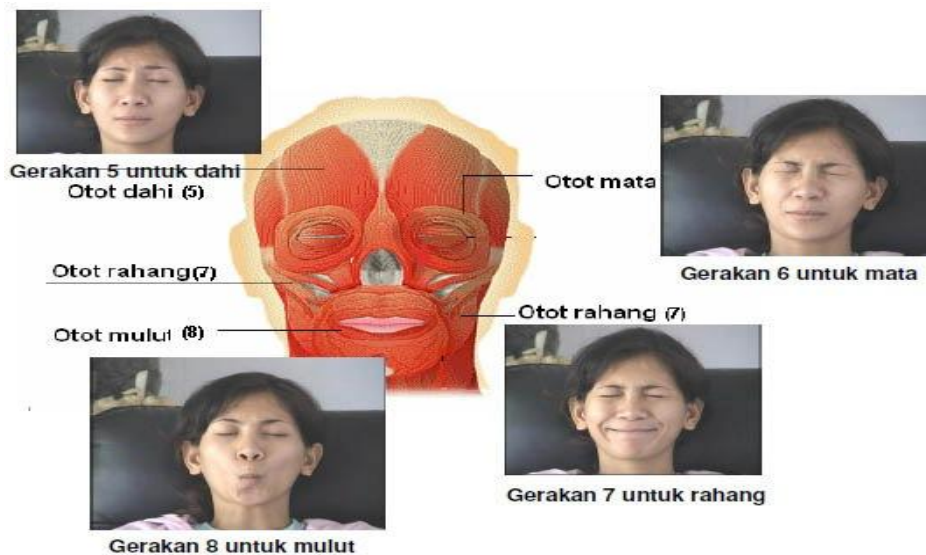
Gerakan 5 dan 6: ditujukan untuk merilekskan otot-otot wajah (otot dahi, mata, rahang, mulut).

- a) Gerakkan otot dahi dengan cara mengerutkan dahi dan alis setinggi mungkin. Setelah dilakukan dua kali, kernyitkan alis sekuat mungkin hingga membentuk huruf V.
- b) Untuk menegangkan otot-otot kecil disekitar mata, tutup mata kuat-kuat seolah-olah menarik pipi ke alis mata. Rasakan ketegangan disekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata.

Gerakan 7: ditujukan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang, katupkan rahang diikuti dengan menggigit gigi sehingga menjadi ketegangan disekitar otot rahang.

Gerakan 8: ditujukan untuk mengendurkan otot-otot sekitar mulut.

Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan disekitar mulut.



Gambar 1.10: Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 5-8 (otot wajah, rahang, dan sekitar mulut)

Gerakan 9: ditujukan untuk merilekskan otot leher bagian belakang.

- a) Gerakan diawali dengan otot leher yang bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan
- b) Letakkan kepala sehingga dapat beristirahat.
- c) Tekan permukaan pada permukaan bantalan kursi atau bantal sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan dibagian belakang leher dan punggung atas.

Gerakan 10: ditujukan untuk melatih otot leher bagian depan.

- a) Gerakan membawa kepala ke muka
- b) Benamkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka.

Gerakan 11: ditujukan untuk melatih otot punggung

- a) Punggung dilengkungkan
- b) Busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks.
- c) Saat relaks, letakkan tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lemas.

Gerakan 12: ditujukan untuk merelakskan otot dada.

- a) Tarik nafas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya.
- b) Ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada sampai turun ke perut, kemudian dilepas.
- c) Saat ketegangan dilepas, lakukan napas normal dengan lega.
- d) Ulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dengan relaks.



