

**TESIS**  
**EFEKTIVITAS TERAPI MUSIK TERHADAP TINGKAT DEPRESI PADA**  
**PENDERITA PASCASTROKE**

Tesis  
untuk memenuhi sebagian persyaratan  
mencapai derajat Magister Profesi Psikolog

Program Magister Profesi Psikolog  
Konsentrasi Psikologi Klinis



Diajukan Oleh :

Dewi Lucky Setyowati, S.Psi

07 915 014

**PROGRAM MAGISTER PROFESI PSIKOLOG**  
**FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA**  
**UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA**  
**YOGYAKARTA**  
**2012**

**HALAMAN PENGESAHAN**

Dipertahankan di Depan Dewan Penguji Tesis Program Magister Psikolog Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia untuk Memenuhi Sebagian dari Syarat-Syarat Guna Memperoleh Gelar Magister Psikolog

Pada Tanggal

14 FEB 2012


Susunan Dewan Penguji

**Pembimbing I**



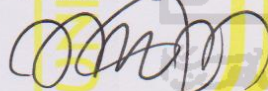
Dra. Yai Suryo Prabandari, M.Si., Ph.D

**Penguji I**



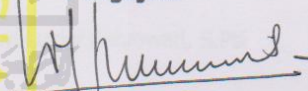
Ratna Syifa'a Rachmahana, S.Psi., M.Si., Psikolog

**Pembimbing II**



Rr. Indahria Sulistya Rini, S.Psi., MA., Psikolog

**Penguji II**



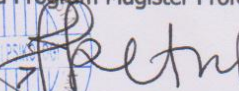
Dr. Indria L. Gamayanti, M.Si., Psikolog

الإسلامية  
مجلس  
الدراسات  
العلمية  
مجلس  
الدراسات  
العلمية

Mengesahkan,

Program Magister Profesi Psikolog  
Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia  
Ketua Program Magister Profesi Psikolog,



  
RA. Retno Kumolohadi, S.Psi., M.Si., Psikolog

## HALAMAN PERNYATAAN

Bersama ini saya menyatakan bahwa selama melakukan penelitian dan dalam membuat laporan penelitian, tidak melanggar etika akademik seperti penjiplakan, pemalsuan data, dan manipulasi data. Jika pada saat ujian tesis saya terbukti melanggar etika akademik, maka saya sanggup menerima sanksi dari dewan penguji. Apabila di kemudian hari saya terbukti melanggar etika akademik, maka saya sanggup menerima konsekuensi berupa pencabutan gelar sarjana profesi yang telah saya peroleh.

Yogyakarta, Desember 2011

Yang menyatakan,

Dewi Lucky Setyowati, S.Psi



## HALAMAN PERSEMBAHAN

Tesis ini kupersembahkan untuk:

*Papa dan Mama Djumingan*

Yang selalu memberi dukungan moral maupun spiritual.

*My sisters n my brothers :*

*mbak Henny, mbak Ita, mbak Vera,*

*mas Arief, mas Wahyu, mas Warid*

Yang selalu mendorong untuk segera menyelesaikan tesis.

*My nephews n cousins:*

*keponakan-keponakan Afik, Icha,*

*Sophie, Silsi, David*

Yang telah menghibur dengan kelucuannya.

## MOTTO

"Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya. Ia mendapat pahala (dari kebajikan) yang diusahakannya dan ia mendapat siksa (dari kejahatan) yang dikerjakannya. (Mereka berdoa): "Ya Tuhan kami, janganlah Engkau hukum kami jika kami lupa atau kami tersalah. Ya Tuhan kami, janganlah Engkau bebankan kepada kami beban yang berat sebagaimana Engkau bebankan kepada orang-orang sebelum kami. Ya Tuhan kami, janganlah Engkau pikulkan kepada kami apa yang tak sanggup kami memikulnya. Beri ma'aflah kami; ampunilah kami; dan rahmatilah kami. Engkaulah Penolong kami, maka tolonglah kami terhadap kaum yang kafir." (QS. Al Baqarah: 286)



## KATA PENGANTAR

*Assalaamu'alaikum Wr.Wb.*

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan taufiq dan hidayahNya kepada kita. Shalawat dan salam semoga dilimpahkan selalu kepada junjungan kita nabi Muhammad SAW dan seluruh sahabat serta kerabatnya, sehingga dengan rahmat dan bimbingannya penulis dapat menyelesaikan tesis/tugas akhir ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini tidak dapat terselesaikan tanpa bantuan dari berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung selama penyusunan tesis ini. Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Sus Budiharto, S.Psi., M.Si., Psikolog, sebagai Dekan Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia beserta seluruh staf dosen dan seluruh karyawan.
2. Ibu RA. Retno Kumolohadi, S.Psi., M.Si., Psikolog, selaku Ketua Program Studi Magister Psikolog Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia
3. Ibu Dra. Yayi Suryo Prabandari, M.Si., Ph.D sebagai pembimbing utama yang telah membimbing dan membantu selama mengerjakan tesis.
4. Ibu Rr. Indah Ria Sulistyarini, S.Psi., M.A., Psikolog sebagai pembimbing kedua yang telah membimbing dan membantu selama mengerjakan tesis.
5. Pak H. Fuad Nashori, S.Psi., M.Si., Psikolog sebagai penguji ujian tesis, terima kasih atas masukannya selama ujian.

6. Ibu Ratna Syifa'a Rachmahana, S.Psi., M.Si., Psikolog sebagai penguji ujian tesis, terima kasih atas masukannya selama ujian.
7. Ibu Dr. Indria L. Gamayanti, M.Si., Psikolog sebagai penguji dari Himpsi, terima kasih atas masukannya selama ujian.
8. Pak Drs. Sumaryanto sebagai psikolog yang membimbing dan membantu proses pelaksanaan terapi.
9. Teman-teman Magister Profesi Angkatan IV : Ahadi, Yuni, Ayu, Yuke, Dina, Nita, Winda, Huda, Wiwik, Titin, Irfan, Mbak Desy, Mbak Lila, Kak Hasna, Mbak Eno, Widi, Bang Bahril, Mbak Tika, Fendy, Rahmat, Mas Andi, Ardiman, Wiwit, Jenia, yang telah menjadi teman-teman penulis selama perkuliahan Magister, semoga jalinan persahabatan ini akan terus berlanjut.
10. Andhika Anggawira, S.Psi yang sudah memberikan dukungan dan bantuannya.
11. Dini, Mira, Rosi, Widi *my best friends* yang selalu bersama dalam suka maupun duka, semoga kita bisa tetap bersama.
12. Seluruh staf karyawan Bagian Administrasi Magister Profesi Psikologi : Mbak Mus, Pak Fathur, Mas Robit.
13. Dan semua pihak yang tidak dapat diucapkan satu per satu, yang telah membantu menyelesaikan tesis ini.

Semoga amal kebaikan yang telah mereka berikan, mendapat balasan setimpal dari Allah SWT, Amin.

Akhirnya semoga ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi semua pihak yang berkenan menelaahnya.

*Wassalamu'alaikum Wr. WB*

Yogyakarta, Desember 2011

Penulis





## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	iv
HALAMAN MOTTO.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR BAGAN.....	xiv
DAFTAR GRAFIK.....	xv
INTISARI.....	xvi
ABSTRACT.....	xvii
<b>BAB I. PENGANTAR.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan dan Manfaat Penelitian.....	9
1. Tujuan Penelitian.....	9
2. Manfaat Penelitian.....	9
C. Keaslian Penelitian.....	10
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>13</b>
A. Depresi.....	13
1. Pengertian Depresi.....	13
2. Jenis-jenis Depresi.....	20

3. Aspek-aspek Depresi.....	21
4. Faktor-faktor Penyebab depresi.....	25
5. Penanganan Depresi.....	28
B. Stroke.....	30
1. Pengertian Stroke.....	30
2. Faktor-faktor Risiko Stroke.....	33
3. Akibat Stroke.....	35
C. Depresi Pascastroke.....	37
1. Faktor-faktor Penyebab Depresi Pascastroke.....	38
D. Terapi Musik.....	43
1. Pengertian Terapi Musik.....	43
2. Elemen-elemen Terapi Musik.....	44
3. Metode Musik.....	45
E. Dinamika Psikologis.....	52
F. Kerangka Berpikir.....	58
G. Hipotesis.....	59

### **BAB III. METODE PENELITIAN.....**

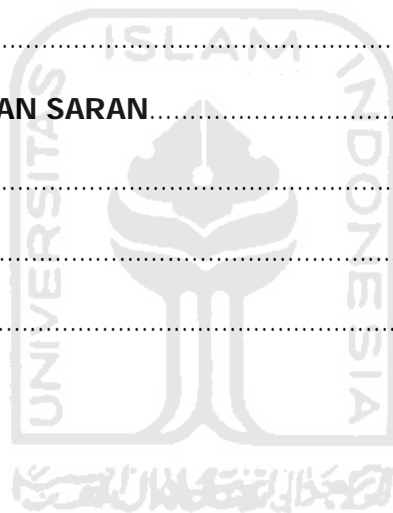
A. Rancangan Penelitian.....	60
B. Identifikasi Variabel Penelitian.....	61
C. Definisi Operasional.....	61
1. Terapi Musik.....	61
2. Depresi.....	61
D. Subjek Penelitian.....	62
E. Metode Penelitian.....	62

F. Prosedur Pemberian Perlakuan.....	63
G. Alat/Materi.....	64
H. Rancangan Analisis.....	66
<b>BAB IV. HASIL PENELITIAN, PEMBAHASAN DAN EVALUASI.....</b>	<b>67</b>
A. Persiapan Penelitian.....	67
1. Persiapan Alat Ukur.....	67
2. Seleksi Subjek.....	68
3. Persiapan dan Pelaksanaan Pemberian Terapi.....	69
B. Pelaksanaan Penelitian.....	73
1. Pelaksanaan Pencarian Subjek Penelitian.....	73
2. Pelaksanaan Pengambilan Data.....	74
3. Pelaksanaan Terapi.....	74
C. Data Subjek 1.....	75
1. Identitas Subjek.....	75
2. Hasil Asesmen.....	76
3. Hasil Wawancara dan Observasi.....	79
4. Analisis Kuantitatif.....	88
a. <i>Pre test</i> .....	88
b. <i>Post test</i> .....	88
c. <i>Follow up</i> .....	88
d. Grafik.....	88
5. Analisis Individu.....	89
D. Data Subjek 2.....	92
1. Identitas Subjek.....	92

2. Waktu dan Tempat Asesmen.....	93
3. Hasil Wawancara dan Observasi.....	96
4. Analisis Kuantitatif.....	106
<i>a. Pre test</i> .....	106
<i>b. Post test</i> .....	106
<i>c. Follow up</i> .....	107
<i>d. Grafik</i> .....	107
5. Analisis Individu.....	108
E. Pembahasan.....	110
<b>BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	119
A. Kesimpulan.....	119
B. Saran.....	120
C. Evaluasi.....	120

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Disain Penelitian.....	60
Tabel 2. Kategori Tingkat Depresi.....	66
Tabel 3. Item Skala <i>Beck Depression Inventory</i> .....	68
Tabel 4. Pelaksanaan Jadwal Pemberian Terapi Musik (Klien 1).....	69
Tabel 5. Pelaksanaan Jadwal Pemberian Terapi Musik (Klien 2).....	71



## DAFTAR BAGAN

Bagan 1. Kerangka Berpikir.....	58
Bagan 2. Dinamika Psikologis Subjek Sh.....	117
Bagan 3. Dinamika Psikologis Subjek Sm.....	118



## DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. Hasil <i>Pre Test</i> , <i>Post Test</i> , dan <i>Follow up</i> Subjek Sh.....	88
Grafik 2. Hasil <i>Pre Test</i> , <i>Post Test</i> , dan <i>Follow up</i> Subjek Sm.....	107



## EFEKTIVITAS TERAPI MUSIK TERHADAP TINGKAT DEPRESI PADA PENDERITA PASCASTROKE

### INTISARI

Stroke merupakan gangguan saraf umum yang timbul secara mendadak dalam waktu singkat. Gangguan ini dapat mengakibatkan aliran darah ke otak mengalami penyumbatan atau perdarahan. Stroke dapat disebabkan karena kurangnya oksigen dalam otak. Berbagai terapi telah digunakan untuk menurunkan tingkat depresi pada pascastroke. Penelitian ini menggunakan terapi musik yang bertujuan untuk mengetahui efektivitas terapi musik dalam menurunkan tingkat depresi pada penderita pasca stroke.

Penelitian ini dilakukan pada pasien dengan kriteria: berusia 30 tahun sampai 55 tahun; skor depresi dari ringan sampai berat; tidak mengalami keterbatasan dalam berkomunikasi; menjalani terapi seperti fisioterapi dan okupasi; masih menjalani perawatan dan pengobatan medis. Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah asesmen, skala depresi BDI khusus stroke, lembar pemantauan harian, dan lembar evaluasi.

Pengambilan data dilakukan sebanyak 3 kali, yaitu *pretest*, *posttest*, dan *follow up* setelah 1 bulan. Terapi dilakukan selama 33 hari. Selama 2 hari, subjek didampingi terapis untuk terapi. Kemudian, subjek diberi tugas rumah untuk dilakukan sendiri dan diberi lembar pemantauan harian. Setiap 1 minggu sekali, peneliti melihat lembar pemantauan harian selama 1 bulan. Dalam terapi ini, subjek diberi instrumen musik untuk didengarkan sambil melakukan relaksasi. Setelah 1 bulan, subjek diberi *follow up* untuk melihat tingkat depresi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi musik efektif untuk menurunkan depresi pada penderita pasca stroke selama 1 bulan setelah pelaksanaan terapi. Berdasar hasil analisis, perubahan-perubahan skor depresi, catatan observasi dan wawancara, dapat dilihat beberapa aspek, yaitu: (a) aspek emosi, keadaan marah subjek sudah mulai berkurang; (b) aspek kognitif, subjek sudah tidak berkecil hati dan mau menerima keadaan dirinya; (c) aspek motivasi, subjek Sh mendapat dukungan dari keluarga, sedangkan Sm kurang mendapatkan dukungan dari keluarga; (d) aspek fisik dan vegetatif, subjek mudah mengalami lelah pasca stroke.

Kata kunci: terapi musik, depresi, pascastroke



## **EFFECTIVENESS MUSIC THERAPY OF LEVEL DEPRESSION ON POSTSTROKE PATIENTS**

### **ABSTRACT**

*Stroke is a common neurological disorder that arises suddenly in a short time. This disorder can cause blood flow to the brain becomes blocked or bleeding. Stroke can be caused due to lack of oxygen in the brain. Various therapies have been used to reduce levels of depression on post-stroke. This study used music therapy that aimed to examine the effectiveness of music therapy in reducing rates of depression in patients with post-stroke.*

*The research was conducted in patients with the following criteria: aged 30 years to 55 years; score from mild to severe depression; not experience limitation in communication; undergo treatments such as physiotherapy and occupational therapy; still undergoing treatment and medical treatment. The methods used in data collection is assesment, special BDI depression scale stroke, daily monitoring sheets, and evaluation sheets.*

*Data is collected three times, the pretest, posttest, and follow up after 1 month. Therapy performed for 33 days. During two days, the subject was accompanied by a therapist for treatment. Then, subjects were given the task to conduct in their own homes and given a daily monitoring sheet. Each one week, researchers looked at the sheets daily monitoring for one month. In this therapy, the subjects were musical instruments to be heard while doing relaxation. After one month, subject were given a follow up to see the level of depression.*

*Results showed that music therapy is effective in reducing post stroke depression in patients for one month after the implementation of therapy. Based on the results, changes in depression scores, record observations and interviews, can be seen several aspects, namely: (a) in aspects of emotional, subject's anger has begun to diminish, (b) for the cognitive aspect, the subject was not discouraged and will receive his state, (c) in motivational aspect, the subject of Sh had the support of family, while Sm had the less support from his family, (d) in physical and vegetative aspects, subjects prone to poststroke fatigue.*

*Key words: music therapy, depression, poststroke*

# BAB I

## PENGANTAR

### A. Latar Belakang

Stroke merupakan gangguan saraf umum yang timbul secara mendadak dalam waktu yang singkat. Gangguan ini dapat mengakibatkan aliran darah ke otak mengalami penyumbatan atau perdarahan. Stroke dapat disebabkan karena kurangnya oksigen dalam otak. Stroke merupakan salah satu penyebab kematian kedua di dunia, dengan jumlah kematian lebih dari 5,1 juta orang. Angka kematian pada laki-laki dan perempuan relatif sama, tetapi angka kematian di negara-negara miskin dan berkembang jauh lebih besar daripada angka kematian akibat stroke di negara-negara maju (Fatimah, 2009).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2010, penyakit jantung dan stroke dalam 10 tahun terakhir selalu masuk dalam 10 penyakit penyebab kematian tertinggi. Analisis 3 tahun terakhir dari data di seluruh rumah sakit di DIY menunjukkan, penyakit-penyakit kardiovaskuler, seperti jantung, stroke, hipertensi atau dikenal sebagai penyakit CVD (*cardiovascular disease*) menempati urutan paling tinggi penyebab kematian. Sampai dengan tahun 2010, terlihat bahwa dominasi kematian akibat penyakit tidak menular sudah mencapai lebih dari 80% kematian akibat penyakit yang ada di DIY (*hospital based*). CVD tidak hanya menempati urutan tertinggi penyebab kematian, tetapi jumlah kematiannya dari tahun ke tahun juga semakin meningkat seiring dengan semakin

meningkatnya jumlah penderita penyakit-penyakit CVD seperti laporan rumah sakit di DIY.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinis baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam, atau yang menimbulkan kematian, yang semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak (Fatimah, 2009). Saat ini, stroke tidak hanya diderita oleh orang yang sudah tua, namun bisa diderita oleh orang dengan usia produktif. Hal ini terjadi karena adanya berbagai perubahan gaya hidup dan pola makan yang semakin instan dan tidak mengindahkan masalah kesehatan akibat dari perbuatan dan gaya hidup serta pola makan yang dikonsumsi. Menurut Sudomo, yang merupakan Ketua Umum Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki), penyakit stroke bisa menyerang setiap orang tanpa memandang jabatan ataupun tingkatan sosial ekonomi. Kecenderungannya menyerang generasi muda yang masih produktif. Hal ini akan berdampak terhadap menurunnya tingkat produktivitas serta dapat mengakibatkan terganggunya kondisi sosial ekonomi (Auryn, 2008).

Stroke terjadi ketika darah yang mengalir ke otak terhambat, yang bisa membunuh jaringan sel otak dan menjadi salah satu penyakit yang mengakibatkan kematian tertinggi di dunia serta kecacatan permanen. Stroke merupakan keadaan ketika sel-sel otak mengalami kerusakan karena tidak adanya pasokan oksigen dan nutrisi yang cukup. Oksigen dan nutrisi ini dibawa oleh darah yang mengalir di dalam pembuluh darah. Selain itu, hipertensi juga dapat menyebabkan tekanan yang lebih besar pada dinding

pembuluh darah, sehingga dinding pembuluh darah menjadi lemah dan pembuluh darah akan mudah pecah. Pecahnya pembuluh darah di otak dapat menyebabkan sel-sel otak yang seharusnya mendapatkan asupan oksigen dan nutrisi yang dibawa melalui pembuluh darah tersebut menjadi kekurangan nutrisi dan akhirnya mati. Sebagian besar kasus stroke terjadi secara mendadak, sangat cepat, dan menyebabkan kerusakan otak dalam beberapa menit. Kemudian, stroke menjadi bertambah buruk dalam beberapa jam sampai 1-2 hari akibat bertambah luasnya jaringan otak yang mati (*stroke in evolution*) (Auryn, 2008).

Gejala-gejala umum stroke biasanya ditandai dengan sakit kepala, muntah, kerusakan mental, kejang, koma, demam dan disorientasi. Kadang-kadang penderita juga mengalami gejala-gejala peringatan sebelum stroke terjadi seperti mengantuk, pusing, sakit kepala dan kebingungan (Asmar, 2007).

Serangan stroke dapat disebabkan juga karena pengaruh hipertensi, penyakit jantung, diabetes, kolesterol, migrain, pengerasan pembuluh darah dan pola gaya hidup. Menurut Huff, dkk. (2003), faktor risiko terkena stroke adalah usia dan jenis kelamin; lokasi dan ukuran lesi; defisit-defisit neurologi; fungsi sosial dan sejarah psikiatrik.

Gejala stroke tidak selalu muncul pada kondisi yang berat. Serangan stroke ringan dapat diatasi dan kondisi pasien dapat pulih kembali sepenuhnya, bahkan dapat beraktivitas dan produktif seperti semula apabila serangan stroke ditangani dengan cepat dan tepat. Penanganan yang

terlambat akan mengantarkan pada kondisi yang parah seperti kelumpuhan total atau bahkan kematian (Fatimah, 2009).

Ada beberapa hal yang dirasakan oleh penderita yang selamat dari stroke beberapa tahun kemudian, di antaranya adalah kehilangan minat pada aktivitas relaksasi, perasaan capai yang berlebihan, menjadi pemarah, depresi, atau stres (Junaidi, 2004). Gambaran ini akibat dari defisit neurologis yang dialami oleh pasien pascastroke. Hal ini dapat dilihat dari menurunnya fungsi aktivitas-aktivitas kehidupan sehari-hari yang dapat berpengaruh pada penyesuaian diri yang baru pada kehidupannya. Pengaruh negatif yang lebih kompleks dapat terlihat dari munculnya gangguan aspek kognisi seperti gangguan kemampuan berpikir, belajar, dan berkomunikasi; aspek emosi seperti kebingungan karena perubahan fisik, penolakan karena kondisi kelumpuhan, kecemasan menjalani hidup dan kemungkinan munculnya depresi.

Beberapa penderita stroke mengalami stres akibat kecacatan yang ditimbulkan setelah serangan stroke. Kecacatan akibat dari serangan stroke berdampak pada kondisi psikologis yang buruk, seperti munculnya berbagai simptom seperti sedih, hilangnya respon terhadap kegembiraan, apatis, cemas, mengalami distorsi kognitif, rendah diri, gangguan aktivitas seksual, gangguan nafsu makan dan gangguan tidur. Berdasarkan simptom yang tampak, dapat dilihat bahwa penderita stroke mengalami depresi (Asmar, 2007).

Depresi pada stroke terjadi karena 2 faktor. Faktor pertama adalah karena terjadinya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak yang menyebabkan jalur komunikasi ke daerah otak tersebut menjadi terhambat.

Pasien stroke yang mengalami sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di bagian otak yang mengatur perasaan dan gerakan akan mengalami kesulitan dalam melakukan gerakan akibat lumpuhnya sebagian tubuh dan gangguan pada perasaan serta tingkah laku. Selain itu, bagian otak yang mengatur pusat perasaan yang terkena depresi pada pasien stroke juga disebabkan karena adanya ketidakmampuan pasien dalam melakukan sesuatu yang biasanya dikerjakan sebelum terkena stroke. Hal ini menyebabkan pasien merasa dirinya tidak berguna lagi, karena banyak keterbatasan yang ada dalam diri pasien akibat penyakitnya (Auryn, 2008).

Berdasar hasil wawancara dengan psikolog yang bekerja di puskesmas daerah Sleman, penderita stroke yang berkonsultasi dengan psikolog sudah pada taraf tingkat depresi berat. Pasien merasa bahwa dirinya sudah tidak berguna lagi, sulit tidur, cemas yang tinggi dengan penyakitnya yang tidak sembuh-sembuh, sering pusing dan merasa sendiri karena anak-anaknya ada yang sudah bekerja dan menikah. Terapi yang diberikan psikolog adalah terapi relaksasi, suportif dan terapi keluarga yang diberikan bila salah satu keluarga mengantar pasien berobat ke puskesmas (wawancara tanggal 10 Juni 2009).

Proses penanganan pasien pascastroke yang mengalami depresi dapat menggunakan obat. Menurut Studenski, dkk. (2006), standar perawatan untuk depresi pascastroke adalah menggunakan obat antidepresan dan psikoterapi. Menurut Kaplan, dkk. (1997), pengobatan stroke bila hanya mengandalkan pada obat-obatan saja hasil yang diperoleh kurang optimal, sehingga perlu terapi selain farmakoterapi, yaitu dengan psikoterapi, terapi

keluarga, fisioterapi. Psikoterapi dilakukan untuk membantu pasien lebih cepat merasa baik dengan menghargai dan menerima segala kondisi dan perlakuan tanpa merasa cemas yang berlebihan. Selain itu, terapi keluarga juga dapat mempercepat proses pemulihan pasien pascastroke, yaitu dengan memberi informasi tentang keadaan pasien dan diharapkan keluarga dapat memberikan dukungan pada pasien pascastroke. Untuk mengembalikan fungsi otot dan saraf yang tidak berfungsi perlu dilakukan fisioterapi. Hal tersebut dilakukan untuk melatih otot-otot yang kaku dengan gerakan yang ringan dan tidak menyakitkan. Terapi wicara digunakan untuk penderita afasia yang dapat mengubah kemampuan bahasa pasien. Afasia tidak dapat disembuhkan, tetapi intervensi bahasa memungkinkan pasien dapat memahami dan memproduksi bahasa lebih efektif (Gofir, 2009).

Selain beberapa terapi tersebut, pasien pascastroke dapat diberi terapi musik. Terapi musik merupakan metode intervensi yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan mengurangi kecemasan, depresi, dan respon psikososial lain sebagai hasil dari hemodialisis (Martinez, 2009). Terapi musik dapat digunakan dengan beberapa teknik, misalnya dengan bernyanyi yang dapat membantu pasien yang mengalami gangguan perkembangan artikulasi pada keterampilan bahasa, irama, dan kontrol pernafasan. Gerak ritmis termasuk dalam teknik terapi musik yang digunakan untuk mengembangkan jangkauan fisiologis, menggabungkan mobilitas/ketangkasan/kekuatan, keseimbangan, koordinasi, konsistensi, pola-pola pernafasan, dan relaksasi otot (Djohan, 2009). Mendengarkan musik dapat membantu meningkatkan pemulihan daya kognitif dan dapat mencegah munculnya perasaan negatif.

Musik yang didengarkan adalah musik yang dapat membuat rileks dan tidak terlalu cepat. Bila terlalu cepat, maka secara tidak sadar stimulus yang masuk akan membuat pasien pascastroke mengikuti irama tersebut. Hal tersebut membuat keadaan istirahat tidak optimal.

Menurut Choi, dkk. (2008), efek musik dapat menunjukkan perbaikan yang signifikan dalam depresi, kecemasan, dan hubungan pada kejiwaan pasien. Beberapa penelitian telah menggunakan terapi musik untuk menangani depresi pada pasien stroke. Kemper, dkk. (2005) menyatakan bahwa musik dapat membantu memperbaiki suasana hati, mengurangi kecemasan, dan juga memperbaiki mutu hidup pasien yang melakukan perawatan untuk meringankan penyakit dengan menambahkan kenyamanan dan relaksasi. Berdasar hasil wawancara dengan beberapa pasien yang sedang berobat di rumah sakit swasta Yogyakarta, bila mereka sedang merasa cemas, pikiran kacau dan hati merasa tidak tenang, mereka membaca Al Quran atau mendengarkan musik seperti shalawat nabi. Setelah membaca Al Quran atau mendengarkan musik, mereka merasa tenang dan pikiran tidak kacau lagi. Kadang-kadang saat mendengarkan musik shalawat, ada yang ikut melafadzkannya (wawancara tanggal 24 Februari 2010).

Menurut Crowe, yang merupakan mantan presiden *the National Association of Music Therapy*, musik dan irama menghasilkan efek penyembuhan karena dapat menenangkan aktivitas yang berlebihan dari belahan otak kiri. Ditambahkan pula bahwa suara repetitif dapat mengirimkan sinyal konstan kepada korteks serta menutup masukan indera yang lain seperti penglihatan, sentuhan, dan bau (Djohan, 2009). Terapi musik



merupakan sebuah aktivitas terapeutik yang menggunakan musik sebagai media untuk memperbaiki, memelihara, mengembangkan mental, fisik, dan kesehatan emosi. Di samping kemampuan non verbal, kreativitas dan rasa yang alamiah dari musik juga merupakan fasilitator untuk menjalin hubungan, ekspresi diri, komunikasi, dan pertumbuhan pada penggunanya. Pada tahap selanjutnya, terapi musik difungsikan untuk memperbaiki kesehatan fisik, interaksi sosial, hubungan interpersonal, ekspresi emosi, dan meningkatkan kesadaran diri.

Menurut Djohan (2009), irama musik dari jenis musik apapun dapat merangsang sistem motor dalam otak, sementara sistem tubuh lainnya juga memiliki respon yang sama dengan otak. Sebagai contoh, pemberian musik jenis Mozart dan Mendelssohn yang diberikan setiap hari selama 12 minggu pada pasien dapat mengurangi tingkat depresi dan rasa cemasnya dibandingkan dengan yang mendapat fasilitas pengobatan yang sama tetapi tanpa musik. Penelitian Choi, dkk. (2008) menemukan bahwa pasien psikiatrik yang diberi terapi musik dengan cara menyanyi, relaksasi dan memainkan alat musik seperti piano, drum, dan sebagainya selama 60 menit per sesi untuk 15 sesi (1 sampai 2 kali seminggu) dapat mengurangi tingkat depresi, dan kecemasan. Terapi musik dapat digunakan untuk proses penyembuhan depresi pada pasien pascastroke. Terapi ini membantu pasien dalam pergerakan dan kontrol otak, berbicara dan berkomunikasi, kognitif, serta *mood* dan motivasi dari pasien. Musik dapat diperoleh dengan berbagai cara seperti menyanyi, mendengarkan lewat CD atau *tape*/radio, dan juga sambil memainkan alat musik.

Musik menghasilkan rangsangan ritmis yang ditangkap oleh organ pendengaran dan diolah di dalam sistem saraf tubuh dan kelenjar pada otak yang mereorganisasi interpretasi bunyi ke dalam ritme internal pendengar. Ritme internal ini mempengaruhi metabolisme tubuh manusia, sehingga prosesnya berlangsung dengan lebih baik. Metabolisme yang lebih baik akan mengakibatkan tubuh mampu membangun sistem kekebalan yang lebih baik. Dengan sistem kekebalan yang lebih baik tubuh menjadi lebih tangguh terhadap kemungkinan serangan penyakit (Campbel, 1997).

Berdasarkan permasalahan di atas, peneliti ingin meneliti efektivitas terapi musik terhadap tingkat depresi pada penderita pascastroke.

## **B. Tujuan dan Manfaat Penelitian**

### **1. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan pengaruh positif terapi musik dalam menurunkan tingkat depresi pada penderita pascastroke.

### **2. Manfaat Penelitian**

Manfaat teoritis dari penelitian yang dilakukan ini adalah dapat memberikan sumbangan terhadap bidang psikologi klinis tentang dampak yang dialami oleh penderita stroke, khususnya masalah depresi.

Manfaat praktis yang diharapkan dari penelitian ini adalah mampu membantu para penderita stroke memperoleh wawasan mengenai upaya penyembuhan dan sekaligus mengurangi depresi yang dihadapi sebagai akibat atau yang menyertai sakit.

