

# **PENGARUH TERAPI KOGNITIF TERHADAP TINGKAT KECEMASAN DAN KETERGANTUNGAN ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) PADA PASIEN GANGGUAN JIWA**

**Ibrahim Rahmat**

Program studi Ilmu Keperawatan UGM

E-mail: pak\_ib@yahoo.com

**Abstract:** This study aimed to determine changes in the level of anxiety and the level of dependency Activity Daily Living (ADL) after cognitive therapy in patients with mental disorders. This research method is Quasi Experiment study, pretest and posttest mean cognitive design. Therapy can reduce the level of anxiety, while not statistically significant for patients with mental disorders at the Hospital Grhasia DIY. As for the fulfillment ADL disorders in patients with mental disorders either average or of calculation is statistically significantly may improve fulfillment ADL independently. The results study can suggested to readers that: Hospitals should promote cognitive therapy for patients with depression and anxiety disorder ADL compliance.

**Keywords:** anxiety, ADL, cognitive therapy

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perubahan tingkat kecemasan dan tingkat ketergantungan Activity Daily Living (ADL) setelah dilakukan terapi kognitif pada pasien gangguan jiwa. Metode penelitian ini merupakan penelitian Quasi Eksperiment, rancangan pretest and posttest design. Terapi kognitif secara rerata dapat menurunkan tingkat kecemasan, sedangkan secara statistik tidak bermakna pada pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Grhasia Provinsi DIY. Sedangkan untuk gangguan pemenuhan kebutuhan ADL pada pasien gangguan jiwa baik secara rerata maupun dari penghitungan secara statistik dapat bermakna artinya dapat meningkatkan pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri. Hasil penelitian dapat disarankan bagi pembaca yaitu: Rumah sakit hendaknya menggalakkan terapi kognitif untuk pasien mengalami kecemasan dan gangguan pemenuhan ADL.

**Kata kunci:** kecemasan, ADL, terapi kognitif

## PENDAHULUAN

Fenomena gangguan jiwa di dunia masih tinggi. Data dari WHO melaporkan bahwa 1 dari 4 orang akan menderita gangguan jiwa pada suatu saat dalam kehidupannya, dan setiap orang mempunyai resiko mengalami gangguan jiwa. Di Indonesia, angka gangguan jiwa secara akurat sulit diketahui.

Survey tahun 1995 menunjukkan bahwa 185 orang dalam 1000 penduduk mempunyai gejala gangguan jiwa. Studi Direktorat Kesehatan Jiwa Depkes RI tahun 1996 sampai tahun 2000 pada 1600 rumah tangga menunjukkan bahwa 44% responden mengalami gangguan penyalahan NAPZA (adiksi), 34% retardasi mental, 16,2% mengalami kecemasan dan depresi, serta 5,8% mengalami psikosis (Soewadi, 2007).

Menurut DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edisi IV*), gangguan jiwa adalah suatu sindrom atau pola perilaku atau psikologis yang secara klinis bermakna terjadi pada seorang individu dan disertai dengan adanya gangguan satu atau lebih bidang fungsi, atau dengan peningkatan resiko yang bermakna untuk mengalami kematian, kesakitan, kecacatan, atau kehilangan kebebasan secara penting (Sunaryo, 2008).

J.P. Chaplin mengemukakan bahwa gangguan jiwa adalah sembarang ketidakmampuan menyesuaikan diri yang mengakibatkan orang menjadi tidak memiliki suatu kesanggupan (Cimete, Gencalp & Keskin, 2007). Lebih lanjut Sunaryo, 2004 menyatakan bahwa penyebab awal penyakit atau kekacauan tersebut dapat bersifat psiko-genik atau organik dan mencakup baik reaksi-reaksi psikotis maupun reaksi-reaksi neurotis yang lebih serius.

Pasien dengan gangguan jiwa memerlukan hospitalisasi yang lama. Hospitalisasi lama memberikan konsekuensi kemunduran pada pasien yang ditandai dengan hilangnya motivasi dan tanggung jawab, apatis, meng-

hindari kegiatan dan hubungan sosial. Selain itu, pasien dengan gangguan jiwa akan mengalami gangguan dalam memenuhi tuntutan hidup sehari-hari termasuk ADL (*Activities of Daily Living*) (Ibrahim R, 2003).