Gambar 1.11: Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 9-12 (otot leher, punggung dan dada)

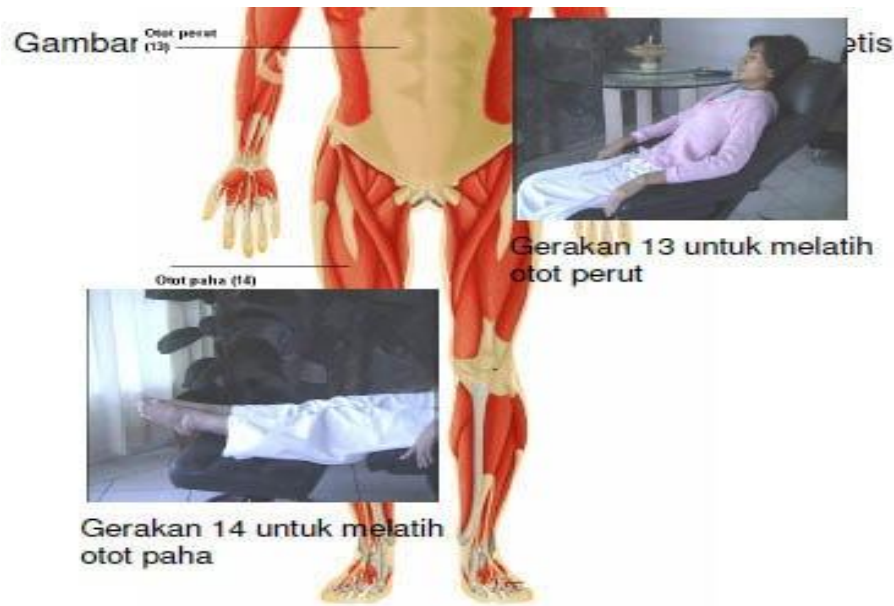
Gerakan 13: ditujukan untuk melatih otot perut.

- a) Tarik dengan kuat perut ke dalam.
- b) Tahan sampai menjadi kencang dan keras selama 10 detik, lalu dilepaskan bebas.
- c) Ulangi kembali seperti gerakan awal untuk perut ini.

Gerakan 14: ditujukan untuk melatih otot-otot kaki (seperti paha, betis dan jari-jari kaki).

- a) Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang.
- b) Lanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke otot betis.
- c) Tekuklah jari-jari sambil menegangkan telapak kaki dan jari-jari kaki sekuat mungkin.
- d) Tahan masing-masing posisi tegang selama 10 detik, lalu dilepas.

- e) Ulangi setiap gerakan masing-masing 2 kali.



Gambar 1.12: Latihan *progressive muscle relaxation* gerakan 13-15 (otot perut dan kaki)

2.3 Definisi *the relaxation of care in group activity of middle age (ROC-GAMA)*

Terapi ROC-GAMA merupakan teknik relaksasi yang diberikan pada aktivitas kelompok dimana peserta yang mengikuti terapi ini adalah *middle age* (Lansia usia 45-59 tahun) menggunakan teknik *Progressive Muscle Relaxation*. Diharapkan dengan pemberian tindakan relaksasi ROC-GAMA ini gangguan psikologis terutama depresi yang terjadi akibat perubahan yang dialami dalam pekerjaan seperti saat seseorang turun dari kekuasaan atau jabatan tinggi yang dimiliki sebelumnya dapat diturunkan dan dilalui dengan mudah oleh para Lansia.

ROC-GAMA merupakan suatu teknik relaksasi yang memiliki beberapa komponen dan mencakup dari semua aspek (bio, psiko, sosio dan spritual). Aspek biologis dalam ROC-GAMA ialah dimana ROC-GAMA merupakan suatu teknik relaksasi dengan teknik *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) yaitu dengan

merelaksasikan otot-otot utama pada tubuh untuk mengontrol emosi seseorang dengan mengontrol 14 otot tubuh, otot-otot ditegangkan dan direksasikan dengan gerakan 1 sampai dengan gerakan 14. Aspek psikologis dari ROC-GAMA dapat dilihat pada saat setelah dilakukan teknik ini, anggota diberikan waktu untuk melakukan *sharing* atau *expression of feelings*, dengan *sharing* diharapkan setiap anggota dapat mengekspresikan segala emosi dan perasaan yang sedang dirasakan sebelum dan sesudah diberikan tindakan ROC-GAMA.