### C. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang terapi musik dalam mengurangi tingkat depresi telah banyak dilakukan di luar negeri. Beberapa penelitian yang telah dilakukan mengenai depresi pada penderita pascastroke antara lain adalah:

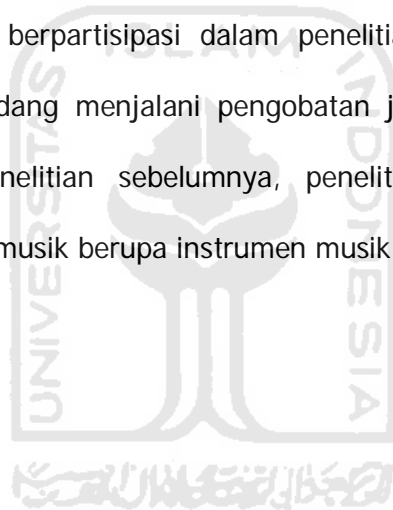
- a. Penelitian Asmar (2007), tentang terapi reiki *ling-chi* terhadap tingkat depresi pada penderita stroke. Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah dengan mengisi angket depresi, wawancara dengan para pasien pascastroke di awal dan akhir penelitian dengan didukung status pasien. Wawancara dilakukan dengan bebas terarah. Wawancara yang dilakukan secara terbuka hanya dalam kelompok eksperimen. Alat pengumpul data adalah wawancara untuk mengetahui riwayat subjek, dan skala depresi. Subjek penelitian tersebut 23 orang. Hasil penelitian yang didapat adalah pemberian terapi *reiki ling-chi* melalui kelompok eksperimen efektif untuk menurunkan depresi yang dialami oleh pasien pascastroke.
- b. Penelitian Dewi (2006) tentang efek terapi *gendhing* Banyumasan terhadap penurunan depresi pasien stroke di RSUD Banyumas. Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara dengan pasien, observasi, dan mengisi skala depresi. Subjek yang berpartisipasi adalah pasien yang dirawat di rumah sakit minimal memasuki hari ke-4. Hasil penelitian yang diperoleh adalah terapi *gendhing* Banyumasan efektif untuk penurunan gejala depresi pada pasien stroke. Setelah memperoleh terapi *gendhing* Banyumasan, skor BDI mengalami penurunan rata-rata 12,9 poin, dan manifestasi ekspresi gejala depresi

dari aspek emosional, perilaku, motivasional, kognitif, dan vegetatif mengalami penurunan pula dengan proses yang cepat.

- c. Penelitian Lerik (2004) tentang pengaruh terapi musik terhadap depresi di antara mahasiswa. Metode yang digunakan dalam mengumpulkan data adalah skala depresi, observasi, dan lembar apresiasi musik. Subjek dalam penelitian tersebut adalah mahasiswa Universitas Nusa Cendana, usia 19-23 tahun, jenis kelamin laki-laki dan perempuan berjumlah 26 orang. Hasil penelitian yang diperoleh adalah adanya perbedaan gangguan depresi yang signifikan antara subjek kelompok eksperimen yang dikenai terapi musik dengan subjek kelompok kontrol. Terapi musik tetap efektif menurunkan gangguan depresi setelah 1 bulan pelaksanaan.
- d. Penelitian Chou, dkk. (2006) tentang pengalaman membayangkan dan mendengarkan musik pada pasien depresi yang rawat jalan. Metode yang digunakan adalah data dari dokter, BDI dan wawancara. Subjek dalam penelitian tersebut adalah pasien yang masuk dalam kategori depresi oleh psikiater, pendidikan di atas SMU, usia antara 19 sampai 50 tahun, tidak mengalami kesulitan mengekspresikan bahasa verbal, skor MMSE di atas 24, dan menjalani pre-terapi untuk mengetahui gangguan fungsi kognitif. Hasil penelitian yang diperoleh adalah pasien-pasien merasa terkesan dengan pengalaman mendengarkan musik, memunculkan peristiwa atau pengalaman-pengalaman masa lalu yang diingat kembali.
- e. Penelitian Choi, dkk. (2008) tentang efek intervensi kelompok musik pada depresi, kecemasan, dan hubungan pasien psikiatris. Metode yang digunakan adalah BDI, *State and Trait Anxiety Inventory*, dan *the*

*Relationship Change Scale*. Subjek dalam penelitian ini adalah 26 pasien psikiatris yang berada di rumah sakit psikiatrik Korea Selatan. Hasil penelitian yang diperoleh adalah musik dapat memperbaiki depresi, kecemasan, dan hubungan dalam pasien-pasien psikiatris.

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti adalah tentang efektivitas terapi musik terhadap tingkat depresi pada penderita pascastroke. Metode yang digunakan dalam mengumpulkan data adalah metode observasi, wawancara, skala depresi, dan lembar pemantauan diri setelah melakukan tiap sesi terapi. Subjek yang berpartisipasi dalam penelitian ini adalah penderita pascastroke yang sedang menjalani pengobatan jalan sebanyak 2 orang. Berbeda dengan penelitian sebelumnya, penelitian yang dilakukan ini menggunakan terapi musik berupa instrumen musik.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Depresi

##### 1. Pengertian Depresi

Kaplan, dkk. (1997) memberikan definisi bahwa depresi atau gangguan *mood* adalah suatu kelompok gangguan klinis yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat. Orang dengan *mood* yang terdepresi merasakan hilangnya energi dan minat perasaan bersalah, kesulitan berkonsentrasi, hilangnya nafsu makan, dan pikiran tentang kematian atau bunuh diri. Tanda dan gejala lain dari gangguan *mood* adalah perubahan aktivitas, kemampuan kognitif, pembicaraan, dan fungsi vegetatif (seperti tidur, nafsu makan, aktivitas seksual, dan irama biologis lainnya). Perubahan tersebut hampir selalu menyebabkan gangguan fungsi interpersonal, sosial, dan pekerjaan.

Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah; menarik diri dari orang lain; dan tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasanya dilakukan (Davison, dkk., 2006). Bourne, dkk. (2003) menjelaskan bahwa depresi merupakan seringnya komplikasi yang disertai luka pada otak dan dengan berbagai faktor seperti psikososial, biologi, dan sosial.

Beck (1967) lebih lanjut menyatakan bahwa depresi ditunjukkan dengan: (a) suasana *mood* yang berubah seperti kesedihan, kesepian, dan pesimis; (b) konsep diri negatif yang dihubungkan dengan rasa bersalah dan rendah diri; (c) mengundurkan diri dan keinginan menghukum diri seperti keinginan untuk lari, bersembunyi atau mati; (d) perubahan vegetatif seperti gangguan makan, gangguan tidur, dan kehilangan libido; (e) perubahan tingkat aktivitas seperti malas atau gelisah.

Menurut Trisna (dalam Hadi, 2004), depresi adalah suatu perasaan sendu atau sedih yang biasanya disertai dengan diperlambatnya gerak dan fungsi tubuh. Mulai dari perasaan sedikit murung sampai pada keadaan tak berdaya.

Beck (1967) menyebutkan bahwa gangguan depresi tidak hanya gangguan afektif saja, tetapi meliputi: manifestasi emosional, kognitif, motivasional, dan manifestasi vegetatif juga fisik.

a. Manifestasi emosional, simtom ini meliputi :

- 1) Rasa menderita, tidak mempunyai harapan, sedih, merasa sendirian, kesepian dan lain-lain.
- 2) Perasaan negatif terhadap dirinya sendiri, seperti merasa dirinya tidak berarti, tidak menyukai dirinya sendiri, kadang-kadang bahkan membenci dirinya sendiri.
- 3) Berkurangnya kesenangan yang dirasakan. Biasanya perasaan ini dimulai hanya terbatas pada beberapa aktivitas, tetapi apabila depresi berlangsung, perasaan tersebut akan berkembang pada

semua aktivitasnya, termasuk aktivitas yang ada hubungannya dengan kebutuhan biologis seperti makan, atau hubungan seksual. Pada awalnya, penderita merasakan atau mengeluh bahwa sebagian kebahagiaan hilang dari kehidupannya, kemudian merasa bosan atau jenuh sepanjang waktu dan akhirnya tidak merasakan adanya kesenangan atau kepuasan terhadap aktivitas-aktivitas yang sebelumnya memberikan kebahagiaan.

- 4) Kehilangan kedekatan emosional. Pada awalnya berupa berkurangnya antusiasme dalam aktivitas, perasaan positif menjadi tidak peduli atau apatis.
- 5) Mudah menangis.
- 6) Kehilangan respon terhadap hal-hal yang lucu atau menggelikan. Mereka merasa kehilangan *sense of humor* pada depresi tingkat ringan. Penderita yang biasanya suka mendengarkan atau menceritakan lelucon, merasa bahwa lelucon-lelucon tersebut tidak lucu lagi. Pada tingkat menengah, menanggapi suatu lelucon secara sinis, dan apabila depresi sudah berat maka penderita sama sekali tidak merespon cerita-cerita lucu yang disampaikan oleh orang-orang di sekitarnya, bahkan akan merespon dengan sikap yang bermusuhan.

b. Manifestasi kognitif

- 1) Evaluasi diri yang rendah, misalnya: harga diri rendah (dengan pernyataan-pernyataan: saya tidak mampu), penampilan, intelegensi, kesehatan, kekuatan, daya tarik diri, popularitas, dan



keuangan dirasakan turun. Selain hal tersebut, penderita juga mengeluh tidak mendapatkan cinta kasih dan materi.

- 2) Harapan negatif. Penampilan yang sedih dan pesimis, merupakan hal-hal yang sangat erat hubungannya dengan perasaan tidak mempunyai harapan. Penderita mengharapkan sesuatu yang paling buruk akan terjadi meskipun sudah berusaha, sehingga cenderung menolak adanya peningkatan dalam program terapeutik.
- 3) Menyalahkan dan mengkritik diri sendiri. Pada awalnya penderita mengkritik dan menyalahkan diri sendiri karena tidak dapat memenuhi standarnya yang kaku. Kemudian penderita juga mengkritik terhadap semua kepribadian dan perilakunya yang dianggap di bawah standar. Untuk penderita depresi berat, penderita merasa dirinya jahat atau pelaku kriminal, dan menginterpretasi tanggapan orang lain sebagai penolakan dari publik.
- 4) Tidak dapat membuat keputusan atau ragu-ragu. Penderita merasa sulit membuat keputusan atau sering mengubah keputusan yang telah dibuat. Hal ini disebabkan karena penderita merasa membuat keputusan yang salah dan ada ide dalam dirinya bahwa membuat suatu keputusan merupakan beban bagi dirinya.
- 5) Gangguan dalam melihat dirinya sendiri. Penderita mulai memperhatikan penampilan dirinya secara berlebihan dan merasa ada perubahan-perubahan yang mengarah ke hal yang tidak

menyenangkan (misal: merasa dirinya jelek) dan pada penderita depresi berat penderita merasa bahwa penampilan dirinya memuakkan, mereka mengharapkan orang lain akan menghindari dari dirinya.

c. Manifestasi motivasional

Ciri yang menonjol dari motivasi penderita depresi adalah sifat menarik diri. Hal ini dilihat dari sikap individu untuk menarik diri dari aktivitas yang semula dilakukan, atau menghindari dari aktivitas-aktivitas yang diasosiasikan aktivitas orang dewasa, dan mencari aktivitas-aktivitas yang diasosiasikan dengan aktivitas anak-anak.

Adapun manifestasi motivasional penderita depresi adalah sebagai berikut :

- 1) Kehilangan keinginan-keinginan. Penderita mempunyai masalah dalam melakukan tugas yang paling mendasar seperti makan, minum obat, untuk mengurangi gangguannya tersebut. Pada awalnya penderita kehilangan spontanitasnya untuk melakukan hal-hal yang spesifik, dan untuk penderita depresi berat penderita sama sekali tidak mempunyai keinginan untuk melakukan sesuatu.
- 2) Keinginan untuk lari dan menarik diri. Pada depresi ringan, penderita merasakan adanya keinginan yang kuat untuk menolak atau menunda melakukan sesuatu yang dianggapnya tidak menarik. Untuk depresi menengah, keinginan untuk menolak lebih kuat dan menyebar lebih luas pada aktivitas-aktivitasnya yang lain.

Untuk tingkat yang berat sudah mengarah untuk menyendiri, atau bahkan bersembunyi apabila ada orang yang mendekati.

- 3) Keinginan untuk bunuh diri. Pada depresi awal, pada penderita sering timbul ide bahwa mati adalah hal yang menarik. Pada tingkat menengah keinginan bunuh diri semakin jelas, sedangkan pada depresi berat keinginan untuk bunuh diri semakin sering intensitasnya.
- 4) Dependensi semakin meningkat. Dependensi disini adalah keinginan penderita untuk mendapatkan pertolongan, bimbingan, atau petunjuk dari orang lain. Pada awalnya, penderita yang semula mandiri mulai menyatakan butuh pertolongan, semakin lama mengharapkan orang lain melakukan tugas-tugasnya, dan pada depresi berat keinginan untuk mendapatkan pertolongan intensitasnya semakin meningkat.

d. Manifestasi vegetatif dan fisik, dengan manifestasi yang meliputi:

- 1) Keinginan/nafsu makan. Pada awalnya penderita tidak makan seperti biasanya, kemudian penderita tidak memiliki keinginan atau tidak mempunyai nafsu untuk makan, dan untuk depresi berat penderita harus dipaksa makan.
- 2) Gangguan tidur. Pada awalnya penderita bangun tidur beberapa menit sampai dengan setengah jam lebih awal, kemudian keluhan menjadi meningkat, yaitu penderita bangun satu atau dua jam lebih awal dari biasanya, dan pada penderita depresi berat,

mereka bangun setelah empat sampai lima jam tidur, dan kemudian sulit untuk tidur kembali.

3) Kehilangan libido. Pada awalnya penderita merasa kehilangan spontanitas keinginan seksual, kemudian keinginan seksual akan berkurang dan hanya timbul apabila mendapatkan stimulasi yang cukup. Pada penderita depresi berat, mereka menghindari seks dan respon terhadap stimulasi seks menjadi hilang.

4) Kelelahan. Penderita depresi ringan merasa bahwa ia mudah merasa lelah dibandingkan dengan biasanya, dan apabila depresi berlanjut penderita merasa lelah pada waktu bangun tidur, dan hampir semua aktivitas menimbulkan kelelahan. Untuk depresi berat, penderita mengeluh terlalu lelah untuk melakukan sesuatu.

Burns (1988) lebih lanjut membedakan antara kesedihan dan depresi. Kesedihan adalah suatu emosi normal yang diciptakan oleh persepsi realistik yang menggambarkan suatu peristiwa negatif yang berhubungan dengan kehilangan atau kekecewaan, dengan cara yang tidak terdistorsi. Depresi adalah suatu penyakit yang selalu merupakan akibat dari pemikiran yang terdistorsi. Kesedihan melibatkan suatu luapan perasaan dan oleh karenanya mempunyai batas waktu tertentu. Kesedihan juga tidak berhubungan dengan menurunnya harga diri. Depresi "membeku", cenderung bertahan atau terjadi berulang kali, dan selalu melibatkan kehilangan harga diri.

Berdasarkan penjelasan di atas, depresi merupakan kondisi emosional yang ditandai dengan kesedihan yang mendalam, perasaan

tidak berguna dan bersalah, menarik diri dari lingkungan sosial, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat terhadap kesenangan pada aktivitas yang sering dilakukan.

## 2. Jenis-jenis Depresi

Martin menyebutkan tiga jenis depresi, yaitu (dalam Hadi, 2004):

- 1) *Normal grief reaction* (rasa sedih sebagai reaksi normal atas suatu kehilangan). Jenis ini juga disebut depresi *exogenous* (depresi reaktif). Depresi ini terjadi karena faktor dari luar diri, umumnya sebagai reaksi dari "kehilangan" sesuatu atau seseorang. Misalnya: pensiun, kematian seseorang yang sangat dikasihi, dll.
- 2) *Endogenous depression*. Penyebabnya datang dari dalam diri, tetapi belum jelas. Bisa karena gangguan hormon, gangguan kimia dalam otak atau susunan saraf. Sering datang secara bertahap (*cyclical*).
- 3) *Neurotic depression* (depresi yang neurotik). Depresi pada tahap ini terjadi bila depresi reaktif tidak terselesaikan secara baik dan tuntas. Depresi ini merupakan respon terhadap stres dan kecemasan yang telah ditimbun untuk waktu yang lama.

Menurut Burn (1988), jika depresi muncul sesudah terjadinya suatu "stres" yang jelas, misalnya sakit, kematian seseorang yang dicintai, atau suatu kemunduran bisnis, maka disebut sebagai "depresi reaktif". Kadang-kadang sulit untuk mengidentifikasi peristiwa berat yang menyebabkan terjadinya depresi. Depresi ini seringkali disebut sebagai "endogen", sebab gejala-gejala yang ada dibangkitkan tidak jelas.

### 3. Aspek-aspek Depresi

Beck (1967) mengklasifikasikan simtom-simtom depresi menjadi lima, yaitu: simtom emosional, simtom motivasional, simtom kognitif, simtom perilaku dan simtom vegetatif. Simtom afektif meliputi kesedihan, hilangnya kesenangan, apatis, bahkan hilangnya perasaan cinta terhadap orang lain, kecemasan, hilangnya respon terhadap kegembiraan. Simtom motivasional mencakup adanya harapan untuk melarikan diri dari kehidupan (biasanya ditandai dengan adanya keinginan untuk bunuh diri), serta keinginan untuk menghindari dari masalah kehidupan sehari-hari. Simtom kognitif meliputi kesulitan untuk berkonsentrasi, perhatian terhadap masalah menjadi sempit, serta kesulitan mengingat. Selain itu, terdapat pula distorsi kognitif yang meliputi pandangan negatif terhadap dirinya sendiri, dunia luar dan masa depannya, persepsi keputusasaan, hilangnya harga diri, rasa bersalah dan penyiksaan terhadap dirinya sendiri. Simtom perilaku merupakan refleksi dari simtom-simtom di atas, meliputi kepasifan seperti tidur selama berjam-jam, menarik diri dari hubungan dengan orang lain, retardasi serta agitasi. Simtom fisik atau vegetatif meliputi gangguan tidur, gangguan nafsu makan atau gangguan aktivitas seksual.

Menurut DSM IV-TR (2000), kriteria diagnostik untuk episode depresi mayor adalah:

- a) Lima (atau lebih) gejala di bawah ini telah ada selama sekurangnya 2 minggu dan menggambarkan suatu perubahan dari fungsi sebelumnya, setidaknya 1 dari gejala ini terdapat *mood* yang depresif atau kehilangan minat dan rasa senang.

- 1) *Mood* yang depresif di kebanyakan hari, hampir tiap hari, yang ditandai oleh laporan subjektif (perasaan sedih atau kosong) atau observasi orang lain (terlihat menangis).
- 2) Kehilangan minat dan rasa senang yang bermakna pada hampir semua aktivitas sehari-hari, hampir setiap hari (ditandai dari laporan subjektif dan observasi orang lain).
- 3) Kehilangan berat badan yang bermakna tanpa diet atau penambahan berat badan (perubahan berat badan lebih dari 5% berat badan dalam sebulan), atau meningkat atau berkurangnya nafsu makan hampir tiap hari.
- 4) Insomnia atau hipersomnia hampir sepanjang hari.
- 5) Agitasi psikomotor atau retardasi psikomotor hampir sepanjang hari (terlihat oleh orang lain dan tidak semata-mata perasaan subjektif kegelisahan atau lamban).
- 6) Merasa lelah atau kehilangan energi hampir tiap hari.
- 7) Perasaan tidak berharga atau perasaan bersalah yang tidak sesuai dan berlebihan (mungkin dapat berupa waham) hampir sepanjang hari (tidak semata-mata pencelaan terhadap diri atau rasa bersalah karena sakit).
- 8) Kehilangan kemampuan untuk berpikir dan berkonsentrasi, atau kesulitan membuat pilihan hampir sepanjang hari (penilaian sendiri atau dilaporkan oleh orang lain).

- 9) Pemikiran yang terus menerus tentang kematian (bukan hanya ketakutan akan mati), muncul ide-ide bunuh diri yang berulang kali tanpa rencana yang spesifik untuk melakukan bunuh diri.
- b) Gejala tidak memenuhi kriteria untuk episode campuran.
- c) Gejala secara klinis menyebabkan gangguan yang signifikan atau hendaya sosial, pekerjaan atau area penting lain dalam kehidupan pasien.
- d) Gejala tidak berhubungan langsung dengan efek fisiologis dari penggunaan zat (penyalahgunaan zat atau obat-obatan) atau suatu kondisi medis umum (hipotiroid)

Sue, dkk. (1990) membedakan simtom depresi dalam 4 bagian, yaitu:

a. Simtom afeksi

Mood adalah simtom afeksi yang paling menyolok. Orang yang depresif mengalami perasaan yang sedih, menangis, kesal dan terlalu banyak memperpanjang masa berkabung, merasa tidak berharga dan tidak bisa menikmati hidup.

b. Simtom kognisi

Simtom ini meliputi perasaan gagal, hampa, sangat pesimis dengan depan, *self depreciation*, kehilangan minat, penurunan energi, sulit berkonsentrasi dan kehilangan motivasi, sehingga membuat orang-orang depresi sulit menanggulangi situasi-situasi sehari-hari, menolak tanggung jawab atau tugas-tugas, berpikir bahwa dirinya tidak mampu, muncul ide bunuh diri. Depresi berhubungan dengan refleksi *cognitive triad*, sehingga menilai negatif dirinya, dunia luar dan masa depannya.



c. Simtom perilaku

Penampilan dan sikap yang tampak adalah merupakan tanda depresi. Simtom perilaku ini terlihat dari pemakaian baju yang tidak rapi atau kotor, rambut tidak disisir dan kotor, gerakan badan lambat, menjawab atau merespon dengan kalimat pendek, kelambatan dengan psikomotornya seperti respon spontan yang lamban, kelambatan dalam gerakan seluruh badannya, lambat dalam mengekspresikan gerakan atau langkah.

d. Simtom fisik

Ada 6 simtom somatik dari simtom fisik ini, yaitu: (a) kehilangan nafsu makan dan berat badan, (b) sembelit dan sulit buang air besar, (c) bermasalah dengan tidurnya, susah tidur, bangun lebih awal, bangun di tengah malam, insomnia, mimpi buruk sehingga terasa lelah dan letih selama beberapa hari, ketakutan dengan datangnya malam hari karena harus mengalami perjuangan yang sangat melelahkan untuk bisa tidur, (d) setiap sistem di tubuh menyebabkan sakit kepala, sakit perut, sakit *gastrointestinal*, sakit punggung, sakit di bagian dada dan kelelahan yang nyata, (e) gangguan siklus menstruasi, dan (f) berkurangnya aktivitas seksual.

Aspek-aspek yang dapat menimbulkan depresi adalah adanya perubahan *mood* yang terjadi hampir tiap hari, adanya gangguan tidur seperti insomnia dan hipersomnia, kurangnya nafsu makan, merasa lelah dan kehilangan energi, adanya perasaan tidak berharga atau rasa bersalah

yang dapat menyebabkan pikiran-pikiran untuk mencoba bunuh diri, dan kehilangan konsentrasi serta kemampuan untuk mengambil keputusan.

#### 4. Faktor-Faktor Penyebab Depresi

Depresi secara khusus dapat dioperasionalkan dalam 3 bentuk. Pertama, suasana hati yang dibatasi oleh satu atau kelompok gejala yang menyangkut kesedihan yang sangat. Kedua, simtom-simtom depresi menyangkut gejala-gejala yang secara empiris diperlihatkan kembali, dan yang ketiga, gangguan depresi diperlihatkan dengan diagnosis kategori seperti yang dinyatakan dalam DSM IV. Keadaan depresi ditandai oleh campuran antara pengalaman subjektif emosional yang menyedihkan, pandangan yang merendahkan diri sendiri, perubahan fisiologik, tingkah laku yang bersifat seperti apatia, terhambat (retardasi) atau agitasi (Roan, 1980).

Maxmen (1986) menjelaskan bahwa depresi dapat saja disebabkan banyak faktor biomedik ataupun psikososial seperti keturunan yang rentan, kehilangan di masa anak-anak, kehilangan penguat positif, dan lain-lain. Kaplan, dkk. (1997) menyampaikan bahwa secara umum ada 3 faktor yang dapat menyebabkan depresi, yaitu: a) faktor biologis (adanya disregulasi *amin biogenic*, yaitu terjadi penurunan aktivitas serotonergik dan dopaminergik, juga adanya disregulasi asetilkolin); b) faktor genetik (jika ada salah satu orangtua menderita gangguan bipolar, kemungkinan anaknya akan menderita gangguan sekitar 27%, jika kedua orangtua menderita bipolar kemungkinan anaknya menderita gangguan sekitar 50%-70%); faktor psikososial (stres lingkungan dan ciri kepribadian premorbid tertentu,

misalnya obsesif kompulsif, histeria, ketergantungan, ciri kepribadian ini berperan terhadap terjadinya depresi).

Menurut Davison, dkk. (2006), ada 2 neurotransmitter yang menimbulkan, yaitu norepinefrin dan serotonin. Teori norepinefrin merupakan yang paling relevan dengan gangguan bipolar, dan secara umum, dinyatakan bahwa kadar norepinefrin yang rendah memicu depresi dan kadar yang tinggi memicu mania. Teori serotonin menyatakan bahwa kadar serotonin yang rendah dapat menimbulkan depresi. Aksis hipotalamik-pituitari-adrenokortikal juga dapat berperan dalam depresi. Bagian limbik pada otak sangat terkait dengan emosi dan juga mempengaruhi hipotalamus. Hipotalamus kemudian mengatur berbagai kelenjar endokrin dan sekaligus kadar hormon yang dihasilkan berbagai kelenjar tersebut. Hormon-hormon yang dihasilkan oleh hipotalamus juga mempengaruhi kelenjar pituitari dan hormon-hormon yang dihasilkannya. Relevansinya dengan yang disebut dengan simtom-simtom vegetatif depresi, seperti gangguan nafsu makan dan tidur, diperkirakan aksis hipotalamik pituitari adrenokortikal bekerja terlalu aktif dalam kondisi depresi. Kadar kortisol (suatu hormon adrenokortikal) yang tinggi pada pasien depresi, kemungkinan terjadi karena sekresi yang berlebihan pada hormon yang melepaskan thirotropin oleh hipotalamus (Garbutt, dkk., 1994 dalam Davison, dkk., 2006). Sekresi kortisol yang berlebihan pada orang-orang yang depresi juga menyebabkan pembesaran kelenjar adrenalin (Rubun, dkk., 1995 dalam Davison, dkk., 2006). Sekresi kortisol yang terus menerus berlebihan dikaitkan dengan kerusakan hipokampus, dan berbagai studi

menemukan bahwa beberapa pasien yang menderita depresi menunjukkan abnormalitas hipokampus (Duman, dkk., 1997; Shelin, dkk., 1996 dalam Davison, dkk., 2006).

Maxmen (1986) menjelaskan bahwa depresi dapat saja disebabkan banyak faktor biomedik ataupun psikososial, seperti keturunan yang rentan, kehilangan di masa anak-anak, kehilangan penguat positif. Beck (1967) menjelaskan bahwa orang-orang yang depresi memiliki pemikiran yang menyimpang dalam bentuk interpretasi negatif. Pemikiran negatif yang intensif selalu menyertai suatu episode depresi atau bahkan emosi yang menyakitkan. Pikiran negatif atau kognisi adalah gejala depresi yang sering diabaikan. Premis dasar teori *learned helplessness* adalah kepasifan individu dan perasaan tidak mampu bertindak dan mengendalikan hidupnya terbentuk melalui pengalaman yang tidak menyenangkan dan trauma yang tidak berhasil dikendalikan oleh individu, menimbulkan rasa tidak berdaya yang kemudian memicu depresi (Davison, dkk., 2006).

Sue, dkk. (1990) menjelaskan penyimpangan kognitif utama pada individu yang depresi, yaitu:

- a. Kesimpulan yang subjektif (*arbitrary inference*), suatu kesimpulan yang diambil tanpa bukti-bukti cukup atau tanpa bukti sama sekali.
- b. Abstraksi selektif (*selective abstraction*), suatu kesimpulan yang diambil hanya berdasarkan satu elemen dari banyak elemen dalam suatu situasi.
- c. Overgeneralisasi, suatu kesimpulan menyeluruh yang diambil berdasarkan peristiwa tunggal yang mungkin tidak penting.

d. Magnifikasi dan minimasi, melebih-lebihkan dalam menilai kinerja.

Dengan demikian, depresi dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu faktor kognisi, faktor genetika, faktor psikososial serta biologis. Faktor psikososial meliputi peristiwa hidup dan stres lingkungan yang akhirnya membentuk skema, terutama berupa rendahnya penilaian terhadap diri sendiri dan tidak adanya keyakinan mengenai masa depannya, terbatasnya hubungan teman sebaya atau ketiadaan hubungan dekat dengan sahabat, pengalaman menghadapi perubahan yang sulit, faktor kepribadian premorbid, adanya ketidakberdayaan yang dipelajari serta dari aspek kognitifnya.

## 5. Penanganan Depresi

Penanganan untuk depresi paling efektif dan efisien, bila dimulai sejak dini. Penanganan depresi dilakukan dengan melalui farmakoterapi dan penanganan secara psikologis. Pada pasien depresi, farmakoterapi diberikan dengan cara memberikan obat antidepresan untuk membantu mengontrol gejala dan mempertahankan fungsi neurotransmitter.

Penanganan secara psikologis yang efektif untuk menangani depresi banyak menggunakan terapi yang berorientasi pada psikoanalisis, terapi kognitif perilaku, dan terapi interpersonal. Terapi yang berorientasi pada psikoanalisis memberikan *insight* kepada pasien mengenai peristiwa kehilangan pada masa kanak-kanak dan ketidakmampuan serta sikap menyalahkan diri sendiri yang dialami kemudian (Davison, dkk., 2006). Terapi kognitif perilaku digunakan untuk membantu penderita depresi belajar mengganti pelbagai pikiran dan atribusi yang depresif-negatif dengan

yang lebih positif; dan mengembangkan perilaku dan keterampilan mengatasi masalah yang lebih efektif. Terapi interpersonal digunakan untuk membantu penderita depresi memfokuskan diri pada sosial dan interpersonal dari depresi mereka (misalnya, karena kehilangan orang yang dicintai); dan mengembangkan ketrampilan untuk mengatasi konflik-konflik interpersonal dan membangun hubungan-hubungan baru (Barlow, dkk., 2006).

*Electro convulsive therapy* (ECT) dapat digunakan untuk pasien depresi. ECT digunakan untuk mengurangi aktivitas metabolik dan sirkulasi darah ke otak dan sekaligus dapat menghambat aktivitas otak yang tidak normal. Namun, ECT diberikan pada pasien yang mengalami skizofrenia sekaligus depresi parah dan biasa dilakukan di rumah sakit (Davison, dkk., 2006). Selain itu, terapi musik dapat digunakan sebagai audioanalgesik atau penenang yang dapat menimbulkan pengaruh biomedis positif. Misalnya, klien penyakit kronis diajak untuk menggunakan musik untuk menurunkan gangguan fisiologis dan kadar *distress*; mengalihkan perhatian dari rasa sakit; merubah dan menurunkan tingkat persepsi terhadap rasa sakit (Djohan, 2009). Menurut Gaynor (dalam Djohan, 2009), suara merasuk ke dalam kesehatan dengan cara: mengubah fungsi sel melalui pengaruh energetik; sistem biologis ke fungsi *homeostatis*; menenangkan pikiran dan tubuh; atau memiliki efek emosional yang dapat mempengaruhi neurotransmitter dan neuropeptides. Kondisi tersebut pada gilirannya sangat membantu mengatur sistem kekebalan tubuh sebagai penyembuh.

Berdasarkan penjelasan di atas, penanganan yang digunakan untuk mengatasi depresi adalah dengan menggunakan farmakoterapi, terapi yang

berorientasi pada psikoanalisis, terapi kognitif dan perilaku, terapi interpersonal, terapi musik dan ECT yang digunakan untuk pasien depresi yang parah.

## **B. Stroke**

### **1. Pengertian Stroke**

Stroke merupakan sindrom klinis akibat gangguan pembuluh darah otak, timbul mendadak dan biasanya mengenai penderita usia 45-80 tahun. Pada umumnya, laki-laki sedikit lebih sering terkena daripada perempuan. Biasanya tidak ada gejala-gejala prodroma atau gejala dini dan muncul begitu mendadak (Rasyid, 2007).

