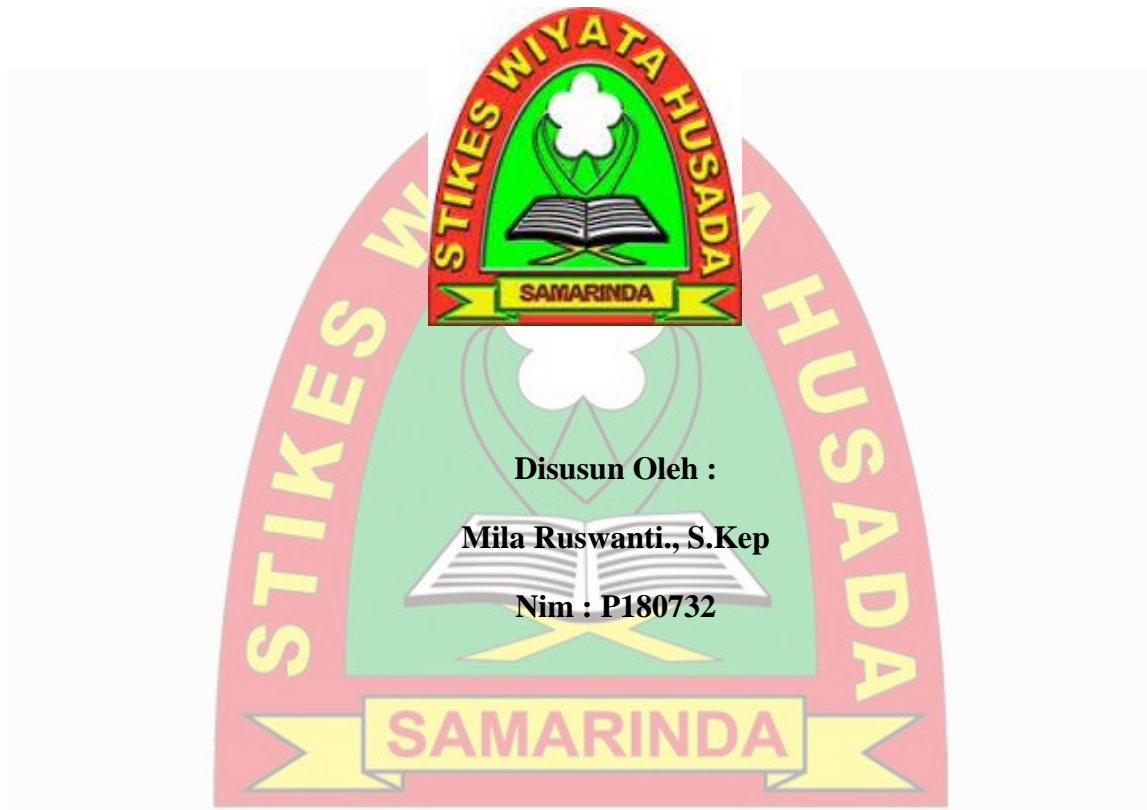


**EFEKTIFITAS PENERAPAN INTERVENSI INOVASI *SPIRITUAL-EMOTIONAL WRITING THERAPY* UNTUK PERUBAHAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH DI RUANG ENGGANG RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

**KARYA TULIS ILMIAH AKHIR NERS**



**Disusun Oleh :**

**Mila Ruswanti., S.Kep**

**Nim : P180732**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA**

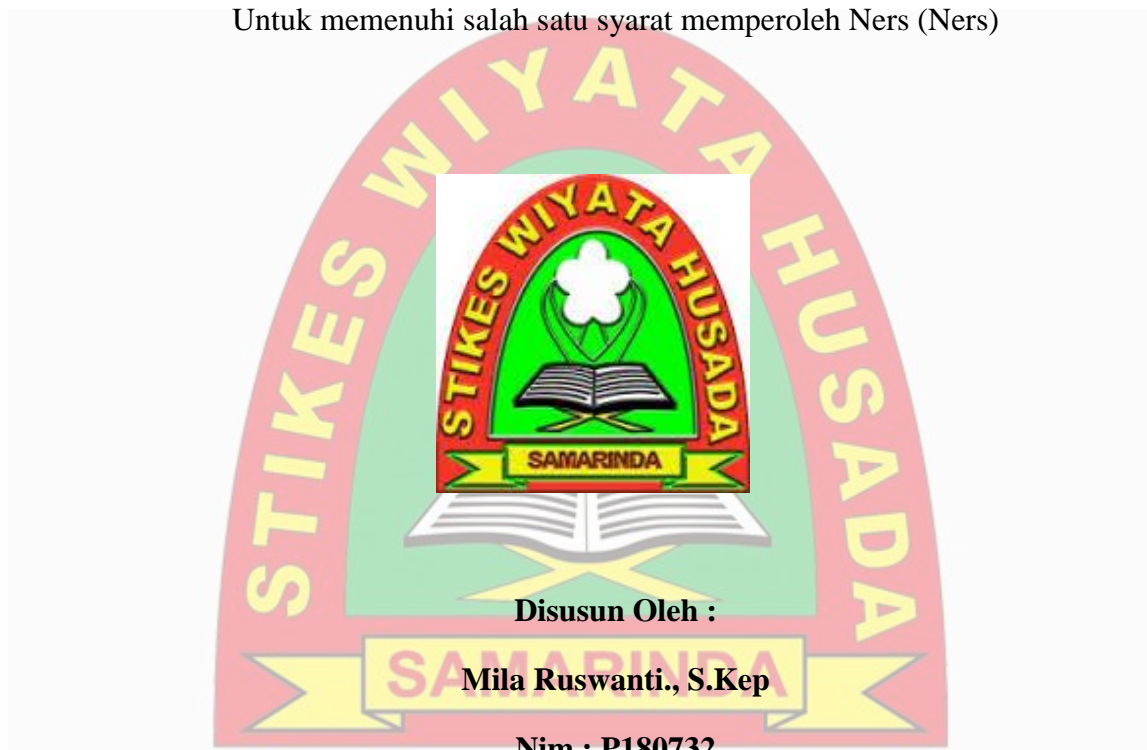
**SAMARINDA**

**2018/2019**

**EFEKTIFITAS PENERAPAN INTERVENSI INOVASI *SPIRITUAL-EMOTIONAL WRITING THERAPY* UNTUK PERUBAHAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH DI RUANG ENGGANG RUMAH SAKIT JIWA DERAH ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Ners (Ners)



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA**

**2018/2019**

HALAMAN PENGESAHAN

EFEKTIFITAS PENERAPAN INTERVENSI INOVASI *SPIRITUAL - EMOTIONAL WRITING THERAPY* UNTUK PERUBAHAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH DI RUANG ENGGANG RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

MILA RUSWANTI

NIM: P180732

Telah dipertahankan dalam ujian  
Pada tanggal 17 Desember 2019

PENGUJI KLINIK

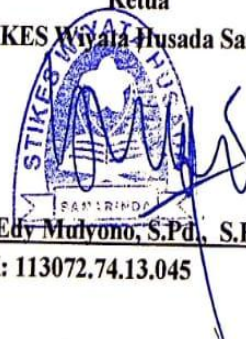
Ns. Budi Rahman, S.Kep  
NIP. 19790703.199903.1.003

PENGUJI AKADEMIK


Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep  
NIK. 113072.86.13.071

Mengetahui,

Ketua  
STIKES Wiyata Husada Samarinda

  
Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep  
NIK: 113072.74.13.045

Ketua Program Studi  
Ilmu Keperawatan  
STIKES Wiyata Husada Samarinda

  
Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep  
NIK: 113072.86.13.071

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT,berkat rahmat dan bimbingan-nya saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) dengan Judul “Efektivitas Penerapan Intervensi Inovasi *Spiritual-Emotional Writing Therapy* Untuk Perubahan Tingkat Depresi Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah DiRuang Enggang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda”. Penelitian ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners (Ners) pada program Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

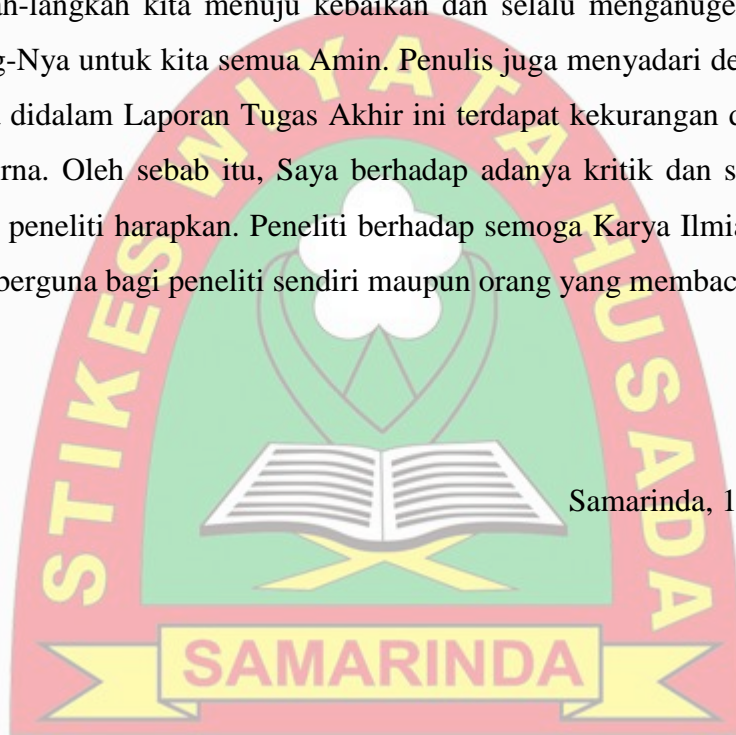
1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Ns. Edy Mulyono ,S.Pd.,S.Kep., M.Kep selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Bapak Ns. Rusdi, S.Kep.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Program Profesi Ners dan Pembimbing STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terimakasih atas masukan dan bimbingan serta semua ilmu selama masa kian ini yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
4. Ibu Ns. Susi Indaryanti, S.Kep selaku Pembimbing klinik STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terimakasih atas pembelajaran masukan dan bimbingan serta semua ilmu dan dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
5. Bapak Ns.Budi Rahman, S.Kep selaku Dosen Penguji Utama STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terimakasih atas masukan dan saran yang diberikan sebagai bentuk dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
6. Terimakasih kepada seluruh staf pengajar Program Studi Ilmu Keperawatan di STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan banyak ilmu serta memberikan semangat kepada peneliti dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.
7. Kepada kedua orang tua saya (Wansaripuddin & Teti Ruswita) terimakasih saya ucapkan kepada bapak dan ibu saya karena selalu memberikan semangat,

doa serta motivasi untuk keberhasilan anak tercintanya dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.

8. Terimakasih kepada teman-teman bimbingan seperjuangan dan teman-teman Keperawatan Jiwa Program Profesi Ners STIKES Wiyata Husada yang telah memberikan semangat.

Dan semua pihak yang telah membantu menyelesaikan Laporan Karya Ilmiah Akhir Nersini, semoga Allah SWT senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugerahkan kasih dan sayang-Nya untuk kita semua Amin. Penulis juga menyadari dengan sepenuhnya bahwa didalam Laporan Tugas Akhir ini terdapat kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh sebab itu, Saya berhadap adanya kritik dan saran membangun sangat peneliti harapkan. Peneliti berhadap semoga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat berguna bagi peneliti sendiri maupun orang yang membacanya.

Samarinda, 17 Desember 2019



Peneliti

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mila Ruswanti.,S.Kep

NIM : P180732

Program Studi : Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata  
Husada Samarinda

Judul Laporan Tugas Akhir : Efektivitas Penerapan Intervensi Inovasi *Spiritual-Emotional Writing Therapy* Untuk Perubahan Tingkat Depresi Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah Di Ruang Enggang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda

Menyatakan bahwa sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut.

Samarinda, 17 Desember 2019

Yang Membuat Pernyataan,

Mila Ruswanti

NIM P180732

## LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

---

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mila Ruswanti.,S.Kep

NIM : P180732

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Efektivitas Penerapan Intervensi Inovasi *Spiritual-Emotional Writing Therapy* Untuk Perubahan Tingkat Depresi Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah Di Ruang Enggang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, .....

Yang menyatakan

(.....)

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	
<b>DAFTAR ISI.....</b>	
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	

### **BAB I PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6

### **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

A. Konsep Harga Diri Rendah	
1. Pengertian .....	7
2. Rentang Respon .....	8
3. Etiologi .....	11
4. Tanda & Gejala .....	12
5. Akibat .....	13
6. Proses Masalah .....	14
7. Mekanisme Koping .....	16
8. Sumber Koping .....	17
B. Konsep Depresi	
1. Pengertian .....	18
2. Etiologi .....	18
3. Faktor Resiko Depresi .....	22
4. Klasifikasi Depresi .....	23
5. Jenis-jenis Depresi .....	24
6. Gejala Depresi .....	25
7. Pengukuran Gejala Depresi .....	26
C. Konsep Spiritual-Emotional Writing Therapy	
1. Pengertian .....	27
2. Tujuan .....	30
3. Manfaat .....	31
4. Kelebihan dan Kelemahan .....	31
D. Konsep Dasar Proses Keperawatan	
1. Pengkajian .....	32
2. Pohon Masalah .....	34
3. Diagnosa Keperawatan .....	34

### **BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

A. Pengkajian Kasus .....	35
B. Analisa Data .....	40
C. Pohon Masalah .....	40

D. Intervensi Masalah.....	41
E. Implementasi & Evaluasi.....	44
<b>BAB IV ANALISA SITUASI</b>	
A. Profil RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda .....	51
B. Analisis Masalah Keperawatan.....	53
C. Analisis Intervensi Inovasi .....	68
D. Alternatif Pemecahan Masalah .....	69
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	70
B. Saran .....	71

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Analisa Data
Tabel 3.2	Intervensi Keperawatan
Tabel 3.3	Intervensi Inovasi
Tabel 3.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan
Tabel 4.1	Hasil Evaluasi Intervensi Inovasi
Tabel 4.2	Pedoman Diagnosis Episode Depresif
Tabel 4.3	Baseline Pikiran
Tabel 4.4	Baseline Perilaku
Tabel 4.5	Thought Catching
Tabel 4.6	Isi Tulisan Subjek
Tabel 4.7	Kondisi Pikiran Pasca Intervensi
Tabel 4.8	Kondisi Perasaan/Perilaku Pasca Intervensi



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 SPO Spiritual-Emotional Writing Therapy
- Lampiran 2 Lembar Observasi Rating Scale (HDRS)
- Lampiran 3 Jurnal Terkait



## ABSTRAK

### **Efektivitas Penerapan Intervensi Inovasi *Spiritual-Emotional Writing Therapy* Untuk Perubahan Tingkat Depresi Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah Di Ruang Enggang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda**

Mila Ruswanti<sup>1</sup>, Rusdi<sup>2</sup>

**Latar Belakang:** Harga diri rendah dapat menimbulkan dampak seperti perilaku menarik diri dan menghindari berinteraksi dengan orang lain. Terapi menulis pada pasien harga diri rendah merupakan salah satu terapi modalitas keperawatan.

**Tujuan :** Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan Menghilangkan Pikiran Negatif dan mengajarkan pasien untuk mengungkapkan diri dengan intervensi “*Spiritual-Emotional Writing Therapy* Untuk Perubahan Tingkat Depresi Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah Di Ruang Enggang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda”

**Proses :** Harga Diri Rendah perlu ditangani dengan memberikan intervensi inovsi *Spiritual-Emotional Writing Therapy*. Hasil akhir yang diharapkan adalah perubahan pada gejala depresi yang dirasakan oleh pasien dengan menggunakan pengukuran HDRS (*Hamilton Depressive Rating Scale*).

**Kesimpulan:** Dengan demikian di buat kesimpulan bahwa adanya perubahan harga diri rendah dari rentang respon harga diri rendah negatif menjadi positif berdasarkan skor penilaian (HDRS) dari tingkat depresi 14 menjadi 7. *Spiritual-Emotional Writing Therapy* dapat dijadikan sebagai salah satu tindakan mandiri bagi perawat sebagai salah satu terapi untuk pasien dengan asuhan keperawatan harga diri rendah.

**Kata Kunci:** Harga Diri Rendah, Depresi, *Spiritual-Emotional Writing Therapy*

---

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Profesi Ners, STIKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup> Pembimbing Program Profesi Ners, STIKES Wiyata Husada Samarinda

## ABSTRACT

### **The Effectiveness of Implementing Innovative Spiritual-Emotional Writing Therapy Therapeutic Interventions for Changing Depression Rates in Patients with Low Self- Esteem in the Room of the Mental Hospital Atma Husada Mahakam District Samarinda**

Mila Ruswanti<sup>1</sup>, Rusdi<sup>2</sup>

**Background:** Low self-esteem can have effects such as withdrawal behavior and avoid interacting with others. Writing therapy in patients with low self-esteem is one of the modalities of nursing care.

**Purpose:** This Final Scientific Nurse Work aims at Eliminating Negative Thoughts and teaching patients to express themselves with the intervention "Spiritual-Emotional Writing Therapy for Changing Depression Levels in Patients with Low Self-Esteem in the Burying Room of the Atma Husada Mahakam Regional Psychiatric Hospital Samarinda.

**Process:** Low Self-Esteem needs to be addressed by providing Spiritual-Emotional Writing Therapy innovation intervention. The expected outcome is a change in depressive symptoms felt by the patient by using the HDRS (Hamilton Depressive Rating Scale) measurement.

**Conclusion:** Thus the conclusion is made that the change in low self-esteem from the range of negative low self-esteem responses to positive based on the assessment score (HDRS) from depression level 14 to 7. Spiritual-Emotional Writing Therapy can be used as an independent action for nurses as one of the therapies for patients with low self-esteem nursing care.

**Keywords:** Low Self-Esteem, Depression, Spiritual-Emotional Writing Therapy

---

<sup>1</sup> Nurse Professional Program Student, STIKES Wiyata Husada Samarinda.

<sup>2</sup> Supervisor of Nurse Professional Program, STIKES Wiyata Husada Samarinda.

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwajaran dalam bertingkah laku. Hal ini terjadi karena menurunnya semua fungsi kejiwaan (Nasir & Muhith, 2011). Gangguan jiwa adalah gangguan dalam cara berpikir (cognitive), kemauan (volition), emosi (affective), tindakan (psychomotor) (Yosep, 2009).

Gangguan jiwa berat ada tiga macam yaitu skizofrenia, gangguan bipolar dan psikosis akut. Dengan skizofrenia yang paling dominan yaitu sejumlah 1% hingga 3% dari total populasi warga dunia. Tanda skizofrenia yang ditinjau dari perilaku penderita yaitu menarik diri dari aktifitas sehari-hari, gelisah tidak bisa diam, perilaku aneh, deficit perawatan diri, menjawab pertanyaan yang tak berhubungan, bertindak agresif dan tanpa sebab yang jelas penderita sering marah (NIC, 2005).