Aspek sosial, ROC-GAMA merupakan suatu teknik relaksasi yang dilakukan secara berkelompok. Kelompok adalah kumpulan individu dua orang atau lebih. Kelompok dapat dikategorikan dengan berbagai cara, antara lain berdasarkan konseptual dari kelompok tersebut, berdasarkan tujuan dan penanganan serta berdasarkan jumlah dari anggota kelompok atau hubungan interpersonal anggotanya (Boyd & Nihart, 1998). Psikoterapi kelompok adalah terapi dengan orang-orang yang emosinya sakit dipilih dengan teliti dipertemukan didalam kelompok yang dipandu oleh terapis terlatih dan saling membantu satu sama lain memengaruhi perubahan kepribadian (Kaplan & Sadock, 2010). Dengan berkelompok maka akan terjadi interaksi sosial yang dinamis antar tiap anggota. Secara umum dapat dikatakan bahwa dengan ROC-GAMA ini akan menciptakan suatu interaksi sosial yang dinamis, yaitu mengarah pada kerjasama individu atau antar anggota kelompok.

Aspek spritual, dalam teknik ROC-GAMA intruksi yang diberikan selain untuk menegangkan dan merelaksasikan otot, peserta diminta untuk merasakan seluruh aktivitas yang ada seperti ketegangan dan kendur/relaksnya otot-otot tubuh, ketenangan, dan meningkatkan kesadaran serta rasa syukur akan segala

nikmat yang diberikan oleh Tuhan YME. Menurut Wilber (2002) dalam Hermansyah (2009), untuk menguatkan identitas seseorang agar lebih permanen pada level ini, biasanya diperlukan terapi eksistensial semacam meditasi, yoga dan terapi lainnya. Di sisi lain, meningkatkan kesadaran berarti melibatkan diri dalam hubungan mendalam dengan orang-orang lain, yang hasilnya akan memperkaya kesadaran internal (*inner awarness*) seseorang. ROC-GAMA memberikan asuhan keperawatan dengan melakukan pendekatan spiritual dalam pelaksanaannya, sehingga dapat membantu peserta untuk mencari identitas, menemukan arti kehidupan dan mengatasi sakit dan stres yang terjadi terus menerus dalam kehidupannya.

3. Tujuan

3.1 Tujuan Umum

Lansia mampu melakukan dan mengikuti terapi (ROC-GAMA) dengan teknik *progressive muscle relaxation* (PMR) dan dapat menurunkan tingkat depresi pada lansia yang mengalami *post power syndrome*.

3.2 Tujuan Khusus

Setelah pemberian terapi (ROC-GAMA) dengan teknik *progressive muscle relaxation* lansia mampu:

- (1) Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi;
- (2) Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stres;
- (3) Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, fobia ringan, gagap ringan, dan
- (4) Membangun emosi positif dari emosi negatif.

4. Perencanaan Pelaksanaan kegiatan

Waktu dan Tempat

Hari/ tanggal : Bulan November – Desember 2012. Terapi dilakukan 2 kali dalam seminggu selama dua minggu.

Tempat : Balai RW V Mojo Gubeng Surabaya.

5. Strategi Pelaksanaan

No.	Fase	Waktu	Kegiatan Peneliti	Kegiatan Responden
1.	Orientasi	10 menit	a) Mengucapkan salam b) Memperkenalkan diri c) Menjelaskan tujuan d) Menjelaskan kuesioner	Menjawab salam Memperkenalkan diri Menerima Memperhatikan
2.	Kerja	20 menit	a) Menjelaskan cara/langkah-langkah yang akan dilakukan b) Mengajarkan dan memandu responden untuk melakukan teknik relaksasi (ROC-GAMA) c) Mengamati reaksi dan ekspresi responden	Memperhatikan Ikut melakukan sesuai intruksi -

3.	Terminasi 20 menit	a) Menanyakan perasaan responden (<i>expression of feelings</i>)	Menjawab/ mengungkapkan perasaan Bertanya
		b) Memberikan kesempatan responden untuk bertanya (<i>sharing</i>)	Membuat kesepakatan Menjawab salam
		c) Membuat kontrak untuk pertemuan selanjutnya	
		d) Mengucap salam	

6. Persiapan

Persiapan alat dan lingkungan: Karpet/matras serta lingkungan yang tenang dan sunyi.

