

TERAPI MUSIK SEBAGAI SALAH SATU ALTERNATIF MENANGANI GANGGUAN MOOD PADA ANAK-ANAK.

Oleh:

Dra. Diana Rusmawati*

PENDAHULUAN

Masa kanak-kanak merupakan masa yang paling bahagia dalam kehidupan. Sebagian besar anak-anak dilindungi oleh orang tua mereka dan tidak dibebani dengan tanggung jawab orang dewasa. Pernyataan diatas merupakan stereotip tentang masa kanak-kanak, namun ternyata disamping stereotip tersebut depresi klinis biasa juga terjadi pada anak-anak dan remaja. Goleman menyatakan diperkirakan 8-9 persen anak-anak usia 10-13 tahun pernah mengalami depresi mayor selama setahun (Nevid, J.; Rathus, S.; Greene, B, 2003). Walaupun jarang, depresi mayor bahkan ditemukan pula pada anak-anak prasekolah.

Seperti orang dewasa yang depresi, anak-anak ini memiliki perasaan tidak berdaya, pola berfikir yang lebih terdistorsi, kecenderungan untuk menyalahkan diri sendiri sehubungan dengan kejadian-kejadian negatif, serta *self esteem*, *self confidence* dan persepsi akan kompetensi yang lebih rendah dibandingkan teman-teman sebayanya yang tidak depresi (Lewinsohn dkk, 1994; Kovacs, 1996; dalam Nevid, J, dkk, 2003). Mereka menolak masuk sekolah, takut akan kematian orang tua dan terikat pada orang tua. Depresi juga dapat

tersamarkan oleh perilaku yang tampaknya tidak berhubungan langsung dengan depresi. *Conduct disorder*, masalah akademik, keluhan fisik, dan bahkan hiperaktivitas dapat bersumber dari depresi yang tidak disadari. Mereka merasakan kesulitan untuk berkonsentrasi di sekolah dan mengalami hedayamemorisehinggasulit untuk meningkatkannya di rumah.

KASUS

Seorang anak laki-laki, sulung dari tiga bersaudara, berusia 11 tahun dan duduk di kelas 5 Sekolah Dasar. Ibunya mengeluhkan anak suka bermain, tidak mendengar bila dipanggil, diam saja dan tidak menengok. Anak baru akan memberikan respon dengan menengok setelah ada tindakan fisik (dipukul kepalanya) dari ibunya. Ibunya adalah seorang ibu rumah tangga yang mengasuh sendiri anak-anaknya, karena pembantu rumah tangganya sering keluar masuk.

Guru kelas mengeluhkan nilai-nilai akademis yang kurang (dibawah rata-rata), suka melamun dan tidak pernah siap memulai pelajaran, sering melalaikan tanggung jawab sebagai pelajar yang ditunjukkan melalui tidak mengerjakan pekerjaan rumah, lupa membawa buku, lupa membawa pensil dan sebagainya.

Berdasarkan data yang diperoleh dari observasi, wawancara, pemeriksaan psikologis, nampak beberapa gejala yang ditunjukkan oleh subjek:

1. Merasa tidak berdaya (*inferior*), tidak percaya diri

2. Menurunnya kemampuan berkonsentrasi
3. Sering melamun, berimajinasi
4. Sensitive, mudah tersinggung
5. Agitasi
6. Adaperailaku menghindar (menarik diri)
7. Berkurangnya minat subjek pada kegiatan yang semula disukai.
8. Sering melupakan tanggung jawab
9. Kegagalan akademik (sulit membaca dan matematika yang kompleks).
10. Ekspresi emosinya cenderung berlebihan (memukul, menangis sesenggukan).
11. Tidak mau menengok kalau dipanggil.
12. Hanya mau berteman dengan yang usianya lebih muda dan anak perempuan
13. Suasana keluarga yang kurang harmonis dan kurang kondusif.
14. Kehilangan figur ayah.
15. Adaperaasaan tidak diterima, dihina.
16. Sering berbicara diluar konteks pembicaraan.
17. Adaperailaku yang cenderung mengarah pada perilaku kompulsi.