Stroke adalah suatu sindrom yang ditandai dengan gejala dan atau tanda klinis yang berkembang dengan cepat yang berupa gangguan fungsional otak fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam (kecuali ada intervensi bedah atau membawa kematian, yang tidak disebabkan oleh sebab lain selain penyebab vaskuler). Definisi ini mencakup stroke akibat infark otak (stroke iskemik), perdarahan intraserebral (PIS) non traumatik, perdarahan intraventrikuler dan beberapa kasus perdarahan subarakhnoid (PSA). Gejala neurologis fokal adalah gejala-gejala yang muncul akibat gangguan di daerah yang terlokalisir dan dapat teridentifikasi. Misalnya, kelemahan unilateral akibat lesi di traktus kortikospinalis. Gangguan non fokal/global misalnya adalah terjadinya gangguan kesadaran sampai koma. Gangguan neurologis non fokal tidak selalu disebabkan oleh stroke (Gofir, 2009).

Menurut Misbach (2007), stroke dapat terbagi menjadi 2 jenis, yaitu:

- a. Stroke hemoragik (jenis perdarahan), disebabkan pecahnya pembuluh darah otak, baik intrakranial maupun subaraknoid. Pada pendarahan intrakranial, pecahnya pembuluh darah otak dapat terjadi karena *berry aneurysm* akibat hipertensi tak terkontrol yang mengubah morfologi arteriol otak atau pecahnya pembuluh darah otak karena kelainan kongenital pada pembuluh darah otak tersebut. Perdarahan subaraknoid disebabkan pecahnya *aneurysma congenital* pembuluh arteri otak di ruang subaraknoid.
- b. Stroke iskemik (jenis oklusif), dapat terjadi karena emboli yang lepas dari sumbernya, biasanya berasal dari jantung atau pembuluh arteri otak, baik intrakranial maupun ekstrakranial atau trombitik/arteriosklerotik fokal pada pembuluh arteri otak yang berangsur-angsur menyempit dan akhirnya tersumbat.

Susunan saraf pusat merupakan sebuah komputer yang mampu mengatur seluruh kegiatan mental dan mengatur fungsi alat tubuh manusia. Secara garis besar, otak besar (*cerebrum*) dibagi menjadi 2 hemisfer yang masing-masing terbagi menjadi beberapa lobus, antara lain lobus frontalis, lobus parietalis, lobus oksipitalis dan lobus temporalis. Lobus frontalis sangat banyak berhubungan dengan fungsi luhur dan kognitif serta pusat bicara motorik. Pada keadaan stroke, daerah yang sering terkena adalah pusat bicara motorik (*girus frontalis inferior*), sehingga gejala yang didapat berupa gangguan bicara motorik (afasi motorik/afasia broca). Lobus temporalis berhubungan dengan pusat bicara sensoris (*girus temporalis superior/wernicke*), gejala yang didapat adalah afasia sensorik. Lobus



parietalis merupakan pusat sensorik tubuh, pada stroke gejala yang timbul rasa nyeri (*central pain*). Lobus oksipitalis adalah pusat penglihatan, bila daerah ini terkena pasien akan mengalami buta sentral (*central blindness*). Selain otak besar, ada otak kecil (*cerebellum*) yang berfungsi mengatur keseimbangan dan pusat koordinasi gerak (Rasyid, dkk., 2007).

Menurut Junaidi (2004), definisi stroke adalah penyakit gangguan fungsional otak fokal maupun global akut dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang sebelumnya tanpa peringatan; dan yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian; akibat gangguan aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun non perdarahan. Stroke bisa berupa iskemik maupun perdarahan (hemoragik). Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena aterosklerotik, sedangkan pada stroke perdarahan (hemoragik), pembuluh darah pecah, sehingga aliran darah menjadi tidak normal dan darah yang keluar merembes masuk ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya. Stroke akut, baik yang iskemik maupun hemoragik, merupakan kedaruratan medis yang memerlukan penanganan segera karena dapat menimbulkan kecacatan permanen atau kematian.

Berdasarkan penjelasan di atas, stroke adalah penyakit *cerebrovaskulair* (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan kematian jaringan otak (infark serebral) yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak. Berkurangnya aliran darah dan oksigen ini bisa dikarenakan adanya sumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah.

## 2. Faktor - Faktor Risiko Stroke

Faktor risiko adalah kelainan atau kondisi yang membuat seseorang rentan terhadap serangan stroke. Faktor risiko stroke umumnya dibagi menjadi 2 golongan besar (Junaidi, 2004), yaitu:

a. Yang tidak dapat dikontrol:

- 1) Umur, semakin tua kejadian stroke makin tinggi faktor risikonya
- 2) Ras/bangsa: Afrika/Negro, Jepang dan Cina lebih sering terkena stroke.
- 3) Jenis kelamin, pria lebih berisiko dibandingkan dengan wanita.
- 4) Riwayat keluarga (orangtua, saudara) yang pernah mengalami stroke pada usia muda, yang bersangkutan berisiko tinggi kena stroke.

b. Yang dapat dikontrol:

- 1) Hipertensi, merupakan faktor yang signifikan pada stroke pendarahan atau hemoragik.
- 2) Diabetes mellitus/kencing manis
- 3) *Transient ischemic attack* (TIA) → serangan lumpuh sementara
- 4) Fibrasi atrial
- 5) *Post stroke*
- 6) Abnormalitas lipoprotein
- 7) Fibrinogen tinggi dan perubahan hemoreologikal lain
- 8) Perokok (sigaret)
- 9) Peminum alkohol
- 10) *Hyperhomocysteinemia*

- 11) Infeksi : virus dan bakteri
- 12) Obat kontrasepsi oral, obat-obat lainnya
- 13) Obesitas/kegemukan
- 14) Kurang aktivitas fisik
- 15) Hiperkolesterolemia/hipertrigliserida/hiperglikemia
- 16) Stres fisik dan mental.

Menurut Taylor (1995), ada tumpang tindih yang berat antara faktor risiko stroke dengan penyakit jantung. Beberapa faktor, seperti hereditas, hasil lainnya dari gaya hidup, dan faktor lain yang datang dari sebab yang tidak diketahui. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi, misalnya tekanan darah tinggi, penyakit jantung, merokok, kadar eritrosit tinggi, dan serangan iskemik sepintas. Serangan iskemik sepintas merupakan stroke kecil yang menghasilkan kelemahan sementara, kecanggungan, kehilangan perasaan pada satu sisi atau limbik; kehilangan sementara atau hilangnya penglihatan, terutama pada salah satu mata; atau kehilangan sementara atau kesulitan untuk memahami yang dibicarakan (*American Heart Association*, 1993 dalam Taylor, 1995).

Faktor risiko stroke adalah hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, serangan iskemik sepintas (TIA), obesitas, hiper-agregasi trombosit, alkoholisme, merokok, peningkatan kadar lemak darah (kolesterol, triglesrida, LDL), hiperurisema, infeksi, faktor genetika atau keluarga, dan lain-lain. Selain itu, pendarahan, embolisme, dan pembekuan darah di dalam pembuluh darah dapat mengakibatkan terjadinya stroke.

### 3. Akibat Stroke

Efek stroke dapat mempengaruhi semua aspek hidup, seperti diri sendiri, sosial, pekerjaan, dan fisik. Serangan stroke dapat juga menyerang pada usia muda (Taylor, 1995). Menurut Sugianto (dalam Dewi, 2006), akibat stroke yang banyak dikenal selama ini adalah kelumpuhan. Selain kelumpuhan, stroke dapat mengakibatkan terjadinya gangguan neuropsikologi, yaitu: fungsi berbahasa, kognitif, spasial, memori, dan emosional. Hal tersebut dapat berupa afasia, yaitu keadaan hilangnya/terganggunya kemampuan berbahasa setelah terjadinya kerusakan otak.

Terdapat banyak jenis afasia tergantung lokasi dan luasnya kerusakan otak, yaitu (Rasyid, dkk., 2007):

- a) *Alexia*, yaitu hilangnya bagian kemampuan membaca akibat kerusakan otak
- b) *Agraphia*, yaitu hilangnya kemampuan menulis
- c) *Acalculia*, yaitu hilangnya kemampuan mengenal angka dan atau berhitung setelah kejadian kerusakan otak
- d) *Right-left disorientation* dan *agnosia* jari atau dikenal sebagai gangguan gambaran tubuh (*body image*). Disorientasi kanan kiri merupakan konsep yang sangat luas. Hal ini merujuk pada sejumlah tingkat kemampuan yang sangat kompleks seperti penamaan, melakukan gerakan yang sesuai dengan perintah, atau menirukan gerakan tertentu. Kelainan ini sering ditemukan bersamaan dengan gangguan *agnosia* jari.

- e) *Hemispatial neglect*, yaitu hilangnya kemampuan untuk melaksanakan perintah yang berhubungan dengan ruang (akan mengabaikan sebelah sisi ruang kontra lateral dari lesi yang ada pada otaknya).
- f) Sindrom lobus frontal, lobus frontal membentuk hampir setengah dari korteks serebri dan memiliki berbagai unit *anatomical* yang saling berhubungan satu dengan yang lainnya. Kerusakan pada tiap-tiap bagian lobus frontal kanan atau kiri akan memberikan gambaran klinis yang berbeda. Lobus frontal adalah yang berhubungan dengan tingkah laku, seperti gangguan bicara, terputusnya kesesuaian hubungan antara ungkapan dan penerimaan yang berkaitan dengan suasana hati yang dapat menyebabkan gangguan komunikasi yang berat, gangguan *personality*, tampak adanya ketidakstabilan emosional (kemarahan yang tiba-tiba muncul yang dapat segera kembali reda pada pasien yang apatis), terganggunya kemampuan kognitif tingkat tinggi (yaitu kemampuan berpikir kreatif, berbahasa yang kompleks, kemampuan artistik, dan kemampuan perencanaan ke depan)
- g) Gangguan mengingat (*amnesia*)

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa stroke dapat mengakibatkan kecacatan yang ditimbulkan setelah serangan stroke; adanya penurunan parsial/total gerakan lengan dan tungkai; mengalami masalah dalam mengingat dan berpikir; kesulitan dalam berbicara; menelan; membedakan kanan dan kiri. Kecacatan yang dialami setelah serangan stroke dapat membuat pasien menjadi stres bahkan

depresi, karena pasien merasa tidak berdaya pasien menerima keadaan yang diakibatkan oleh serangan stroke.

### C. Depresi Pascastroke

Stroke merupakan suatu kumpulan gejala gangguan otak yang terjadi akibat gangguan sirkulasi darah di otak. Stroke dapat dibedakan menjadi stroke berdarah dan tidak berdarah. Pasien pascastroke sering ditandai dengan adanya kelemahan tubuh yang biasanya hanya sebagian, mulut perot, bicara *pelo* dan gangguan psikologis seperti depresi atau perubahan tingkah laku.

Depresi pascastroke merupakan salah satu masalah utama pascastroke, dengan dimensi biologis dan psikososial yang kompleks (Hachinski, 1999). Prevalensi depresi pascastroke berkisar antara 20% sampai 65%. Sebagian penderita depresi akan membaik dalam tahun pertama, namun ada sebagian kecil pasien yang berkembang menjadi depresi kronik.

Menurut Doshi, dkk. (dalam Gofir, 2009), depresi pascastroke diduga disebabkan karena 2 hal. Pertama, peristiwa stroke sendiri memiliki efek neuropsikologis langsung yang menghasilkan gejala depresi. Kedua, adanya komponen reaktif yang berhubungan dengan disabilitas. Saxena, dkk. (dalam Gofir, 2009) telah meneliti gejala depresi dan gangguan kognitif pascastroke menggunakan *Geriatric Depression Scale and Abbreviated Mental Test*. Pada saat pasien masuk rumah sakit, prevalensi gejala depresi dan gangguan kognitif masing-masing adalah sebesar 60% dan 54%. Prevalensi pada saat pasien pulang dari rumah sakit dan 6 bulan

pascastroke untuk gejala depresi pascastroke masing-masing adalah sebesar 38% dan 34%, dan untuk gangguan kognitif adalah sebesar 33% dan 40%.

## **1. Faktor-Faktor Penyebab Depresi Pascastroke**

Stroke tidak selalu membuat mental penderita menjadi merosot, tetapi biasanya pada pascastroke pasien mengalami gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar dan fungsi intelektual lainnya. Marah, sedih, dan tidak berdaya seringkali menurunkan semangat hidup pasien, sehingga muncul dampak emosional yang lebih berbahaya. Hal ini disebabkan penderita kehilangan kemampuan-kemampuan tertentu yang sebelumnya dapat dilakukan, misalnya:

### **a. Kelumpuhan**

Kelumpuhan sebelah bagian tubuh (hemiplegia) adalah cacat yang paling umum akibat stroke. Jika stroke menyerang bagian kiri, terjadi hemiplegia kanan, yaitu kelumpuhan terjadi dari wajah bagian kanan hingga kaki sebelah kanan termasuk tenggorokan dan lidah. Bila dampaknya lebih ringan, biasanya bagian yang terkena dirasakan tidak bertenaga (hemiparesis kanan). Bila yang terserang adalah bagian kanan otak, yang terjadi adalah hemiplegia kiri dan yang lebih ringan disebut hemiparesis kiri. Pasien stroke hemiplegia atau hemiparesis akan mengalami kesulitan melaksanakan kegiatan sehari-harinya seperti berjalan, berpakaian, makan, atau mengendalikan buang air besar atau kecil. Hal ini akan berpengaruh pada kesulitan melakukan

aktivitas yang berhubungan dengan kegiatan sehari-hari, misalnya bangun dari tempat tidur atau duduk, berjalan atau meraih gelas.

- b. Agnosia, kehilangan kemampuan untuk mengenali orang atau benda
- c. Anosonia, tidak mengenali bagian tubuhnya sendiri
- d. Ataksi, koordinasi gerakan dan ucapan yang buruk
- e. Apraksia, tidak mampu melakukan suatu gerakan atau menyusun kalimat yang diinginkannya.
- f. Distorsi spasial, tak mampu mengukur jarak atau ruang yang ingin dijangkaunya
- g. Disartia (*dysarthia*), melemahnya otot-otot muka, lidah dan tenggorokan yang membuat sulit bicara, walaupun penderita memahami bahasa verbal maupun tulisan. Cedera di salah satu pusat pengendalian bahasa di otak memang sangat berdampak pada komunikasi verbal. Gangguan bahasa tersebut biasanya diakibatkan oleh kerusakan pada cuping temporal dan parietal otak sebelah kiri.
- h. Afasia, yaitu: 1) afasia ekspresif akibat stroke yang mengenai pusat pengendalian bahasa di sisi yang dominan, yaitu daerah Broca. Afasia ekspresif adalah kesulitan untuk menyampaikan pikiran melalui kata-kata maupun tulisan; 2) afasia reseptif akibat stroke yang mengenai pusat pengendalian bahasa di bagian belakang otak yang disebut Wernicke. Pasien ini mengalami kesulitan untuk mengerti bahasa lisan maupun tulisan; 3) afasia global disebabkan oleh kerusakan di beberapa bagian yang terkait dengan fungsi bahasa dan hampir kehilangan seluruh kemampuan bahasanya; 4) afasia anomik



(*amnesic*) terjadi bila kerusakan pada otak hanya sedikit. Pengaruhnya sering tidak terlalu kentara meski penderita lupa akan nama-nama orang atau benda-benda dari jenis tertentu.

i. Gangguan emosional

Umumnya penderita stroke tidak lagi mampu mandiri, sebagian besar mengalami kesulitan mengendalikan emosi. Penderita mudah merasa takut, gelisah, marah, sedih atas kekurangan fisik dan mental mereka. Perasaan seperti ini merupakan tanggapan yang wajar sebagai trauma psikologis akibat stroke, meskipun gangguan emosional dan perubahan kepribadian tersebut bisa juga disebabkan oleh pengaruh kerusakan otak secara fisik.

Gangguan yang sangat umum pada pasien stroke adalah depresi. Tanda-tanda depresi klinis antara lain; sulit tidur, kehilangan nafsu makan atau ingin makan terus, lesu, menarik diri dari pergaulan, mudah tersinggung, cepat letih, membenci diri sendiri, dan berpikir untuk bunuh diri. Depresi seperti ini dapat menghalangi penyembuhan atau rehabilitasi, bahkan dapat mengarah kepada kematian akibat bunuh diri.

j. Kehilangan indera rasa

Pasien stroke kadang-kadang merasa nyeri, mati rasa, atau perasaan geli-geli atau seperti ditusuk-tusuk pada anggota tubuh yang lumpuh atau lemah. Kondisi ini disebut parestesia, sedangkan gejala nyeri yang berkepanjangan disebabkan adanya kerusakan sistem saraf. Kasus ini disebut dengan nyeri neuropatik. Bentuk nyeri yang dialami pasien

stroke adalah nyeri palsu pada bagian tubuh yang terkena gangguan sensorik. Nyeri ini biasanya diakibatkan oleh adanya kerusakan otak bagian tengah (*thalamus*). Rasa nyerinya merupakan campuran panas dan dingin, terbakar, geli-geli, mati rasa, dan rasa ditusuk-tusuk.

k. Perubahan kepribadian

Pasien stroke dapat mengalami perubahan kepribadian dan ketidakseimbangan emosi, menjadi depresif dan apatis.

Gangguan emosi setelah stroke merupakan masalah umum. Pasien dengan kerusakan pada otak kiri mengalami gangguan kecemasan dan depresi yang ekstrem; pasien dengan kerusakan pada otak kanan biasanya lebih muncul perbedaan pada situasinya, meskipun mereka juga depresi. Gangguan emosi dihubungkan dengan stroke mungkin diperburuk oleh masalah dalam kesadaran yang luas. Beberapa penelitian mengatakan bahwa banyak pasien stroke yang tidak mengerti cara stroke dapat mengubah proses kognitif, memori, dan suasana hati mereka (Hibbar, Gordon, Stein, Grober, & Sliwinski, 1992, dalam Taylor, 1995).

Depresi merupakan masalah yang serius untuk pasien stroke, dan tergantung lokasi yang terkena stroke. Faktor psikososial juga dapat menyebabkan depresi. Pada wawancara dengan pasien stroke, ditemukan bahwa overprotektif dari pengasuh, keadaan baru setelah stroke, dan ketiadaan arti pada kehidupan yang bebas merupakan prediksi untuk terkena depresi setelah serangan dan lokasi stroke. Pasien stroke lebih tertekan jika mereka dalam keadaan setelah stroke, jika mereka diinterpretasikan pada situasi negatif, jika mereka memiliki hubungan

yang kurang dengan pengasuh yang melihat situasi lebih negatif (Taylor,1995).

Selanjutnya, mengacu pada model kognitif tentang hubungan depresi dengan stroke yang bersandar pada teori Beck. Teori Beck menggambarkan adanya pengaruh skema negatif terhadap diri, masa depan dan dunia sebagai hal yang mendasari pemrosesan negatif terhadap fenomena-fenomena kehidupan. Skema negatif bersama dengan penyimpangan kognisi, membentuk apa yang disebut oleh Beck sebagai *negative triad* : pandangan yang sangat negatif tentang diri sendiri, dunia, dan masa depan. "Dunia" dalam triad depresif dari Beck merujuk pada penilaian seseorang bahwa ia tidak dapat menghadapi berbagai tuntutan lingkungan (Davison, dkk., 2006).

Skinner (dalam Roan, 1980) menganggap bahwa melemahnya suatu pola tingkah laku akan terjadi sebagai akibat penghapusan total dari respon instrumental (*operant response*). Dalam hal ini, suatu *abulia* atau program penguatan yang inadkuat. Ferster (dalam Roan, 1980) berpendapat bahwa depresi dapat juga akibat perubahan mendadak dari rangsang di lingkungannya, seperti meninggalnya seorang kerabat yang menjadi tokoh penunjang, atau menggesernya beberapa kedudukan penguatan atau suatu suasana yang tidak nyaman oleh hilangnya penguat positif yang biasanya. Keadaan yang berhubungan dengan timbulnya depresi biasanya suatu peristiwa meninggalnya seseorang, atau hilangnya suatu benda yang sangat berarti, seperti hubungan pergaulan yang mesra, kesehatan, pekerjaan atau uang.

## **D. Terapi Musik**

### **1. Pengertian Terapi Musik**

Terapi musik didefinisikan sebagai sebuah aktivitas terapeutik yang menggunakan musik sebagai media untuk memperbaiki, memelihara, mengembangkan mental, fisik, dan kesehatan emosi. Di samping kemampuan nonverbal, kreativitas dan rasa yang alamiah dari musik, juga merupakan fasilitator untuk menjalin hubungan, ekspresi diri, komunikasi, dan pertumbuhan pada penggunaannya (Djohan, 2009). Terapi musik merupakan sebuah aplikasi yang unik dalam membantu meningkatkan kualitas hidup seseorang dengan menghasilkan perubahan-perubahan positif dalam perilakunya (Staum dalam Djohan, 2009).

Lundberg (dalam Lerik, 2004) menjelaskan bahwa terapi musik pada hakekatnya adalah hubungan antara pasien dengan terapis yang terlatih menggunakan musik sebagai dasar komunikasi. Pasien dan terapis berpartisipasi aktif dalam sesi terapi dengan memainkan alat musik, menyanyi, atau mendengarkan musik. Terapis tidak mengajarkan cara bernyanyi maupun memainkan alat musik, tetapi pada pemanfaatan alat musik dan bunyi untuk mengeksplorasi dunia bunyi dan menciptakan bahasa musik secara umum.

Perhimpunan Terapis Musik Kanada (Lerik, 2004) mendefinisikan terapi musik sebagai pemanfaatan kemampuan musik dan elemen musik oleh terapis untuk menaikkan, merawat, dan memperbaiki mental, emosional, dan kesehatan spiritual. Musik mengandung kualitas nonverbal, struktur kreatif, dan emosional. Inilah yang digunakan dalam

hubungan terapeutik untuk memfasilitasi kontak, *self awareness*, belajar, ekspresi diri, komunikasi, dan perkembangan pribadi.

Merrit (2003) mengatakan bahwa terapi musik adalah proses estetis yang berisi kualitas seperti kreativitas intuisi, inspirasi, maksud, dan elemen spiritual. Kualitas ini berhubungan dengan keadaan terdalam kehidupan manusia. Bonny (dalam Dewi, 2006) mengatakan bahwa terdapat unsur terapi dan penyembuhan dalam pengalaman seseorang dengan musik.

Menurut Campbell (1997), kata *sound* (bunyi) sinonim dengan *health* (kesehatan) dan *wholeness* (keutuhan), ini untuk memberi makna bagi vitalitas dasar serta fundamental untuk semua hal yang dilakukan seseorang. Bunyi musik merupakan alat misterius dan dahsyat untuk menciptakan keselarasan antara pikiran dan tubuh.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat diperoleh kesimpulan bahwa terapi musik adalah sarana musik yang dimanfaatkan untuk membantu meningkatkan kualitas hidup seseorang dengan menghasilkan beberapa perubahan positif dalam diri seseorang yang dapat berupa peningkatan kemampuan nonverbal, memperbaiki emosional, mental dan kesehatan spiritual.

## **2. Elemen – Elemen Terapi Musik**

Elemen-elemen pokok yang ditetapkan sebagai materi intervensi adalah (Djohan, 2009):

- a. Terapi musik digunakan oleh terapis musik dalam sebuah tim yang terdiri dari dokter, pekerja sosial, psikolog, guru, atau orangtua.

- b. Musik merupakan media terapi yang utama. Aktivitas musik digunakan untuk menumbuhkan hubungan saling percaya, mengembangkan fungsi fisik, dan mental klien secara teratur serta terprogram. Contohnya, intervensi bisa berupa bernyanyi, mendengarkan musik, bermain alat musik, menciptakan musik, mengikuti gerakan musik dan melatih imajinasi.
- c. Materi musik yang diberikan melalui latihan-latihan sesuai dengan arahan terapis. Intervensi musikal yang digunakan terapis didasarkan pada pengetahuan tentang pengaruh musik terhadap perilaku serta memahami kelemahan atau kelebihan klien sebagai sasaran terapi.
- d. Terapi musik yang diterima klien disesuaikan secara fleksibel dengan memperhatikan tingkat usia. Terapis musik bekerja langsung pada sasaran dengan tujuan terapi yang spesifik. Sasaran yang hendak dicapai termasuk komunikasi, intelektual, motor, emosi, dan keterampilan sosial. Walaupun klien tidak dilatih untuk terampil bermusik, tetapi secara otomatis keterampilan musiknya akan berkembang. Keterampilan musik sama sekali bukan orientasi terapis. Perhatian lebih diberikan pada pengaruh aktivitas musikal terhadap respon emosi, fisik, fisiologi, serta fungsi sosio-ekonomi klien.

### **3. Metode Musik**

Djohan (2009) menjelaskan teknik yang digunakan oleh terapis musik sebagai berikut:

- a. Bernyanyi, untuk membantu klien yang mengalami gangguan perkembangan artikulasi pada keterampilan bahasa, irama, dan kontrol

pernafasan. Di dalam kelompok, klien akan terbantu untuk mengembangkan perhatiannya terhadap orang lain melalui bernyanyi bersama. Banyak lagu yang membantu kaum manula untuk mengingat peristiwa atau kenangan dalam kehidupan mereka. Lirik lagu juga digunakan untuk membantu klien gangguan mental dalam melakukan rangkaian tugas bahasa.

- b. Bermain musik, membantu pengembangan dan koordinasi kemampuan motorik. Bermain alat musik secara ansambel membantu klien gangguan belajar untuk mengontrol impuls saraf yang kacau melalui latihan secara terstruktur dalam kelompok. Mempelajari sebuah karya musik dengan cara memainkannya dapat mengembangkan keterampilan musik serta membangun rasa percaya diri dan disiplin diri.
- c. Gerak ritmis, digunakan untuk mengembangkan jangkauan fisiologis, menggabungkan mobilitas/ketangkasan/kekuatan, keseimbangan, koordinasi, konsistensi, pola-pola pernafasan, dan relaksasi otot. Komponen ritmis sangat penting untuk meningkatkan motivasi, minat, perhatian dan kegembiraan, sebagai media nonverbal dalam mendorong semangat individu.
- d. Mendengarkan musik, dapat mengembangkan keterampilan kognisi, seperti memori dan konsentrasi. Mendengarkan musik merupakan proses menghadapi persoalan ekspresi diri melalui lingkungan yang kreatif. Musik dapat menstimulasi respon relaksasi, motivasi atau pikiran, imajinasi, dan memori yang kemudian diuji dan didiskusikan secara individual atau dengan kelompok pendukung. Sebagai pelengkap,

musik juga menyediakan berbagai stimulasi untuk menggali, mengenal, dan memahami budaya sendiri maupun budaya lain. Terapis musik menggunakan aktivitas musik baik secara instrumental maupun vokal yang dirancang untuk memfasilitasi aspek non-musikal.

Menurut teori Berlyne (dalam Vink, 2001), bila seseorang mendengarkan musik, maka ada beberapa faktor yang perlu diperhitungkan seperti, kompleksitas, familiaritas, dan kesenangan baru yang diperoleh dari musiknya. Sebuah musik dikatakan familiar bila musik tersebut dialami sebagai sesuatu yang menimbulkan perasaan menyenangkan atau nyaman. Namun, tingkat hedonis akan menurun bila musik tersebut merupakan informasi baru bagi pendengarnya, dan sebaliknya akan meningkat seiring dengan makin akrabnya pendengar dengan musik tersebut.

Menurut Meyer (dalam Vink, 2001), di dalam musik terdapat elemen-elemen, seperti perubahan melodi atau tempo yang menciptakan harapan tentang perkembangan selanjutnya dari musik. Musik menimbulkan harapan yang mungkin secara langsung maupun tidak langsung. Meyer menambahkan bahwa semakin tinggi tegangan, maka semakin lega ketika penurunan emosi terjadi. Peran emosi dalam proses ini kompleks. Emosi mulai dialami saat peningkatan tegangan, baik dalam musik maupun pada pendengar. Emosi mulai dialami saat peningkatan tegangan menuju klimaks, sehingga semakin kuat emosi yang dialami. Ketika resolusi terjadi, relaksasi juga terjadi. Kesimpulan penting dari teori Meyer, bahwa setiap pemahaman secara sadar dalam proses ini dapat



mengurangi efek emosi pada musik. Kesimpulannya bahwa pendengar yang tidak memiliki pengetahuan tentang musik dapat menguasai respon afektif terhadap musik dibanding dengan pendengar yang terlatih tergugah secara kognitif ketika mendengarkan musik.

Pada terapi ini, menggunakan pendekatan modifikasi perilaku dengan menganalisa dan memodifikasi perilaku manusia. Pendekatan ini digunakan untuk membantu seseorang untuk mendapatkan kembali fungsi normal setelah cedera atau trauma, seperti cedera kepala dari kecelakaan, atau kerusakan otak karena stroke. Modifikasi perilaku digunakan untuk mendukung rutinitas rehabilitasi, seperti terapi fisik, untuk mengajarkan ketrampilan baru yang dapat menggantikan ketrampilan yang hilang melalui cedera atau trauma, untuk mengurangi masalah perilaku, untuk membantu mengatasi sakit kepala, dan meningkatkan kinerja memori (Bakke et al., 1994; Davis & Chittum, 1994; O'Neil & Gardner, 1983 dalam Miltenberger, 2004).

Penggunaan musik dalam kegiatan terapeutik dapat mengurangi kecemasan dan distres; mengelola sakit non-farmakologi dan rasa ketidaknyamanan; mengubah suasana hati dan emosi yang negatif; mengisi waktu bersama secara positif dan kreatif; menjalin kedekatan emosi antar anggota keluarga dan membuat suasana rileks bersama seluruh anggota keluarga.

Terapi musik adalah pemanfaatan kemampuan musik dan elemen musik oleh terapis untuk meningkatkan dan merawat kesehatan fisik, memperbaiki mental, emosional, dan kesehatan spiritual klien. Terapi

musik terdiri dari dua elemen utama, yaitu elemen terapi dan elemen musik. Elemen terapi meliputi keterampilan musik bagi terapis, membangun hubungan terapis dengan klien, aktivitas yang terstruktur dan dianjurkan oleh tim yang merawat klien untuk mencapai tujuan yang spesifik dan objektif bagi klien. Elemen musik sebagai alat utama yang meliputi irama, melodi, dan harmoni. Terapi musik dapat dilakukan dengan berbagai cara, yaitu menyanyi, mencipta lagu, memainkan alat musik, improvisasi, mendiskusikan lirik dan mendengarkan musik.

Menurut *American Music Therapy Association*, terapi musik telah ditetapkan sebagai pelayanan kesehatan yang sama dengan terapi fisik. Terapi ini terdiri dari penggunaan musik secara terapeutik pada fisik, psikologis, kognitif dan atau fungsi sosial pasien di segala usia, karena terapi musik memiliki kekuatan dan bukan media teknis diagnostik, maka memungkinkannya untuk mendapatkannya hasil yang unik. Sebagai pelengkap pada aplikasi di rumah sakit, terapi musik telah berhasil digunakan pada pasien dalam segala usia dan klien cacat fisik (Djohan, 2009).

Beberapa berpendapat bahwa persepsi musik merupakan salah satu fungsi dari belahan otak kanan, tetapi ada yang menyatakan melodi yang terdiri dari serangkaian nada seharusnya dipersepsikan lebih baik oleh belahan otak kiri. Menurut Blakeslee (dalam Djohan, 2009), orang yang terlatih di musik lebih banyak memanfaatkan otak kiri dengan strategi analitiknya yang tidak dimiliki oleh belahan otak kanan karena sifatnya holistik dan sintesis. Secara tidak disadari, musik sering membuat kaki

bergoyang, tangan mengetuk, menyebabkan hanyut dalam lagu yang didengar, membawa pada lamunan, mengingat pengalaman tertentu, serta membangkitkan emosi. Teknik sederhana ini menggunakan kombinasi antara mendengarkan dan menyuarakan, karena suara dapat menata ulang struktur molekul sehingga sangat dimungkinkan untuk melakukan hal-hal yang menyenangkan, seperti meluruskan tulang belakang, merilaksasi otot, menghilangkan sakit kronis, trauma, membebaskan rintangan, serta memberantas sel-sel kanker.