Persiapan klien:

- 1) Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur, dan pengisian lembar persetujuan tindakan relaksasi kepada klien;
- 2) Posisikan tubuh klien secara nyaman yaitu berbaring dengan mata tertutup menggunakan atau duduk di kursi dengan kepala ditopang, hindari posisi berdiri;
- 3) Lepaskan asesoris yang digunakan seperti kacamata, jam dan sepatu;
- 4) Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau hal lain yang sifatnya mengikat ketat.

7. Prosedur (ROC-GAMA) dengan teknik *progressive muscle relaxation* (PMR)

Gerakan 1: ditujukan untuk melatih otot tangan

- 1) Mengepalkan tangan kuat-kuat hingga jari-jari dan tangan terasa tegang.

- 2) Tarik nafas pendek menjelang akhir waktu penegangan (setelah melakukan penegangan sekitar delapan hingga sepuluh detik).
- 3) Kemudian lemaskan ketegangan tadi sambil menghenbuskan nafas.
- 4) Rasakan bagaimana perubahan sensasi otot-otot tersebut ketika ketegangan itu dilepaskan.
- 5) Lakukan dua kali untuk tiap-tiap kelompok otot.
- 6) Rasakan betapa nikmat yang Tuhan berikan atas diri kita, ketegangan dan rasa relaks yang mungkin kadang kita lupa bahwa sesungguhnya semua atas kemurahan dan ijin Tuhan YME,

Gerakan 2: ditujukan untuk melatih otot lengan.

Tekankan lengan bawah untuk menegangkan lengan bagian bawah dan atas selanjutnya tarik nafas pendek dan rasakan sensasi ketegangan otot tersebut.

Gerakan 3: untuk melatih otot bisep (otot besar pada bagian atas pangkal lengan)

- 1) Genggam kedua tangan hingga menjadi kepalan.
- 2) Kemudian bawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot biceps akan menjadi tegang.

Gerakan 4: untuk melatih otot bahu supaya mengendur

- 3) Angkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan akan hingga menyentuh kedua telinga.
- 4) Fokuskan perhatian gerakan pada kontras ketegangan yang terjadi di bahu, punggung atas dan leher, kemudian lepaskan.
- 5) Relaks..... Lepaskan segala fikiran negatif dari tubuh, masalah dan segala hal yang membuat hidup terasa berat.

Gerakan 5 dan 6: ditujukan untuk merilekskan otot-otot wajah (otot dahi, mata, rahang, mulut).

- 1) Gerakkan otot dahi dengan cara mengerutkan dahi dan alis setinggi mungkin. Setelah dilakukan dua kali, kernyitkan alis sekuat mungkin hingga membentuk huruf V.
- 2) Untuk menegangkan otot-otot kecil disekitar mata, tutup mata kuat-kuat seolah-olah menarik pipi ke alis mata. Rasakan ketegangan disekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata.

Gerakan 7: ditujukan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang, katupkan rahang diikuti dengan menggigit gigi sehingga menjadi ketegangan disekitar otot rahang.

Gerakan 8: ditujukan untuk mengendurkan otot-otot sekitar mulut.

Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan disekitar mulut.

Gerakan 9: ditujukan untuk merilekskan otot leher bagian belakang.

- 1) Gerakan diawali dengan otot leher yang bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan
- 2) Letakkan kepala sehingga dapat beristirahat.
- 3) Tekan permukaan pada permukaan bantalan kursi atau bantal sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan dibagian belakang leher dan punggung atas.

Gerakan 10: ditujukan untuk melatih otot leher bagian depan.

- 1) Gerakan membawa kepala ke muka

- 2) Benamkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka.

Gerakan 11: ditujukan untuk melatih otot punggung

- 1) Punggung dilengkungkan
- 2) Busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks.
- 3) Saat relaks, letakkan tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lemas.

Gerakan 12: ditujukan untuk merelakskan otot dada.

- 1) Tarik nafas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya.
- 2) Ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada sampai turun ke perut, kemudian dilepas.
- 3) Saat ketegangan dilepas, lakukan napas normal dengan lega.
- 4) Ulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dengan relaks.
- 5) Hirup udara yang ada disekitar anda, rasakan..... betapa nikmat hidup ini. Rasakan betapa baik Tuhan karena sampai saat ini kita masih diberi kesempatan untuk menghirup udaraNya.
- 6) Bayangkan bagaimana paru-paru kita yang setiap hari berkerja berusaha agar kita tetap hidup, dan semua itu hanya karena ijin Tuhan YME. Betapa besar kuasaNya.

