

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Depresi pada Remaja

1. Pengertian Depresi

Hampir semua individu pernah mengalami depresi, yang ditandai dengan perasaan sedih, perasaan duka dan tidak tertarik pada aktivitas menyenangkan. Depresi merupakan respon terhadap stres kehidupan. Diantara situasi yang sering mencetuskan depresi adalah kegagalan di sekolah atau pekerjaan, dan kehilangan orang yang dicintai dan disayanginya. Depresi dianggap abnormal hanya jika berlangsung dalam kurun waktu yang lama (Atkinson, 1993). Depresi merupakan salah satu gangguan *mood* atau emosional karena gambaran yang menonjol pada penderita depresi adalah terganggunya emosi. Menurut Masella dkk (dalam Meiwati, 1994) bahwa depresi merupakan suatu gangguan yang umum, dan dapat terjadi pada siapa saja, namun berbeda di dalam mengekspresikannya tergantung pada individu yang bersangkutan.

Gangguan depresi dapat diawali dengan munculnya perasaan-perasaan negatif antara lain; kesedihan, keputusasaan, kekecewaan yang dialami oleh seseorang secara berulang kali. Namun demikian depresi berbeda dengan kesedihan, kekecewaan atau keputusasaan seperti biasanya terjadi. Perbedaan ini terdapat pada intensitas dan lamanya peristiwa-peristiwa negatif tersebut terjadi. Seseorang dapat dikatakan depresi apabila kesedihan, kekecewaan dan keputusasaan tersebut berkembang, sehingga terjadi gejala-gejala selanjutnya

Yang memengaruhi fungsi-fungsi psikologi dan fisiologi (Witting & Williams dalam Meiwati, 1994).

Menurut Supratiknya (dalam Oktarini, 2014) menyebutkan bahwa depresi merupakan reaksi terhadap situasi yang menekan dengan kesedihan dan kepatahan hati yang luar biasa dan (sering) tidak dapat dipulihkan sesudah sekian lama. Orang-orang yang terkena gangguan depresi akan mengalami perubahan *mood* yang amat dramatis dari hari ke hari, minggu ke minggu. Sedangkan menurut Hadi (2004) depresi adalah suatu pengalaman yang menyakitkan, atau suatu perasaan tidak ada harapan lagi. Bila seorang terus merasa tidak berguna atau depresi selama hidupnya mungkin ada kaitannya dengan pengalaman masa kecilnya yang membuat memiliki *self esteem* yang rendah. Misalnya terjadi pada orang-orang yang pada masa kanak-kanaknya pernah mengalami *child abuse*, diacuhkan, direndahkan oleh anggota keluarga atau teman-temannya. Menurut ahli lain seperti Staab & Fieldman (dalam Oktarini, 2014) mengatakan bahwa depresi sebagai suatu penyakit yang menyebabkan gangguan perasaan dan emosi yang dimiliki oleh penderita. Penderita mengalami suasana perasaan yang "Jatuh" dari waktu ke waktu dalam kehidupan mereka. Namun depresi terjadi bila orang secara konsisten menemukan diri mereka dalam suasana tertekan setiap hari melebihi periode dua minggu.

Menurut Chaplin (2002) depresi dibagi menjadi dua pengertian. Pertama adalah pada orang normal, depresi merupakan keadaan kemurungan (kesedihan, patah semangat) yang ditandai dengan perasaan tidak pas,

menurunnya kegiatan dan pesimisme menghadapi masa yang akan datang. Pengertian yang kedua adalah pada kasus patologis, dimana depresi merupakan ketidakmauan yang ekstrim untuk mereaksi pada stimulus disertai dengan menurunnya nilai diri, delusi, ketidakpastian, tidak mampu dan putus asa. Depresi biasanya terjadi saat stres yang dialami oleh seseorang tidak kunjung reda. Depresi yang dialami berkolerasi dengan kejadian dramatis yang menimpa seseorang seperti kematian seseorang, kehilangan pekerjaan, komunikasi yang kurang efektif antara satu dengan yang lain. Sedangkan menurut Beck (2003) memberikan batasan mengenai depresi dengan atribut-atributnya yaitu: perubahan suasana hati yang spesifik, seperti kesedihan, kesepian; konsep diri negatif disertai dengan perasaan-perasaan menyalahkan dan mencela diri sendiri; keinginan untuk menghindar, sembunyi atau mati; perubahan-perubahan vegetatif, seperti tidak ada nafsu makan, tidak dapat tidur dan kehilangan dorongan seksual; perubahan tingkat aktivitas, seperti retardasi atau agresi.

Menurut Beck (dalam McDowell & Newel, 1996) mendefinisikan depresi sebagai keadaan abnormal organisme yang dimanifestasikan dengan simtom-simtom seperti; menurunnya mood subjektif, merasa pesimis, dan rasa sikap nihilistik, kehilangan kespontanan dan gejala negatif (seperti kehilangan berat badan dan gangguan tidur). Depresi juga merupakan gangguan kompleks yang meliputi gangguan afeksi, kognisis, motivasi dan komponen perilaku. Depresi merupakan suatu kelaianan menyangkut perasaan dasar (*mood*). Depresi merupakan gangguan suasana hati (*mood*) berupa perasaan negatif. Penderita

merasa tertekan, putus asa, merasa bersalah, tidak berharga, tidak mempunyai harapan, tidak bergairah, apatis dan mengalami kesedihan yang mendalam dan berlangsung lama, ditandai dengan gejala-gejala dan tanda-tanda spesifik yang secara substansial mengganggu kewajaran tindakan dan perilaku seseorang, sehingga penderita tidak dapat berfungsi secara adekuat. (Beck dalam Akbar, dkk, 2009)

Dari penjelasan di atas maka dapat disimpulkan bahwa depresi merupakan suatu gangguan yang umum yang dapat terjadi pada setiap individu, namun depresi menjadi bermasalah karena gambaran yang menonjol pada penderita depresi adalah terganggunya emosi dan *mood*, sehingga dapat memengaruhi kondisi psikologis dan fisiologis dari individu tersebut.

2. Gejala-gejala Depresi

Walaupun depresi ditandai dengan adanya gangguan emosi, sesungguhnya terdapat empat kelompok gejala depresi. Selain gejala emosional, terdapat gejala kognitif, motivasional dan fisik. Seorang individu tidak harus memiliki ke empat gejala tersebut untuk mendapatkan diagnosis sebagai penderita depresi, tetapi lebih banyak terlihat dari gejala yang dimiliki, semakin kuat gejalanya, maka semakin pasti diyakini bahwa individu tersebut menderita depresi. Kesedihan dan kekesalan adalah gejala emosional paling menonjol pada depresi. Individu merasa putus asa dan tidak berdaya, sering kali menangis dan mungkin mencoba bunuh diri. Gejala lain yang menonjol pada depresi adalah hilangnya kegembiraan atau kepuasan dalam hidup. Aktivitas

yang biasanya menghasilkan kepuasan tampaknya menjadi tumpul, begitu juga minat dan hobi, rekreasi dan aktivitas keluarga (Meiwati, 1994).