Dengan gambaran tersebut diatas, maka dapat ditegakkan diagnosis subjek mengalami ***Gangguan Mood dalam kategori EPISODE DEPRESIFRINGAN.***

Apakah Gangguan Mood?

Gangguan *mood* pada anak-anak dan remaja telah semakin dikenali dan diperhatikan selama beberapa dekade terakhir. Gangguan *mood* pada masa anak-anak dan remaja adalah suatu kekacauan *mood* yang ekstrem dan tidak sesuai, meliputi kegembiraan (*elation*) dan kesedihan (*depression*) yang ekstrem. Gangguan *mood* juga didiagnosa bila mereka memperlihatkan ada gejala *mood* yang mudah tersinggung (*iritabilitas*), menurunnya aktifitas yang sebelumnya diminati, menurunnya kapasitas untuk membantah, rewel yang berlebihan, gangguan tidur dan makansertaterbatasnyainteraksisocial.

Mood mungkin normal, meninggi atau terdepresi. Orang normal mengalami berbagai macam *mood* dan memiliki ekspresi afektif yang sama luas. Gangguan *mood* merupakan kondisi klinis yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat. Pasien dengan *mood* yang meninggi (*elevated/ mania*) menunjukkan sikap meluap-luap, gagasan yang meloncat-loncat, penurunan kebutuhan tidur, peninggian harga diri dan gagasan kebesaran. Pasien dengan *mood* terdepresi merasakan hilangnya energi dan minat, perasaan bersalah, kesulitan berkonsentrasi, hilangnya nafsu makan dan pikiran tentang kematian dan bunuh diri. Tanda dan gejala lain dari gangguan *mood* adalah perubahan tingkat aktivitas, kemampuan kognitif, pembicaraan dan fungsi vegetatif.

Bagaimana gejala gangguan mood?

Walaupun criteria diagnostic yang digunakan untuk gangguan *mood* hampir identik pada semua kelompok usia, ekspresi gangguan *mood* pada anak-anak adalah bervariasi tergantung pada usia mereka. Gejala yang sering ditemukan pada anak kecil yang terdepresi dan jarang ditemukan pada saat usia mereka bertambah adalah halusinasi auditorik yang sejalan dengan *mood*, keluhan somatik, menarik diri, penampilan sedih dan keyakinan diri yang buruk. Gejala lain yang sering ditemukan pada remaja akhir yang terdepresi dibandingkan pada masa anak-anak kecil adalah *anhedonia pervasive*, retardasi psikomotor yang berat, waham dan rasa putus asa. Gejala yang tampak dengan frekuensi yang sama terlepas dari usia dan status perkembangan adalah ide bunuh diri, mudah tersinggung, *insomnia*, dan menurunnya kemampuan untuk berkonsentrasi. Masalah perkembangan mempengaruhi ekspresi semua gejala. Misal: anak-anak yang sedih yang menunjukkan ide bunuh diri yang rekuren biasanya tidak mampu untuk melakukan rencana bunuh diri yang realistic atau mengubah gagasan menjadi tindakan (Davison, G.D; Neale, J.M; Kring, AM, 2004).

Mood seorang anak adalah rentan terhadap pengaruh stresor sosial yang parah, seperti perceraian keluarga yang kronis, penyalahgunaan dan penelantaran dan kegagalan akademik. Sebagian besar anak kecil dengan gangguan depresi berat ditengah-tengah lingkungan yang buruk mungkin mengalami remisi beberapa atau sebagian besar gejala

depresifnya jika stressor menghilang dengan memindahkan anak dari lingkungan yang menimbulkan stress. Kehilangan seringkali menjadi pusat terapi psikiatrik jika anak kehilangan seseorang yang dicintai, kendati gangguan depresif tidak ada.

Apakah Gangguan Depresif?