Data statistik dari direktorat kesehatan jiwa, masalah kesehatan jiwa dengan klien gangguan jiwa terbesar (70%) adalah skizofrenia. Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi fungsi individu antara lain fungsi berfikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realita, merasakan dan menunjukkan emosi serta berperilaku (Stuart 2013).

Menurut data World Health Organization (WHO) masalah gangguan jiwa di seluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius, WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia mengalami masalah gangguan jiwa (Yosep, 2010). Menurut data Riset kesehatan dasar (Rikesda, 2018) kementerian kesehatan tahun 2007, diketahui bahwa 11,6% penduduk indonesia usia 15 tahun mengalami masalah gangguan kesehatan jiwa. Prevelensi gangguan jiwa ansietas dan depresi sebesar 11,65% populasi (24.708.0000

orang) dan prevalensi nasional gangguan jiwa berat di Indonesia sebesar 0,46% (1.065.000 orang).

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Rikesda) Kementerian Kesehatan tahun 2013 Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di DI Yogyakarta, dan Aceh masing-masing (2,7%), yang terendah adalah Kalimantan Barat (0,7%) sedangkan Kalimantan Timur sebanyak (1,4%). Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6,0 persen. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah (11,6%), yang terendah di provinsi Lampung (1,2%) dan Kalimantan Timur sebanyak (3,2%). Jika dibandingkan dengan Rikesda 2013, peningkatan proporsi gangguan jiwa pada data yang didapatkan Rikesda 2018 cukup signifikan naik dari 1,7% menjadi 7%.

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda merupakan rumah sakit rujukan psikiatri bagi pasien gangguan jiwa, mempunyai pelayanan pengobatan dan rehabilitasi pasien gangguan jiwa. Menurut data rekam medik di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda tahun 2019 dari bulan Januari sampai bulan Oktober mencatat jumlah pasien masuk sebanyak 423 orang. Tinjauan disalah satu ruang rawat inap kelas I dan II yaitu ruang Enggang pada tahun 2019 di bulan Oktober jumlah pasien masuk dengan mengalami Harga Diri Rendah 0%, mengalami Isolasi Sosial 0%, mengalami Resiko Bunuh Diri 0%, mengalami Defisit Perawatan Diri 12%, mengalami Waham 16%, mengalami Perilaku Kekerasan 17%, dan pasien yang mengalami Halusinasi 56%. Faktor pengalaman emosional individu yang mengalami depresi biasanya terbatas pada emosi negatif yang sering dideskripsikan sebagai kesedihan, hilangnya harapan, kesengsaraan, dan hilangnya kegembiraan (Davey, 2008). Sebagian besar individu dengan gangguan depresi memiliki episode kesedihan dan perilaku menangis yang terjadi secara berkala. Sebagian kecil individu dengan gangguan depresi yang dilaporkan pernah merasakan emosi positif. Individu dengan gangguan depresi menunjukkan wajah minim ekspresi

positif dan kehilangan minat terhadap kesenangan/humor (Sloane, Strauss & Wisner, 2001; Davey, 2008).

Depresi sangat berkaitan dengan emosi. Emosi merupakan kompleksitas perasaan yang meliputi psikis, somatis, dan perilaku yang berhubungan dengan afek dan *mood*. Emosi merupakan perasaan yang dihayati dalam kesadaran, sedangkan afek ditujukan untuk dorongan-dorongan yang lebih mendalam, baik sadar maupun tidak disadari. Sementara *mood* merupakan subjektivitas emosi yang dapat disampaikan oleh individu dan terobservasi oleh orang lain, misalnya perilaku marah (Ismail & Siste, 2013).

Episode depresif adalah gangguan suasana perasaan (*mood disorder*) yang gejalanya meliputi ranah emosional, motivasi, perilaku, fisik, dan kognitif. Pengalaman emosional individu yang mengalami depresi biasanya terbatas pada emosi negatif yang sering dideskripsikan sebagai kesedihan, hilangnya harapan, kesengsaraan, dan hilangnya kegembiraan (Davey, 2008)

Gangguan depresi memiliki prevalensi penderita seumur hidup sebesar 15 persen. Penderita dengan jenis kelamin wanita mencapai 25 persen, dua kali lebih banyak daripada laki-laki. Diduga karena adanya perbedaan hormonal, pengaruh melahirkan, perbedaan stressor psikososial, serta model perilaku yang dipelajari tentang ketidakberdayaan. Rata-rata usia penderita depresi adalah 40 tahun, dengan rentang dari usia 20 hingga 50 tahun. Gangguan depresi berat juga dapat muncul pada masa anak dan lanjut usia. Gangguan depresi berat pada usia kurang dari 20 tahun kemungkinan besar berhubungan dengan penggunaan alkohol (Ismail & Siste, 2013).

Salah satu masalah yang terjadi pada gangguan jiwa yaitu terjadi gangguan pada konsep diri: harga diri rendah. Konsep diri adalah semua ide, pikiran, perasaan, kepercayaan, serta pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan memengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain. Konsep diri belum muncul saat bayi, tetapi mulai berkembang secara bertahap. Konsep diri dipelajari melalui pengalaman pribadi setiap individu, hubungan dengan orang lain, dan interaksi dengan dunia di luar dirinya. Konsep diri seseorang terletak

pada suatu rentang respons antara ujung adaptif dan ujung maladaptif, yaitu aktualisasi diri, konsep diri positif, harga diri rendah, kekacauan identitas, dan depersonalisasi.

Komponen-komponen yang mempengaruhi adanya gangguan konsep diri meliputi citra tubuh, ideal diri, peran, identitas diri, dan harga diri (Yusuf, 2014). Harga diri rendah adalah semua pikiran, keyakinan dan kepercayaan tentang dirinya dan mempengaruhi hubungan dengan orang lain. Harga diri tidak terbentuk dari lahir, tetapi dipelajari dari pengalaman unik seseorang dalam dirinya sendiri, dengan orang terdekat, dan dengan realitas dunia (Stuart, 2013). Harga diri rendah adalah penilaian terhadap individu tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri. Pencapaian ideal diri atau cita-cita/harapan langsung menghasilkan perasaan bahagia (Keliat, 2011)

Salah satu intervensi yang dapat diberikan untuk mengurangi tingkat depresi adalah terapi menulis. Terapi menulis merupakan bagian dari teknik kognitif-perilaku. Pennebaker (1997) menyatakan bahwa menulis pengalaman emosional atau menulis peristiwa yang penuh tekanan (*stressful events*) telah menjadi kajian yang menarik banyak peneliti. Beberapa penelitian laboratorium telah mempelajari kegunaan menulis atau berbicara mengenai pengalaman emosional. Menghadapi atau berkonfrontasi dengan isu-isu pribadi secara mendalam telah mendapat penemuan akan menghasilkan kesehatan fisik, kesejahteraan subjektif dan tingkah laku adaptif tertentu.

Pennebaker dan Beall (*dalam Baikie & Wilhelm, 2005; Qonitatin, dkk, 2011*) menyatakan bahwa menulis tentang pengalaman traumatis berhubungan dengan peningkatan efek psikologis yang positif dan dalam jangka panjang menurunkan masalah-masalah kesehatan. Proses katarsis yang diperoleh ketika menulis ekspresif pengalaman-pengalaman emosional pada seseorang yang mengalami gangguan depresi akan dapat memberikan keuntungan bagi dirinya untuk menurunkan simtom-simtom yang mengganggu dan meningkatkan kesejahteraan

psikologis maupun fisik. Keuntungan ini terutama dapat diperoleh bagi mereka yang memiliki gangguan depresi dalam tingkat yang ringan.

Ekspresif emosional merupakan ekspresi natural dari emosi yang sebenarnya (Pennebaker, 1997). Penyingkapan emosi merupakan proses yang melibatkan perasaan alamiah atau emosi yang sebenarnya dan mengubahnya menjadi bahasa oral atau tertulis (Smyth & Pennebaker, dalam Graf, 2004; Qonitatin, dkk, 2011).

Penelitian saat ini menyimpulkan bahwa keuntungan ekspresi emosi tidak dibatasi pada ekspresi emosi yang vokal, kesehatan fisik dan psikologis dapat diperoleh melalui penulisan ekspresif tentang pengalaman hidup yang signifikan. Graf (2004; Qonitatin, dkk, 2011) menemukan bahwa hasil bahwa subjek pada kelompok *written emotional disclosure* memperlihatkan penurunan yang signifikan pada simptom-sintom kecemasan dan depresi; sebaik peningkatan fungsi kehidupan dan kepuasan yang lebih baik dengan tritmen ketika dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Data yang didapat dari Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam bahwa pasien dengan harga diri rendah dapat menimbulkan dampak seperti perilaku menarik diri dan menghindari berinteraksi dengan orang lain. Berdasarkan dari fenomena yang didapat maka penulis mengaplikasikan tindakan keperawatan inovatif yaitu pemberian terapi *Spiritual-Emotional Writing Therapy* terhadap perubahan tingkat depresi pada pasien harga diri rendah.

## **B. Perumusan Masalah**

Perumusan masalah pada Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini yaitu “Bagaimana pelaksanaan intervensi *Spiritual-Emotional Writing Therapy* terhadap subjek yang mengalami *episode depresif* sedang pada pasien harga diri rendah di Ruang Enggang RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda”.

## **C. Tujuan penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini adalah untuk melakukan pelaksanaan intervensi *Spiritual-Emotional Writing Therapy* terhadap subjek yang mengalami *episode depresif* sedang pada pasien harga diri rendah di Ruang Enggang RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada klien
- c. Merencanakan tindakan keperawatan pada klie
- d. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien
- e. Melakukan intervensi *Spiritual-Emotional Writing Therapy* dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah yang diterapkan kontinu pada klien

## D. Manfaat Penulisan

### 1. Manfaat Teoritis

Bagi perawat agar Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat menambah informasi dalam upaya melakukan pemberian asuhan keperawatan bagi perawat di ruangan enggang berupa penerapan terapi spritual-emotional writing.

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Manfaat Bagi Penulis

Meningkatkan ilmu dan pengalaman bagi penulis khususnya tentang penanganan klien dengan masalah harga diri rendah melalui terapi spiritual-emotional writing

#### b. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai referensi atau masukan dalam melakukan penelitian lainnya yang berhubungan dengan terapi spiritual-emotional writing dan pengaruhnya terhadap pasien harga diri rendah yang lebih spesifik.

#### c. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk terus mendukung terlaksananya pemberian asuhan keperawatan

secara komprehensif dan bisa dijadikan bahan pertimbangan untuk menjadikan terapi spiritual-emotional writing sebagai salah satu terapi untuk mengatasi masalah harga diri rendah.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Harga Diri Rendah**

##### **1. Pengertian**

Harga diri rendah adalah kondisi seseorang yang menilai keberadaan dirinya lebih rendah dibandingkan orang lain yang berpikir tentang hal negatif diri sendiri sebagai individu yang gagal, tidak mampu dan tidak berprestasi (Keliat, 2010). Fitria (2009) juga menyebutkan, harga diri rendah merupakan kondisi seseorang dimana ia merasa bahwa dirinya tidak diterima dilingkungan dan gambaran-gambaran negatif tentang dirinya

Harga diri rendah adalah perasaan seseorang bahwa dirinya tidak diterima dilingkungan dan gambaran-gambaran negatif tentang dirinya (Barry, dalam Fitria 2009).

Menurut Keliat (2010), Harga diri rendah adalah kondisi seseorang yang menilai keberadaan dirinya lebih rendah dibandingkan orang lain yang berpikir adalah hal negatif diri sendiri sebagai individu yang gagal, tidak mampu, dan tidak berprestasi.

Harga diri rendah adalah penilaian subjektif individu terhadap dirinya; perasaan sadar atau tidak sadar dan persepsi terhadap fungsi, peran, dan tubuh (Kusumawati, 2010). Menurut Fitria (2009) harga diri rendah dibedakan menjadi dua, yaitu : Harga diri rendah situasional adalah keadaan dimana individu yang sebelumnya memiliki harga diri positif mengalami perasaan negatif mengenai diri dalam berespon terhadap suatu kejadian (Kehilangan, perubahan). Harga diri rendah kronik adalah keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri yang negatif mengenai diri atau kemampuan dalam waktu lama.

## 2. Rentang Respon

Harga diri rendah merupakan komponen Episode Depresi Mayor, dimana aktifitas merupakan bentuk hukuman atau punishment (Stuart & Laraia, 2005). Depresi adalah emosi normal manusia, tapi secara klinis dapat bermakna patologik apabila mengganggu perilaku sehari-hari, menjadi pervasive dan muncul bersama penyakit lain

Menurut NANDA (2005) tanda dan gejala yang dimunculkan sebagai perilaku telah dipertahankan dalam waktu yang lama atau kronik yang meliputi mengatakan hal yang negative tentang diri sendiri dalam waktu lama dan terus menerus, mengekspresikan sikap malu /minder/rasa bersalah, kontak mata kurang/tidak ada, selalu mengatakan ketidakmampuan/kesulitan untuk mencoba sesuatu, bergantung pada orang lain, tidak asertif, pasif dan hipoaktif, bimbang dan ragu-ragu serta menolak umpan balik positif dan membesarkan umpan balik negative mengenai dirinya.

Mekanisme koping jangka pendek yang biasa dilakukan klien harga diri rendah adalah kegiatan yang dilakukan untuk lari sementara dari krisis, misalnya pemakaian obat-obatan, kerja keras, nonton TV terus menerus. Kegiatan mengganti identitas sementara, misalnya ikut kelompok social, keagamaan dan politik. Kegiatan yang memberi dukungan sementara, seperti mengikuti suatu kompetisi atau kontes popularitas. Kegiatan mencoba menghilangkan anti identitas sementara, seperti penyalahgunaan obat-obatan.

Jika mekanisme koping jangka pendek tidak memberi hasil yang diharapkan individu akan mengembangkan mekanisme koping jangka panjang, antara lain adalah menutup identitas, dimana klien terlalu cepat mengadopsi identitas yang disenangi dari orang-orang yang berarti tanpa mengindahkan hasrat, aspirasi atau potensi diri sendiri. identitas negative, dimana asumsi yang bertentangan dengan nilai dan harapan masyarakat. disosiasi, isolasi, proyeksi, mengalihkan marah berbalik pada diri sendiri dan orang lain. terjadinya gangguan konsep diri harga diri rendah juga

dipengaruhi beberapa factor predisposisi seperti factor biologis, psikologis, social dan cultural.

Factor biologis biasanya karena ada kondisi sakit fisik secara yang dapat mempengaruhi kerja hormone secara umum, yang dapat pula berdampak pada keseimbangan neurotransmitter di otak, contoh kadar serotonin yang menurun dapat mengakibatkan klien mengalami depresi dan pada pasien depresi kecenderungan harga diri rendah semakin besar karena klien lebih dikuasai oleh pikiran-pikiran negative dan tidak berdaya.

Struktur otak yang mungkin mengalami gangguan pada kasus harga diri rendah adalah :

- a. System Limbic yaitu pusat emosi, dilihat dari emosi pada klien dengan harga diri rendah yang kadang berubah seperti sedih, dan terus merasa tidak berguna atau gagal terus menerus.
- b. Hipotalamus yang juga mengatur mood dan motivasi, karena melihat kondisi klien dengan harga diri rendah yang membutuhkan lebih banyak motivasi dan dukungan dari perawat dalam melaksanakan tindakan yang sudah dijadwalkan bersama-sama dengan perawat padahal klien mengatakan bahwa membutuhkan latihan yang telah dijadwalkan tersebut.
- c. Thalamus, system pintu gerbang atau menyaring fungsi untuk mengatur arus informasi sensori yang berhubungan dengan perasaan untuk mencegah berlebihan di korteks. Kemungkinan pada klien dengan harga diri rendah apabila ada kerusakan pada thalamus ini maka arus informasi sensori yang masuk tidak dapat dicegah atau dipilah sehingga menjadi berlebihan yang mengakibatkan perasaan negative yang ada selalu mendominasi pikiran dari klien.
- d. Amigdala yang berfungsi untuk emosi.

Respon Adaptive			Respon Maladaptive	
Aktualisasi diri	Konsep diri positif	Harga diri rendah	Kerancuan identitas	Depersonalisasi

Keterangan :

- a) Respon adaptif : Aktualisasi diri dan konsep diri yang positif serta bersifat membangun (konstruktif) dalam usaha mengatasi stressor yang menyebabkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri.
- b) Respon maladaptif : Aktualisasi diri dan konsep diri yang negatif serta bersifat merusak (destruktif) dalam usaha mengatasi stressor yang menyebabkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri.
- c) Aktualisasi diri : Respon adaptif yang tertinggi karena individu dapat mengekspresikan kemampuan yang dimilikinya.
- d) Konsep diri positif : Individu dapat mengidentifikasi kemampuan dan kelemahannya secara jujur dan dalam menilai suatu masalah individu berpikir secara positif dan realistis.
- e) Harga diri rendah : Transisi antara respon konsep diri adaptif dan maladaptif.
- f) Kekacauan identitas : Suatu kegagalan individu untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak-kanak kedalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis.
- g) Depersonalisasi : Suatu perasaan yang tidak realistis dan keasingan dirinya dari lingkungan. Hal ini berhubungan dengan tingkat ansietas panik dan kegagalan dalam uji realitas. Individu mengalami kesulitan dalam membedakan diri sendiri dan orang lain, dan tubuhnya sendiri terasa tidak nyata dan asing baginya.

### 3. Etiologi

Menurut Stuart Gail (2007) :

- 1) Faktor predisposisi faktor yang mempengaruhi harga diri rendah meliputi penolakan orang tua, harapan orang tua tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis.
- 2) Faktor yang mempengaruhi peran dimasyarakat umumnya peran seseorang disesuaikan dengan jenis kelaminnya. Misalnya seseorang wanita dianggap kurang mampu, kurang mandiri, kurang obyektif dan rasional sedangkan pria dianggap kurang sensitif, kurang hangat, kurang ekspresif dibanding wanita. Sesuai dengan standar tersebut, jika wanita atau pria berperan tidak sesuai lazimnya maka dapat menimbulkan konflik diri maupun hubungan sosial. Misal: seorang istri yang berperan sebagai kepala rumah tangga atau seorang suami yang mengerjakan pekerjaan rumah, akan menimbulkan masalah. Konflik peran dan peran tidak sesuai muncul dari faktor biologis dan harapan masyarakat terhadap wanita atau pria. Peran yang berlebihan muncul pada wanita yang mempunyai sejumlah peran
- 3) Faktor yang mempengaruhi identitas diri meliputi ketidakpercayaan, tekanan dari teman sebaya dan perubahan struktur sosial. Orang tua yang selalu curiga pada anak akan menyebabkan anak menjadi kurang percaya diri, ragu dalam mengambil keputusan dan dihantui rasa bersalah ketika akan melakukan sesuatu. Kontrol orang tua yang berat pada anak remaja akan menimbulkan perasaan benci pada orang tua. Teman sebaya merupakan faktor lain yang berpengaruh pada identitas. Remaja ingin diterima, dibutuhkan, dan diakui oleh kelompoknya

4) Faktor biologis

Adanya kondisi sakit fisik secara umum yang dapat mempengaruhi kerja hormon secara umum, yang dapat pula berdampak pada keseimbangan neurotransmitter di otak, contoh kadar serotonin yang menurun dapat mengakibatkan klien mengalami depresi dan pada pasien depresi kecenderungan harga diri rendah kronis semakin besar karena klien lebih dikuasai oleh pikiran-pikiran negatif dan tidak berdaya.