Gejala kognitif terjadi terutama dalam bentuk pikiran negatif. Individu yang mengalami depresi cenderung memiliki kepercayaan diri yang rendah, merasa tidak adekuat dan menyalahkan diri sendiri atas kegagalannya. Mereka merasa putus asa tentang masa depan dan pesimis bahwa mereka dapat melakukan sesuatu untuk memperbaiki hidupnya. Individu yang mengalami depresi cenderung pasif dan sulit memulai aktivitas. Hal ini dibuktikan dari penelitian Corey, dkk., (1993) yang menunjukkan tingginya tingkat depresi berhubungan dengan frekuensi aktivitas-aktivitas yang tidak menyenangkan. Gejala fisik depresi antara lain hilangnya nafsu makan, gangguan tidur, kelelahan dan hilangnya energi. Sedangkan dalam (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa, 1993) PPDGJ III, dinyatakan bahwa seseorang menderita gangguan depresi ditandai dengan adanya kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang menyebabkan seseorang tersebut mudah merasa lelah meskipun hanya bekerja ringan. Gejala lain yang sering muncul antara lain :

- a. Konsentrasi dan perhatian berkurang.
- b. Harga diri dan kepercayaan berkurang.
- c. Gagasan tentang perasaan bersalah dan tidak berguna.
- d. Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis.
- e. Gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri.
- f. Tidur terganggu (*insomnia*) dan nafsu makan berkurang.

Penderita depresi yang sudah parah sering kali berlangsung mengalami delusi dan halusinasi, yang menandakan hilangnya kontak dengan realita. Menurut Martin (dalam Meiwati, 1994) bahwa delusi merupakan keyakinan seseorang yang tidak sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya, sedangkan halusinasi adalah persepsi seseorang terhadap suatu objek atau kejadian pada stimulus eksternal yang sebenarnya tidak ada.

Menurut Beck (dalam Ginting, 2013) secara garis besar simtom-simtom yang nampak pada penderita depresi dapat diklasifikasikan menjadi empat yaitu :

- a. Simtom afektif meliputi; kesedihan, hilangnya kesenangan, apatis, hilangnya perasaan cinta terhadap orang lain, hilangnya respon terhadap kegembiraan dan kecemasan.
- b. Simtom motivasional; adanya harapan untuk melarikan diri dari kehidupan, (biasanya adanya keinginan untuk bunuh diri) keinginan untuk menghindari dari masalah, meskipun hanya masalah kehidupan sehari-hari.
- c. Simtom kognitif meliputi; kesulitan konsentrasi, perhatian terhadap masalah sempit, kesulitan mengingat, adanya pola pikir yang menyimpang (*cognitive distortion*) yang meliputi pandangan negatif terhadap dirinya sendiri, dunia dan masa depannya, persepsi keputusasaan, hilangnya harga diri, rasa bersalah dan penyiksaan terhadap dirinya sendiri.
- d. Simtom perilaku, merupakan refleksi simtom-simtom meliputi; kepasifan, menarik diri dari hubungan dengan orang lain. Simtom fisik atau vegetatif

meliputi; gangguan tidur, gangguan nafsu makan (meningkat atau bahkan nafsu makan menurun).

Dari penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa ada beberapa gejala-gejala depresi pada individu yang dapat dikenali yaitu; simtom afektif, simtom motivasional, simtom kognitif, dan simtom perilaku.

3. Teori Depresi

Teori kognitif tentang depresi yang dipelopori oleh Beck, beranggapan bahwa proses kognitif memainkan peran penting dalam timbulnya reaksi emosional berdasar pada observasi klinis. Beck mengemukakan bahwa pada penderita depresi sistem keyakinannya didominasi oleh *negative cognitive schemata depressogenic schemata* yaitu keyakinan negatif yang tersimpan dalam ingatan dan fungsinya sebagai pengatur yang akan melawan semua informasi yang baru masuk (Beck dalam Ginting, 2013). Pada penderita depresi, simtom kognitif, motivasional maupun simtom afektif dan simtom perilaku merupakan akibat adanya kesalahan pola berpikirnya dalam proses informasi yang masuk. Bila individu yang mempunyai skema depresogenik *negative life events* (mengalami peristiwa kehidupan yang menekan), maka ada kecenderungan untuk berkembang ke arah pola pikir menyimpang pada penderita depresi meliputi pandangan negatif pada diri, dunia dan masa depan yang dikenal dengan *negative cognitive triad* atau tritunggal pola fikir negatif (Beck dalam Ginting, 2013).

Aliran behaviorisme memandang depresi sebagai akibat langsung dari berkurangnya tingkat *reward* (penghargaan) yang diperoleh seseorang dalam

kehidupan sehari-hari. Semua orang membutuhkan semua rangsang penguah seperti makanan, kehangatan, rasa nyaman, afeksi, dan stimulasi. Jika seseorang kehilangan penguah tersebut, maka ia akan mulai mengalami depresi (Ahmad, 1994). Penghargaan yang rendah dan hukuman yang tinggi mengakibatkan gangguan depresi melalui tiga cara yaitu :

- a. Seseorang yang kurang bahkan tidak menerima penghargaan dan lebih banyak menerima hukuman secara umum akan mengalami kehidupan yang kurang menyenangkan.
- b. Jika perilaku seseorang tidak mendapatkan penghargaan atau hukuman, maka individu tersebut mempunyai penghargaan yang rendah terhadap dirinya dan mengembangkan konsep diri yang rendah.
- c. Jika suatu perilaku tidak diberi penghargaan atau hukuman, maka kecil kemungkinan perilaku tersebut diulang, sehingga aktivitas orang tersebut berkurang. Selanjutnya aktivitas tersebut akan mengakibatkan penghargaan yang diterima juga berkurang. Ketiga cara tersebut menjadi satu lingkaran yang akan mengakibatkan seseorang bertambah depresi. (Atamimi dalam Radiani, 2015)

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa ketiga teori tersebut menekankan aspek yang berbeda di dalam menerangkan sebab terjadinya depresi. Teori kognitif menekankan pada persepsi seseorang yang negatif tentang dirinya, dunianya dan masa depannya sebagai faktor yang menentukan terjadinya gangguan depresi. Seseorang yang menderita depresi tidak mempunyai kemampuan untuk mempertimbangkan hal yang menguntungkan

yang mungkin dapat dicapai baik pada saat ini, maupun yang akan datang. Sedangkan teori Psikoanalisis lebih menekankan pada agresi sebagai faktor penyebab terjadinya gangguan depresi. Sedangkan behaviorisme menekankan *reinforcement* dari lingkungan yang tidak lagi diperoleh seseorang sebagai faktor penyebab terjadinya depresi.

Selanjutnya penelitian ini mengacu pada teori kognitif, dikarenakan teori kognitif menekankan pada persepsi seseorang yang negatif tentang dirinya, dunianya dan masa depannya sebagai faktor yang menentukan terjadinya depresi. Hal tersebut sesuai dengan kondisi subjek yang berada di panti sosial sebagai tempat dilakukannya penelitian.

4. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Depresi

Faktor-faktor yang dapat memengaruhi depresi antara lain sebagai berikut:

a. Kemampuan individu dalam memecahkan masalah.

Efektifitas individu dalam memecahkan masalah ditentukan oleh *locus of control* (pengendalian diri) yang dimiliki oleh setiap individu. Individu yang memiliki pengendalian diri internal akan cenderung lebih efektif di dalam memecahkan suatu permasalahan, karena individu yang memiliki pengendalian diri internal akan dapat mengintropeksi kesalahan-kesalahan yang dapat menimbulkan permasalahan, sehingga individu tersebut akan lebih mudah memahami permasalahan yang muncul pada dirinya. Hal ini berbeda dengan individu yang memiliki pengendalian diri secara eksternal, karena individu tersebut cenderung mencari kambing hitam atau menyalahkan orang lain atas setiap permasalahan yang muncul, sehingga

hal tersebut tidak dapat memecahkan masalah bahkan akan memunculkan masalah baru bagi dirinya. Hasil penelitian Rotter (dalam Oktarini, 2014) menyimpulkan bahwa individu yang memiliki pengendalian eksternal banyak mengalami gangguan jiwa.

b. Pola pikir negatif.

Individu yang memiliki pola pikir negatif akan cenderung berkeyakinan bahwa dirinya kurang, tidak mampu dan tidak berharga dalam memandang dirinya, dunia dan masa depan. Penderita depresi cenderung membangun pengalamannya sebagai sesuatu yang gagal, kemiskinan, kekurangan dan penghinaan (Beck dalam Radiani, 2015).

c. Faktor kecemasan merupakan penyebab stres yang utama.

Individu yang mengalami kecemasan secara terus-menerus akan dapat mengalami gangguan depresi (Smith & Tay, 1994).

d. Faktor agresi.

Individu yang tidak dapat mengekspresikan kemarahannya terhadap individu lain, misalnya kemarahan anak terhadap orangtuanya, maka anak akan mengarahkan perasaannya ke dalam dirinya, sehingga ia menjadi depresi.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi individu mengalami depresi adalah sebagai berikut; kemampuan individu dalam memecahkan masalah, pola pikir negatif, faktor kecemasan dan faktor agresi.

5. Intervensi untuk Menurunkan Depresi

Beberapa jenis intervensi yang dapat digunakan untuk menurunkan tingkat depresi menurut Hill (2009) adalah sebagai berikut:

1. Terapi keluarga

Keluarga sebagai sebuah sistem membutuhkan fokus yang simultan pada struktur keluarga dan proses interaksi di antara komponen-komponen sistem itu dan bagaimana masing-masing bagian dapat memengaruhi interaksi orang lain dalam sistem tersebut. Nilai penting *homeostatis* atau keseimbangan juga berlaku dalam sistem keluarga. Bila salah satu komponen sistem keluarga berubah dengan cara tertentu, perubahan itu dapat berdampak pada sub-komponen (orang-orang) yang terdapat dalam sistem itu. Menurut Titelman (dalam Radiani 2015). Terapi keluarga digunakan untuk membangun keseimbangan dalam sistem keluarga. Proses dalam terapi keluarga yang paling penting dalam penurunan depresi adalah dalam bentuk dukungan dari setiap anggota keluarga sebagai komponen terpenting, sehingga nilai *homeostatis* dalam keluarga tercapai. Untuk memastikan adanya penurunan dapat diukur melalui tes BDI-II. Apabila jumlah skor nilai 0-19 dapat dijelaskan pada kategori depresi ringan dan terjadi penurunan.

2. *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

Menurut Beck (2003), intervensi *cognitive behavioral* menggunakan strategi kognitif dan behavioral dalam setiap sesinya. Komponen kognitif berfokus pada memelajari pola pikir negatif, identifikasi pikiran otomatis

dan keyakinan yang salah, merestrukturisasi ke pola yang lebih tepat, serta menemukan pikiran alternatif yang dapat mengurangi tingkat depresi. Terapis merestrukturisasikan kembali pikiran-pikiran irasional menjadi lebih rasional, memberikan pemaparan kepada subjek untuk diterima dan mengedukasikan dengan pemikiran-pemikiran rasional, untuk memastikan adanya penurunan dapat diukur melalui tes BDI-II. Apabila jumlah skor nilai 0-19 dapat dijelaskan pada kategori depresi ringan dan terjadi penurunan.

3. Psikoedukasi

Suatu pendekatan yang merupakan bentuk intervensi yang dilakukan untuk meningkatkan pemahaman atau ketrampilan sebagai usaha pencegahan atau meluasnya gangguan psikologis yang dialami seseorang setelah menjalani psikoterapi (Hill, 2009).

4. Terapi *Observed & Experiential Integration* (OEI).

Observed & Experiential Integration (OEI) merupakan teknik pergerakan mata. Terapi ini menggunakan dasar pemikiran *neuropsychology* yaitu gabungan antara neurologis dan psikologis. Penelitian Goldstein, dkk., (dalam 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 ini didasari bahwa kondisi psikologis

seseorang dapat memengaruhi kondisi fisik seseorang, demikian juga sebaliknya.

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). Selanjutnya teknik yang digunakan dalam terapi OEI adalah dengan mengaktifkan emosi subjek 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 peristiwa yang membuat subjek mengalami emosi tertentu yang menyebabkan subjek depresi. Subjek dengan gejala depresi biasanya, sulit mengungkapkan atau bahkan mungkin tidak mampu mengingat secara detil peristiwa traumatis atau depresif yang dialaminya. Saat peristiwa traumatis hingga menyebabkan depresi terjadi, meskipun peristiwa tersebut telah terlewati namun persepsi terhadap peristiwa tersebut (seperti apa yang dilihat dan apa yang dirasakan) akan membuat subjek terjebak dengan perasaan-perasaan tersebut. Persepsi tersebut yang seringkali kurang terselesaikan dengan *talk therapy*. Namun melalui terapi

OEI, pikiran subjek mulai terbuka dengan hadirnya informasi baru dan saat subjek mulai terbuka untuk informasi baru, maka subjek ingin mengungkapkan sesuatu yang selama ini dipendam untuk membuatnya merasa lebih tenang. Sehingga depresi yang dialami oleh subjek mulai berkurang.

Dari beberapa jenis intervensi psikologis yang dapat digunakan untuk menurunkan depresi, peneliti memilih terapi *Observed & Experiential Integration* (OEI) dalam penelitian ini. Terapi OEI membantu untuk memahami diri subjek serta perasaan-perasaan yang selama ini dipendam, tetapi OEI tidak akan langsung membuka permasalahan. Terapi OEI akan membuka dari luar ke dalam, mengurai lapis demi lapis sampai subjek benar-benar memahami dirinya beserta permasalahan yang dihadapi. Kelebihan OEI adalah subjek tidak perlu mengungkapkan apa yang dirasakan dan bayangan apa yang muncul apabila subjek tidak menghendaknya, karena terapi OEI akan mengurangi perasaan-perasaan yang terpendam akibat peristiwa tidak menyenangkan yang terjadi pada subjek. Subjek tidak perlu khawatir akan menghadapi pertanyaan-pertanyaan yang terkadang membuat subjek merasa terdesak, sebab terapi OEI sangat menghargai suatu proses.