Freud (1971) dalam tulisannya yang terkenal “ *Mourning and Melancholia*” mengatakan bahwa potensi depresi diciptakan pada awal masa kanak-kanak. Dalam periode oral, kebutuhan seseorang anak dapat kurang dipenuhi atau dipenuhi secara berlebihan sehingga menyebabkan seseorang terfiksasi pada tahap ini dan tergantung pada pemenuhan kebutuhan instingtual yang menjadi ciri tahap ini. Dengan terbawanya kondisi tersebut dalam tahap kematangan psikoseksual, fiksasi pada tahap oral tersebut, orang yang bersangkutan dapat memiliki kecenderungan untuk sangat tergantung pada orang lain untuk mempertahankan harga dirinya.

Freud mengemukakan dalam hipotesis bahwa setelah kehilangan seseorang yang dicintai, ia mengidentifikasi diri dengan orang yang meninggalkannya, ia mengidentifikasi diri dengan orang yang meninggalkannya. Kemarahan orang yang ditinggalkan kepada orang yang meninggalkannya terus menerus dipendam, berkembang menjadi proses menyalahkan diri sendiri, menyiksa diri sendiri, berkembang menjadi proses menyalahkan diri sendiri dan depresi yang berkelanjutan.

Teori ini menganggap depresi sebagai kemarahan terpendam yang berbalik menyerang diri sendiri.

Sedangkan Nolen-Hoekesema dkk (1992) mengatakan bahwa depresi pada anak-anak sering kali berhubungan dengan masalah dan konflik keluarga. Seperti konflik orang tua atau pengangguran memiliki resiko yang lebih tinggi untuk mengalami depresi (Nolen-Hoekesema, JS; Rathus, SA; Greene, B, 2003).

Gejala utama dari depresi adalah hilangnya minat atau kesenangan. Pasien seringkali menggambarkan gejala depresi sebagai satu rasa nyeri emosional, kadang-kadang mengeluh tidak dapat menangis. Suatu gejala yang akan menghilang saat terjadi pemulihan. Kira-kira dua pertiga dari semua pasien terdepresi merenungkan bunuh diri dan 10 sampai 15 persen melakukan bunuh diri. Hampir semua pasien terdepresi mengeluh adanya penurunan energi yang menyebabkan kesulitan dalam menyelesaikan tugas, sekolah dan pekerjaan dan penurunan motivasi untuk mengambil kegiatan baru. Kira-kira 80 persen mengeluh sulit tidur, terbangun pada malam hari. Situasi lain yang terjadi antara lain penurunan nafsu makan dan berat badan, memiliki kecemasan (DSM-IV) juga terdapat penyakit medis yang menyertai.

Penggolongan depresi (PPDGJ-III) :

Episode depresi fringan:

- Tanpa gejala somatik
- Dengan gejala somatik

Episodedepresifsedang:

- Tanpagejalasomatik
- Dengangejalasomatik

Episodedepresifberattanpagejalapsikotik

Episodedepresifberatdegangejalapsikotik

Episodedepresiflainnya

Episodedepresifyangtidaktergolongkan.

Bagaimanagejaladepresi?

GejalaUtamaDepresi(padaderajatringan, sedang anberat)

- Afekdepresif
- Kehilanganminatdankegembiraan
- Berkurangnya energi yang menuju meningkatkannya ke daan mudahlelah(rasalelahyangnyatasesudahkerjase dikitsaja)dan menurunnyaaktivitas.

Gejalalainnya

- a) Konsentrasidanperhatianberkurang
- b) Hargadiridankepercayaandiriberkurang
- c) Gagasantentangrasabersalhdantidakbeguna
- d) Pandanganmasadepanyangsuramdanpesimistis
- e) Gagasanatauperbuatanmembahayakandiriataub unuhdiri
- f) Tidurterganggu
- g) Nafsumakanberkurang.

Untuk episode depresif dari ketiga keparahan tersebut diperlukan masa sekurang-kurangnya dua minggu untuk menegakkan diagnosis, akan tetapi periode lebih pendek dapat dibenarkan jika gejalanya luar biasa beratnyadanberlangsungcepat.

Apakahgangguandepresifringan

Kriteria diagnostik untuk gangguan depresif ringan diturunkan dari *Research Diagnostic Criteria*. Kriteria berlaku bagi pasien yang memiliki gejala depresif yang tidak memenuhi kriteria untuk gangguan depresi beratdalamhalkeparahantetapimemenuhikriteria dalamhaldurasi.