5) Faktor Presipitasi

Masalah khusus tentang konsep diri disebabkan oleh setiap situasi yang dihadapi individu dan ia tidak mampu menyesuaikan. Situasi atas stresor dapat mempengaruhi komponen. Stresor yang dapat mempengaruhi gambaran diri adalah hilangnya bagian tubuh, tindakan operasi, proses patologi penyakit, perubahan struktur dan fungsi tubuh, proses tumbuh kembang, prosedur tindakan dan pengobatan. Sedangkan stresor yang dapat mempengaruhi harga diri dan ideal diri adalah penolakan dan kurang penghargaan diri dari orang tua dan orang yang berarti, pola asuh yang tidak tepat misalnya selalu dituntut, dituruti, persaingan dengan saudara, kesalahan dan kegagalan berulang, cita-cita tidak terpenuhi dan kegagalan bertanggung jawab sendiri.

a. Stresor pencetus dapat berasal dari sumber internal atau eksternal:

Trauma seperti penganiayaan seksual dan psikologis atau menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan.

b. Ketegangan peran berhubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dan individu mengalaminya sebagai frustrasi.

#### 4. Tanda & Gejala

Menurut Carpenito dalam Keliat (2011) perilaku yang berhubungan dengan harga diri rendah antara lain :

- a. Mengkritik diri sendiri
- b. Menarik diri dari hubungan sosial
- c. Pandangan hidup yang pesimis
- d. Perasaan lemah dan takut
- e. Penolakan terhadap kemampuan diri sendiri
- f. Pengurangan diri/mengejek diri sendiri
- g. Hidup yang berpolarisasi
- h. Ketidakmampuan menentukan tujuan
- i. Merasionalisasi penolakan
- j. Ekspresi wajah malu dan rasa bersalah
- k. Menunjukkan tanda depresi (sukar tidur dan sukar makan)

Sedangkan menurut Stuart (2006) tanda-tanda klien dengan harga diri rendah yaitu :

- a. Perasaan malu terhadap diri sendiri adalah akibat penyakit dan akibat tindakan terhadap penyakit
- b. Rasa bersalah terhadap diri sendiri
- c. Merendahkan martabat
- d. Gangguan hubungan sosial seperti menarik diri
- e. Percaya diri kurang
- f. Menciderai diri

## 5. Akibat

Harga diri rendah dapat diakibatkan oleh rendahnya cita-cita seseorang. Hal ini mengakibatkan berkurangnya tantangan dalam mencapai tujuan. Tantangan yang rendah menyebabkan upaya yang rendah. Selanjutnya hal ini menyebutkan penampilan seseorang yang tidak optimal. Harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuannya. Ketika seseorang mengalami harga diri rendah, maka akan berdampak pada orang tersebut mengisolasi diri dari kelompoknya. Dia akan cenderung menyendiri dan menarik diri. (Eko P, 2014)

Harga diri rendah dapat berisiko terjadi isolasi sosial yaitu menarik diri. Isolasi sosial menarik diri adalah gangguan kepribadian yang tidak fleksibel pada tingkah laku yang maladaptive, mengganggu fungsi seseorang dalam hubungan sosial.(DEPKES,2003)

## 6. Proses Masalah

### a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi terjadinya harga diri rendah kronis menurut Herman (2011) adalah penolakan orang tua yang tidak realistis, kegagalan berulang kali, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, ideal diri yang tidak realistis. Faktor predisposisi citra tubuh adalah :

- 1) Kehilangan atau kerusakan bagian tubuh
- 2) Perubahan ukuran, bentuk dan penampilan tubuh akibat penyakit
- 3) Proses penyakit dan dampaknya terhadap struktur dan fungsi tubuh
- 4) Proses pengobatan seperti radiasi dan kemoterapi. Faktor predisposisi harga diri rendah adalah :

- a) Penolakan
- b) Kurang penghargaan, pola asuh overprotektif, otoriter,tidak konsisten,terlalu dituruti,terlalu dituntut
- c) Persaingan antar saudara
- d) Kesalahan dan kegagalan berulang

e) Tidak mampu mencapai standar. Faktor predisposisi gangguan peran adalah :

- 1) Stereotipik peran seks
  - 2) Tuntutan peran kerja
  - 3) Harapan peran kultural. Faktor predisposisi gangguan identitas adalah :
- a) Ketidakpercayaan orang tua
  - b) Tekanan dari peer grup

c) Perubahan struktur sosial

(Herman,2011)

b. Faktor Pretisipasi

Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah adalah hilangnya sebagian anggota tubuh, berubahnya penampilan atau bentuk tubuh, mengalami kegagalan, serta menurunnya produktivitas. Harga diri kronis ini dapat terjadi secara situasional maupun kronik.

1) Trauma adalah masalah spesifik dengan konsep diri dimana situasi yang membuat individu sulit menyesuaikan diri, khususnya trauma emosi seperti penganiayaan seksual dan psikologis pada masa anak-anak atau merasa terancam atau menyaksikan kejadian yang mengancam kehidupannya.

2) Ketegangan peran adalah rasa frustrasi saat individu merasa tidak mampu melakukan peran yang bertentangan dengan hatinya atau tidak merasa sesuai dalam melakukan perannya. Ketegangan peran ini sering dijumpai saat terjadi konflik peran, keraguan peran dan terlalu banyak peran. Konflik peran terjadi saat individu menghadapi dua harapan peran yang bertentangan dan tidak dapat dipenuhi. Keraguan peran terjadibila individu tidak mengetahui harapan peran yang spesifik atau bingung tentang peran yang sesuai

- a) Trauma peran perkembangan
- b) Perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan
- c) Transisi peran situasi
- d) Perubahan jumlah anggota keluarga baik bertambah atau berkurang
- e) Transisi peran sehat-sakit
- f) Pergeseran konsidi pasien yang menyebabkan kehilangan bagian tubuh, perubahan bentuk , penampilana dan fungsi tubuh, prosedur medis dan keperawatan. ( Herman,2011)

### 3) Perilaku

#### a. Citra tubuh

Yaitu menolak menyentuh atau melihat bagian tubuh tertentu, menolak bercermin, tidak mau mendiskusikan keterbatasan atau cacat tubuh, menolak usaha rehabilitasi, usaha pengobatan, mandiri yang tidak tepat dan menyangkal cacat tubuh.

#### b. Harga diri rendah diantaranya mengkritik diri atau orang lain, produktivitas menurun, gangguan berhubungan ketengangan peran, pesimis menghadapi hidup, keluhan fisik, penolakan kemampuan diri, pandangan hidup bertentangan, destruktif kepada diri, menarik diri secara sosial, khawatir, merasa diri paling penting, distruksi pada orang lain, merasa tidak mampu, merasa bersalah, mudah tersinggung/marah, perasaan negatif terhadap tubuh.

#### c. Depersonalisasi meliputi afektif, kehidupan identitas, perasaan terpisah dari diri, perasaan tidak realistis, rasa terisolasi yang kuat, kurang rasa berkesinambungan, tidak mampu mencari kesenangan. Perseptual halusinasi dengar dan lihat, bingung tentang seksualitas diri, sulit membedakan diri dari orang lain, gangguan citra tubuh, dunia seperti dalam mimpi, kognitif bingung, disorientasi waktu, gangguan berfikir, gangguan daya ingat, gangguan penilaian, kepribadian ganda. ( Herman,2011)

## 7. Mekanisme Koping

Mekanisme koping termasuk pertahanan koping jangka pendek atau jangka panjang serta penggunaan mekanisme pertahanan ego untuk melindungi diri sendiri dalam menghadapi persepsi diri yang menyakitkan ( Stuart & Gail, 2007 ).

#### a. Pertahanan jangka pendek mencakup berikut ini :

- 1)Aktifitas yang memberikan pelarian sementara dari krisis identitas diri (misalnya, konser musik, bekerja keras, menonton televisi secara obsesif)
  - 2)Aktifitas yang memberikan identitas pengganti sementara (misalnya, ikut serta dalam klub sosial, agama, politik, kelompok, gerakan atau genk)
  - 3)Aktifitas sementara menguatkan atau meningkatkan perasaan diri yang tidak menentu (misalnya, olahraga yang kompetitif, prestasi akademik, kontes untuk mendapatkan popularitas)
  - 4)Aktifitas yang merupakan upaya jangka pendek untuk membuat identitas diluar dari hidup yang tidak bermakna saat ini (misalnya, penyalahgunaan obat)
- b. Pertahanan jangka panjang mencakup berikut ini :
- 1)Penutupan identitas-adopsi identitas prematur yang diinginkan oleh orang terdekat tanpa memperhatikan keinginan, aspirasi, atau potensi diri individu.
  - 2)Identitas negatif, asumsi identitas yang tidak sesuai dengan nilai dan harapan yang diterima masyarakat.

## 8. Sumber Koping

Semua orang tanpa memperhatikan gangguan prilakunya, mempunyai beberapa bidang kelebihan personal yang meliputi : Aktivitas olah raga dan aktifitas diluar rumah, hobi, dan kerajinan tangan : seni yang ekspresif, kesehatan dan perawatan diri, pendidikan atau pelatihan, pekerjaan, vokasi atau posisi, bakat tertentu, kecerdasan, imajinasi dan kreatifitas, hubungan interpersonal. (Stuart & Gail, 2007)

## **B. Konsep Depresi**

### **1. Pengertian**

Depresi merupakan gangguan mental yang serius yang ditandai dengan perasaan sedih dan cemas. Gangguan ini biasanya akan menghilang dalam beberapa hari tetapi dapat juga berkelanjutan yang dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari (National Institute of Mental Health, 2010).

Menurut WHO, depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan munculnya gejala penurunan mood, kehilangan minat terhadap sesuatu, perasaan bersalah, gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, dan penurunan konsentrasi (World Health Organization, 2010).

Depresi merupakan suatu kesedihan dan perasaan duka yang berkepanjangan atau abnormal. Depresi dapat disebabkan oleh beberapa hal antara lain yaitu faktor biologis, faktor genetika dan faktor psikososial. Faktor genetika merupakan faktor yang penting dalam perkembangan timbulnya depresi (Kurnia,dkk 2011: 2).

### **2. Etiologi**

#### **a. Faktor Biologis**

Banyak penelitian menjelaskan adanya abnormalitas biologis pada pasien-pasien dengan gangguan mood. Pada penelitian akhir-akhir ini, monoamine neurotransmitter seperti norepinephrin, dopamin, serotonin, dan histamin merupakan teori utama yang menyebabkan gangguan mood (Kaplan, et al, 2010).

#### **b. Faktor Psikososial**

##### **1) Peristiwa Kehidupan dan Stres Lingkungan**

Stres dalam kehidupan dapat menimbulkan episode depresi pertama kali dan mempengaruhi neurotransmitter dan sistem intra neuron untuk jangka lama dan menetap. Dengan dampak stres dalam

kehidupan memegang peran penting dalam hubungannya dengan onset depresi.

2) Faktor Kepribadian Pramorbid

Semua orang dengan berbagai pola kepribadian yang mempunyai resiko tinggi untuk menderita depresi adalah kepribadian dependen, histerionok dan obsesif-kompulsif

3) Faktor Psikoanalisis dan Psikodinamika

Freud mengatakan bahwa pasien depresi meluapkan kemarahan langsung ditujukan kedalam diri sendiri sebagai identifikasi dengan obyek. Kaplan dkk, (1997: 780-789) menganggap depresi adalah emosi yang timbul dari tekanan kedalam ego antara aspirasi dan realita. Pada saat menyadari segala sesuatu tidak sesuai yang diharapkan maka akan merasa tidak berdaya dan tidak berguna.

Menurut Mardya (2009: 2) Setidaknya ada lima faktor yang dapat diketahui sebagai faktor penyebab depresi, yaitu:

1) Faktor Psikologis

Menurut teori Psikoanalitik (Freud, 1917) dan Psikodinamik (Abraham,1927) depresi disebabkan karena kehilangan obyek cinta, kemudian individu mengadakan introyeksi yang ambivalen dari obyek cinta tersebut atau rasa marah diarahkan pada diri sendiri.

Sementara Beck (1974) dengan model cognitive-behavioral nya menyatakan bahwa depresi terjadi karena pandangan yang negatif terhadap diri sendiri, interpretasi yang negatif terhadap pengalaman hidup dan harapan yang negatif terhadap diri sendiri dan masa depan. Ketiga pandangan ini menyebabkan timbulnya depresi, rasa tidak berdaya dan putus asa. Penyebab depresi pada seseorang, biasanya karena triad cognitive yaitu: perasaan tidak berharga (worthlessness), tidak ada yang menolong dirinya sendiri (helplessness), dan tidak ada harapan (hopelessness). Sedangkan menurut teori belajar “merasa tidak berdaya” (learned helplessness

model) dari Seligman (1975) depresi terjadi bila seorang individu mengalami suatu peristiwa yang tidak dapat dikendalikannya, kemudian merasa tidak mampu pula menguasai masa depan.

2) Faktor neuro-imunologis

Pada orang dewasa sering ditemukan gangguan dalam bidang imunologis sehingga lebih mudah terjadi infeksi pada susunan syaraf pusat. Kemungkinan lain adalah bahwa zat-zat imunologis tersebut terlalu aktif sehingga menimbulkan kerusakan pada susunan saraf pusat.

c. *Biogenis Amines*

Norepinefrin dan serotonin merupakan dua neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan mood.

d. *Norepinefrin*

Hubungan norepinefrin dengan gangguan depresi berdasarkan penelitian dikatakan bahwa penurunan regulasi atau penurunan sensitivitas dari reseptor  $\alpha_2$  adrenergik dan penurunan respon terhadap antidepressan berperan dalam terjadinya gangguan depresi (Kaplan, et al, 2010).

e. Serotonin

Penurunan jumlah dari serotonin dapat mencetuskan terjadinya gangguan depres, dan beberapa pasien dengan percobaan bunuh diri atau megakhiri hidupnya mempunyai kadar cairan cerebrospinal yang mengandung kadar serotonin yang rendah dan konsentrasi rendah dari uptake serotonin pada platelet (Kaplan, et al, 2010).

Penggunaan obat-obatan yang bersifat serotonergik pada pengobatan depresi dan efektifitas dari obat-obatan tersebut menunjukkan bahwa adanya suatu teori yang berkaitan antara gangguan depresi dengan kadar serotonin (Rottenberg, 2010).

f. Gangguan neurotransmitter lainnya

Ach ditemukan pada neuron-neuron yang terdistribusi secara menyebar pada korteks cerebrum. Pada neuron-neuron yang bersifat kolinergik terdapat hubungan yang interaktif terhadap semua sistem yang mengatur monoamine neurotransmitter. Kadar choline yang abnormal yang dimana merupakan prekursor untuk pembentukan Ach ditemukan abnormal pada pasien-pasien yang menderita gangguan depresi (Kaplan, et al, 2010).

g. Faktor neuroendokrin

Hormon telah lama diperkirakan mempunyai peranan penting dalam gangguan mood, terutama gangguan depresi. Sistem neuroendokrin meregulasi hormon-hormon penting yang berperan dalam gangguan mood, yang akan mempengaruhi fungsi dasar, seperti : gangguan tidur, makan, seksual, dan ketidakmampuan dalam mengungkapkan perasaan senang. 3 komponen penting dalam sistem neuroendokrin yaitu : hipotalamus, kelenjar pituitari, dan korteks adrenal yang bekerja sama dalam feedback biologis yang secara penuh berkoneksi dengan sistem limbik dan korteks serebral (Kaplan, et al, 2010)

h. Abnormalitas otak

Studi neuroimaging, menggunakan computerized tomography (CT) scan, positron-emission tomography (PET), dan magnetic resonance imaging (MRI) telah menemukan abnormalitas pada 4 area otak pada individu dengan gangguan mood. Area-area tersebut adalah korteks prefrontal, hippocampus, korteks cingulate anterior, dan amygdala. Adanya reduksi dari aktivitas metabolik dan reduksi volume dari gray matter pada korteks prefrontal, secara partikular pada bagian kiri, ditemukan pada individu dengan depresi berat atau gangguan bipolar (Kaplan, et al, 2010).

### 3. Faktor Resiko Depresi

#### a. Jenis Kelamin

Secara umum dikatakan bahwa gangguan depresi lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pada pria. Pendapat-pendapat yang berkembang mengatakan bahwa perbedaan dari kadar hormonal wanita dan pria, perbedaan faktor psikososial berperan penting dalam gangguan depresi mayor ini (Kaplan, et al, 2010).

Sebuah diskusi panel yang diselenggarakan oleh American Psychological Association (APA) menyatakan bahwa perbedaan gender sebagian besar disebabkan oleh lebih banyaknya jumlah stres yang dihadapi wanita dalam kehidupan kontemporer (Goleman et al, (1990) dalam Nevid et al (2005).

#### b. Umur

Depresi dapat terjadi dari berbagai kalangan umur. Serkitar 7,8% dari setiap populasi mengalami gangguan mood dalam hidup mereka dan 3,7% mengalami gangguan mood sebelumnya. (Weissman et al, (1991) dalam Barlow (1995).

Depresi mayor umumnya berkembang pada masa dewasa muda, dengan usia rata-rata onsetsnya adalah pertengahan 20 (APA, (2000) dalam Nevid et al, (2005)). Namun gangguan tersebut dapat dialami bahkan oleh anak kecil, meski hingga usia 14 tahun risikonya sangat rendah (Lewinsohn, et al, (1986), Nevid et al, (2005).

#### c. Faktor Sosial, Ekonomi dan Budaya

Tidak ada suatu hubungan antara faktor sosial-ekonomi dan gangguan depresi mayor, tetapi insiden dari gangguan Bipolar I lebih tinggi ditemukan pada kelompok sosial-ekonomi yang rendah (Kaplan, et al, 2010). Dari faktor budaya tidak ada seorang pun mengetahui mengapa depresi telah mengalami peningkatan di banyak budaya, namun spekulasinya berfokus pada perubahan sosial dan lingkungan, seperti meningkatnya disintegrasi keluarga karena relokasi, pemaparan terhadap

perang, dan konflik internal, serta meningkatnya angkakriminal yang disertai kekerasan, seiring dengan kemungkinan pemaparan terhadap racun atau virus di lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan mental maupun fisik (Cross National Colaborative Group, (1992) dalam Nevid et al, (2003).