ADL adalah salah satu kebutuhan dasar manusia yang wajib dipenuhi. ADL adalah aktivitas perawatan diri yang harus dilakukan oleh pasien setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari (Brunner and Suddarth, 2006). Pemenuhan ADL harus dilakukan oleh semua individu, tidak terkecuali pada individu dengan gangguan mental. Pada orang dengan gangguan mental, kadang pemenuhan ADL tidak begitu diperhatikan, padahal apabila ADL tidak terpenuhi dengan baik maka fungsi kehidupan manusia akan terganggu (Potter & Perry, 2008).

Fenomena yang terjadi di RS Grhasia Yogyakarta, perawat kurang memperhatikan pemenuhan kebutuhan ADL misalnya kebutuhan makan, mandi, berhias, toileting dan eliminasi, Bidang Perawatan RS Grhasia (2006). Kompetensi perawat dalam memenuhi kebutuhan ADL pasien jiwa salah satunya adalah melakukan terapi kognitif, Bidang Perawatan RS Grhasia (2006), tetapi pada kenyataannya masih mengikuti pola-pola dan kebiasaan sehari-hari, belum ada prosedur tetap (protap) pada pemenuhan ADL.

Selain itu pasien juga belum mampu berpikir secara rasional misal sudah merasa sehat, ingin pulang, merasa hidup dibuang oleh keluarga, merasa jengkel pada perawat dan sering berpikir lebih baik mati saja. Dengan keluhan itu, maka diperlukan Terapi kognitif untuk mengatasi masalah kecemasan dan pemenuhan kebutuhan ADL. Melihat fenomena tersebut, peneliti ingin mengetahui sejauh mana pengaruh Terapi Kognitif terhadap perubahan tingkat kecemasan dan pemenuhan ADL pasien jiwa. Sedangkan tempat penelitian dilakukan di RS Grhasia

Provinsi DIY.

### METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *Quasi Eksperiment*, rancangan *pretest and posttest non control group design* (Budiarto E., 2008). Penelitian dilakukan pada bulan Juli-Oktober 2011. Subyek dalam penelitian ini adalah pasien dengan gangguan jiwa pada tahap *maintenance* dan *health promotion*. Jumlah subyek penelitian 22 responden yang mendapatkan perawatan di Rumah Sakit Grhasia Yogyakarta dan, dan analisis data menggunakan *t-test* (Sugiyono, 2010).

Analisis data dalam penelitian ini akan disajikan dalam bentuk tabel, gambar dan diskriptif, yang sebelumnya dilakukan pembagian kelompok yaitu kelompok perlakuan

dan kelompok kontrol. Untuk menganalisis perbedaan perlakuan dan kontrol dalam pemberian Terapi kognitif pada pasien dengan kecemasan dan ketergantungan ADL, digunakan uji statistik *t-test*. Menurut Ari-kunto (2012), uji ini dapat membandingkan dua kelompok perlakuan dan kontrol, analisis hasil dilakukan dengan keputusan pengujian hipotesis yang didasarkan pada taraf signifikansi  $p = 0,05$ . Pengolahan data ini membandingkan nilai *mean* dari *pretest* dan *post test*.

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Subjek penelitian berjumlah 22 klien di ruang P2A Rumah Sakit Grhasia Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Distribusi karakteristik subjek penelitian di ruang P<sub>2</sub>A RS Grhasia Propinsi DIY Juli-Agustus 2008

**Tabel 1. Distribusi Karakteristik Subjek Penelitian di Ruang P<sub>2</sub>A RS Grhasia Propinsi DIY Juli-Agustus 2008 (n = 22)**

Karakteristik Subjek Penelitian	Jumlah Orang	Persentase (%)
<b>Jenis Kelamin</b>		
– Laki-laki	0	0
– Perempuan	22	100,0
<b>Umur</b>		
– < 30 Tahun	9	40,9
– 30-39 Tahun	9	40,9
– 40-49 Tahun	2	9,1
– ≥ 50 Tahun	2	9,1
<b>Kabupaten Tempat Tinggal</b>		
– Kotamadya Yogyakarta	4	18,2
– Kabupaten Sleman	9	40,9
– Kabupaten Bantul	6	27,3
– Kabupaten Gunung Kidul	2	9,1
– Kabupaten Kulon Progo	1	4,5
<b>Pendidikan</b>		
– SD	8	36,4
– SLTP	7	31,8
– SLTA	7	31,8
<b>Frekuensi Rawat Inap</b>		
– 1 kali	3	13,6
– > 1 kali	19	86,4

Sumber: Data Primer

ditampilkan pada Tabel 1.

Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa semua responden (100,0%) berjenis kelamin perempuan. Perempuan lebih mudah cemas dari pada pria. Jenis kelamin perempuan salah satu merupakan faktor pengaruh terjadinya kecemasan (Stuart, G.W. & Laraia 2008). Oleh karena itu kecemasan lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan laki-laki (Susanto & Agus, 2011). Dalam penelitian ini distribusi jenis kelamin tidak merata sehingga tidak memberikan dampak.

Usia dari subyek penelitian ini bervariasi dari 30 tahun sampai 50 tahun. Dalam pengelompokan usia, sampel paling banyak didapatkan pada usia muda rentang 30 tahun sampai 39 tahun. Lebih lanjut Keliat mengatakan bahwa bahwa usia muda lebih mudah diajak kerjasama sehingga lebih mudah menerima pesan (Keliat, Novi & Akemat, 2011)

Kabupaten tempat tinggal subyek penelitian tersebar dalam lima kabupaten di Yogyakarta. Dalam penelitian ini subyek penelitian paling banyak berasal dari Kabupaten Sleman. Faktor sosial budaya mempunyai pengaruh dalam pola komunikasi (Intansari N., 2001). Dalam penelitian ini seluruh subyek penelitian mempunyai kebudayaan yang homogen yaitu kebudayaan Jawa sehingga mudah dalam pola komunikasi.

Tingkat pendidikan dari subyek penelitian ini bervariasi yaitu dari SD sampai dengan SLTA. Adapun subyek penelitian ini paling banyak berpendidikan SD. Lebih lanjut bahwa terapi kognitif mengajarkan bagaimana pikiran dapat mempengaruhi gejala-gejala yang dialami oleh klien sehingga membantu dalam memecahkan masalah (Wong, D. F. K., et al. 2011).

Data frekuensi rawat inap di Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY, didapatkan subyek penelitian yang pernah menjalani rawat inap lebih banyak dari pada subyek penelitian yang menjalani rawat inap baru

pertama kali. Berdasarkan data tersebut sebagian besar klien pernah menjalani perawatan sebelumnya dan terapi kognitif mungkin pernah diberikan pada rawat inap sebelumnya. Jika terapi kognitif tersebut pernah diberikan berarti klien mempunyai pengalaman mengikuti terapi kognitif tersebut.

Pengertian belajar adalah suatu pengalaman yang terjadi dalam diri si pelajar yang diaktifkan oleh individu itu sendiri (Arikunto, S. 2010). Berdasarkan hal tersebut maka proses belajar untuk terapi kognitif dalam penelitian ini diperkuat oleh pengalaman klien dalam mengikuti terapi kognitif sebelumnya sehingga mendukung menurunkan kecemasan.

Analisis univariabel pada penelitian ini meliputi tingkat kecemasan dan *Activity Daily Living* (ADL) baik sebelum (*pre-test*) maupun sesudah (*post-test*). Tingkat kecemasan diukur dengan skala kecemasan menurut *T-Manifest Anxiety Scale* (T-MAS). Tingkat kecemasan sebelum perlakuan (*pre-test*) dan sesudah perlakuan (*post-test*) ditampilkan pada Tabel 2.

Tabel 2 menunjukkan bahwa mayoritas responden tingkat kecemasan sebelum perlakuan berada pada kategori cemas sedang (81,8%); sedangkan sesudah perlakuan berada pada kategori cemas ringan (59,1%). Didukung oleh teori yang mengatakan bahwa terapi kognitif merupakan salah satu pendekatan kognitif yang sesuai untuk mengatasi cemas karena gejala cemas erat hubungannya dengan isi pikiran seseorang sehingga bisa menurunkan kecemasan (Keliat, Novi & Akemat, 2011).

*Activity Daily Living* (ADL) diukur dengan menggunakan standar *indeks Barthell*. ADL sebelum perlakuan (*pre-test*) dan sesudah perlakuan (*post-test*) ditampilkan pada Tabel 3.

