BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Manusia dalam kehidupan sehari-hari selalu mempunyai masalah. kompleksnya persoalan yang kita hadapi dari waktu kewaktu, baik persoalan yang berhubungan dengan diri sendiri, keluarga, pekerjaan, dan masalah kehidupan secara umum. Seiring dengan perkembangan zaman, masalah gangguan jiwa secara global semakin meningkat, begitu pula di Indonesia. Kompleksitas masalah-masalah tersebut telah mengarahkan sebagian mengakibatkan gangguan jiwa. Ternyata dampaknya mampu menimbulkan dampak yang sangat besar dan berpengaruh terhadap kesehatan jiwa seseorang yang tidak dapat mengantisipasi gejala yang timbul.

Kesehatan jiwa adalah bahwa sehat-sakit dan adaptasi-maladaptasi merupakan konsep yang berbeda, tiap konsep berada pada rentang yang terpisah. Rentang sehat-sakit berasal dari sudut pandang medis. Rentang adaptasi-maladaptasi berasal dari sudut pandang keperawatan. Jadi, seseorang yang mengalami sakit baik fisik maupun jiwa dapat beradaptasi terhadap keadaan sakitnya. Sebaiknya, seseorang yang tidak di diagnosis sakit mungkin memiliki respon koping yang maladaptif. Kedua rentang ini menggambarkan model praktek keperawatan dan medis yang saling melengkapi (Halipah 2016).

Di berbagai belahan dunia fenomena gangguan jiwa semakin meningkat dan penderitanya bertambah banyak, salah satunya di Indonesia. Dalam istilah medis, gangguan jiwa merupakan pola perilaku atau sindrom yang berkaitan dengan penderitaan sehingga menimbulkan gangguan pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia (Keliat et all 2011).

Salah satu gangguan jiwa yang sering terjadi adalah gangguan jiwa Depresi. Bahkan menurut WHO depresi adalah masalah yang serius karena merupakan urutan keempat penyakit di dunia. Sekitar 20% wanita dan 12% pria, pada suatu waktu dalam kehidupannya pernah mengalami depresi(Kelliat, 2013). Jumlah penderita depresi meningkat lebih dari 18% antara tahun 2005 dan 2015. Depresi merupakan penyebab terbesar kecacatan di seluruh dunia. Lebih dari 80% penyakit ini dialami orang-orang yang tinggal di negara yang berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2017).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (2018) di Provinsi Jawa Barat menunjukan pervalensi gangguan mental emosional yang ditunjukan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15-24 tahun mencapai 6,2% dari jumlah penduduk seluruh indonesia atau setara dengan 11 juta orang. Di Cianjur sendiri Riset Kesehatan Dasar (2018) mencatat angka yang mengalami depresi mencapai 4,98% jiwa mengalami depresi atau sekitar 2.370 orang.

American Psychiatric Association (APA) memberikan definisi depresi merupakan perasaan sedih atau kosong yang disertai dengan penurunan minat terhadap aktivitas yang menyenangkan, gangguan tidur dan pola makan, penurunan kemampuan berkonsentrasi, perasaan bersalah yang berlebihan, dan munculnya pikiran tentang kematian atau bunuh diri. Gejala psikis depresi seperti sedih, susah, tak berguna, gagal, putus asa, kehilangan, tak ada harapan, sulit konsentrasi, penyesalan yang patologis bahkan pikiran bunuh diri. Gejala somatik seperti anorekia, konstipasi, kulit lembab, tekanan darah dan nadi turun, tidak bersemangat (lesu), dan sulit tidur. Masalah ini dapat menjadi kronis atau berulang dan menyebabkan gangguan dalam kehidupan sehari-hari (WHO, 2012). Walaupun depresi sudah dikenal sejak beberapa abad yang lalu, penyebabnya belum diketahui secara pasti. Namun telah diajukan sejumlah teori penting yaitu: faktor psikologis, biologis, teori genetik, dan berbagai faktor psikososial lainnya (Ardjana, 2010).

Dalam pemecahan masalah, Perawat dapat menerapkan berbagai teknik yang dianggap dapat menyelesaikan masalah dengan efektif dan mudah diterima oleh pasien. salah satu intervensi untuk keperawatan jiwa dengan pasien depresi yaitu terapi kognitif. Dengan adanya terapi kognitif dapat mengubah *mindset* irasional seseorang dalam menghadapi masalah menjadi suatu pemikiran yang rasional. Kerja sama antara terapis dan pasien sangat diperlukan dalam terapi ini untuk mengidentifikasi perilaku pasien untuk kemudian keduanya menentukan rencana tindakan penyembuhan. Terapi ini cukup praktis dan tidak memakan waktu yang lama karena hanya berorientasi pada tujuan. Terapi ini menekankan kerjasama antara pasien dan terapis layaknya rekan bisnis, tetapi terapis wajib mengamati dan mengevaluasi perilaku pasien berdasarkan tugas yang diberikan (Yunita, 2014)