#### 4. Klasifikasi Depresi

Gangguan depresi terdiri dari berbagai jenis, yaitu:

a) Gangguan depresi mayor

Gejala-gejala dari gangguan depresi mayor berupa perubahan dari nafsu makan dan berat badan, perubahan pola tidur dan aktivitas, kekurangan energi, perasaan bersalah, dan pikiran untuk bunuh diri yang berlangsung setidaknya  $\pm$  2 minggu (Kaplan, et al, 2010).

b) Gangguan dysthmic

Dysthmia bersifat ringan tetapi kronis (berlangsung lama). Gejala-gejala dysthmia berlangsung lama dari gangguan depresi mayor yaitu selama 2 tahun atau lebih. Dysthmia bersifat lebih berat dibandingkan dengan gangguan depresi mayor, tetapi individu dengan gangguan ini masi dapat berinteraksi dengan aktivitas sehari-harinya (National Institute of Mental Health, 2010).

c) Gangguan depresi minor

Gejala-gejala dari depresi minor mirip dengan gangguan depresi mayor dan dysthmia, tetapi gangguan ini bersifat lebih ringan dan atau berlangsung lebih singkat (National Institute of Mental Health, 2010).

Tipe-tipe lain dari gangguan depresi adalah:

d) Gangguan depresi psikotik

Gangguan depresi berat yang ditandai dengan gejala-gejala, seperti: halusinasi dan delusi (National Institute of Mental Health, 2010).

e) Gangguan depresi musiman

Gangguan depresi yang muncul pada saat musim dingin dan menghilang pada musim semi dan musim panas (National Institute of Mental Health, 2010).

## 5. Jenis-jenis Depresi

Jenis-jenis depresi berdasarkan DSM IV (1994: 153) dibagi menjadi tiga, yaitu depresi ringan, depresi sedang, depresi berat. Adapun gejala utama atau yang paling khas atau sering disebut dengan depresi mayor adalah sebagai berikut: gangguan perasaan (mood) yang depresif, kehilangan minat dan kesenangan, serta mudah lelah dalam melakukan kegiatan. Adapun jenis-jenis depresi adalah sebagai berikut :

### a. Depresi Ringan

Pada depresi ringan ini harus ada sekurang-kurangnya dua dari gejala depresi yang khas, selain itu juga ditambah sekurang-kurangnya dua dari gejala depresi yang lainnya dan tidak boleh ada gejala yang berat dalam depresi, biasanya lamanya berlangsung adalah kurang lebih sekitar dua minggu.

Pada umumnya orang yang mengalami depresi ringan akan mengalami keadaan resah, serta sukar untuk melakukan pekerjaan dan kegiatan sosial, namun pada depresi ringan ini seseorang atau individu masih mampu untuk melakukan kegiatan.

### b. Depresi Sedang

Harus ada sekurang-kurangnya dua dari gejala yang khas dari depresi, kemudian ditambah sekurang-kurangnya tiga dari gejala depresi lainnya. Beberapa dari gejala depresi sedang ini tanpa terlihat atau menyolok. Lamanya dari depresi sedang ini adalah minimal dua minggu. Pada penderita depresi sedang biasanya individu sulit untuk melakukan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

### c. Depresi Berat

Pada depresi berat ini biasanya individu mengalami ketegangan atau kegelisahan yang amat nyata. Kehilangan harga diri dan perasaan

dirinya tidak berguna sangat nyata terlihat, dan bunuh diri merupakan hal yang sangat nyata dialami oleh penderita depresi berat ini.

Kesimpulan yang dapat diperoleh dari uraian-uraian diatas adalah pada tingkatan depresi harus ada gejala yang khas yaitu gangguan perasaan (mood) yang depresif, kehilangan minat dan kesenangan, serta mudah menjadi lelah dalam melakukan kegiatan. Kemudian pada depresi ringan ditambah sekurang-kurangnya dua gejala lainnya, depresi sedang sekurang-kurangnya tiga dan pada depresi berat adanya keinginan untuk bunuh diri.

## 6. Gejala Depresi

Gejala-gejala dari gangguan depresi sangat bervariasi, gejala-gejala tersebut adalah:

- a) Merasa sedih & bersalah
- b) Merasa tidak berguna dan gelisah
- c) Merasa cemas & kosong
- d) Merasa mudah tersinggung
- e) Merasa tidak ada harapan
- f) Merasa tidak ada yang peduli

Selain gejala-gejala diatas, gejala-gejala lain yang dikeluhkan adalah:

- a) Hilangnya ketertarikan terhadap sesuatu atau aktivitas yang dijalani
  - b) Kekurangan energi dan adanya pikiran untuk bunuh diri
  - c) Gangguan berkonsentrasi, mengingat informasi, dan membuat keputusan
  - d) Gangguan tidur, tidak dapat tidur atau tidur terlalu sering
  - e) Kehilangan nafsu makan atau makan terlalu banyak
  - f) Nyeri kepala, sakit kepala, kram perut, dan gangguan pencernaan
- (National Institute of Mental Health, 2010)

Tingkat depresi dibagi menjadi 5 tingkat, yang akan dijelaskan di bawah ini:

- 1) Gangguan mood ringan dan depresi sedang ditandai dengan gejala depresi berkepanjangan setidaknya 2 tahun tanpa episode depresi utama.

Untuk dapat diagnosis depresi ringan-sedang seseorang harus menunjukkan perasaan depresi ditambah setidaknya dua lainnya suasana hati yang berhubungan dengan gejala.

- 2) Batas depresi borderline ditandai dengan gejala perasaan depresi yang berkepanjangan disertai perasaan depresi lebih dari dua suasana hati yang berhubungan dengan gejala.
- 3) Depresi berat ditandai dengan gejala depresi utama selama 2 minggu atau lebih. Untuk dapat didiagnosis depresi berat harus mengalami 1 atau 2 dari total 5 gejala depresi utama.
- 4) Depresi ekstrim ditandai dengan gejala depresi utama yang berkepanjangan. Untuk dapat diagnosis depresi ekstrim mengalami lebih dari 2 dari total 5 gejala depresi utama.

## 7. Pengukuran Gejala Depresi

Adapun skala pengukuran yang digunakan dalam terapi menulis Spiritual Emotional yang dilakukan kepada klien menggunakan lembar observasi Skor depresi diukur dengan Hamilton Depressive Rating Scale (HDRS).

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS): suatu skala pengukuran depresi terdiri dari 21 items pernyataan dengan fokus primer pada gejala somatik dan penilaian dilakukan oleh pemeriksa.

Beberapa item kuesioner yang digunakan untuk mengetahui indikasi depresi, dan sebagai panduan dalam melakukan evaluasi terhadap proses pemulihan. Max Hamilton pada mulanya menerbitkan skala tersebut pada tahun 1960, kemudian merevisinya pada tahun 1966, 1967, 1969 dan 1980. Kuesioner dirancang untuk orang dewasa dan digunakan untuk menilai tingkat keparahan depresi melalui penyelidikan terhadap suasana hati, perasaan bersalah, gagasan bunuh diri, insomnia, agitasi atau retardasi, kecemasan, penurunan berat badan, dan gejala somatik.

Versi asli skala penilaian depresi Hamilton pada tahun 1960 terdiri dari 17 item (HDRS-17), tetapi empat pertanyaan lain yang tidak ditambahkan ke dalam nilai total digunakan untuk memberikan informasi klinis tambahan. Masing-masing item dalam kuesioner bernilai tiga atau lima skala poin, bergantung pada item, dan nilai total dibandingkan dengan deskriptor/penjelasan yang sesuai dengan item tersebut. Waktu yang disediakan untuk mengerjakan setiap item dalam skala penilaian depresi Hamilton ialah sekitar 20 menit.

## **C. Konsep Spiritual-Emotional Writing**

### **1. Pengertian**

Terapi menulis merupakan bagian dari teknik kognitif-perilaku. Pennebaker (1997) menyatakan bahwa menulis pengalaman emosional atau menulis peristiwa yang penuh tekanan (stressful events) telah menjadi kajian yang menarik banyak peneliti. Beberapa penelitian laboratorium telah mempelajari kegunaan menulis atau berbicara mengenai pengalaman emosional. Menghadapi atau berkonfrontasi dengan isu-isu pribadi secara mendalam telah mendapat penemuan akan menghasilkan kesehatan fisik, kesejahteraan subjektif dan tingkah laku adaptif tertentu.

Paez dkk (1999; Pennebaker, 1997) mencatat bahwa menghadapi atau berkonfrontasi dengan peristiwa-peristiwa penuh tekanan dan traumatis yang dilakukan dalam prosedur menulis dilaporkan menghasilkan tingkat yang lebih tinggi dalam kesehatan fisik (misalnya, lebih sedikit mengunjungi fasilitas kesehatan), fungsi fisiologis yang lebih tinggi (misal, reaksi kekebalan tubuh yang lebih baik) dan kesejahteraan psikologis yang lebih tinggi (misal, afek negatif yang lebih rendah dan afek positif yang lebih tinggi). Pennebaker (1997) menyebutkan bahwa akibat menulis mengenai topik tertentu, ternyata berhubungan dengan perbaikan peringkat mahasiswa pada bulan setelah penelitian dilakukan dan mendapatkan pekerjaan baru yang lebih cepat pada tingkat senior.

Pennebaker dan Beall (dalam Baikie & Wilhelm, 2005; Qonitatin, dkk, 2011) menyatakan bahwa menulis tentang pengalaman traumatis berhubungan dengan peningkatan efek psikologis yang positif dan dalam jangka panjang menurunkan masalah-masalah kesehatan. Proses katarsis yang diperoleh ketika menulis ekspresif pengalaman-pengalaman emosional pada seseorang yang mengalami gangguan depresi akan dapat memberikan keuntungan bagi dirinya untuk menurunkan simtom-simtom yang mengganggu dan meningkatkan kesejahteraan psikologis maupun fisik. Keuntungan ini terutama dapat diperoleh bagi mereka yang memiliki gangguan depresi dalam tingkat yang ringan.

Menulis merupakan suatu bentuk ekspresi katarsis dan *self-help* yang telah dipraktekkan selama bertahun-tahun. Menurut Riordan, Benjamin Rush menemukan bahwa proses menulis dapat menurunkan tegangan pada pasiennya dan memberikan informasi yang lebih banyak tentang masalah mereka. Adanya penyingkapan emosi yang dialami pada menulis pengalaman emosional dianggap sebagai faktor yang menghasilkan efek terapeutik. Menulis hal-hal yang tidak sampai melibatkan unsur emosi di dalamnya, seperti membuat deskripsi mengenai kegiatan sehari-hari atau deskripsi suatu tempat misalnya, tidak menghasilkan efek yang sama. Mekanisme proses terapeutik menulis pengalaman emosional sebenarnya sama dengan mekanisme terapi-terapi yang lain (Qonitatin, dkk, 2011).

Ekspresif emosional merupakan ekspresi natural dari emosi yang sebenarnya (Pennebaker, 1997). Penyingkapan emosi merupakan proses yang melibatkan perasaan alamiah atau emosi yang sebenarnya dan mengubahnya menjadi bahasa oral atau tertulis (Smyth & Pennebaker, dalam Graf, 2004; Qonitatin, dkk, 2011). Proses ini dipercaya untuk mengintegrasikan proses kognitif dan emosional, penyingkapan emosional memberikan kesempatan untuk meningkatkan insight, self-reflection, dan organisasi perspektif seseorang terhadap masalah daripada hanya sekedar mengeluarkan emosi.

Mekanisme proses terapeutiknya berpusat pada penyingkapan (*disclosure*) pengalaman-pengalaman emosional. Pengakuan dan penyingkapan diri merupakan proses dasar yang muncul dalam psikoterapi, dan secara alamiah muncul dalam interaksi sosial yang dianggap membawa manfaat secara psikologis dan bahkan mungkin secara fisik dan psikoterapi membutuhkan dalam derajat tertentu penyingkapan diri. (Pennebaker, 1997). Terapi tersebut adalah bersifat direktif atau *evokatif*, orientasi *insight* atau *behavioral*, pasien dan terapis harus bekerja bersama untuk mendapatkan suatu cerita yang koheren yang menjelaskan masalah dan secara langsung maupun tidak untuk menghasilkan suatu penyembuhan. Penyingkapan masalah pribadi mungkin memiliki nilai terapeutik yang menakjubkan dalam dan pada dirinya sendiri.

Salah satu bagian dari terapi ekspresif adalah terapi menulis yang digunakan sebagai media menyembuhkan dan peningkatan kesehatan mental (Malchiodi, 2007; Fikri, 2012). Secara umum tujuan dari terapi menulis diantaranya: (1) Meningkatkan pemahaman bagi diri sendiri maupun orang lain dalam bentuk tulisan dan literatur lain; (2) Meningkatkan kreatifitas, ekspresi diri dan harga diri; (3) Memperkuat kemampuan komunikasi dan interpersonal; (4) Mengekspresikan emosi yang berlebihan (katarsis) dan menurunkan ketegangan, dan (5) Meningkatkan kemampuan individu dalam menghadapi masalah dan beradaptasi (Davis, 1990; Fikri, 2012).

Prinsip dasar terapi menulis spiritual emosional sama dengan terapi menulis pengalaman ekspresif/emosional. Subjek diminta untuk menyampaikan bagaimana perasaanya melalui tulisan dan kemudian merefleksikannya. Terapi menulis spiritual emosional melibatkan refleksi pengalaman di masa lalu, masa kini, dan masa depan. Sepanjang rentang tersebut, subjek akan diminta untuk menuliskan apa saja hal menyenangkan yang telah ia dapatkan dan apa saja hal traumatis yang terjadi pada dirinya. Sisi spiritual digali dengan cara merefleksikan hubungan antara pengalaman emosional dan keyakinan subjek terhadap Tuhan yang mengatur segala

kehidupannya. Teknik-teknik yang digunakan adalah penangkapan pemikiran (thought catching) yang mempunyai dasar bahwa hubungan antara pikiran, perasaan, dan perilaku dapat ditunjukkan dengan merekam dan memunculkan pikiran, perekaman dan pemunculan pikiran sudah dengan sendirinya ikut membantu memecahkan ikatan antara pikiran dengan perasaan dengan membuat pikiran menjadi nampak kurang realistik. Perekaman dan pemunculan pikiran, maka terapis dan subjek memperoleh data untuk memformulasikan hipotesis yang akan dimanfaatkan untuk testing realitas.

Teknik yang digunakan adalah *testing realita*. Tujuan dari teknik ini adalah mencari bukti – bukti yang mendukung atau menggugurkan asumsi dari pikiran maladaptif subjek. *Testing realitas* dilakukan dengan cara mengidentifikasi pikiran atau pernyataan yang dibuat oleh subjek, bersifat negatif, atau berhubungan dengan perasaan yang mengganggu. Teknik *testing realita* menuntut subjek untuk bercerita mengenai keyakinannya secara perlahan dengan mencari bukti – bukti yang mendukung atau menggugurkan pernyataan subjek yang tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. harian subjek dalam rentang waktu tertentu (misalnya selama dua pekan).

## 2. Tujuan Terapi Menulis Spiritual Emosional

- a. Menghilangkan pikiran negatif pada subjek dan mengajarkan perilaku adaptif agar mampu berfungsi kembali di kehidupan sosial.
- b. Mengajarkan individu untuk menyatakan diri mereka dalam suatu cara sehingga memantulkan kepekaan kepada perasaan dan hak-hak orang lain.
- c. Mengajarkan pada individu untuk mengungkapkan diri dengan cara sedemikian rupa sehingga terefleksi kepekaannya terhadap perasaan orang lain.

- d. Meningkatkan kemampuan individu untuk menyatakan dan mengekspresikan dirinya dengan enak dalam berbagai situasi sosial.
- e. Menghindari kesalahpahaman dari pihak lawan komunikasi
- f. Menghilangkan pikiran maladaptif sebagai penyebab kecemasan yang dialami subjek. Penangkapan pikiran dilakukan dengan cara menjelaskan pada subjek mengenai adanya keterkaitan erat antara pikiran, perasaan, dan perilaku. Subjek diminta untuk menangkap pikiran salah yang menguatkan perasaan cemasnya dan menyebabkan reaksi yang tidak diharapkan. Hal ini dilakukan guna meningkatkan kesadaran pada subjek terhadap pikirannya yang salah. (Lutfi, 2007)

### **3. Manfaat Terapi Menulis Emosional**

- a. Melatih individu yang merasa bahwa dirinya tidak memiliki hak untuk menyatakan pikiran, kepercayaan dan perasaan-perasaannya.
- b. Melatih individu yang sulit mengungkapkan rasa kasih dan respon positif yang lain.
- c. Meningkatkan penghargaan terhadap diri sendiri.
- d. Membantu untuk mendapatkan perhatian dari orang lain.
- e. Meningkatkan kemampuan dalam mengambil keputusan.
- f. Dapat berhubungan dengan orang lain dengan konflik, kekhawatiran dan penolakan yang lebih sedikit. (Icha,2018)

### **4. Kelebihan dan Kelemahan Terapi Menulisa Emosional**

- a. Kelebihan
  - 1) Melatih individu yang tidak dapat menyatakan kemarahan dan kejengkelan.
  - 2) Melatih individu yang mempunyai kesulitan untuk berkata tidak dan yang membiarkan orang lain memanfaatkannya.

- 3) Melatih individu yang merasa bahwa dirinya tidak memiliki hak untuk menyatakan pikiran, kepercayaan, dan perasaan-perasaannya
- 4) Melatih individu yang sulit mengungkapkan rasa kasih dan respon positif yang lain. Individu diharapkan mampu menghilangkan kecemasan-kecemasan yang ada pada dirinya, mampu berfikir.

b. Kelemahan

- 1) Perasaan takut menyakiti
- 2) Takut jika akhirnya dirinya tidak lagi disukai atau diterima menurut Irfan Prabowo (2012)

**D. Konsep Dasar Proses Keperawatan**

1. Pengkajian adalah tahapan awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan masalah atau kebutuhan klien. Data yang dikumpulkan meliputi data psikologis, biologis, sosial, dan spiritual (Keliat & Akemat, 2009).

Untuk dapat menjangkau data yang digunakan umumnya, dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian. Isi pengkajian meliputi :

- a. Identitas klien.
- b. Keluhan utama atau alasan masuk.
- c. Faktor predisposisi.
- d. Aspek fisik atau biologis.
- e. Aspek psikososial. Status mental.
- f. Kebutuhan persiapan pulang.
- g. Mekanisme koping.
- h. Masalah psikososial dan lingkungan.

Kemungkinan data yang didapatkan dikelompokkan menjadi dua macam yaitu, sebagai berikut :

- a. Data objektif adalah data yang didapatkan secara nyata. Data ini diperoleh melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat.
- b. Data subjektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini didapatkan melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga

Menurut Yosep (2011), menyatakan pada dasarnya pengkajian pada klien ditujukan pada semua aspek, seperti biopsikososial, kultural, dan spiritual, yaitu sebagai berikut :

- a. Aspek Biologis

Respon biologis timbul karena ada sistem saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin sehingga tekanan darah meningkat, tachikardi, pupil melebar, muka merah, dan pengeluaran urine meningkat. Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti ketegangan otot (rahang terkatup), meningkatnya kewaspadaan, reflek cepat, dan tubuh kaku. Hal ini disebabkan oleh energi yang dikeluarkan saat marah bertambah.