Tabel 3 dapat diinterpretasikan bahwa mayoritas responden tingkat ketergantungan

**Tabel 2. Tingkat Kecemasan Sebelum Perlakuan (*Pre-test*) dan Sesudah Perlakuan (*Post-test*), di Ruang P2A RS Grhasia Propinsi DIY Juli-Agustus, 2008 (n=22)**

Tingkat Kecemasan	<i>Pre-test</i>		<i>Post-test</i>	
	Frek.	%	Frek.	%
Tidak Cemas (Skor: <1)	0	0,0	0	0,0
Cemas Ringan (Skor: 1-19)	4	18,2	13	59,1
Cemas Sedang (Skor: 20-39)	18	81,8	9	40,9
Cemas Berat (Skor: 40-43)	0	0,0	0	0,0
Jumlah	22	100,0	22	100,0

Sumber: Hasil Analisis Data

**Tabel 3. Tingkat *Activity Daily Living* (ADL) Sebelum Perlakuan (*Pre-test*) dan Sesudah Perlakuan (*Post-test*), di Ruang P2A RS Grhasia Propinsi DIY Juli-Agustus, 2008 (n=22)**

<i>Activity Daily Living</i>	<i>Pre-test</i>		<i>Post-test</i>	
	Frek.	%	Frek.	%
Ketergantungan Total (Skor: 0-4)	0	0,0	0	0,0
Ketergantungan Berat (Skor= 5-8)	1	4,5	0	0,0
Ketergantungan Sedang (Skor= 9-11)	6	27,3	0	0,0
Ketergantungan Ringan (Skor= 12-19)	15	66,2	15	68,2
Mandiri (Skor= 20)	0	0,0	7	31,8
Jumlah	22	100,0	22	100,0

Sumber: Hasil Analisis Data

ADL sebelum perlakuan terapi kognitif pada kategori ketergantungan sedang (27,3%); sedangkan sesudah perlakuan terapi kognitif berada pada kategori ketergantungan ringan (68,2%); kategori mandiri (31,8%). Didukung oleh teori yang mengatakan bahwa terapi kognitif terdapat tahapan dimana klien diajarkan bagaimana klien menggunakan ketrampilannya secara lebih efektif dan dikerjakan untuk aktivitas hidup sehari-hari (Keliat, Novi & Akemat, 2011).

Hasil perhitungan uji normalitas sebaran data *pre-test* kecemasan diperoleh Kai Kuadrat ( $c^2$ ) sebesar = 3,610 dengan  $p = 0,935$ . Dikarenakan  $p > 0,05$ ; maka disimpulkan tidak ada perbedaan frekuensi observasi dengan frekuensi harapan; yang

berarti data *pre-test* kecemasan berdistribusi normal.

Perhitungan uji normalitas sebaran data *pre-test* ADL diperoleh Kai Kuadrat ( $c^2$ ) sebesar = 10,649 dengan  $p = 0,155$ ; oleh karena  $p > 0,05$ ; maka disimpulkan tidak ada perbedaan frekuensi observasi dengan frekuensi harapan; yang berarti data *pre-test* ADL berdistribusi normal.

Hasil pengujian normalitas sebaran data *post-test* kecemasan diperoleh Kai Kuadrat ( $c^2$ ) sebesar = 4,199 dengan  $p = 0,898$ ; oleh karena  $p > 0,05$ ; maka disimpulkan tidak ada perbedaan frekuensi observasi dengan frekuensi harapan; yang berarti data *post-test* kecemasan berdistribusi normal. Berdasarkan uji normalitas data

**Tabel 4. Hasil Uji Normalitas Sebaran Tingkat Kecemasan dan *Activity Daily Living* (ADL) Sebelum Perlakuan (*Pre-test*) dan Sesudah Perlakuan (*Post-test*), di Ruang P2A RS Grhasia Propinsi DIY Juli-Agustus, 2008 (n=22)**

Distribusi Data Variabel	Chi Kuadrat ( $\chi^2$ )		Kesimpulan
	hitung	p (sig.)	
Tingkat Kecemasan ( <i>Pre-test</i> )	3,610	0,935	Normal
Tingkat Kecemasan ( <i>Post-test</i> )	4,199	0,898	Normal
<i>Activity Daily Living</i> ( <i>Pre-test</i> )	10,649	0,155	Normal
<i>Activity Daily Living</i> ( <i>Post-test</i> )	5,354	0,253	Normal

*post-test* ADL diperoleh nilai Kai Kuadrat ( $c^2$ ) sebesar = 5,354 dengan  $p=0,253$ ; oleh karena  $p>0,05$ ; maka disimpulkan tidak ada perbedaan frekuensi observasi dengan frekuensi harapan; yang berarti data *post-test* ADL berdistribusi normal. Hasil perhitungan uji normalitas sebaran dapat ditampilkan pada Tabel 4.

