

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Permasalahan

Setiap orang memiliki dinamika kehidupan yang berubah dari waktu ke waktu, dan tentunya berbeda antara orang satu dengan orang lainnya. Manusia berkembang mulai dari masa bayi, masa awal anak-anak, masa pertengahan dan masa akhir anak-anak, masa remaja, masa awal dewasa, masa pertengahan dewasa, masa akhir dewasa, kemudian berakhir *death and dying* (Santrock, 2008). Setiap fase perkembangan, setiap orang akan memiliki permasalahan tersendiri terkait dengan tugas perkembangan, orang yang tidak bisa menyelesaikan tugas perkembangannya akan mengalami hambatan di kehidupannya kelak. Menurut Hurlock (2006), masa remaja dianggap sebagai masa badai dan tekanan. Kurangnya pengertian dan kasih sayang akan membuat remaja mengalami stres dan tidak sedikit pula yang mengalami depresi.

Depresi merupakan gangguan perasaan yang bisa dialami individu dengan berbagai usia, dan dapat mengganggu berbagai aspek fungsi kehidupan, mulai dari motivasi, emosi atau suasana perasaan, kognitif, tingkah laku, dan biologis atau fisik (Gilbert, 2000). Simtom motivasi muncul dalam bentuk kehilangan tenaga dan minat melakukan sesuatu hal. Simtom emosi atau suasana perasaan muncul dalam bentuk menurunnya emosi positif dan merasakan kekosongan di dalam diri. Simtom kognitif muncul dalam bentuk penurunan kemampuan kognitif, seperti konsentrasi, atensi, penurunan fungsi ingatan, serta kemunculan pikiran-pikiran negatif, terutama tentang masa depan.

Simtom tingkah laku ditunjukkan dari penghentian aktivitas oleh individu, perilaku menghindari aktivitas sosial, atau justru mencari orang lain untuk selalu menemani. Terakhir, simtom biologis atau fisik dapat muncul dalam bentuk masalah tidur, berkurangnya nafsu makan, dan menurunnya minat seksual (Gilbert, 2000; Rosenvald, Oei, & Schmidt, 2007). Temuan statistik menunjukkan bahwa sebagian besar individu mengalami bentuk depresi tertentu pada suatu saat dalam hidup mereka. Depresi diprediksi akan meningkat dengan cepat dan menjadi masalah kesehatan mental tertinggi pada abad ke-21 (Rosenvald, Oei & Schmidt, 2007). Fenomena depresi ini sendiri sudah merebak di Indonesia sejak lama. Pada tahun 2007 misalnya, Ketua Ikatan Dokter Indonesia (IDI) menyampaikan hasil survei Perhimpunan Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa Indonesia (PDSKJI) yang menunjukkan bahwa 94% penduduk Indonesia dari berbagai kelompok usia dan wilayah pernah mengalami depresi, dari depresi ringan hingga berat. Simtom yang biasanya muncul pada kasus-kasus yang ditemukan dalam survei tersebut antara lain kecenderungan individu untuk menghindar dan menolak bekerja (Taufiqurrahman, 2007).

Berkembangnya fenomena depresi di Indonesia telah menarik perhatian peneliti untuk mendalaminya. Salah satu fokus perhatian diberikan kepada depresi yang dialami oleh kelompok remaja. Remaja mengalami perubahan jasmani sangat pesat dengan perkembangan intelektual yang sangat intensif, sehingga minat remaja pada dunia luar sangat besar. Pada saat remaja, yang bersangkutan tidak mau dianggap anak-anak lagi, namun belum bisa meninggalkan pola kekanak-kanakannya. Pada masa ini remaja sering merasa

sunyi, ragu-ragu, tidak stabil, tidak puas dan sering merasakan kekecewaan. Peneliti mendapatkan, mereka yang berusia 16 tahun paling banyak mengalami stresor tinggi dibandingkan dengan tingkatan umur lainnya (67,9%), kemudian pada usia 15 tahun (63,9%) dan usia 17 tahun (56,8%) (Asmika, dkk., 2008).