Gerakan 13: ditujukan untuk melatih otot perut.

- 1) Tarik dengan kuat perut ke dalam.

- 2) Tahan sampai menjadi kencang dan keras selama 10 detik, lalu dilepaskan bebas.
- 3) Ulangi kembali seperti gerakan awal untuk perut ini.

Gerakan 14: ditujukan untuk melatih otot-otot kaki (seperti paha, betis dan jari-jari kaki).

- 1) Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang.
- 2) Lanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke otot betis.
- 3) Tekuklah jari-jari sambil menegangkan telapak kaki dan jari-jari kaki sekuat mungkin.
- 4) Tahan masing-masing posisi tegang selama 10 detik, lalu dilepas.
- 5) Ulangi setiap gerakan masing-masing 2 kali.
- 6) Ucapkan syukur atas segala kemurahaNya hari ini.

8. Kriteria Evaluasi

1) Struktur

- (1) LP/Modul disiapkan.
- (2) Alat bantu / media disiapkan.
- (3) Kontrak dengan dengan responden tepat dan sesuai rencana.

2) Proses

- (1) Pelaksanaan sesuai waktu strategi pelaksanaan.
- (2) Responden melakukan teknik (ROC-GAMA) sesuai dengan instruksi.

3) Hasil

- (1) Didapatkan: data umum, hasil lembar kuesioner,
- (2) Teridentifikasi adanya pengaruh terapi (ROC-GAMA) terhadap tingkat depresi.

Lampiran 9**RAW DATA**

1. Kelompok Eksperimen

No	Kode	Jenis Kelamin	Usia	Tingk. Pendidikan	Pekerjaan	Status perkawinan	Skor		Tingkat Depresi		Kode	
							<i>Pre-Test</i>	<i>Post-Test</i>	<i>Pre-Test</i>	<i>Post-Test</i>	<i>Pre-Test</i>	<i>Post-Test</i>
1	1	1	59	2	1	1	11	9	Sedang	Sedang	3	3
2	3	1	49	1	3	2	7	7	Ringan	Ringan	2	2
3	4	1	55	1	1	2	9	5	Sedang	Ringan	3	2
4	5	2	54	1	2	2	7	6	Ringan	Ringan	2	2
5	6	1	56	1	1	2	8	6	Sedang	Ringan	3	2
6	9	1	51	1	1	1	8	6	Sedang	Ringan	3	2
7	10	1	52	1	2	1	17	10	Berat	Sedang	4	3
8	11	2	48	1	1	2	5	1	Ringan	Minimal	2	1
9	13	1	52	1	3	1	10	6	Sedang	Ringan	3	2
10	15	1	57	1	1	1	8	5	Sedang	Ringan	3	2
11	18	1	47	1	2	2	7	5	Ringan	Ringan	2	2
12	19	1	45	1	1	2	6	6	Ringan	Ringan	2	2
13	21	1	59	1	1	1	8	5	Sedang	Ringan	3	2

2. Kelompok Kontrol

No	Kode	Jenis Kelamin	Usia	Tingk. Pendidikan	Pekerjaan	Status perkawinan	Skor		Tingkat Depresi		Kode	
							Pre-Test	Post-Test	Pre-Test	Post-Test	Pre-Test	Post-Test
1	2	1	59	2	1	1	8	9	Sedang	Sedang	3	3
2	7	2	46	1	3	1	7	7	Ringan	Ringan	2	2
3	8	2	45	1	1	2	6	7	Ringan	Ringan	2	2
4	12	1	50	1	3	2	11	10	Sedang	Sedang	3	3
5	14	1	48	1	1	2	7	6	Ringan	Ringan	2	2
6	16	1	55	1	1	2	5	5	Ringan	Ringan	2	2
7	17	1	58	1	2	1	8	8	Sedang	Sedang	3	3
8	20	1	59	1	1	2	10	9	Sedang	Sedang	3	3
9	22	1	54	1	1	2	9	11	Sedang	Sedang	3	3
10	23	1	51	1	1	1	14	16	Berat	Berat	4	4
11	24	1	46	1	1	2	5	6	Ringan	Ringan	2	2
12	25	1	53	1	2	1	9	9	Sedang	Sedang	3	3
13	26	1	54	2	1	2	6	5	Ringan	Ringan	2	2

