

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) lanjut usia (lansia) adalah kelompok penduduk yang berumur 60 tahun atau lebih. Secara global pada tahun 2013 proporsi dari populasi penduduk berusia lebih dari 60 tahun adalah 11,7% dari total populasi dunia dan diperkirakan jumlah tersebut akan terus meningkat seiring dengan peningkatan usia harapan hidup. Data WHO menunjukkan pada tahun 2000 usia harapan hidup orang didunia adalah 66 tahun, pada tahun 2012 naik menjadi 70 tahun, pada tahun 2013 menjadi 71 tahun dan tahun 2016 menjadi 72 tahun. Data WHO pada tahun 2009 menunjukkan lansia berjumlah 7,49% dari total populasi, tahun 2011 menjadi 7,69% dan pada tahun 2013 didapatkan proporsi lansia sebesar 8,1% dari total populasi. Data *World Population Prospects: the 2015 revision*, pada tahun 2015 ada 901 juta orang berusia 60 tahun atau lebih, yang terdiri atas 12% dari jumlah populasi global (WHO, 2016).

Asia menempati urutan pertama dengan populasi lansia terbesar, dimana pada tahun 2015 berjumlah 508 juta populasi lansia, menyumbang 56% dari total populasi lansia di dunia (Kemenkes RI, 2014). Menurut *United Nations*, pada tahun 2013 populasi penduduk lansia Indonesia yang berumur 60 tahun atau lebih berada pada urutan 108 dari seluruh negara di dunia. Memang pada saat itu, populasi lansia di Indonesia di kategorikan belum terlalu besar. Namun diprediksikan pula bahwa di tahun 2050, Indonesia akan masuk menjadi 10 besar negara dengan jumlah lansia terbesar yaitu berkisar 10 juta lansia (*United Nations*, 2013).

Menurut Dewi (2014) seiring dengan peningkatan harapan hidup pada lansia sesungguhnya lansia menghadapi berbagai perubahan yaitu fisik dan psikososial. Semua perubahan tersebut membutuhkan adaptasi yang pada perjalanan, proses adaptasi tersebut menimbulkan berbagai masalah.

Perubahan pada fisik meliputi penurunan massa otot dan densitas tulang yang menyebabkan osteoporosis sehingga menyebabkan penurunan aktivitas atau gerak. Selain itu penurunan fungsi sensorik seperti perubahan indera penglihatan menyebabkan terganggu pemenuhan kebutuhan *Activity Daily Living (ADL)*, penurunan fungsi pendengaran, penurunan indera perasa sehingga lansia tidak peka terhadap rasa. Selain perubahan fisik lansia juga mengalami perubahan psikologis. Perubahan psikologis *short term memory*, frustrasi, kesepian, takut kehilangan, takut menghadapi kematian, kecemasan dan depresi (Maryam et al,2008). Lansia juga mengalami perubahan psikososial. Perubahan - perubahan psikososial yang paling umum adalah perubahan gaya hidup dan status sosial. Perubahan meliputi pensiun, kematian pasangan pindahnya anak atau cucu dan pindah ke lingkungan yang tidak dikenal. Kesedihan, kesepian, dan depresi (Bastable,2002).

Menurut WHO (2012) depresi adalah gangguan mental yang umum, ditandai dengan kesedihan, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau harga diri yang rendah, susah tidur atau nafsu makan, perasaan kelelahan, dan kurang konsentrasi. Depresi terus menjadi masalah kesehatan mental yang serius pada lansia meskipun penyebab dan perkembangan pengobatan farmakologis dan psikoterapi sudah sedemikian maju (Stanley&Gauntlett,2007). Menurut Iis (2010) gejala khusus secara psikis adalah terlihat rasa letih dan lesu yang terus menerus, tidak ada gairah atau semangat, kadang lansia terlihat begitu sedih dan tertekan sehingga sering menangis. Gejala fisik yang terlihat adalah keluarnya keringat yang berlebihan, sesak napas, nyeri kepala, nyeri otot, kejang usus atau kolik, muntah, diare serta berdebar-debar. Gejala-gejala ini yang akan mengakibatkan gangguan kehidupan lansia dan lansia tidak mampu hidup normal dengan kehangatan keluarga dan pada akhirnya kualitas hidup lansia menjadi buruk. Depresi banyak dialami oleh lansia dikarenakan beberapa perubahan-perubahan pada lansia, seperti perubahan fisik, kehilangan

pekerjaan karena pensiun, kehilangan tujuan hidup, kehilangan teman, risiko terkena penyakit, terisolasi dari lingkungan dan kesepian (Irawan,2013).