Remaja adalah masa dimana seseorang rentan dengan segala tekanan, eksternal maupun internal. Gangguan suasana hati berupa depresi adalah salah satu contoh ekspresi yang terlihat dari remaja saat menghadapi berbagai jenis tekanan. Perasaan sedih atau depresi bukanlah hal abnormal dalam konteks peristiwa atau situasi penuh tekanan. Namun orang dengan gangguan *mood* parah atau berlangsung lama akan mengganggu kemampuan mereka untuk berfungsi dalam memenuhi tanggung jawab secara normal (Semiun, 2006).

Depresi pada remaja ditunjukkan melalui sebuah penelitian yang hasilnya memperlihatkan bahwa prevalensi depresi berat ditemukan di kalangan remaja sebesar 23,5% dengan prevalensi remaja perempuan lebih tinggi dari pada laki-laki (14,5% dan 9%). Umur rata-rata yang mengalami depresi ini meningkat pada umur 15 sampai 17 tahun dan sedikit menurun pada umur 18 tahun (Asmika, dkk., 2008). Saat ini depresi telah menjadi penyebab beban penyakit global pada kategori usia 15 tahun baik bagi laki-laki maupun perempuan. Diperkirakan 20% anak dan remaja di seluruh dunia mengalami masalah kejiwaan termasuk depresi, walaupun hanya kurang dari 25% dari mereka yang terdiagnosis depresi memiliki akses penanganan yang efektif. Jumlah lebih besar justru yang tidak terdeteksi. Oleh karena itu depresi sering juga disebut sebagai *the silent epidemic* (Davis,

2005). Data ini sedikit banyak menunjukkan bahwa pada usia remaja sangat rentan akan stressor yang bisa berdampak pada depresi.

Zubin & Spring (Nevid, 2005) menjelaskan bahwa kegagalan dalam mengatasi sumber-sumber stres dapat mengakibatkan munculnya gangguan depresi pada seseorang. Meningkatnya depresi pada remaja awal, banyak dikaitkan dengan gender. Seperti diungkapkan Silverstein & Lynch (2002), perbedaan gender dalam simtomatologi depresi telah banyak mendapatkan perhatian. Fakta saat ini menunjukkan bahwa prevalensi depresi klinis dan subklinis lebih tinggi terjadi diantara perempuan. Studi Marcotte (2002) terhadap populasi di Canada dan Amerika Serikat menemukan bahwa ada sekitar 20 – 35% remaja laki-laki mengalami depresi dan sekitar 25 – 40% terjadi pada perempuan.

Sepanjang hidupnya laki-laki memiliki resiko antara 8 - 12% terkena depresi unipolar, dan sekitar 25% perempuan Amerika akan mengalami depresi klinis selama kehidupannya (McGrath, dkk dalam Gladstone & Koenig, 2002). Kebanyakan data mengindikasikan tingginya prevalensi tidak seimbang ini dimulai saat remaja, yaitu selama periode usia 6 – 12 tahun. Tingkat depresi laki-laki dan perempuan relatif sama (Nolen-Hoeksema dalam Gladstone & Koenig, 2002). Namun selama periode remaja awal dan tengah, kelompok perempuan meningkat tajam sehingga jumlah penderita depresi perempuan dua kali lipat dibanding remaja laki-laki.

Menurut Pettersen dkk., (1991), ada tiga faktor penyebab terjadinya perbedaan karena gender dalam depresi, (1) karakteristik dari gender itu sendiri; (2) sumber-sumber untuk mengatasi masalah; dan (3) kejadian-kejadian menekan

yang dialami remaja laki-laki dan perempuan. Perubahan-perubahan pada saat pubertas baik fisik maupun hormonal yang terjadi pada remaja awal berpengaruh pada meningkatnya kesadaran remaja perempuan dan laki-laki atas tubuh dan jenis kelaminnya. Perubahan tersebut akan dipersepsikan secara berbeda oleh remaja perempuan dan laki-laki. Remaja perempuan memiliki penilaian negatif terhadap tubuhnya; sering merasa tidak puas dengan tubuhnya; merasa tubuhnya tidak menarik, kelihatan gemuk dan wajahnya tidak cantik. Sebaliknya, remaja laki-laki memersepsikan perubahan itu sebagai hal yang positif.