B. Terapi *Observed Experiential Integration* (OEI)

1. Pengertian *Observed Experiential Integration* (OEI)

Observed & Experiential Integration (OEI) merupakan teknik pergerakan mata. Terapi ini menggunakan dasar *neuropsychology* yaitu gabungan antara neurologis dengan psikologis. Penelitian Goldstein, dkk., (dalam 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 dapat mengaktivasi kesembuhan emosi, saat diakses dan diatur secara tepat. Gabungan dua hal ini didasari bahwa kondisi psikologis seseorang dapat memengaruhi kondisi fisik seseorang, demikian juga sebaliknya.

Tujuan dari terapi *observed experiential integration* (OEI) yaitu mengubah suatu persepsi dari merasakan kembali (*re-experiencing*), sehingga cenderung menghindari permasalahan (*avoided*) menjadi ingatan masa lalu yang tidak terlalu mempengaruhi kehidupan subjek (*remembering*). Tujuan kedua adalah menurunkan gejala *hyperarousal* dan *avoidance*. Sedangkan tujuan ketiga adalah meningkatkan respon menenangkan (Bradshaw, 2003). Ketiga tujuan utama terapi OEI dilakukan melalui pergerakan mata.

Rasionalisasi terapi OEI berdasarkan pada kedua mata yang 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 (Bradshaw, 2003). Pada orang normal penghantaran ke dua bagian otak ini mengirimkan sinyal yang seimbang. Ketika seseorang mengalami gangguan depresi mental tertentu, proses penghantaran sinyal menjadi berlebihan 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 subjek. Pengaliran sinyal atau penyatuan dalam OEI disebut integrasi (Brigita, 2010).

Integrasi kedua jalur mata dapat terjadi dengan menggerakkan satu atau kedua mata dalam waktu tertentu, sehingga sinyal yang berlebih dapat disalurkan pada bagian otak yang tidak berlebihan sinyal (Bradshaw, 2008). Teknik yang digunakan dalam terapi OEI adalah dengan mengaktifkan emosi subjek 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 peristiwa yang membuat subjek mengalami emosi tertentu. subjek dengan gejala depresi misalnya, terkadang sulit mengungkapkan atau bahkan mungkin tidak mampu mengingat secara detil peristiwa traumatis atau depresif yang dialaminya. Saat peristiwa traumatis terjadi, meskipun peristiwa tersebut telah terlewati namun persepsi terhadap peristiwa tersebut (seperti apa yang dilihat dan apa yang dirasakan) akan membuat subjek terjebak dengan perasaan-perasaan tersebut.

Persepsi tersebut yang seringkali kurang terselesaikan dengan *talk therapy*. Meskipun demikian, proses konseling dalam terapi OEI tetap memiliki peranan.

Setelah melakukan terapi OEI, pikiran subjek terbuka dengan hadirnya informasi yang baru sehingga terkadang subjek ingin mengungkapkan sesuatu yang selama ini dipendam untuk membuatnya merasa tenang. Dalam proses konseling terdapat empati yang dimunculkan oleh terapis terhadap subjek, hal tersebut dapat meningkatkan perasaan percaya dan nyaman subjek terhadap terapis sehingga tujuan terapi tercapai. Dari penjelasan di atas maka dapat disimpulkan, bahwa teknik OEI yang digunakan dalam penelitian ini mencoba mengintegrasikan sistem neurobiologis pada otak yang berpengaruh pada psikologis subjek melalui pergerakan mata (*eye movements*), sehingga subjek tidak perlu mengungkapkan perasaan maupun peristiwa yang dialaminya apabila tidak menghendakinya.

2. Proses Terapi *Observed Experiential Integration* (OEI)

Menurut Bradshaw (dalam Brigita, 2010), terapi OEI terdiri atas dua sesi, yaitu sesi awal dan sesi terapi diakhiri dengan sesi penutup. Berikut dijelaskan langkah-langkahnya;

Sebelum memulai sesi terapi, ada sesi pengantar yaitu terapis membuka dengan perkenalan, *rapport*, penjelasan kembali terapi dan subjek diminta untuk mengisi lembar kerja yang sudah disediakan. Tujuannya supaya subjek mampu memahami permasalahan yang dihadapi, serta mampu memilah-milah permasalahan tersebut, subjek mengetahui yang menjadi inti permasalahan yang membuat subjek tidak nyaman. Selanjutnya subjek diminta menuliskan yang membuat subjek tidak nyaman dari yang paling ringan hingga yang benar-benar membuat subjek merasa sangat tidak nyaman (paling berat) akibat depresi yang subjek alami. Perkenalan dan *rapport* yang dilakukan oleh terapis sangat penting, karena terapi OEI membutuhkan kepercayaan dan keyakinan subjek terhadap terapis dimana subjek dapat menceritakan semua peristiwa yang membuat subjek depresi tanpa ragu-ragu, dan subjek mampu mengikuti semua intruksi dengan baik sehingga tujuan dari terapi dapat tercapai dengan maksimal.

Terapis memperkenalkan nama, usia, pekerjaan, dan hal-hal yang lain dalam cara-cara yang dapat membangun kepercayaan subjek, dan terapis menjelaskan kembali prosedur terapi dengan baik dan ringkas. Kemudian terapis menunjukkan lembar kerja sebelum sesi terapi dimulai, tujuannya supaya subjek mampu memahami permasalahan yang dihadapi, serta mampu

memilah-milah permasalahan tersebut, sehingga subjek mengetahui yang menjadi inti permasalahan yang membuat subjek tidak nyaman. Selanjutnya subjek diminta menuliskan yang membuat subjek tidak nyaman dari yang paling ringan hingga yang benar-benar membuat subjek merasa sangat tidak nyaman (paling berat) akibat depresi yang subjek alami. Kemudian masuk pada sesi terapi, prosedur terapi dilakukan subjek bersama terapis, terapis akan membantu untuk melakukan terapi dan selanjutnya subjek dapat melakukannya sendiri di rumah. Berikut beberapa tahapan terapi:

a. Sesi Awal

a) Menjelaskan dinamika dari integrasi satu mata.