- b. Aspek Emosional

Individu yang marah atau kesal merasa tidak nyaman, jengkel, dendam, frustrasi, merasa tidak berdaya, mengamuk, sakit hati, bermusuhan, ingin memukul orang lain, menuntut, dan menyalahkan.

- c. Aspek Intelektual

Sebagian besar pengalaman individu diperoleh melalui proses intelektual, peran pancaindera sangat penting untuk beradaptasi dengan lingkungan yang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman. Perawat perlu mengkaji cara klien marah, bagaimana informasi diproses, diklarifikasi dan diintegrasikan, serta mengidentifikasi penyebab kemarahan.

## 2. Pohon Masalah



Gambar 2.1 Pohon Masalah

## 3. Diagnosa Keperawatan

- a. Harga Diri Rendah kronis.
- b. Isolasi Sosial Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal).

## BAB III

### LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

#### A. Pengkajian Kasus

Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 19 November 2019 jam 10.00 WITA dengan menggunakan format pengkajian keperawatan jiwa.

##### 1. Identitas Klien

Klien bernama Ny.S, Perempuan, umur 28 tahun, klien berstatus menikah, beragama islam, pendidikan SMK, klien saat ini bertempat di Samarinda, klien masuk Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Samarinda pada tanggal 17 November 2019 pada pukul 09.00 WITA diruang Enggang RSJD Atma Husada Samarinda.

##### 2. Alasan Masuk

Pada catatan medik, menjelaskan bahwa alasan klien masuk adalah klien masuk adalah klien sering mengamuk, sering tertawa sendiri, tidak bisa tidur pada malam hari. Klien mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan yang membuatnya ingin marah.

##### 3. Faktor Predisposisi

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa dan sempat dirawat di RSJD Atma Husada Samarinda dari tahun 2017, awalnya pengobatan teratur tetapi menjadi tidak teratur karena terkendala tidak ada keluarga yang memperhatikan jadwal kontrolnya. Klien diantar dalam keadaan gelisah, dan berbicara ngelantur. Di dalam keluarga tidak ada riwayat yang mengalami gangguan jiwa seperti klien.

##### 4. Pengalaman yang tidak menyenangkan

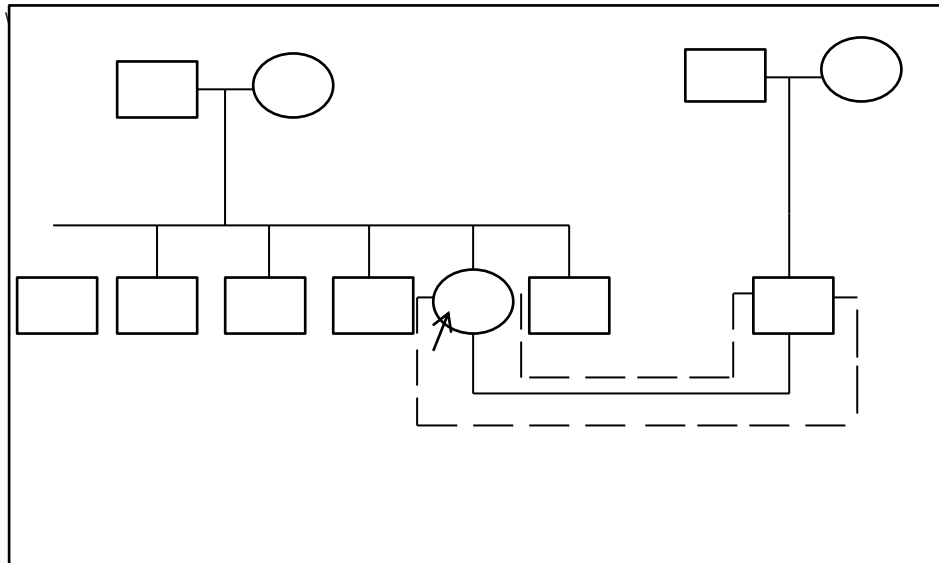
Klien mengatakan pernah mengalami keguguran 2x bukannya mendapat dukungan dari suami dan keluarga. Klien merasadisalahkan karna tidak bisa menjaga kandungannya dengan baik. Hal tersebut yang membuat klien merasa bersalah dan tidak berguna untuk suami juga keluarganya.

##### 5. Pada pemeriksaan fisik Ny. S didapatkan hasil

Pemeriksaan fisik yang penulis dapatkan meliputi tanda-tanda vital klien dengan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 102 x/menit, suhu 36 °C, pernapasan 20 x/menit. Berat badan 55kg. Hasil pengkajian fisik tidak ditemukan penyakit fisik pada klien.

## 6. Psikososial

Genogram menurut keterangan klien dan rekam medis :



### Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan



: Klien



: Meninggal



: Tinggal Serumah

Pengkajian psikososial didapatkan dari data diatas yaitu klien anak kelima dari enam bersaudara. Klien tinggal serumah hanya dengan suami, klien lebih suka menyendiri daripada bercakap-cakap. Klien sudah menikah tetapi belum mempunyai anak karena mengalami keguguran 2 kali. Klien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada saudaranya yang memiliki riwayat mengalami gangguan jiwa.

## 7. Konsep Diri

### a) Citra tubuh

Pada pengkajian konsep diri, didapatkan gambaran diri, klien mengatakan mensyukuri atas tubuh yang diberikan oleh tuhan tetapi klien merasa ada perubahan pada anggota tubuh klien mengatakan yaitu pipi yang mengalami perubahan terlihat sangat kurus padahal dulu tidak seperti ini.

b) Identitas

Klien mengatakan menyadari dirinya sebagai seorang istri dan anak perempuan satu-satunya dikeluarga, beragama islam, lulusan SMK, dan berstatus menikah.

c) Peran

Klien mengatakan dirinya berperan sebagai ibu rumah tangga.

d) Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat pulang tetapi setelah menyelesaikan pengobatan.Klien mengatakan sering memendam perasaannya dan jarang berkomunikasi dengan orang lain saat di rumahlebih nyaman sendiri.

e) Harga diri

Klien mengatakan dirinya malu dan merasa tidak berguna karena suaminya merasa sedih karena tidak di perhatikan suami saat mengalami keguguran.Klien mengatakan merasa mengecewakan keluarga dianggap tidak bisa menjaga kandungan. Klien mengatakan sering memendam perasaannya dan jarang berkomunikasi dengan keluarga dirumah. Klien mengatakan merasa tidak dihiraukan keluarga merasa paling asing diantara keluarga selalu disalahkan keluarga.

8. Hubungan Sosial

Ny. S mengatakan orang yang berarti adalah suami klien. Saat dirumah klien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan apa-apa, merasa tidak nyaman saat berada di keramaian. Klien tidak banyak berinteraksi dengan orang lain. Selama di RS klien mau mengikuti kegiatan yang ada di RS. Dan mampu bersosialisasi dengan baik dengan teman yang ada di Ruangannya. Saat diajak ngobrol klien mau diajak berbincang-bincang.

9. Spiritual

Ny. S meyakini akan adanya Allah klien beragama islam. Selama di rumah sakit klien mengatakan tidak pernah melakukan ibadah hanya berdoa saja dan saat dirumah klien juga jarang melaksanakan ibadah.

10. Status Mental

a) Penampilan

Penampilan klien sesuai namun kurang rapi, kebersihan bersih, rambut diikat tanpa disisir, status kesehatan secara umum baik.

b) Pembicaraan

Pembicaraan cukup kooperatif, klien berbicara dengan lambat.

- c) Aktivitas motorik  
Klien tampak tegang
- d) Alam perasaan  
Klien merasa sedih karena dianggap tidak bisa menjaga kandungannya
- e) Afek  
Afek klien sesuai
- f) Interaksi selama wawancara  
Selama wawancara kontak mata klien kurang, klien kooperatif, klien kadang membuang muka dan menunduk, klien hanya banyak berbicara ketika ditanya oleh perawat.
- g) Persepsi halusinasi  
Klien mengatakan terkadang mendengar bisikan-bisikan yang membuatnya ingin marah
- h) Proses pikir  
Proses pikir klien baik.
- i) Tingkat kesadaran  
Klien tampak bingung. Klien mampu menyebutkan hari dan tempat yang sekarang ia tinggali.
- j) Memori  
Klien mampu mengingat kejadian sebelum masuk RS dan mengingat kejadian-kejadian yang baru saja terjadi. misalnya kegiatan yang biasa ia lakukan di RSJD klien dapat menyebutkannya, selain itu klien juga dapat mengingat memori jangka panjang, misalnya klienmengingat kejadian sebelum ia dibawa ke RSJD.
- k) Tingkat konsentrasi dan berhitung  
Klien dapat menghitung sederhana misalnya  $10 + 10 = 20$  atau  $5 \times 2 = 10$ . klien juga mampu menghitung lebih dari 10 dengan benar
- l) Kemampuan penilaian  
Klien dapat mengambil keputusan dengan benar saat diberikan pilihan makan dulu atau mandi dulu dan bisa membedakan hal baik dan buruk.
- m) Daya tilik diri  
Klien mengatakan mengetahui kondisinya dibawa ke rumah sakit jiwa dan klien sadar jika ingin diobati. Klien mengatakan selalu merasa benar dan menganggap orang selalu salah. Klien mengatakan orang tidak terima saya sembuh.

## 11. Kebutuhan Persiapan Pulang

- a. Makan  
Makan disiapkan oleh perawat selama di rumah sakit dengan tetap memandirikan klien seperti dalam hal makan minum sendiri dan

merapikan tempat makan setelah selesai makan. Nafsu makan baik, dengan porsi makan mampu dihabiskan.

b. BAB/BAK

Klien mengatakan BAB kadang 2hari sekali dan BAK tidak pernah dihitung, tetapi dapat dilakukan dit toilet secara mandiri.

c. Mandi

Dilakukan sendiri, frekuensi 2x sehari, mandi menggunakan sabun mandi, menggosok gigi menggunakan pasta gigi, mandi dikamar mandi dan dilakukan secara mandiri.

d. Berpakaian/berhias

Klien dapat berpakaian sendiri, pakaian sesuai dengan seragam yang ditentukan rumah sakit setiap harinya.

e. Istirahat/tidur

Jam tidur malam klien mengatakan jam 20.00 dan bangun pagi 06.00, klien sering tidur siang.

f. Penggunaan obat

Klien minum obat disiapkan oleh perawat yang bertugas dan obat diminum setelah makan

g. Pemeliharaan kesehatan

Klien mendapatkan perawatan lebih lanjut dan sistem pendukung oleh keluarga untuk memelihara kesehatan saat klien dipulangkan tetapi saat ini klien masih membutuhkan perawatan dirumah sakit.

h. Aktivitas di dalam rumah

Selama dirumah klien melakukan kegiatan sehari-hari seperti pada umumnya.

i. Aktivitas di luar rumah

Klien mengatakan sering di rumah jarang keluar.

j. Mekanisme Koping

Ny.S mengatakan jarang mengungkapkan perasaan dan tidak terbuka dengan keluarga sering memendam perasaannya. Menurut catatan rekam medik, klien sudah pernah masuk rumah sakit jiwa sebelumnya dengan alasan yang sama yaitu mengamuk. Selama pengkajian dan kurang kontak mata.

k. Masalah Psikososial lingkungan

Klien mengatakan menarik diri dari lingkungan

12. Aspek Medik

Diagnosa medik :

Terapi medik :

– Risperidone 2mg 2x ½

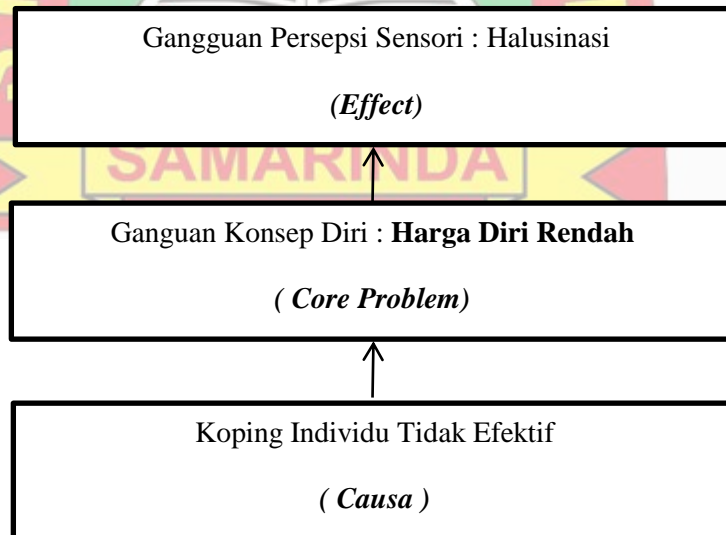
– Clozapine 25mg

## B. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

NO	DATA	PROBLEM
1	<p>DS : Klien mengatakan merasa malu pada dirinya dan merasa tidak berguna karena tidak bisa menjaga anak yang ada didalam kandungannya. Sering berkelahi dengan suami karena masalah sepele.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Klien kooperatif</li><li>- Kontak mata selama wawancara kurang</li><li>- Ekspresi klien tegang dan gelisah</li><li>- Klien tampak sedih</li></ul>	Harga Diri Rendah

## C. Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon Masalah

## D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan	
		Kriteria hasil	Tindakan ( SP )
1	Harga Diri Rendah	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan pertemuan 5x8 jam harga diri rendah terkontrol dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki</li> <li>2. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan</li> <li>3. Pasien dapat menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan</li> <li>4. Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan</li> <li>5. Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih</li> </ol>	<p><b>SP 1 Pasien ( Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien, membantu klien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu klien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.</li> <li>2) Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan.</li> <li>3) Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai</li> <li>4) Buat kontrak yang jelas</li> <li>5) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien</li> <li>6) Membantu pasien menilai kemampuan pasien yang masih dapat digunakan</li> <li>7) Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien</li> <li>8) Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih</li> <li>9) Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien</li> <li>10) Mengajukan pasien memasukan dalam jadwal</li> </ol> <p><b>SP 2 Pasien ( melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2) Melatih pasien melakukan kegiatan yang sesuai dengan</li> </ol>

			<p>kemampuan klien</p> <p>3) Mengajukan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>
--	--	--	--

**Intervensi Inovasi**

*Tabel 3.3 Intervensi Inovasi*

<b>Tanggal</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Intervensi Inovasi</b>
23/11/2019	Harga Diri Rendah	<p><b>a. Tahap Pra Interaks</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kaji status kesehatan klien</li> <li>2) Bina hubungan saling percaya</li> <li>3) Kontrak pertemuan untuk terapi menulis spiritual emotional</li> <li>4) Ciptakan lingkungan yang tenang dan kondusif</li> <li>5) Siapkan alat yaitu : pulpen dan kertas</li> </ol> <p><b>b. Tahap Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Lakukan BHSP kepada klien               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Salam terapeutik (mengucapkan nama dan panggilan terpis, tanyakan nama dan panggilan klien)</li> <li>b) Evaluasi/validasi (Tanyakan perasaan klien saat ini)</li> <li>c) Kontrak (Ingatkan kontrak dengan klien, jelaskan tujuan kegiatan)</li> </ol> </li> </ol> <p><b>c. Tahap Interaksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Usahakan situasi dan lingkungan tenang dan nyaman</li> <li>2) Anjurkan klien mengambil posisi duduk yang paling nyaman</li> </ol>

		<p>3) Siapkan pulpen dan kertas</p> <p>4) Anjurkan klien tenang dan fokus saat diberikan terapi</p> <p>5) Minta pasien untuk mengenali pikiran-pikiran negatif yang selama ini muncul dan diakhir sesi, klien diminta untuk menuliskan pengalaman dan perasaan yang dirasakan setelah sesi tersebut</p> <p>6) Klien diberikan lembar kerja untuk menuliskan apakah benar-benar ada bukti atas pikiran negatif yang dirasakan. Di akhir sesi, subjek kembali diminta untuk menuliskan pengalaman dan perasaan yang dirasakan setelah sesi tersebut terakhir.</p> <p>7) Pemberian afirmasi dan konteks spiritual terhadap materi tulisan subjek</p> <p><b>d. Tahap Terminasi</b></p> <p>1) Evaluasi</p> <p>a) Pemimpin terapi mengekspresikan perasaan setelah memperkenalkan diri, contoh : “Bagaimana perasaannya setelah mengikuti kegiatan hari ini”</p> <p>b) Pemimpin terapi memberikan umpan balik positif kepada pasien</p> <p>c) Pemimpin terapi mencoba peserta untuk fokus pada saat diberikan terapi</p> <p>2) Kontrak yang akan datang :</p> <p>a) Waktu : 20 menit</p> <p>b) Tempat : Ruang Enggang RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda</p> <p>3) Topik : Terapi menulisa spiritual emosional</p> <p><b>e. Dokumentasi</b></p>
--	--	---

		1) Nama pasien, umur, jenis kelamin, dll 2) Keluhan utama 3) Tindakan yang dilakukan 4) Lama tindakan 5) Jenis terapi yang diberikan 6) Reaksi selama, setelah diberikan terapi 7) Nilai respon klien
--	--	---

### E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Jam	Tindakan keperawatan	Evaluasi
1	Harga Diri Rendah	22/11/2019	10.00	<p><b>SP 1 Pasien (Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien, membantu klien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu klien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salam Terapeutik</li> <li>2. Perkenalkan Diri</li> <li>3. Evaluasi/Validasi</li> <li>4. Kontrak pertemuan</li> <li>5. Membuat jadwal harian</li> <li>6. Melatih kemampuan yang telah direncanakan pada jadwal harian</li> </ol>	<p><b>S :</b> - Klien mengatakan dibawa ke rs oleh keluarga karena mengamuk, sering tertawa sendiri, tidak bisa tidur pada malam hari.</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien kooperatif</li> <li>- kontak mata selama wawancara kurang</li> <li>- klien dan perawat membuat jadwal kegiatan</li> </ul> <p><b>A :</b> SP 1 Pasien (membuat jadwal kegiatan harian)</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan SP 2 pasien (melatih kegiatan harian)</p>

2	Harga Diri Rendah	22 /11 2019	12.00	<p><b>SP 2 Pasien (melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian)</b></p>	<p>S : - klien mengatakan sudah melakukan kegiatan harian yang dapat dilakukan selama di rumah sakit secara mandiri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-klien masih ingat melakukan kegiatan merapikan tempat tidur secara mandiri</li> <li>- klien memasukkan kegiatan senam dalam jadwal harian dilakukan pada saat bangun tidur</li> <li>- intonasi sedang, pandangan mudah beralih</li> </ul> <p>A : SP 2 Pasien (melatih kegiatan harian)</p> <p>P : Lanjutkan Terapi inovasi menulis spiritual emosional</p>
3	Harga Diri Rendah	23/11/ 2019	10.00	<p><b>Teknik menulis spiritual emosional</b></p> <p>1) Usahakan situasi dan lingkungan tenang dan nyaman</p>	<p>S : -Klien mengatakan merasa sedih karena tidak di perhatikan suami saat keguguran</p>