Penemuan epidemiologi mengindikasikan bahwa perbandingan 2 : 1 ini terus berlanjut dari remaja sampai dewasa, termasuk periode usia 18-24 tahun yang dikarakteristikan sebagai masa dewasa awal (Gladstone & Koenig, 2002). Berdasarkan hasil penelitian Hankin dkk. (dalam Calvete & Cardenoso, 2005), perbedaan depresi mulai tampak pada usia sekitar 13-15 tahun dan perbedaan mencolok terjadi pada usia 15-18 tahun; remaja perempuan lebih depresif dari pada remaja laki-laki. Itulah sebabnya peneliti akan mengkhususkan penelitian ini pada subjek remaja perempuan, karena perbedaan tingginya jumlah orang depresi pada remaja perempuan dengan laki-laki pada dasarnya telah nampak sejak memasuki periode usia remaja tengah. Maka peneliti memutuskan untuk menggunakan subjek perempuan sebagai penelitian.

Menurut Steinberg (2002), remaja perempuan memiliki hormon oksitosin, sedang laki-laki tidak. Hal ini menyebabkan remaja perempuan memiliki ketertarikan lebih tinggi pada hubungan interpersonal. Tingginya intensitas untuk berhubungan dengan orang lain, membuat remaja perempuan lebih tergantung

pada orang lain yang dianggap dapat memberikan dukungan sosial. Akibatnya, remaja perempuan lebih peka terhadap penolakan orang lain, mudah merasa tidak puas dengan hubungan interpersonal; sehingga kondisi ini diyakini sebagai resiko munculnya simtom depresi. Depresi adalah keadaan seseorang yang ditandai dengan kehilangan minat, kegembiraan, dan berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah serta menurunnya aktivitas (Maslim, 2001).

Bentuk depresi pada remaja tidak selalu ditunjukkan dengan kesedihan, dapat berupa perasaan mudah bosan, mudah terganggu, dan ketidakmampuan untuk mengalami rasa senang (Papalia, dkk, 2009). Nevid (2005) menyebutkan, individu yang mengalami depresi dapat diketahui dari ciri-ciri perubahan kondisi emosional mencakup; penuh air mata atau menangis, meningkatnya iritabilitas, kegelisahan, atau kehilangan kesabaran. Para penderita yang tidak memahami adanya hubungan antara pikiran dan perasaannya, maka tingkat depresinya semakin bertambah tinggi. Remaja dengan gangguan depresi akan menunjukkan gejala-gejala seperti perasaan sedih berkepanjangan, suka menyendiri, sering melamun, kurang nafsu makan atau makan berlebihan, sulit tidur atau tidur berlebihan, merasa lelah, lesu atau kurang bertenaga, merasa rendah diri, sulit konsentrasi dan sulit mengambil keputusan. Selain itu perasaan putus asa, gairah belajar berkurang, tidak ada inisiatif, hipo atau hiperaktif juga menjadi gejala-gejala depresi yang sangat mengganggu kehidupan remaja sendiri maupun lingkungan (Jiwo, 2012).

Peneliti melakukan observasi dan wawancara sebelum melakukan intervensi lebih lanjut. Dari hasil wawancara kepada pembina di BPRSW didapatkan informasi bahwa diantara remaja-remaja perempuan tersebut ada yang mengalami kesulitan berkonsentrasi terhadap aktivitas sehari-hari, sulit tidur, kehilangan nafsu makan dan merasa mudah lelah. Dari pernyataan pembina di BPRSW tersebutlah peneliti merasa harus menindaklanjuti permasalahan depresi yang dialami oleh para remaja perempuan yang ada di BPRSW, karena apabila tidak segera diatasi maka akan berdampak buruk pada masa depan remaja tersebut. Seperti halnya tidak dapat mengikuti kelas bidang yang ada di BPRSW; kelas menjahit, kelas masak dan kelas kecantikan dll. Apabila para remaja tersebut tidak bisa mengikuti pelajaran bidang tersebut, maka mereka tidak akan memiliki keahlian khusus yang telah tersertifikasi, sehingga dapat mereka gunakan untuk bekerja setelah keluar dari BPRSW.

Menurut Purwanti (Kurniawan, 2011), remaja merupakan aset terbesar dalam pembangunan. Hal ini berarti remaja harus dipersiapkan sedemikian rupa agar remaja tumbuh dan berkembang menjadi generasi muda yang tangguh, terutama dalam mental, kreativitas, jiwa ksatria, inovatif dan produktif. Apabila tidak dicegah atau diatasi, depresi berakibat sangat merugikan bagi remaja. Bunuh diri adalah salah satu dampak yang paling berat, sedangkan dampak lain muncul dalam bentuk penyalahgunaan napza, tidak fokus pada pelajaran, mengalami gangguan tidur, perubahan nafsu makan, dan lain sebagainya (Kurniawan, 2011). Mengacu pada teori di atas, maka peneliti lebih memfokuskan

untuk segera menindaklanjuti permasalahan depresi yang dialami oleh remaja di BPRSW.