Ket: Tingkat depresi
 Skor 0-4 = Depresi minimal atau tidak ada
 Skor 5-7 = Depresi ringan
 Skor 8-15 = Depresi sedang
 Skor 16 = Depresi berat

Kode
 1= Depresi minimal atau tidak ada
 2= Depresi ringan
 3= Depresi sedang
 4= Depresi berat

Pekerjaan
 1= PNS
 2= Swasta
 3= Lain -lain

Tingkat Pendidikan
 1= P. Tinggi
 2= SMA/SPK

Status perkawinan: 1= Kawin 2= Janda/duda

3. Tabulasi data kuesioner kelompok eksperimen *pre-test*

Kode	Nomor Soal													Total nilai	Tingkat Depresi
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
1	0	2	0	2	1	0	0	1	1	2	1	0	1	11	Sedang
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	1	7	Ringan
3	2	0	3	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	9	Sedang
4	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	2	0	0	7	Ringan
5	1	2	0	0	2	0	0	0	1	1	1	0	0	8	Sedang
6	3	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	8	Sedang
7	3	0	1	1	3	0	0	2	1	2	2	1	1	17	Berat
8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	5	Ringan
9	3	0	0	0	2	0	0	0	0	2	2	1	0	10	Sedang
10	3	1	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	8	Sedang
11	3	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	7	Ringan
12	0	0	3	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	6	Ringan
13	1	1	0	0	0	1	0	1	1	2	0	0	1	8	Sedang
Jml. Total	19	6	10	4	9	2	0	8	9	21	14	5	4	111	
Nilai maks.	21														

4. Tabulasi data kuesioner kelompok eksperimen *post-test*

Kode	Nomor Soal													Total nilai	Tingkat Depresi
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
1	0	2	0	2	1	0	0	1	1	1	0	0	1	9	Sedang
2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	0	1	7	Ringan
3	1	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	Ringan
4	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	2	1	0	6	Ringan
5	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	2	0	0	6	Ringan
6	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	Ringan
7	2	0	0	1	1	2	0	1	0	1	2	0	0	10	Sedang
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	Tidak ada/minimal
9	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	6	Ringan
10	2	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	5	Ringan
11	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	5	Ringan
12	0	0	3	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	6	Ringan
13	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	5	Ringan
Jml. Total	11	7	6	5	4	4	0	6	7	11	10	3	3	77	
Nilai maks.										11					

5. Tabulasi data kuesioner kelompok kontrol *pre-test*

Kode	Nomor soal													Total nilai	Tingkat Depesi
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
1	1	1	2	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	8	Sedang
2	2	0	3	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	7	Ringan
3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	6	Ringan
4	1	2	1	2	0	1	0	1	1	0	1	0	1	11	Sedang
5	2	1	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	7	Ringan
6	0	0	2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	5	Ringan
7	2	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1	8	Sedang
8	3	0	0	1	0	0	0	0	2	2	2	0	0	10	Sedang
9	2	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	2	9	Sedang
10	3	2	1	1	2	0	0	1	0	2	0	1	1	14	Berat
11	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	5	Ringan
12	1	0	1	0	2	0	0	0	0	2	2	1	0	9	Sedang
13	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	6	Ringan
Jml. total	20	9	12	6	7	3	0	5	11	11	12	2	7	105	
Nilai maks	20														