				<p>2) Anjurkan klien mengambil posisi duduk yang paling nyaman</p> <p>3) Siapkan pulpen dan kertas</p> <p>4) Anjurkan klien tenang dan fokus saat diberikan terapi</p> <p>5) Minta pasien untuk mengenali pikiran-pikiran negatif yang selama ini muncul dan diakhir sesi, klien diminta untuk menuliskan pengalaman dan perasaan yang dirasakan setelah sesi tersebut</p> <p>6) Klien diberikan lembar kerja untuk menuliskan apakah benar-benar ada bukti atas pikiran negatif yang dirasakan. Di akhir sesi, subjek kembali di minta untuk menuliskan pengalaman dan perasaan yang dirasakan setelah sesi tersebut terakhir.</p> <p>7) Pemberian afirmasi dan konteks spiritual terhadap materi tulisan subjek</p>	<p>- Klien mengatakan merasa paling asing diantara keluarga selalu disalahkan keluarga</p> <p>O : -klien terlihat gelisah dan banyak diam</p> <p>- intonasi verbal sedang, pandangan sudah tidak tajam namun pasien banyak nundukan kepala .</p> <p>A : terapi menulis spiritual emosional belum optimal</p> <p>P : Lanjutkan terapi menulis spiritual emosional pada klien</p>
6	Harga Diri Rendah	24/11/2019	09.00	<p><b>Teknik menulis spiritual emosional</b></p> <p>1) Usahakan situasi dan</p>	<p>S : -Klien mengatakan merasa mengecewakan</p>

				<p>lingkungan tenang dan nyaman</p> <p>2) Anjurkan klien mengambil posisi duduk yang paling nyaman</p> <p>3) Siapkan pulpen dan kertas</p> <p>4) Anjurkan klien tenang dan fokus saat diberikan terapi</p> <p>5) Minta pasien untuk mengenali pikiran-pikiran negatif yang selama ini muncul dan diakhir sesi, klien diminta untuk menuliskan pengalaman dan perasaan yang dirasakan setelah sesi tersebut</p> <p>6) Klien diberikan lembar kerja untuk menuliskan apakah benar-benar ada bukti atas pikiran negatif yang dirasakan. Di akhir sesi, subjek kembali di minta untuk menuliskan pengalaman dan perasaan yang dirasakan setelah sesi tersebut terakhir.</p> <p>7) Pemberian afirmasi dan konteks spiritual terhadap materi tulisan subjek</p>	<p>keluarga dianggap tidak bisa menjaga kandungan</p> <p>-klien mengatakan sering memendam perasaannya dan jarang berkomunikasi dengan keluarga di rumah.</p> <p>-klien mengatakan merasa tidak dihiraukan keluarga</p> <p>O :</p> <p>-intonasi verbal sedang, mudah ekspresi tegang, kontak mata sudah ada</p> <p>A : terapi menulis spiritual emosional belum optimal</p> <p>P : Lanjutkan terapi menulis spiritual emosional pada klien</p>
7	Harga Diri Rendah	25 /11/ 2019	09.00	<p><b>Teknik menulis spiritual emosional</b></p> <p>1) Usahakan situasi dan lingkungan tenang dan nyaman</p> <p>2) Anjurkan klien mengambil posisi</p>	<p>S : -Klien mengatakan ingin pulang kangen suami dan meminta maaf atas kesalahan yang di perbuat</p>

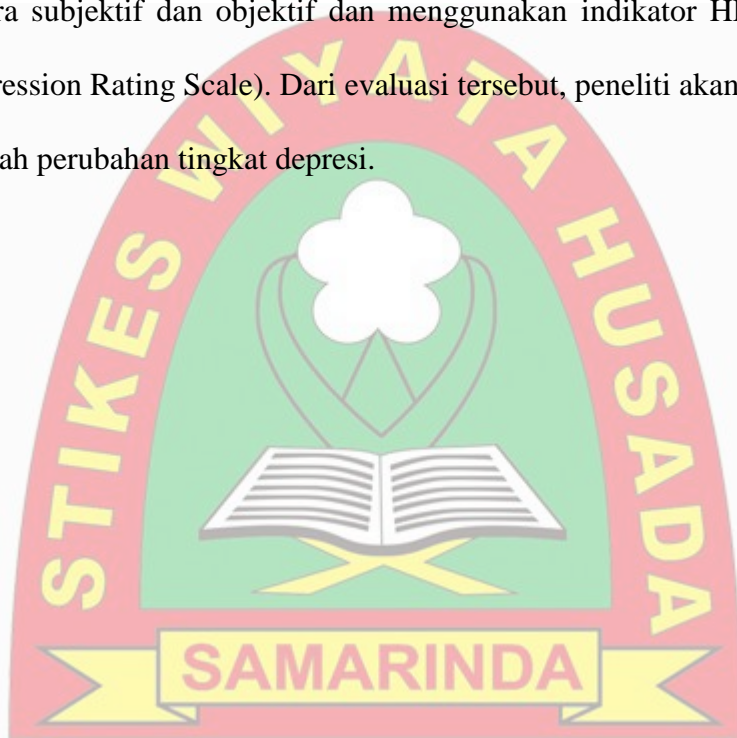
				<p>3) Siapkan pulpen dan kertas</p> <p>4) Anjurkan klien tenang dan fokus saat diberikan terapi</p> <p>5) Minta pasien untuk mengenali pikiran-pikiran negatif yang selama ini muncul dan diakhir sesi, klien diminta untuk menuliskan pengalaman dan perasaan yang dirasakan setelah sesi tersebut</p> <p>6) Klien diberikan lembar kerja untuk menuliskan apakah benar-benar ada bukti atas pikiran negatif yang dirasakan. Di akhir sesi, subjek kembali di minta untuk menuliskan pengalaman dan perasaan yang dirasakan setelah sesi tersebut terakhir.</p> <p>7) Pemberian afirmasi dan konteks spiritual terhadap materi tulisan subjek</p>	<p>- Klien mengatakan sedih karna tidak diperhatikan suami</p> <p>O :</p> <p>- Emosi stabil, intonasi verbal sedang, pandangan mata ada, klien kooperatif.</p> <p>A : terapi menulis spiritual emosional belum optimal</p> <p>P : Pertahankan terapi menulis spiritual emosional pada klien</p>	
8	Harga Rendah	Diri	25/11/2019	13.00	<p><b>Teknik menulis spiritual emosional</b></p> <p>1) Usahakan situasi dan lingkungan tenang dan nyaman</p> <p>2) Anjurkan klien mengambil posisi duduk yang paling</p>	<p>S : -Klien mengatakan sering menyendiri karena sering di sindir dan di singgung dengan kata-kata kasar oleh keluarga</p> <p>- Klien</p>

				<p>nyaman</p> <p>3) Siapkan pulpen dan kertas</p> <p>4) Anjurkan klien tenang dan fokus saat diberikan terapi</p> <p>5) Minta pasien untuk mengenali pikiran-pikiran negatif yang selama ini muncul dan diakhir sesi, klien diminta untuk menuliskan pengalaman dan perasaan yang dirasakan setelah sesi tersebut</p> <p>6) Klien diberikan lembar kerja untuk menuliskan apakah benar-benar ada bukti atas pikiran negatif yang dirasakan. Di akhir sesi, subjek kembali di minta untuk menuliskan pengalaman dan perasaan yang dirasakan setelah sesi tersebut terakhir.</p> <p>7) Pemberian afirmasi dan konteks spiritual terhadap materi tulisan subjek</p>	<p>mengatakan ingin menuruti keinginan suaminya terhadap dirinya</p> <p>- Klien mengatakan ingin memperbaiki diri (berperilaku baik, tidak lagi merasa sedih karena hal sepele)</p> <p>- Klien mengatakan ingin bahagia (senang jika diterima keberadaannya dengan apa adanya, dan menyayangi keluarganya)</p> <p>O :</p> <p>- Klien mampu mengungkapkan dengan baik perasaannya</p> <p>- Klien tampak sedih</p> <p>- Klien mampu menunjukkan sikap yang asertif</p> <p>- Klien menawarkan diri untuk di tanya lagi, intonasi verbal sedang, klien terlihat santai, kontak mata bisa di pertahankan.</p> <p>- Mampu mempertahankan jarak yang nyaman.</p> <p>A : terapi menulis</p>
--	--	--	--	--	---

					spiritual emosional sudah optimal P : Pertahankan terapi menulis spiritual emosional
--	--	--	--	--	---

**F. Evaluasi**

Hasil evaluasi menggunakan alat instrumen dan lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini peneliti melakukan evaluasi secara subjektif dan objektif dan menggunakan indikator HDRS (Hamilton Depression Rating Scale). Dari evaluasi tersebut, peneliti akan menyimpulkan adakah perubahan tingkat depresi.



## **BAB IV**

### **ANALISA SITUASI**

#### **A. Profil RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda**

Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Mahakam Samarinda terletak di Kakap no.23 Kota Samarinda. RSJD Atma Husada Mahakam sebagai rujukan satu-satunya di Kalimantan Timur mengenai kesehatan jiwa. Rumah Sakit ini memiliki status akreditasi penuh tingkat lanjut sebagai pengakuan bahwa rumah sakit ini telah memenuhi standar pelayanan yang meliputi : Administrasi dan manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan, rekam medis, farmasi, K3 dan pengendalian infeksi di rumah sakit.

Dulunya Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Mahakam bernama Samarinda Rumah Sakit Jiwa Pusat Samarinda (RSJP) didirikan pada tahun 1933 diatas tanah seluas 20.157 m2 yang dibiayai oleh kesultanan Kutai dan merupakan Rumah Keperawatan Sakit Jiwa. Pada awalnya RSJP didirikan bersama dengan RumahSakit Umum yang ditetapkan ketua Bestwer College Samarinda. Tanggal 20 April 1949 No. 558/IH-9-Fed, masalah pembiayaan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Jiwa Samarinda diserahkan oleh kesultanan Kutai dan Kerajaan di Kalimantan Timur.

Sejalan dengan pelaksanaan otonomi Daerah UPTD, Rumah Sakit Jiwa Pusat Samarinda dilimpahkan kepada pemerintah Daerah sesuai surat Menkes No.1732/Menkes-Kesos/XII/2000 tentang pengalihan UPTD keperintahan Kabupaten/kota dan surat revisi Depkes No. 196/Menkes-sos/III/2001, tanggal 7 Maret 2001 tentang revisi penataan UPTD kepada pemerintah provinsi, pengoperasian Rumah Sakit Jiwa Samarinda dalam tahun 2001 dibawah pemerintah kota Samarinda.

Selanjutnya kedudukan Rumah Sakit Atma Husada Mahakam ditetapkan berdasarkan surat keputusan Gubernur Kaltim No. 16 Tahun 2001 tanggal 24 Desember 2001, tentang pembentukan organisasi dan tata kerja unit

pelaksanaan teknis pada dinas-dinas provinsi Kalimantan Timur. Pada tahun 2005 untuk menghilangkan stigma di masyarakat. Rumah Sakit Jiwa Samarinda merubah nama menjadi Rumah Sakit Atma Husada Mahakam dengan surat keputusan Gubernur No. 03 tahun 2005 tanggal 17 Januari tahun 2005. Adapun layanan unggulan yang diberikan rumah sakit ini adalah klinik berhenti merokok, klinik hipnoterapi, pelayanan rehabilitasi, penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA dan terapi gangguan tidur. Selain itu rumah sakit memberikan beberapa jenis pelayanan seperti pelayanan rawat inap psikiatri, pelayanan rawat jalan psikiatri, pelayanan rawat inap dan rawat jalan psikologi, pelayanan gawat darurat psikiatri dan pelayanan NAPZA.

Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda menyediakan fasilitas rawat inap menjadi beberapa ruang kelas perawatan yaitu Ruang Pergam (kelas 1 pria), Ruang Tiung (kelas II pria), Ruang Enggang (kelas 1 dan 2 wanita), Ruang Elang (kelas III pria), ruang Gelatik (kelas III pria). Ruang punai (kelas III wanita dan Ruang Belibis (kelas III pria).

Ruang IGD merupakan garda terdepan dalam mengatasi kegawatdaruratan psikiatri. Penanganan yang tepat diawal dapat mempercepat proses penyembuhan klien yang mengalami gangguan jiwa. Observasi klien pertama masuk juga dilakukan di ruang ini dalam 3x24 jam sebelum dipindahkan ke ruang perawatan inap atau bisa juga langsung dipulangkan tanpa rawat inap sesuai dengan hasil observasi dan keadaan klien.

## **B. Analisis Masalah Keperawatan**

Penulis akan menguraikan keterkaitan antara landasan teori dengan hasil Praktik Klinik Keperawatan pada klien harga diri rendah di ruang Enggang RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda yang dimulai sejak tanggal 11 November - 08 November 2019. Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil, gangguan konsep diri harga diri rendah, klien masuk dengan diantar oleh keluarganya karena mengamuk, sering tertawa sendiri, tidak bisa tidur pada malam hari. Klien mengatakan tidak menyukai salah satu bagian dari tubuhnya, yaitu pada bagian pipi yang terlihat kurus, klien merasa dirinya tidak berguna, klien juga tidak mau berinteraksi dengan orang banyak

dikarenakan takut berada disekitar orang banyak, klien sering melamun dan menyendiri. Ketika klien diajak untuk berbicara mau menjawab pertanyaan yang diajukan dan mau bercerita tentang masalah yang dihadapi, tetapi terkadang klien terlihat gelisah.

Harga diri rendah adalah kondisi seseorang yang menilai keberadaan dirinya lebih rendah dibandingkan orang lain yang berpikir tentang hal negatif diri sendiri sebagai individu yang gagal, tidak mampu dan tidak berprestasi (Keliat, 2010). Fitria (2009) juga menyebutkan, harga diri rendah merupakan kondisi seseorang dimana ia merasa bahwa dirinya tidak diterima dilingkungan dan gambaran-gambaran negatif tentang dirinya.

Harga diri seseorang di peroleh dari diri sendiri dan orang lain. Gangguan harga diri rendah akan terjadi jika kehilangan kasih sayang, perilaku orang lain yang mengancam dan hubungan interpersonal yang buruk. Tingkat harga diri seseorang berada dalam rentang tinggi sampai rendah. Individu yang memiliki harga diri tinggi menghadapi lingkungan secara aktif dan mampu beradaptasi secara efektif untuk berubah serta cenderung merasa aman. Individu yang memiliki harga diri rendah melihat lingkungan dengan cara negatif dan menganggap sebagai ancaman. (Keliat, 2011).

Menurut Yosep (2009), harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti, dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri ataupun kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri.

Harga diri rendah merupakan komponen Episode Depresi Mayor, dimana aktifitas merupakan bentuk hukuman atau punishment (Stuart & Laraia, 2005). Depresi adalah emosi normal manusia, tapi secara klinis dapat bermakna patologik apabila mengganggu perilaku sehari-hari, menjadi pervasive dan muncul bersama penyakit lain.

Klien yang mengalami harga diri rendah menyebabkan klien merasa sukar berhubungan dengan orang lain dan tidak mempunyai kemandirian. Untuk itu, perawat harus mempunyai kesadaran diri yang tinggi agar dapat menerima dan mengevaluasi perasaan sendiri sehingga dapat memakai dirinya sendiri secara

terapeutik dalam merawat klien dan meningkatkan harga diri klien untuk memberikan motivasi klien. Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat harus jujur, empati, terbuka dan penuh penghargaan, tidak larut dalam perasaan yang sedang dirasakan klien dan tidak menyangkalnya.

Menurut NANDA (2005) tanda dan gejala yang dimunculkan sebagai perilaku telah dipertahankan dalam waktu yang lama atau kronik yang meliputi mengatakan hal yang negative tentang diri sendiri dalam waktu lama dan terus menerus, mengekspresikan sikap malu /minder/rasa bersalah, kontak mata kurang/tidak ada, selalu mengatakan ketidakmampuan/kesulitan untuk mencoba sesuatu, bergantung pada orang lain, tidak asertif, pasif dan hipoaktif, bimbang dan ragu-ragu serta menolak umpan balik positif dan membesarkan umpan balik negative mengenai dirinya.

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa dan sempat dirawat di RSJ pada tahun 2017. Di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami sakit seperti klien.

Pada saat pengkajian klien gelisah, kontak mata kurang banyak nunduk, bicara seadanya, untuk disorientasi waktu, tempat dan orang klien tidak mengalami hal tersebut karena klien mempunyai ingatan yang cukup baik, misalnya kegiatan yang biasa ia lakukan di RSJD klien dapat menyebutkannya, selain itu klien juga dapat mengingat memori jangka panjang, misalnya klien mengingat kejadian sebelum ia dibawa ke RSJD klien mengamuk setelah mengalami keguguran 2 kali, klien juga ingat bahwa klien adalah anak perempuan dari 6 bersaudara, klien juga ingat dengan nama saudaranya.

Pemeriksaan fisik terdiri dari pemeriksaan tanda- tanda vital, kepala, mata, telinga, mulut, leher, dada, abdomen, kulit, dan kuku (Kusyati, 2006). Hasil pemeriksaan fisik yang penulis lakukan pada klien didapatkan data sebagai berikut : Pemeriksaan fisik yang penulis dapatkan meliputi tanda-tanda vital klien, dengan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 102 kali/menit, suhu 36°C, respirasi 20 kali/menit, tinggi badan 148 cm, berat badan 55 kg. Dan hasil pengkajian keluhan fisiknya klien mengatakan tidak mempunyai keluhanapa-apa.

Menurut Fajariyah (2012), pohon masalah pada harga diri rendah dapat mengakibatkan klien mengalami isolasi sosial atau menarik diri, sehingga bisa menyebabkan klien mengalami gangguan persepsi sensori halusinasi serta dapat menjurus pada resiko perilaku kekerasan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar. Berdasarkan masalah-masalah tersebut, harga diri rendah sebagai core problem, dan isolasi sosial, resiko mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan sebagai akibat.

Intervensi yang dilakukan pada masalah keperawatan harga diri rendah pada penelitian ini menggunakan intervensi strategi pelaksanaan (SP) dan ditambah dengan implementasi inovasi *spiritual-emotional writing therapy*.

Strategi pelaksanaan (SP) pada intervensi masalah keperawatan harga diri rendah dapat diimplementasi secara keseluruhan kepada Ny.S selama 4 hari, begitu juga implementasi inovasi *spiritual-emotional writing therapy* dapat diaplikasikan kepada klien selama 3 haridengan 3 sesi tiap harinya. Intervensi inovasi dilakukan setelah SP 2 Pasien ( klien melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian) dilaksanakan, setelah SP 2 P optimal kemudian Intervensi Inovasi dapat dilaksanakan sesuai dengan SOP yang telah dibuat, pada intervensi terapi reguler hanya bertujuan untuk mengatasi masalah yang sedang dihadapi klien dan menilai tingkat keparahan depresi melalui penyelidikan terhadap suasana hati, perasaan bersalah, gagasan bunuh diri, insomnia, agitasi atau retardasi, kecemasan, penurunan berat badan, dan gejala somatik, intervensi ini dilakukan selama 15-20 menit.