PedomanDiagnostik:

- Sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama depresi tersebut diatas.
- Ditambah sekurang-kurangnya dua dari gejala lainnya a-g.
- Tidak boleh ada gejala berat diantaranya.
- Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya dua minggu.
- Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan social yang biasadilakukannya.(PPDGJ-III)

Epidemiologi

Gangguan *mood* meningkat dengan bertambahnya usia dan prevalensi pada semua kelompok usia adalah lebih tinggi dalam

kelompok psikiatrik dibandingkan populasi umum. Gangguan *mood* pada anak-anak usia prasekolah adalah sangat jarang. Prevalensi gangguan depresif ringan epidemiologi tidak diketahui, tetapi data sebelumnya menyatakan bahwa mungkin sama sering dengan gangguan depresif berat.

Angka gangguan depresif berat pada anak-anak prasekolah diperkirakan sekitar 0,3% dalam masyarakat, dibandingkan dengan 0,9% dalam lingkungan klinis. Di antara anak-anak usia sekolah dalam masyarakat, kira-kira 2% memiliki gangguan depresi berat. Depresi lebih sering terjadi pada anak laki-laki dibandingkan anak perempuan pada anak usia sekolah. (Kaplan & Sadock, 1997)

Etiologi

Menurut Phares, V, (2003), Davison, GC; Neale, JM; & Kring, AM (2004), penyebab depresi:

Faktor genetik:

Gangguan *mood* pada pasien anak-anak, remaja dan dewasa cenderung terjadi pada keluarga yang sama. Orang tua yang mengalami depresi akan menghasilkan anak yang juga mudah terkena depresi. Keadaan ini juga dibuktikan pada anak-anak kembar, meskipun mereka dipisahkan secara fisik (tempat tinggal dan pengasuhan), namun tetap ada kecenderungan mengalami depresi. Peningkatan insiden gangguan *mood* biasanya ditemukan pada anak-anak dari orang tua dengan

gangguan *mood* dan pada sanak saudara dari anak dengan gangguan *mood*. Memiliki satu orang tua yang mengalami depresi kemungkinan meningkatkan resiko dua kali untuk keturunannya. Memiliki kedua orang tua terdepresi kemungkinan meningkatkan resiko empat kali bagi anak untuk mengalami gangguan *mood* sebelum usia 18 tahun jika dibandingkan dengan resiko untuk anak-anak dengan orang tua yang tidak terganggu.

Beberapa bukti menyatakan bahwa jumlah rekurensi depresi parental adalah meningkatkan kemungkinan bahwa anak-anaknya akan terpengaruh, tetapi peningkatan tersebut mungkin berhubungan, setidaknya sebagian dengan beban afektif dari situasi keluarga orangtua itu sendiri.

Faktor biologis

Penelitian anak prapubertas dengan gangguan depresif berat dan remaja dengan gangguan *mood* telah menemukan kelainan biologis. Anak pubertas dalam suatu episode gangguan depresif berat mensekresikan hormon pertumbuhan yang secara bermakna lebih banyak selama tidur dibandingkan anak normal dan anak dengan gangguan mental nondepresif. Mereka juga mensekresikan lebih sedikit hormon pertumbuhan sebagai respon hipoglikemia yang diinduksi oleh insulin dibandingkan pasien nondepresif.

Faktor sosial

Sejauh ini sedikit bukti yang menyatakan bahwa status perkawinan orang tua, jumlah sanak saudara, status sosioekonomi keluarga, perpisahan orang tua, perceraian, fungsi perkawinan, atau struktur keluarga memainkan banyak peran dalam penyebab gangguan depresi pada anak-anak. Tetapi beberapa bukti menyatakan bahwa anak laki-laki yang orang tuanya meninggal sebelum ia berusia 13 tahun adalah lebih mungkin menderita depresi dibandingkan kontrol.

