

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Manusia tidak selamanya terlahir di dunia dengan kesempurnaan fisik. Banyak anak yang terlahir dengan keterbatasan-keterbatasan, baik fisik maupun mental. Keterbatasan-keterbatasan fisik tersebut meliputi tunadaksa (cacat tubuh), tuna rungu (cacat telinga), tuna grahita (cacat mata), dan tuna wicara (tidak bisa bicara). Sekretaris Jenderal Depsos RI bersama Kepala Badiklit Kesos dan Direktur PT.Surveyor Indonesia pada saat Expose Data Penyandang Cacat Tahun 2009 mengemukakan bahwa berdasarkan, jumlah penyandang cacat di 9 provinsi sebanyak 299.203 jiwa dan 10,5% (31.327 jiwa) diantaranya merupakan penyandang cacat berat yang mengalami hambatan dalam kegiatan sehari-hari atau *activity daily living/ADL* (Indarwati , 2009). Data tersebut juga menyebutkan bahwa sekitar 67,33% penyandang cacat dewasa tidak mempunyai keterampilan dan pekerjaan. Jenis keterampilan utama penyandang cacat adalah pijat, pertukangan, petani, buruh dan jasa. Jumlah penyandang cacat laki-laki lebih banyak dari perempuan sebesar 57,96%. Dari seluruh penyandang cacat jumlah tertinggi ada di Provinsi Jawa Barat (50,90%) dan terendah ada di Provinsi Gorontalo (1,65%). Dari kelompok umur, usia 18-60 tahun menempati posisi tertinggi. Kecacatan yang paling banyak dialami adalah cacat kaki (21,86%), mental retardasi (15,41%) dan bicara (13,08%).

Panti Rehabilitasi Bina Daksa di Surakarta yang merupakan rujukan nasional, setiap tahunnya menerima siswa baru. Dari hasil pendataan yang dilakukan oleh BBRSD tahun 2010 akhir, data siswa di BBRSD mencapai 250 siswa yang berasal dari berbagai daerah. Sekitar 180 siswa telah mendapatkan keterampilan sesuai dengan kondisi fisiknya, dan telah mengakhiri masa pendidikannya. Tujuh puluh siswa lainnya masih mengikuti pendidikan keterampilan yang baru akan naik ke tingkat selanjutnya, yaitu dari kelas A ke kelas B. Pihak BBRSD Surakarta akan membuka penerimaan siswa baru di akhir tahun dan pertengahan tahun.

Tunadaksa adalah suatu keadaan rusak atau terganggu sebagai akibat gangguan bentuk atau hambatan pada tulang, otot, dan sendi dalam fungsinya yang normal. Kondisi ini dapat disebabkan oleh penyakit, kecelakaan atau dapat juga disebabkan oleh pembawaan sejak lahir (*White House Conference*, 1931, dalam Soemantri, 2007). Mereka yang tunadaksa sama sekali tidak dapat menggerakkan bagian tubuhnya yang mengalami gangguan atau kerusakan. Hasil penelitian tidak menunjukkan bahwa ada hubungan yang kuat antara keadaan kepribadian anak dengan umur saat terjadinya kecacatan, tapi jika mereka sudah sampai pada taraf dimana seseorang harus terikat dan tergantung, maka ternyata anak tunadaksa sejak lahir menunjukkan tingkat frustrasi yang lebih besar (Soemantri, 2007). Hal ini berbanding terbalik dengan kenyataan bahwa penderita tunadaksa yang baru saja mengalami ketunaan/kecacatan lebih banyak menunjukkan adanya gangguan emosi. Awalnya mereka menolak, namun lambat

laun ia akan menyesuaikan diri lebih baik lagi dengan lingkungannya (Soemantri, 2007).

Akibat kondisi kecacatan penyandang cacat tubuh seperti kelumpuhan, kelainan pertumbuhan, kelainan koordinasi gerak, kelainan bicara, organ tubuh tidak lengkap, kelainan persepsi menyebabkan penyandang cacat kurang bisa menerima kondisi dirinya. Hal tersebut dapat membuat perasaannya rendah diri dan kurang berani, malu, acuh tak acuh, mudah marah, mudah tersinggung, dan emosi tidak stabil (Choiri, 1987). Choiri (1987) juga menjelaskan bahwa di samping perasaan negatif tersebut, mereka juga memiliki penilaian negatif terhadap diri sendiri, orang lain dan keluarga, kurang cepat tanggap terhadap rangsangan, mudah terpengaruh, emosi tidak stabil, menyebabkan kemampuan penyandang cacat berbeda dibandingkan dengan kemampuan yang normal, baik fisik, psikis, dan sosialnya.