Berdasarkan hasil perhitungan uji homogenitas varians diperoleh nilai  $F_{hitung}$  ( $F_o$ ) = 1,439 dan tidak signifikan pada taraf signifikansi 5%; dikarenakan  $p>0,05$  maka disimpulkan tidak ada perbedaan antara *varians* data tingkat kecemasan *pre-test* dengan *varians* data tingkat kecemasan *post-test*. Pengujian homogenitas pada variabel ADL diperoleh  $F_{hitung} = 1,988$  dan  $p=0,060$ ; karena  $p>0,05$  maka disimpulkan tidak ada perbedaan antara *varians* data ADL *pre-test* dengan *varians* data ADL *post-test*. Hasil perhitungan uji homogenitas varians

sebaran ditampilkan pada Tabel 5.

Tabel 5 menunjukkan bahwa hasil perhitungan uji *t-test* (*paired t-test*) tingkat kecemasan diperoleh hasil  $t_{hitung}$  sebesar = 10,969 dengan *p-value* sebesar = 0,000. Ternyata *p* (*sig.*) kurang dari taraf signifikansi yang ditentukan yaitu 5% atau 0,05; maka hipotesis nihil ( $H_o$ ) yang menyatakan: "Tidak ada perbedaan yang bermakna pada skala kecemasan sebelum dan sesudah terapi kognitif pada klien gangguan jiwa pada tahap *maintenance* dan *health promotion* di ruang P2A RS Grhasia Propinsi DIY" ditolak; dan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) yang menyatakan "Ada perbedaan yang bermakna pada skala kecemasan sebelum dan sesudah terapi kognitif pada klien gangguan jiwa pada tahap *maintenance* dan *health promotion* di ruang P2A RS Grhasia Propinsi DIY" diterima.

Dilihat dari rerata yang diperoleh, se-

**Tabel 5. Hasil Uji Homogenitas *Varians* Antar Kelompok Tingkat Kecemasan dan *Activity Daily Living* (ADL) Sebelum Perlakuan (*Pre-test*) dan Sesudah Perlakuan (*Post-test*), di Ruang P2A RS Grhasia Propinsi DIY Juli-Agustus, 2008 (n=22)**

Data yang Diuji	F		Kesimpulan
	hitung	p (sig.)	
Tingkat Kecemasan ( <i>Pre-test</i> >< <i>Post-test</i> )	1,439	0,206	Homogen
<i>Activity Daily Living</i> ( <i>Pre-test</i> >< <i>Post-test</i> )	1,988	0,060	Homogen

belum perlakuan sebesar= 25,091; sedangkan rerata sesudah perlakuan sebesar= 18,955; dengan demikian terdapat penurunan yang bermakna dengan tingkat efektivitas penurunan tingkat kecemasan sebesar  $= ((25,091 - 18,955)/25,091)) \times 100\% = 24,45\%$ . Hasil tersebut membuktikan bahwa pemberian perlakuan dengan terapi kognitif pada klien gangguan jiwa tahap *maintenance* dan *health promotion* di ruang P2A RS Grhasia Propinsi DIY mampu menurunkan tingkat kecemasannya sebesar= 24,45%. Hasil perhitungan uji *t-test* (*paired t-test*) ditampilkan pada Tabel 6.

Berdasarkan hasil perhitungan uji *t-test* (*paired t-test*) tingkat *Activity Daily Living* (ADL) pada Tabel 7, diperoleh hasil  $t_{hitung}$  sebesar= -19,323 dengan *p-value* sebesar= 0,000. Ternyata *p* (sig.) kurang dari dari taraf signifikansi yang ditentukan yaitu 5% atau 0,05; maka hipotesis nihil ( $H_0$ ) yang menyatakan: “tidak ada perbedaan yang bermakna pada *Activity Daily Living* (ADL) sebelum dan sesudah terapi kognitif pada klien gangguan jiwa tahap *mainte-*

*nance* dan *health promotion* di ruang P2A RS Grhasia Propinsi DIY” ditolak; dan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) yang menyatakan “ada perbedaan yang bermakna pada *Activity Daily Living* (ADL) sebelum dan sesudah terapi kognitif pada klien gangguan jiwa tahap *maintenance* dan *health promotion* di ruang P2A RS Grhasia Propinsi DIY” diterima.