Defisit psikososial yang ditemukan pada anak-anak depresi adalah membaik setelah pemulihan dari depresi. Defisit tersebut tampaknya sekunder akibat depresi sendiri dan dibentuk oleh episode distimik atau depresif yang lama, selama tugas perkembangan kurang tercapai atau tidak tercapai.

Faktor psikologis

Dengan menggunakan konsep tentang kognitif dan perilaku. Dalam hal ini menyangkut gaya atribusi seseorang baik internal, stabil dan atribusi global. Distorsi kognitif anak dihubungkan dengan symptom depresi. Anak terlalu mengkritisi dirinya dan hubungannya dengan orang lain

Lingkungan keluarga dan berfungsinya keluarga dapat dikaitkan dengan berkembangnya dan terbentuknya depresi. Misalnya fungsi keluarga yang tidak maksimal dan banyaknya konflik. Anak yang orang

tua nya mengalami konflik akan menunjukkan gangguan depresi dan kecemasan. Karena depresi pada orangtua berasosiasi dengan problem emosi dan perilaku pada anak-anaknya. Khususnya pada ibu dan ayah yang depresif berasosiasi dengan meningkatnya problem emosi dan problem perilaku pada anaknya.

Gambar klinis

Gangguan depresif ringan sebenarnya adalah identik dengan gangguan depresif berat, kecuali bahwa gangguan tersebut kurang parah.

Gangguan depresif berat pada anak-anak adalah paling mudah didiagnosis jika terjadi akut dan terjadi pada anak tanpa gejala psikiatrik sebelumnya. Tetapi, pada banyak kasus, onset adalah samar-samar dan tampak pada seorang anak yang selama beberapa tahun memiliki kesulitan dengan hiperaktivitas, gangguan cemas perpisahan atau gejala depresif intermiten.

Gangguan *mood* cenderung kronis jika dimulai awal. Onset masa anak-anak mungkin merupakan bentuk gangguan *moody* yang paling parah dan cenderung ditemukan pada keluarga dengan insidensi gangguan *mood* dan penyalahgunaan alkohol yang tinggi.

Gangguan fungsional yang berhubungan dengan gangguan depresif pada masa anak-anak secara praktis meliputi semua bidang dalam dunia psikososial anak; prestasi sekolah dan perilaku, hubungan dengan teman sebaya dan hubungan keluarga semuanya terganggu.

Hanya anak yang cerdas dan berorientasi akademik dapat mengkompensasikan kesulitan mereka dalam belajar dengan meningkatkan waktu dan usaha mereka. Selain itu prestasi sekolah selalu dipengaruhi oleh kombinasi kesulitan dalam berkonsentrasi, pikiran yang lambat, tidak adanya minat dan motivasi, kelelahan, mengantuk, preokupasi, masalah belajar sekunder karena depresi, walaupun berlangsung lama akan baik dengan sendirinya setelah anak pulih dari episode depresif.

Anak-anak dan remaja dengan gangguan depresif berat memiliki halusinasi dan waham. Halusinasi depresif terdiri dari suara tunggal dengan isi menghina atau bunuh diri. Waham depresif berpusat pada tema rasa bersalah, penyakit fisik, kematian, hukuman yang layak diterima, ketidakberdayaan pribadi, penyiksaan (Kaplan & Sadock, 1997).

Perjalanan penyakit dan prognosis.

Perjalanan penyakit dan prognosis gangguan *mood* pada anak-anak dan remaja adalah tergantung pada usia onset, keparahan episode dan adanya gangguan komorbid. Dengan usia onset yang muda dan adanya gangguan komorbid menggambarkan prognosis yang buruk.

Sejumlah besar pasien depresif ringan kemungkinan besar ada dalam resiko untuk mengalami gangguan *mood* lain termasuk gangguan distimik, bipolar I, bipolar II dan gangguan depresif berat.

Apayangbisadilakukan?

Periode depresi cenderung berulang dan bunuh diri merupakan resiko bagi orang-orang yang mengalami depresi. Depresi dianggap terjadi karena rasa kehilangan yang direpress dan kemarahan yang secara tidak sadar diarahkan ke dalam diri, tetapi psikoanalisis berupaya membantu pasien memperoleh insight atas konflik yang direpres dan sering kali mendorong pelepasan agresivitas yang selama ini diasumsikan terarah ke dalam diri. Terapi psikoanalisis mengungkap motivasi laten atas depresi yang dialami pasien.