Terapi musik juga dilakukan dengan menambahkan gerakan relaksasi yang merupakan suatu teknik untuk mengatasi ketegangan otot dan mental. Relaksasi yang sistematis diberikan melalui instruksi yang teliti tentang cara mencatat ketegangan pada berbagai otot dan cara mengendorkannya (Wolpe, 1968 dalam Blackburn, dkk., 1994). Relaksasi dapat berupa relaksasi otot progresif, yaitu seseorang harus belajar untuk tegang dan rileks di tiap anggota badannya. Selain itu, relaksasi dapat berupa pernapasan diafragma atau yang disebut dengan pernapasan dalam (David, dkk., 1988, dalam Miltenberger, 2004).

Pada tiap pernafasan, individu menggunakan otot-otot diafragma, mengisi penuh oksigen dalam paru-paru. Hal ini dikarenakan kecemasan atau rangsangan otonom melibatkan menelan, bernapas cepat, pernapasan diafragma berkurang kecemasan dengan mengganti pola pernapasan ini dengan pola yang lebih santai. Pada praktik pernapasan dalam atau diafragma untuk mengurangi kecemasan, orang duduk, berdiri, atau berbaring dalam keadaan nyaman, dengan mata tertutup, dan menghirup perlahan-

lahan selama 3-5 detik sampai paru-paru diisi dengan udara nyaman. Otot diafragma perut memanjang seperti udara yang dihirup. Individu kemudian menghembuskan napas perlahan-lahan selama 3-5 detik. Menarik otot diafragma di perut seperti udara dihembuskan, yang terbaik adalah dihirup dan dihembuskan melalui hidung selama latihan pernapasan diafragma. Dalam menghirup dan menghembuskan napas, orang harus memusatkan perhatian pada sensasi yang terlibat dalam pernapasan (misalnya, perasaan paru-paru berkembang dan kontraktor, udara mengalir masuk dan keluar, dan pergerakan abdomen). Dengan memusatkan perhatian pada sensasi ini, orang dapat menghasilkan penurunan kecemasan dengan melibatkan diri dalam pernapasan diafragma selama sesi latihan, ia kemudian dapat menggunakan pernapasan untuk mengurangi kecemasan gairah dalam memproduksi situasi (Miltenberger, 2004).

Respon relaksasi yang diperoleh adalah pada pernapasan yang tenang dapat menurunkan tekanan darah, sehingga mempengaruhi proses fisiologis tubuh. Pada kerja dasar otak kita, sisi otak sebelah kiri memegang peran dalam berpikir linier, seperti logika dan matematika. Sedangkan, otak sebelah kanan lebih berhubungan dengan kreativitas, gambar, atau hubungan antar objek. Sisi kanan otak memiliki koneksi yang padat dengan sistem limbik dan amigdala, bagian otak yang penting dalam emosi juga memori yang didapat dari panca indera kita. Sistem limbik ini selanjutnya mempunyai hubungan dengan hipotalamus. Pada salah 1 jalur, hipotalamus mempengaruhi nervus otonom, di mana

ingatan yang menyenangkan diterjemahkan menjadi sinyal yang memerintahkan untuk menurunkan denyut jantung, tekanan darah, respirasi, dan merelaksasi tonus otot, sedangkan pada jalur yang lain, hipotalamus mengirim sinyal ke *grandula pituitary* yang mengontrol hormon tubuh. Sinyal ini diterima *grandula pituitary* sebagai perintah untuk menurunkan kortisol yang dikenal sebagai hormon stres. Pada gilirannya, hormon tersebut akan memberikan *feedback* positif ke sistem imun agar berfungsi optimal (Benson, dkk., 2000).

Greenberg (dalam Prabowo, 2008) menawarkan bentuk suara lain untuk relaksasi yang disebut sebagai *soothing music* atau musik yang menenangkan. Penggunaan *soothing music* ternyata dapat menurunkan tekanan darah, mengurangi perasaan-perasaan karena depresi, meningkatkan harga diri, dan bahkan meningkatkan spiritualitas.

#### **E. Dinamika Psikologis**

Serangan stroke dapat membuat individu mengalami kecacatan, kemunduran fisik berupa perubahan dan keterbatasan dalam bergerak, berkomunikasi, berpikir, individu membayangkan efeknya, bahkan dihantui oleh rasa tidak bisa sembuh seperti sebelumnya, kambuh-kambuhan atau mati. Hal tersebut dapat dipersepsikan negatif sebagai krisis, yaitu kehilangan eksistensi diri, kehilangan kesehatan secara menyeluruh, merasa akan jauh dari teman-teman, dan dapat kehilangan tujuan hidup, dirasa sebagai awal terjadinya perubahan yang tidak diinginkan pada aspek kehidupan, individu merasa kehilangan, rendah diri, dan kurang percaya diri, sehingga muncul kecemasan, frustrasi

dalam kehidupan sehari-harinya. Tekanan-tekanan tersebut dapat menimbulkan ketegangan atau stres. Ketegangan-ketegangan pada akhirnya secara psikologis, dapat membuat individu menjadi tidak tenang, secara fisik dapat membuat individu menjadi tidak bisa tidur dan menjadi tidak bernafsu makan yang nantinya berefek pada keadaan fisik menjadi lemah.

Ketika stroke menghasilkan kekurangan pada fisik atau kognitif, pengaturan emosi akan menjadi sangat sulit. Pasien stroke sangat cenderung ke depresi (Bleiberg, 1986; Krantz & Deckel, 1983; Newman, 1984b, dalam Sarafino, 1994). Pasien stroke yang selamat seringkali menderita secara fisik dan pelemahan kognitif, tetapi perawatan secara medis dan fisik; jabatan; dan terapi bicara akan membantu orang mendapatkan kembali kemampuan-kemampuan mereka yang telah hilang (Sarafino, 1994).

Menurut Hartanti (2002), secara psikologis, perubahan dan keterbatasan penderita dalam bergerak, berkomunikasi, berpikir, sangat mengganggu fungsi penderita sebagai suami atau kepala rumah tangga. Hal ini dirasakan sebagai kekecewaan atau krisis. Penderita kehilangan tujuan hidupnya, merasa jauh dari teman-teman, kehilangan kesehatan fisik secara menyeluruh. Hal ini menimbulkan ketegangan, kecemasan, frustrasi dalam menghadapi hari esok bahkan sampai depresi.

Feibel, dkk. (dalam Hartanti, 2002) melaporkan bahwa sepertiga dari 113 penderita pascastroke (*follow up* selama 6 bulan) mengalami depresi. Depresi pascastroke ini akan semakin memberat dan makin sering

dijumpai sesudah 6 bulan sampai 2 tahun; sedangkan Amstrom, Adolfson, dan Asplund (1982) melaporkan bahwa keadaan depresi banyak dijumpai pada saat dua bulan sampai dengan 2 tahun setelah stroke, 2-9 tahun setelah serangan, prevalensi dan beratnya depresi meningkat lagi. Depresi pada stroke dapat terjadi karena 2 faktor, yaitu penderita mengalami penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah dalam otak yang membuat komunikasi penderita menjadi terhambat. Selain itu, bagian otak yang mengatur pusat perasaan yang terkena depresi pada pasien juga disebabkan karena ketidakmampuan pasien melakukan sesuatu yang biasanya dikerjakan sebelum terkena stroke. Hal ini membuat penderita merasa sudah tidak berguna lagi karena keterbatasan yang dimilikinya setelah terkena stroke.

Penderita pascastroke yang mengalami depresi harus diberi obat antidepresan dan melakukan terapi, misalnya terapi kognitif atau psikoterapi lainnya. Salah satu bentuk dari psikoterapi lainnya adalah terapi musik. Musik merupakan sebuah rangsangan pendengaran yang terdiri dari melodi, ritme, harmoni, timbre, bentuk, dan gaya. Musik dapat membantu individu untuk menyembuhkan penyakit dan ketidakmampuan yang diderita setiap individu. Musik dapat memberikan ketenangan dan rasa nyaman pada individu yang mendengarkannya. Menurut Chou, dkk. (2006), musik harus terdiri dari melodi-melodi yang berbeda, kualitas bunyi, ketukan, keseimbangan, dan peralatan agar dapat mengekspresikan berbagai macam emosi.

Lewinson dan Graf (dalam Ratus, 1986) berpendapat bahwa salah satu cara mengatasi depresi adalah melakukan aktivitas-aktivitas yang berhubungan dengan emosi positif, aktivitas yang tidak sesuai dengan keadaan depresi. Aktivitas yang berhubungan dengan emosi positif misalnya, tertawa, memikirkan orang yang dicintai, melihat pemandangan yang indah, mendengarkan musik, dan lain sebagainya. Mendengarkan musik dapat membuat seseorang yang sedih, gembira, dan mengalami berbagai pengalaman emosi lainnya.

Musik ternyata bersifat terapeutik dan bersifat menyembuhkan. Musik menghasilkan rangsangan ritmis yang ditangkap oleh organ pendengaran dan diolah di dalam sistem saraf tubuh dan kelenjar pada otak yang mereorganisasi interpretasi bunyi ke dalam ritme internal pendengar. Ritme internal ini mempengaruhi metabolisme tubuh manusia, sehingga prosesnya berlangsung dengan lebih baik. Metabolisme yang lebih baik akan mengakibatkan tubuh mampu membangun sistem kekebalan yang lebih baik, dan dengan sistem kekebalan yang lebih baik tubuh menjadi lebih tangguh terhadap kemungkinan serangan penyakit (Campbel, 1997). Menurut Lee, dkk. (2005), terapi musik secara efektif dapat mengurangi respon psikofisiologis pada kecemasan (misalnya tekanan darah) dengan menggunakan musik relaksasi. Mendengarkan musik dapat mempengaruhi sistem limbik pada otak, pusat emosi, perasaan dan sensasi dengan mengurangi kemampuan neurotransmitter untuk mengulang perasaan-perasaan yang tidak menyenangkan.



Mengacu pada teori Berlyne bahwa bila seseorang mendengarkan musik, maka ada beberapa faktor yang perlu diperhitungkan seperti, kompleksitas, familiaritas, dan kesenangan baru yang diperoleh dari musiknya. Sebuah musik dikatakan familiar bila musik tersebut dialami sebagai sesuatu yang menimbulkan perasaan menyenangkan atau nyaman. Namun, tingkat hedonis akan menurun bila musik tersebut merupakan informasi baru bagi pendengarnya, dan sebaliknya akan meningkat seiring dengan makin akrabnya pendengar dengan musik tersebut.

Musik telah digunakan untuk meningkatkan pengembangan ilmu kedokteran (misalnya pengaruh Mozart), dan untuk meningkatkan efektivitas dalam ilmu pengobatan sebagai terapi pelengkap seperti Reiki dan pijatan. Musik telah banyak digunakan sebagai ilmu pengobatan pelengkap penyembuhan untuk menenangkan pasien yang mengalami sakit, cemas, dan berbagai macam penyakit serta luka-luka (Kemper, dkk., 2005). Jenis musik yang didengarkan disesuaikan dengan musik kesukaan penderita. Jenis musik bermacam-macam misalnya musik pop, genre, jazz, rock, keroncong, gamelan, klasik dan lain-lain.

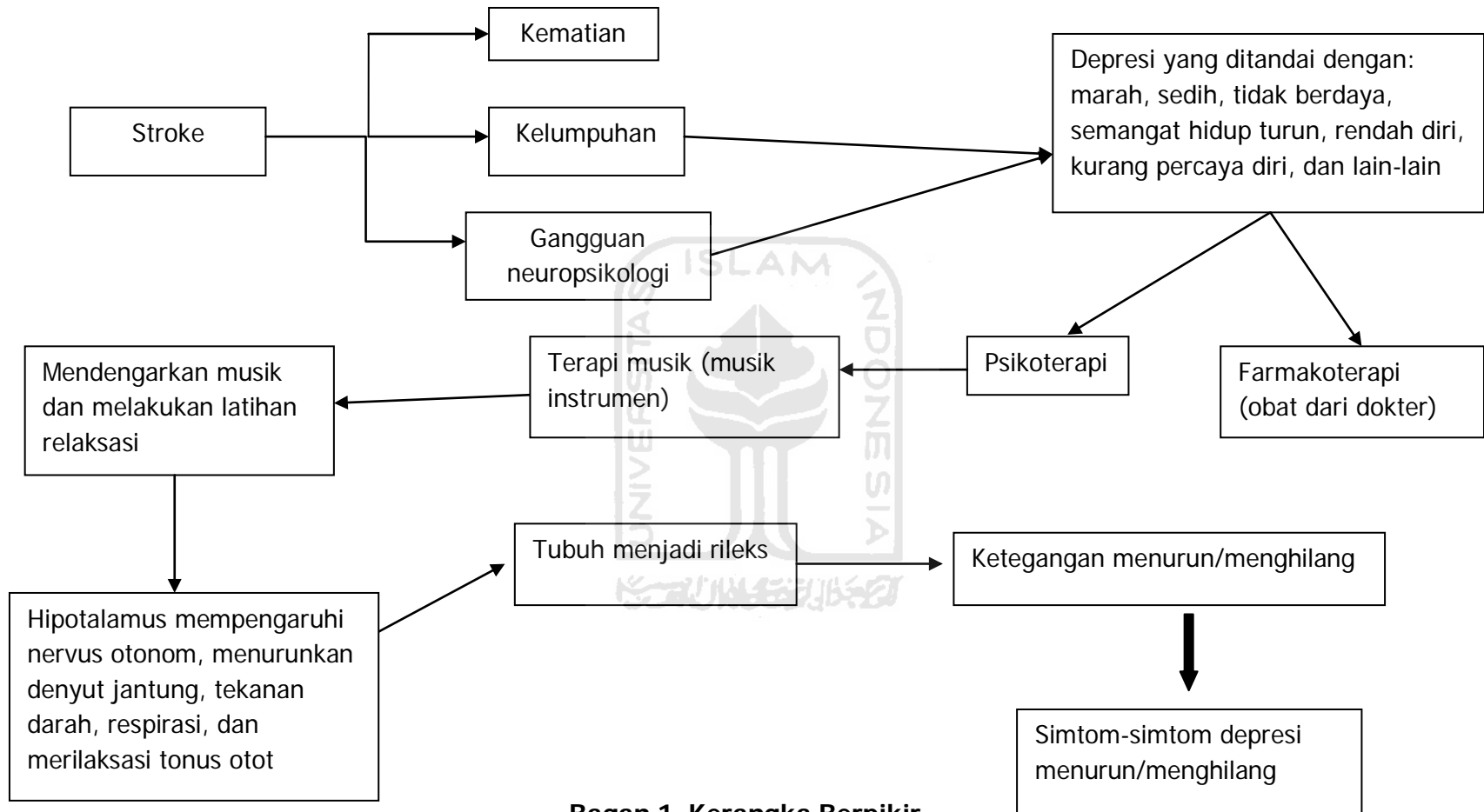
Musik membantu mengaktifkan mekanisme umum yang bisa memperbaiki dan memperbaharui jaringan saraf otak yang dialami oleh penderita stroke. Musik dapat menjadi sebuah terapi tambahan bagi penderita stroke terutama yang mengalami depresi pascastroke.

Musik adalah bahasa universal yang memiliki banyak manfaat. Selain didengarkan ketika bersantai, musik dapat digunakan untuk perawatan

kesehatan seperti mengurangi stres dan kecemasan. Beberapa penelitian yang meneliti terapi musik yang menjadi terapi bagi penderita depresi antara lain adalah penelitian Lai (1999) yang mengemukakan bahwa mendengarkan musik merupakan sebuah pengobatan tubuh dan pikiran untuk wanita yang mengalami depresi. Selain itu, Myskja, dkk. (2008) berpendapat bahwa terapi musik lebih dapat mengurangi depresi daripada pasien yang tidak mendengarkan musik di ruang perawatan. Kemudian, hasil penelitian dari Lerik (2004) menarik kesimpulan bahwa terapi musik tetap efektif dalam mengurangi depresi setelah 1 bulan.



**F. Kerangka Berpikir**



**Bagan 1. Kerangka Berpikir**

## **G. Hipotesis**

Berdasarkan tinjauan hasil pustaka, peneliti mengajukan hipotesis bahwa ada pengaruh terapi musik dalam menurunkan tingkat depresi pada penderita pascastroke.



### BAB III

#### METODE PENELITIAN

##### A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas terapi musik terhadap tingkat depresi pada penderita stroke. Bentuk rancangan penelitian ini menggunakan rancangan *small N experiment* yang terdiri dari pengulangan pengukuran perilaku subjek dalam 3 fase. Fase A adalah fase yang merupakan fase pengukuran sebelum perlakuan dan fase B merupakan fase pengukuran pada saat diberikan perlakuan dan kembali pada fase A yang merupakan fase pengukuran setelah perlakuan (Kazdin, 2001).

**Tabel 1. Disain Penelitian**

Subjek	<i>Pretest</i>	Terapi	<i>Posttest</i>	<i>Follow up</i>
1	Y1	X	Y2	Y3
2	Y1	X	Y2	Y3

Keterangan:

Y1 : pengukuran sebelum diberi perlakuan

Y2 : pengukuran sesudah diberi perlakuan

X : terapi musik

Y3 : pengukuran 1 bulan setelah perlakuan berakhir

## B. Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel bebas : terapi musik
2. Variabel tergantung : depresi

## C. Definisi Operasional

### 1. Terapi Musik

Terapi musik adalah sarana musik yang dimanfaatkan untuk membantu meningkatkan kualitas hidup seseorang dengan menghasilkan beberapa perubahan positif dalam diri seseorang yang dapat berupa peningkatan kemampuan nonverbal, memperbaiki kondisi emosional, mental dan kesehatan spiritual. Terapi musik bisa dilakukan untuk mengurangi rasa khawatir pasien yang menjalani berbagai operasi atau serangkaian proses berat di rumah sakit, sebab musik akan membantu mengurangi timbulnya rasa sakit dan memperbaiki *mood* pasien. Musik yang digunakan dalam penelitian ini adalah instrument musik. Subjek diminta mendengarkan musik sambil melakukan relaksasi pernapasan yang akan dipandu oleh terapis.

### 2. Depresi

Depresi merupakan kondisi yang menunjukkan gejala-gejala gangguan suasana hati yang dapat dilihat dari manifestasi emosi, motivasional, fisik dan vegetatif. Penelitian ini menggunakan skala BDI (*Beck Depression Inventory*) khusus untuk penderita stroke yang

diadaptasi dari Asmar (2007). Subjek diberi skala BDI yang diisi oleh subjek sendiri dengan dibantu oleh peneliti.

#### **D. Subjek Penelitian**

Penelitian ini dilakukan kepada para pasien pascastroke yang datang ke RSUP. Dr.Sardjito Yogyakarta. Jumlah subjek penelitian sebanyak 2 orang.

Selain itu, pengambilan sampel juga dilakukan dengan teknik *purposive sampling*, yaitu mengambil sampel dengan cara memilih secara khusus berdasarkan tujuan.

Kriteria subjek penelitian tersebut adalah:

1. Pasien berusia antara 30 tahun sampai 55 tahun.
2. Tidak mengalami keterbatasan dalam berkomunikasi.
3. Skor *pretest* BDI menunjukkan pasien mengalami depresi ringan hingga berat
4. Pasien yang sedang menjalani terapi seperti fisioterapi dan terapi okupasi.
5. Pasien yang mengalami stroke pendarahan setelah 1 minggu serangan stroke.
6. Pasien yang masih menjalani perawatan dan pengobatan medis

#### **E. Metode Penelitian**

Pengumpulan data dilakukan dengan beberapa cara, yaitu:

1. Mengisi skala depresi yang dilakukan pada waktu *pretest*, *posttest* dan *follow up*. Skor skala depresi yang diisi oleh pasien pascastroke kemudian digolongkan berdasarkan tingkat depresi.

2. Melakukan wawancara mendalam dengan pasien pascastroke selama penelitian yang didukung oleh data status pasien (catatan medis) untuk mengetahui kronologi penyakit yang diderita serta meminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Wawancara dilakukan secara bebas terarah kepada pasien.

#### **F. Prosedur Pemberian Perlakuan**

Sebelum melakukan penelitian, penulis terlebih dulu mengajukan surat permohonan izin penelitian yang telah disetujui oleh dosen pembimbing dan pihak Magister Profesi Psikologi Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya dengan dilengkapi proposal penelitian yang akan digunakan ke Direktur RSUP. Dr. Sardjito Yogyakarta. Setelah mendapat persetujuan resmi, peneliti mengambil data ke Unit Stroke dan mengambil data pasien pascastroke yang datang ke Rehabilitasi Medis yang sedang menjalani rawat jalan. Kemudian, peneliti meminta kesediaan dan persetujuan dari pasien secara lisan maupun tertulis (*informed consent*) untuk menjadi partisipan dalam penelitian yang akan dilakukan. Pertama, peneliti meminta pasien untuk mengisi angket depresi. Setelah diketahui bahwa pasien tersebut mengalami depresi dari skor yang diperoleh melalui angket depresi, peneliti melakukan wawancara kepada pasien yang mengalami depresi. Peneliti juga melakukan observasi lapangan dengan mengamati pasien di bagian rehabilitasi stroke. Peneliti juga melakukan wawancara dengan dokter di Bagian Saraf dan bagian yang langsung menangani stroke seperti fisioterapi dan terapi okupasi, perawat, psikolog dan psikiater.



Pasien yang setuju untuk mengikuti penelitian ini akan diobservasi dan wawancara secara mendalam. Selama proses terapi, pasien akan dibimbing oleh seorang terapis, yang telah berpengalaman menangani klien dengan menggunakan terapi musik.

#### **G. Alat/Materi**

Beberapa alat yang digunakan dalam penelitian ini untuk mengungkap data yang diperlukan adalah lembar observasi dan dialog serta skala BDI.

1. Lembar observasi dan dialog, digunakan sebagai lembar catatan harian pelaksanaan penelitian yang digunakan untuk mengetahui keadaan subjek penelitian (manifestasi ekspresi gejala depresinya).
2. Lembar pemantauan diri, digunakan setelah terapi diberikan pada tiap sesi untuk melihat sejauhmana manfaat musik bagi pasien.
3. Skala BDI (*Beck Depression Inventory*) yang dibuat oleh Beck yang telah diadaptasi oleh Asmar (2007) dan telah dimodifikasi untuk pasien stroke.

Dalam BDI terdapat 21 simtom depresi yang disusun dari huruf A sampai U dengan masing-masing 1 item. Simtom-simtom yang terungkap adalah: 1) kesedihan; 2) pesimis; 3) perasaan gagal; 4) ketidakpuasan; 5)perasaan bersalah; 6) pengharapan; 7) rasa tidak suka terhadap diri sendiri; 8) menyalahkan diri sendiri; 9) keinginan untuk bunuh diri; 10)frekuensi menangis; 11) kejengkelan atau cepat marah; 12)kecenderungan menarik diri dari hubungan sosial; 13) ketidakmampuan mengambil keputusan; 14) perubahan kesan pada tubuh; 15) kelambanan dalam bekerja; 16) gangguan tidur; 17) mudah lelah; 18) hilangnya nafsu

makan; 19) perubahan berat badan; 20) tanggapan yang salah mengenai tubuh; dan 21) hilangnya libido. Simtom-simtom tersebut dapat dikelompokkan menjadi 4 kelompok simtom, yaitu: 1) kelompok simtom afektif pada item huruf ADJK; 2) simtom motivasional pada huruf BILMO; 3) simtom kognitif pada huruf CEFHGN; dan 4) simtom fisik dan vegetatif pada huruf PQRSTU.

Rentang skor yang digunakan pada skala BDI antara 0-3. Nilai 0 adalah pernyataan yang tidak menunjukkan gejala depresi, nilai 1 untuk gejala ringan, nilai 2 untuk gejala sedang, dan nilai 3 untuk gejala yang berat.

Asmar (2007) melakukan korelasi BDI yang digunakan khusus pada pasien stroke untuk menguji validitas dan reliabilitas. Koefisien korelasi antara skor masing-masing item dengan skor total bergerak dari yang terendah 0,375 sampai dengan yang tertinggi sebesar 0,745. Selanjutnya, 1 item yang dinyatakan gugur memiliki koefisien korelasi skor item dengan skor total 0,279 atau kurang dari 0,300. Walaupun dinyatakan gugur, tetapi skor masih di atas 0,200. Dari hasil uji reliabilitas dengan pendekatan Hyot (Alpha), diperoleh indeks reliabilitas  $\alpha = 0,8918$ , berarti skala depresi pascastroke dapat digunakan. Uji coba alat ukur dilakukan terhadap pasien pasca stroke yang mempunyai pekerjaan sebelum terkena stroke dengan usia di atas 35 tahun sampai 65 tahun sebanyak 37 orang.

Norma yang digunakan untuk mengetahui intensitas depresi menggunakan kategori dari Bumberry, dkk. (dalam Dewi, 2006) adalah:

**Tabel 2. Kategori Tingkat Depresi**

Skor	Kategori tingkat depresi
0 – 9	Normal
10 – 15	Depresi ringan
16 – 23	Depresi sedang
24 – 63	Depresi berat
> 63	Depresi sangat berat

(Sumber: Dewi, 2006)

#### **H. Rancangan Analisis**

Analisis data dilakukan dengan beberapa kegiatan, yaitu:

1. Mengolah data yang diperoleh (skor BDI, hasil observasi dan wawancara) untuk keperluan analisis.
2. Analisis secara individual dengan menggunakan grafik, yaitu memasukkan data skor BDI, hasil observasi dan wawancara ke dalam grafik untuk perkembangan pemantauan depresi pada periode *pretest*, periode perlakuan, periode *posttest* dan *follow up*.
3. Penjelasan hasil penelitian dari pengamatan dan grafik perkembangan skor BDI dan manifestasi gejala depresi secara individual.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN, PEMBAHASAN DAN EVALUASI

#### A. Persiapan Penelitian

Langkah-langkah yang dilakukan dalam persiapan penelitian adalah persiapan alat ukur; seleksi subjek, persiapan dan perencanaan pemberian terapi musik.

##### 1. Persiapan alat ukur

Penelitian ini menggunakan alat ukur *Beck Depression Inventory* (BDI) khusus penderita *stroke* yang diadaptasi dari Asmar (2007). Angket depresi tersebut terdiri dari 21 item, yaitu mulai dari huruf A sampai dengan huruf U yang mewakili beberapa simtom depresi, antara lain: simtom emosional; simtom kognitif; simtom motivasional; simtom fisik dan vegetatif.

Asmar (2007) melakukan korelasi BDI yang digunakan khusus pada pasien *stroke* untuk menguji validitas dan reliabilitas. Koefisien korelasi antara skor masing-masing item dengan skor total bergerak dari yang terendah 0,375 sampai dengan yang tertinggi sebesar 0,745. Selanjutnya, 1 item yang dinyatakan gugur memiliki koefisien korelasi skor item dengan skor total 0,279 atau kurang dari 0,300. Walaupun dinyatakan gugur, tetapi skor masih di atas 0,200. Berdasar hasil uji reliabilitas dengan pendekatan Hyot (Alpha), diperoleh indeks reliabilitas  $\alpha = 0,8918$ , berarti skala depresi pascastroke dapat digunakan.

**Tabel 3. Item Skala *Beck Depression Inventory***

No	Indikator	Item
1.	Simtom emosional	A, B, G, J, K, L, S, T
2.	Simtom kognitif	C, E, F, H, M, N
3.	Simtom motivasional	D, I
4.	Simtom fisik atau vegetatif	O, P, Q, R, U

## 2. Seleksi subjek

Subjek penelitian diseleksi berdasarkan kriteria, yaitu pasien berusia antara 30 tahun sampai 55 tahun, senang mendengarkan musik, tidak mengalami keterbatasan dalam berkomunikasi, skor *pretest* BDI menunjukkan pasien mengalami depresi ringan hingga berat, pasien yang sedang menjalani terapi seperti fisioterapi dan terapi okupasi, pasien yang mengalami stroke pendarahan setelah 1 minggu serangan stroke, pasien yang masih menjalani perawatan dan pengobatan medis.

Berdasar data yang diperoleh dari Unit Stroke dan Bangsal Dahlia 2 (Bagian Saraf), peneliti menemukan 2 pasien yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan peneliti. Setelah diberi penjelasan tentang maksud dan tujuan dilakukan penelitian ini, kedua subjek melakukan *pre test* dan menandatangani *informed consent* yang telah dibuat.

### 3. Persiapan dan pelaksanaan pemberian terapi

Berdasarkan hasil pengukuran terhadap subjek penelitian, didapat skor depresi pada pasien pascastroke yang menunjukkan tingkat depresi ringan dan berat. Oleh karena itu, peneliti menyusun jadwal pemberian terapi dengan pertimbangan skor, waktu dan tempat pemberian terapi, selanjutnya pelaksanaan pemberian terapi musik dilakukan 2 kali dalam 2 minggu. Program pemberian terapi melibatkan seorang terapis yang ahli di bidangnya.