Menurut *American Association for Geriatric Psychiatry* tahun 2008 prevalensi lansia di dunia yang mengalami gangguan kesehatan mental berkisar 20% dan menurut *Geriatric Mental Health Foundation* tahun 2008 15-20% lansia diatas 65 tahun mengalami depresi (CDC Health Program,2009). Adapun prevalensi depresi pada lansia yang menjalani perawatan di RS dan panti perawatan sebesar 30- 40%. 5-15% pasien lanjut usia yang mengunjungi klinik diduga menderita depresi (Santoso dan Ismail,2009).

Menurut Blazer (1983) dalam (Arjadi, 2012) depresi pada lansia dapat membawa dampak yang serius, seperti bunuh diri, penurunan fungsi keseharian yang dapat mempercepat kematian, dan peningkatan penggunaan pelayanan kesehatan. Penanganan yang dilakukan untuk mengatasi dampak tersebut yaitu mendorong aktivitas-aktivitas seperti aktivitas keagamaan, melakukan interaksi sosial atau hubungan baru, mengkomunikasikan perhatian, modalitas kelompok dan penanganan dengan terapi obat (Stanley&Guantlett,2007). (WHO, 1984) telah menetapkan unsur spiritual (agama) sebagai salah satu dari 4 unsur kesehatan. Keempat unsur kesehatan tersebut adalah sehat fisik, sehat psikis, sehat sosial dan sehat spiritual (Hawari, 2008). Aktivitas keagamaan merupakan salah satu bentuk terapi psikoreligius. Terapi psikoreligius merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang mengkombinasikan pendekatan kesehatan jiwa modern dan pendekatan aspek religius / keagamaan yang dimana bertujuan meningkatkan mekanisme coping / mengatasi masalah (Yosep, 2010 dalam Subandi, dkk, 2013). Menurut Hawari (2008) terapi psikoreligius berbentuk berbagai ritual keagamaan, yang dalam agama Islam seperti melaksanakan shalat, puasa berdo'a, berdzikir, membaca shalawat, mengaji (membaca dan mempelajari isi kandungan al-Quran), siraman ruhani dan membaca buku-buku keagamaan yang berkaitan dengan agama. Orang yang religius atau orang yang taat

menjalankan ajaran agamanya relatif lebih sehat dan mampu mengatasi penderitaan penyakitnya sehingga proses penyembuhan penyakitnya pun lebih cepat. Pada prinsipnya, dalam tubuh manusia terdapat jaringan psiko-neuro-endokrin yang berpengaruh pada faktor- faktor kejiwaan seseorang. Jaringan ini berpengaruh pada sistem kekebalan tubuh. Dzikir yang antara lain digunakan sebagai terapi psikoreligius akan mampu menaikkan kekebalan tubuh manusia melalui jaringan psiko-neuro-endokrin tersebut (Zainul, 2007). Menurut Amin (2008) Secara *etimologi* Dzikir berasal dari kata *dzakara* artinya mengingat, memperhatikan, mengenang, mengambil pelajaran, mengenal atau mengerti dan mengingat. Dzikir akan mendatangkan manfaat antara lain mendatangkan kebahagiaan, menentramkan jiwa, obat penyakit hati dan sebagainya.