Terapi OEI membantu subjek untuk memahami diri individu serta perasaan-perasaan yang selama ini subjek pendam. Terapi OEI tidak akan langsung membuka pemasalahan. Tetapi terapi OEI akan membuka dari luar ke dalam, mengurai lapis demi lapis sampai subjek benar-benar mampu memahami diri beserta permasalahan yang dihadapi. Kelebihan OEI adalah subjek tidak perlu mengungkapkan apa yang dirasakan dan bayangan apa yang muncul apabila individu tidak menghendaknya karena terapi OEI akan membantu individu mengurangi perasaan-perasaan yang terpendam, akibat peristiwa menyakitkan yang terjadi. Subjek tidak perlu takut akan mendapatkan pertanyaan-pertanyaan yang membuat individu merasa tertekan, karena terapi *observed experiential integration* (OEI) sangat menghargai suatu proses.

b) Cek mata dominan

Cek mata dominan adalah dengan cara meluruskan jari hingga satu garis dengan salah satu objek. Kemudian mata ditutup bergantian sambil fokus pada jarak antara objek dengan jari. Letak jari yang paling mendekati dengan objek adalah mata dominan. Tujuan dari cek mata dominan adalah untuk mengetahui mata dominan menangkap visual peristiwa traumatis yang menyebabkan depresi, sehingga penurunan gejala dapat difokuskan pada mata yang dominan.

c) Cek transferens

Tujuan dari cek transferens adalah untuk menurunkan transferens yang mungkin terjadi antara subjek dengan terapis sehingga proses terapi dapat berjalan dengan lancar tanpa terganggu oleh persepsi tertentu terhadap terapis. Teknik cek transferens sama seperti teknik *switching* (membuka dan menutup mata secara bergantian), namun subjek fokus pada terapis yang berpindah-pindah tempat yaitu terapis menjauh dan mendekat sambil menanyakan apakah ada perubahan pada bentuk badan terapis (besar-kecil, tinggi-rendah, gelap-terang, perasaan-perasaan yang muncul). Proses cek transferens tergantung transferens yang terjadi pada subjek.

b. Sesi Terapi

- 1) Menanyakan pada subjek tentang kondisi yang dirasakan selama 7 hari terakhir.

2) Memilih target perilaku

Terapis membantu subjek untuk memilih perilaku yang mengganggu diri subjek, sehingga subjek mampu memahami permasalahan yang dihadapi serta mampu memilah-milah permasalahan yang subjek hadapi, dengan demikian didapatkan inti dari permasalahan yang membuat subjek merasa tidak nyaman.

3) *Switching* (membayangkan peristiwa depresif, mata kanan dan kiri ditutup

secara bergantian). Dimana subjek diminta fokus pada satu titik di depan subjek, kemudian subjek diminta oleh terapis untuk menutup mata kanan dan kiri secara bergantian, dengan sambil menanyakan perasaan emosional yang terjadi pada subjek, maupun reaksi fisik yang muncul pada diri subjek. Tujuan dari *Switching* adalah menurunkan perasaan tidak nyaman terhadap suatu peristiwa yang berkaitan dengan depresi yang dialami oleh subjek, waktu yang diperlukan dalam proses ini tergantung pada kondisi yang dialami oleh subjek.

4) Cek efek samping, & *release point* bila diperlukan, biasanya efek samping

yang ditimbulkan oleh terapi *observed experiential integrattion* (OEI) adalah subjek biasanya mengalami pusing, mual dan terkadang sampai muntah. Hal ini terjadi pada subjek yang mengalami peristiwa yang berat dalam kehidupannya.

5) *Glitch Work* (menggerakkan jari secara perlahan di depan mata subjek

sampai ditemukan getaran pada mata subjek), *Glitch* merupakan gerakan kecil pada mata yang ditemukan oleh terapis dimana gerakan kecil (*glitch*)

tersebut akan dibersihkan oleh terapis. *Glitch* menunjukkan adanya simpanan memori yang pada dasarnya tidak ingin diingat oleh subjek.

- 6) Cek efek samping, dan *release point* bila diperlukan. biasanya efek samping yang ditimbulkan oleh terapi OEI adalah subjek mengalami pusing, mual dan terkadang sampai muntah. Hal ini terjadi pada subjek yang mengalami peristiwa yang berat dalam hidup.
- 7) *Sweep* (pembersihan *glitch* dengan menggerakkan jari dari tempat munculnya *glitch* ke arah lain). *Sweeps* merupakan proses penurunan *glitch* dimana individu atau subjek akan diminta menutup satu mata kemudian diminta untuk mengikuti jari yang diletakkan pada jarak $\pm 10 - 15$ cm dari telinga digerakkan sampai hidung secara bergantian. Pada proses ini terapis akan melakukan beberapa variasi yang dikombinasikan seperti gerakan menarik ke belakang, kanan, kiri, dan sebagainya. Proses ini juga tergantung dari kondisi klien.
- 8) Penutup (relaksasi)

Sesi ini membantu subjek lebih tenang dan rileks. Terapis memberikan terapi safe place dan terapi pernafasan kepada subjek. Relaksasi sebagai penutup dilakukan untuk menenangkan dan mengembalikan subjek pada kondisi yang stabil.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa proses terapi OEI terdiri dari sesi awal dan sesi terapi dan diakhiri dengan relaksasi sebagai penutup tujuannya dilakukan relaksasi diakhir terapi OEI karena relaksasi

yang dilakukan membantu subjek untuk mengembalikan diri subjek pada kondisi yang stabil dan kembali pada dunia nyata subjek pada saat ini.

C. Pengaruh *Observed Experiential Integration* (OEI) untuk Menurunkan Depresi pada Remaja Perempuan di BPRSW Yogyakarta.

Setiap fase perkembangan, setiap orang akan memiliki permasalahan tersendiri terkait dengan tugas perkembangannya, orang yang tidak bisa menyelesaikan tugas perkembangannya, maka individu tersebut akan mengalami hambatan di kehidupannya kelak. Menurut Hurlock (2006), masa remaja dianggap sebagai masa badai dan tekanan. Kurangnya pengertian dan kasih sayang membuat remaja mengalami stres dan tidak sedikit pula yang mengalami depresi. Menurut penelitian McGrath dkk (dalam Gladstone & Koenig, 2002) laki-laki memiliki resiko depresi antara 8-12 % dan sekitar 25 % perempuan akan mengalami depresi klinis selama kehidupannya. Dari hasil penelitian tersebut peneliti menfokuskan untuk menangani depresi pada remaja perempuan yang ada di BPRSW.

Menurut Beck (dalam Akbar dkk, 2009), depresi merupakan gangguan suasana hati (*mood*) berupa perasaan negatif. Penderita merasa tertekan, putus asa, merasa bersalah, tidak berharga, tidak mempunyai harapan, tidak bergairah, apatis dan mengalami kesedihan yang mendalam dan berlangsung lama, ditandai dengan gejala-gejala dan tanda-tanda spesifik yang secara substansial mengganggu kewajaran tindakan dan perilaku seseorang, sehingga penderita tidak dapat berfungsi secara adekuat. 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. Simtom emosi atau suasana perasaan muncul dalam bentuk menurunnya emosi positif dan merasakan kekosongan dalam diri. Selanjutnya, simtom kognitif muncul dalam bentuk penurunan kemampuan kognitif, seperti konsentrasi dan 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). Dengan terapi OEI kemunculan pikiran-pikiran negatif akan dihilangkan dengan caranya yaitu melalui pergerakan mata, sehingga akan muncul pikiran-pikiran yang lebih positif dalam diri individu yang mengalami gangguan depresi tersebut. Maka berkemungkinan yang terjadi pada individu yang mengalami depresi, akan lebih baik dari kehidupan yang sebelumnya.