Beberapa orang cacat bahkan menyalahkan (mengutuk) diri mereka sendiri karena kecacatannya, mereka menyamakan hal ini dengan ketidakberuntungan. Orang yang demikian akan mengalami suatu penyalahan diri, dari perasaan bersalah sampai depresi. Ada juga yang bereaksi dengan menyalahkan orang lain mengenai ketidakberuntungannya ini. Reaksi marah dan bermusuhan terhadap kecacatan mungkin diikuti dengan menyalahkan dunianya yang menyebabkan rasa sakit dan cacat. Pada penyandang cacat ini muncul kecemasan yang berhubungan dengan ketakutan-ketakutan tidak dapat menghadapi kemungkinan-kemungkinan yang akan datang, belum lagi dalam menanggapi pemberian label sebagai orang cacat itu sendiri (Martinah, 2002).

Peneliti melakukan pra survei di tahun 2010 pada 70 siswa BBRSB untuk mengetahui gangguan psikis yang dialami. Peneliti memberikan skala emosi positif, skala stres, skala kecemasan, skala depresi, dan skala trauma pada mereka. Hasilnya menunjukkan bahwa gangguan terbanyak adalah depresi (Tabel 1), dengan rincian 14 siswa menunjukkan tingkat depresi yang tinggi, 14 siswa menunjukkan tingkat depresi sedang dan 42 siswa menunjukkan tingkat depresi yang rendah. Adapun data yang diperoleh sebagai berikut:

Tabel 1. Data Hasil Prasurvei Tahun 2010

Tingkat	Jenis Skala				
	Emosi +	Stress	Kecemasan	Depresi	Trauma
Tinggi	55	1	10	14	4
Sedang	14	35	18	14	41
Rendah	1	34	42	14	25
Tidak ada	-	-	-	28	-

Keterangan:

Angka merupakan jumlah siswa

Peneliti mengadakan survei lagi khusus untuk penderita depresi di akhir tahun 2011 hingga awal 2012 ketika penerimaan siswa baru. Pengukuran menggunakan skala BDI (*Beck Depression Inventory*). Dari 56 siswa baru yang masuk BBRSD, 15 siswa tidak mampu baca tulis dan 18 siswa telah masuk vokasional. Peneliti hanya memberikan skala pada 23 siswa yang belum masuk vokasional. Hasilnya menunjukkan bahwa 39,5% mengalami depresi berat dan sedang.

Tabel 2. Hasil *Screening* BDI Tahun 2011/2012

Kategori	Jumlah Siswa
Depresi Berat	6
Depresi Sedang	3
Depresi Ringan	5
Normal	9

Depresi menurut Ibrahim (2004) adalah gangguan alam perasaan (afek) yang ditandai dengan kemurungan, rasa sedih, rasa tak berdaya, rasa bersalah, dan rasa berdosa. Apabila makin berat maka akan sampai pada rasa putus asa dan tak jarang akan timbul pikiran ingin mati, bahkan tindakan bunuh diri. Freud (dalam Ibrahim, 2004) membedakan depresi dari duka cita atas dasar bahwa individu terdepresi merasakan penurunan harga diri yang mendalam, terutama dalam hubungan dengan perasaan bersalah dan mencela diri sendiri.

Peneliti mengadakan observasi dan wawancara terhadap 5 siswa putra dan 5 siswa putri BBRSD dan psikolog di BBRSD dalam rangka mengadakan pra survei. Hasilnya adalah penyandang tunadaksa yang menjalani pendidikan keterampilan di BBRSD terlihat mampu beradaptasi dan bersosialisasi dengan baik. Hal tersebut ternyata dikarenakan penyandang tunadaksa berada dalam komunitas yang sama. Apa yang dialami secara fisik antara satu siswa dengan siswa yang lainnya adalah sama. Penyandang tunadaksa merasa tidak ada perbedaan dan merasa senasib sepenanggungan. Sebelum masuk di BBRSD, penyandang tunadaksa masih merasa cemas, takut, sedih, putus asa, dan tertekan. Hal ini menunjukkan bahwa penyandang tunadaksa mengalami gejala depresi.