Terapi musik sebagai salah satu terapi yang bersifat non verbal memberi kesempatan kepada anak untuk mengembangkan pikiran baik untuk mengenang hal-hal yang membahagiakan, membayangkan ketakutan-ketakutan yang dirasakan, mengangankan hal-hal yang diimpikan dan dicita-citakan atau langsung menguraikan permasalahan yang dihadapi.

Terapi musik memanfaatkan kekuatan musik untuk membantu klien menata dirinya sehingga mereka mampu mencari jalan keluar, mengalami perubahan dan akhirnya sembuh dari gangguan yang diderita. Keadaan tersebut menggambarkan bahwa terapi musik bersifat humanistik (Johan, 2006). Terapi musik meyakini sinerginya antara potensi penyembuhan diri yang dimiliki klien sebagai individu dan adanya relasi terapeutik yang memungkinkan klien memperoleh efek luar biasa yang dilakukan secara eksternal melalui terapi.

Apakah terapi musik?

Terapi musik terdiri dari dua kata yaitu “terapi” dan “musik”. Kata “terapi” berkaitan dengan serangkaian upaya yang dirancang untuk membantu atau menolong orang. Kata “musik” dalam terapi musik digunakan untuk menjelaskan media yang digunakan secara khusus dalam rangkaian terapi. (Johan, 2006). Seperti di atas telah disinggung bahwa terapi musik adalah terapi yang bersifat non verbal. Dengan bantuan musik, pikiran klien dibiarkan untuk mengembara, baik untuk mengenang hal-hal yang membahagiakan, membayangkan ketakutan-ketakutan yang dirasakan, mengangankan hal-hal yang diimpikan dan dicita-citakan atau langsung mencoba menguraikan permasalahan yang dihadapi.

Dengan bantuan alat musik, klien juga didorong untuk berinteraksi, berimprovisasi, mendengarkan atau aktif bermain musik. Tanpa harus mengucapkan kata-kata, klien dapat mengekspresikan kemarahannya dengan berimprovisasi di alat musik.

Terapi musik merupakan sebuah pekerjaan yang menggunakan musik dan aktivitas musik untuk mengatasi kekurangan dalam aspek fisik, emosi, kognitif dan social pada anak-anak serta orang dewasa yang mengalami gangguan atau penyakit tertentu.

Berbagai definisi tentang terapi musik masih terus dikembangkan. *National Association For Music Therapy* (1960), mendefinisikan terapi musik sebagai: “penerapan seni musik secara ilmiah oleh seorang terapis

yang menggunakan musik sebagai sarana untuk mencapai tujuan-tujuan terapeutik melalui perubahan perilaku". Dalam rumusan *The American Music Therapy Association* (1997), terapi musik adalah suatu profesi dibidang kesehatan yang menggunakan musik dan aktivitas musik untuk mengatasi berbagai masalah dalam aspek fisik, psikologis, kognitif dan kebutuhan sosial individu yang mengalami cacat fisik (Johan, 2003).

Menurut pemahaman Federasi Terapi Musik Dunia (Johan, 2003), terapi musik adalah penggunaan musik dan /atau elemen musik (suara, irama, melodi dan harmoni) oleh seorang terapis musik yang telah memenuhi kualifikasi terhadap klien/kelompok dalam proses membangun komunikasi, meningkatkan realisasi interpersonal, belajar meningkatkan mobilitas, mengungkapkan ekspresi, menata diri atau untuk mencapai berbagai tujuan terapis lainnya.

Dalam berbagai pendapat tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa terapi musik adalah penggunaan musik untuk memperbaiki dan mengatasi suatu kekurangan serta sebagai sarana pencegahan jangka panjang.

Mengapa Terapi Musik?