Berdasarkan penjelasan di atas, diperlukan sebuah penanganan yang efektif. Salah satu cara dalam upaya penanganan gangguan depresi ialah melalui terapi *Observed & Experiential Integration* (OEI) sebagaimana yang dikemukakan oleh Goldstein, dkk (dalam Brigita, 2010) yang menyatakan bahwa manusia memiliki mekanisme fisiologis internal yang mengaktifkan kesembuhan emosi saat diakses dan diatur secara tepat. *Observed &*

Experiential Integration (OEI) merupakan terapi yang menggunakan teknik pergerakan mata, terapi ini menggunakan dasar pemikiran *neuropsychologi* merupakan gabungan antara neurologi dan psikologi. Penelitian Goldstein, dkk., (dalam 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 dari terapi OEI adalah mengubah suatu persepsi dari merasakan kembali (*re-experiencing*), sehingga cenderung menghindari permasalahan (*avoided*) menjadi ingatan masa lalu yang tidak terlalu memengaruhi (*remembering*). Kedua adalah menurunkan gejala *hyperarousal* (peningkatan emosi atau gairah) dan *avoidance* (gejala menghindari permasalahan). Ketiga adalah meningkatkan respon menenangkan (Bradshaw, 2003). Ketiga tujuan utama terapi OEI dilakukan melalui pergerakan mata.

Rasionalisasi terapi OEI berdasarkan 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. Ketika seseorang mengalami depresi atau trauma, proses penghantaran sinyal menjadi berlebihan pada salah satu 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 subjek. Pengaliran sinyal atau penyatuan dalam OEI disebut integrasi. Integrasi kedua jalur mata dapat terjadi dengan menggerakkan satu atau kedua mata dalam waktu tertentu sehingga sinyal yang berlebih dapat disalurkan pada bagian otak yang tidak berlebihan sinyal (Bradshaw, 2008).

Terapi OEI pada sesi awal menjelaskan cek mata dominan. Setelah itu subjek ditanya tentang kondisi yang dirasakan selama 7 hari terakhir, sekaligus memilih target perilaku yang dialami. Ada dua alasan perlunya menemukan mata dominan. Pertama, jika selama terapi muncul kepanikan maka prosedur yang dilakukan adalah menurunkan dengan *release points*. *Release points* dilakukan dengan menggerakkan jari bergantian pada mata dominan kanan dan kiri. Alasan kedua yaitu bahwa mata dominan memiliki banyak faktor yang menunjukkan bahwa seseorang mengalami gejala trauma dan depresi. Selain itu, dengan mata dominan sebagai *guide* bagi terapis untuk memberikan perlakuan selama sesi terapi (Bradshaw, 2003). Setelah ditemukan mata dominan pada subjek, maka dapat dilakukan cek transferens. Cek transferens digunakan untuk menurunkan transferens yang mungkin terjadi antara subjek dan terapis. Ketika subjek merasa nyaman dengan

terapis maka proses terapi dapat berjalan dengan lancar karena tidak ada persepsi tertentu yang muncul antara subjek terhadap terapis.

Prawitasari (2002) mengungkapkan bahwa antara subjek dengan terapis harus ada hubungan yang menyembuhkan sehingga subjek dapat termotivasi dan memiliki keyakinan selama proses terapi. Dalam terapi OEI hubungan yang menyembuhkan dalam bentuk cek transferens ini akan ada empati terapis terhadap apa yang dirasakan oleh subjek. Memasuki sesi terapi, diawali dengan proses *switching* yaitu meminta subjek membayangkan suatu peristiwa yang membuat subjek depresi. Sambil membayangkan peristiwa yang menyebabkan subjek depresi, mata kanan dan kiri ditutup secara bergantian. Ketika mata kanan dan kiri ditutup bergantian, *memory block* yang tersimpan di salah satu bagian otak akan mulai terbuka dan sinyal yang terlalu penuh di salah satu sisi akan mengalir ke bagian otak lain yang kekurangan sinyal. Aliran *memory block* secara otomatis akan mengenai syaraf parasimpatis yang memengaruhi respon fisik seperti mual dan pusing, sehingga ketika gejala-gejala fisik berkurang, akan memberikan efek tenang dan nyaman serta memudahkan informasi positif yang diterima. Mudahnya informasi yang diterima oleh subjek akan membuat subjek semakin mudah beradaptasi dengan lingkungan yang membuat subjek depresi. Subjek menjadi lebih introspektif dan terbuka dengan pengalaman baru.

Selama *switching* dilakukan *Subjective Units of Distress Scale* (SUDS) beberapa kali. Caranya adalah subjek memberikan nilai antara 0 – 10 (0 artinya baik-baik saja; 10 artinya sangat menyakitkan). SUDS ini berguna

bagi terapis untuk mengetahui seberapa jauh subjek beradaptasi dengan ingatan maupun bayangan peristiwa yang membuat subjek depresi. Langkah berikutnya melakukan *glitch work*, yaitu dengan menggerakkan jari secara perlahan di depan mata subjek sampai ditemukan *glitch* atau getaran pada mata. *Glitch* menunjukkan adanya simpanan memori yang pada dasarnya tidak ingin diingat oleh subjek.

Rasionalisasi tahap *glitch* dalam *neuropsychology* yaitu ketika ada pergerakan mata, maka ada sinyal yang dikirimkan dari sistem syaraf satu ke sistem syaraf yang lain. Pengiriman ini akan dirasa tidak nyaman, karena pada saat sinyal berpindah, maka *memory block* akan terbuka dan disalurkan pada bagian lain. *Memory block* biasanya bersifat traumatis yang tidak nyaman secara emosional, sehingga subjek menahannya, dan muncul *glitch* yang merupakan aliran sinyal yang bertabrakan antara reaksi psikologis dengan reaksi neurologis. *Glitch* yang muncul menimbulkan reaksi-reaksi psikologis seperti; marah, sedih, takut maupun reaksi fisik seperti; pusing, mual, atau berat di pundak. Ketika muncul *glitch* maka dapat dilakukan *sweeping*. Cara kerja *sweeping* adalah dengan menggerakkan jari dari tempat munculnya *glitch* ke arah lain. *Glitch* diumpamakan sebagai jalanan yang tertutup kotoran, sehingga perlu dibersihkan. Pembersihan ini melalui kerja *sweeping*, dengan pembersihan tersebut diharapkan ada aliran sinyal yang tidak terhambat sehingga dapat membuka pikiran subjek dan mampu mengendalikan emosinya. Rasionalisasi psikologis pada teknik *sweping* memiliki inti yang sama dengan *switching* dimana pengaruh secara psikologis

dimulai dari penjelasan neurologis berupa cara kerja aliran sinyal *memory block* yang berpengaruh pada perasaan-perasaan positif yang muncul setelah subjek mudah menerima informasi positif yang masuk.

Depresi mayor berasosiasi dengan hipometabolisme di dalam korteks darsal dan orbitofrontal (Mayberg, 2002). Perubahan-perubahan metabolik juga terlihat pada regio-regio anterior cingulate dan insular. Disamping itu, pelukaan pada korteks frontal seringkali diikuti dengan sindroma depresif, dan pelukaan orbitofrontal kanan dapat memicu sindroma manik sekunder. Studi neuroimaging struktural meneliti perbedaan dalam volume otak antara subjek yang normal dan yang mengalami depresi. Bramer dkk., (Lasser & Chung, 2007) menemukan bahwa pasien dengan depresi mayor (MDD) memiliki volume yang lebih kecil secara signifikan (32%) pada korteks orbitofrontal dibandingkan dengan kelompok kontrol. Sedangkan menurut penelitian Lacerda dkk., (Lasser & Chung, 2007) menunjukkan bahwa pasien dengan depresi memperlihatkan berkurangnya volume korteks orbitofrontal lateral dan medial.

Depresi sebenarnya merupakan suatu kondisi heterogen, dengan simtom-simtom yang meliputi abnormalitas *mood* (perasaan tidak ada harapan, tidak berarti, rasa bersalah, *suicidal ideation*, dan *disforia*), fungsi motor (agitasi, resah, lamban), fungsi kognitif (ruminasi, hendaya dalam atensi dan memori jangka pendek, dan penurunan kecekatan psikomotorik), dan fungsi somatik (gangguan dalam tidur, libido, nafsu makan, dan energi). Keanekaragaman simtom yang terdapat dalam depresi menunjukkan bahwa

ada komponen-komponen genetik, biologis, sosial, psikologis dan kultural yang saling berinteraksi dalam berbagai cara yang menghasilkan depresi. Bila dilihat hubungan antara depresi dan otak, semakin banyak evidensi memperlihatkan bahwa jejaring otak, khususnya sirkuit frontal-subkortikal terlibat dalam gangguan ini (Lasser & Chung, 2007).

Menurut Beck (dalam Ginting, 2013) secara garis besar simtom-simtom yang nampak pada penderita depresi dapat diklasifikasikan menjadi empat yaitu : (a) Simtom afektif meliputi; kesedihan, hilangnya kesenangan, apatis, hilangnya perasaan cinta terhadap orang lain, hilangnya respon terhadap kegembiraan dan kecemasan; (b) Simtom motivasional; adanya harapan untuk melarikan diri dari kehidupan, (biasanya adanya keinginan untuk bunuh diri) keinginan untuk menghindari dari masalah, meskipun hanya masalah kehidupan sehari-hari; (c) Simtom kognitif meliputi; kesulitan konsentrasi, perhatian terhadap masalah sempit, kesulitan mengingat, adanya pola pikir yang menyimpang (*cognitive distortion*) yang meliputi pandangan negatif terhadap dirinya sendiri, dunia dan masa depannya, persepsi keputusasaan, hilangnya harga diri, rasa bersalah dan penyiksaan terhadap dirinya sendiri; (d) Simtom perilaku, merupakan refleksi simtom-simtom meliputi; kepasifan, menarik diri dari hubungan dengan orang lain. Simtom fisik atau vegetatif meliputi; gangguan tidur, gangguan nafsu makan (meningkat atau bahkan nafsu makan menurun).

Berdasarkan penelitian Klok, (dalam Fernandez & Solomon, 2001), bahwa ketika ingatan mengenai peristiwa trauma yang menyebabkan depresi

dipanggil kembali, maka akan terjadi aktivitas otak yang tinggi di sebelah kanan yang sebagian besar melibatkan emosi. Keadaan otak yang berubah disebabkan oleh perhatian yang terfokus dan gerakan mata yang simultan, akan menyebabkan aktivasi khusus dari limbik dan sistem kortikal (Shapiro, 2001). Aktivasi dari sistem limbik dan kortikal menyebabkan peningkatan pada sistem syaraf parasimpatis yang berfungsi mengatur kerja organ dalam seperti; kerja jantung dan asam lambung, sehingga selain emosi yang mudah terpancing, subjek juga merasakan reaksi-reaksi fisik seperti pusing dan mual.

Reaksi-reaksi fisik maupun emosional ini akan diturunkan melalui *release point*. *Release points* merupakan posisi mata yang dirasa nyaman untuk mempercepat menurunkan stres. *Butterflies* juga dapat dilakukan untuk menurunkan reaksi fisik dan emosional dengan cara menyentuh pundak sambil disilangkan kemudian ditepuk secara bergantian, atau melakukan *tapping* yaitu menyentuh lutut tanpa disilangkan sambil ditepuk bergantian, sambil fokus pada pernafasan. *Butterflies* atau *tapping* memberikan efek relaksasi karena subjek mengalihkan reaksi depresi dengan ketukan di pundak sambil fokus pada pernafasan, sehingga subjek mampu menyadari serta mengendalikan emosinya. Maka efek yang dirasakan oleh individu yang mengalami depresi yang sebelum diterapi sering kesal, perasaan negatif terhadap dirinya sendiri dan orang lain, mudah menangis, akan dikendalikan sendiri oleh individu tersebut setelah mendapatkan terapi OEI.

Teknik lain juga dapat digunakan, seperti pernafasan diafragma maupun teknik *grounding* yaitu fokus pada sensasi dan gerakan-gerakan

tubuh (Cook's, 2002). Ketika seseorang meregangkan dan melemaskan tubuh, maka subjek akan mengetahui perbedaan respon fisik yang muncul ketika tegang dan rileks. Dengan mengetahui perbedaan tersebut subjek dapat mengetahui ketika dirinya merasa tegang, sehingga subjek akan melakukan relaksasi untuk mengurangi ketegangan tersebut. Dampak rileks terhadap penurunan depresi adalah dengan relaksasi yaitu untuk menenangkan dan mengembalikan subjek pada kondisi yang stabil dan mengembalikan subjek pada kondisi yang sedang dialaminya namun subjek dapat menerima kondisi tersebut dengan baik.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat dilihat bahwa secara teoritis dengan terapi OEI yang akan diterapkan pada subjek penelitian dapat menurunkan perilaku depresif remaja perempuan dengan cara menyeimbangkan aktivitas otak kanan dan otak kiri, yaitu sinyal yang berlebihan menjadi seimbang antara sinyal yang ada pada otak kanan dan kiri. Rangkaian teknik OEI membuat individu dapat merasakan rileks dan pada akhirnya tingkat depresi pada individu menjadi berkurang.

D. Landasan Teori

Depresi merupakan gangguan suasana hati (*mood*) berupa perasaan negatif. Penderita merasa tertekan, putus asa, merasa bersalah, tidak berharga, tidak mempunyai harapan, tidak bergairah, apatis dan mengalami kesedihan yang mendalam dan berlangsung lama, ditandai dengan gejala-gejala dan tanda-tanda spesifik yang secara substansial mengganggu kewajaran tindakan dan perilaku seseorang, sehingga penderita tidak dapat berfungsi secara adekuat. (Beck dalam Akbar, dkk, 2009)

Beck (2003) memberikan batasan mengenai depresi dengan atribut-atributnya yaitu: perubahan suasana hati yang spesifik, seperti kesedihan, kesepian dan apati; konsep diri yang negatif disertai dengan perasaan-perasaan menyalahkan, mencela diri sendiri; keinginan untuk menghindar, sembunyi atau mati; perubahan-perubahan vegetatif, seperti berkurangnya nafsu makan, berubahnya pola tidur dan kehilangan dorongan seksual; perubahan tingkat aktivitas, seperti retardasi atau agresivitas. (Beck dalam McDowell & Newell, 1996) mendefinisikan depresi sebagai keadaan abnormal organisme yang dimanifestasikan dengan simtom-simtom seperti; menurunnya *mood* subjektif, pesimis, dan rasa sikap nihilistik, kehilangan kespontanan dan gejala negatif (seperti kehilangan berat badan dan gangguan tidur). Depresi juga merupakan gangguan kompleks yang meliputi gangguan afeksi, kognisi, motivasi dan komponen perilaku.