Kondisi yang tidak menyenangkan tersebut perlu di atasi, sehingga penyandang tunadaksa lebih siap dalam menghadapi realita kehidupan. Siswa

BBRSBD bisa menguasai keterampilan yang didapatkan, serta lebih siap menghadapi permasalahan setelah lulus. Melihat permasalahan yang begitu kompleks pada penyandang tunadaksa baik intern maupun ekstern, maka dibutuhkan intervensi yang bersifat mudah digunakan untuk menurunkan depresi yang dialami.

Penelitian dengan menggunakan intervensi musik untuk menurunkan depresi cukup banyak dilakukan. Dewi (2006), melakukan penelitian pada kelompok eksperimen yang dikenai terapi gending. Hasilnya menunjukkan mereka mengalami penurunan pada manifestasi ekspresi gejala depresi dengan proses yang cepat, dominan pada aspek emosi dan segera diikuti oleh aspek perilaku, motivasi, kognitif dan vegetatif. Selanjutnya pada penelitian Maratos, dkk (2005), melakukan penelitian dengan menggunakan terapi musik yang terbukti dapat diterima oleh orang-orang depresi yang berhubungan dengan perbaikan suasana hati. Penelitian yang dilakukan oleh Siedliecki dan Good (2006), menunjukkan hasil pada kelompok eksperimen yang dikenai perlakuan musik memiliki kekuatan lebih dalam mengurangi rasa sakit, depresi, serta cacat. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Perez dkk (2010), menyatakan bahwa grup musik-terapi menunjukkan berkurangnya gejala depresi dari kelompok *psychotherapy*, dan ini terbukti signifikan secara statistik dengan uji Friedman.

Perez dkk (2010) mengusulkan bahwa pasien dengan depresi rendah dan sedang dapat menggunakan musik untuk meningkatkan efek dukungan psikologis. Dewi (2006) menggunakan subjek penelitiannya dengan kategori depresi berat

dan sedang. Lerik dan Prawitasari (2005), melakukan penelitian pada subjek dengan kategori depresi 25 keatas (depresi berat).

Beberapa hasil penelitian diatas dapat dijadikan *evidence-based* untuk penelitian ini. Musik adalah sesuatu yang ringan karena sifatnya hanya untuk didengar dan menghibur. Musik bisa didengarkan dimana saja dalam kondisi apapun. Menurut Djohan (2006), musik dan pertukaran verbal, baik dalam bentuk komunikasi atau munculnya kata-kata kunci yang membantu menggali masalah-masalah terdalam klien adalah pendukung utama keberhasilan terapi ini. Pertukaran verbal saja belum dianggap memadai, karena masih dimungkinkan adanya hambatan-hambatan untuk mengungkapkan perasaan. Musik diperlukan sebagai penguat, musik juga menjadi sarana utama karena komunikasi dengan musik dapat diungkap lebih terbuka dan tidak ragu-ragu, serta lebih simultan. Musik sangat bisa mempengaruhi kondisi perasaan seseorang yang mendengarnya. Musik dengan kategori positif (ceria, semangat, atau bahagia) dapat menimbulkan suasana hati yang positif. Sedangkan musik yang sedih dapat menimbulkan suasana hati yang negatif. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa sebuah musik cenderung menimbulkan suasana hati yang sama dengan pendengarnya (Safaria dan Saputra, 2009).

Beberapa hasil penelitian berikut ini menunjukkan bahwa terapi musik efektif untuk menurunkan beberapa gangguan psikis, diantaranya:

1. Stress. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Regina dan Prabowo (2007) yang menyatakan bahwa meta musik dapat digunakan sebagai treatment dalam menurunkan stres.

2. Kecemasan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Prasetyo (2003) mengungkapkan bahwa fasilitas musik dalam praktek dokter gigi memiliki peranan yang signifikan dalam menurunkan kecemasan pasien.
3. Depresi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2006) menyatakan bahwa, kelompok eksperimen yang dikenai terapi gending mengalami penurunan pada manifestasi ekspresi gejala depresi dengan proses yang cepat, dominan pada aspek emosi dan segera diikuti oleh aspek perilaku, motivasi, kognitif dan vegetatif.
4. Motivasi kerja, produktivitas kerja, dan kepuasan kerja. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Soejoeti (2005) mengungkapkan bahwa adanya musik pengiring kerja ternyata dapat mempengaruhi motivasi kerja, kepuasan kerja dan produktivitas kerja karyawan.
5. Penderita skizofrenia. Hasil penelitian yang dilakukan oleh De Sousa (2010) mengungkapkan bahwa terapi musik terbukti dan efektif dalam rehabilitasi holistik skizofrenia sebagai tambahan farmakoterapi ke berbagai pengobatan psikososial.
6. Persepsi nyeri. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Yulianty dan Budiman (2009) mengungkapkan bahwa waktu toleransi pada musik yang disukai lebih lama daripada waktu toleransi nyeri pada musik eksperimen.
7. Beberapa gangguan psikopatologis pada anak-anak dan remaja. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Gold, Voracek, dan Wigram (2004) mengungkapkan bahwa efek musik menjadi besar terhadap perilaku dan pemulihan gangguan mental, gangguan emosi, berpendirian luas, psikodinamika, pendekatan humanistik lebih baik daripada *behavioral models*, dan perubahan yang lebih baik pada hasil

perilaku dan pemulihan mental daripada untuk keterampilan sosial dan konsep diri.

Menurut *Association for Profesional Music Therapist in Great Britain* (dalam Safaria dan Saputra, 2009), terapi musik adalah bentuk rawatan dengan hubungan timbal balik antar pasien dengan terapis yang memungkinkan terjadinya perubahan dalam kondisi pasien selama terapi berlangsung. Terapi musik juga akan mendukung proses kreatif menuju kebutuhan dalam fisik, emosional, mental dan spiritual seperti kemandirian, kebebasan untuk berubah, kemampuan untuk beradaptasi, keseimbangan, dan integrasi.

Menurut Gardner (dalam Safaria dan Saputra, 2009), sering kali orang dengan kebutuhan khusus lebih efektif belajar melalui musik karena bagian dari otak musik adalah bagian tertua dari struktur otak yang paling sedikit mengalami kerusakan akibat cacat lahir atau kecelakaan. Otak yang berisi sirkuit khusus / kimiawi, bila tersentuh musik akan menimbulkan emosi bagi pendengarnya, dan pada saat mengalami perubahan keadaan gelombang otak, akan menimbulkan respon psiko-fisiologi yaitu pikiran abstrak individu akan menurun pada kondisi normal, ketika proses relaksasi terus berlanjut maka akan memperluas ambang sensori, kondisi meditative, dalam keadaan/ tahap kesadaran. Hal ini dapat membantu individu untuk berpotensi menjadi dapat berpikir lebih luas, lebih positif, lebih jernih, berperasaan positif, mengurangi perasaan stress, cemas, rasa sakit, rasa takut, dan akhirnya akan mengurangi atau menurunkan simtom-simtom depresi.

Disampaikan pula oleh Crowe (1996) bahwa musik menghasilkan efek penyembuhan, karena dapat menenangkan aktivitas yang berlebihan dari otak kiri. Suara mengirimkan sinyal kepada korteks yang otomatis menutup masukan dari indra-indra lain seperti pandangan, sentuhan, dan bau. Jika sensori masukan menurun, maka kegaduhan kerja otak (misalnya pembicaraan internal, analisis, dan keputusan) akan reda, sehingga individu dapat istirahat dan rileks.

Apabila terjadi penyempitan di dalam aspek kognitif negatif, maka akan terjadi ketegangan. Ketegangan ini akan berpengaruh pada perasaan, maka energi dari perasaan akan berekspresi di tempat lain di dalam badan dalam bentuk sakit. Untuk mengakses pikiran dan pemahaman individu, tubuh harus berada dalam kondisi seimbang (rileks) yaitu pola irama fisik melambat dan teratur / tidak kacau yang dapat dipicu oleh musik. Bersama pikiran dan perasaan, badan merupakan wadah untuk fungsi kesadaran di dalam perasaan untuk kehidupan jiwa dan merupakan wahana ekspresi musikal (Montello, 2004) sekaligus wahana ekspresi gejala depresi.

Selain pentingnya alur penyembuhan terapi musik pada tubuh manusia, penting pula untuk diketahui cara-cara memberikan perlakuan pada terapi musik. Adapun perlakuan terapi musik yang diberikan pada subjek penelitian-penelitian pada *evidence based* yang sudah dipaparkan di atas, dapat dikategorikan dari perlakuan gangguan yang berat hingga yang ringan. Berikut adalah beberapa perlakuan terapi musik yang diberikan;

De Sousa (2010) mengadakan penelitian pada 272 pasien. Para pasien dibagi dalam dua kelompok, yaitu 136 pasien untuk kelompok kontrol dan 136

pasien untuk kelompok eksperimen. Metode yang digunakan adalah random sampling dengan bantuan yang disediakan oleh *biostatistician berkualitas*. Desain penelitian dengan menggunakan *single blind randomized controlled trial*. Pengacakan dilakukan dengan amplop tertutup. Usia pasien antara 18-60 tahun dan sedang didiagnosis skizofrenia minimal 3 tahun sebelum awal penelitian. Alat yang digunakan adalah; 1) wawancara terstruktur untuk mendapatkan data demografi dan klinis, 2) positif dan negatif skala gejala skizofrenia (PANSS). Ini adalah wawancara klinis semi struktur terdiri dari 30 butir dinilai dari 1-7. Penelitian ini memberikan skor tertinggi 9 yaitu domain klinis. Skala diberikan pada awal dan akhir penelitian oleh team penilai. Teknik terapi musik diberikan dalam sesi harian setiap hari selama 30 menit. Sesi yang diberikan pada pagi hari antara 09:00 dan 10:00. Pasien mendengarkan musik dan dianjurkan dengan mata tertutup atau terbuka, dan ini diikuti dengan refleksi pada jenis musik. Latar belakang, isi, dan alat-alat musik yang digunakan dalam musik dijelaskan kepada semua pasien pada awal sesi dalam rangka meningkatkan apresiasi mereka untuk hal yang sama. Musik dimainkan dengan menggunakan *CD player* dengan 4 *speaker* dalam ruangan. Musik yang dimainkan adalah musik klasik India. Dimana alat musik klasik India seperti tabla, santoor, shehnai, seruling, sitar dan biola semua tergabung dalam musik. Tidak ada lagu yang digunakan dalam terapi. Total durasi terapi adalah 1 bulan.

Penelitian yang dilakukan oleh Dingle, dkk (2008) pada 52 pasien NAZA, baik rawat inap maupun rawat jalan. Secara total 7 sesi terapi musik dilakukan oleh terapis musik dan psikolog. Sesi musik berlangsung 90 menit dan

ditahan seminggu sekali. Jumlah peserta berubah-ubah. Sesi dilakukan di ruang terapi kelompok yang terletak di gedung terpisah dari bangsal dalam rumah sakit. Sesi difokuskan pada : pemecahan masalah (sesi 1 dan 7), gaya komunikasi (sesi 2), mengeksplorasi emosi (sesi 3), perencanaan hari anda (sesi 4), menjelajahi depresi, kemarahan, dan kecemasan (sesi 5), harga diri dan identitas diri (sesi 6). Sesi yang terstruktur harus longgar dan fleksibel untuk kebutuhan kelompok yang berubah. Intervensi primer digunakan dalam kerangka sesi, meliputi; analisis lirik lagu-lagu yang dipilih oleh terapis musik, menyanyikan lagu / mendengarkan lagu.

Dewi (2006) melakukan penelitian pada pasien stroke yang mengalami depresi kategori berat dan sedang dengan menggunakan terapi musik gending Banyumasan. Peneliti membagi menjadi 4 kelompok, yaitu; 1) kelompok yang dikenai terapi obat saja, 2) kelompok yang menggunakan terapi musik dan obat, 3) kelompok yang dikenai terapi musik saja, dan 4) kelompok yang tidak dikenai perlakuan. Pelaksanaan terapi gending Banyumasan dilakukan secara individual masing-masing subjek dikenai perlakuan selama 1 minggu (7 hari), dengan durasi waktu 30 menit setiap pagi dan 30 menit setiap sore, sehingga terdapat 14 kali pertemuan. Dilanjutkan dengan periode didiamkan selama 1 minggu sampai pada periode tindak lanjut, sehingga jumlah waktu keseluruhan pada masing-masing subjek adalah 2 minggu.