Dilihat dari rerata yang diperoleh, sebelum perlakuan sebesar= 12,545; sedangkan rerata sesudah perlakuan sebesar= 18,682. Dengan demikian terdapat peningkatan yang bermakna dengan tingkat efektivitas peningkatan ADL sebesar  $= ((18,682 - 12,545)/12,545)) \times 100\% = 48,92\%$ . Hasil ini membuktikan bahwa pemberian perlakuan dengan terapi kognitif pada klien gangguan jiwa tahap *maintenance* dan *health promotion* di ruang P2ARS Grhasia Propinsi DIY mampu meningkatkan ADL sebesar= 48,92%. Hasil perhitungan uji *t-test* (*paired t-test*) ditampilkan pada Tabel 7.

Penurunan tingkat kecemasan dan peningkatan *Activity Daily Living* (ADL)

**Tabel 6. Hasil Statistik Uji *t-test* (*paired t-test*) Data Tingkat Kecemasan Klien di Ruang P2A RS Grhasia Propinsi DIY Juli-Agustus, 2008 (n=22)**

Sumber	N	Rerata	t	p	Kesimpulan
Pretest	22	25,091			
Posttest	22	18,955			
Pretest-posttest			10,969	0,000	Bermakna

Sumber: Hasil Analisis Data

**Tabel 7. Hasil Analisis Statistik Uji *t-test* (*paired t-test*) Data *Activity Daily Living* (ADL) Klien di Ruang P2A RS Grhasia Propinsi DIY Juli-Agustus, 2008 (n=22)**

Sumber	N	Rerata	t	p	Kesimpulan
Pretest	22	12,545			
Posttest	22	18,682			
Pretest-posttest			-19,323	0,000	Bermakna

Sumber: Hasil Analisis Data

setelah dilakukan terapi kognitif dapat terjadi dikarenakan subyek penelitian sudah mampu mengidentifikasi pikiran yang menyimpang, menetapkan distorsi kognitif secara logis dan rasional, dari pelaksanaan terapi kognitif, klien juga telah terbebas dari pikiran negatif yaitu dengan cara menghentikannya pikiran, serta klien terbebas dari pikiran yang menyimpang dengan cara mengganti pikiran (Wong, D. F. K., *et al.* 2011).

Penurunan tingkat kecemasan dan peningkatan *Activity Daily Living* (ADL) setelah dilakukannya terapi kognitif dapat terjadi dikarenakan subyek penelitian sudah mampu melepaskan diri pikiran-pikiran yang negative (Keliat, Novi & Akemat, 2011). Penurunan tingkat kecemasan dan peningkatan *Activity Daily Living* (ADL) juga dikarenakan subyek penelitian sudah mampu mengubah dugaan negatif menjadi positif dan mampu mengubah strategi untuk selalu berjaga-jaga menjadi suatu bersifat santai (Kozier, Erb, Olivieri., 2007).

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka terapi kognitif adalah suatu hal yang tepat jika ditujukan bagi klien yang mengalami kecemasan. Hal tersebut mendukung teori yang dikemukakan oleh Subu bahwa terapi kognitif diindikasikan bagi klien kecemasan (Sitorus, R., 2009). Hasil penelitian tersebut mendukung salah satu intervensi keperawatan untuk kecemasan, yaitu pemberian terapi kognitif.

Hasil penelitian tersebut juga mendukung salah satu teori yang menyatakan bahwa manajemen untuk meningkatkan *Activity Daily Living* (ADL) dapat dilakukan dengan pemberian terapi kognitif (Mardini, 2010). Peningkatan *Activity Daily Living* (ADL) juga dapat dilakukan dengan pemberian terapi elektro konvulsi (Asdie, A.H. 2008).