Depresi adalah gangguan yang banyak terjadi dan merupakan suatu kelainan yang menyangkut perasaan dasar (*mood*). Individu yang mengalami

depresi cenderung untuk mengembangkan pemikiran yang menyimpang dan hanya memerhatikan atau mengingat aspek-aspek negatif pengalamannya dari pada pengalaman segi positifnya. Cara berpikir individu yang tidak realistis dan cenderung menyalahkan dirinya sendiri, hal tersebut yang menyebabkan terjadinya penyimpangan kognitif terhadap dirinya, dunia (lingkungan), dan masa depannya. Individu tersebut mengevaluasi dan menginterpretasi hal-hal yang terjadi secara negatif dan cenderung mengambil kesimpulan tidak tepat, sehingga pandangannya negatif. Senada dengan pendapat Bradshaw (2008) bahwa hanya sebagian kecil dari otak yang menampung pembicaraan serta pemahaman kata (*broca's area*), sedangkan sebagian lain dari otak justru lebih banyak merespon gejala panik, *flashback*, respon terkejut, perasaan kaku di leher dan tenggorokan (*amygdala thalamus, hippocampus, anterior cingulate gyrus*). Perasaan-perasaan tersebut sulit dijelaskan dalam bentuk kata-kata.

Depresi mayor berasosiasi dengan hipometabolisme di dalam korteks dorsal dan orbitofrontal (Mayberg, 2002). Perubahan-perubahan metabolik juga terlihat pada regio-regio anterior cingulate dan insular, disamping itu pelukaan pada korteks frontal seringkali diikuti dengan sindroma depresi, dan pelukaan orbitofrontal kanan dapat memicu sindroma manik sekunder. Studi *neuroimaging* struktural meneliti perbedaan dalam volume otak antara subjek yang normal dan yang mengalami depresi. Selanjutnya menurut Bremner dkk (dalam Lesser & Chung, 2007) menemukan bahwa pasien dengan depresi mayor (MDD) memiliki volume yang lebih kecil secara signifikan (32 %)

pada korteks orbitofrontal dibandingkan dengan kelompok kontrol. Sedangkan temuan Lacerda dkk (dalam Lesser & Chung, 2007) menunjukkan bahwa pasien dengan depresi memperlihatkan berkurangnya volume korteks orbitofrontal lateral dan medial.

Depresi sebenarnya merupakan suatu kondisi heterogen, dengan simtom-simtom yang meliputi abnormalitas *mood* (perasaan tidak ada harapan, tidak berarti, rasa bersalah, *suicidal ideation*, dan disforia), fungsi motor (agitasi, resah, lamban), fungsi kognitif (ruminasi, hendaya dalam atensi dan memori jangka pendek, dan penurunan kecekatan psikomotorik), dan fungsi somatik (gangguan dalam tidur, libido, nafsu makan, dan energi). Keanekaragaman simtom-simtom yang terdapat dalam depresi menunjukkan, bahwa etiologi tunggal tidak bisa diterima. Disamping itu, bahwa ada beberapa komponen-komponen genetik, biologis, sosial, psikologis dan kultural yang saling berinteraksi dalam berbagai cara yang menyebabkan depresi. Namun dilihat dari hubungan antara depresi dan otak, maka semakin banyak evidensi memperlihatkan jejaring otak, khususnya sirkuit frontal-subkortikal terlibat dalam gangguan (Lesser & Chung, 2007).

Pendapat para ahli tentang depresi di atas menunjukkan bahwa depresi itu bisa terjadi pada siapa saja. Setiap orang pasti akan merasakan saat-saat sedih, lesu, dan kadang tidak bergairah, inilah yang disebut gangguan perasaan. Keadaan ini merupakan reaksi-reaksi yang normal terhadap stres kehidupan. Gangguan perasaan itu bila dibiarkan sampai pada tahap atau waktu tertentu, maka akan menjadi gangguan depresi yang sifatnya tidak

normal. Depresi pada penelitian ini menekankan pada depresi yang terjadi pada orang normal. Depresi yang terjadi pada orang normal ini dapat dilihat gejalanya seperti aktivitas menurun, selalu merasa sedih tanpa ada alasan yang jelas, pola tidur yang terganggu, serta berpikir pesimis terhadap masa depan.

Berdasarkan penjelasan di atas, diperlukan sebuah penanganan yang efektif. Salah satu cara dalam upaya penanganan gangguan depresi ialah melalui terapi *Observed & Experiential Integration* (OEI) sebagaimana yang dikemukakan oleh Goldstein, dkk (dalam Brigita, 2010) yang menyatakan bahwa manusia memiliki mekanisme fisiologis internal yang mengaktifasi kesembuhan emosi saat diakses dan diatur secara tepat. *Observed & Experiential Integration* (OEI) merupakan terapi yang menggunakan teknik pergerakan mata terapi ini menggunakan dasar pemikiran *neuropsychology* merupakan gabungan antara neurologi dan psikologi. Penelitian Goldstein, dkk., (dalam 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 mengaktifasi kesembuhan emosi saat diakses dan diatur secara tepat. Gabungan dua hal tersebut didasari bahwa kondisi psikologis seseorang dapat memengaruhi kondisi fisik seseorang, demikian sebaliknya. 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.

Ketika seseorang mengalami depresi atau trauma, proses penghantaran sinyal menjadi berlebihan pada salah satu 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 subjek. Pengaliran sinyal atau penyatuan dalam OEI disebut integrasi. Integrasi kedua jalur mata dapat terjadi dengan menggerakkan satu atau kedua mata dalam waktu tertentu, sehingga sinyal yang berlebih dapat disalurkan pada bagian otak yang tidak berlebihan sinyal (Bradshaw, 2008).

Remaja perempuan dengan gangguan depresi akan mendapatkan terapi *Observed & Experiential Integration* (OEI), sehingga diharapkan gangguan tersebut dapat menurun dan mampu berinteraksi dengan lingkungan sekitar. Berdasarkan penjelasan di atas, maka kerangka berpikir yang peneliti buat diterangkan pada bagan dinamika psikologis di bawah ini:

E. Hipotesis

Hipotesis penelitian ini dirumuskan sebagai berikut:

Skor depresi pasca intervensi terapi OEI pada remaja perempuan di BPRSW lebih rendah dari pada skor depresi sebelum intervensi.