6. Tabulasi data kuesioner kelompok kontrol *pos- test*

Kode	Nomor soal													Total Nilai	Tingkat Depresi
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
1	1	0	2	0	0	0	0	2	0	1	1	1	1	9	Sedang
2	1	0	3	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	7	Ringan
3	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	7	Ringan
4	1	2	1	2	0	1	0	1	0	0	1	0	1	10	Sedang
5	1	0	1	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	6	Ringan
6	0	0	2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	5	Ringan
7	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2	1	8	Sedang
8	3	0	1	0	1	0	0	0	1	1	2	0	0	9	Sedang
9	2	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	2	11	Sedang
10	3	1	2	1	1	1	0	2	0	2	0	2	1	16	Berat
11	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	6	Ringan
12	1	0	1	0	2	0	0	0	0	2	2	1	0	9	Sedang
13	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	5	Ringan
Jml. total	17	4	16	6	10	4	0	7	8	9	11	9	7	108	
Nilai Maks.	17														

Lampiran 10

HASIL ANALISIS SPSS

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
perlakuan_pre	13	8,54	2,989	5	17
perlakuan_post	13	5,92	2,136	1	10

Statistics		
Perlakuan pre test		
N	Valid	13
	Missing	0
Mean		8,54
Median		8,00
Mode		8

Statistics		
Perlakuan post test		
N	Valid	13
	Missing	0
Mean		5,92
Median		6,00
Mode		6

Perlakuan_pre_test				
	Freque ncy	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	5	1	7,7	7,7
	6	1	7,7	15,4
	7	3	23,1	38,5
	8	4	30,8	69,2
	9	1	7,7	76,9
	10	1	7,7	84,6
	11	1	7,7	92,3
	17	1	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Perlakuan_post_test				
	Freque ncy	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	1	1	7,7	7,7
	5	4	30,8	38,5
	6	5	38,5	76,9
	7	1	7,7	84,6
	9	1	7,7	92,3
	10	1	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
perlakuan_post - perlakuan_pre	Negative Ranks	13(a)	7,00	91,00
	Positive Ranks	0(b)	,00	,00
	Ties	0(c)		
	Total	13		

a perlakuan_post < perlakuan_pre

b perlakuan_post > perlakuan_pre

c perlakuan_post = perlakuan_pre

Test Statistics(b)

	perlakuan_post - perlakuan_pre
Z	-3,205(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001

a Based on positive ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
kontrol_pre	13	8,08	2,565	5	14
kontrol_post	13	8,31	2,983	5	16

Statistics		
Kontrol_pre		
N	Valid	13
	Missing	0
Mean		8,08
Median		8,00
Mode		5(a)
a Multiple modes exist. The smallest value is shown		

Statistics		
Kontrol_post		
N	Valid	13
	Missing	0
Mean		8,31
Median		8,00
Mode		9

Kontrol_pre					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	2	15,4	15,4	15,4
	6	2	15,4	15,4	30,8
	7	2	15,4	15,4	46,2
	8	2	15,4	15,4	61,5
	9	2	15,4	15,4	76,9
	10	1	7,7	7,7	84,6
	11	1	7,7	7,7	92,3
	14	1	7,7	7,7	100,0
Total		13	100,0	100,0	

Kontrol_post					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	2	15,4	15,4	15,4
	6	2	15,4	15,4	30,8
	7	2	15,4	15,4	46,2
	8	1	7,7	7,7	53,8
	9	3	23,1	23,1	76,9
	10	1	7,7	7,7	84,6
	11	1	7,7	7,7	92,3
	16	1	7,7	7,7	100,0
Total		13	100,0	100,0	

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
kontrol_post - kontrol_pre	Negative Ranks	4(a)	4,00	16,00
	Positive Ranks	5(b)	5,80	29,00
	Ties	4(c)		
	Total	13		

a kontrol_post < kontrol_pre

b kontrol_post > kontrol_pre

c kontrol_post = kontrol_pre

Test Statistics(b)

	kontrol_post - kontrol_pre
Z	-,812(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,417

a Based on negative ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Eksperimen	26	7,00	2,871	1	16
VAR00001	26	1,50	,510	1	2

Mann-Whitney Test**Ranks**

VAR00001		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Eksperimen	Eksperimen	13	9,85	128,00
	Kontrol	13	17,15	223,00
	Total	26		

Test Statistics(b)

	Eksperimen
Mann-Whitney U	37,000
Wilcoxon W	128,000
Z	-2,492
Asymp. Sig. (2-tailed)	,013
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,014(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: VAR00001