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Terapi kognitif secara rerata dapat menurunkan tingkat kecemasan, sedangkan secara statistik tidak bermakna pada pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Grhasia Provinsi DIY. Sedangkan untuk gangguan pemenuhan kebutuhan ADL pada pasien gangguan jiwa baik secara rerata maupun dari penghitungan secara statistik dapat bermakna artinya dapat meningkatkan pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri.

### Saran

Rumah sakit hendaknya menggalakkan terapi kognitif untuk pasien mengalami kecemasan dan gangguan pemenuhan ADL secara berkala dan sekaligus dapat dimonitor kegiatannya. Perawat diharapkan selalu menjadwalkan terapi kognitif minimal 3 kali dalam seminggu. Keluarga diharapkan selalu mengikuti perkembangan pasien sehingga dapat melaksanakan terapi kognitif ini agar dapat mempersiapkan diri saat pasien pulang, sehingga dapat dilaksanakan di rumah oleh keluarga sendiri bersama-sama klien

## UCAPAN TERIMA KASIH

Direktur RS Grhasia Yogyakarta yang telah memberikan izin tempat penelitian sehingga peneliti dapat dilaksanakan dengan lancar, kepala Ruangan di Bangsal RS Grhasia Yogyakarta yang telah banyak membantu dalam menyediakan fasilitas di ruangan dan semua pihak yang terlibat dalam penelitian ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto S. 2012. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Edisi Revisi V. Jakarta: Rineka Cipta.

- Arikunto S. 2010. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*, Edisi Revisi. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.
- Asdie, A.H. 2008. Stres, Kecemasan dan Penyakit Psikomatik, *Simposium stress dan Kecemasan*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran UGM.
- Bidang Perawatan RS Grhasia. 2006. Standar Kompetensi Perawatan Kesehatan Jiwa RS Grhasia, DIY. Cetakan I. Yogyakarta: RS. Grhasia.
- Brunner and Suddarth. 2006. *Keperawatan Medikal Bedah Volume I*. Jakarta: ECG
- Budiarto E. 2008. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: ECG.
- Cimete, Gencalp, Keskin. 2007. *Quality of Life and Job Satisfaction of Nurses*. (Serial online)(disitasi pada 22 Oktober 2008). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12680602?dopt=AbstractPlus>
- Ibrahim R. 2003. Efektivitas Pemberian Terapi Spiritual Islami terhadap Pasien dengan Penyakit Terminal. *Tesis*. Yogyakarta: RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- Intansari, N. 2001. *Hubungan Terapeutik Perawat dan Klien: Kualitas Pribadi Sebagai Sarana, Seri Keperawatan*. Yogyakarta: CV. Media Pressindo.
- Keliat, Novi & Akemat. 2011. *Manajemen Keperawatan Psikososial & Kader Kesehatan Jiwa; CMHN (Intermediate Course)*. Cetakan I. Jakarta: ECG
- Kozier, Erb, Olivieri. 2007. *Fundamental of Nursing, Concept, Proses & Practice*. Fourth Edition, Addison-Wesley Publishing Company.
- Mardini. 2010. Kualitas Hidup, Isu Konseptual & Pengukuran. *Medika*. No. XXIII: 473-475. 2004.
- Potter & Perry. 2008. *Fundamentals of Nursing Concepts Process & Practice*, 3<sup>th</sup> ed. St.Louis Mosby Year Book.
- Sitorus, R. 2009. *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Soewadi. 2007. Mencegah Kekambuhan Penderita Gangguan Jiwa. *Makalah Seminar*. Tidak dipublikasikan.
- Stuart, G. W. & Laraia. 2008. *Prinsipeles and Practice of Psychiatric Nursing*, 8<sup>th</sup> Edition, Mosby, Philadelphia, PA. USA.
- Sugiyono. 2010. *Statistik untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Sunaryo. 2008. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Susanto, Agus. 2011. *Kesehatan Jiwa Pemahaman Baru, Harapan Baru*. <http://www.kompas.com/kompas-cetak/0110/12/nasional/pema25.htm>
- Wong, D. F. K., et al. 2011. *Mental Health of Chinese Nurses in Hongkong: The Roles of Nursing Stresses and Coping Strategies*. Online Journal of Issues in Nursing 5(2). [http://www.nursingworld.org/ojin/topic12/tpc2\\_7.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/topic12/tpc2_7.htm). Diakses 12 Agustus 2005.