Otak manusia adalah otak yang musikal dan irama memiliki kekuatan yang secara langsung mempengaruhi kognisi. Secara konsisten kemampuan mengingat pada orang dewasa banyak yang berasal dari laguan irama dimasakanak-kanaknya. Menurut Gardner (1993), setiap manusia paling sedikit memiliki delapan kemampuan intelektual yang

berbeda. Salah satunya adalah inteligensi musik. Seringkali orang dengan kebutuhan khusus belajar lebih baik melalui musik karena bagian dari otak musik adalah bagian tertua dari struktur otak yang paling sedikit mengalami kerusakan akibat cacat lahir atau kecelakaan.

Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa 80-90 persen penderita autisme merespon musik secara positif sebagai sebuah motivator. Keterampilan merespon musik lebih bertahan lama dibandingkan dengan keterampilan lainnya. Penelitian juga menunjukkan bahwa musik merupakan alat yang berharga untuk menstimuli belahan otak kanan. Musik juga sangat membantu sebagai sebuah aktivitas timbal balik antara otak hemisphere, karena bagian dari otak yang merespon musik terletak pada bagian yang lain dari bagian bicara dan bahasa. Musik dapat berpasangan dengan kebutuhan dasar (seperti makanan) dalam membantu siswa mengembangkan reaksi terhadap kebutuhan sekunder dan mengurangi ketergantungan akan manfaat makanan. Suara dan vibrasi musik bisa menjadi petunjuk perilaku stimulasi diri siswa yang tidak memerlukan peralatan besar.

Musik menyediakan proses belajar melalui modalitas sensoriaural, kinetik dan visual sekaligus mengembangkan inteligensi musical melalui instruksi musik. Musik menyediakan hal-hal kontekstual sesuai dengan sasaran yang dimaksud, melengkapi disiplin diri melalui sistem ganjaran (reward), meningkatkan konsentrasi dan keterampilan, meningkatkan rasa percaya diri dengan lingkungan yang tepat. Musik menghadirkan rasa

aman, lingkungan yang mendukung dan mengurangi stress melalui kelompok ansambel yang dapat memberikan identitas kepada siswa sekaligus sebagai media mengekspresikan diri (Johan, 2003).

Metode-metode dalam terapi musik

1. Bernyanyi:

Bernyanyi digunakan untuk membantu orang yang mengalami gangguan perkembangan artikulasi pada kemampuan bahasa, irama dan kontrol pernafasan.

2. Bermain musik:

Membantu pengembangan dan koordinasi kemampuan motorik.

3. Gerakan ritmis:

digunakan untuk mengembangkan jangkauan gerakan, menggabungkan mobilitas/ketangkasan/kekuatan, keseimbangan, koordinasi, konsistensi, pola-pola pernafasan dan relaksasi otot. Komponen ritmis sangat membantu untuk meningkatkan motivasi, minat, perhatian dan kegembiraan, sebagai alat non verbal untuk mendorong individu.

4. Mendengarkan musik:

mendengarkan musik memiliki banyak aplikasi terapi, karena dapat mengembangkan ketrampilan kognisi, seperti memori dan konsentrasi. Mendengarkan musik juga merupakan proses serta

syarat untuk menghadapi persoalan yang sulit dengan menyediakan lingkungan yang kreatif untuk mengeksplorasi diri.

Terapi musik secara khusus sangat efektif dalam berbagai bidang pengobatan, yaitu:

1. Sakit, kecemasan, dan depresi. Sebagai contoh pada ibu yang mengalami kesakitan sesudah melahirkan. Dan pada penderita yang mengalami hambatan komunikasi karena menderita penyakit kanker.
2. Cacat mental, emosi, dan fisik. Telah dilakukan pada remaja-remaja yang mengalami gangguan emosional karena retardasi mental, autisme, dan gangguan kemampuan belajar.
3. Gangguan neurologis.

Dalam kaitannya antara musik dan suasana hati, setelah dilakukannya eksperimen, musik dengan kategori positif menghasilkan peningkatan suasana hati yang positif. Demikian pula musik yang sedih juga menghasilkan suasana hati yang negatif. Maka disimpulkan sebuah musik cenderung menimbulkan suasana hati yang sama dengan pendengarnya.