Evaluasi pada masalah keperawatan harga diri rendah dari tindakan yang penulis lakukan dapat disimpulkan pada hari pertama sampai hari ke empat dari depresi sedang sebagian karena klien mengatakan bisa melakukan dan mampu melakukan SP-SP yang sudah diajarkan oleh perawat. Perubahan harga diri rendah mulai terjadi setelah melakukan tindakan SP 1 sampai SP 2 dan Perubahan setelah klien dilatih tekhnik *spiritual-emotional writing therapy*.

### C. Analisis Intervensi Inovasi

Pada salah satu intervensi penulis melakukan intervensi *inovasi spiritual-emotional writing therapy* untuk mengatasi masalah keperawatan harga diri rendah sekaligus menilai tingkat keparahan depresi melalui penyelidikan terhadap suasana hati, perasaan bersalah, gagasan bunuh diri, insomnia, agitasi atau retardasi, kecemasan, penurunan berat badan, dan gejala somatik pada Ny.S. intervensi ini dilakukan selama 3 hari, adapun hasil evaluasi sebagai berikut: pada hari pertama dilakukan intervensi inovasi klien mengatakan merasa cukup lega saat dilakukan proses intervensi inovasi *spiritual-emotional writing therapy* walaupun sebelumnya klien merasa cukup bingung saat diminta untuk menulis tentang perasaan sedih dan pengalamannya. Saat proses menulis dilakukan, klien sering terlihat melamun, cenderung menunduk saat diajak bicara, kontak mata kurang dan klien terlihat kurang fokus saat dilakukan aktivitas menulis. Pada hari kedua klien mengatakan cukup lega dan senang setelah menulis bersama, hanya saja klien masih kurang fokus saat dilakukannya aktivitas menulis, klien sering terlihat sedih dengan suara bergetar saat proses intervensi dilaksanakan. Pada hari ketiga klien sudah cukup fokus saat dilakukan aktivitas menulis, hanya saja selama proses klien tiba-tiba melamun. Pada hari keempat, klien dan perawat berdiskusi bersama tentang hasil dari aktivitas menulis, pada tahap ini klien sudah mulai cukup fokus dan klien mau mengungkapkan apa yang dirasakannya secara langsung.

Intervensi ini dilakukan sejak tanggal 22-25 November 2019, adapun hasil evaluasi sebagai berikut :

*Tabel 4.1 Hasil Evaluasi Intervensi Inovasi*

No	Tanggal	Sebelum	Sesudah
1	22 November 2019	Subyektif :  Klien mengatakan :  Klien mengatakan	Subjektif :  -Klien mengatakan memikirkan ingin pulang dan bertemu suami

		<p>dibawa ke rs oleh keluarga karena mengamuk,sering tertawa sendiri, tidak bisa tidur pada malam hari.</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien kooperatif</li> <li>- kontak mata selama wawancara kurang</li> <li>- klien dan perawat membuat jadwal kegiatan</li> </ul>	<p>-Klien mengatakan sering memendam perasaannya dan jarang berkomunikasi dengan orang lain saat di rumah.</p> <p>-Klien mengatakan lebih nyaman sendiri dirumah</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien terlihat sedih saat menceritakan persoalan klien</li> <li>-Klien terlihat gelisah dan banyak diam intonasi verbal sedang, pandangan mata kurang klien banyak nunduk, klien kooperatif.</li> </ul>
2	23 November 2019	<p>Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan merasa sedih karena tidak di perhatikan suami saat keguguran</li> <li>- Klien mengatakan merasa paling asing diantara keluarga selalu disalahkan keluarga</li> </ul>	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien mengatakan ingin pulang kangen suami dan meminta maaf atas kesalahan yang di perbuat</li> <li>-Klien mengatakan ingat kejadian waktu klien mengamuk dirumah, klien merasa bersalah</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien dapat mengungkapkan perasaannya sebagian</li> <li>-Emosi stabil,intonasi verbal</li> </ul>

		<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat gelisah dan banyak diam</li> <li>- Intonasi verbal sedang, mudah ekspresi tegang, pandangan sudah tidak tajam namun pasien banyak nundukan kepala .</li> </ul>	<p>sedang, pandangan mata ada , kadang- kadang masih menunduk klien kooperatif.</p>
3	24 November 2019	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan merasa mengecewakan keluarga dianggap tidak bisa menjaga kandungan</li> <li>- Klien mengatakan sering memendam perasaannya dan jarang berkomunikasi dengan keluarga di rumah.</li> <li>- Klien mengatakan merasa tidak dihiraukan keluarga</li> </ul> <p>Obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat gelisah dan labil</li> <li>- Intonasi verbal sedang, mudah ekspresi tegang, kontak mata sudah ada</li> </ul>	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien mengatakan lega setelah berbincang-bincang tentang masalah yang saya hadapi</li> <li>-Klien mengatakan ingin memperbaiki diri (berperilaku baik, tidak lagi merasa mengecewakan suami, tidak mau meras dicampakan keluarga dan lebih terbuka dengan orang lain)</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien mampu menunjukkan sikap yang asertif</li> <li>-Klien menawarkan diri untuk di tanya lagi, intonasi verbal sedang, klien terlihat santai, kontak mata bisa di pertahankan. Mampu mempertahankan jarak yang nyaman.</li> </ul>

4	25 November 2019	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien mengatakan ingin pulang kangen suami dan meminta maaf atas kesalahan yang di perbuat</li> <li>- Klien mengatakan sedih karna tidak diperhatikan suami</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emosi stabil, intonasi verbal sedang, gelisah sudah berkurang,pandangan mata ada,klien kooperatif.</li> </ul>	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien mengatakan lega setelah berbincang-bincang tentang masalah yang saya hadapi</li> <li>-Klien mengatakan tidak ingin memendam perasaannya dan mau berkomunikasi dengan orang lain saat di rumah</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Intonasi verbal sedang, klien terlihat santai, kontak mata bisa di pertahankan. Mampu mempertahankan jarak yang nyaman.</li> </ul>
---	------------------	--	--

Berdasarkan hasil intervensi inovasi diatas setelah dilakukan Spiritual-Emotional writing therapy menunjukkan perubahan depresi dari skala HDRS dengan skor sebelum dilakukan intervensi sebesar 14, sedangkan setelah dilakukan intervensi dengan skala HDRS diperoleh skor sebesar 8 yang berarti terdapat penurunan dan perubahan perilaku. Hal tersebut menjadi indikator klien dapat menurunkan depresi yang dirasakan dengan masalah harga diri rendah.

Pengkajian rentang respon harga diri rendah menunjukkan bahwa pasien rentang respon adaptif dan maladaptif, lebih banyak diam, menundukan kepala, menjaga jarak dengan sikap acuh, sedikit tegang dan kontak mata sedikit dan di pertahankan.

Intervensi keperawatan dilaksanakan pada tanggal 22 november 2019 sampai 25 november 2019, dihari pertama penulis melakukan BHSP (Bina

Hubungan Saling Percaya) dikarenakan klien masih kurang terbuka. Hari kedua dan ketiga penulis melakukan intervensi keperawatan dimana disini klien dan penulis menentukan jadwal kegiatan yang mampu dan dapat dilakukan oleh klien serta melatih kemampuan yang sudah dipilih oleh klien. Pada hari keempat penulis melakukan intervensi inovasi spiritual-emotional writing therapy dimana pada tahap ini klien dipersilahkan menuliskan tentang perasaannya secara bebas dan mampu mengungkapkan perasaannya melalui tulisan dan mengungkapkan perasaannya secara langsung ditandai dengan adanya kontak mata dan klien mampu memulai pembicaraan dan diakhir sesi penulis memberikan afirmasi dan konteks spiritual terhadap tulisan yang telah diungkapkan oleh klien dengan menyarankan klien untuk membaca surah-surah pendek. Dapat disimpulkan bahwa spiritual-emotional writing therapy ini berpengaruh terhadap perubahan perilaku klien dengan harga diri rendah dinilai melalui HDRS (Hamilton Depressive Rating Scale).

Evaluasi hasil observasi terhadap pasien di hari keempat bahwa pasien mampu melakukan terapi menulis spiritual emosional, harga diri rendah menurun dengan pasien mampu mempertahankan kontak mata, sikap tenang, pasien mempertahankan jarak yang nyaman tekanan suara sedang dengan skor HDRS pasien 8.

Berdasarkan pengukuran dengan HDRS (Hamilton Depressive Rating Scale), klien memperoleh skor dan masuk kategori sedang menuju berat. Berdasarkan acuan diagnosis PPDGJ, subjek termasuk kategori depresi sedang, dengan gejala somatis, yang dapat dilihat pada tabel berikut :

*Tabel 4.2 Pedoman Diagnosis Episode Depresif*

Pedoman Diagnostik	Kategori Kasus	Keterangan Terpenuhi	
		Ya	Tidak
Afek depresif	Klien kerap sedih, murung, dan bersuara lirih	✓	

Kehilangan minat dan kegembiraan	Tidak signifikan, subjek masih sering berkumpul dengan keluarga dekatnya	✓
Berkurangnya energi yang menuju meningkatkan keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas	Mudah lelah saat beraktivitas	✓
Gejala lainnya konsentrasi dan perhatian berkurang	Selalu gelisah, susah fokus, dan selalu merasa bersalah. Klien susah fokus saat diajak berbincang-bincang	✓
Harga diri dan kepercayaan berkurang	Merasa sangat kecewa terhadap diri sendiri dan suami. Klien menjadi peragu dan sangat sulit mempercayai orang lain.	✓
Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna	Klien merasa bersalah karena tidak bisa menjaga kandungannya.	✓
Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis	Ia merasa tidak yakin akan dapat kepercayaan lagi untuk mendapatkan karunia anak dari Allah	✓
Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau	Tidak pernah berpikiran untuk bunuh diri	✓

bunuh diri		✓
Tidur terganggu nafsu makan berkurang	Klien mengalami kesulitan tidur pada malam hari	
Lamanya seluruh episode berlangsung minimum dua minggu	Tidak ada perubahan dalam pola makan	

Pedoman Diagnostik	Kategori Kasus	Keterangan Terpenuhi	
		Ya	Tidak
Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, dan urusan rumah tangga	Hambatan dalam mengurus rumah tangga dan interaksi sosial yang lebih luas	✓	
Gejala somatis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesulitan tidur ✓</li> <li>- Pusing ✓</li> <li>- Keringat dingin saat beraktivitas</li> </ul>		

Subjek mengalami 2 dari 3 gejala utama, 5 gejala lainnya, dan ditambah gejala somatis. Berdasarkan acuan PPDGJ, subjek mengalami episode depresif sedang dengan gejala somatis.

Tabel 4.3 Baseline Pikiran

	22/11/2019	23/11/2019	24/11/2019	25/11/2019
Pesimis terhadap masa depan	✓	✓		✓
Pikiran bersalah dan dipersalahkan oleh lingkungan	✓	✓	✓	✓
Keyakinan bahwa diri tidak berguna	✓	✓	✓	✓

Berdasarkan hasil assesment didapatkan baseline pikiran pada subjek yaitu adanya pikiran pesimis terhadap masa depan, rasa bersalah dan dipersalahkan oleh lingkungan, pikiran untuk bunuh diri dan keyakinan bahwa diri tidak berguna.berdasarkan baseline perilaku, subjek juga mengalami gejala kesulitan tidur dan pusing tanpa sebab fisiologis.

Tabel 4.4 Baseline Perilaku

	22/11/2019	23/11/2019	24/11/2019	25/11/2019
Kesulitan tidur	✓	✓	✓	✓
Pusing tanpa sebab fisiologis	✓	✓	✓	✓
Berkeringat dingin tanpa sebab				

## Sesi I

Berdasarkan hasil asesment pada sesi sebelumnya, subjek cenderung menekan emosi dan pikiran yang muncul. Pada sesi ini, klien datang dengan tujuan menghilangkan pikiran dan perasaan negatif yang dirasakan terhadap dirinya sendiri. Pada awal sesi, intervensi dilakukan dengan memberikan pertanyaan yang dirasakan oleh subjek saat berkonflik dengan suaminya. Subjek menjawab pada skala 8 (dari skala 0-10, 0 tidak mengganggu sama sekali, 10 sangat mengganggu).

Psikoedukasi diberikan mengenai kaitan antara pikiran, perasaan, dan perilaku pada subjek. Pada bagian ini terjadi diskusi antara terapis dan subjek mengenai pikiran yang dimiliki oleh subjek. Setelah diskusi intervensi dilanjutkan pada tahap *thought catching*. Pada bagian ini, subjek, dengan bantuan terapis diminta untuk menelusuri pikiran-pikiran negatif yang selama ini yang dirasakan. Terdapat sekitar 4 pikiran dan perasaan negatif yang dimiliki oleh subjek. Terapis meminta 1 pikiran dan perasaan negatif yang paling mengganggu untuk diselesaikan sebagai prioritas.

Pikiran yang paling mengganggu tersebut adalah pikiran merasa disalahkan oleh suami dan keluarga klien saat mengalami keguguran tidak dapat menjaga kandungannya dan merasa tidak diperhatikan oleh suami. Peneliti masuk pada tahap testing realita, dimana klien diminta untuk menelusuri situasi yang membuatnya berpikir negatif dan pikiran otomatis yang muncul dalam situasi tersebut. Klien akhirnya bisa melihat bahwa tidak ada bukti-bukti yang menguatkan pikiran otomatis yang muncul dalam situasi tersebut. Pada bagian akhir, peneliti memberikan penguatan dan energi positif pada subjek.

*Tabel 4.5 Thought Catching*

PIKIRAN NEGATIF	PERASAAN	SITUASI
Meyakini dirinya tidak berguna, tidak ada orang yang menyayangi dirinya	Sedih, marah, kecewa	Suami tidak memberi perhatian kepada klien

## Sesi II

Pada pertemuan ini, subjek diberikan penjelasan mengenai teknik *cognitive rehearsal* yang berguna untuk mengaktivasi pengalaman positif saat melakukan kegiatan, terutama saat melakukan kegiatan seorang diri. Subjek ternyata masih merasakan beberapa pikiran negatif, sehingga terapis kembali melakukan proses *thought catching* dan testing realita. Pada tahap akhir, terapis meminta subjek untuk menuliskan semua pikiran dan perasaannya dalam format tabel khusus, yang akan dijabarkan di akhir sesi.

## Sesi III

Pada sesi ketiga, ternyata masih ada pikiran-pikiran negatif yang muncul pada subjek, sehingga terapis meminta subjek untuk menyampaikan terlebih dahulu apa yang sedang dia rasakan. Klien merasakan ada kesenangan saat melakukan aktivitas seorang diri. Namun subjek masih mengakui bahwa ada banyak perasaan dan pikiran yang dia pendam. Seringkali perasaan dan pikiran tersebut mengganggu aktivitasnya.

Tabel 4.6 *Isi Tulisan Subjek*

Tanggal	Pokok Tulisan	Aspek Emosional	Aspek Spiritual
22 November 2019	Aku dibawa oleh keluargaku karena mengamuk setelah mengalami keguguran	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sedih</li><li>- Berduka</li></ul>	Berdoa
23 November 2019	untuk kedua kalinya, perasaan marah itu tiba-tiba muncul saja, sering tertawa sendiri, tidak bisa tidur pada malam hari. Aku sedih karna tidak diperhatikan oleh suami sendiri saat keguguran	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sedih</li><li>- berduka</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pasrah</li><li>- Meminta pada Allah</li></ul>

<p>24 November 2019</p>	<p>kurang diperhatikan suami, aku merasa kehilangan anakku, perasaanku anakku masih hidup bukan meninggal dunia. Aku merasa kurang diperhatikan keluarga dan tetangga. Aku merasa paling asing diantara keluarga, aku sering berkelahi dengan suami karna hal sepele. Kepala rasanya pusing sekali, apa yang harus aku lakukan.</p> <p>Aku merasa dicampakkan, aku merasa mengecewakan orang lain dianggap tidak bisa menjaga kandungan. Sering memendam perasaan dan jarang berkomunikasi dengan keluarga di rumah. merasa tidak dihiraukan keluarga. Alhamdulillah, dengan beristigfar aku tidak lagi merasa sedih.</p> <p>Setelah beberapa proses terapi, aku merasa lega, nyaman, senang</p>	<p>Khawatir</p>	<p>Mendekatkan diri kepada Allah</p>
<p>25 November 2019</p>	<p>Setelah beberapa proses terapi, aku merasa lega, nyaman, senang</p>	<p>Perasaan lebih baik, positif</p>	<p>Bersyukur</p>

	membahas tentang perasaan yang membuatku merasa sedih. Aku beristigfar mulai mendekati diri lagi kepada Allah		
--	---	--	--

Tabel 4.7 Kondisi Pikiran Pasca Intervensi

	22/11/2019	23/11/2019	24/11/2019	25/11/2019
Pesimis terhadap masa depan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Pikiran bersalah dan dipersalahkan oleh lingkungan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Keyakinan bahwa diri tidak berguna	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

Tabel 4.8 *Kondisi Perasaan/Perilaku Pasca Intervensi*

	22/11/2019	23/11/2019	24/11/2019	25/11/2019
Kesulitan tidur	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Pusing tanpa sebab fisiologis	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Berkeringat dingin tanpa sebab	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

Tabel menunjukkan ada perubahan kondisi pikiran dan perilaku subjek dibandingkan dengan situasi sebelum intervensi. Sebelum intervensi, subjek kerap mengalami pikiran yang membuatnya tidak nyaman dengan diri sendiri. Subjek masih meneruskan aktivitas menulis hingga setelah proses intervensi berakhir. Menurutnya, tulisan-tulisan yang dibuatnya sangat membantu untuk memetakan pikiran negatif yang kerap muncul dan mengganggu keyakinan subjek terhadap masa depan.

Hasil intervensi menunjukkan bahwa pendekatan kognitif-perilaku dengan teknik menulis spiritual-emosional efektif menghilangkan depresi sedang yang dialami oleh klien. Hasil pengukuran dengan menggunakan skala HDRS pasca intervensi menunjukkan angka 8, yang artinya subjek berada pada level normal. Hal ini sejalan dengan penelitian (Yudi Kurniawan, 2014). Tentang Spiritual-Emotional Writing Therapy pada subjek yang mengalami episode depresi sedang dengan gejala somatis. meskipun efek terapinya tidak mampu menurunkan tingkat keparahan depresi.

#### D. Alternatif Pemecahan Masalah

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah diruang Enggang Atma Husada Mahakam Samarinda ini melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain sehingga dapat bekerja sama dalam memberikan asuhan keperawatan secara optimal. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, penulis melakukan tindakan secara mandiri, penulis melakukan tindakan secara mandiri,tindakan kolaborasi dengan dokter dan tim lainnya.

Perawat memiliki peran utama untuk memberikan pelayanan dalam memenuhi kebutuhan klien. Konsulen yang baik dapat membangkitkan harapan dan percaya diri pada pasien sehingga ketakutan, rasa sakit, kecemasan terhadap segala hal apapun akan hilang serta system kekebalan tubuh akan meningkat, memperbaiki system kimia tubuh yang memperlancar darah sehingga nutrisi dan suplai oksigenkedalam tubuh terserap dengan baik yang akan menjadikan kekebalan tubuh dan kekuatan psikis meningkat sehingga mempercepat proses penyembuhan.