Menurut penelitian Trimulyaningsih (2010) menyebutkan bahwa terapi kognitif prilaku religius efektif untuk menurunkan gejala depresi hal ini terjadi karena terapi kognitif prilaku religius mengubah pola pikir dan prilaku berdasarkan nilai-nilai pribadi pasien yang telah dimiliki sebelumnya sehingga dapat meningkatkan kesadaran spiritual dan keyakinan agama yang dipercaya oleh pasien. Penelitian tersebut didukung oleh penelitian-penelitian lain seperti penelitian yang dikemukakan oleh fitriani (2017) beliau menjelaskan dalam penulisannya bahwa *cognitif behavior religius therapy* dapat menurunkan tingkat depresi dari yang tergolong depresi berat menjadi depresi ringan dan berkurangnya *symptom-symptom* depresi pada subjek yang meliputi perubahan pada kondisi pikiran, prilaku dan fisik. Peneliti lain berpendapat bahwa *cognitif-behavior therapy* dengan mediator dzikir terhadap stres wargabinaandi lapas wanita di Bandung mengalami penurunan stres. Dzikir termasuk kedalam aspek religus sehingga dengan melibatkan nilai-nilai agama yang di percaya pasien diasumsikan akan berpengaruh kepada intervensi yang akan dilakukan (Kuswartanti, 2018).

Melansir dari berbagai sumber yang didapat masih tingginya angka penderita gangguan jiwa depresi di Cianjur khususnya di Kecamatan Karangtengah penulis tertarik untuk pengaplikasian terapi kognitif pada pasien-pasien yang menderita gangguan jiwa depresi di Kecamatan Karangtengah. Melihat di wilayah Kecamatan Karangtengah di kampung-kampung tertentu masih minimnya kepercayaan terhadap agama sehingga resiko terjadinya depresi akan lebih tinggi dibanding dengan Kecamatan lain ditambah lagi kehidupan-kehidupan di Cianjur dituntut untuk mengikuti perkembangan zaman yang trendy sehingga ada beberapa yang memaksakan diri yang mengakibatkan gejala depresi itu muncul karena ada ketidaksesuaian apa yang kita inginkan dan apa yang telah terjadi, sedang terjadi dan akan terjadi. Dalam penulisan ini penulis akan melakukan terapi kognitif religius dengan melibatkan pada nilai-nilai agama yang diyakini oleh klien sehingga meningkatkan rasa syukur dan penggunaan pernyataan diri berdasarkan keyakinan agama. Terapi kognitif ini juga merupakan terapi yang dapat dilakukan dalam jangka waktu pendek dan berorientasikan pada masalah, terstruktur, ahistorikal, kerjasama dan keterbukaan sehingga akan cocok untuk dilakukan penulisan.

Melihat dari berbagai data dan informasi di atas maka penulis tertarik untuk mengambil judul "Aplikasi Terapi Kognitif Perilaku Religius Terhadap Penurunan Skor Depresi di Kampung Tipar Karangtengah Kabupaten Cianjur"

1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah

Penulis dapat memahami dan memberikan asuhan keperawatan jiwa khususnya dalam pemberian tindakan keperawatan terapi kognitif religius secara optimal kepada klien yang mengalami depresi di Kampung Tipar.

1.2.1 Tujuan Umum

Mengaplikasikan Tindakan terapi kognitif prilaku religius terhadap penurunan skor depresi di Kampung Tipar.

1.2.2 Tujuan Khusus

a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien yang mengalami depresi di Kampung Tipar.
b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien yang mengalami depresi di Kampung Tipar.
c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien yang mengalami depresi di Kampung Tipar.
d. Melaksanakan Tindakan keperawatan pada pasien yang mengalami depresi di Kampung Tipar.
e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien yang mengalami depresi di Kampung Tipar.
f. Menganalisis aplikasi Tindakan terapi kognitif prilaku religius pada pasien yang mengalami depresi di Kampung Tipar.

1.3 Pengumpulan data

Metode Pengumpulan data yang akan dilakukan pada penulisan ini diantaranya:

1.3.1 Wawancara: penulis akan melakukan wawancara yang isinya berupa pertanyaan kepada klien atau keluarga klien yaitu menanyakan mengenai keluhan utama atau masalah yang sedang dialami klien, pemikiran klien/keluarga klien mengenai masalah tersebut dan pendapat klien cara penyelesaian masalah tersebut .

1.3.2 Observasi: penulis akan melakukan pengamatan dan meninjau langsung kepada klien berupa tingkah laku, keseharian pasien dan tugas-tugas yang diberikan apakah di aplikasikan oleh klien atau tidak.

1.3.3 Dokumen / studi literatur: Penulis melakukan pengumpulan data pengaplikasian melalui studi dokumen (data sekunder) statistik, status pemeriksaan pasien, laporan, jurnal keperawatan dan lain-lain.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penulisan ini diharapkan memberikan kontribusi berupa pengembangan ilmu keperawatan serta informasi di bidang Keperawatan Jiwa tentang asuhan keperawatan pada pasien depresi dengan penerapan terapi kognitif prilaku religius.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Terapi ini sangat bermanfaat bagi perawat dalam pemberian asuhan keperawatan dalam upaya menurunkan skor depresi dengan menerapkan tindakan

b. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai tambahan informasi untuk pertimbangan institusi pendidikan dalam menambah pustaka dan wawasan kepada mahasiswa tentang penerapan terapi kognitif prilaku religius pada pasien depresi.

c. Bagi Klien dan Keluarga

Dapat membantu klien dan keluarga serta memberikan wawasan dan pengetahuan mengenai depresi dan cara penanganannya secara tepat dan aman tanpa menimbulkan efek samping.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Dapat membantu penulis selanjutnya serta menambah referensi mengenai penulisan tindakan Terapi Kognitif Prilaku Religius pada pasien depresi.