Dalam kaitannya dengan kasus depresi maka yang terjadi fungsi musik sebagai:

1. Penenang : menimbulkan pengaruh psikososial/ pengaruh biomedis yang positif.

2. Memperkuat proses belajar, proses seorang anak dan belajar mengatur diri oleh terapis dengan melalui sebuah lagu.
3. Sebagai penguat dalam hal ketrampilan fisiologis, emosi dan gaya hidup. Klien belajar bermain musik sebagai penyalur dan ekspresi dan sebagai alternatif untuk aktivitas pasif lainnya.

Ragam Terapi Musik yang Sesuai?

Terapi Musik Analitis

Sesuai dengan namanya, terapi musik analitis menunjukkan latar belakang pengembangannya awalnya yaitu berdasarkan teori-teori analitis Freud. Terapi musik analitis mengizinkan klien bertukar informasi sebanyak-banyaknya dengan terapis. Dialog yang terjadi memungkinkan terapis menggali perasaan-perasaan bawah sadar klien. Landasan kerjanya merupakan gabungan antara konsep-konsep analitis dengan kebebasan berimprovisasi. Terapi ini menggalang sebanyak mungkin perasaan, ide, fantasi, ingatan, kejadian baik melalui pertukaran verbal maupun permainan musik. Rentang emosi yang dapat dipengaruhi mencakup:

- a. perasaan takut, sampai perasaan yang beku, antipati lain akan muncul dalam bentuk kelumpuhan.
- b. melarikan diri dari kenyataan sampai henti-bentak ketakutan yang dapat mendorong terjadinya kepanikan.

c. pertahanan diri berlebihan yang dapat berujung sampai ketakutan dan rasa terancam sehingga mekanisme pertahanan diri akan dilakukan secara maksimal.

d. kemarahan

e. perasaan bersalah

f. kesedihan

g. cinta, kebahagiaan, dan kedamaian.

Proses Terapi Musik Analitis

Proses terapi musik analitis berpijak pada konsep-konsep psikoanalitis seperti model topografi *psyche* tentang kesadaran dan ketidaksadaran; tatanan struktural, id, ego, dan superego; model perkembangan psikoseksual yang mencakup masa oral, phalik, genital; konstruksi motivasi seperti *pressure, reality principal*, teori tentang mekanisme pertahanan diri, dan konsep-konsep hubungan klien dan terapis seperti *transference*.

Penutup

Dari uraian tersebut di atas nampak bahwa terapi musik akan menjadi salah satu media terapi yang relevan dalam penanganan kasus depresi pada anak, karena dengan pendekatan ini anak memperoleh *insight* atas konflik yang di *repress* dan mendorong pelepasan agresivitas yang selama ini diasumsikan padadirinyasendiri.

DAFTAR PUSTAKA

- , *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas dari PPDG J*
-III, Buku Saku, Editor Rusdi Maslim.
- Davison, G.C., Neale, J.M., & Kring, A.M. 2006. *Psikologi Abnormal*. Alih Bahasa: Fajar, N. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Djohan. 2006. *Terapi Musik : Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta : Galangpress.
- _____, 2003. *Psikologi Musik*. Yogyakarta: Buku Baik.
- Kaplan, H.I, Sadock, B.J, Grebb, J.A, 1997. *Sinopsis Psikiatri, Jilid Satu*, Jakarta: Binarupa Aksara,
- _____. 1997. *Sinopsis Psikiatri, Jilid Dua*, Jakarta: Binarupa Aksara.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B. 2003. *Psikologi Abnormal*. Alih Bahasa: Tim Fakultas Psikologi UI. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Satiadarma, M.P., & Zahra, R.P. 2004. *Cerdas dengan Musik*. Jakarta : Puspa Swara.
- Supratiknya, A. 1995. *Mengenal Perilaku Abnormal*, Yogyakarta: Kanisius.
- Phares, V. 2003 *Understanding Abnormal Child Psychology*, John Wiley & Sons, Inc.
- Wingram, T., Pedersen, I.N., & Bonde, L.O. 2002. *A Comprehensive Guide to Music Therapy : Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.