Penatalaksanaan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan kombinasi dari Strategi Pelaksanaan (SP) yang berguna untuk pelaksanaan intervensi keperawatan jiwa yang digunakan sebagai acuan saat berinteraksi atau komunikasi terapeutik pada pasien gangguan jiwa.

Tindakan *Spiritual-Emotional Writing Therapy* terbukti efektif dapat membantu klien dengan harga diri rendah dalam mengungkapkan perasaannya, pengalamannya yang tidak menyenangkan dengan hasil penelitian yang didukung oleh konsep teori dan jurnal-jurnal penelitian yang ditemukan sehingga perawat dapat mengimplementasikan pada kasus harga diri rendah yang berada pada skala HDRS (*Hamilton Depressive Rating Scale*) sehingga tindakan *Spiritual-Emotional Writing Therapy* menjadi suatu pelengkap yang efektif untuk mengatasi harga diri rendah disamping tindakan lainnya. Hal-hal yang perlu dipersiapkan untuk mendukung dalam pelaksanaan tindakan *Spiritual-Emotional Writing Therapy* adalah lingkungan yang tenang dan pikiran yang fokus agar dapat berkonsultasi dan mengungkapkan perasaan dengan nyaman.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Asuhan keperawatan jiwa pasien dengan Harga Diri Rendah di ruang Enggang RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda didapatkan 3 masalah keperawatan yang sesuai teori dan kasus yaitu koping individu tidak efektif sebagai penyebab, harga diri rendah sebagai core problem, dan isolasi sosial sebagai akibat di Ruang Enggang RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Kasus kelolaan pada Ny. S dengan masalah keperawatan harga diri rendah didapatkan sebagai berikut :
  - a. Hasil asuhan keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa harga diri rendah sudah mengalami perubahan pada gejala depresi yang dirasakan oleh klien dan terjadi penurunan skor penilaian dari 14 menjadi 7.
  - b. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada masalah keperawatan harga diri rendah yaitu memilih dan menentukan kemampuan yang dimiliki klien dan melatih kegiatan yang dipilih klien. Intervensi inovasi yang dilakukan dengan melalui tindakan yang melibatkan klien dalam aktivitas agar klien mampu mengungkapkan perasaannya dengan memberikan spiritual-emotional writing therapy.
  - c. Implementasi inovasi pada Ny. S dengan diagnosa harga diri rendah yang dilakukan selama 4 hari, tindakan dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah disusun. Semua intervensi keperawatan diimplementasikan oleh penulis disesuaikan dengan kondisi klien.
  - d. Setelah dilakukan intervensi inovasi spiritual-emotional writing therapy menunjukkan bahwa ada terjadi perubahan harga diri rendah dari rentang respon harga diri rendah negatif menjadi positif. Hal tersebut menjadi indikator bahwa spiritual-emotional writing therapy dapat mengontrol atau mencegah tanda dan gejala harga diri rendah.

## B. Saran

### 1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan. Penetapan SOP tindakan *Spiritual-Emotional Writing Therapy* sebagai asuhan keperawatan dapat dilakukan sebagai salah satu metode merubah harga diri rendah pada klien harga diri rendah dengan diadakannya pelatihan *Spiritual-Emotional Writing Therapy* agar semua perawat bisa melakukannya/menerapkannya di rumah sakit.

### 2. Bagi Perawat

Perawat sebagai educator dapat memberikan informasi dan pendidikan kesehatan pada pasien dengan harga diri rendah berupa metode perubahan tingkat depresi dengan tindakan *Spiritual-Emotional Writing Therapy*.

### 3. Bagi Peneliti

Menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman baru terutama untuk mengetahui teknik *Spiritual-Emotional Writing Therapy* terhadap perubahan tingkat depresi.

### 4. Bagi Klien

Diharapkan klien dengan harga diri rendah dapat meningkatkan lagi rasa percaya dirinya dan mau mengungkapkan perasaannya dengan menggunakan terapi yang diajarkan salah satunya terapi inovasi *spiritual-emotional writing therapy*.

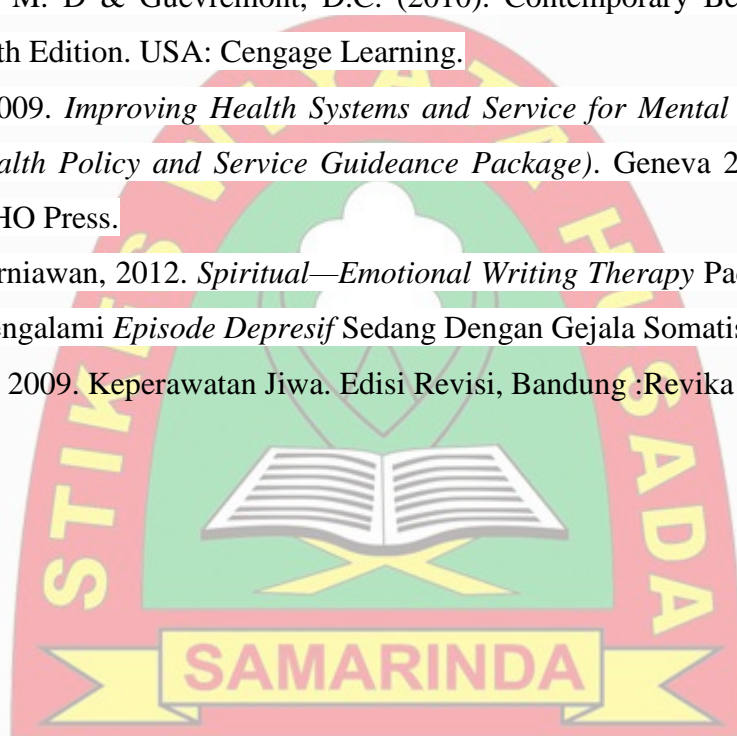
### 5. Bagi Institusi Pendidikan

Menambah bahan bacaan bagi mahasiswa dan memberikan tambahan acuan bagi mahasiswa yang pada akhirnya nanti akan melakukan penelitian yang sama atau menyerupai dengan penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anisa Fitriani, (2017). *Cognitive Behavior Religious Therapy* Untuk Menurunkan Tingkat Episode Depresi Pada Pasien Depresi Dengan Gejala Psikotik.
- Bolton. (2014). *Effect of Expressive Writing on Psychological and Physical Health : The Moderating Role of Emotical Expressivity. Anxiety Stress Coping*. Los Angeles: Pscology Departement, University of California
- Damaiyanti, M., Iskandar.(2013).asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung. PT. refikaAditama.
- Direja, Ade Herman Surya. 2011. Buku Asuhan Keperawatan Jiwa. Nuha Medika, Yogyakarta.
- Fikri, H. T. (2012). Pengaruh Menulis Pengalaman Emosional dalam Terapi Ekspresif terhadap Emosi Marah pada Remaja. *Jurnal Humanitas vol IX no 2 Agustus 2012*.
- Hawari, D. (2009). *Pendekatan Pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Balai Penerbitan FKUI. Jakarta
- Ismail, I. R., & Siste, K. (2013). “Gangguan Depresi”. Dalam Sylvia D. Elvira dan Gitayanti Hadikusumo (para editor). 2013. Buku Ajar Psikiatri Edisi Kedua. 2013. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Keliat,.B.A. danAkemat. 2009. *Keperawatan Jiwa :Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta : EGC
- Keliat. 2011. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta : EGC
- Kusumawati F dan Hartono Y. 2010. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta : Salemba Medika.
- Noviana, Nuryanti. 2010. *Gambaran Kesehatan Jiwa Pada Anak Usia Sekolah (6-12 Tahun) di Sekolah Dasar Negeri Semeru 7 Kota Bogor*.
- Pennebaker, JW 2010. *Menulis tentang pengalaman emosional sebagai proses terapi*. Psikologis Science, 8 (3), 162-166. Doi 10,1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x

- Qonitatin, N., Widyawati, S., & Asih, G. Y. (2011). Pengaruh Katarsis dalam Menulis Ekspresif sebagai Intervensi Depresi Ringan pada Mahasiswa. *Jurnal Psikologi Undip* vol 9 no 1 April 2011.
- Rekam Medis Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda, (2019). *Laporan Tahunan Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Samarinda*
- Stuart, Gail Wiscarz. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5*. Jakarta : EGC
- Sumiati, dkk.2009. *Kesehatan Jiwa Remaja & Konseling*. Jakarta : Trans Info Media.
- Spiegler, M. D & Guevremont, D.C. (2010). *Contemporary Behavior Therapy Fifth Edition*. USA: Cengage Learning.
- WHO. 2009. *Improving Health Systems and Service for Mental Health (Mental Health Policy and Service Guideance Package)*. Geneva 27, Swizerland : WHO Press.
- Yudi Kurniawan, 2012. *Spiritual—Emotional Writing Therapy* Pada Subjek Yang Mengalami *Episode Depresif* Sedang Dengan Gejala Somatis
- Yosep, I. 2009. *Keperawatan Jiwa*. Edisi Revisi, Bandung :Revika Adita.





**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes)  
Wiyata Husada Samarinda**

**BIODATA PENELITI**

**A. Biodata Pribadi**

1. Nama : Mila Ruswanti
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat Tanggal Lahir : Tenggarong, 04 Agustus 1996
4. Agama : Islam
5. Alamat : JL.Mangkurawang RT.003
6. Email : [ruswantimila@gmail.com](mailto:ruswantimila@gmail.com)
7. No. Hp : 085345592003
8. Program Studi : Profesi Ners
9. Nim : P180732
10. Judul KIAN : Efektivitas Penerapan Intervensi Inovasi *Spiritual-Emotional Writing Therapy* Untuk Perubahan Tingkat Depresi Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah Di Ruang Enggang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda
11. Dosen Pembimbing : 1. Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep.,



**B. Riwayat Pendidikan**

1. SD : Sekolah Dasar Negeri 004 Tenggarong
2. SMP : Sekolah Menengah Pertama Negeri 2 Tenggarong
3. SMA : Sekolah Menengah Atas Negeri 1 Tenggarong
4. S1 : STIKES Wiyata Husada Samarinda

Samarinda, 17 Desember 2019  
Peneliti

Mila Ruswanti  
P180732

Lampiran 1

## Lembar Penjelasan Responden

Samarinda, 22 November 2019

Kepada Yth. Bapak/Ibu

Calon Responden

Di-Tempat

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :Mila Ruswanti.,S.Kep  
NIM : P180732  
Alamat : JL. Mangkurawang RT.003

Saya adalah mahasiswa Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian yang berjudul intervensi “Efektivitas Penerapan Intervensi Inovasi *Spiritual-Emotional Writing Therapy* Untuk Perubahan Tingkat Depresi Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah Di Ruang Enggang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda”

Partisipasi yang diharapkan dari bapak/ibu adalah turut serta menjawab pertanyaan yang diberikan dan hal tersebut kami jamin tidak akan menimbulkan kerugian apapun karena informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiannya.

Bila bapak/ibu bersedia mohon menandatangani persetujuan dan menjawab sejumlah pertanyaan yang diajukan.


Atas perhatian serta kesediaan bapak/ibu, saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya

Peneliti

Mila Ruswanti

## STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

	<b>PELAKSANAAN</b>		
	<b>SPIRITUAL-EMOTIONAL WRITING THERAPY</b>		
	Uraian	TMK	
<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	No.Dokumen	No.Revisi	Halaman 1-3
	Tanggal terbit	Disahkan Oleh :	

Pengertian	Menulis spiritual emosional merupakan metode menulis pengalaman ekspresif/emosional untuk membantu seseorang penderita harga diri rendah untuk meningkatkan kemampuan individu dalam menghadapi masalah dan beradaptasi dengan baik dalam pekerjaan, akademik maupun kehidupan sehari-hari.
Tujuan	Menulis spiritual emosional bertujuan untuk menghilangkan pikiran negatif pada subjek dan mengajarkan perilaku adaptif agar mampu berfungsi kembali di kehidupan sosial.
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan Alat             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kertas</li> <li>b. Pulpen</li> <li>c. Kursi</li> <li>d. Meja</li> </ol> </li> <li>2. Persiapan Pasien             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pengkajian pasien</li> <li>b. Bina hubungan saling percaya bersama pasien</li> <li>c. Kontrak waktu bersama pasien untuk melakukan terapi</li> <li>d. Pastikan keadaan pasien tenang</li> <li>e. Pastikan pasien mampu berkomunikasi dengan baik</li> </ol> </li> <li>3. Persiapan Tempat             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sediakan lingkungan yang kondusif</li> <li>b. Sediakan tempat yang nyaman untuk pasien (gunakan</li> </ol> </li> </ol>

	kursi dan meja yang nyaman)
Indikasi	Harga Diri Rendah
Kontra Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien sedang dalam gangguan penyakit fisik</li> <li>2. Pasien menolak untuk melakukan kegiatan dalam kontrak</li> <li>3. Pasien sedang dalam kondisi mengamuk</li> </ol>
PROSEDUR	
	<p><b>1. Tahap Pra Interaksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji status kesehatan klien</li> <li>b. Bina hubungan saling percaya</li> <li>c. Kontrak pertemuan untuk terapi menulis spiritual emotional</li> <li>d. Ciptakan lingkungan yang tenang dan kondusif</li> <li>e. Siapkan alat yaitu : pulpen dan kertas</li> </ol> <p><b>2. Tahap Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan BHSP kepada klien <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Salam terapeutik (mengucapkan nama dan panggilan terpis, tanyakan nama dan panggilan klien)</li> <li>2) Evaluasi/validasi (Tanyakan perasaan klien saat ini)</li> <li>3) Kontrak (Ingatkan kontrak dengan klien, jelaskan tujuan kegiatan)</li> </ol> </li> </ol> <p><b>3. Tahap Interaksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8) Usahakan situasi dan lingkungan tenang dan nyaman</li> <li>9) Anjurkan klien mengambil posisi duduk yang paling nyaman</li> <li>10) Siapkan pulpen dan kertas</li> <li>11) Anjurkan klien tenang dan fokus saat diberikan terapi</li> <li>12) Minta pasien untuk mengenali pikiran-pikiran negatif yang selama ini muncul dan diakhir sesi, klien</li> </ol>

diminta untuk menuliskan pengalaman dan perasaan yang dirasakan setelah sesi tersebut

13) Klien diberikan lembar kerja untuk menuliskan apakah benar-benar ada bukti atas pikiran negatif yang dirasakan. Di akhir sesi, subjek kembali di minta untuk menuliskan pengalaman dan perasaan yang dirasakan setelah sesi tersebut terakhir.

14) Pemberian afirmasi dan konteks spiritual terhadap materi tulisan subjek

#### **4. Tahap Terminasi**

4) Evaluasi

d) Pemimpin terapi mengekspresikan perasaan setelah memperkenalkan diri, contoh : “Bagaimana perasaannya setelah mengikuti kegiatan hari ini”

e) Pemimpin terapi memberikan umpan balik positif kepada pasien

f) Pemimpin terapi mencoba peserta untuk fokus pada saat diberikan terapi

5) Kontrak yang akan datang :

c) Waktu : 20 menit

d) Tempat : Ruang Enggang RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

e) Topik : Terapi menulisa spiritual emosional

#### **5. Dokumentasi**

a. Nama pasien, umur, jenis kelamin, dll

b. Keluhan utama

c. Tindakan yang dilakukan

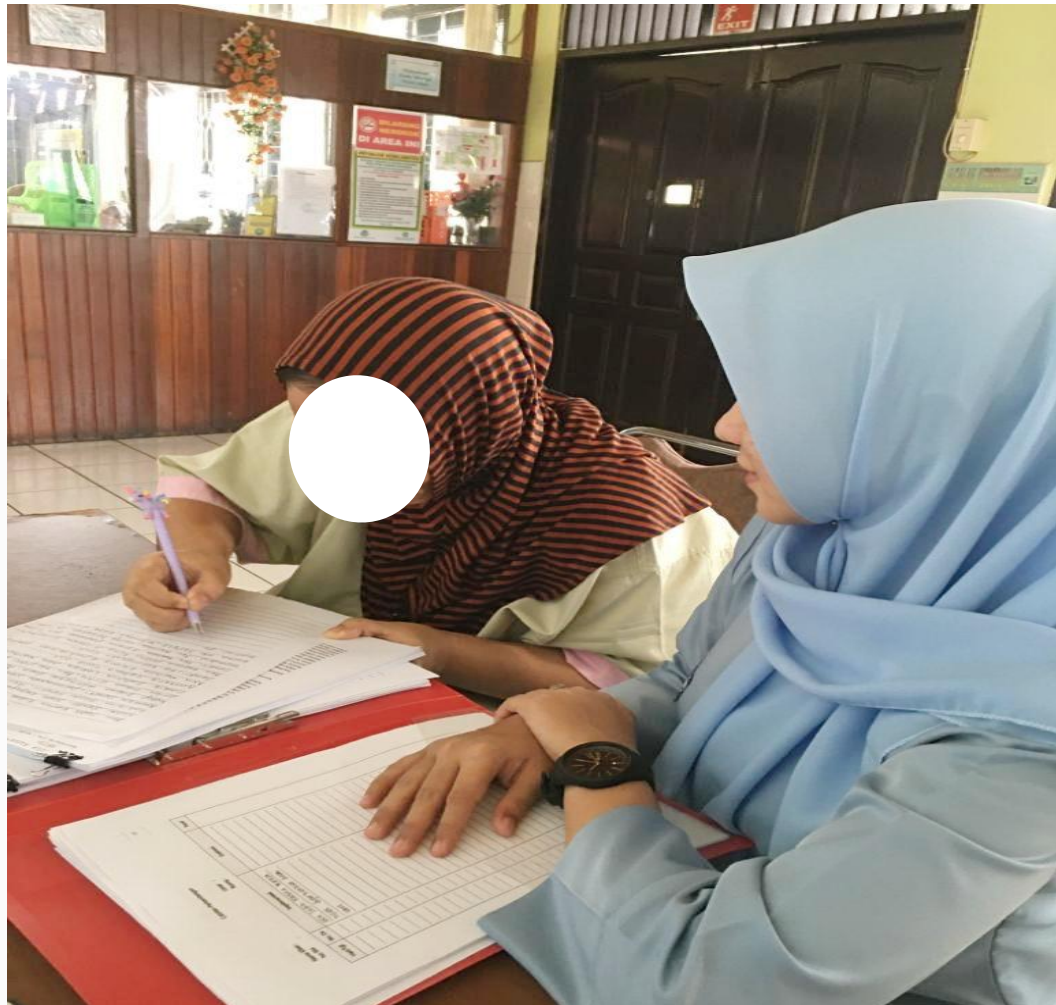
d. Lama tindakan

e. Jenis terapi yang diberikan

f. Reaksi selama, setelah diberikan terapi

g. Nilai respon klien

## DOKUMENTASI



SAMARINDA