**Tabel 4. Pelaksanaan Jadwal Pemberian Terapi Musik (Subjek 1)**

HARI/SESI	KEGIATAN	WAKTU	DESKRIPSI
Kamis, 23 Maret 2011/1	Perkenalan	20 menit	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peneliti memperkenalkan diri, terapis, dan juga <i>observer</i> yang akan mendampingi subjek</li><li>• Subjek mengisi <i>informed consent</i></li></ul>
Kamis, 23 Maret 2011/2	Relaksasi	15 menit	<ul style="list-style-type: none"><li>• Terapis mengajarkan cara melakukan relaksasi pernapasan perut pada subjek (instruksi terlampir)</li><li>• Terapis menggali perasaan subjek setelah melakukan relaksasi pernapasan perut.</li></ul>
Kamis, 23 Maret 2011/3	Mendengar- kan musik	15 menit	<ul style="list-style-type: none"><li>• Terapis memberikan musik kepada subjek sambil melakukan relaksasi pernafasan perut</li><li>• Terapis menggali perasaan subjek setelah diberikan musik</li></ul>
Jumat, 24 Maret 2011/4	Mendengar- kan musik	15 menit	<ul style="list-style-type: none"><li>• Terapis memimpin kembali proses terapi menggunakan musik</li></ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• subjek melakukan relaksasi pernafasan perut sambil didengarkan musik.</li> </ul>
Jumat, 24 Maret 2011/5	Materi	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapis memberikan materi tentang depresi pascastroke kepada subjek</li> <li>• Terapis mengajak subjek untuk berbagi pengalaman yang dirasakan setelah mengalami stroke.</li> </ul>
Jumat, 24 Maret 2011/6	<i>Sharing</i> dan evaluasi	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapis memancing subjek untuk mengeluarkan yang dirasakan selama ini, baik sebelum terapi maupun setelah terapi.</li> <li>• Tujuan dari <i>sharing</i> dan evaluasi ini adalah agar subjek dapat mengeluarkan semua yang dirasakan setelah mengalami stroke dan mengetahui perbedaannya setelah melakukan terapi.</li> </ul>
28 Maret 2011	<i>Post test</i> dan cek lembar pemantauan harian		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subjek diberikan <i>post test</i></li> <li>• Peneliti memeriksa lembar pemantauan harian</li> </ul>
Sabtu, 9 April 2011	Cek lembar pemantauan harian	60 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peneliti memeriksa lembar pemantauan harian</li> </ul>

Minggu, 17 April 2011	Cek lembar pemantauan harian	60 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa lembar pemantauan harian</li> </ul>
Minggu, 24 April 2011	Cek lembar pemantauan harian	60 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa lembar pemantauan harian</li> </ul>
Minggu, 30 April 2011	<i>Follow up</i>	120 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Follow up</i> setelah 1 bulan</li> </ul>

**Tabel 5. Pelaksanaan Jadwal Pemberian Terapi Musik (Subjek 2)**

<b>HARI/ SESI</b>	<b>KEGIATAN</b>	<b>WAKTU</b>	<b>DESKRIPSI</b>
Sabtu, 25 Maret 2011/1	Perkenalan	20 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peneliti memperkenalkan diri, terapis, dan juga <i>observer</i> yang akan mendampingi subjek</li> <li>• Subjek mengisi <i>informed consent</i></li> </ul>
Sabtu, 25 Maret 2011/2	Relaksasi	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapis mengajarkan cara melakukan relaksasi pernafasan perut pada subjek (instruksi terlampir)</li> <li>• Terapis menggali perasaan subjek setelah melakukan relaksasi pernafasan perut.</li> </ul>
Sabtu, 25 Maret 2011/3	Mendengar- kan musik	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapis memberikan musik kepada subjek sambil melakukan relaksasi</li> </ul>



			<p>pernafasan perut</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapis menggali perasaan subjek setelah diberikan musik</li> </ul>
Minggu, 26 Maret 2011/4	Mendengarkan musik	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapis memimpin kembali proses terapi menggunakan musik</li> <li>• subjek melakukan relaksasi pernafasan perut sambil didengarkan musik.</li> </ul>
Minggu, 26 Maret 2011/5	Materi	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapis memberikan materi tentang depresi pascastroke kepada subjek</li> <li>• Terapis mengajak subjek untuk berbagi pengalaman yang dirasakan setelah mengalami stroke.</li> </ul>
Minggu, 26 Maret 2011/6	<i>Sharing</i> dan evaluasi	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapis memancing subjek untuk mengeluarkan yang dirasakan selama ini, baik sebelum terapi maupun setelah terapi.</li> <li>• Tujuan dari <i>sharing</i> dan evaluasi ini adalah agar subjek dapat mengeluarkan semua yang dirasakan setelah mengalami stroke dan mengetahui perbedaannya setelah melakukan terapi.</li> </ul>
5 April 2011	Cek lembar pemantauan harian	60 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa lembar pemantauan harian</li> </ul>

Sabtu, 9 April 2011	Cek lembar pemantauan harian dan <i>post test</i>	60 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peneliti memeriksa lembar pemantauan harian</li> <li>• <i>Post test</i></li> </ul>
Minggu, 17 April 2011	Cek lembar pemantauan harian	60 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa lembar pemantauan harian</li> </ul>
Sabtu, 23 April 2011	Cek lembar pemantauan harian	60 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa lembar pemantauan harian</li> </ul>
Minggu, 30 April 2011	<i>Follow up</i>	60 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Follow up</i> setelah 1 bulan</li> </ul>

## B. Pelaksanaan Penelitian

Langkah-langkah yang digunakan dalam pelaksanaan penelitian meliputi pelaksanaan pencarian subjek penelitian; pelaksanaan pengambilan data; dan pelaksanaan terapi.

### 1. Pelaksanaan pencarian subjek penelitian

Setelah peneliti mendapatkan izin untuk mengambil data penelitian di RSUP. Dr. Sardjito di Unit Stroke dan Bangsal Dahlia 2 (Bagian Saraf), mulai tanggal 19 Mei 2010 peneliti melakukan survei lokasi dan berusaha mendapatkan data-data dari Unit Stroke, dan melakukan

pendekatan-pendekatan pada pasien yang pasca stroke yang menginap di Bangsal Dahlia 2 (Bagian Saraf) maupun Unit Stroke. Peneliti juga mencari informasi pada perawat maupun dokter yang menangani pasien. Pencarian subjek dilakukan pada tanggal 19 Mei 2010 sampai 3 Juli 2010 di Unit Stroke dan Bangsal Dahlia 2 (Bagian Saraf) RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Pelaksanaan pencarian subjek dilakukan dengan 2 cara, yaitu dengan menunggu pasien yang berkunjung untuk berobat rutin; dan dengan menjemput bola, yaitu dari data status pasien yang diperoleh di Unit Stroke dicatat dan alamat pasien tersebut dicari dan pasien dikunjungi ke rumahnya untuk dilakukan survei data.

2. Pelaksanaan pengambilan data

Pengambilan data dilakukan sebanyak 3 kali, yaitu pada saat sebelum dilakukan perlakuan, pasca perlakuan, dan sebulan pasca perlakuan. Pengambilan data pra perlakuan dilakukan antara 4 Juni 2010 – 19 Maret 2011.

3. Pelaksanaan terapi

Proses terapi dilakukan di rumah subjek, yaitu di Godean dan Seyegan. Pada saat proses terapi, keluarga subjek sangat mendukung proses yang dijalankan oleh terapis dan subjek mengikuti petunjuk yang diberikan oleh terapis. Subjek melakukan dengan baik dan menghayati proses terapi yang dijalani. Terapi dilaksanakan pada tanggal 23 Maret 2011 sampai 24 Maret 2011 pukul 16.00 – 17.00 WIB di Seyegan dan tanggal 26 Maret 2011 pukul 16.00 – 17.00 WIB

sampai 27 Maret 2011 pukul 09.00 – 10.00 WIB di Godean. Waktu yang dipilih adalah waktu yang nyaman untuk subjek dikunjungi dan telah disepakati oleh subjek.

Pada hari pertama dilakukan sebanyak 3 sesi, yaitu pengenalan, materi dan latihan relaksasi teknik pernapasan perut, dan mendengarkan musik. Pada hari kedua dilakukan sebanyak 3 sesi yaitu mendengarkan musik, materi tentang depresi pascastroke, dan evaluasi dari terapi yang dilakukan selama 2 hari. Setelah proses terapi, subjek diberi *post test* untuk mengukur seberapa jauh efek dari terapi musiknya. Selama 1 bulan, subjek diberi tugas rumah untuk mempraktikkan sendiri yang telah diajarkan oleh terapis. Subjek juga diberi lembar pemantauan harian untuk menuliskan yang dirasakan setelah mendengarkan musik. Setiap 1 minggu sekali, peneliti mengecek lembar pemantauan harian. Setelah 1 bulan, subjek diberikan *follow up* untuk melihat kemajuan subjek.

### **C. Data Subjek 1**

#### **1. Identitas Subjek**

Nama	: Sh
Usia	: 41 tahun
Jenis kelamin	: laki-laki
Status	: menikah
Pekerjaan	: satpam
Jumlah anak	: 2 orang

Alamat : Jagalan RT 3/14, Margodadi, Seyegan

Ciri-ciri fisik : kulit sawo matang, rambut pendek, tangan dan kaki mengalami kelemahan akibat stroke (tangan terangkat sampai ke dada, telapak kaki tidak menapak sempurna), berjalan menggunakan *tripod*.

Riwayat medis : memiliki hipertensi keturunan dari ayah.

## 2. Hasil Asesmen

Tanggal	Kegiatan	Tempat	Hasil
22 Juni 2010	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Building rapport</i> dengan subjek dan keluarga subjek</li><li>• Asesmen</li></ul>	Rumah Seyegan	<ul style="list-style-type: none"><li>• Subjek masih berbaring di tempat tidur</li><li>• Keluarga mengizinkan peneliti untuk melakukan intervensi pada subjek</li></ul>
26 Juni 2010	<ul style="list-style-type: none"><li>• Asesmen subjek</li><li>• <i>Informed consent</i></li></ul>	Rumah Seyegan	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beberapa hari tidak bisa tidur</li><li>• Tangan sebelah kiri sudah bisa digerakkan sedikit.</li></ul>
3 Oktober 2010	<ul style="list-style-type: none"><li>• Asesmen</li></ul>	Rumah Seyegan	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sudah bisa jalan dengan <i>tripod</i></li><li>• Merasa marah dengan kondisi tubuh.</li><li>• Bangun tiap malam</li></ul>
12 Desember 2010	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Pre test</i> (BDI)</li><li>• Asesmen</li></ul>	Rumah Seyegan	<ul style="list-style-type: none"><li>• Merasa dihukum oleh Allah</li><li>• Merasa bersalah dengan keluarga terutama istri</li><li>• Kecewa dengan</li></ul>

			keadaannya <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minum obat tidak teratur</li> </ul>
19 Maret 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesmen</li> <li>• Pemberitahuan tentang pelaksanaan terapi musik</li> </ul>	Rumah Seyegan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konfirmasi jadwal intervensi</li> </ul>
23 Maret 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapi musik</li> </ul>	Rumah Seyegan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raut wajah terlihat murung</li> <li>• Subjek masih mengalami kesulitan melakukan teknik pernafasan perut.</li> <li>• Belum merasakan hasil dari terapi musik</li> <li>• Tugas rumah untuk subjek</li> </ul>
24 Maret 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapi Musik</li> </ul>	Rumah Seyegan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluasi tugas rumah</li> <li>• Subjek sudah lebih enak</li> <li>• Pikiran tidak kosong setelah mendengarkan musik</li> <li>• Raut wajah lebih cerah</li> <li>• Subjek tanpa sadar menggerakkan jari kaki saat mendengarkan musik</li> </ul>
28 Maret 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Post test</i></li> <li>• Cek tugas rumah</li> </ul>	Rumah Seyegan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setelah mendengarkan musik, merasa</li> </ul>

			tenang, tidak bosan.
9 April 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cek tugas rumah</li> <li>• Asesmen</li> </ul>	Rumah Seyegan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subjek sariawan selama 3 hari</li> <li>• Merasa kesal dengan istri, bila diajak bicara suka tidak sambung</li> </ul>
17 April 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cek tugas rumah</li> <li>• Asesmen</li> </ul>	Rumah Seyegan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sariawan belum sembuh</li> <li>• Ingin cepat jalan tapi belum bisa karena masih pakai <i>tripod</i></li> <li>• Sering marah dengan diri sendiri</li> </ul>
24 April 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cek tugas rumah</li> <li>• Asesmen</li> </ul>	Rumah Seyegan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emosi sudah stabil</li> <li>• Pikiran terasa tenang, nyaman, dan senang</li> <li>• Selalu mendengarkan musik</li> </ul>
30 April 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Follow up</i></li> <li>• Asesmen</li> </ul>	Rumah Seyegan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subjek sudah bisa menyapu teras rumah, masak mie, sesuai dengan kemampuan subjek.</li> </ul>
7 Mei 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemberian musik tambahan</li> <li>• Asesmen</li> <li>• Evaluasi terapi</li> </ul>	Rumah Seyegan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merasa tenang, senang, dan nyaman.</li> <li>• Emosi sudah stabil, melatih kesabaran, dan bisa melakukan</li> </ul>

			aktivitas sehari-hari sesuai dengan kemampuan.
--	--	--	--

### 3. Hasil Wawancara dan Observasi

#### a. Pertemuan 1

Peneliti melakukan *building rapport* dengan subjek dan keluarga subjek di rumah subjek untuk melihat keadaan subjek setelah keluar dari rumah sakit. Peneliti juga berkenalan dengan seluruh anggota keluarga subjek. Peneliti melakukan observasi di lingkungan subjek. Subjek merasa tangan dan kakinya belum bisa digerakkan. Bibir subjek bagian kanan terlihat sedikit perot ke atas. Subjek masih belum boleh berdiri maupun duduk sampai subjek merasa tidak pusing lagi. Subjek melakukan kegiatan sambil berbaring, karena untuk duduk, subjek masih terasa pusing kepalanya. Subjek tidak mengalami gangguan dalam bicara. Oleh karena itu, subjek bisa diajak bicara sambil berbaring.

Subjek masuk ke RSUP Dr. Sardjito tanggal 14 Juli 2010 di bagian Unit Stroke. Subjek belum menyadari bila terkena serangan stroke. Waktu subuh, subjek merasakan kaki sebelah kiri tidak bisa digerakkan dan bibir subjek terasa perot. Kemudian, subjek istirahat di kamar. Setelah istirahat, kaki subjek sudah bisa digerakkan kembali. Selama 1 hari tersebut subjek hanya istirahat sendirian di rumah, sedangkan istri subjek bekerja sebagai buruh, dan anak-anak subjek sekolah. Pada sore hari, subjek mengalami serangan yang sama, kemudian baru



dibawa ke rumah sakit oleh keluarganya. Subjek dibawa ke rumah sakit tergolong terlambat, yaitu 14 jam setelah serangan. Sesampai di rumah sakit, subjek langsung ditangani oleh dokter di bagian Unit Stroke. Subjek didiagnosis mengalami stroke dengan jenis stroke hemoragik (pendarahan). Saat datang ke rumah sakit, subjek mengeluh karena saat bangun tiba-tiba mengalami kelemahan anggota gerak, suara pelo, mulut perot, hipertensi. Subjek memiliki hipertensi turunan dari ayah subjek. Subjek mengetahui memiliki hipertensi 1 tahun yang lalu, setelah makan daging kambing dan subjek merasa tidak enak badan. Kemudian, subjek pergi ke dokter yang berada di dekat rumah untuk memeriksa tekanan darah subjek. Hasilnya, tekanan darah subjek termasuk tinggi, yaitu 180/100, tetapi subjek tidak mengalami buyar atau kesemutan. Subjek dirawat selama 7 hari di Unit Stroke, dan kemudian melakukan rawat jalan.

b. Pertemuan 2

Peneliti melakukan asesmen pada subjek tentang keadaan subjek. Subjek masih terlihat berbaring di tempat tidur. Tangan dan kaki bagian kiri subjek sudah bisa digerakkan dengan cara digeser-geserkan perlahan-lahan. Subjek mengeluh bahwa beberapa hari ini tidak bisa tidur, karena badannya terasa panas. Subjek berkali-kali mengucapkan ingin cepat sembuh dan tidak mau merepotkan anak dan istrinya.

Subjek keluar dari rumah sakit pada tanggal 21 Juni 2010. Di rumah, subjek belum boleh berdiri atau duduk. Subjek masih diharuskan untuk berbaring dulu, karena saat duduk, subjek masih

merasa buyar, dan pusing. Oleh karena itu, subjek melakukan kegiatan masih di tempat tidur, seperti makan, buang air kecil dan air besar, shalat, dan mandi (hanya dilap menggunakan handuk basah) dengan dibantu oleh istri dan anak-anak subjek.

Peneliti mengajukan permintaan izin untuk memberikan terapi musik pada subjek. Peneliti juga menjelaskan tata cara pelaksanaan terapi musik pada subjek. Setelah subjek menyetujui, peneliti memberikan subjek *informed consent* untuk diisi oleh subjek dengan disaksikan oleh istri subjek.

c. Pertemuan 3

Subjek sudah bisa berjalan, tetapi belum lancar dan harus menggunakan *tripod*. Subjek mulai berjalan 2 minggu yang lalu. Subjek melakukan terapi di rumah dengan bantuan dari teman istri subjek yang menjadi terapis di rumah sakit. Subjek tidak mau terapi di rumah sakit, karena keterbatasan ekonomi. Terapis datang ke rumah subjek tiap 10 hari sekali atau 1 bulan sekali, tergantung dari terapisnya. Subjek pernah menjalani fisioterapi di rumah sakit, tetapi subjek merasa terapi yang diberikan kurang memuaskan, karena bagian tubuh yang mengalami kelemahan hanya dihangatkan saja, sehingga, subjek melakukan terapi sendiri di rumah. Salah seorang teman dari istri subjek menawarkan untuk membantu fisioterapi subjek. Kemudian, subjek menjalani fisioterapi di rumah 1 minggu sekali, kadang-kadang 10 hari sekali dan subjek sudah menjalani fisioterapi sebanyak 20 kali. Hasilnya sudah mulai lumayan maju, subjek sudah

bisa berjalan walaupun menggunakan alat bantu *tripod* untuk menjaga keseimbangan subjek. Tetapi terapis subjek pernah berkata pada subjek bahwa perkembangan subjek termasuk lambat. Hal ini karena subjek telah menjalani 20 kali terapi baru bisa berjalan perlahan-lahan, sehingga membuat subjek sering menyalahkan diri sendiri dengan berkata "*H kamu ini kok goblok gitu aja kok nggak bisa.....*". Di sisi lain, subjek memberikan motivasi untuk dirinya dengan berkata "*H kamu pasti bisa...harus bisa...*"

d. Pertemuan 4

Peneliti melakukan *pretest* terhadap subjek untuk mengukur tingkat depresi yang dialami. Subjek terlihat mengisi skala yang diberikan, bahkan subjek juga mengatakan yang dirasakannya saat ada pernyataan yang menyangkut dirinya.

Tiap malam subjek selalu bangun untuk melakukan shalat malam. Subjek merasa bahwa dirinya sedang dihukum oleh Allah atas perbuatannya di masa lalu. Pikiran ini membuat subjek merasa bersalah karena dulu pernah menelantarkan istri dan anak-anak dengan tidak pulang ke rumah selama 2 hari. Oleh karena itu, subjek merasa sedang dihukum dan harus melaluinya. Saat ini subjek sudah tidak bekerja lagi, sedangkan istri menjadi tulang punggung keluarga. Hal ini membuat subjek merasa sudah membuat istrinya bekerja terlalu berat dan merasa kasihan. Subjek kadang-kadang merasa kecewa dengan keadaannya yang tidak bisa apa-apa lagi. Hal ini membuat subjek menjadi merasa bersalah terhadap istrinya, bahwa seharusnya

yang bekerja untuk keluarga adalah subjek bukan istrinya. Subjek tetap masih berobat rutin ke rumah sakit, namun tergantung dari kondisi keuangan. Bila tidak ada uang, subjek minum obat yang seharusnya 3 kali sehari menjadi 1 atau 2 kali sehari. Subjek merasa telah menghabiskan banyak uang untuk keperluan subjek seperti membeli obat. Oleh karena itu, subjek tidak minum obat sesuai dengan yang dianjurkan oleh dokter. Subjek bahkan juga mengonsumsi obat Cina yang dibeli untuk mengobati sakit kepala subjek, karena subjek merasa obat pusing yang diberikan oleh dokter tidak bisa mengobati sakit kepalanya.

e. Pertemuan 5

Peneliti memberitahukan jadwal untuk melakukan intervensi terhadap subjek. Peneliti menawarkan waktu untuk intervensi kepada subjek, agar subjek dapat memilih waktunya sendiri. Tujuannya adalah agar subjek merasa nyaman dengan pelaksanaan intervensi dan tidak mengganggu kegiatan yang dilakukan.

f. Pertemuan 6

Intervensi dilakukan mulai pukul 16.00 sampai pukul 17.00 WIB di rumah subjek dengan dibantu oleh terapis. Subjek masih mengalami kesulitan melakukan teknik pernafasan perut yang diajarkan. Saat mengambil nafas, subjek menghirupnya masih dengan terburu-buru. Keadaan fisik subjek terlihat tegang, karena masih mengalami kesulitan melakukan teknik pernafasan perut. Subjek melakukannya sambil duduk dan mata terbuka. Tatapan subjek nampak kosong saat

melakukannya. Subjek terlihat sering berkeringat saat udara terasa dingin. Raut wajah subjek terlihat murung saat melakukan intervensi.

Subjek mendengarkan musik menggunakan *speaker box* dengan tingkat suara 9 yang sesuai dengan kenyamanan subjek. Setelah dilakukan intervensi pertama, subjek masih belum merasakan efek dari intervensi tersebut. Setelah terapi pertama selesai, subjek diberi tugas untuk melakukannya sendiri di rumah dengan mendengarkan musik.

g. Pertemuan 7

Subjek mengikuti proses intervensi yang kedua. Terapis mengevaluasi tugas yang diberikan sebelumnya pada subjek untuk mendengarkan musik sendiri. Subjek mengatakan bahwa pagi hari pukul 06.00, subjek mencoba melakukan pernafasan selama 30 menit dan subjek merasa lebih enak perasaannya. Kemudian, pukul 12.00 subjek mencoba lagi selama 10 menit dan pukul 14.00 selama 5 menit. Setelah melakukan latihan, perut subjek terasa tegang, tenggorokan seperti ada yang *ganjel*. Setelah mendengarkan musik, subjek merasa lebih tenang dan pikiran tidak kosong.

Terapis memberikan intervensi lagi dan subjek diminta mempraktikkan sendiri untuk melihat kemajuan yang dicapai oleh subjek. Subjek mendengarkan musik dengan tingkat suara 9. Kali ini subjek merasa lebih santai, walaupun kadang-kadang saat mengambil nafas masih terburu-buru. Berdasarkan hasil observasi, subjek sudah terlihat lebih santai dari sebelumnya, raut wajah terlihat lebih cerah,

lebih gembira dan tenang. Tanpa sadar subjek menggerakkan kaki dan tangan subjek mengikuti alunan musik yang diputar.

Terapis memberikan tugas rumah dan menjelaskannya pada subjek tentang tata caranya. Subjek diharuskan mendengarkan musik selama 1 bulan minimal 1 kali sehari. Setelah itu, subjek mengisi lembar pemantauan diri yang sudah disediakan oleh peneliti dan peneliti akan memantau tugas subjek 1 minggu sekali dalam waktu 1 bulan. Subjek juga diberi *speaker box* untuk mendengarkan musik.

h. Pertemuan 8

Peneliti melakukan *post test* dan pemantauan pada subjek. Selama 3 hari mendengarkan musik, sebelum mendengarkan musik, subjek merasa waktu terasa lama dan agak capek. Setelah mendengarkan musik, subjek merasa waktu begitu cepat, merasa tenang dan tidak bosan. Namun, subjek merasa perutnya terasa *nyengkel* seperti masuk angin, karena belum terbiasa melakukan pernafasan perut.

Berdasarkan hasil item yang diisi subjek, ada beberapa perubahan item yang diisi oleh subjek. Misalnya, saat *pre test*, pada item D subjek memilih nomor 1 (b) *saya tidak menikmati segala sesuatu sama seperti sebelum menderita stroke*. Saat *post test*, subjek memilih nomor 0 *kadang-kadang saya merasa tidak puas pada beberapa hal*.

i. Pertemuan 9

Sudah 3 hari subjek mengalami sariawan di mulut dan membuat subjek ingin marah. Subjek mendengarkan musik dalam 1 hari, lebih

dari sekali. Sebelum mendengarkan musik, subjek merasa tidak ada hiburan di rumah, merasa sepi, dan pikirannya *nglangut* (kemana-mana) karena subjek ditinggal sendirian di rumah. Setelah mendengarkan musik, subjek merasa pikirannya tidak kemana-mana lagi, merasa terhibur. Subjek mendengarkan musik saat anak dan istri subjek tidak berada di rumah, karena subjek merasa kesepian di rumah sendiri.

Di rumah, subjek merasa tidak ada teman untuk mengobrol yang mengerti dengan keadaan subjek. Subjek merasa istrinya bila diajak mengobrol tidak "sambung", karena istri subjek hanya lulusan SD.

j. Pertemuan 10

Subjek masih belum sembuh dari sariawannya. Tanggal 10 April subjek tidak mendengarkan musik karena ingin tenang dengan keadaan yang masih sariawan dan pusing, sehingga waktu yang dirasakan subjek terasa lama. Selama beberapa hari, subjek masih belum merasakan nyaman karena masih sariawan.

Setiap pagi, subjek selalu berjemur di sinar matahari pagi. Sambil berjemur, subjek juga mendengarkan musik. Subjek merasa waktu berjalan terasa sebentar dan nyaman saat berjemur. Subjek berjemur di bawah sinar matahari setiap pukul 07.00 sampai 08.30 WIB.

Subjek merasakan bahwa emosinya masih naik turun, karena subjek ingin cepat mencapai yang diinginkan, tetapi belum berhasil dengan keterbatasan subjek. Subjek selalu ingin segera berjalan-jalan keluar sampai jauh tanpa bantuan *tripod*.

k. Pertemuan 11

Selama melakukan intervensi sendiri, subjek merasa emosinya sudah kembali stabil dari yang sebelumnya yang masih naik turun. Subjek sudah merasa pikirannya tenang, senang dan nyaman. Setiap hari subjek selalu mendengarkan musik, baik sambil berjemur maupun tidur. Berdasarkan hasil observasi, wajah subjek sekarang terlihat lebih cerah dari sebelumnya.

l. Pertemuan 12

Peneliti melakukan *follow up* dan evaluasi pada subjek setelah 1 bulan menjalani intervensi. Subjek sudah bisa melakukan pekerjaan rumah seperti memasak mie instan, dan menyapu teras rumah. Pada saat subjek menyapu teras rumah, subjek menyapu dengan perlahan-lahan menggunakan tangan subjek yang sebelah kanan atau paling kuat. Perlahan-lahan subjek menyapu teras rumah, kemudian subjek juga mengalami kemajuan dengan menyapu ruang tamu. Walaupun subjek melakukan perlahan-lahan, tetapi subjek dapat menyelesaikannya. Sekarang, subjek juga sudah bisa memakai baju kaos. Dulu, subjek selalu memakai pakaian yang berkancing depan.

Setiap malam, subjek selalu bangun pukul 02.00 untuk melakukan shalat tahajud. Setelah itu subjek kadang-kadang bisa tidur, kadang-kadang tidak bisa tidur lagi sampai subuh.

Berdasarkan hasil evaluasi intervensi subjek, setelah melakukan proses terapi ini pikiran subjek terasa tenang, nyaman, menjaga emosi, melatih kesabaran, dan subjek bisa melakukan aktivitas sehari-



hari sesuai dengan kemampuannya. Selama proses terapi, subjek tidak mengalami kesulitan.

#### 4. Analisis Kuantitatif

##### a. *Pre test*

Skor yang diperoleh subjek dari tes BDI adalah 10. Hal ini berarti subjek termasuk dalam tingkat depresi ringan.

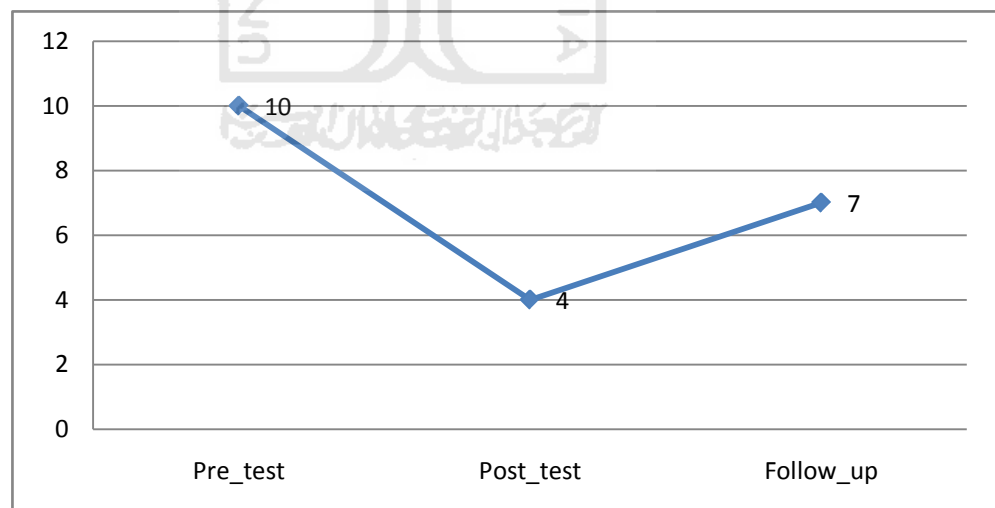
##### b. *Post test*

Skor yang diperoleh subjek adalah 4. Hal ini subjek termasuk dalam tingkat normal.

##### c. *Follow up*

Skor yang diperoleh subjek adalah 7. Subjek termasuk dalam kategori normal.

##### d. Grafik



**Grafik 1. Hasil *Pre Test*, *Post Test*, dan *Follow Up* Subjek Sh**

Berdasarkan hasil yang diperoleh dari *pre test*, *post test*, *follow up*, subjek mengalami penurunan. Dari hasil *pre test*, subjek mendapatkan skor 10 yang berarti subjek masuk dalam kategori

tingkat depresi ringan. Saat *post test*, subjek mendapat skor 4 yang berarti subjek tidak mengalami depresi atau normal. Setelah 1 bulan pelaksanaan terapi dan pemberian pekerjaan rumah pada subjek, dilakukan *follow up*, subjek mendapatkan skor 7. Subjek mengalami kenaikan skor pada *follow up*, tetapi subjek masih masuk dalam kategori normal atau tidak mengalami depresi (Grafik 1).

#### 5. Analisis Individu

Subjek mengalami stroke yang pertama dan subjek juga memiliki hipertensi. Pascastroke, subjek mengalami kecacatan anggota tubuh sebelah kiri, sehingga subjek harus memakai tongkat untuk membantu berjalan dan melakukan kegiatan sehari-hari. Subjek selalu berusaha untuk mandiri dan tidak mau merepotkan orang lain. Misalnya, subjek mengambil makanan sendiri di dapur, mandi sendiri, dan berjalan-jalan di teras rumah sambil berjemur di pagi hari. Selain itu, saat ditinggal oleh keluarganya beraktivitas, subjek tidur dan kadang-kadang duduk sendirian di teras rumah. Lingkungan sekitar rumah subjek hanya beberapa orang saja yang tinggal di rumah, selain itu mereka sedang bekerja di sawah semua. Subjek selalu ingin bekerja kembali, namun tidak bisa dengan kondisi subjek yang saat berjalan masih menggunakan bantuan *tripod*.

Subjek melakukan terapi musik yang dilakukan di rumah yang didampingi oleh terapis. Proses terapi dilakukan selama 2 hari berturut-turut. Subjek diberi *speaker box* dan *flashdisk* yang telah diisi oleh peneliti dengan musik instrumen dan subjek bisa mendengarkan

musik di setiap tempat. Pada hari pertama, subjek masih mengalami kesulitan dalam melakukan teknik pernafasan perut. Subjek mengambil nafas masih seperti dipaksa dan terburu-buru. Saat pelaksanaan terapi, subjek mengikuti prosesnya dengan baik. Subjek mendengarkan dengan seksama petunjuk yang disampaikan oleh terapis, sehingga subjek melaksanakannya dengan baik.

Pada hari kedua, subjek sudah mulai terbiasa mengambil nafas dari perut. Setelah terbiasa melakukan pernafasan perut, subjek terlihat lebih rileks sambil mendengarkan musik. Hal ini terlihat dari subjek yang tertidur sejenak saat di tengah-tengah mendengarkan musik. Hal ini membuktikan subjek nyaman dengan musik yang didengarkan sambil melakukan relaksasi.

Setelah proses terapi, subjek diberi *post test* untuk dilihat tingkat depresinya. Berdasar *post test* tersebut, subjek mengalami penurunan dari tingkat depresi ringan ke normal (tidak mengalami depresi). Kemudian, subjek diberi tugas rumah selama 1 bulan untuk mendengarkan musik dan subjek akan dilihat perkembangannya. Subjek diberi lembar pemantauan harian yang bertujuan untuk melihat perkembangannya dari hari ke hari selama 1 bulan setelah mendengarkan musik. Tiap 1 minggu sekali, subjek dilihat perkembangannya oleh peneliti melalui lembar pemantauan harian. Berdasar hasil lembar pemantauan harian subjek, didapati bahwa subjek merasa lebih nyaman setelah mendengarkan musik, pikiran subjek tidak kemana-mana, subjek merasa bahwa waktu terasa

singkat, karena subjek mendengarkan musik sambil berjemur di sinar matahari pagi. Namun, dalam melakukan pernafasan perut, subjek masih mengalami kesulitan melakukannya. Perut subjek terasa "nyengkel", karena subjek belum terbiasa melakukannya. Subjek sudah bisa mengendalikan emosi yang kadang-kadang timbul karena anak-anak subjek yang tidak patuh dengan perintah subjek. Subjek lebih suka diam dan introspeksi diri.

Setelah 1 bulan, subjek diberi *follow up* untuk mengetahui efek dari musik yang diberikan bersama tugas rumah. Hasil dari *follow up* menunjukkan subjek tidak mengalami depresi lagi (normal). Kondisi saat ini, subjek masih selalu berusaha untuk mandiri, seperti menyapu teras rumah walaupun sebentar, mencoba memasak mie instan, dan lain-lain. Subjek melakukan aktivitas sendiri seperti memakai baju, mandi, dan makan.