Menurut Davis (2005), depresi dapat diminimalkan dengan banyak metode seperti konseling, psikoterapi dan pemberian obat, walaupun penyembuhan depresi melalui obat bagi anak-anak masih kontroversial. Beberapa jenis terapi untuk menurunkan depresi diantaranya adalah terapi keluarga, *cognitive behavior therapy* atau CBT (Weersing & Weisz, 2002), hipnoterapi (Needleman, 2009), *eye movement desensitization and reprocessing* atau EMDR (Connor & Butterfield, 2003). Beberapa terapi tersebut menggunakan fungsi kognitif klien untuk mengurangi gejala depresi. EMDR, memadukan antara pergerakan mata, trauma, penguatan kembali serta *verbalization* (Connor & Butterfield, 2003). Teknik utama EMDR adalah pergerakan yang dapat divariasikan dengan pergerakan benda maupun suara tertentu. Menurut Cook & Bradshaw, (2002) menggunakan teknik EMDR ini kemudian mengembangkannya, sehingga muncullah terapi *Observed & Experiential Integration* (OEI).

Banyak orang menduga bahwa EMDR dan OEI merupakan teknik yang serupa. Pada prakteknya, meskipun OEI dikembangkan dari EMDR, ada beberapa perbedaan yang membuat kedua teknik ini tidak dapat dikatakan sama. Beberapa perbedaan tersebut menurut Bradshaw (2002) antara lain, EMDR menggunakan kedua mata, sedangkan OEI menggunakan satu mata pada waktu tertentu dan terkadang juga kedua mata dapat digunakan. EMDR tidak selalu menggunakan penglihatan, dapat digunakan suara atau sentuhan untuk menstimulasi otak, sedangkan OEI menggunakan penglihatan untuk menemukan perasaan tidak

nyaman melalui pergerakan mata. Perbedaan selanjutnya yaitu bahwa EMDR tidak memiliki teknik untuk mengatasi efek samping (mual, sesak nafas sampai leher kaku), tidak memberi perhatian pada perhentian pergerakan mata, tidak memberikan solusi atas munculnya artifak (seperti; pusing, mual, atau kekakuan), sedangkan OEI menggunakan *release point* dalam menangani efek samping, memberikan perhatian pada pergerakan mata serta mengurangi artifak yang muncul. Selain itu, EMDR tidak mengecek apakah ada transferens antara terapis dengan klien, sedangkan OEI sebaliknya, ada sesi cek transferens individu maupun kelompok untuk menghindari subjektivitas.

Adapun persamaan EMDR dan OEI adalah menggunakan kedua mata, membantu mengurangi trauma, serta mengurangi gejala depresi melalui otak. Selain perbedaan dan persamaan, kelebihan OEI dibandingkan EMDR adalah OEI sangat memerdulikan perasaan klien selama terapi, memerdulikan efek samping yang muncul selama terapi, serta memiliki teknik untuk mengurangi perasaan-perasaan tidak nyaman, maupun efek samping yang muncul seperti pusing dan mual. Kelebihan dari teknik OEI adalah tidak mewajibkan klien untuk mengungkapkan seluruh kejadian traumatik yang menyebabkan depresi dalam bentuk kata-kata. Sedangkan EMDR lebih fokus pada bayangan yang muncul pada saat terapi, serta tidak adanya teknik maupun perhatian pada efek samping yang muncul pada klien. Meskipun demikian, kekurangan dari OEI adalah tidak dapat digunakan pada klien yang menderita gangguan penglihatan yang parah, sebab inti mekanisme OEI adalah pergerakan mata.

Observed & Experiential Integration (OEI) merupakan terapi yang menggunakan teknik pergerakan mata. Terapi ini menggunakan dasar pemikiran *neuropsychology* yang merupakan gabungan antara neurologi dan psikologi. Penelitian Goldstein dkk., (Brigita, 2010) menunjukkan hasil bahwa subjek penelitian yang melakukan gerakan mata saat sedang memikirkan mengenai ingatan yang mengganggu, mengalami respon relaksasi fisik secara otomatis. Penemuan ini mengindikasikan bahwa manusia memiliki mekanisme fisiologis internal yang mengaktivasi kesembuhan emosi saat diakses dan diatur secara tepat. Gabungan dua hal tersebut didasari bahwa kondisi psikologis seseorang dapat memengaruhi kondisi fisik seseorang, demikian sebaliknya.

Tujuan terapi OEI adalah mengubah suatu persepsi dari merasakan kembali (*re-experiencing*) sehingga cenderung menghindari (*avoided*) menjadi ingatan masa lalu yang tidak terlalu memengaruhi (*remembering*). Selanjutnya menurunkan gejala *hyperarousal* dan *avoidance*, dan meningkatkan respon menenangkan (Bradshaw, 2003). Ketiga tujuan utama terapi OEI dilakukan melalui pergerakan mata. Rasionalisasi terapi OEI adalah bahwa kedua mata memiliki koneksi langsung dengan kedua *hemisphere* dalam otak, sebagian visual yang ditangkap oleh mata diteruskan ke bagian otak *ipsilateral*, sedangkan sebagian yang lain ke bagian *contralateral*, gambaran peristiwa ditangkap melalui mata dan dihantarkan pada satu bagian ke bagian yang lain. Pada suatu peristiwa tertentu, gambaran diintegrasikan oleh satu bagian saja melalui satu atau kedua mata. Pada orang normal penghantaran ke dua bagian otak ini mengirimkan sinyal yang seimbang (Bradshaw, 2008).

Ketika seseorang mengalami depresi terjadi kelebihan sinyal pada salah satu sisi otak (bisa kanan atau kiri). Kelebihan sinyal di salah satu sisi menyebabkan seseorang menjadi lebih sensitif dan reaktif. Kelebihan sinyal ini perlu dialirkan pada sisi yang lainnya, sehingga ada kontrol emosional pada klien. Pengaliran sinyal atau penyatuan dalam OEI disebut integrasi. Integrasi kedua jalur mata dapat terjadi dengan menggerakkan satu atau kedua mata dalam waktu tertentu (Bradshaw, 2008), sehingga sinyal yang berlebih dapat disalurkan pada bagian otak yang tidak kelebihan sinyal. Teknik yang digunakan dalam terapi OEI adalah mengaktifkan emosi pasien melalui otak kecil dan berkaitan langsung dengan mata, sehingga dengan terapi OEI ada integrasi fungsi kortikal. Dengan adanya integrasi fungsi kortikal tersebut subjek mendapat pemahaman mengenai kejadian yang membuat seseorang menjadi depresi (Bradshaw, 2008).

Saat peristiwa depresif terjadi, meskipun peristiwa tersebut telah terlewati namun persepsi terhadap peristiwa tersebut (seperti apa yang dilihat dan apa yang dirasakan) akan membuat klien terjebak dengan perasaan-perasaan tersebut. Persepsi tersebut yang seringkali kurang terselesaikan dengan *talk therapy*. Meskipun demikian, proses konseling dalam OEI tetap memiliki peranan. Setelah melakukan terapi OEI, pikiran klien akan terbuka dengan hadirnya informasi baru, sehingga terkadang klien ingin mengungkapkan sesuatu yang selama ini dipendam untuk membuatnya merasa tenang. Dalam proses konseling terdapat empati yang dimunculkan oleh terapis terhadap klien. Hal tersebut dapat meningkatkan perasaan percaya dan nyaman klien terhadap terapis sehingga tujuan terapi tercapai (Bradshaw, 2008).

Kasus depresi seringkali terhenti ditengah penyelesaian bahkan mungkin menghilang, karena subjek mengalami kesulitan dalam mengungkapkan perasaan maupun peristiwa yang dialaminya. Teknik OEI yang digunakan dalam penelitian ini mencoba mengintegrasikan sistem neurobiologis pada otak yang berpengaruh pada psikologis subjek melalui pergerakan mata, sehingga subjek tidak perlu mengungkapkan perasaan maupun peristiwa yang dialaminya apabila tidak menghendaknya. Meskipun demikian terapi OEI memiliki kekurangan yaitu terapi OEI tidak dapat digunakan pada pasien atau penderita gangguan penglihatan yang parah, sebab inti mekanisme terapi OEI adalah pergerakan mata. Meski terapi OEI memiliki kelemahan namun terapi OEI juga memiliki kelebihan, sehingga peneliti tertarik untuk menerapkan terapi OEI pada subjek dengan gejala depresi yaitu kelebihan terapi OEI dibandingkan dengan terapi lain khususnya EMDR, yaitu (a) mengubah suatu persepsi dari merasakan kembali (*re-experiencing*), sehingga cenderung menghindari (*avoided*) menjadi ingatan masa lalu yang tidak terlalu memengaruhi (*remembering*); (b) menurunkan gejala *hyperarousal* dan *avoidance*; (c) meningkatkan respon menenangkan (d) terapi OEI sangat mementingkan perasaan subjek selama terapi serta memiliki teknik untuk mengurangi perasaan-perasaan tidak nyaman maupun efek samping yang muncul seperti pusing atau mual. (Bradshaw dalam Brigita, 2010). Tujuan tersebut sesuai untuk diterapkan pada kondisi subjek remaja perempuan di Balai Perlindungan Rehabilitas Sosial Wanita (BPRSW) yang mengalami depresi. Sedangkan menurut hasil wawancara dan observasi yang peneliti lakukan dengan Kepala dan Pembina di BPRSW, terapi yang selama ini dilakukan untuk

mengurangi gejala depresi yang dialami oleh pasien penderita depresi hanya menggunakan obat-obatan saja, belum ada terapi khusus yang dilakukan untuk menurunkan gejala depresi tersebut.

Berdasarkan beberapa hal yang telah dijabarkan di atas, maka disimpulkan rumusan permasalahan dalam penelitian ini adalah apakah terapi OEI dapat menurunkan gejala depresi pada remaja perempuan di BPRSW?

B. Tujuan dan Manfaat Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi OEI terhadap penurunan depresi pada remaja perempuan di BPRSW. Penelitian ini diharapkan memberikan manfaat sebagai berikut :

1. Secara Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan teoritis tentang pengaruh terapi OEI untuk penurunan depresi pada remaja perempuan di BPRSW.

2. Secara Praktis

Jika hipotesis yang peneliti ajukan diterima, yang menyatakan bahwa terapi OEI berpengaruh terhadap penurunan depresi pada remaja perempuan di BPRSW, maka terapi OEI dapat direkomendasikan untuk mengatasi depresi pada remaja perempuan.

C. Keaslian Penelitian

Beberapa penelitian mengenai depresi telah banyak dilakukan di Indonesia maupun di luar negeri, antara lain:

1. Penelitian Sharry, dkk. (dalam Radiani, 2015), terhadap sejumlah mahasiswa yang mengalami depresi menunjukkan bahwa pelatihan Cognitive Behavior Therapy efektif mengurangi depresi pada mahasiswa yang mengalami kesulitan belajar. Penelitian ini melibatkan 80 orang mahasiswa, 40 orang dalam kelompok kontrol dan 40 orang lainnya dalam kelompok eksperimen. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan signifikan tingkat depresi pada mahasiswa sebelum dan sesudah pemberian terapi CBT yaitu $t = 2,675$

dengan $p < 0,01$. Perbedaan dengan penelitian Sharry adalah pada subjek penelitiannya yaitu mahasiswa yang mengalami kesulitan belajar sedangkan penelitian ini subjek penelitiannya remaja yang berada di lembaga sosial dan terapi yang digunakan untuk menurunkan depresi. Pada penelitian Sharry menggunakan CBT untuk menurunkan depresi sedangkan penelitian ini menggunakan terapi OEI untuk menurunkan depresi.

2. Penelitian Retnowati (dalam Oktarini, 2014), dengan judul *Efektivitas Terapi Kognitif dan Terapi Perilaku pada Penanganan Gangguan Depresi*. Penelitian ini diberikan pada mahasiswa dengan memanfaatkan terapi kognitif dan terapi perilaku. Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan sindrom depresi setelah diberikan terapi kognitif & terapi perilaku pada kelompok eksperimen ($F=3,702$; $p < 0,05$). Perbedaan dengan penelitian Retnowati, adalah pada subjek penelitiannya yaitu mahasiswa. Perbedaan dengan penelitian ini terdapat pada terapi yang digunakan untuk menurunkan depresi yaitu penelitian Retnowati menggunakan terapi kognitif dan terapi perilaku, sedangkan pada penelitian ini menggunakan terapi OEI untuk menurunkan depresi.
3. Penelitian Lubis (dalam Radiani, 2015), dengan judul *Cognitive Behavior Therapy (CBT) untuk Menurunkan Depresi pada Individu yang Mengalami Penyakit Kanker*. Hasil penelitian Lubis, menunjukkan bahwa CBT dapat mengurangi tingkat depresi pada penderita kanker, seperti berkurangnya perasaan cemas, memiliki tujuan hidup, lebih banyak bersyukur, timbul keyakinan pada diri, semangat yang semakin meningkat, tidak mudah marah,

tidur lebih nyenyak, kegelisahan berkurang, nafsu makan menjadi lebih baik, dan memiliki harapan untuk hidup lebih baik ($F=4,482$; $p<0,05$). Perbedaan dengan penelitian ini terletak pada subjek penelitian dan terapi yang digunakan untuk menurunkan depresi, pada penelitian Lubis, subjek penelitiannya merupakan individu yang mengalami penyakit kanker, sedang pada penelitian ini subjek penelitiannya remaja yang berada di lembaga sosial. Sedangkan terapi yang digunakan juga berbeda yaitu pada penelitian Lubis menggunakan CBT, pada penelitian ini menggunakan terapi OEI.

4. Penelitian Yuliza (dalam Oktarini,2014), dengan judul *Terapi Kognitif Perilaku Religius untuk Menurunkan Depresi pada Mahasiswa*. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan tingkat depresi setelah diberikan terapi kognitif perilaku Religius dan yang tidak diberikan terapi ($Z = -3,258$; $p<0,01$). Perbedaan dengan penelitian Yuliza adalah penggunaan individu pada mahasiswa dan menggunakan terapi kognitif perilaku religiusitas untuk menurunkan depresi. Sedangkan pada penelitian ini subjek penelitiannya remaja yang berada di lembaga sosial dan menggunakan terapi OEI.
5. Penelitian Anggadewi (2010), dengan judul *Observed &Experiential Integration (OEI) untuk Menurunkan Gejala Stres Pasca Trauma (PTSD) pada Perempuan Korban Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT)*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hipotesis diterima dimana Observed & Experiential Integration (OEI) dapat menurunkan gejala stres pasca trauma pada perempuan korban KDRT ($t = 39,0$; $p = 0,001$). Perbedaan dengan penelitian Anggadewi adalah pada subjek penelitian yang digunakan, peneliti

memberikan perlakuan terapi OEI pada remaja perempuan yang mengalami depresi, sedangkan penelitian Anggadewi, subjek penelitiannya dilakukan pada perempuan korban KDRT.

Dari ke lima penelitian di atas, perbedaan penelitian yang peneliti lakukan terletak pada subjek penelitian ini yaitu remaja perempuan dengan gangguan depresi di Lembaga Sosial, pada penelitian sebelumnya yang menjadi subjek penelitiannya adalah pasien rumah sakit yang mengalami depresi, mahasiswa yang mengalami depresi, dan penderita kanker yang mengalami depresi, perempuan korban KDRT dan perbedaan selanjutnya pada teknik terapinya yaitu pada penelitian sebelumnya menggunakan; hipnoterapi, terapi kognitif, terapi perilaku religiusitas, dan Cognitive Behavior Therapy (CBT). Pada penelitian ini menggunakan terapi *Observed & Experiential Integration* (OEI). Pada hasil penelitian yang telah dilakukan Bradshaw (dalam Anggadewi, 2010), klien Bradshaw yang mengalami traumatis semasa sekolah ± 45 tahun lalu diberikan terapi OEI memiliki hasil yang luar biasa. Selanjutnya Bradshaw (2008) mengungkapkan bahwa penerapan terapi OEI tidak hanya terbatas pada orang dewasa melainkan juga dapat digunakan pada anak-anak, pasangan, keluarga serta dapat digunakan pada pasien dengan budaya-budaya tertentu, seperti di Indonesia dan Korea.

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa penelitian yang dilakukan merupakan penelitian yang masih asli bukan hasil plagiat terhadap penelitian yang telah dilakukan sebelumnya.