Penelitian yang dilakukan oleh Lerik dan Prawitasari (2005), menggunakan 26 mahasiswa usia 19-23 tahun dengan skor depresi 25 keatas pada BDI. Rancangan eksperimen dengan menggunakan *pretest-posttest control group*

design. Terapi musik yang diberikan terdiri dari ceramah sejarah hidup Beethoven dan mendengarkan musik ciptaan Beethoven, yaitu simfoni nomor dua. Respon subjek terhadap terapi musik dipantau dengan lembaran apresiasi musik sebanyak empat kali selama enam hari. Sedangkan laporan mendengarkan musik di rumah di tulis subjek setiap hari sebagai pekerjaan rumah.

Pada penelitian Soejoeti (2005) dengan jumlah subjek 130 orang karyawan, yang kemudian dibagi secara random sehingga menjadi kelompok kontrol sebanyak 65 orang dan kelompok eksperimen sebanyak 65 orang. Musik pengiring kerja ini diberikan tiga kali dalam 1 hari, yaitu jam 08.00-09.00, jam 10.00-11.00, dan jam 14.00-16.00 selama tiga minggu (kecuali hari sabtu dan minggu).

Berdasarkan berbagai penelitian tersebut menunjukkan bahwa terapi musik efektif untuk menangani gejala depresi kategori ringan, sedang dan berat. Penelitian ini akan menguji bagaimana pengaruh terapi musik untuk menurunkan depresi.

B. Rumusan Masalah

Tunadaksa mempengaruhi hampir semua aspek perkembangan. Baik secara fisik maupun secara psikis. Melihat hasil wawancara, observasi dan skor pada skala BDI yang dilakukan pada prasurevei, ditemukan siswa tunadaksa di BBRSBD mengalami depresi lebih tinggi daripada keluhan lain seperti stress, emosi, cemas, dan trauma. Intervensi psikologis perlu dilakukan untuk mengatasi gejala depresi yang dialami oleh siswa penyandang tundaksa. Beberapa peneliti

menunjukkan bahwa terapi musik efektif untuk mengurangi afek-afek negatif, termasuk depresi. Masalahnya adalah apakah terapi musik juga efektif untuk menurunkan depresi pada penyandang tunadaksa. Dari paparan di atas, maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut: “Apakah terapi musik dapat menurunkan depresi pada penyandang tunadaksa?”.

C. Keaslian Penelitian

Penelitian mengenai depresi dan terapi musik sudah banyak dilakukan di Indonesia maupun diluar negeri. Beberapa penelitian yang telah dilakukan lebih banyak menggunakan musik tradisional, musik klasik atau instrumen. Adapun beberapa penelitian sebelumnya, sebagai berikut: Penelitian mengenai terapi musik dengan menggunakan gending pada pasien stroke, telah dilakukan oleh Dewi (2006) yaitu meneliti efektivitas terapeutik gending banyumasan terhadap penurunan depresi pasien stroke di RSUD Banyumas, tesis, Psikologi Klinis. Penelitian lain juga pernah dilakukan oleh mahasiswa Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga (Prasetyo, 2003), yaitu mengenai peran musik sebagai fasilitas dalam praktek dokter gigi untuk mengurangi kecemasan pasien. Terapi musik tidak hanya digunakan pada bidang klinis saja, melainkan bidang psikologi industri pun mencoba untuk menggunakan terapi musik untuk meningkatkan motivasi kerja, kepuasan kerja dan produktifitas kerja. Penelitian tersebut dilakukan oleh Soejoeti (2005), tesis, Pascasarjana, UGM.

Pada penelitian-penelitian yang telah disebutkan di atas menggunakan metode mendengarkan musik dan lagu, serta diskusi, sedangkan penelitian yang

penulis lakukan menggunakan metode mendengarkan musik bernada lembut. Oleh karena itu penulis beranggapan bahwa penelitian mengenai penanganan depresi terhadap penyandang tunadaksa seperti yang dilakukan penulis ini dapat dikatakan asli.

D. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi musik bernada lembut untuk menurunkan depresi pada penyandang tunadaksa di BBRSD Prof. Dr. Soeharso.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan sumbangan kepada Ilmu Psikologi, khususnya Psikologi Klinis,

2. Manfaat praktis

Jika penelitian ini terbukti berpengaruh untuk menurunkan depresi, maka terapi musik bernada lembut ini dapat digunakan sebagai salah satu alternatif untuk menangani atau menurunkan depresi pada penyandang tunadaksa.