Berdasar hasil analisis perubahan-perubahan skor depresi, catatan asesmen pada subjek, dapat dilihat perubahan dari beberapa aspek. Aspek-aspek tersebut adalah:

- a. Aspek emosi, subjek sudah tenang, tidak marah-marah lagi kepada anak bila mendengar suara ribut.
- b. Aspek kognitif, subjek sudah mulai tidak berkecil hati, mau menerima keadaan dirinya, walau subjek kadang-kadang merasa bahwa dirinya sedang dihukum oleh Tuhan.
- c. Aspek motivasi, subjek memiliki semangat untuk hidup, namun ada masalah keuangan yang membuat subjek tidak berobat rutin

ke rumah sakit dan minum obat teratur. Subjek mendapat dorongan dari keluarga.

- d. Aspek fisik dan vegetatif, subjek mengalami kecacatan tubuh bagian kiri, sehingga subjek sering merasa capek setelah berjalan sebentar. Tiap malam subjek selalu bangun, untuk melakukan shalat malam. Setelah itu, kadang-kadang subjek bisa tidur lagi dan kadang-kadang tidak bisa tidur sampai subuh.

#### **D. Data Subjek 2**

##### **1. Identitas Subjek**

Nama : Sm

Usia : 52 tahun

Jenis kelamin : laki-laki

Status : menikah

Pekerjaan : swasta

Jumlah anak : 4 orang

Alamat : Candran RT 10/5, Sidoarum, Godean, Sleman

Ciri-ciri fisik : badan gemuk, perut besar, kulit sawo matang, rambut pendek.

Riwayat medis : memiliki hipertensi, stroke pertama 18 September 2007.



## 2. Waktu dan Tempat Asesmen

Tanggal	Kegiatan	Tempat	Hasil
1 Juni 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Building rapport</i></li> </ul>	Unit Stroke	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subjek memberi izin untuk menjadi subjek peneliti</li> </ul>
4 Juni 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesmen</li> <li>• <i>Inform consent</i></li> <li>• <i>Pre test</i></li> </ul>	Godean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merasa pantas dihukum</li> <li>• Pikiran tentang orang yang terkena stroke akan meninggal</li> </ul>
9 Juni 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesmen dengan istri subjek</li> </ul>	Godean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensi</li> <li>• Kena stroke 2 kali</li> <li>• Subjek suka marah-marah, cemburu pada istri</li> <li>• Melakukan pengobatan alternatif</li> <li>• Pola makan tidak sehat</li> </ul>
26 Juni 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesmen</li> </ul>	Godean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jarang minum air putih</li> <li>• Kakinya sakit, karena obat penghilang rasa sakit sudah habis</li> <li>• Senang dengan makanan yang berlemak</li> <li>• Sulit tidur</li> </ul>
23 Januari 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesmen</li> </ul>	Godean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merasa pusing dan obat hipertensinya</li> </ul>

			<p>habis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bangun di tengah malam dan tidak bisa tidur lagi</li> <li>• Mengeluhkan istri yang memasak terlalu asin</li> <li>• Sering mengonsumsi mie instan dalam 1 minggu</li> </ul>
19 Maret 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesmen</li> <li>• Pemberitahuan pelaksanaan terapi</li> </ul>	Godean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konfirmasi jadwal intervensi</li> <li>• Tidur tidak seranjang dengan istri setelah sakit</li> <li>• Berangkat kerja sendiri dengan angkutan umum</li> </ul>
26 Maret 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi</li> </ul>	Godean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masih kesulitan dalam berkonsentrasi</li> <li>• Memberikan tugas rumah</li> </ul>
27 Maret 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi</li> </ul>	Godean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulai bisa berkonsentrasi, bahkan sempat tertidur</li> <li>• Memberikan tugas rumah selama 1 bulan</li> </ul>
5 April 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesmen</li> <li>• Cek tugas rumah</li> </ul>	Godean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marah-marah sudah mulai berkurang</li> </ul>

9 April 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesmen</li> <li>• Cek tugas rumah</li> <li>• <i>Post test</i></li> </ul>	Godean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesal dengan anak yang minta bayaran untuk mengantar subjek kerja</li> <li>• Olahraga dengan berjalan kaki</li> <li>• Merasa tenang dan bisa tidur</li> </ul>
17 April 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesmen</li> <li>• Cek tugas rumah</li> </ul>	Godean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sering digoda oleh anaknya sampai tertawa dan menangis</li> <li>• Emosi berkurang sejak mendengarkan musik</li> </ul>
23 April 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesmen</li> <li>• Cek tugas rumah</li> </ul>	Godean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder bila berada di antara orang banyak yang belum dikenal</li> <li>• Pernafasan agak lega setelah mendengarkan musik</li> </ul>
30 April 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Follow up</i></li> <li>• Asesmen</li> </ul>	Godean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri dan pusing di kepala berkurang setelah mendengarkan musik</li> <li>• Merasa badan lebih enak setelah mendengarkan musik</li> </ul>



8 Mei 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemberian musik tambahan</li> <li>• Asesmen</li> <li>• Evaluasi terapi</li> </ul>	Godean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wajah subjek lebih cerah dari sebelumnya</li> <li>• Tekanan darah menjadi normal</li> </ul>
------------	--	--------	--

### 3. Hasil Wawancara dan Observasi

#### a. Pertemuan 1

Peneliti melakukan *building rapport* pada subjek di ruang tunggu Unit Stroke. Subjek sedang menunggu istri subjek yang sedang membeli obat di ruang tunggu. Peneliti meminta izin untuk melakukan penelitian pada subjek dan subjek menyetujuinya.

#### b. Pertemuan 2

Peneliti melakukan asesmen di rumah subjek. Subjek terlihat sedang duduk menonton televisi di ruang depan rumah yang disekat dengan anyaman bambu. Di ruangan yang lantainya terbuat dari tanah, terdapat tempat tidur subjek, kursi kayu, televisi, meja kecil, kipas angin, tempat tidur untuk tempat pakaian kering, gelas bekas minum teh yang masih ada sedikit sisanya.

Subjek mengisi lembar *informed consent*, yang sebelumnya subjek menyetujui peneliti melakukan penelitian terhadap subjek. Kemudian, peneliti melakukan *pre test* pada subjek. Ada beberapa item yang mendapat tanggapan dari subjek. Pada item B, subjek tiba-tiba tertawa kemudian menangis. Dari item F, subjek mengatakan bahwa subjek kadang-kadang meninggalkan kewajibannya saat kerja seperti ibadah dan sedekah, sehingga subjek merasa pantas dihukum. Pada

item O, subjek merasa bahwa orang yang kena stroke pasti akan mati. Subjek sering memberi reaksi yang tiba-tiba tertawa, kemudian menangis setelah mengalami stroke.

c. Pertemuan 3

Peneliti melakukan wawancara dengan istri subjek yang sedang berada di rumah, sedangkan subjek sedang bekerja. Menurut istri subjek, subjek memiliki hipertensi yang tekanan darahnya sampai 230 saat terkena stroke. Subjek mengalami 2 kali stroke. Stroke pertama yaitu bulan September 2007, karena penyempitan. Stroke kedua terjadi pada Mei 2010.

Menurut istri subjek, setelah subjek terkena serangan stroke, subjek lebih suka marah-marah daripada sebelumnya. Bahasa yang didengar kurang jelas, karena subjek bicaranya kadang-kadang terdengar *celat*. Selain pengobatan medis dari rumah sakit, subjek juga melakukan pengobatan alternatif seperti menggunakan ramuan-ramuan tradisional untuk diminum, pijat saraf, dan pijat refleksi. Subjek sering cemburu bila istri subjek berjalan dengan pria walaupun dengan anak lelaki subjek.

Subjek masih suka makan makanan yang berlemak. Subjek sering makan iso babat, masakan Padang, mie instan, sate kambing, dan soto daging. Menurut istri subjek, bila masakan di rumah tidak enak, subjek membeli makan di luar. Misalnya, istri subjek pernah masak oseng-oseng, subjek tidak suka dengan masakannya, dan akhirnya subjek membeli makan di luar. Subjek sudah pernah periksa ke

puskesmas dan rumah sakit. Hasil yang diperoleh adalah tekanan darah subjek tergolong sangat tinggi dan disuruh menginap di rumah sakit, tetapi subjek tidak mau.

d. Pertemuan 4

Saat peneliti ke rumah subjek, subjek baru pulang dari kerja. Subjek terlihat datang dengan diantar oleh ojek. Menurut subjek, sudah 2 hari ini tidak bisa tidur karena merasa kepanasan dan kipas anginnya rusak. Dilihat dari tempat tidur subjek, terlihat beberapa gelas bekas teh di meja, botol teh kosong, dan 1 gelas isi teh. Dalam 1 hari, subjek jarang minum air putih, lebih banyak minum teh manis.

Subjek sempat mengeluhkan kakinya yang sakit dan obat yang digunakan untuk menghilangkan rasa sakit telah habis. Subjek jarang makan di rumah, sehingga makanan yang dikonsumsi kebanyakan mengandung lemak seperti nasi Padang, sate kambing, soto babat, dan mie instan.

e. Pertemuan 5

Subjek hari ini merasa pusing, karena obat hipertensinya sudah habis dan belum ke dokter lagi. Subjek tidak mengalami gangguan tidur. Setelah Isya, subjek tidur dan kadang-kadang bangun di tengah malam dan tidak bisa tidur sampai pagi. Subjek sering marah kepada istrinya bila disinggung tentang subjek yang suka makan di luar rumah dan jarang makan di rumah.

Menurut subjek, istrinya selalu masak tumis dan rasanya asin. Subjek tidak mengalami masalah dengan makan, tetapi subjek lebih

sering makan di luar rumah seperti soto daging, nasi Padang, dan lain-lain. Kadang-kadang subjek masak mie instan sendiri dan sekali masak 2 bungkus mie dalam sehari. Aktivitas subjek di rumah selalu tidur dan nonton televisi bila tidak ada pekerjaan.

f. Pertemuan 6

Peneliti memberitahukan jadwal untuk melakukan terapi musik pada subjek. Peneliti memberikan pilihan waktu pada subjek dan subjek menyesuaikan dengan kegiatan sehari-hari.

Beberapa hari ini, subjek merasakan panas di kaki sebelah kanan. Obat untuk menghilangkan rasa sakit di kaki subjek telah habis dan subjek belum membeli lagi. Subjek dan istrinya tidak tidur bersama lagi sejak subjek sakit. Subjek dan istri tidur di luar dengan tempat tidur yang berbeda. Kamar yang berada di dalam rumah digunakan untuk tidur anak-anak subjek.

Setiap hari subjek selalu minum teh manis dan air putih hanya 1 kali dalam 1 hari. Namun, kadar gula dalam darah subjek tidak ada masalah. Tiap pagi pukul 05.00, subjek berangkat kerja dengan berjalan kaki menuju tempat angkutan. Subjek tidak mau diantar oleh anaknya, dengan alasan tidak mau merepotkan.

g. Pertemuan 7

Terapi dilakukan pada pukul 16.30 di rumah subjek. Terapi dilakukan selama 1 jam dengan pertimbangan kondisi subjek yang mudah lelah. Saat melakukan proses latihan teknik pernafasan perut, subjek masih mengalami sedikit kesulitan dalam mengambil nafas.

Saat mengambil nafas panjang, subjek merasa tersengal-sengal. Hal ini dikarenakan adanya penimbunan lemak di bagian perut subjek yang membuat sulit bernafas panjang.

Kontak mata subjek kadang-kadang beralih ke luar ruang tamu dan tertuju pada televisi yang berada di luar ruangan. Raut wajah subjek terlihat murung, tetapi kadang-kadang tertawa sendiri saat melihat istri subjek yang datang ke ruang tamu. Subjek mendengarkan musik dengan tingkat suara berada di level 10 sesuai dengan kenyamanan telinga subjek. Kondisi sekitar rumah subjek ramai karena banyak kendaraan yang lewat depan rumah subjek. Kadang-kadang suaranya sedikit mengganggu suara musik.

#### h. Pertemuan 8

Terapi dilakukan pada pukul 09.45 di rumah subjek. Tingkat suara musik berada pada level 9 sesuai dengan kenyamanan subjek. Kondisi rumah subjek kondusif untuk melakukan terapi daripada sebelumnya. Subjek mulai terbiasa dengan teknik pernafasan perut, walaupun masih mengalami sedikit kesulitan mengambil nafas panjang. Subjek melakukan teknik pernafasan perut dengan perlahan-lahan. Kadang-kadang subjek masih terlihat menggunakan pernafasan dada.

Saat mendengarkan musik, kadang-kadang subjek terlihat tertidur. Saat tertidur, irama nafas subjek terlihat tenang dan mengikuti alunan suara musik. Subjek tertidur kurang lebih 3 menit, dan subjek sadar saat subjek menggaruk bagian kepala. Setelah sesi terapi selesai, terapis mengevaluasi hasil dari terapi yang dilakukan

pada subjek. Dari hasil yang diperoleh, subjek merasa masih sulit untuk melakukan teknik pernafasan perut.

Setelah melakukan terapi musik, subjek diberi pekerjaan rumah untuk mendengarkan musik selama 1 bulan dan mengisi lembar pemantauan harian. Subjek diberi penjelasan oleh terapis tentang cara pengisian lembar pemantauan harian dan yang harus dilakukan selama 1 bulan. Subjek akan dipantau perkembangannya oleh peneliti tiap 1 minggu sekali.

i. Pertemuan 9

Peneliti melakukan pemantauan pada subjek di rumah dengan melihat lembar pemantauan harian yang diisi oleh subjek. Berdasar hasil lembar pemantauan harian, selama 5 hari setelah terapi, subjek masih belum mengalami perubahan setelah mendengarkan musik. Subjek masih merasa emosinya, menangis dan tertawa yang tiba-tiba, belum bisa dikendalikan. Subjek tidak mendengarkan musik selama 2 hari, yaitu tanggal 3 April (subjek merasa lupa) dan 4 April (subjek berobat ke RS. Dr. Sardjito).

Menurut istri subjek, subjek sudah tidak marah-marah seperti dulu lagi, sudah lumayan berkurang. Menurut subjek sendiri, emosi subjek sudah berkurang setelah mendengarkan musik berkali-kali, tetapi untuk masalah menangis belum ada perubahan.

j. Pertemuan 10

Peneliti melakukan *post test* pada subjek setelah melakukan terapi. Subjek langsung mengisi angket BDI setelah peneliti

menjelaskan petunjuknya. Setelah mengalami stroke, subjek masih tetap berangkat kerja sendiri. Subjek tidak mau merepotkan anak-anak subjek untuk mengantar subjek bekerja. Menurut subjek, anak-anak subjek mengalami perubahan sikap pada subjek. Setiap subjek minta tolong untuk mengantarkan ke tempat menunggu angkutan, anak lelaki subjek meminta bayaran pada subjek. Bila tidak memberi bayaran, subjek tidak akan diantar. Sekarang, subjek lebih suka berjalan kaki menuju tempat berhenti angkutan, sekaligus untuk olahraga tiap pagi. Subjek merasa kecewa dengan sikap anak lelakinya.

Subjek bekerja sebagai sopir truk di Kantor Bagian Purbakala Prambanan. Namun, sekarang subjek tidak lagi sebagai sopir truk sejak mengalami stroke. Saat ini subjek bekerja sebagai pesuruh di kantor. Tempat kerja subjek berdekatan dengan tempat kerja anak subjek bahkan dilewati oleh anak subjek. Tempat kerja anak subjek berada di Prambanan, sedangkan tempat kerja subjek berada di Bogem, tetapi subjek tetap tidak mau diantar oleh anaknya. Subjek lebih memilih berangkat sendiri daripada diantar anaknya dengan membayar.

Sejak terkena stroke, subjek tidak pernah olahraga, tetapi diganti dengan berjalan dari rumah menuju tempat angkutan. Sebelum sakit, subjek rutin ikut bulutangkis 1–2 kali seminggu. Sekarang, subjek sudah tidak kuat lagi dan mudah lelah bila bermain bulutangkis.

Subjek berjalan dari rumah menuju tempat angkutan berjarak kurang lebih 500 meter.

Setelah mendengarkan musik selama 2 minggu, subjek merasa lebih tenang dan bisa tidur. Sebelumnya, subjek merasa pikirannya tidak tenang dan sulit tidur. Ada 2 hari subjek tidak mendengarkan musik, yaitu tanggal 8 April (subjek melayat ke tetangga) dan 9 April (subjek lupa).

k. Pertemuan 11

Peneliti memantau perkembangan subjek di rumah dengan melihat lembar pemantauan harian dan wawancara. Setelah beberapa minggu, subjek mengalami kemajuan yang bagus, walaupun kadang-kadang subjek lupa tidak mendengarkan musik. Peneliti sudah meminta istri subjek untuk selalu mengingatkan bila subjek tidak mendengarkan musik.

Perkembangan yang didapatkan oleh subjek setelah mendengarkan musik adalah dari pikiran yang tidak tenang menjadi lebih tenang. Subjek juga sempat tidak bisa tidur saat malam, kemudian subjek mendengarkan musik yang diberikan oleh peneliti dan langsung tertidur dalam keadaan *speaker box* masih hidup.

Saat peneliti berkunjung ke rumah subjek, rumah subjek sedang direnovasi, sehingga keadaan rumah subjek banyak pasir, dan semen. Rumah subjek terlihat ramai, karena istri dan anak-anak subjek berada di rumah. Peneliti sempat mewawancarai menantu subjek. Menantu subjek memberi tahu bahwa subjek sulit untuk diberitahu



soal makanan. Subjek jarang makan di rumah. Bila masakan istri subjek tidak enak, subjek pergi untuk makan di luar, seperti nasi padang, soto daging, dan sate kambing. Subjek juga suka tiba-tiba tertawa, kemudian menangis setelah tertawa.

Subjek sendiri kadang-kadang merasa kesal dengan anak lelaki bungsu subjek. Anak subjek suka menggoda subjek, yang dapat membuat subjek tertawa terus menerus sampai menangis. Hal tersebut membuat subjek kadang-kadang suka marah. Menurut subjek, emosinya sudah berkurang sejak mendengarkan musik, walaupun untuk yang tertawa belum bisa berhenti.

#### I. Pertemuan 12

Saat peneliti berkunjung, subjek terlihat sedang menonton televisi. Subjek juga terlihat merokok 1 batang. Subjek kadang-kadang merokok, tetapi tidak menentu batang rokok yang dihabiskan. Menurut subjek, 1 bungkus rokok bisa sampai 1 minggu atau lebih. Saat istri subjek sedang mengantarkan minuman ke ruang tamu, subjek tiba-tiba tertawa sendiri, sedangkan istri subjek hanya diam saja.

Subjek merasa emosi bila ada gangguan dari keluarga. Misalnya, istri subjek yang bila disuruh tidak melakukan dengan cepat, maka subjek akan marah, juga anak subjek yang selalu minta uang ke subjek. Setelah mengalami stroke, subjek kadang-kadang merasa minder bila berkumpul dengan orang banyak. Misalnya, saat subjek menghadiri acara pernikahan keluarga, subjek merasa bahwa melihat

orang-orang yang datang tersebut menyeramkan. Subjek merasa bahwa orang-orang yang datang menganggap subjek yang terkena stroke akan cepat meninggal. Tetapi saat subjek berkumpul dengan teman-teman subjek, subjek tidak merasa minder karena teman-temannya telah mengenal dan mengerti keadaan subjek. Subjek hanya merasa minder bila berada di antara orang-orang tidak dikenal dan subjek lebih suka menyendiri.

Berdasar hasil lembar pemantauan diri, subjek sudah mendengarkan musik setiap hari. Saat subjek sedang mengalami sedikit sesak nafas, subjek mempraktikkan teknik pernafasan perut dan mendengarkan musik. Setelah mempraktikkan, subjek merasa agak lega pernafasannya. Pikiran subjek juga sudah bisa tenang dari sebelumnya. Subjek sering mendengarkan musik saat pikiran tidak tenang dan kadang-kadang sampai tertidur.

m. Pertemuan 13

Beberapa hari subjek mengalami nyeri dan pusing di kepala saat siang dan malam hari. Setelah mendengarkan musik, subjek merasa kepalanya yang nyeri dan pusing sudah mulai berkurang. Bahkan, badan subjek yang terasa panas juga berkurang setelah mendengarkan musik.

Peneliti memberikan angket BDI pada subjek dengan tujuan untuk *follow up* depresi yang diderita oleh subjek sudah berkurang atau belum setelah 1 bulan mendengarkan musik. Hasil yang diperoleh dari *follow up* adalah skor subjek 17. Skor ini termasuk dalam kategori

depresi tingkat sedang. Hal ini berarti subjek sudah mengalami penurunan dari depresi berat ke depresi sedang. Saat ini subjek merasakan badannya lumayan enak, tetapi hanya perutnya masih terasa sesak saat melakukan teknik pernafasan perut.

n. Pertemuan 14

Subjek terlihat sangat gembira saat peneliti datang ke rumah subjek. Wajah subjek tidak terlihat murung lagi dan lebih cerah dari sebelumnya. Kebetulan kakak subjek yang tinggal di Klaten berkunjung ke rumah subjek bersama cucu dan anaknya. Subjek memberitahu peneliti bahwa tekanan darahnya sekarang normal, yaitu 120/80. Sebelumnya, tekanan darah subjek belum pernah dalam kategori normal, selalu berada kategori tinggi.

Peneliti memberikan *speaker box* pada subjek untuk menjadi milik subjek. Peneliti juga menambahkan beberapa lagu kesukaan subjek ke dalam *flash disk* seperti campursari, dangdut, dan keroncong.

4. Analisis Kuantitatif

a. *Pre test*

Hasil dari skala BDI subjek adalah 34. Menurut kategori dari Bumberry, dkk. (Dewi, 2006), subjek masuk dalam kategori tingkat depresi berat.

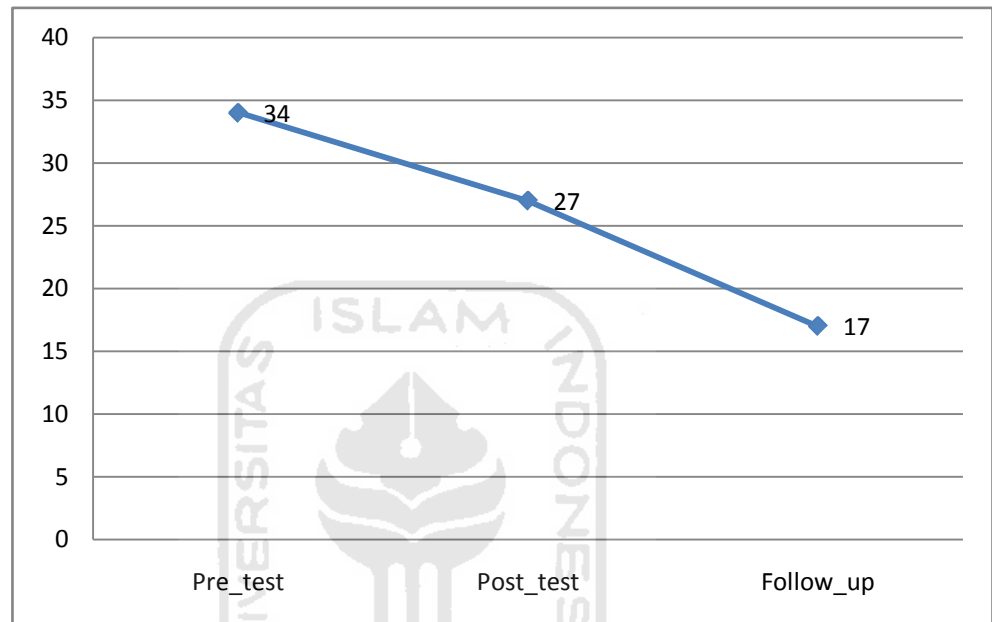
b. *Post test*

Hasil dari skala BDI subjek adalah 27. Subjek termasuk dalam kategori tingkat depresi berat.

c. *Follow up*

Hasil dari skala BDI subjek adalah 17. Subjek termasuk dalam kategori tingkat depresi sedang.

d. Grafik



**Grafik 2. Hasil *Pre test*, *Post test*, dan *Follow Up* Subjek Sm**

Setelah melakukan *pre test*, subjek mendapat skor 34 yang berarti subjek mengalami depresi berat. Hal ini terlihat dari wajah dan postur tubuh subjek. Wajah subjek terlihat sedikit murung dan dari akibat strokenya tersebut, subjek sering tertawa dan tiba-tiba menangis. Hal ini karena pengaruh dari saraf yang terkena dampak dari stroke itu sendiri. Setelah terapi, subjek mengisi *post test* dan mendapat skor 27. Subjek mengalami penurunan hasil skor BDI, tetapi masih dalam kriteria depresi berat. Setelah 1 bulan dilakukan terapi, subjek diberi *follow up* untuk mengetahui kemajuan dari subjek. Skor yang diperoleh subjek adalah 17 yang berarti subjek masuk dalam kriteria depresi sedang.

Tingkat depresi subjek mengalami penurunan walau belum sampai ke tingkat normal. Namun demikian, subjek mengalami kemajuan yang lumayan bagus (Grafik 2).

#### 5. Analisis Individu

Subjek mengikuti proses intervensi secara baik dan serius. Namun, ada kalanya subjek menjadi rileks saat mendengarkan musik. Proses terapi dilakukan selama 2 hari berturut-turut dengan waktu disesuaikan dengan subjek. Terapi dilakukan saat subjek sedang santai di rumah dan tidak mengganggu kegiatan yang dilakukan di rumah. Hari pertama, subjek menjalani terapi musik di sore hari. Subjek mengikuti petunjuk dari terapis dengan baik. Subjek mengalami kesulitan saat melakukan teknik pernafasan perut, karena perut subjek yang besar. Subjek memberitahukan kepada terapis, bila subjek mengalami kesulitan dalam bernafas dengan perut. Terapis mengajak subjek bernafas perlahan-lahan.

Pada hari kedua, subjek melakukan secara perlahan-lahan bernafas dengan perut. Subjek kadang-kadang terlihat tertidur saat mendengarkan musik yang didengarkan. Saat tertidur, subjek terlihat terasa nyaman saat bernafas dengan perut. Berdasarkan pengamatan *observer*, wajah subjek terlihat murung dengan tatapan mata yang kosong.

Setelah terapi yang dipandu oleh terapis, subjek diberi tugas rumah untuk mempraktikkan sendiri. Subjek diberi *speaker box* dan *flashdisk* yang bisa dibawa ke setiap tempat. Selain itu, subjek juga diberi

lembar pemantauan harian. Hal ini bertujuan untuk melihat subjek melakukan sesuai dengan yang diperintahkan oleh peneliti atau tidak. Lembar pemantauan harian diisi setelah subjek mendengarkan musik. Peneliti akan melihat lembar pemantauan harian subjek selama 1 minggu sekali selama 1 bulan.

Berdasar lembar pemantauan harian subjek dan wawancara dengan subjek, setelah mendengarkan musik, subjek merasa pikiran subjek menjadi tenang, nyaman, emosi mulai berkurang walaupun menangis belum bisa berkurang, bahkan subjek tertidur saat mendengarkan musik. Setelah 1 bulan subjek melakukan tugas rumah, subjek diberi *follow up*. Hasil skor yang diperoleh subjek, yaitu 17, masuk dalam kategori depresi sedang. Dalam kegiatan sehari-hari, subjek bisa melakukannya sendiri.

Berdasar hasil *follow up*, subjek mengalami penurunan tingkat depresi dari berat ke sedang. Menurut istri subjek, subjek sudah jarang marah, tetapi subjek masih tiba-tiba tertawa. Subjek memang belum bisa mengendalikan tertawa, karena tertawa ini timbul setelah mengalami stroke.

Berdasar hasil analisis perubahan-perubahan skor depresi, catatan asesmen pada subjek, dapat dilihat perubahan dari beberapa aspek. Aspek-aspek tersebut adalah:

- a. Aspek emosi, subjek mulai merasa tenang, marah mulai berkurang, tertawa kemudian menangis masih ada.

- b. Aspek kognitif, subjek sudah mulai tidak berkecil hati, mau menerima keadaan dirinya, subjek masih merasa takut untuk menghadapi masa depan dan merasa minder bila berkumpul dengan teman-teman yang tidak dikenalnya.
- c. Aspek motivasi, subjek memiliki semangat untuk hidup, kurangnya dukungan dari keluarga subjek.
- d. Aspek fisik dan vegetatif, subjek tidak mengalami perubahan pola makan dari sebelum terkena stroke, masih sering bangun tengah malam dan sulit tidur kembali, mudah lelah, dan kurang berminat dengan seks.

#### **E. Pembahasan**

Berdasarkan hasil intervensi, terapi musik efektif menurunkan tingkat depresi setelah 1 bulan pelaksanaan. Tingkat depresi pada kedua subjek berbeda, yaitu depresi ringan dan depresi berat. Subjek Sh mengalami penurunan dari tingkat depresi ringan ke normal, sedangkan Sm dari tingkat depresi berat ke depresi sedang. Kondisi kedua subjek mengalami perbedaan, yaitu bagian tubuh sebelah kiri subjek Sh mengalami kecacatan dan Sm mengalami *celat* saat bicara juga adanya kondisi Sm yang tertawa kemudian menangis. *Stroke* merupakan sindrom gangguan otak yang bersifat vokal akibat adanya gangguan sirkulasi darah di otak. Gangguan klinis stroke tidak saja berupa gangguan sistem saraf seperti lumpuh sebagian atau seluruh badan, mulut yang tidak simetris atau kelumpuhan otot mata sehingga sulit untuk dibuka, tetapi juga menimbulkan gangguan fungsi berpikir, tingkah laku, dan emosi

(Lubis, 2009). Setelah serangan stroke terjadi, biasanya penderita akan mengalami berbagai gangguan, dan gangguan tersebut akan berpengaruh pada kondisi kesehatan penderita secara keseluruhan, baik fisik maupun mental, seperti ketegangan emosional, individu menjadi lebih mudah tergugah emosinya serta mudah sekali berada dalam keadaan cemas dan stres.

Pascastroke, Sm menjadi suka marah-marah kepada anak dan istrinya. Kadang-kadang, Sm marah dan cemburu bila melihat istrinya berboncengan dengan anak lelakinya. Sebelum terkena stroke, subjek memang sudah suka marah, tetapi menurut istri Sm, Sm menjadi lebih suka marah-marah setelah terkena stroke. Subjek Sh, akan marah bila mendengar suara ribut, seperti anak-anak Sh yang ribut bila melihat televisi. Kebutuhan dan perubahan psikologis pasien stroke berbeda satu dengan yang lain, tergantung area otak yang terkena. Defisit psikologis pasien pasca stroke meliputi: emosi yang labil. Hilangnya kontrol diri, dan menurunnya toleransi terhadap stres. Emosi yang tidak stabil menyebabkan respon yang tidak sesuai, misalnya, karena hal kecil pasien dapat menangis atau tertawa yang tidak dapat dikontrol oleh pasien itu sendiri (Rasyid, dkk., 2007).

Stroke membawa perubahan di dalam kehidupan dan diri sendiri. Hal ini berakibat pada perubahan penerimaan individu yang tercermin dalam perilakunya. Perilaku penolakan pada kondisi diri yang biasanya muncul akibat serangan stroke, misalnya malu bertemu dengan orang lain, tidak mau menjalani perawatan atau saran dari dokter, tidak



percaya diri, menyalahkan diri sendiri, mudah marah, mudah bersedih, dan mudah tersinggung (Lubis, 2009).