Panti Sosial Tresna Werdha Budi Sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan adalah satu-satunya panti sosial yang dimiliki oleh Provinsi Kalimantan Selatan. Panti Sosial tresna werdha budi sejahtera terdapat 2 lokasi yaitu di Banjarbaru dan Martapura. Dari hasil wawancara pada tanggal 16 Oktober 2016 dengan 10 orang lansia yang ada di panti sosial tresna werdha budi sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan yang berlokasi di Martapura di dapatkan bahwa 10 orang lansia tersebut mengatakan sedih berada di panti sosial tersebut dan ingin pulang berkumpul dengan keluarga dirumah. Selain itu para lansia juga sering mengeluhkan pusing, tidak nafsu makan, tidak bersemangat untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan sering merasa lelah padahal tidak melakukan aktivitas apapun. Selain itu dari 10 orang lansia yang diwawancarai hanya ada 3 orang lansia yang berdzikir setelah melakukan sholat lima waktu dan yang lainnya setelah sholat langsung kembali ke wisma masing-masing untuk istirahat.

Berdasarkan fenomena di atas penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Pengaruh Terapi Psikoreligius Dzikir Terhadap Depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka dapat dirumuskan permasalahan penelitian ini yaitu “apakah ada pengaruh terapi psikoreligius dzikir terhadap depresi pada lansia di panti sosial tresna werdha budi sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui adanya pengaruh terapi psikoreligius dzikir terhadap depresi pada lansia di panti sosial tresna werdha budi sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengidentifikasi tingkat depresi sebelum di lakukan terapi psikoreligius zikir

1.3.2.2 Mengidentifikasi tingkat depresi sesudah di lakukan terapi psikoreligius zikir.

1.3.2.3 Menganalisis pengaruh terapi psikoreligius dzikir terhadap depresi pada lansia di panti sosial tresna werdha budi sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Secara Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu bahan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan jiwa khususnya pengaruh terapi psikoreligius dzikir dengan tingkat depresi pada lansia.

1.4.2 Secara Praktis

1.4.2.1 Lansia :

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan pengetahuan kepada lansia tentang cara untuk mengurangi tingkat depresi pada lansia khususnya dengan terapi dzikir sebagai sebagian dari aktivitas terapi psikoreligius.

1.4.2.2 Panti Sosial :

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menjadi referensi untuk pihak manajemen panti sosial untuk dapat menjadi pedoman untuk melakukan terapi psikoreligius dzikir.

1.4.2.3 Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan informasi tentang pengaruh psikoreligius terhadap tingkat depresi sehingga institusi pendidikan dapat memberikan pengajaran pada mahasiswanya agar di aplikasikan dalam pelayanan keperawatan.

1.4.2.4 Peneliti :

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menambah pengetahuan bagi peneliti, terutama tentang terapi psikoreligius dzikir dengan tingkat depresi serta dapat menerapkan ilmu yang telah diperoleh selama menempuh pendidikan.

1.5 Penelitian Terkait

1.5.1 Akbar Taufik (2010), Peran Petugas Panti Terhadap Pencegahan Depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Sejahtera Banjarbaru Kalimantan Selatan.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah petugas panti yang berhubungan langsung dengan lanjut usia di panti sosial tresna werdha dan instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan kuesioner.

Perbedaan penelitian ini yaitu pada variabel penelitiannya dan juga populasi serta sampel yang akan dijadikan sebagai responden. Dalam penelitian ini yang akan di jadikan responden adalah lansia yang ada di panti sosial tersebut sedangkan pada penelitian sebelumnya adalah petugas panti sosial. Selain itu tempat yang akan dilakukan penelitian

berbeda dengan tempat penelitian sebelumnya yaitu panti sosial tresna werdha Martapura.

1.5.2 Ibnu Nasrullah (2016), Hubungan Antara Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Dengan Tingkat Kecemasan pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin Tahun 2016.

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian cross sectional dengan populasi penelitian sebanyak 306 orang dengan teknik pengambilan sampel *accidental sampling*.

Perbedaan penelitian ini yaitu pada rancangan penelitiannya. Pada penelitian ini rancangan penelitian yang di gunakan adalah *Pre-Post test with one group*. Selain itu populasi penelitian pada penelitian ini 60 orang dan tempat yang akan dilakukan penelitian berbeda dengan tempat penelitian sebelumnya yaitu panti sosial tresna werdha Martapura.