Setelah Sm terkena serangan stroke, Sm merasa minder bila berkumpul dengan banyak orang seperti acara resepsi. Sm merasa bahwa dirinya memiliki penyakit yang membuat orang cepat meninggal, sedangkan, dengan rekan-rekan kerjanya, Sm merasa tidak ada masalah, karena rekan-rekan kerja Sm sudah mengetahui dan mengerti keadaan yang dialami oleh Sm. Sh lebih suka bila berbincang-bincang dengan teman atau tetangga dekat rumah, karena Sh ingin ada yang bisa diajak berbagi pengalaman atau cerita. Menurut Sh, berbincang-bincang dengan orang lain bisa menambah wawasan yang baru.

Pascastroke, Sm dan Sh menjalani berobat jalan dan melakukan fisioterapi. Pada awalnya, Sh menjalani fisioterapi di rumah sakit, tetapi Sh merasa tidak ada kemajuan dari fisioterapi yang dijalani. Menurut Sh, fisioterapi yang dijalani di rumah sakit hanya dengan melakukan pemanasan pada beberapa bagian dari tubuh. Kemudian, Sh melakukan fisioterapi di rumah dengan dibantu oleh tetangga Sh yang seorang terapis di Rumah Sakit Panti Rapih. Selain mengonsumsi obat dari dokter, Sh juga mengonsumsi obat Cina yang dibeli tanpa resep dokter. Sh mengonsumsi obat Cina untuk menghilangkan rasa sakit kepala. Sm juga melakukan pengobatan alternatif, yaitu dengan melakukan pijat refleksi. Sm selalu mencoba beberapa pengobatan alternatif untuk mengobati stroke. Kadang-kadang Sm mengeluhkan rasa pegal di kaki, dan Sm pergi ke tempat pengobatan alternatif.

WHO (dalam Feigin, 2007) menjelaskan bahwa obat tradisional merupakan praktik kesehatan, pendekatan-pendekatan, pengetahuan dan keyakinan dalam menggabungkan tanaman, hewan dan obat-obatan yang mengandung mineral, terapi spiritual, teknik-teknik manual dan latihan-latihan yang diterapkan secara tunggal/sendiri, maupun mengkombinasikan untuk mendiagnosis dan mencegah penyakit, atau menjaga kesejahteraan.

Berdasar hasil analisis perubahan-perubahan skor depresi, catatan observasi dan wawancara pada subjek, dapat dilihat dari beberapa aspek. Aspek-aspek tersebut adalah:

a) Aspek emosi

Berdasarkan hasil wawancara, keadaan marah Sm dan Sh sudah mulai berkurang, tetapi bila ada yang membuat marah, maka subjek akan marah. Sh sudah lebih tenang, tidak marah-marah lagi kepada anaknya bila mendengar suara ribut, sedangkan pada Sm, emosi yang belum bisa dikendalikan adalah tertawa yang tiba-tiba dan kadang-kadang sampai menangis. Sm tertawa bila melihat istri dan anak laki-laki Sm yang bungsu. Menurut istri Sm, sebelum stroke Sm suka marah, tetapi pasca stroke menjadi lebih marah. Sm marah bila istri tidak segera melakukan yang diminta oleh subjek.

Pada kasus yang ringan, individu cenderung akan menyalahkan dan mengkritik dirinya sendiri ketika dia sedikit jatuh dari kekakuannya dan memiliki standar yang sempurna. Jika orang lain melihatnya kurang memberikan respon atau dia lambat dalam

memecahkan masalah, dia akan mencaci maki karena merasa lemah atau bodoh. Dia akan menolak banyak kekurangan pada dirinya dan tidak dapat menerima ide bahwa manusia bisa terpuruk (Beck, 1967).

b) Aspek kognitif

Sm sempat merasa bahwa orang yang terkena stroke pasti akan mati. Saat Sm berada di tempat keramaian seperti pada acara resepsi teman Sm, Sm merasa minder dengan keadaannya. Sm berpikiran bahwa ia adalah orang yang sakit, dan orang-orang tersebut adalah orang sehat. Sm juga memiliki pikiran bahwa orang yang terkena stroke pasti akan meninggal, sedangkan Sh sudah mulai tidak berkecil hati, mau menerima keadaan dirinya, walaupun kadang-kadang masih merasa bahwa dirinya sedang dihukum oleh Tuhan.

Menurut Leventhal, dkk. (dalam Smet, 1994), manusia menggunakan kognitif untuk membentuk gambaran kognitif dari kesakitan. Gambaran kognitif dari kesakitan dalam hal ini melibatkan ciri sebagai berikut: (1) identitas yang terdiri dari pola gejala dan label kesakitan, (2) penyebab yang dirasakan, (3) gambaran mengenai lamanya kesakitan tersebut, (4) gambaran mengenai penyembuhan dan pengobatan.

Beck menjelaskan bahwa pasien depresi memiliki 3 pandangan negatif, yaitu terhadap dunia, diri sendiri, dan masa depannya. Pandangan ini mendistorsi persepsi pasien terhadap realitas dan menyebabkan depresi. Penyimpangan kognisi membentuk yang disebut dengan *negative triad* yaitu pandangan yang sangat negatif

tentang diri sendiri, dunia, dan masa depan. Reaksi emosional dianggap sebagai suatu fungsi dari seseorang atau individu menginterpretasi dunianya. Interpretasi individu yang depresi tidak sama dengan cara sebagian besar orang memandang dunia (Davison, dkk., 2006).

Individu yang terserang stroke seringkali merasa tidak percaya dan tidak dapat menerima kenyataan. Hal ini dapat dipahami karena pada saat seseorang dihadapkan pada penyakit yang menakutkan seperti stroke beserta gangguan yang diakibatkannya, individu beranggapan bahwa mungkin seumur hidup akan menderita sakit. Kondisi kesehatan yang buruk ataupun penyakit merupakan sesuatu yang dapat menekan atau mengancam individu (Holmes & Rahe, 1967 dalam Taylor 1995).

#### c) Aspek motivasi

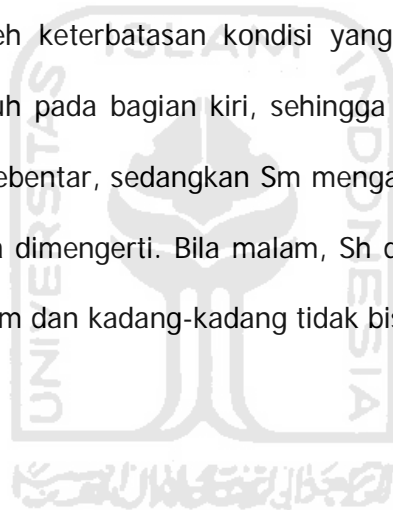
Saat melakukan terapi, Sm terlihat biasa saja dalam menjalaninya. Namun, Sm kadang-kadang terlihat tertidur saat melakukan terapi. Pascastroke ini, Sm kurang mendapat dukungan dari keluarga yang membuat Sm berusaha sendiri. Sm sering mendapat dukungan dari atasannya yang menyuruh tetap bekerja dan tidak bekerja terlalu berat. Atasan Sm memberikan kelonggaran waktu pada Sm, sehingga Sm dapat bekerja dengan baik.

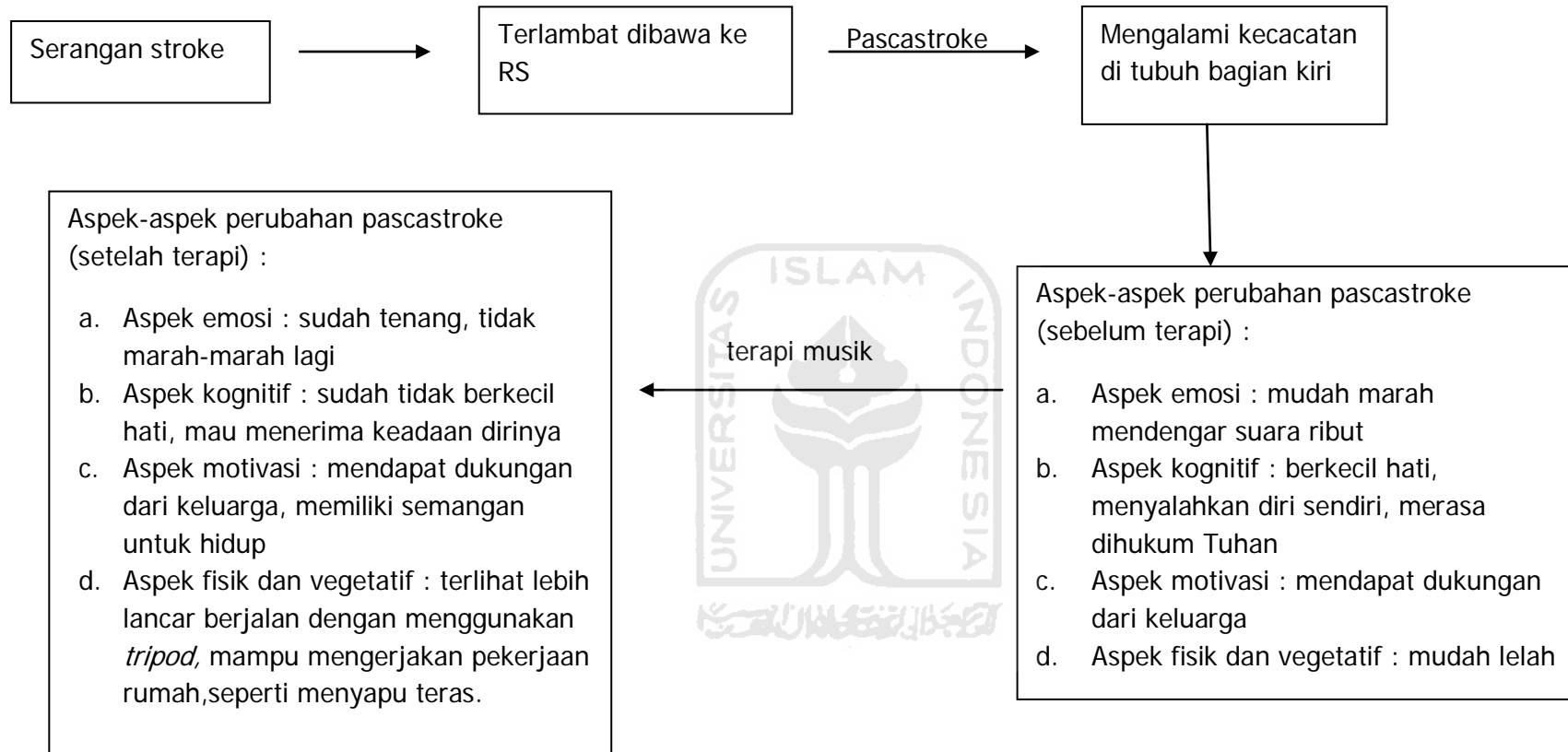
Sh selalu mendapat dukungan penuh dari keluarga. Keluarga selalu memperhatikan keadaan Sh, seperti saat Sh sendirian di rumah, ibu Sh yang tinggal berdekatan dengan rumah Sh sering

mengantarkan makanan untuk Sh sambil melihat keadaan Sh. Menurut Hartanti (2001), penurunan tingkat depresi pasca stroke juga dipengaruhi oleh tingkat depresi penderita pasca stroke, selain perlakuan yang diberikan, juga dipengaruhi oleh usia, keturunan, lingkungan, pergaulan dan harapan yang berkaitan dengan penyakitnya.

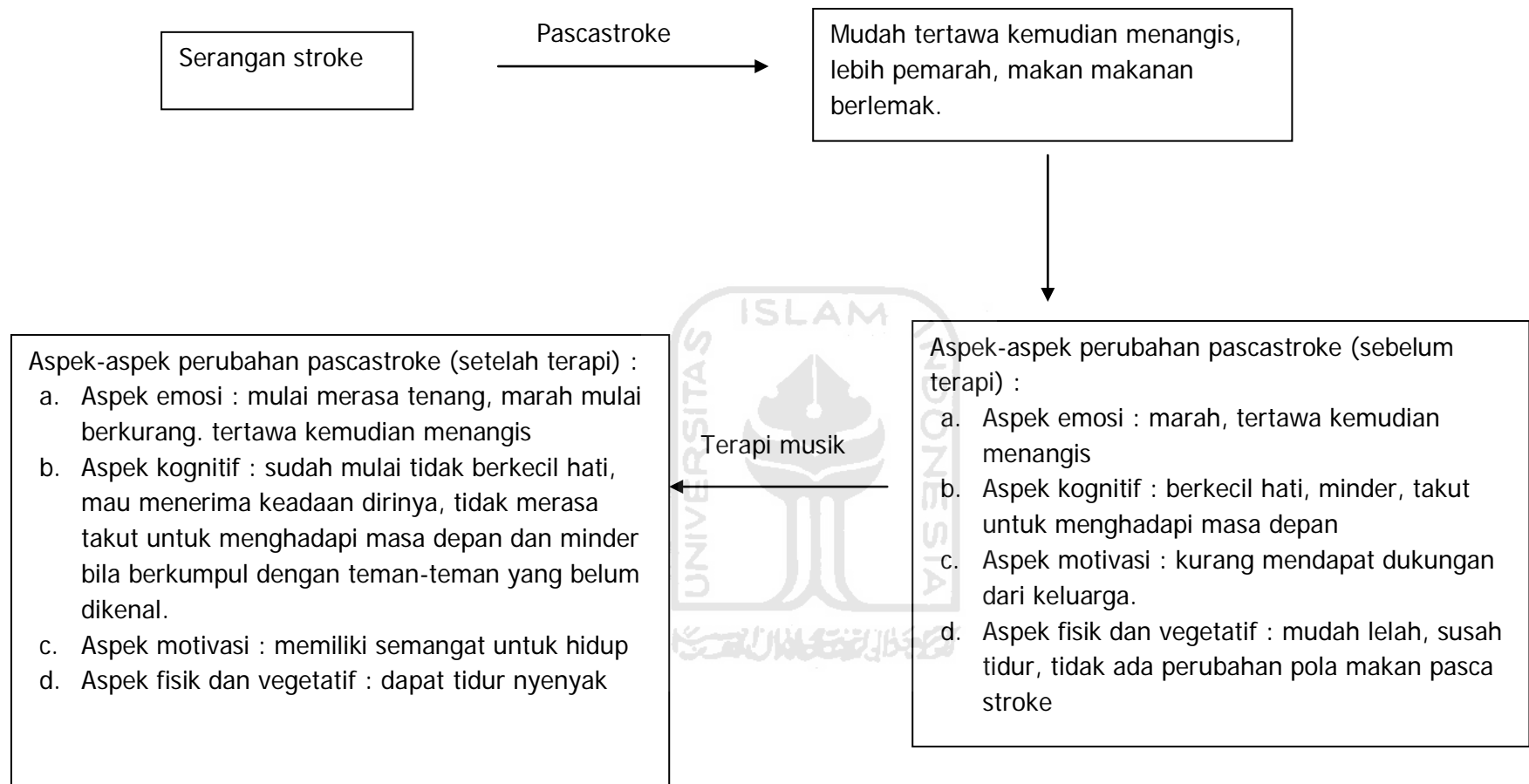
d) Aspek fisik dan vegetatif

Pascastroke ini, Sh dan Sm menjadi mudah lelah yang disebabkan oleh keterbatasan kondisi yang dialami. Sh mengalami kecacatan tubuh pada bagian kiri, sehingga Sh sering merasa capek setelah jalan sebentar, sedangkan Sm mengalami *celat* saat berbicara dan masih bisa dimengerti. Bila malam, Sh dan Sm sering terbangun di tengah malam dan kadang-kadang tidak bisa tidur sampai pagi.





**Bagan 2. Dinamika Psikologis Subjek Sh**



**Bagan 3. Dinamika Psikologis Subjek Sm**

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasar hasil terapi yang dilakukan, dapat disimpulkan bahwa terapi musik efektif untuk menurunkan depresi pada penderita pasca stroke selama 1 bulan setelah pelaksanaan.

##### 1. Subjek Sh

Berdasar hasil terapi yang dilakukan, Sh mengalami penurunan dari depresi ringan ke normal. Sh sudah mulai bisa melakukan kegiatan sehari-hari yang ringan, seperti menyapu teras rumah walaupun hanya semampunya, mandi sendiri, memakai baju, makan, dan memasak mie instan.

##### 2. Subjek Sm

Berdasar hasil terapi yang telah dilakukan, Sm mengalami penurunan tingkat depresi yang dilihat dari skor BDI, yaitu dari depresi berat ke depresi sedang. Sm masih bisa melakukan kegiatan sehari-harinya sendiri.

#### B. Saran

##### 1. Bagi kalangan profesional

Terapi musik dapat digunakan sebagai salah satu cara untuk menangani depresi pascastroke. Terapi musik ini dapat digunakan secara kelompok maupun individual.

##### 2. Bagi peneliti selanjutnya



Disarankan pada peneliti selanjutnya, dapat menggunakan terapi musik untuk subjek yang lebih banyak lagi. Peneliti juga membantu subjek untuk mengulang kembali relaksasi saat mendengarkan musik pada waktu melihat tugas rumah subjek.

### 3. Bagi subjek penelitian

Diharapkan subjek tetap mendengarkan musik dan mempraktikkan yang sudah diajarkan oleh terapis. Subjek dapat menggunakan alat yang telah diberikan oleh peneliti dan mendengarkan saat berada di situasi-situasi yang menekan, karena alat yang diberikan dapat dibawa ke setiap tempat subjek berada.

## C. Evaluasi

1. Peneliti mengalami kesulitan dalam mencari subjek yang sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan, sehingga peneliti memutuskan untuk menggunakan 2 subjek.
2. Keterbatasan ekonomi menyebabkan peneliti memutuskan untuk memberikan alat untuk mendengarkan musik kepada tiap subjek, yaitu *speaker box* dan *flashdisk* yang berisikan musik-musik kesukaan subjek.
3. Subjek Sm masih sering lupa mendengarkan musik, sehingga harus selalu diingatkan melalui keluarganya.
4. Suasana yang agak ramai di rumah Sh, membuat proses terapi sedikit terganggu, sehingga proses terapi kurang maksimal, seperti datangnya ayah Sh saat terapi berlangsung.

5. Kedua subjek melakukan terapi dan mempraktikkannya sendiri dengan baik.



## DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Associations. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Text Revision. Washington : American Psychiatric Associations
- Asmar. 2007. Pengaruh Terapi Reiki Ling-Chi terhadap Tingkat Depresi pada Penderita Stroke. *Tesis* (tidak diterbitkan). Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada
- Auryn, V. 2008. *Mengenal & Memahami Stroke*. Yogyakarta: Katahati
- Azwar, S. 2004. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Barlow, H.D., V. Mark, D. 2006. *Intisari Psikologi Abnormal Edisi Keempat*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Beck, A.T. 1967. *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Benson, H., William, P. 2000. *Keimanan Yang Menyembuhkan: Dasar-Dasar Respon Relaksasi*. Bandung: Penerbit Kaifa
- Blackburn, I.M., Kate M.D. 1994. *Terapi Kognitif Untuk Depresi dan Kecemasan. Suatu Petunjuk Bagi Praktisi*. Semarang: IKIP Semarang Press.
- Bourne, N.K., Brown. 2003. Cognitive behavior Therapy for The Treatment of Depression in Individuals with Brain Injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 13 (1/2), 89–107
- Burns, D. D., 1988. *Terapi Kognitif : Pendekatan baru bagi penanganan depresi* (terjemahan : Santosa). Jakarta : Penerbit Erlangga
- Campbell, D. 1997. *Efek Mozart*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka
- Choi, A.N., Myeong, S.L., Hyun-Ja, L. 2008. Effect of Group Music Intervention on Depression, Anxiety, and Relationship in Psychiatric Patients: A Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 14, 5, 567-570
- Chou, M.H., Mei, F.L. 2006. Exploring the Listening Experiences During Guided Imagery and Music Therapy of Outpatients With Depression. *Journal of Nursing Research*. 14, 2, 93-102
- Davison, G.C., John M.N., Ann, M.K. 2006. *Psikologi Abnormal, Edisi Ke-9*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada
- Deutsch, D. 1982. *The Psychological of Music*. New York: Academic Press, Inc.

- Dewi, E.S.D. 2006. Efek Terapiutik Musik "Gendhing Banyumasan" dalam Menurunkan Depresi pada Pasien Stroke. *Tesis* (tidak diterbitkan). Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada
- Dinas Kesehatan Provinsi D.I.Yogyakarta. 2011. Profil Kesehatan Provinsi D.I.Yogyakarta 2010.
- Djohan. 2006. *Terapi Musik, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Penerbit Galangpress
- Djohan. 2009. *Psikologi Musik*. Yogyakarta: Penerbit Best Publisher
- Fatimah, D.N. 2009. *Mencegah dan Mengatasi Stroke*. Yogyakarta: Kujang Press
- Feigin, V.L. 2007. Herbal Medicine in Stroke, Does It Have A Future? *Journal of The American Heart Association* 39, 1734-1736
- Gofir, A. 2009. *Manajemen Stroke, Evidence based Medicine*. Yogyakarta: Pustaka Cendekia Press
- Hadi, P. 2004. *Depresi dan Solusinya*. Yogyakarta: Tugu
- Harmat, L., Takacs J., Bodizs, R. 2008. Music Improves Sleep Quality in Student. *Journal of Advanced Nursing* 62 (3), 327-335
- Hartanti. 2001. Efektivitas Terapi Kognitif dan Stimulasi Humor Untuk Menurunkan Gangguan Depresi Penderita Pasca Stroke. *Tesis* (tidak diterbitkan). Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada
- Huff, W., D.Cooper M., Sitzer. 2003. Post-stroke Depression. *Journal of Neurology Psychiatry* 69, 41-50
- Junaidi, I. 2004. *Panduan Praktis Pencegahan & Pengobatan Stroke*. Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Populer
- Kaplan, H.I., Benjamin, J.S., Jack, A.G. 1997. *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis, Edisi ke-7, Jilid I*. Jakarta: Binatupa Aksara
- Kazdin, E. A. 2001. *Behavior modification in applied setting*. United State: Thomson Learning.
- Kemper, J.K., and Suzanne, C.D. 2005. Music as Therapy. *Southern Medical Journal*, 98, 3, 282-288
- Lee, O., Chung, YFL., Chan, MF., Chan, WM. 2005. Music and its Effect on the Physiological Responses and Anxiety Levels of Patients Receiving Mechanical Ventilation: A Pilot Study. *Journal of Clinical Nursing* 14, 609-620

- Lerik, M.D.C. 2004. Pengaruh Terapi Musik terhadap Depresi di Antara Mahasiswa. *Tesis* (tidak diterbitkan). Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada
- Lestari. 1994. Pelatihan Berpikir Positif untuk Menangani Sikap Pesimis dan Gangguan Depresi. *Tesis* (tidak diterbitkan). Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada
- Lubis, N.L. 2009. *Depresi: Tinjauan Psikologis*. Jakarta: Kencana
- Martinez, J. 2009. Is Music Therapy? *Nephrology Nursing Journal*, 36, 3
- Merrit, S. 2003. *Simfoni Otak*. Bandung: Kaifa
- Maxmen, J.S. 1986. *Essential Psychopathology*. New York: W.W Norton Company
- Miltenberg, R.G. 2004. *Behavior Modification. Principles and Procedures. Third Edition*. US: Wadsworth.
- Ming Lai. 1999. Effect of Music Listening on Depressed Women in Taiwan. *Issues In Mental Health Nursing*. 20:229-246
- Myskja, A., Pal G.N. 2008. The Day The Music Died. *Nordic Journal of Music Therapy*, 17(1), 30-40
- Ngadimah, M. 2009. Kelestarian Shalawat Gembrungan. Integrasi Ajaran Islam dengan Seni Budaya Lokal: Studi Kasus di Desa Gotak Klorongan Kecamatan Geger, Kabupaten Madiun. *The 9th Annual Conference on Islamic Studies (ACIS)*, Surakarta 2-5 November 2009
- Prabowo, H. 2008. *Modul Seri Latihan Kesadaran 3, Guided Imagery and Music*. Jakarta.
- Rasyid, A.L., Lyna, S. 2007. *Unit Stroke, Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Rathus, S.A. 1986. *Essentials of Psychology*. New York: CBS College Publishing
- Roan, W.M. 1980. *Terapi Untuk Mengubah Tingkah Laku, Edisi Pertama*. Jakarta: Speed Offset.
- Sarafino, E.P. 1994. *Health Psychology: Biopsychology Interaction. Second Edition*. US: John Wiley & Sons, Inc.
- Studenski, S., Sue-Min Lai, Lorie R., Subashan P., Sally R., and Pamela W.D. 2006. Therapeutic Exercise and Depressive Symptoms After Stroke. *Journal American Geriatrics Society* 54:240-247

- Sudjito, G.Y., Weny, S.S.P., Laurentia J.T. 2007. Perbedaan Kemampuan Spasial pada Remaja yang Mendapat Pendidikan Musik Klasik. *Jurnal Ilmiah Psikologi Manasa*, 1, 1, ISSN 0216-6820
- Sue, D., Sue, D., Sue, S., 1990. *Understanding Abnormal Behavior, Third Edition*. Boston: Houghton Mifflin Company
- Sulistiyorini, W. 2005. Terapi Kognitif Perilaku untuk Depresi Penyandang Cacat Tubuh. *Tesis* (tidak diterbitkan). Program Pascasarjana. Universitas Gadjah Mada
- Taylor, S.E. 1995. *Health Psychology, Third Edition*. Singapore: McGraw Hill, Inc.
- Turana, Y. 2008. *Stres, Hipertensi, dan Terapi Musik*. [http://www.medikaholistik.com/2033/2004/11/28/medika.html?xmodule=document\\_detail&xid=202](http://www.medikaholistik.com/2033/2004/11/28/medika.html?xmodule=document_detail&xid=202)
- Vink, A. 2001. Music and Emotion. *Nordic Journal of Musik Therapy*, 10(2),144-158.



## MODUL

### EFEKTIFITAS TERAPI MUSIK TERHADAP TINGKAT DEPRESI PADA PENDERITA PASCA STROKE

#### A. Pendahuluan

Stroke merupakan gangguan saraf umum yang timbul secara mendadak dalam waktu yang singkat. Gangguan ini dapat mengakibatkan aliran darah ke otak mengalami penyumbatan atau perdarahan. Stroke dapat disebabkan karena kurangnya oksigen dalam otak.

Serangan stroke dapat membuat individu mengalami kecacatan, kemunduran fisik berupa perubahan dan keterbatasan dalam bergerak, berkomunikasi, berpikir, individu membayangkan efeknya, bahkan dihantui oleh rasa tidak bisa sembuh seperti sebelumnya, kambuh-kambuhan atau mati. Hal tersebut dapat dipersepsikan negatif sebagai krisis, yaitu kehilangan eksistensi diri, kehilangan kesehatan secara menyeluruh, merasa akan jauh dari teman-teman, dan dapat kehilangan tujuan hidup, dirasa sebagai awal terjadinya perubahan yang tidak diinginkan pada aspek kehidupan, individu merasa kehilangan, rendah diri, dan kurang percaya diri, sehingga muncul kecemasan, frustrasi dalam kehidupan sehari-harinya. Tekanan-tekanan tersebut dapat menimbulkan ketegangan atau stres. Ketegangan-ketegangan pada akhirnya secara psikologis, dapat membuat individu menjadi tidak tenang, secara fisik dapat membuat individu menjadi tidak bisa tidur dan menjadi tidak bernafsu makan yang nantinya berefek pada keadaan fisik menjadi lemah.

Secara faali, ketegangan membuat tubuh menjadi tidak alamiah, sedangkan secara psikologis dapat menimbulkan perasaan-perasaan negatif yang dapat menjadi pencetus munculnya simtom-simtom depresi seperti sedih, murung, putus asa/harapan, rasa kosong, kecewa pada diri sendiri, merasa sebagai orang yang gagal, tidak berguna, mudah tersinggung, mudah marah, kehilangan energi, dan menolak apapun yang ditawarkan oleh hidupnya (Dewi, 2006).

Menurut Hartanti (2002), secara psikologis, perubahan dan keterbatasan penderita dalam bergerak, berkomunikasi, berpikir, sangat mengganggu fungsi penderita sebagai suami atau kepala rumah tangga. Hal ini dirasakan sebagai kekecewaan atau krisis. Penderita kehilangan tujuan hidupnya, merasa jauh dari teman-teman, kehilangan kesehatan fisik secara menyeluruh. Hal ini menimbulkan ketegangan, kecemasan, frustrasi dalam menghadapi hari esok bahkan sampai depresi. Depresi pada stroke dapat terjadi karena dua faktor, yaitu penderita mengalami penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah dalam otak yang membuat komunikasi penderita menjadi terhambat. Selain itu, bagian otak yang mengatur pusat perasaan yang terkena depresi pada pasien juga disebabkan karena ketidakmampuan pasien melakukan sesuatu yang biasanya dikerjakan sebelum terkena stroke. Hal ini membuat penderita merasa sudah tidak berguna lagi karena keterbatasan yang dimilikinya setelah terkena stroke.

Penderita pascastroke yang mengalami depresi harus diberi obat antidepresan dan melakukan terapi misalnya terapi kognitif atau psikoterapi lainnya. Salah satu bentuk dari psikoterapi lainnya adalah terapi musik. Musik merupakan sebuah rangsangan pendengaran yang terdiri dari melodi, ritme, harmoni, timbre, bentuk, dan gaya. Musik dapat membantu individu untuk menyembuhkan penyakit dan ketidakmampuan yang diderita setiap individu. Musik dapat memberikan ketenangan dan rasa nyaman pada individu yang mendengarkannya. Jenis musik yang didengarkan disesuaikan dengan musik kesukaan penderita. Jenis musik bermacam-macam misalnya musik pop, genre, jazz, rock, keroncong, gamelan, klasik dan lain-lain.

Musik ternyata bersifat terapeutik dan bersifat menyembuhkan. Musik menghasilkan rangsangan ritmis yang ditangkap oleh organ pendengaran dan diolah di dalam sistem saraf tubuh dan kelenjar pada otak yang mereorganisasi interpretasi bunyi ke dalam ritme internal pendengar. Ritme internal ini mempengaruhi metabolisme tubuh manusia sehingga prosesnya berlangsung dengan lebih baik. Metabolisme yang



lebih baik akan mengakibatkan tubuh mampu membangun sistem kekebalan yang lebih baik, dan dengan sistem kekebalan yang lebih baik tubuh menjadi lebih tangguh terhadap kemungkinan serangan penyakit (Campbel, 1997).

## **B. Tujuan dan Manfaat**

### 1. Tujuan

Tujuan dari terapi yang diberikan adalah memberikan pengaruh terapi musik dalam menurunkan tingkat depresi pada penderita pascastroke

### 2. Manfaat

Manfaat dari terapi yang diberikan adalah membantu para penderita stroke memperoleh wawasan mengenai upaya penyembuhan dan sekaligus mengurangi depresi yang dihadapi sebagai akibat atau yang menyertai sakit.

## **C. Monitoring dan Evaluasi**

1. Lembar observasi (manifestasi ekspresi gejala depresi)
2. *Pretest* dan *posttest* (Skala BDI)
3. Lembar pemantauan diri
4. Lembar evaluasi terapi

#### D. Session Plan (Klien 1 )

HARI/SESI	KEGIATAN	WAKTU	DESKRIPSI
Kamis, 23 Maret 2011/1	Perkenalan	20 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peneliti memperkenalkan diri, terapis, dan juga <i>observer</i> yang akan mendampingi klien</li> <li>• Mengisi <i>informed consent</i></li> </ul>
Kamis, 23 Maret 2011/2	Relaksasi	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapis mengajarkan cara melakukan relaksasi pernapasan perut pada klien (instruksi terlampir)</li> <li>• Terapis menggali perasaan klien setelah melakukan relaksasi pernapasan perut.</li> </ul>
Kamis, 23 Maret 2011/3	Mendengarkan musik	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapis memberikan musik kepada klien sambil melakukan relaksasi pernapasan perut</li> <li>• Terapis menggali perasaan klien setelah diberikan musik</li> </ul>
Jumat, 24 Maret 2011/4	Mendengarkan musik	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapis memimpin kembali proses terapi menggunakan musik</li> <li>• Klien melakukan relaksasi pernapasan perut sambil mendengarkan musik.</li> </ul>
Jumat 24 Maret 2011/5	Materi	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapis memberikan materi tentang depresi pascastroke kepada klien</li> <li>• Terapis mengajak klien untuk berbagi pengalaman yang dirasakan setelah mengalami stroke.</li> </ul>
Jumat 24 Maret 2011/6	<i>Sharing</i> dan evaluasi	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapis memancing klien untuk mengeluarkan yang dirasakan selama ini, baik sebelum terapi maupun setelah terapi.</li> <li>• Tujuan dari <i>sharing</i> dan evaluasi ini adalah agar klien dapat mengeluarkan semua yang dirasakan setelah mengalami stroke dan mengetahui perbedaannya setelah melakukan terapi.</li> </ul>

(Klien 2)

HARI/SESI	KEGIATAN	WAKTU	DESKRIPSI
Sabtu, 25 Maret 2011/1	Perkenalan	20 menit	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peneliti memperkenalkan diri, terapis, dan juga <i>observer</i> yang akan mendampingi klien</li><li>• Mengisi <i>informed consent</i></li></ul>
Sabtu, 25 Maret 2011/2	Relaksasi	15 menit	<ul style="list-style-type: none"><li>• Terapis mengajarkan cara melakukan relaksasi pernapasan perut pada klien (instruksi terlampir)</li><li>• Terapis menggali perasaan klien setelah melakukan relaksasi pernapasan perut.</li></ul>
Sabtu, 25 Maret 2011/3	Mendengarkan musik	15 menit	<ul style="list-style-type: none"><li>• Terapis memberikan musik kepada klien sambil melakukan relaksasi pernapasan perut</li><li>• Terapis menggali perasaan klien setelah diberikan musik</li></ul>
Minggu, 26 Maret 2011/4	Mendengarkan musik	15 menit	<ul style="list-style-type: none"><li>• Terapis memimpin kembali proses terapi menggunakan musik</li><li>• Klien melakukan relaksasi pernapasan perut sambil mendengarkan musik.</li></ul>
Minggu, 26 Maret 2011/5	Materi	15 menit	<ul style="list-style-type: none"><li>• Terapis memberikan materi tentang depresi pascastroke kepada klien</li><li>• Terapis mengajak klien untuk berbagi pengalaman yang dirasakan setelah mengalami stroke.</li></ul>
Minggu, 26 Maret 2011/6	<i>Sharing</i> dan evaluasi	15 menit	<ul style="list-style-type: none"><li>• Terapis memancing klien untuk mengeluarkan yang dirasakan selama ini, baik sebelum terapi maupun setelah terapi.</li><li>• Tujuan dari <i>sharing</i> dan evaluasi ini adalah agar klien dapat mengeluarkan semua yang dirasakan setelah mengalami stroke dan mengetahui perbedaannya setelah melakukan terapi.</li></ul>

## HARI PERTAMA

### SESI 1 PERKENALAN

- Tujuan :  
Untuk membangun *rapport* dengan klien sehingga menumbuhkan rasa nyaman dan dapat bekerjasama dengan baik antara klien dengan terapis.
- Waktu : 20 menit
- Materi : *camera recorder*, lembar *informed consent* (terlampir)
- Metode : wawancara
- Prosedur :
  - a. Terapis membuka pertemuan, contohnya:  
"Assalamualaikum...terima kasih atas waktu yang telah diberikan kepada saya. Perkenalkan nama saya....., rumah saya di....., saya bekerja di ....."
  - b. Terapis menekankan pentingnya kerjasama antara terapis dengan klien, sehingga dalam proses terapi muncul suasana yang nyaman dan tujuan yang diinginkan dapat tercapai.
  - c. Penjelasan tentang filosofi terapi, bahwa meski pada prosesnya nanti terapis lebih memegang peran aktif. Namun, diharapkan setelah terapi berakhir, klien dapat menolong dirinya sendiri mengatasi permasalahan yang dihadapi (menekankan pentingnya *self-help*).
  - d. Terapis menjelaskan bahwa terapi yang dilakukan merupakan suatu proses, sehingga tujuan terapi tidak dapat tercapai dengan cepat tetapi secara bertahap dan akan dilakukan evaluasi pada setiap sesi.
  - e. Pengisian lembar *informed consent* oleh klien.

## SESI 2

### RELAKSASI PERNAPASAN

- Tujuan : mengajarkan relaksasi pernapasan perut kepada klien
- Waktu : 15 menit
- Materi : -
- Prosedur :
  - a. Klien mengambil posisi duduk yang nyaman dan menutup mata.  
Instruksi :

*"Luangkan waktu sejenak untuk merasakan sensasi di dalam tubuh, terutama bagian tubuh yang sedang mengalami ketegangan. Ambil nafas panjang dan rasakan kualitas dari nafas tersebut. Di mana pusat dari pernafasan tersebut? Apakah paru-paru merasakan perjalanan udara yang masuk? Apakah dada anda bergerak keluar masuk pada saat anda bernafas? Apakah perut anda melakukan keduanya?"*
  - b. Letakkan satu tangan di dada dan yang satunya lagi di perut. Ketika sedang bernafas, pastikan klien dapat merasakan perjalanan nafasnya sedalam mungkin. Klien harus merasakan paru-parunya mengembang ketika mereka sedang menghirup udara. Pastikan tangan klien di atas dada tidak beranjak, dan tangan yang di bagian perut bawah berada dalam kondisi naik turun, sesuai dengan keadaannya ketika dia sedang bernafas.
  - c. Setelah klien bisa merasakan pergerakan nafasnya, biarkan mereka melanjutkan untuk bernafas panjang seperti sebelumnya. Biarkan nafas mereka merasakan napasnya. Jika klien mengalami kesulitan dalam bernafas, atau terkesan dipaksakan, biarkan saja sampai keadaan tegang yang mereka rasakan reda dengan sendirinya. Ketika mereka bernafas usahakan agar mereka bernafas hingga perut mereka membesar, dan kemudian mengeluarkan nafas sambil menekan perut bawah dengan perlahan-lahan.

- d. Setelah latihan secara bersama-sama yang sudah dilakukan sebanyak sepuluh kali, biarkan klien mulai latihan pernafasan sendiri. Lakukan dalam waktu sepuluh menit.
- e. Refleksi :
  - a) Apakah klien sudah bisa melakukan relaksasi pernapasannya?
  - b) Apa yang dirasakan sebelum dan setelah melakukan latihan relaksasi pernapasan?
- f. Penjelasan oleh terapis



## Relaksasi

Relaksasi merupakan pengaktifan dari saraf parasimpatetis yang menstimulasi turunnya semua fungsi yang dinaikkan oleh sistem saraf simpatetis, dan menstimulasi naiknya semua fungsi yang diturunkan oleh saraf simpatetis. Masing-masing saraf parasimpatetis dan simpatetis saling berpengaruh maka dengan bertambahnya salah satu aktivitas sistem yang satu akan menghambat atau menekan fungsi yang lain (Utami, 1993).

Sistem saraf simpatetis yang bekerja meningkatkan rangsangan atau memacu organ-organ tubuh, memacu meningkatnya denyut jantung dan pernapasan,, serta menimbulkan penyempitan pembuluh darah tepi (*periphera*) dan pembesaran pembuluh darah pusat, serta menurunkan temperatur kulit dan daya tahan kulit, dan juga akan menghambat proses digestif dan seksual. Sistem parasimpatetis menstimulasi turunnya semua fungsi yang dinaikkan oleh sistem saraf simpatetis, dan menstimulasi naiknya semua fungsi yang diturunkan oleh saraf simpatetis. Selama sistem-sistem berfungsi normal dalam keseimbangan, bertambahnya aktivitas sistem yang satu akan menghambat atau menekan efek sistem yang lain. Pada waktu orang mengalami ketegangan dan kecemasan yang bekerja adalah sistem saraf simpatetis, sedangkan pada waktu rileks yang bekerja adalah sistem saraf parasimpatetis. Dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang dan rasa cemas dengan resiprok, sehingga timbul *counter conditioning* dan penghilangan (Utami, 1993).

Macam-macam bentuk relaksasi:

- a. Relaksasi otot
- b. Relaksasi kesadaran indera
- c. Relaksasi melalui hipnose, yoga dan meditasi

Beberapa keuntungan yang diperoleh dari latihan relaksasi antara lain (Burn dalam Utami, 1993):

- 1) Relaksasi akan membuat individu lebih mampu menghindari reaksi yang berlebihan karena adanya stres. Penelitian Dewi (1998) menunjukkan

bahwa relaksasi dapat menurunkan ketegangan pada siswa sekolah penerbang.

- 2) Masalah-masalah yang berhubungan dengan stres seperti hipertensi, sakit kepala, insomnia dapat dikurangi atau diobati dengan relaksasi.
- 3) Mengurangi tingkat kecemasan.
- 4) Mengurangi kemungkinan gangguan yang berhubungan dengan stres, dan mengontrol *anticipatory anxiety* sebelum situasi yang menimbulkan kecemasan, seperti pada pertemuan penting, wawancara dan sebagainya.
- 5) Relaksasi dapat membantu mengurangi merokok yang diakibatkan stres.
- 6) Meningkatkan penampilan kerja, sosial, dan ketrampilan fisik.
- 7) Kelelahan, aktivitas, dan atau latihan fisik yang tertunda dapat diatasi lebih cepat dengan relaksasi.
- 8) Kesadaran diri tentang keadaan fisiologis seseorang dapat meningkat sebagai hasil latihan relaksasi, sehingga memungkinkan individu untuk menggunakan ketrampilan relaksasi untuk timbulnya rangsangan fisiologis.
- 9) Relaksasi dapat memberikan bantuan untuk menyembuhkan penyakit tertentu dan operasi. Misalnya mengurangi kecemasan saat persalinan dan memudahkan pergerakan bayi melalui rahim.
- 10) Meningkatkan harga diri dan keyakinan diri sebagai hasil kontrol yang meningkat terhadap reaksi stres.
- 11) Meningkatkan hubungan interpersonal.



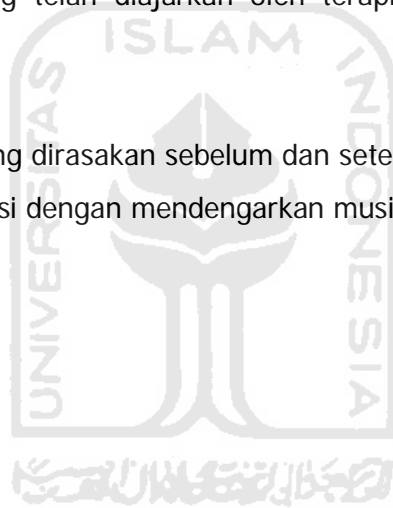
### SESI 3

#### MENDENGARKAN MUSIK

- Tujuan: membuat klien merasa nyaman dan tenang
- Waktu: 15 menit
- Materi: musik, *speaker box, flash disk*
- Prosedur:
  - a. Klien berada pada posisi duduk yang nyaman.
  - b. Klien mendengarkan musik sambil melakukan pernafasan perut yang telah diajarkan oleh terapis sambil mendengarkan musik
- Refleksi :
  - a. Apa yang dirasakan sebelum dan setelah melakukan latihan relaksasi?
  - b. Peneliti menutup pertemuan untuk hari pertama. Contohnya:  
"Terima kasih untuk hari ini pada .....(klien) yang telah mengikuti terapi musik. Kita akan bertemu lagi besok untuk tahap yang kedua. Saya berharap terapi hari ini bisa bermanfaat untuk selanjutnya."

**HARI KEDUA**  
**SESI 4**  
**MENDENGARKAN MUSIK**

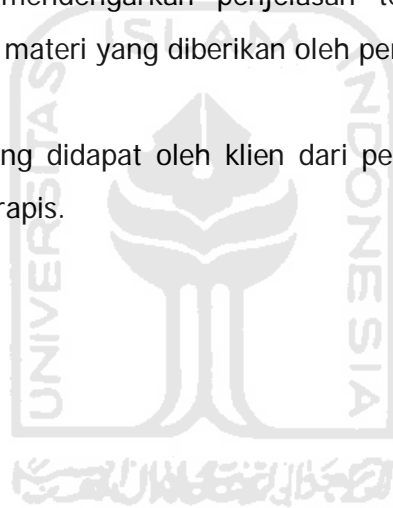
- Tujuan: membuat klien merasa nyaman dan tenang
- Waktu: 15 menit
- Materi: musik
- Prosedur:
  - a. Klien berada pada di posisi duduk yang nyaman.
  - b. Klien mendengarkan musik sambil melakukan pernafasan perut yang telah diajarkan oleh terapis sambil mendengarkan musik
- Refleksi :
  - a. Apa yang dirasakan sebelum dan setelah melakukan latihan relaksasi dengan mendengarkan musik?



## SESI 5

### MATERI

- Tujuan : agar klien dapat mengetahui tentang depresi pascastroke dan cara mengatasinya.
- Waktu : 15 menit
- Materi : lembar materi
- Prosedur:
  - a. Terapis menjelaskan pada klien tentang akibat yang terjadi pasca stroke
  - b. Klien mendengarkan penjelasan terapis sambil membaca lembar materi yang diberikan oleh peneliti.
- Refleksi :
  - a. Apa yang didapat oleh klien dari penjelasan yang dijelaskan oleh terapis.



## DEPRESI PASCASTROKE

Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah; menarik diri dari orang lain; dan tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasanya dilakukan.

Gejala-gejala depresi:

- kehilangan minat dan kegembiraan
- mudah lelah
- konsentrasi dan perhatian berkurang
- harga diri dan kepercayaan diri berkurang
- adanya rasa bersalah
- pandangan masa depan yang suram dan tidak berguna
- ingin bunuh diri
- tidurnya terganggu
- nafsu makan berkurang

Stroke tidak selalu membuat mental penderita menjadi merosot, tetapi biasanya pada pascastroke pasien mengalami gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar dan fungsi intelektual lainnya. Marah, sedih, dan tidak berdaya seringkali menurunkan semangat hidup pasien, sehingga muncul dampak emosional yang lebih berbahaya.

Penyebabnya:

- l. Kelumpuhan
- m. Agnosia, kehilangan kemampuan untuk mengenali orang atau benda
- n. Anosonia, tidak mengenali bagian tubuhnya sendiri
- o. Ataksi, koordinasi gerakan dan ucapan yang buruk
- p. Apraksia, tidak mampu melakukan suatu gerakan atau menyusun kalimat yang diinginkannya.
- q. Distorsi spasial, tak mampu mengukur jarak atau ruang yang ingin dijangkaunya
- r. Disartia (*dysarthia*), melemahnya otot-otot muka, lidah dan tenggorokan yang membuat sulit bicara, walaupun penderita

memahami bahasa verbal maupun tulisan. Cedera di salah satu pusat pengendalian bahasa di otak memang sangat berdampak pada komunikasi verbal. Gangguan bahasa tersebut biasanya diakibatkan oleh kerusakan pada cuping temporal dan parietal otak sebelah kiri.

- s. Afasia, gangguan yang mengenai pusat bahasa.
- t. Gangguan emosional. Gangguan yang sangat umum pada pasien stroke adalah depresi. Tanda-tanda depresi klinis antara lain; sulit tidur, kehilangan nafsu makan atau ingin makan terus, lesu, menarik diri dari pergaulan, mudah tersinggung, cepat letih, membenci diri sendiri, dan berpikir untuk bunuh diri. Depresi seperti ini dapat menghalangi penyembuhan atau rehabilitasi, bahkan dapat mengarah kepada kematian akibat bunuh diri.
- u. Kehilangan indera rasa
- v. Perubahan kepribadian  
Pasien stroke dapat mengalami perubahan kepribadian dan ketidakseimbangan emosi, menjadi depresif dan apatis.

#### Penanganan Depresi PascaStroke

- Pemberian obat dari dokter
- Terapi kognitif
- Psikoterapi
- Aktivitas yang berhubungan dengan emosi positif misalnya, tertawa, memikirkan orang yang dicintai, melihat pemandangan yang indah, mendengarkan musik, dan lain sebagainya.

Mendengarkan musik dapat membuat seseorang yang sedih, gembira, dan mengalami berbagai pengalaman emosi lainnya. Musik telah banyak digunakan sebagai ilmu pengobatan pelengkap penyembuhan untuk menenangkan pasien yang mengalami sakit, cemas, dan berbagai macam penyakit serta luka-luka. Jenis musik yang didengarkan disesuaikan dengan musik kesukaan penderita. Jenis musik bermacam-macam misalnya musik pop, genre, jazz, rock, keroncong, gamelan, klasik dan lain-lain. Selain jenis-jenis musik tersebut, dapat digunakan juga musik Islami yang mengandung shalawat.

## **SESI 6**

### **SHARING DAN EVALUASI**

- Tujuan : klien dapat mengeluarkan semua yang dirasakan setelah mengalami stroke dan mengetahui perbedaannya setelah melakukan terapi.
- Waktu : 15 menit
- Materi: lembar evaluasi terapi (terlampir)
- Prosedur:
  - a. Terapis menanyakan pada klien tentang yang dirasakan selama mengikuti terapi musik.
  - b. Peneliti membagikan lembar evaluasi terapi pada klien untuk diisi.
  - c. Peneliti menjelaskan cara pengisian lembar evaluasi terapi.
- Refleksi :
  - a. Terapis menanyakan kembali pada klien tentang pengalaman dan perasaan dalam mengikuti terapi musik.
  - b. Peneliti menutup pertemuan untuk hari ini. Contohnya:  
"Terima kasih untuk hari ini untuk .....(klien) yang telah mengikuti terapi musik. Saya berharap terapi hari ini bisa bermanfaat untuk selanjutnya."

## TUGAS RUMAH

- Tujuan: klien dapat mendengarkan musik dan mempraktekkan kembali terapi yang telah diajarkan oleh terapis secara sendiri.
- Waktu: 1 bulan
- Materi: *speaker box*, lembar pemantauan diri, dan lembar evaluasi terapi
- Prosedur:
  - a. Terapis memberikan tugas rumah yaitu mempraktekkan sendiri latihan yang telah diajarkan pada klien.
  - b. Terapis memberikan lembar pemantau diri pada klien untuk diisi setelah melakukan terapi sendiri.
  - c. Terapis menjelaskan cara pengisiannya pada klien. Peneliti akan melakukan pemantauan pada klien setiap 1 minggu sekali selama 1 bulan dengan mendatangi rumah klien.
- Refleksi:
  - a. Terapis mengulang kembali jawaban yang telah diisi oleh klien
  - b. Apa yang dirasakan selama proses terapi dan setelah proses terapi berakhir?
  - c. Apakah klien menemukan kesulitan selama proses terapi berlangsung?
  - d. Manfaat apa yang didapatkan dari proses terapi?
  - e. Apakah ada hal-hal atau aktivitas tertentu yang sejak sakit stroke sudah tidak dapat dilakukan, namun setelah mengikuti terapi dapat melakukannya?
  - f. Perubahan apa yang dirasakan setelah mengikuti terapi?
  - g. Apakah terapi yang diikuti dapat membantu klien dalam menghadapi/menyelesaikan masalah?
  - h. Saran apa yang didapat diberikan klien terkait dengan pelaksanaan proses terapi?





## **IDENTITAS**

Nama :

Jenis kelamin :

Usia :

Pendidikan :

### **Petunjuk Pengisian Skala**

Bacalah petunjuk sebelum menjawab setiap pernyataan di bawah ini!

Di bawah ini terdapat beberapa pernyataan yang dikelompokkan ke dalam huruf A sampai U. Pilihlah pernyataan dalam setiap kelompok yang paling sesuai dengan perasaan Bapak/Ibu dalam dua minggu terakhir ini dengan cara member tanda silang (X) di depan pernyataan yang dipilih. Untuk setiap kelompok, Bapak/Ibu dapat memilih lebih dari satu pernyataan. Bacalah semua pernyataan dalam setiap kelompok terlebih dahulu sebelum Bapak/Ibu memutuskan untuk memilih pernyataan yang paling sesuai dengan keadaan Bapak/Ibu.

Pilihan jawaban yang tertera pada tabel dalam bentuk angka 0 sampai 3. Pilihlah nomor yang paling sesuai dengan keadaan Bapak/Ibu sekarang ini. Pilihan boleh lebih dari satu pada setiap kelompoknya.

- A. 0. Saya tidak merasa sedih atau murung dengan kondisi saya sekarang ini.
1. Saya merasa sedih dan murung setelah mengalami stroke.
  2. (a) Setelah mengalami stroke, saya merasa murung atau sedih sepanjang waktu dan saya dapat menghilangkannya.  
(b) Saya merasa begitu sedih atau tidak bahagia dengan keadaan yang sangat menyiksa ini.
  3. Saya begitu sedih atau tidak bahagia sehingga saya tidak tahan lagi dengan keadaan saya ini.
- B. 0. Saya tidak merasa pesimis menghadapi masa depan walaupun saya mengalami kelumpuhan pada salah satu kaki atau tangan.
1. Setelah mengalami stroke kadang-kadang saya merasa berkecil hati menghadapi masa depan.
  2. Setelah mengalami stroke, saya sering merasa berkecil hati
  3. Setelah mengalami stroke, saya selalu merasa berkecil hati
- C. 0. Saya tidak menganggap diri saya sebagai orang yang gagal
1. Saya merasa bahwa lebih banyak gagal dibandingkan dengan kebanyakan orang
  2. (a) Saya merasa bahwa sedikit mencapai sesuatu yang berharga atau berarti.  
(b) Saat ini, saya merasa bahwa saya lebih banyak mengalami kegagalan.
  3. (a) Saya merasa sebagai orang yang gagal sama sekali.  
(b) Saya merasa tidak berguna lagi dalam menjalani kehidupan ini.
- D. 0. Kadang-kadang saya merasa tidak puas pada beberapa hal.
1. (a) Saya merasa bosan dan jenuh untuk sebagian besar waktu  
(b) Saya tidak menikmati segala sesuatu sama seperti sebelum menderita stroke.
  2. Saya tidak lagi mendapat kepuasan dari hal apa pun.
  3. Saya merasa tidak puas dengan apa saja.
- E. 0. Saya masih tetap merasa berharga

1. Setelah mengalami stroke, kadang-kadang saya merasa tidak berharga di mata keluarga dan orang lain.
  2. Setelah mengalami stroke, saya sering merasa tidak berharga di mata keluarga dan orang lain.
  3. Setelah mengalami stroke, saya merasa sangat tidak berharga di mata keluarga dan orang lain.
- F. 0. Saya tidak merasa bahwa saya sedang dihukum
1. Saat ini, kadang-kadang saya merasa sedang dihukum.
  2. Saat ini, saya merasa bahwa saya pantas dihukum
  3. Saat ini, saya memang merasa ingin dihukum
- G. 0. Saya tidak merasa kecewa terhadap kondisi saya seperti ini
1. (a) Saya merasa kecewa terhadap kondisi saya seperti ini.  
(b) Setelah mengalami stroke, saya tidak lagi menyukai diri saya sendiri.
  2. Setelah mengalami stroke, saya sangat kecewa dan merasa muak terhadap diri saya sendiri.
  3. Setelah mengalami stroke, saya jadi membenci diri saya sendiri
- H. 0. Saya tidak merasa lebih buruk daripada orang lain
1. Saya mencela diri sendiri karena kelemahan-kelemahan atau kesalahan-kesalahan saya
  2. Saya menyalahkan diri saya sendiri atas kesalahan-kesalahan saya
  3. Saya menyalahkan diri saya sendiri atas segala keburukan yang telah terjadi.
- I. 0. Saya tidak mempunyai pikiran apapun untuk menyakiti atau melukai diri saya sendiri.
1. Saya mempunyai pikiran untuk menyakiti atau melukai diri saya sendiri, tetapi saya tidak akan melakukannya.
  2. (a) Saya merasa lebih baik saya mati saja.  
(b) Saya merasa keluarga saya akan menjadi lebih baik jika saya mati.
  3. (a) Saya mempunyai rencana pasti untuk bunuh diri  
(b) Jika dapat saat ini saya akan bunuh diri.
- J. 0. Saya tidak mudah menangis

1. Setelah mengalami stroke, saya lebih mudah menangis dibandingkan dengan biasanya
  2. Setelah mengalami stroke, saya lebih sering menangis dan tidak dapat menghentikannya
  3. Saya biasanya dapat menangis, tetapi saat ini sama sekali tidak dapat menangis meskipun ingin menangis.
- K. 0. Saya tidak mudah tersinggung dibanding biasanya.
1. Saya sama sekali tidak tersinggung terhadap hal-hal yang biasanya membuat saya tersinggung.
  2. Setelah mengalami stroke, saya lebih mudah kesal dan tersinggung dibanding biasanya.
  3. Setelah mengalami stroke, saya selalu tersinggung sepanjang waktu.
- L. 0. Saya tetap perhatian terhadap orang lain seperti biasanya.
1. Akhir-akhir ini, saya kurang perhatian terhadap orang lain dibandingkan dengan biasanya.
  2. Akhir-akhir ini saya kehilangan sebagian besar perhatian saya terhadap orang lain.
  3. Saya telah kehilangan seluruh perhatian saya terhadap orang lain dan sama sekali tidak peduli terhadap orang lain.
- M. 0. Saya dapat membuat keputusan sebaik biasanya.
1. Setelah mengalami stroke, saya sering menunda-nunda dalam membuat suatu keputusan.
  2. Setelah mengalami stroke, saya banyak mengalami kesulitan dalam membuat keputusan.
  3. Setelah mengalami stroke, saya sama sekali tidak dapat mengambil keputusan lagi
- N. 0. Saya sedikit merasa khawatir pada masa-masa yang akan datang yang akan saya lalui.
1. Setelah mengalami stroke, saya merasa khawatir pada masa depan saya.
  2. Setelah mengalami stroke, saya merasa takut menghadapi masa depan saya.

3. Setelah mengalami stroke, saya merasa tidak punya harapan lagi untuk masa depan saya.
- O. 0. Saya tetap punya semangat seperti biasa sebelum terkena stroke.
1. Setelah mengalami stroke, saya merasa semangat saya menjadi berkurang.
  2. Setelah mengalami stroke, saya merasa tidak punya semangat lagi.
  3. Setelah mengalami stroke, saya merasa bahwa saya tidak punya semangat sama sekali
- P. 0. Saya bisa tidur seperti biasanya
1. Pada akhir-akhir ini, kadang-kadang saya terbangun di malam hari dan sulit tidur kembali.
  2. Akhir-akhir ini saya lebih sering terbangun di malam hari dan sulit tidur kembali
  3. Akhir-akhir ini, saya selalu terbangun di malam hari dan sulit tidur kembali.
- Q. 0. Saya tidak merasa lelah daripada biasanya.
1. (a) Saya mudah menjadi lelah dibanding sebelum terkena stroke  
(b) saya merasa badan saya lemah, semua jadi serba lambat
  2. (a) Saya merasa sering kelelahan jika mengerjakan sesuatu.  
(b) Saya merasa badan saya lemah dan tidak mempunyai daya upaya.
  3. Saya terlalu lelah untuk mengerjakan apapun dan saya merasa kehilangan tenaga sama sekali.
- R. 0. Selera makan saya tetap sebaik sebelum terkena stroke.
1. Selera makan saya tidak sebaik sebelum terkena stroke.
  2. Setelah mengalami stroke, selera makan saya kurang sekali.
  3. Setelah mengalami stroke, saya tidak mempunyai selera makan sama sekali.
- S. 0. Saya tidak terlalu khawatir mengenai pekerjaan yang masih bisa saya lakukan walaupun kondisi saya seperti ini
1. Setelah mengalami stroke, saya khawatir tidak bisa bekerja lagi.
  2. Setelah mengalami stroke, saya merasa takut tidak bisa bekerja lagi.
  3. Setelah mengalami stroke, saya sangat takut tidak bisa bekerja lagi.

- T. 0. Saya tidak mengkhawatirkan kesehatan saya lebih daripada biasanya
1. Akhir-akhir ini, saya khawatir akan sakit yang saya alami
  2. Akhir-akhir ini, saya begitu khawatir akan kesehatan badan saya sehingga sulit untuk memikirkan hal-hal ini.
  3. Akhir-akhir ini, saya merasa seluruh perhatian saya tersita oleh apa yang saya rasakan.
- U. 0. Saya tidak merasa adanya perubahan apapun dalam minat saya terhadap seks.
1. Saya kurang tertarik terhadap seks dibandingkan dengan sebelum terkena stroke.
  2. Setelah mengalami stroke, minat saya terhadap seks jauh berkurang
  3. Setelah mengalami stroke, saya sama sekali telah kehilangan minat terhadap seks.



## LEMBAR EVALUASI TERAPI

Nama:

Di bawah ini terdapat beberapa pertanyaan terkait dengan terapi yang telah Anda lakukan selama 1 bulan ini. Anda diminta untuk memberikan jawaban sesuai dengan yang Anda alami.

1. Apa yang Anda rasakan selama proses terapi dan setelah proses terapi berakhir?

Selama proses terapi yang saya rasakan adalah

Setelah proses terapi yang saya rasakan adalah

2. Apakah Anda menemukan kesulitan selama proses terapi berlangsung?

3. Manfaat apa yang Anda dapatkan dari proses terapi ini?

4. Apakah ada hal-hal atau aktivitas tertentu yang sejak sakit stroke sudah tidak dapat Anda lakukan, namun setelah mengikuti terapi (sekarang) dapat Anda lakukan?

5. Perubahan apa yang Anda rasakan setelah mengikuti terapi?

Perubahan perasaan:

Perubahan perilaku:

6. Apakah terapi yang Anda ikuti dapat membantu Anda menghadapi/menyelesaikan masalah Anda?
  
7. Saran apa yang dapat Anda berikan terkait dengan pelaksanaan proses terapi?

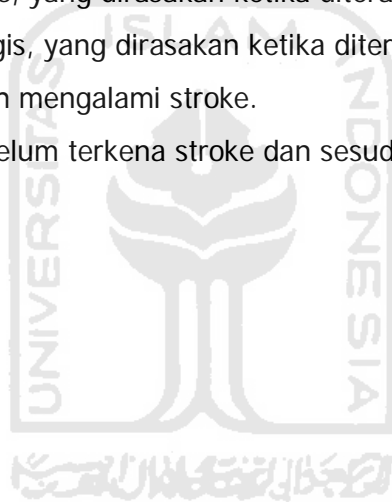






## PANDUAN INTERVIEW

1. Nama subjek, usia, diagnosis sakit yang pertama kali.
2. Pengobatan yang telah atau masih dijalani.
3. Pengobatan alternatif yang pernah dijalani.
4. Yang dirasakan oleh subjek terkait dengan simtom-simtom depresi yang ditampakkan oleh subjek dalam pemberian jawaban pretes BDI.
5. Yang dirasakan ketika menerima terapi musik.
6. Manfaat terapi musik bagi subjek terkait dengan penurunan simtom-simtom depresi yang digambarkan oleh subjek dalam *posttes* BDI.
7. Secara fisiologis, yang dirasakan ketika diterapi.
8. Secara psikologis, yang dirasakan ketika diterapi.
9. Keluhan setelah mengalami stroke.
10. Perbedaan sebelum terkena stroke dan sesudah terkena stroke.





## DAFTAR PUSTAKA

- Campbell, D. 1997. *Efek Mozart*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka
- Dewi, Eka S.D. 2006. Efek Terapi Musik "Gendhing Banyumasan" dalam Menurunkan Depresi pada Pasien Stroke. *Tesis* (tidak diterbitkan). Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada
- Djohan. 2006. *Terapi Musik, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Penerbit Galangpress
- Djohan. 2009. *Psikologi Musik*. Yogyakarta: Penerbit Best Publisher
- Hartanti. 2001. Efektivitas Terapi Kognitif dan Stimulasi Humor Untuk Menurunkan Gangguan Depresi Penderita Pasca Stroke. *Tesis* (tidak diterbitkan). Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada

