

**ANALISIS FAKTOR KOGNITIF YANG BERHUBUNGAN
PADA KEKAMBUHAN PASIEN DENGAN DIAGNOSA
DEPRESI DI POLI KLINIK JIWA RSD GUNUNG JATI
TAHUN 2024**

SKRIPSI



Oleh:

KEYSHA RADHITYA ZAHRANI AGUSTINE

200711019

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH CIREBON
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
CIREBON
2024**

**ANALISIS FAKTOR KOGNITIF YANG BERHUBUNGAN
PADA KEKAMBUHAN PASIEN DENGAN DIAGNOSA
DEPRESI DI POLI KLINIK JIWA RSD GUNUNG JATI**
TAHUN 2024

SKRIPSI

Diajukan untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Cirebon



Oleh:
KEYSHA RADHITYA ZAHRANI AGUSTINE
200711019

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH CIREBON
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
CIREBON
2024

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR KOGNITIF YANG BERHUBUNGAN PADA
KEKAMBUHAN PASIEN DENGAN DIAGNOSA DEPRESI DI POLI
KLINIK JIWA RSD GUNUNG JATI
TAHUN 2024**

Oleh:

KEYSHA RADHITYA ZAHRANI AGUSTINE

NIM: 200711019

Telah dipertahankan di hadapan penguji skripsi

Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Cirebon

Pada tanggal 02 september 2024

Pembimbing 1,

Pembimbing 2,

Uus Husni Mahmud, S.Kp., M.Si Ns. Riza Arisanty L., S.Kep., M.Kep

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Uus Husni Mahmud, S.Kp., M.Si

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Analisis Faktor Kognitif Yang Berhubungan Pada Kekambuhan Pasien Dengan Diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati Tahun 2024

Nama Mahasiswa : Keysha Radhitya Zahrani Agustine

NIM : 200711019

Pembimbing 1,

Pembimbing 2,

Uus Husni Mahmud, S.Kp., M.Si

Ns. Riza Arisanty L., S.Kep., M.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

Judul Skripsi : Analisis Faktor Kognitif Yang Berhubungan Pada Kekambuhan Pasien Dengan Diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati Tahun 2024

Nama Mahasiswa : Keysha Radhitya Zahrani Agustine

NIM : 200711019

Menyetujui,

Penguji 1 : Liliek Pratiwi, S.Kep., Ners., M.KM ()

Penguji 2 : Uus Husni Mahmud, S.Kp., M.Si ()

Penguji 3 : Ns. Riza Arisanty Latifah, S.Kep., M.Kep ()

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama : Keysha Radhitya Zahrani Agustine

NIM : 200711019

Judul Penelitian : Analisis Faktor Kognitif Yang Berhubungan Pada Kekambuhan Pasien Dengan Diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati Tahun 2024

Menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan yang lain atau di perguruan tinggi lain. Sepanjang pengetahuan saya, juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebut dalam daftar pustaka.

Cirebon, 16 Agustus 2024



Keysha Radhitya Zahrani Agustine

MOTTO

“Setelah melewati semua kelelahan hari ini, jangan lupa cari kesenangan-kesenangan yang membuat kamu ingin hidup sehari lagi, lalu sehari lagi, dan sehari lagi, begitu seterusnya”

KATA PENGATAR

Segala puja dan puji sukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, Tuhan semua umat, Tuhan seluruh alam dan Tuhan dari segala hal yang telah memberi rahmat dan karunianya sehingga saya dapat menyelesaikan penulisan Skripsi dengan judul “Analisis Faktor Kognitif Yang Berhubungan Pada Kekambuhan Pasien Dengan Diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati Tahun 2024”.

Saya menyadari bahwa penulisan skripsi ini tidak akan terselesaikan tanpa adanya Ridho Illahi, dukungan, bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini dengan rendah hati dan rasa hormat yang besar saya mengucapkan ”Alhamdulillahirobbil’alamin“ beserta terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Arif Nurudin, MT selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Cirebon atas kesempatan dan izin yang telah diberikan untuk melakukan penelitian.
2. Dr. Katibi, MKM selaku Direktur RSD Gunung Jati.
3. Uus Husni Mahmud, S.Kp., M.Si selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon dan pembimbing pertama yang telah memberi dorongan, saran dan ilmu dalam proses pembuatan skripsi.
4. Asep Novi Taufiq Firdaus, M.Kep, Ners selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon.
5. Ns. Riza Arisanty L., S.Kep., M.Kep selaku pembimbing kedua yang telah memberi masukan dan memberikan dukungan penuh dalam pembuatan skripsi saya.

6. Seluruh dosen dan staf karyawan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon yang telah mendidik dan memfasilitasi proses pembelajaran di Kampus FIKES UMC.
7. Kepala dan seluruh staf RSD Gunung Jati yang telah memberikan kesempatan untuk peneliti melakukan penelitian.
8. Bunda tercinta yang telah mendoakan serta memberikan segalanya dan semangat untuk menafkahi penulis hingga sampai di tahap perkuliahan ini.
9. Almarhum ayah tercinta, semoga tenang dan bahagia di surga.
10. Reza Alfaridho, terimakasih atas dukungan, semangat, telah menjadi tempat berkeluh kesah, serta menemani dalam suka maupun duka selama proses penyusunan skripsi ini.
11. Sahabat penulis Khofifah yang sudah menemani penulis dari SMP, dan mengajak hiling kalau penulis pusing mengerjakan skripsi.
12. Teman-teman penulis Okta, Tika, April, dan Putri Ayu yang selalu memberikan semangat dalam proses mengerjakan skripsi ini.
13. Terimakasih kepada diriku sendiri Keysha Radhitya Zahrani Agustine sudah kuat dan semangat sampai selesaiya skripsi ini.

Akhirnya saya sebagai makhluk yang tidak sempurna memohon maaf apabila ada kesalahan baik secara teknik, format ataupun isi dari skripsi saya. Harapan saya semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi masyarakat.

Cirebon, 16 Agustus 2024



Keysha Radhitya Zahrani Agustine

ABSTRAK

ANALISIS FAKTOR KOGNITIF YANG BERHUBUNGAN PADA KEKAMBUHAN PASIEN DENGAN DIAGNOSA DEPRESI DI POLI KLINIK JIWA RSD GUNUNG JATI TAHUN 2024

Keysha Radhitya Zahrani Agustine¹, Uus Husni Mahmud², Riza Arisanty Latifah²

¹ Mahasiswa PSIK Universitas Muhammadiyah Cirebon keyshardhzzz@gmail.com

Latar Belakang: Depresi merupakan salah satu masalah kesehatan mental utama saat ini, yang mendapat perhatian serius. Penyebab dari depresi salah satunya yaitu faktor kognitif (pikiran). Teori kognitif depresi telah lama mengemukakan bahwa berbagai proses berpikir terlibat dalam perkembangan, pemeliharaan, dan terulangnya episode depresi. Proses berpikir pasien berkaitan dengan terulangnya episode depresi sehingga menyebabkan kekambuhan pada diagnosa depresi yang dialaminya.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor kognitif dengan kekambuhan pasien diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati.

Metodologi: Jenis penelitian ini kuantitatif menggunakan pendekatan *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 31 pasien depresi. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *accidental sampling*. Instrumen penelitian terdiri dari kuesioner tentang tingkat kognitif yaitu MMSE (*Mini Mental State Examination*) dan kekambuhan depresi yaitu REDI (*Rainbow-shaped early detection Inventory*). Kuesioner ini telah diuji validitas dan reliabilitas dengan nilai koefisien *cronbach's alpha* 0,854 dan 0,800. Data dianalisis menggunakan uji statistik berupa uji *chi-square* dengan sig < 0,05.

Hasil Penelitian: Diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,003 (0,003<0,05) yang diartikan bahwa H0 ditolak, artinya terdapat hubungan antara Faktor Kognitif dengan kekambuhan pada pasien depresi di RSD Gunung Jati.

Kesimpulan: Terdapat hubungan antara Faktor Kognitif dengan kekambuhan pada pasien depresi di RSD Gunung Jati.

Saran: disarankan bagi peneliti selanjutnya untuk mencoba faktor kekambuhan depresi yang lain kecuali faktor kognitif, contohnya faktor genetik, faktor psikodinamik, dan faktor psikososial.

Kata Kunci: Depresi, faktor kognitif, kekambuhan

Kepustakaan: 70 Pustaka (2017-2024)

ABSTRACT

ANALYSIS OF COGNITIVE FACTORS ASSOCIATED WITH THE RECURRENCE OF PATIENTS WITH A DIAGNOSIS OF DEPRESSION IN THE PSYCHIATRIC CLINIC OF GUNUNG JATI RSD YEAR 2024

Keysha Radhitya Zahrani Agustine¹, Uus Husni Mahmud², Riza Arisanty Latifah²

¹ Student of PSIK University Muhammadiyah Cirebon keyshardhzzz@gmail.com

Background: Depression is one of the major mental health problems today, which is receiving serious attention. One of the causes of depression is cognitive factors (thoughts). Cognitive theories of depression have long suggested that various thought processes are involved in the development, maintenance and recurrence of depressive episodes. The patient's thought process is related to the recurrence of depressive episodes, leading to a relapse of their depression diagnosis.

Objective: This study aims to determine the relationship between cognitive factors and the relapse of patients diagnosed with depression at the Mental Clinic of Gunung Jati Hospital.

Methodology: This type of research is quantitative using a cross sectional approach. The sample in this study amounted to 31 patients with depression. The sampling technique used accidental sampling technique. The research instrument consists of a questionnaire about cognitive level, namely MMSE (Mini Mental State Examination) and recurrence of depression, namely REDI (Rainbow-shaped early detection Inventory). This questionnaire has been tested for validity and reliability with Cronbach's alpha coefficient values of 0.854 and 0.800. Data were analyzed using statistical tests in the form of chi-square tests with sig < 0.05.

Research Results: A significance value of 0.003 was obtained ($0.003 < 0.05$) which means that H_0 is rejected, meaning that there is a relationship between Cognitive Factors and relapse in depressed patients at Gunung Jati General Hospital.

Conclusion: There is a relationship between Cognitive Factors and relapse in depressed patients at Gunung Jati General Hospital.

Suggestion: It is recommended for future researchers to try other factors of depression recurrence except cognitive factors, for example genetic factors, psychodynamic factors, and psychosocial factors.

Keywords: Depression, cognitive factors, relapse

Literature: 70 Literature (2017-2024)

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	v
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	vi
KATA PENGATAR	viii
ABSTRAK	x
<i>ABSTRACT</i>	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR BAGAN.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Depresi.....	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Jenis.....	9
2.1.3 Etiologi.....	12
2.1.4 Tanda dan gejala.....	13
2.1.5 Faktor Risiko.....	15
2.1.6 Episode Depresi	16
2.2 Kekambuhan.....	17
2.2.1 Definisi.....	17
2.2.2 Faktor yang mempengaruhi	18
2.2.3 Tanda Gejala kekambuhan	20
2.2.4 Tahap kekambuhan	20
2.2.5 Kategori kekambuhan	21
2.3 Faktor Kognitif	21
2.3.1 Definisi.....	21
2.3.2 Perkembangan Kognitif	22

2.3.3	Tahap perkembangan kognitif.....	23
2.3.4	Faktor Perkembangan Kognitif.....	24
2.3.5	Kategori Faktor Kognitif.....	25
2.4	Kerangka Teori	26
2.5	Kerangka Konsep	28
2.6	Hipotesis.....	29
BAB III METODOLOGI PENELITIAN		30
3.1	Desain Penelitian.....	30
3.2	Populasi, Sampel, dan Sampling	31
3.3	Lokasi Penelitian	34
3.4	Waktu Penelitian.....	34
3.5	Variabel Penelitian.....	35
3.6	Definisi Operasional Penelitian	35
3.7	Instrumen Penelitian.....	36
3.8	Prosedur Pengumpulan Data	38
3.9	Analisis Data	39
3.10	Etika Penelitian.....	41
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		43
4.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	43
4.2	Hasil Penelitian.....	44
4.2.1	Analisa Univariat	44
4.2.2	Uji Normalitas Data	46
4.2.3	Analisa Bivariat.....	47
4.3	Pembahasan Penelitian	48
4.3.1	Gambaran Faktor Kognitif pada Pasien Depresi.....	48
4.3.2	Gambaran Kekambuhan pada Pasien Depresi	51
4.3.3	Hubungan Faktor Kognitif dengan Kekambuhan pada Pasien Depresi	54
4.4	Keterbatasan Penelitian	57
BAB V SIMPULAN DAN SARAN		56
5.1	Kesimpulan.....	56
5.2	Saran	56
DAFTAR PUSTAKA.....		56
LAMPIRAN.....		56

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Jadwal penelitian	31
Tabel 3.2	Definisi operasional variabel.....	33
Tabel 4.1	Data karakteristik usia responden	44
Tabel 4.2	Data karakteristik jenis kelamin responden	45
Tabel 4.3	Distribusi frekuensi responden berdasarkan faktor kognitif pada pasien depresi	45
Tabel 4.4	Distribusi frekuensi responden berdasarkan kekambuhan pada pasien depresi	46
Tabel 4.5	Uji normalitas	46
Tabel 4.6	Uji hubungan faktor kognitif dengan kekambuhan.....	47
Tabel 4.3	Uji <i>Chi-square test</i>	47

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teori.....	26
Bagan 2.2 Kerangka Konsep.....	26

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	<i>Inform consent</i> peserta.....	69
Lampiran 2	Lembar kuesioner <i>mini mental state examination</i> (MMSE)	73
Lampiran 3	lembar pengamatan kekambuhan <i>Rainbow-shaped early detection inventory</i> (REDI).....	75
Lampiran 4	Surat ijin studi pendahuluan penelitian	76
Lampiran 5	Surat balasan ijin studi pendahuluan penelitian	77
Lampiran 6	Lembar konsultasi/bimbingan Skripsi	78
Lampiran 7	Surat ijin etik penelitian.....	80
Lampiran 8	Surat ijin penelitian.....	81
Lampiran 9	Surat balasan ijin penelitian.....	82
Lampiran 10	Surat uji etik	83
Lampiran 11	Tabel master data mentah penelitian.....	84
Lampiran 12	Hasil <i>output</i> analisis data.....	87
Lampiran 13	Dokumentasi kegiatan penelitian.....	90
Lampiran 14	Bukti perijinan instrumen	91
Lampiran 15	Biodata penulis	92

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Undang-undang Kesehatan Jiwa No. 18 Tahun 2014, “Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya”.

Kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, dan emosional seseorang berlangsung optimal dan selaras dengan lingkungan orang lain. Makna kesehatan jiwa bersifat harmonis dan memperhatikan seluruh aspek kehidupan manusia serta hubungan dengan manusia lainnya (Hendrawati *et al.*, 2023).

Dari kedua definisi tersebut dapat disimpulkan, kesehatan jiwa merupakan karakter positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kepribadian sehingga bisa berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial, bisa bekerja secara produktif dan memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, angka gangguan kesehatan jiwa dengan status orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) pada 2022 di Kabupaten Cirebon sebanyak 2.906 kasus, sampai triwulan tiga tahun 2023 sudah mencapai 2.488 kasus. Gangguan Jiwa merupakan penyimpangan dari keadaan ideal dari suatu kesehatan mental

yang berupa indikasi adanya gangguan jiwa (Mokodongan *et al.*, 2023). Gangguan jiwa menyebabkan hilangnya produktifitas, dan mudah kambuh sehingga meningkatkan biaya perawatan. Sedangkan Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data World Health Organization (WHO, 2019) terdapat 264 juta orang mengalami depresi (Silviyana, 2022).

Depresi yaitu salah satu masalah kesehatan mental utama saat ini, yang mendapat perhatian serius. Data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menunjukkan, prevalensi depresi paling tinggi pada penduduk usia di atas 15 tahun ditemukan pada kelompok usia 15-24 tahun, yakni sebesar 2 persen. Kemudian, diikuti kelompok usia lanjut 1,9 persen. Sementara kelompok usia dengan prevalensi terendah ialah 35-44 tahun, sebesar 1 persen. Di antara anak muda yang ditemukan dengan depresi, sebanyak 61 persen di antaranya memiliki pemikiran untuk mengakhiri hidup dalam satu bulan terakhir. Risiko dari faktor penyebab yang terjadi pada penderita depresi dibagi menjadi 2 yaitu internal dan eksternal, dampak internal biasanya muncul pada diri sendiri berupa keinginan untuk bunuh diri, gangguan tidur (*insomnia* dan *hypersomnia*), gangguan pola makan, dan perilaku-perilaku merusak (Lubis, 2016).

Adapun dampak eksternal yang terjadi pada penderita depresi terdapatnya gangguan dalam hubungan, gangguan dalam pekerjaan, dan gangguan dalam lingkungan. Penyebab dari depresi mencakup beberapa faktor, diantaranya seperti faktor genetik (*biologik*), faktor kognitif (pikiran), faktor *psikodinamik* (kepribadian), dan faktor *psikososial* (pola asuh/dukungan sosial) (Lubis, 2016). Seseorang yang mendapatkan tekanan

secara terus-menerus akan memicu terjadinya stres sehingga menyebabkan depresi.

Dalam masa ini, seseorang akan menjadi kurang bergantung pada keluarga sehingga rentan terhadap faktor risiko kejadian depresi, salah satunya adalah akibat stres yang didapatkan dari lingkungan (Bagas Aji Pamungkas, 2021). Dari risiko-risiko itu sendiri, seseorang yang mengalami tekanan secara terus menerus juga akan mengalami gangguan pada akal pikirannya. Gangguan tersebut juga bisa disebut sebagai gangguan kognitif.

Kognitif merupakan cara berpikir (intelektual) seseorang terhadap suatu objek secara konsisten tidak sama dengan yang lain. Artinya, objek serupa mungkin mendapatkan pemikiran yang berbeda dari setidaknya dua individu. Jadi karena perbedaan dalam berpikir (intelektual) juga bisa berbeda sifatnya, maka akan terjadi perbedaan individu (Mawardi *et al.*, 2022). Teori kognitif depresi telah lama mengemukakan bahwa berbagai proses berpikir terlibat dalam perkembangan, pemeliharaan, dan terulangnya episode depresi (Kircanski, 2024).

Dari teori kognitif tentang depresi tersebut, penulis bisa berpendapat bahwa kekambuhan pasien depresi dapat dilihat dari faktor kognitifnya. Karena proses berpikir pasien berkaitan dengan terulangnya episode depresi sehingga menyebabkan kekambuhan pada diagnosa depresi yang dialaminya. Depresi bukanlah perasaan sedih atau stres yang bisa hilang begitu saja. Lebih dari itu, depresi merupakan gangguan mental yang memerlukan penanganan serius. Seseorang yang mendapatkan tekanan mental secara terus-menerus akan memicu terjadinya stres sehingga

menyebabkan depresi. Dari risiko itu sendiri, seseorang yang tertekan secara terus menerus juga akan mengalami gangguan pada akal pikirannya.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan dari 3 bulan terakhir terdapat 80 pasien yang mengalami gangguan depresi. Dari hasil diagnosa terdapat 46 pasien dengan jenis depresi f32.9 (*Depressive episode, unspecified*), 11 pasien dengan jenis depresi f32.1 (*Moderate depressive episode*), 8 pasien dengan jenis depresi f32.0 (*Mild depressive episode*), 2 pasien dengan jenis depresi f32.2 (*Severe depressive episode without psychotic symptoms*), 4 pasien dengan jenis depresi f32.3 (*Severe depressive episode with psychotic symptoms*), dan 9 pasien dengan jenis depresi f32 (*Depressive episode*).

Dampak negatif yang muncul dari seseorang yang mengalami depresi akan memiliki keinginan untuk bunuh diri, gangguan tidur, gangguan dalam pekerjaan, gangguan pola makan, serta perilaku-perilaku yang merusak. Begitu pula kondisi pasien-pasien depresi pada Rumah Sakit, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang bagaimana faktor kognitif berhubungan dengan kekambuhan pasien depresi disana. Secara eksplisit penulis melakukan penelitian di poli klinik jiwa RSD Gunung Jati. Seperti pada jurnal (Hariadi, 2020) dengan judul "Hubungan Antara Dukungan Keluarga Terhadap Kejadian Kekambuhan Pasien Skizofrenia" dan (Aliyudin, 2022) dengan judul "Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kekambuhan Pasien dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Desa Kebonjati Sumedang Utara" penulis mencoba mengelaborasikan penelitian ini sehingga dapat lebih memudahkan pasien maupun perawat mengetahui lebih dini kekambuhan gejala yang dialami pasien.

Oleh karena itu, berdasarkan uraian latar belakang di atas, penting untuk diteliti sehingga tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Analisis Faktor Kognitif Yang Berhubungan Pada Kekambuhan Pasien Dengan Diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati Tahun 2024".

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis merumuskan masalah dalam penelitian ini adalah "Apakah ada hubungan faktor kognitif dengan kekambuhan pasien diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati tahun 2024?"

1.3 Tujuan Penelitian

1) Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan faktor kognitif dengan kekambuhan pasien diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati.

2) Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui faktor kognitif pada pasien dengan Diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati.
- b. Untuk mengetahui kekambuhan pada pasien dengan Diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati.
- c. Untuk mengetahui hubungan antara faktor kognitif dengan kekambuhan pasien Diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati.

1.4 Manfaat Penelitian

1) Manfaat Teoritis

a. Bagi Ilmu Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat membuat hubungan antara Program Studi dengan RSD Gunung Jati, serta memperluas jejaring kerjasama antara Program Studi dengan RSD Gunung Jati.

b. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat membuat peneliti bertambah pengetahuan mengenai faktor kognitif sebagai salah satu penyebab kekambuhan pasien dengan diagnosa depresi.

c. Bagi Diklat

Penelitian ini diharapkan dapat sebagai sumbangan pemikiran bagi pengembangan strategi pelatihan mengenai hubungan faktor kognitif dengan kekambuhan pasien diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati.

2) Manfaat Praktis

a. Bagi Pasien

Penelitian ini diharapkan dapat adanya petunjuk bagaimana meminimalisir faktor penyebab kekambuhan pasien dengan diagnosa depresi.

b. Bagi RSD Gunung Jati

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan, sehingga dapat

meningkatkan kualitas kesehatan mental pasien dengan Diagnosa Depresi.

c. Bagi Perawat

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai aplikasi bagi perawat sehingga perawat dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan jiwa dengan mengatasi masalah-masalah faktor kognitif pada kekambuhan pasien diagnosa depresi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Depresi

2.1.1 Definisi

Depresi merupakan salah satu masalah kesehatan mental utama saat ini, yang mendapat perhatian serius. Di negara-negara berkembang, WHO memprediksi bahwa pada tahun 2020 nanti depresi akan menjadi salah satu penyakit mental yang banyak di alami dan depresi berat akan menjadi penyebab kedua terbesar kematian setelah serangan jantung. Depresi adalah gangguan *mood*, kata "*mood*" menggambarkan emosi seseorang, serangkaian perasaan yang menggambarkan kenyamanan atau ketidaknyamanan emosi. Terkadang, *mood* diartikan sebagai emosi yang bertahan lama yang mewarnai kehidupan dan keadaan jiwa seseorang (Lubis, 2016).

Depresi juga adalah masalah kesehatan jiwa yang paling utama di dewasa ini. Hal ini amat penting karena orang dengan gejala depresi produktifitasnya akan menurun dan akan sangat berdampak buruk bagi suatu masyarakat, bangsa dan negara yang sedang membangun. Orang yang mengalami depresi juga menjadi orang yang amat menderita. Depresi merupakan penyebab utama tindakan bunuh diri, dan tindakan ini menduduki urutan ke-6 dari penyebab kematian utama di Amerika Serikat (Herawati & Deharnita, 2019).

Depresi merupakan perubahan yang spesifik pada suasana hati dengan perubahan menuju ke negatif (sedih, kecewa), munculnya konsep

diri yang negatif, munculnya keinginan menghukum diri sendiri, terjadinya kemunduran dalam diri, terjadinya perubahan pada fungsi vegetatif tubuh, dan adanya perubahan dalam tingkat aktivitas yaitu mengalami kemunduran dalam beraktivitas atau mengalami peningkatan yang tidak wajar (Al Aziz, 2020).

2.1.2 Jenis

Menurut (Lubis, 2016) depresi secara umum terdiri dari beberapa jenis, yaitu:

1. Depresi ringan, jenis depresi dengan gejala yang tidak terlalu intens atau berat dengan ciri lelah yang luar biasa, putus asa, merasa bersalah atau tidak berharga, sangat sedih, dan sulit fokus. Seseorang yang mengalami jenis depresi ringan juga biasanya merasakan ada yang terasa berbeda dan perlu perhatian khusus. Berkurangnya rangsangan sensorik, sehingga menyulitkan individu untuk berkonsentrasi dalam belajar, pemecahan masalah, berpikir, bertindak, merasakan, dan melindungi diri. Depresi ringan menunjukkan peningkatan risiko bunuh diri yang rendah (Padaunan *et al.*, 2022).
2. Depresi sedang, suasana hati yang tertekan disertai dengan adanya gejala somatik dengan ciri suasana hati yang buruk, kesulitan tidur, perubahan berat badan atau nafsu makan, dan peningkatan/ perlambatan aktivitas psikomotorik.
3. Depresi berat, depresi pada tahap berat biasanya ditandai dengan perasaan sedih mendalam dan berlangsung selama lebih dari 2 minggu dengan ciri merasa rendah diri, khawatir/cemas berlebihan, sangat

sensitif (mudah marah, tersinggung, atau sedih), dan kesulitan untuk berpikir dan mengambil keputusan. Menurut studi otopsi psikologis terbaru yang menggunakan klasifikasi diagnostik terkini dan metodologi yang tepat, tingkat episode depresi berat saat ini di antara korban bunuh diri dari populasi umum dilaporkan berkisar antara 59% dan 87%. Penyebabnya dikarenakan adanya percobaan bunuh diri sebelumnya, gangguan mental komorbiditas, situasi kehidupan yang buruk, stres psiko-sosial akut, dll (Gonda, 2024).

Menurut (Zainuddin *et al.*, 2022) terdapat jenis depresi yang biasa di diagnosa kepada pasien pengidap depresi, diantaranya yaitu:

1) Kemurungan Unipolar atau klinikal
ditandai dengan perasaan sedih atau kurang minat yang terus-menerus rangsangan eksternal. Pasien mungkin mengalami suasana hati yang buruk jika pasien sering mengalami lima atau lebih gejala selama lebih dari dua minggu. Setidaknya satu gejalanya adalah perasaan depresi atau kehilangan minat dalam aktivitas, kehilangan minat atau kenikmatan dalam aktivitas, perasaan tidak berharga atau bersalah, pikiran negatif dengan ketidakmampuan melihat solusi positif, perasaan gelisah, dan ketidakmampuan untuk menurunkan atau menambah berat badan. .

2) *Dysthymia*

Gangguan depresi jenis *dysthymia* adalah jenis depresi jangka panjang yang berlangsung bertahun-tahun dan mengganggu kehidupan sehari-hari, pekerjaan, dan hubungan. orang yang

menderita *dysthymia* seringkali merasa sulit untuk bahagia meski dalam keadaan bahagia. Mereka mungkin dianggap murung, pesimis, atau suka mengeluh, namun nyatanya justru sebaliknya hidup dengan penyakit mental kronis.

3) Depresi Peripartum

Perasaan sedih dan tangisan yang menyusul setelah melahirkan dikenal sebagai "*baby blues*". *Baby blues* pada umumnya cenderung menurun dalam satu atau dua minggu. Kesedihan jenis ini sering dikaitkan dengan perubahan hormon yang dramatis setelah melahirkan.

4) Gangguan Psikotik

Jenis depresi ini pasien mengalami kemurungan yang sangat buruk sehingga mereka mengalami gejala psikotik. Diagnosa gangguan kemurungan utama dengan ciri psikotik dapat diberikan kepada individu yang menderita gabungan gejala kemurungan dan psikosis yaitu keadaan mental yang dicirikan oleh pemikiran atau tingkah laku yang tidak teratur, kepercayaan palsu dan halusinasi.

5) Gangguan Afektif Musim

Depresi yang berkaitan dengan perubahan musim. Orang yang menderita SAD melihat gejala mulai dan berakhir pada masa yang sama setiap tahun. Bagi kebanyakan orang, gejala mulai pada musim gugur dan berterusan hingga bulan-bulan musim dingin, walaupun kemungkinan SAD berlaku pada musim panas.

6) Depresi Situasi

jenis depresi jangka pendek yang berkaitan dengan tekanan.

Penyebab depresi ini biasanya setelah seseorang mengalami peristiwa traumatis atau serangkaian perubahan dalam kehidupan sehari-hari mereka. Contoh kejadian situasi nya itu perceraian, keadaan berduka, penyakit, dan masalah hubungan.

2.1.3 Etiologi

Menurut (Pingkan *et al.*, 2019) etiologi dari depresi mencakup beberapa faktor, yaitu:

- 1) Faktor Genetik, Faktor biologik yang mempengaruhi termasuk genetik, disfungsi struktural, disfungsi proses (termasuk gangguan neurotransmitter), dan disfungsi regulasi tubuh. Faktor psikologik yang mempengaruhi termasuk skema kognitif, belief, asumsi, proses informasi, atensi, memori, sikap optimis atau pesimis, dan kemampuan penyelesaian masalah (Kalalo *et al.*, 2020).
- 2) Faktor kognitif, Individu yang memiliki gangguan depresi juga menunjukkan gejala adanya distorsi kognitif atau kesalahan berpikir terhadap diri sendiri, pengalaman, serta masa depan. Individu dengan gangguan depresi memiliki harga diri yang rendah, pesimisme, menyalahkan diri sendiri, kesulitan dalam mengambil keputusan, serta kesalahan dalam menilai penampilan fisiknya (Beck dan Alford, 2009).
- 3) Faktor psikodinamik, Menurut model psikodinamika orang yang mudah terkena depresi mengalami suatu periode *self-examination (self-focusing)* yang intens setelah terjadinya suatu kehilangan atau

kekecewaan yang besar. Seseorang menjadi terpaku pada pikiran-pikiran mengenai objek atau tujuan penting yang hilang dan tetap tidak dapat merelakan harapan akan entah bagaimana cara mendapatkannya kembali (Nevid, 2005).

- 4) Faktor Psikososial, Faktor psikososial yang mempengaruhi risiko terjadinya depresi diantaranya adalah pola asuh, dukungan sosial lainnya, sikap menghindar dan kemampuan sosial yang mana kesemua faktor ini masing-masing tidak terisolasi dalam mempengaruhi terjadinya depresi melainkan saling terkait satu sama lain dan faktor-faktor risiko ini pun tidaklah statis namun terus berkembang disepanjang waktu (Kalalo *et al.*, 2020).

Kekambuhan yang dialami oleh penderita dapat terjadi karena beberapa faktor lainnya, yaitu pada intinya tidak terlepas dari faktor individu dan lingkungan dimana penderita berada. Perawatan dirumah bertujuan agar kondisi penderita jauh lebih membaik dan kesembuhan penderita dapat diterima kembali ditengah keluarga dan masyarakat sekitar (Pebrianti, 2021).

2.1.4 Tanda dan gejala

Gejala depresi adalah kumpulan dari perilaku dan perasaan yang secara spesifik dapat dikelompokkan sebagai depresi. Gejala depresi ini bisa dilihat dari tiga segi, yaitu gejala dilihat dari segi fisik, psikis, dan sosial (Lubis, 2016).

1) Gejala Fisik

Beberapa gejala fisik yang mungkin terjadi pada seseorang yang mengalami depresi yaitu adanya gangguan pola tidur/sulit tidur (insomnia) atau tidur berlebihan (hipersomnia), menurunnya tingkat aktivitas misalnya kehilangan minat atau aktivitas yang sebelumnya disukai, sulit makan atau makan berlebihan (bisa menjadi kurus atau kegemukan), gejala penyakit fisik yang tidak hilang seperti sakit kepala, masalah pencernaan (diare, sulit BAB dll), sakit lambung dan nyeri kronis, terkadang merasa berat di tangan dan kaki, energi lemah, kelelahan, menjadi lamban, dan sulit berkonsentrasi (Dirgayunita, 2020).

2) Gejala Psikis

Mereka yang di diagnosa depresi biasanya memiliki gejala seperti, sering menyalahkan diri sendiri karena selalu merasa bersalah, kerap merasa rendah diri dan tidak berharga, selalu merasa khawatir dan cemas yang berlebihan, sensitif mudah marah, kesulitan berpikir mengambil keputusan dan berkonsentrasi, menunjukkan sikap apatis, tidak mempunyai motivasi, serta selalu memiliki pikiran untuk menyakiti diri sendiri atau melakukan percobaan bunuh diri (Fadli, 2023).

3) Gejala Sosial

Gejala sosial atau bisa disebut dengan gangguan depresif mayor yaitu ditandai dengan hilangnya ketertarikan atau kesenangan akan aktivitas yang biasa dilakukan. Gejala yang tampak berupa

gangguan fungsi sosial dan aktivitas yang terjadi selama kurang lebih dua minggu, tanpa adanya riwayat perilaku manik. Dalam kondisi tertentu, orang tersebut mengalami salah satu di antara mood depresi (merasa sedih, putus asa, atau terpuruk) atau kehilangan minat/rasa senang dalam semua atau berbagai aktivitas untuk periode waktu paling sedikit 2 minggu (Hadi, Usman, et al., 2017).

2.1.5 Faktor Risiko

Menurut (Lubis, 2016) dalam bukunya yang berjudul Depresi Tinjauan Psikologis terdapat beberapa faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan seseorang untuk menjadi depresi, yaitu :

1) Keinginan untuk bunuh diri

Kematian akibat depresi berat tinggi oleh karena banyaknya kasus bunuh diri sebesar 25%. Seseorang yang mengalami depresi biasanya terdapat gejala berupa pikiran tentang bunuh diri sampai memiliki gagasan untuk membahayakan diri sendiri, melakukan percobaan bunuh diri, dan bahkan sampai bunuh diri (Hardjosoesanto, 2017).

2) Gangguan tidur : *Insomnia dan Hypersomnia*

Gangguan tidur adalah kelainan yang dapat menyebabkan masalah pada pola tidur seperti peningkatan frekuensi terbangun, ketidakmampuan untuk tidur kembali setelah terbangun, ketidakpuasan tidur yang mengakibatkan penurunan kualitas tidur (Bingga, 2021).

3) Gangguan dalam pekerjaan

Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dikerjakan untuk menunjang kehidupan seseorang dan kehidupan keluarga, lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung. Bagi penderita depresi pekerjaan yang seharusnya dilakukan dengan baik namun mengalami gangguan dalam pekerjaannya akibat faktor risiko tersebut (Mane *et al.*, 2022).

4) Gangguan pola makan

Gangguan makan merupakan salah satu gangguan kejiwaan dengan tingkat mortalitas tertinggi yang menimbulkan akibat psikologis dan medis serius. Gangguan makan erat kaitannya dengan permasalahan berat badan sehingga mempengaruhi peningkatan ide bunuh diri (Hendrawati *et al.*, 2022).

5) Perilaku-perilaku merusak

Gangguan jiwa atau stressor lingkungan memiliki potensi sebagai pencetus perilaku impulsif yang mengarah kepada merusak diri (*self destructive*). Adanya riwayat merusak diri (*self destructive*) didalam keluarga juga dapat meningkatkan resiko terjadinya tindakan percobaan merusak diri (Basuki, 2012).

2.1.6 Episode Depresi

Menurut (Fachrudin, 2019) episode depresi sendiri digolongkan menjadi lima golongan, yaitu:

- 1) Episode depresif ringan, gejala umum yang dialami pada penderita depresi ringan yaitu afek depresi (Aprilla *et al.*, 2018).
- 2) Episode depresif sedang, gejala umum yang dialami pada penderita depresi sedang yaitu kehilangan minat dan kegembiraan (Aprilla *et al.*, 2018).
- 3) Episode depresif berat tanpa gejala psikotik, gejala umum yang dialami penderita depresi berat tanpa gejala psikotik yaitu mudah lelah yang berpengaruh pada menurunnya aktifitas penderita (Aprilla *et al.*, 2018).
- 4) Episode depresif berat dengan gejala psikotik, bentuk dari depresi berat yang disertai gejala psikotik yang khas seperti waham atau delusi non-bizarre nihilistik, somatik, atau adanya keyakinan-keyakinan delusional tentang perasaan bersalah dan kadang-kadang muncul halusinasi (Fachrudin, 2019).
- 5) Episode depresif YTT, jenis gangguan depresi mayor, episode tunggal, berat tanpa gejala psikotik.

2.2 Kekambuhan

2.2.1 Definisi

Kekambuhan adalah kembalinya suatu penyakit setelah tampaknya mereda. Pada gangguan jiwa kronis diperkirakan mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama, dan 70% pada tahun kedua. Kekambuhan biasanya terjadi karena adanya kejadian-kejadian buruk sebelum mereka

kambuh dan juga dapat disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya faktor internal dan faktor eksternal (Mendrofa *et al.*, 2022).

Menurut Stuart, kekambuhan adalah timbulnya gejala yang sebelumnya sudah memperoleh kemajuan, artinya adalah muncul kembali gejala gangguan jiwa yang sebelumnya sudah hilang (Aliyudin, 2022).

Kekambuhan adalah suatu keadaan dimana timbulnya kembali suatu penyakit yang sudah sembuh dan disebabkan oleh berbagai macam faktor penyebab. Kekambuhan biasa terjadi karena adanya kejadian-kejadian buruk sebelum mereka kambuh (Mubin *et al.*, 2019).

2.2.2 Faktor yang mempengaruhi

Kekambuhan pasien biasanya terjadi karena berbagai faktor yaitu faktor terapi, faktor sistem kesehatan, pendidikan, faktor lingkungan, usia, dukungan keluarga, pengetahuan, kepatuhan minum obat dan sosial ekonomi. jika keluarga tidak siap dan kurang memiliki informasi yang memadai untuk melakukan penyesuaian-penyesuaian yang cukup besar dengan kehadiran anggota keluarga yang mengalami depresi maka dapat menyebabkan timbulnya kekambuhan kembali. Dari semua faktor yang menyebabkan kekambuhan, diperlukan komitmen yang kuat dan koordinasi yang erat dari seluruh pihak dalam mengembangkan pendekatan multidisiplin untuk menyelesaikan permasalahan (Siringoringo, 2019).

Adapun Faktor lain yang mempengaruhi kekambuhan pasien diantaranya faktor internal dan faktor eksternal (Hariadi, 2020), yaitu:

1) Faktor internal

- Emosi, faktor emosi yang hanya dikendalikan dari pasien itu sendiri juga bisa mempengaruhi emosi yang ada pada dirinya.
- Spiritual, aspek spiritual yang harusnya nilai dan keyakinan itu harus dimiliki oleh masing-masing individu tetapi pada kenyataan yang terjadi dalam hal spiritual sangat sekali kurang diperhatikan.
- Tingkat pengetahuan atau pendidikan pada keluarga, pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan untuk menyerap informasi, menyelesaikan masalah, dan berperilaku baik.

2) Faktor eksternal

- Faktor sosial ekonomi, pada faktor ini dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit yang mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya.
- Dukungan instrumental, kebutuhan psikologis seperti memberikan tempat yang nyaman sehingga penyakit yang dialami secara tidak langsung dapat dirasakan sedikit lebih ringan.
- Psikososial, kebutuhan sosial yang berasal dari lingkungan luar contohnya lingkungan masyarakat.
- Spiritual, kebutuhan spiritual yang merupakan kebutuhan untuk beribadah dan mendekatkan diri kepada Allah SWT.

2.2.3 Tanda Gejala kekambuhan

Menurut (Algristian & Karimah, 2014) Beberapa gejala yang mungkin muncul saat penderita mengalami kekambuhan adalah kecemasan, sensitif dan mudah tersinggung (iritabel), penarikan diri dan gejala- gejala mirip depresi, perubahan kemampuan berpikir, keluhan-keluhan fisik yang tidak wajar.

2.2.4 Tahap kekambuhan

Menurut (Khosim *et al.*, 2022) tahap-tahap kekambuhan dibagi menjadi 5 tahap, yaitu:

- 1) Kewalahan berlebihan (*overextension*), pada tahap ini menunjukkan ketegangan yang berlebihan. Penderita mengeluh perasaannya terbebani. Gejala dari cemas makin intensif dan energi yang besar digunakan untuk mengatasi hal ini.
- 2) Pembatasan Kesadaran, pada tahap ini menunjukkan kesadaran yang terbatas. Gejala yang sebelumnya cemas, digantikan oleh depresi.
- 3) Rasa malu, pada tahap ini menunjukkan penderita yang mengalami rasa malu dalam melakukan hal apapun.
- 4) Disorganisasi psikotik, pada tahap ini penderita tidak lagi mengenal lingkungan, kehilangan identitas, dan mungkin pandangan terhadap dirinya sebagai pihak ketiga yang menunjukkan kehancuran pada dirinya.
- 5) Resolusi psikotik, pada tahap ini biasanya terjadi di rumah sakit dimana penderita diberikan pengobatan dan masih mengalami psikosis tetapi gejala berhenti atau diam.

2.2.5 Kategori kekambuhan

Menurut (Hadi, Usman, et al., 2017) orang dengan gangguan tidak berbeda secara signifikan dalam hal kecenderungan untuk kambuh kembali, adapun 3 kategori kekambuhan yaitu:

- 1) Frekuensi kambuh
 - Kambuh tunggal, satu episode kekambuhan setelah periode remisi.
 - Kambuh berulang, dua atau lebih episode kekambuhan setelah periode remisi.
- 2) Keparahan/durasi kambuh
 - Kambuh ringan, gejala depresi ringan dan mudah dikelola dengan pengobatan.
 - Kambuh sedang, gejala depresi lebih parah dan mungkin memerlukan penyesuaian pengobatan atau terapi tambahan.
 - Kambuh berat, gejala depresi sangat parah dan dapat mengganggu fungsi sehari-hari.
- 3) Jarak waktu untuk kambuh yang pertama kalinya
 - Kambuh singkat, berlangsung kurang dari 3 bulan.
 - Kambuh lama, berlangsung 3 bulan atau lebih.

2.3 Faktor Kognitif

2.3.1 Definisi

Faktor kognitif merupakan cara berpikir (intelektual) seseorang terhadap suatu item secara konsisten tidak sama dengan yang lain. Artinya,

item serupa, mungkin mendapatkan pemikiran yang berbeda dari setidaknya dua individu. Jadi karena perbedaan dalam berpikir (intelektual) juga berbeda sifatnya, maka akan terjadi perbedaan individu (Mawardi *et al.*, 2022).

Kognitif dalam literatur lain disebut dengan kognisi, juga diartikan sebagai suatu proses pengenalan terhadap segala sesuatu yang berasal dari lingkungan individu dan menjadikannya bagian tak terpisahkan dari keseluruhan perilaku individu dalam proses kehidupannya. Kemampuan kognitif yang diwujudkan dengan perilaku kognitif. Perilaku kognitif tertuang dalam proses bagaimana individu mengenal lingkungannya lalu menjadikannya sebagai perbendaharaan psikis yang diperlukan dalam mengkondisikan hidup yang bermakna dan efektif (Marinda, 2020).

Teori kognitif depresi telah lama mengemukakan bahwa berbagai proses berpikir terlibat dalam perkembangan, pemeliharaan, dan terulangnya episode depresi. Gangguan depresi besar terdiri dari serangkaian gejala emosional, kognitif, dan perilaku, termasuk ciri-ciri inti dari suasana hati tertekan yang terus-menerus dan penurunan minat atau kesenangan dalam aktivitas yang biasanya menyenangkan (Kircanski, 2024).

2.3.2 Perkembangan Kognitif

perkembangan kognitif adalah tahap demi tahap perubahan kemampuan kognisi yang meliputi pikiran, daya ingat, dan pengolahan informasi yang memungkinkan seseorang memperoleh pengetahuan, memecahkan masalah dan merencanakan masa depan. Kognitif yang

berkembang tersebut juga dapat mewakili pemikiran, perhatian, pengamatan, bayangan, perkiraan, dan penilaian seseorang terhadap lingkungannya. Sebagaimana aspek perkembangan lainnya, kognitif juga mengalami perkembangan tahap demi tahap menuju kesempurnaan atau kematangannya (Marinda, 2020).

Menurut Piaget, teori perkembangan kognitif mengemukakan asumsi tentang perkembangan cara berfikir individu dan kompleksitas perubahannya melalui perkembangan neurologis dan perkembangan lingkungan. Dalam teori Piaget ini, perkembangan kognitif dibangun berdasarkan sudut pandang aliran strukturalisme dan konstruktivisme (Marinda, 2020).

2.3.3 Tahap perkembangan kognitif

Tahap-tahap perkembangan kemampuan kognitif manusia terbagi dalam beberapa fase. Piaget membagi perkembangan kemampuan kognitif manusia menurut usia menjadi 4 tahapan (Marinda, 2020), yaitu:

- 1) Tahap sensori, tahap ini dimulai pada kelahiran 2 tahun (Nabila, 2021). Ciri pokok perkembangannya anak mengalami dunianya melalui gerak dan inderanya serta mempelajari permanensi obyek. Pada tahap sensori, intelegensi anak lebih didasarkan pada tindakan inderawi anak terhadap lingkungannya, seperti melihat, meraba, menjamak, mendengar, membau dan lain-lain (Sansena, 2022).
- 2) Tahap praoperasional, tahap ini berada pada usia 2-7 tahun (Nabila, 2021). Dikatakan praoperasional karena pada tahap ini

anak belum memahami pengertian operasional yaitu proses interaksi suatu aktivitas mental, dimana prosesnya bisa kembali pada titik awal berfikir secara logis. Manipulasi simbol merupakan karakteristik esensial dari tahapan ini (Sansena, 2022).

- 3) Tahap operasional konkret, tahap ini berada pada usia 7-11/12 tahun (Nabila, 2021). Menurut teori kognitiif Piaget kondisi dimana anak-anak sudah dapat memfungsikan akalnya untuk berfikir logis terhadap sesuatu yang bersifat konkret atau nyata itu disebut pemikiran operasional konkret. Pada tahapan ini, pemikiran logis menggantikan pemikiran intuitif (naluri) dengan syarat pemikiran tersebut dapat diaplikasikan menjadi contoh-contoh yang konkret atau spesifik (Sansena, 2022).
- 4) Tahap operasi formal, tahap ini berada pada usia 12 tahun ke atas (Nabila, 2021) Ciri pokok perkembangan pada tahap ini adalah anak sudah mampu berpikir abstrak dan logis dengan menggunakan pola berpikir “kemungkinan” (Sansena, 2022).

2.3.4 Faktor Perkembangan Kognitif

Perkembangan kemampuan kognitif mengacu kepada teori Piaget yang terdiri dari 6 faktor (Marinda, 2020), yaitu:

- 1) Faktor hereditas/keturunan
- 2) Faktor lingkungan
- 3) Faktor kematangan
- 4) Faktor pembentukan
- 5) Faktor minat dan bakat

- 6) Faktor kebebasan

2.3.5 Kategori Faktor Kognitif

Berdasarkan revisi Taksonomi Bloom Dimensi dibagi menjadi 6 dimensi (Nafiati, 2021), sebagai berikut:

- 1) Pengetahuan

Mengingat dan mengenali kembali pengetahuan, fakta, dan konsep, dari yang sudah dipelajari. Sub kategori proses mengingat dapat berupa menentukan, mengetahui, memberi label, mendaftar, menjodohkan, mencantumkan, mencocokkan, memberi nama, mengenali, memilih, mencari.

- 2) Memahami

Membangun makna atau memaknai pesan pembelajaran, termasuk dari apa yang diucapkan, dituliskan, dan digambar”. Sub kategori proses dari memahami adalah menafsirkan, mencontohkan, mendeskripsikan, merangkum, menyimpulkan, membandingkan, dan menjelaskan.

- 3) Mangaplikasikan

Menggunakan ide dan konsep yang telah dipelajari untuk memecahkan masalah pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Sub kategori proses mengaplikasikan adalah menerapkan, menghitung, mendramatisasi, memecahkan, menemukan, memanipulasi, memodifikasi, mengoperasikan, memprediksi, mengimplementasikan, memecahkan.

- 4) Menganalisis

Menggunakan informasi untuk mengklasifikasi, mengelompokkan, menentukan hubungan suatu informasi dengan informasi lain, antara fakta dan konsep, argumentasi dan kesimpulan. Sub kategori proses menganalisis adalah mengedit, mengkategorikan, membandingkan, membedakan, menggolongkan, memerinci, mendeteksi, menguraikan suatu objek, mendiagnosis, merelasikan, menelaah.

5) Mengevaluasi

Menilai suatu objek, suatu benda, atau informasi dengan kriteria tertentu. Sub kategori untuk mengevaluasi adalah membuktikan, memvalidasi, memproyeksi, mereview, mengetes, meresensi, memeriksa, mengritik.

6) Mencipta

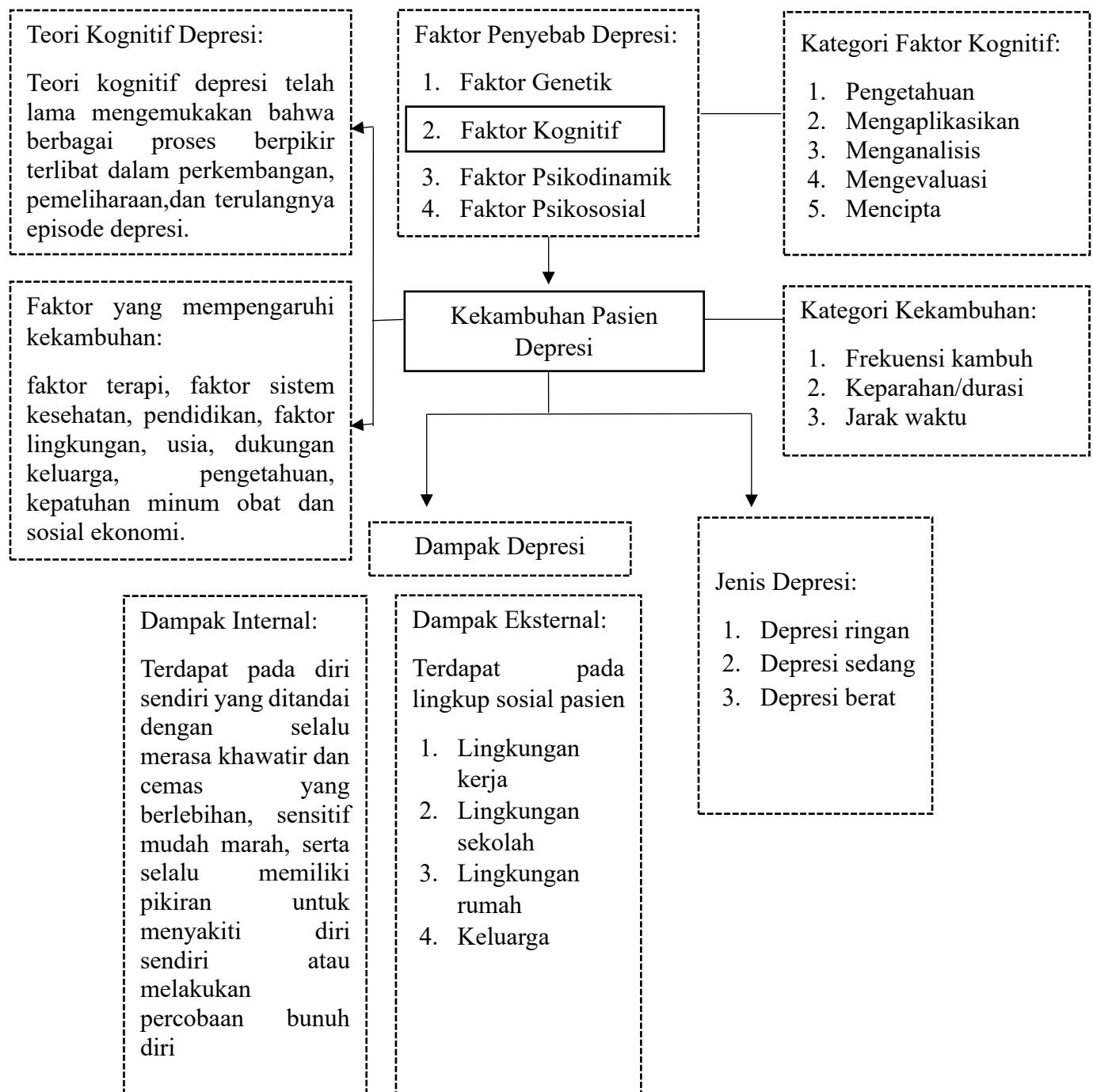
Meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru; menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Sub kategori untuk mencipta adalah menghasilkan, merencanakan, menyusun, mengembangkan, menciptakan, membangun, memproduksi, menyusun, merancang, membuat.

2.4 Kerangka Teori

Menurut (Edyana, 2017) Terbentuknya kerangka konsep diawali sejak topik penelitian ditentukan. Setelah peneliti memperoleh topik penelitian,

maka langkah selanjutnya ia harus mencari landasan teori atau konsep-konsep yang melatarbelakanginya. Teori-teori tersebut jika digabungkan dan diringkas dalam satu bagan akan menghasilkan kerangka teori.

Adapun Kerangka Teori dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Bagan 2.1
Kerangka Teori

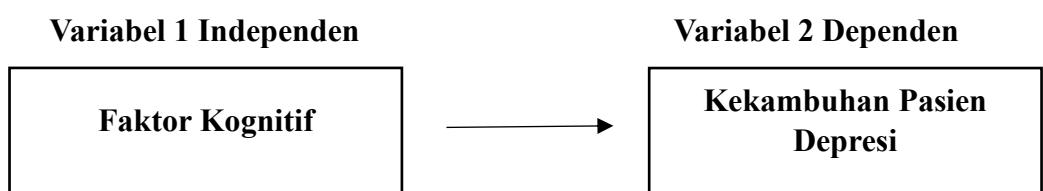
Keterangan:

- = Variabel yang diteliti
- = Variabel yang tidak diteliti

Sumber: (Pingkan *et al.*, 2019), (Lubis, 2016), (Kircanski, 2024), (Nafiaty, 2021), (Siringoringo, 2019).

2.5 Kerangka Konsep

Menurut (Edyana, 2017) Dari kerangka teori peneliti menentukan jenis variabel yang akan diteliti. Variabel-varibel tersebut kemudian ditentukan hubungannya dalam sebuah kerangka yang disebut kerangka konsep. Adapun Kerangka Konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Bagan 2.2
Kerangka Konsep

Keterangan:

- = Diteliti
- = Berhubungan

2.6 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan (Sugiyono, 2013).

Pada penelitian yang berjudul "Analisis Faktor Kognitif Yang Berhubungan Pada Kekambuhan Pasien Dengan Diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati Tahun 2024", maka rumusan hipotesis statistik disusun sebagai berikut:

H_a : Ada hubungan antara Faktor Kognitif Pada Kekambuhan Pasien Dengan Diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati.

H_0 : Tidak ada hubungan antara Faktor Kognitif Pada Kekambuhan Pasien Dengan Diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor kognitif pada kekambuhan pasien dengan diagnosa depresi di poli klinik jiwa RSD Gunung Jati tahun 2024. Jenis Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif. Penelitian kuantitatif adalah suatu proses menemukan pengetahuan yang menggunakan data berupa angka sebagai alat menganalisis keterangan mengenai apa yang ingin kita ketahui (Djollong, 2014). Subjek Penelitian ini adalah pasien dengan diagnosa depresi di poli klinik jiwa RSD Gunung Jati. Data hasil penelitian diolah dan dianalisis dengan analisa univariat dan analisa bivariat.

Pada penelitian ini, penulis menggunakan jenis penelitian kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif korelasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian korelasional adalah suatu penelitian yang mempelajari korelasi antara paparan atau faktor risiko (independen) dengan akibat atau efek (dependen), dengan pengumpulan data dilakukan bersamaan secara serentak dalam satu waktu antara faktor risiko dengan efeknya (*point time approach*). Artinya semua variabel baik variabel independen maupun variabel dependen diobservasi pada waktu yang sama (Anggreni., 2022).

Rancangan yang digunakan pada penelitian ini bertujuan untuk menganalisis Faktor Kognitif Yang Berhubungan Pada Kekambuhan Pasien Dengan Diagnosa Depresi Di Poli Klinik Jiwa Rsd Gunung Jati.

3.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

3.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian merupakan suatu hal yang sangat penting, karena ia merupakan sumber informasi dari keseluruhan objek/subjek penelitian (Amin *et al.*, 2023). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien dengan Diagnosa Depresi di Poli klinik jiwa RSD Gunung Jati pada periode bulan Maret - Mei sebanyak 88 Pasien.

3.2.2 Sampel

Sampel adalah sejumlah item atau individu yang relatif lebih kecil (subset) dari populasi yang telah ditentukan sebelumnya untuk dijadikan subjek (sumber data) untuk observasi atau eksperimen sesuai tujuan (Firmansyah & Dede, 2022). Besar sampel dalam penelitian ini berdasarkan rumus Korelatif Ordinal-Ordinal, sebagai berikut:

$$n = \left[\frac{(Z\alpha + Z\beta)}{0,5 \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

Keterangan:

n = Jumlah subjek

Alpha (α) = Kesalahan tipe satu ditetapkan 5%, hipotesis satu arah

$Z\alpha$ = nilai standar alpha = 1,64.

Beta (β) = kesalahan tipe dua ditetapkan 10%

$Z\beta$ = nilai standar beta = 1,28

r = koefisien korelasi minimal yang dianggap bermakna, ditetapkan 0,4

$$n = \left[\frac{(Z\alpha + Z\beta)}{0,5 \ln\left(\frac{1+r}{1-r}\right)} \right]^2 + 3$$

$$n = \left[\frac{(1,96 + 1,65)}{0,5 \ln\left(\frac{1+0,6}{1-0,6}\right)} \right]^2 + 3$$

$$n = \left[\frac{(3,61)}{0,5 \ln\left(\frac{1,6}{0,4}\right)} \right]^2 + 3$$

$$n = \left[\frac{(3,61)}{0,5 \ln(4)} \right]^2 + 3$$

$$n = \left[\frac{(3,61)}{0,69} \right]^2 + 3$$

$$= 5,23^2 + 3$$

$$= 27,3 + 3$$

$$= 30,3 = 31$$

Sehingga didapatkan besar sampel adalah 31 pasien dengan diagnosa depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati.

3.2.3 Sampling

Sampling adalah teknik pengambilan sampel dengan membuat strata (tingkatan/kelas) didalam populasi (Arieska & Herdiani, 2018). Pengambilan sampel menggunakan teknik *Non-Probability Sampling* dengan metode *accidental sampling* yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, subjek yang secara kebetulan/insidental yang ditemukan dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang orang yang kebetulan ditemui itu tepat sebagai sumber data (Hariputra *et al.*, 2022). Jika populasinya kurang dari 100, lebih baik semua populasinya dijadikan

sampel, selanjutnya jika populasinya lebih dari 100 maka sampelnya minimal 10-25% (Junaidi & Susanti, 2017).

Berdasarkan pendapat di atas maka populasi dari penelitian ini kurang dari 100, sehingga peneliti menjadikan semua jumlah populasi menjadi sampel dalam penelitian ini. Berdasarkan teknik tersebut peneliti mengambil sampel yang berdasarkan kriteria yaitu Pasien dengan diagnosa Depresi di Poli klinik jiwa RSD Gunung Jati. Adapun kriteria inklusi dan ekslusi pengambilan sampel dalam penelitian yaitu:

3.2.3.1 Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian dapat mewakili dalam sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Rikomah *et al.*, 2018). Kriteria inklusi dalam penelitian ini antara lain:

- 1) Pasien dengan diagnosa depresi yang pernah menjalani rawat jalan di poli klinik jiwa RSD Gunung Jati.
- 2) Pasien bersedia menjadi responden penelitian dan menandatangani *inform consent*.
- 3) Pasien bisa baca dan menulis.

3.2.3.2 Kriteria ekslusii

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Rikomah *et al.*, 2018). Kriteria ekslusii dalam penelitian ini antara lain:

- 1) Pasien dengan diagnosa depresi yang tidak bersedia menjadi responden.

- 2) Pasien dengan diagnosa depresi yang tidak kooperatif.

3.3 Lokasi Penelitian

Lokasi Penelitian ini telah dilakukan di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati.

3.4 Waktu Penelitian

Pelaksanaan kegiatan penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret-Agustus 2024 dengan jadwal kegiatan sebagai berikut:

Tabel 3.1 Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	2024						
		Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September
1.	Tahap Pertama: Penetapan Judul Penelitian							
	a. Bimbingan Judul							
	b. Proses Pengambilan data awal							
2.	Tahap Kedua: Penyusunan Proposal							
	a. Studi Pendahuluan							
	b. Bimbingan Proposal							
3.	c. Sidang Proposal							
	Tahap Ketiga: Penulisan Skripsi							
	a. Persiapan penelitian							
	b. Pelaksanaan Penelitian							
4.	c. Analisis dan pengolahan data							
	d. Bimbingan skripsi							
	Tahap Keempat: Sidang Skripsi							
	a. Bimbingan hasil penelitian							
	b. Sidang Skripsi							
	c. Perbaikan Skripsi							

3.5 Variabel Penelitian

Variabel penelitian merupakan objek yang menempel (dimiliki) pada diri subjek. Objek penelitian dapat berupa orang, benda, transaksi, atau kejadian yang dikumpulkan dari subjek penelitian yang menggambarkan suatu kondisi atau nilai masing-masing subjek penelitian. Nama variabel sesungguhnya berasal dari fakta bahwa karakteristik tertentu bisa bervariasi diantara objek dalam suatu populasi (Purwanto, 2019). Pada penelitian ini variabel dibagi menjadi 2 yaitu:

3.5.1 Variabel Independen (bebas)

Variabel Independen (bebas) merupakan variabel yang dapat mempengaruhi variabel lain, apabila variabel independen berubah maka dapat menyebabkan variabel lain berubah (Anggreni., 2022). Variabel Independen (bebas) dalam penelitian ini adalah Faktor Kognitif.

3.5.2 Variabel Dependend (terikat)

Variabel dependen (terikat) merupakan variabel yang dipengaruhi oleh variabel independen, artinya variabel dependen berubah karena disebabkan oleh perubahan pada variabel independen (Anggreni., 2022). Variabel Dependend (terikat) dalam penelitian ini adalah Kekambuhan pasien depresi.

3.6 Definisi Operasional Penelitian

Definisi operasional variabel merupakan batasan dan cara pengukuran variabel yang akan diteliti. Definisi operasional dibuat untuk memudahkan dan menjaga konsistensi pengumpulan data, menghindarkan perbedaan interpretasi serta membatasi ruang lingkup variabel (Purwanto, 2019).

Tabel 3.2 Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
1.	Faktor Kognitif	Cara berpikir (intelektual) seseorang terhadap suatu item secara konsisten tidak sama dengan yang lain dengan sasaran pasien depresi yang sudah lama rawat jalan.	Pemberian nilai maksimal 5	Lembar kuesioner <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE)	Skor: - 0-10 : fungsi kognitif buruk - 11-20 : fungsi kognitif sedang - 21-30 : fungsi kognitif masih relatif baik	Ordinal
2.	Kekambuhan	Timbulnya gejala yang sebelumnya sudah memperoleh kemajuan pada pasien dengan diagnosa depresi yang sudah lama rawat jalan.	Check list	Lembar pengamatan <i>Rainbow-shaped early detection inventory</i> (REDI)	- Tidak Kambuh (skor ≤ 4) - Kambuh (skor ≥ 4)	Ordinal

(Khairunnisa et al., 2010)

3.7 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian dapat diartikan pula sebagai alat untuk mengumpulkan, mengolah, menganalisa dan menyajikan data-data secara sistematis serta objektif dengan tujuan memecahkan suatu persoalan atau menguji suatu hipotesis (Nasution, 2016).

1) Instrumen Faktor Kognitif

Instrumen pada penelitian ini adalah menggunakan Lembar kuesioner *Mini Mental State Examination* (MMSE) yang kembangkan oleh

Marsekal F. Folstein, Susan Folstein, dan Paul R. McHugh pada tahun 1975 untuk menilai adanya penurunan fungsi kognitif dan depresi, yang terdiri dari 11 pertanyaan. Cara ukur dari instrumen ini yaitu peneliti memberikan nilai 0 sampai dengan maksimal 5 dengan cara perhitungannya setiap butir pertanyaan dijumlahkan dengan hasil skor keseluruhan dari instrumen ini yaitu 0-10 : fungsi kognitif global buruk, 11-20 : fungsi kognitif global sedang, dan 21-30 : fungsi kognitif global masih relatif baik. *Mini Mental State Examination* (MMSE) memiliki nilai hasil uji validitas eksternal dengan mengkorelasikan instrumen versi Indonesia terhadap alat tes pembanding MoCa menggunakan korelasi pearson didapatkan nilai $r(78) = 0,854$, $p < 0,05$. Hasil tersebut valid menurut Shavelson yang mengungkapkan bahwa nilai koefisien yang valid untuk correlate with others test adalah sedang atau berada pada rentang 0,7-0,95. Di sisi lain pada uji *interrater reliability*, berdasarkan hasil korelasi pearson antara skor total scorer pertama dengan scorer kedua didapatkan $r = 0,993$, $p < 0,05$. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa alat tes 3MS versi Indonesia ini reliabel dalam mengukur fungsi kognitif dilihat melalui *interrater reliability* (Khairunnisa *et al.*, 2010).

2) Instrumen Kekambuhan

Instrumen pada penelitian ini adalah menggunakan lembar pengamatan *Rainbow-shaped early detection inventory* (REDI) yang dikembangkan oleh Hafid Algristian dan Azimatul Karim pada tahun 2014 yang terdiri dari 20 pertanyaan skala kuning (gejala kognitif, afektif, dan perilaku),

sehingga instrument ini dapat digunakan sebagai alat deteksi dini kekambuhan pada pasien depresi. Instrumen ini dapat memudahkan penderita untuk melakukan *self-report* tentang gejala yang dialaminya, penderita dapat mengisi lembar pengamatan dengan cara *check-list* disetiap poin gejala yang di derita pasien dengan hasil pengujianya menggunakan asumsi *cut-off* apabila terdapat hasil minimal 4 maka pasien mengalami kekambuhan. *Rainbow-shaped early detection inventory* (REDI) memiliki nilai *Conbach Alpha* skala kuning (0,800). Hasil uji validitas memiliki rentang *corrected item-total correlation* skala kuning (0,309-0,555) (Algristian & Karimah, 2014).

3.8 Prosedur Pengumpulan Data

Pada penelitian ini jenis data yang digunakan oleh peneliti merupakan data primer. Proses pengumpulan data primer didapat berdasarkan survei dilapangan dengan melakukan pengamatan di lokasi penelitian (Suprayogo *et al.*, 2014). Adapun prosedur pengumpulan data yang dilakukan peneliti adalah sebagai berikut:

- 1) Mempersiapkan materi dan konsep teori yang mendukung penelitian yang akan dilakukan;
- 2) Mencari informasi mengenai instansi dan data responden yang akan diteliti;
- 3) Melakukan konsultasi dengan dosen pembimbing;
- 4) Mengurus perijinan untuk pengambilan data dengan meminta surat pengantar dari Fakultas Ilmu Kesehatan untuk instansi yang dituju, serta mendapat balasan dari instansi dimaksud;

- 5) Melakukan observasi dan pengambilan data yang didahului dengan pemilihan sampel atau responden sebelum dilakukan penelitian;
- 6) Melakukan penelitian mengenai analisis faktor kognitif yang berhubungan pada kekambuhan pasien dengan diagnosa depresi di poli klinik jiwa RSD Gunung Jati;
- 7) Penelitian dilakukan oleh peneliti dengan berdiskusi oleh perawat di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati;
- 8) Peneliti menyiapkan tempat yang tertutup agar pasien dapat fokus dalam pengisian kuesioner;
- 9) Peneliti memberikan *inform consent* kepada keluarga dan responden untuk menjaga etika pada penelitian;
- 10) Pasien yang sudah mengisi *inform consent* dapat dijadikan responden dengan mengisi kuesioner di tempat yang sudah disediakan dan didampingi oleh keluarga;
- 11) Apabila pasien tidak kooperatif dalam pengisian kuesioner bisa dibantu oleh peneliti/keluarga pasien;
- 12) Mengumpulkan data dari sampel;
- 13) Mengolah data hasil penelitian dengan melakukan *editing* dan *coding*.

3.9 Analisis Data

3.9.1 Analisis Univariat

Analisis Univariat merupakan analisis yang dilakukan masing-masing variabel dan hasil penelitian. Analisa univariat dilakukan terhadap variabel. Peneliti akan mengemukakan hasil pengukuran data penelitian berupa data kuantitatif yang berupa statistik mean, simpangan baku (standar

deviasi), nilai rendah (minimum), dan tertinggi (maksimum) dari faktor kognitif pada pasien depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati.

3.9.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis data yang dilakukan untuk mencari korelasi atau pengaruh antara 2 variabel atau lebih yang diteliti. Pada penelitian ini sebelum dilakukan analisis data, terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data untuk mengetahui normal atau tidaknya data yang ada (Notoatmodjo, 2010).

Pada penelitian ini analisa bivariat digunakan untuk menguji hubungan penelitian, yaitu variabel independen (faktor kognitif) dengan variabel dependen (kekambuhan pasien depresi). Sebelum melakukan uji statistik terlebih dahulu dilakukan uji normalitas. Uji normalitas yang digunakan pada penelitian ini yaitu uji *Shapiro Wilk*, uji normalitas ini merupakan sebuah metode atau rumus perhitungan sebaran data yang dibuat oleh shapiro dan wilk. Metode uji normalitas ini efektif dan valid digunakan untuk sampel berjumlah kecil yaitu untuk ukuran sampel yang kurang dari 50 (Quraisy, 2020).

Syarat yang harus dipenuhi dalam melakukan uji *Shapiro Wilk* adalah data yang digunakan dalam penelitian berdistribusi normal jika nilai signifikansinya $> 0,05$. Namun sebaliknya jika nilai signifikansinya $< 0,05$ maka data yang digunakan tidak berdistribusi normal. Jika nilainya di atas 0,05 maka sebaran data dinyatakan memenuhi asumsi normalitas, jika nilainya di bawah 0,05 maka diartikan tidak normal (Accounting, 2021).

Pada penelitian ini uji statistik yang digunakan berupa uji *chi-square* karena skala yang didapatkan yaitu ordinal. Uji *Chi Square*, memiliki kegunaan untuk mengetahui ada dan tidaknya hubungan antara variabel bebas dan variabel tergantung (Adiputra, 2021). Syarat yang harus dipenuhi dalam melakukan Uji *Chi-square* dapat dilakukan apabila memenuhi syarat berupa sel yang memiliki nilai *expected count* < 5 berjumlah maksimal 20%, apabila tidak memenuhi syarat maka akan dilakukan penggabungan sel terlebih dahulu menjadi tabel 2x2 dan apabila tidak memenuhi syarat maka akan dilakukan uji alternatif yaitu uji *Fisher Exact* (Pranata & Asfur, 2021).

3.10 Etika Penelitian

Etika penelitian memerlukan pedoman etis dan norma yang mengikuti perubahan dinamis masyarakat. Kegiatan penelitian akan berjalan baik dan benar (*the right behavior*) apabila menerapkan prinsip-prinsip etika penelitian yang harus dipatuhi (Ghaffar, 2018).

Sikap ilmiah (*scientific attitude*) perlu dipegang teguh oleh seorang peneliti berdasarkan prinsip etik dan norma penelitian demi menjamin subyek dihormati (Kemenkes, 2017), antara lain:

3.10.1 Prinsip manfaat (*Benefience*)

Prinsip berbuat baik, memberikan manfaat yang maksimal dan risiko yang minimal (Haryani, 2022). Pada Penelitian ini dilakukan tanpa merugikan responden. Peneliti hanya melakukan penelitian dibawah pengawasan Perawat RSD Gunung Jati dan melakukan pengisian lembar kuesioner kepada responden. Peneliti mengutamakan privasi responden dengan memanfaatkan ruangan yang disediakan saat mengisi lembar

kuesioner. Penelitian ini meyakini bahwa tidak ada resiko dalam proses pengumpulan data dan peneliti akan berhati-hati dalam mengumpulkan data agar tidak mengganggu dan merugikan responden.

3.10.2 Prinsip menghormati hak responden

Hal ini bertujuan menghormati otonomi untuk mengambil keputusan mandiri dan melindungi kelompok-kelompok dependen (tergantung) atau rentan (*vulnerable*) dari penyalahgunaan (*harm and abuse*) (Haryani, 2022). Pada penelitian ini peneliti menghormati hak responden dengan mengantisipasi adanya pemberian *inform consent* sebelum dilakukannya penelitian, responden memiliki hak bebas untuk berpartisipasi atau menolak sebagai responden dan tidak adanya sanksi atau paksaan. peneliti memberikan penjelasan secara rinci mengenai prosedur yang akan dilakukan mulai dari pengisian *inform consent*, menjaga kerahasiaan responden (dengan tidak mencantumkan nama), menjelaskan tujuan, manfaat, serta kontrak waktu selama penelitian berlangsung, sehingga tidak terjadinya hal yang merugikan responden.

3.10.3 Prinsip keadilan (*Justice*)

Prinsip ini menekankan setiap orang layak mendapatkan sesuatu sesuai dengan haknya menyangkut keadilan destributif dan pembagian yang seimbang (*equitable*) (Haryani, 2022). Pada penelitian ini responden dilakukan secara adil dan tidak ada yang dibeda-bedakan baik sebelum, selama, maupun setelah dilakukannya penelitian. Responden diperlakukan secara adil saat dilakukannya pengisian lembar kuesioner dan mendapat pelayanan yang adil serta optimal selama penelitian berlangsung.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSD Gunung Jati merupakan rumah sakit yang berada di Wilayah Kota Cirebon dengan luas wilayah 64.340 m² tepatnya berada di Jl. Kesambi No.56, Kesambi, Kec. Kesambi, Kota Cirebon, Jawa Barat. Pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Kota Cirebon, awalnya diajukan oleh Dewan Kota pada tahun 1919 dan kemudian pada tanggal 14 Maret 1920 dilaksanakan peletakan batu pertama pembangunan gedung rumah sakit yang terletak di Jalan Kesambi. Rumah sakit selesai dibangun dan diresmikan pada tanggal 31 Agustus 1921 oleh De Burgermeester Van Cheribon “J. H Johan”, sehingga tanggal 31 Agustus 1921 ditetapkan sebagai hari lahir RSUD Gunung Jati Kota Cirebon.

RSD Gunung Jati merupakan rumah sakit yang memiliki jenis pelayanan berupa, sebagai berikut:

1. IGD, rawat jalan, rawat inap
2. Ruang HCU, ICU, ICCU, NICU, dan PICU
3. Pelayanan paru-paru terpadu (TB MDR, HIV, PTRM)
4. Pelayanan rawat inap psikiatri
5. Instalasi bedah sentral
6. Pusat pelayanan maternal dan perinatal
7. Pelayanan radiodiagnostik (CT SCAN, MRI)
8. Klinik khusus ODC (One Day Care) + hemodialisa
9. Pendidikan dan penelitian

10. Bedah umum, bedah ortopedi, bedah saraf, bedah plastik, bedah anak, bedah digestif, bedah urologi, bedah mulut, bedah mata
11. Pusat pelayanan terpadu (PPT)
12. Stroke unit
13. Cath lab
14. Klinik HOT (Hematologi, Onkologi, Talasemia)
15. Pelayanan geriatri
16. Klinik sakura dan rawat inap teratai

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Analisa Univariat

Analisis Univariat dilakukan masing-masing variabel karakteristik responden yang ada dengan menggunakan distribusi frekuensi dan persentase serta hasil dalam penelitian ini yaitu usia, jenis kelamin dan bagian masing-masing variabelnya yaitu faktor kognitif dengan kekambuhan pasien depresi.

4.2.1.1 Data Karakteristik Responden

Analisis responden berdasarkan usia dan jenis kelamin pada pasien, terdapat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.1 Data Karakteristik Usia Responden

No	Usia	Frekuensi	Persentase
1.	Remaja	10	32,3%
2.	Dewasa	13	41,9%
3.	Lansia	8	25,8%
	Total	31	100,0%

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa mayoritas pasien yang menjadi responden pada penelitian ini yaitu dewasa sebanyak 13 pasien (41,9), remaja sebanyak 10 pasien (32,3%), sedangkan lansia sebanyak 8 pasien (25,8%) dengan persentase 100%.

Tabel 4.2 Data Karakteristik Jenis Kelamin Responden

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
1.	Laki-laki	18	58,1%
2.	Perempuan	13	41,9%
	Total	31	100,0%

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa responden dalam penelitian ini didominasi oleh pasien dengan berjenis kelamin laki-laki. Didapatkan jumlah pasien yang berjenis kelamin laki-laki berjumlah 18 pasien (58,1%), sedangkan jumlah pasien yang berjenis perempuan berjumlah 13 pasien (41,9) dengan persentase 100%.

4.2.1.2 Variabel Independen dan Dependend

- 1) Faktor Kognitif

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Kognitif pada Pasien Depresi

No	Faktor Kognitif	Frekuensi	Persentase
1.	Buruk	15 pasien	48,4%
2.	Sedang	16 pasien	51,6%
3.	Baik	0 pasien	0,0%
	Total	31	100,0%

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa mayoritas tingkat kognitifnya sedang sebanyak 16 pasien dengan persentase 51,6%.

2) Kekambuhan Pasien

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kekambuhan pada Pasien Depresi

No	Kekambuhan	Frekuensi	Persentase
1.	Kambuh	16 pasien	51,6%
2.	Tidak kambuh	15 pasien	48,4%
	Total	31	100,0%

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa mayoritas responden mengalami kekambuhan sebanyak 16 pasien dengan persentase 51,6%.

4.2.2 Uji Normalitas Data

Uji normalitas yang digunakan pada penelitian ini yaitu uji *Shapiro Wilk*, uji normalitas ini merupakan sebuah metode atau rumus perhitungan sebaran data yang dibuat oleh shapiro dan wilk. Metode uji normalitas ini efektif dan valid digunakan untuk sampel berjumlah kecil yaitu untuk ukuran sampel yang kurang dari 50 (Quraisy, 2020).

Tabel 4.5 Uji Normalitas

Variabel	Shapiro-Wilk	Ket
Faktor kognitif	,007	Tidak normal
Kekambuhan	,001	Tidak normal

Berdasarkan tabel diatas, setelah dilakukan uji normalitas dengan menggunakan *Shapiro-Wilk* dapat diketahui nilai *p value* dari variabel Faktor Kognitif yaitu ,007 dan variabel kekambuhan yaitu ,001 < ,05 dengan demikian dapat disimpulkan bahwa masing-masing variabel berdistribusi tidak normal.

4.2.3 Analisa Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mencari korelasi antara 2 variabel yang diteliti variabel independen dan dependen yaitu faktor kognitif dengan kekambuhan pada pasien depresi. Dalam penelitian ini menggunakan uji *Chi Square*, hasil uji bivariat ini dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.6 Uji Hubungan Faktor Kognitif dengan Kekambuhan

Variabel	Kategori	Kekambuhan						P-Value
		Kambuh		Tidak Kambuh		Total		
		F	%	F	%	F	%	
Faktor Kognitif	Buruk	8	25,8%	7	22,6%	15	48,4%	,003
	Sedang	8	25,8%	8	25,8%	16	51,6%	
	Baik	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Total		16	51,6%	15	48,4%	31	100,0%	

Berdasarkan tabel diatas, menunjukkan bahwa mayoritas pasien yang mengalami fungsi kognitif sedang dengan kekambuhan sebanyak 16 responden dengan persentase 51,6%.

Tabel 4.7 Uji Chi-square Test

<i>Chi-square</i>	<i>Asymp.Sig</i>
Faktor kognitif dengan kekambuhan pada pasien depresi	,003

Berdasarkan tabel diatas, didapatkan nilai *Asymp.Sig Pearson Chi-square* sebesar ,003 angka tersebut kurang dari ,05 yang artinya H0 ditolak. Jika H0 ditolak maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara faktor kognitif dengan kekambuhan pada pasien depresi.

4.3 Pembahasan Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati Kota Cirebon. Pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner yang pengisiannya itu dengan cara responden yang berdasarkan kriteria inklusi, selanjutnya setiap responden mengisi *inform consent* dan mendapatkan kuesioner dengan kategori kuesioner faktor kognitif dan kuesioner kekambuhan. Pembahasan ini diuraikan dalam hasil penelitian kemudian dibandingkan dengan konsep teoritis dan hasil penelitian sebelumnya.

4.3.1 Gambaran Faktor Kognitif pada Pasien Depresi

Berdasarkan hasil uji analisis menunjukkan bahwa pasien depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati mengalami tingkat kognitif sebanyak 100% dengan masing-masing tingkat kognitif berbeda yaitu 16 responden dengan persentase (51,6%) dengan tingkat kognitif sedang, 15 responden dengan persentase (48,4%) dengan tingkat kognitif buruk, dan tidak terdapat responden yang tingkat kognitif nya relatif baik. Hal ini selaras pada penelitian (Juniarta, 2018) bahwa dari 117 responden mayoritas mengalami gangguan kognitif ringan dan sedang sebanyak 64 responden dengan persentase (54,7%). Sehingga dapat disimpulkan bahwa tingkat kognitif pada pasien depresi di poli klinik jiwa RSD Gunung Jati dalam kategori sedang.

Faktor kognitif adalah sebuah fungsi tingkat yang lebih tinggi dari otak manusia dalam beberapa hal seperti keterampilan visual dan konstruksi, kemampuan komputasi, kemampuan persepsi dan kemampuan

likasi bahasa, pemahaman dan penggunaan bahasa, pemrosesan informasi, memori, fungsi eksekusi dan pemecahan masalah. Salah satu faktor yang mempengaruhi fungsi kognitif itu adalah dukungan dari orang-orang disekitarnya seperti keluarga, teman, dan pelayanan kesehatan (Wijaya, 2019).

Depresi merupakan salah satu gangguan suasana hati atau gangguan afektif. Seseorang yang mengalami depresi akan menyebabkan penurunan fungsi kognitif, perubahan emosional, penurunan motivasi, penurunan fungsi dan perilaku motorik. WHO melaporkan penyakit depresi menempati urutan kedua angka kesakitan setelah penyakit jantung koroner. Prevalensi depresi lansia diatas 60 tahun sekitar 10-20%. Prevalensi depresi pada perempuan lansia sebesar 14,1 % dan laki-laki lansia sebesar 8,6 % dari total populasi (Lidyana *et al.*, 2020).

Dari hasil deteksi dini pada penelitian (Akbar *et al.*, 2020) didapatkan hasil 76% mengalami gangguan kognitif ringan (mild kognitif), sedangkan 16% telah menunjukkan gejala demensia. Seiring bertambahnya usia, penuaan merupakan hal yang tidak dapat dihindari. Perubahan bukan hanya dari aspek sosial tetapi juga fisik dan kejiwaan. Perubahan tersebut juga memberikan efek pada kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Perubahan berupa gangguan kognitif yang mengarah pada demensia menyebabkan penurunan fungsi otak sehingga kegiatan yang berhubungan dengan kemampuan atensi, konsentrasi, kalkulasi, mengambil keputusan, reasoning dan berpikir abstrak.

Pasien yang mengalami fungsi kognitif yang buruk dapat ditindak lanjuti dengan cara pemberian intervensi berupa terapi kognitif yaitu terapi jangka pendek teratur, yang memberikan dasar berpikir pada klien untuk mengekspresikan perasaan negatifnya, memahami masalahnya serta mampu mengatasi perasaan negatifnya dan mampu memecahkan masalah tersebut. Terapi kognitif bagi lansia yang mengalami depresi dapat memperbaiki pikiran-pikiran negatif otomatis dan seiring waktu penderita depresi akan bisa menemukan dan memperbaiki keyakinan-keyakinan salah yang memicu depresi mereka (Rumakey *et al.*, 2020).

Menurut Carayannis dalam Lestari (2019), ada beberapa faktor penting yang memiliki efek penting terhadap fungsi kognitif seperti usia, stres, ansietas, latihan memori, genetik, hormonal, lingkungan, penyakit sistemik, infeksi, intoksikasi obat dan diet. Hal itu dapat dilihat dari hasil penelitian bahwa hampir sebagian besar pasien yang mengalami gangguan fungsi kognitif mengalami stres, depresi, ansietas yang akan menyebabkan penurunan kecepatan aliran darah dan stres memicu pelepasan hormon glukokortikoid yang dapat menurunkan fungsi kognitif.

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa usia dari responden yang mengalami penurunan fungsi kognitif ada berbagai macam usia mulai dari dewasa sebanyak 13 pasien (41,9), remaja sebanyak 10 pasien (32,3%), sedangkan lansia sebanyak 8 pasien (25,8%) dengan persentase 100%. Namun pada penelitian (Zaliavani *et al.*, 2019) menjelaskan bahwa mayoritas pada penelitian tersebut diperoleh hasil dari 51 lansia paling banyak dengan usia 60-74 tahun namun penurunan fungsi kognitif yang

terkait dengan depresi dapat terjadi pada semua rentang usia. Tidak ada usia spesifik yang paling rentan baik remaja, dewasa muda, hingga lansia dapat mengalami penurunan fungsi kognitif akibat depresi.

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki berjumlah 18 pasien (58,1%) namun hal ini tidak selaras pada penelitian sebelumnya yang menjelaskan bahwa mayoritas responden yang mengalami penurunan fungsi kognitif yaitu perempuan.

4.3.2 Gambaran Kekambuhan pada Pasien Depresi

Berdasarkan hasil uji analisis menunjukkan bahwa pasien depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati mengalami kekambuhan sebanyak 100% yaitu terdapat 16 responden dengan persentase (51,6%) yang mengalami kekambuhan dan 15 responden dengan persentase (48,4%) yang mengalami tidak kambuh. Hal ini selaras pada penelitian (Hadi *et al.*, 2017) Fakta bahwa Prevalensi *Major Depressive Disorder* sekitar 7% dari populasi, Mendapat berbagai terapi, obat antidepresan, psikoterapi dan perawatan fisik, tetapi hanya 30% - 40% pasien yang merespon tindakan tersebut dan sebagian besar pasien mengalami kegagalan, 1/3 dari pasien yang menjalani pengobatan, tetap mengalami gangguan fungsional, menimbulkan masalah kualitas hidup, penderitaan, risiko kekambuhan dan bunuh diri.

Depresi sering merupakan gangguan yang bersifat episodik, sering terjadi kekambuhan setelah beberapa bulan atau tahun setelah sering dari episode akut (tetapi sebagian dapat dicegah dengan terapi pemeliharaan). Selama episode depresi, pasien sering tidak berfungsi dan risiko untuk melakukan bunuh diri tinggi. Hampir sebagian besar pasien dengan

gangguan berulang akan sembuh setelah 1-2 dekade, sedangkan sebagian lagi akan tetap terganggu secara kronik, meskipun sebagian lagi akan menderita distimia yang kadang-kadang mengalami kekambuhan dalam bentuk depresi mayor (Bidiastuti *et al.*, 2022).

Dampak Kekambuhan depresi tentu akan merugikan dan membahayakan orang lain, ketika tanda-tanda kekambuhan muncul pasien bisa saja berperilaku menyimpang seperti mengamuk dan melukai diri sendiri. Keluargapun akan dirugikan dari segi materi karena jika pasien mengalami rehospitalisasi atau kembali menjalani rawat inap di rumah sakit jiwa maka akan banyak biaya yang harus mereka keluarkan untuk pengobatan. Depresi berdampak pada finansial, yang berpengaruh pada individu yang mengalami, keluarga dan masyarakat, karena masih terdapatnya pandangan negatif (stigma), pasien serta keluarganya sering mendapatkan penolakan sosial dari masyarakat akibat ketidaktahuan masyarakat terhadap depresi (Ramadhani *et al.*, 2022).

Dukungan sosial keluarga dapat dijadikan upaya keluarga untuk meminimalisir terjadinya kekambuhan pada pasien depresi yaitu dengan memberikan dukungan emosional yang merupakan dukungan dari keluarga yang memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat. Selain itu dukungan nyata yang meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material

berupa bantuan nyata (*instrumental support material support*), termasuk menjaga dan merawat saat sakit termasuk mengawasi pasien minum obat ataupun membantu memecahkan masalah saat pasien mengalami depresi (Anggreney *et al.*, 2018).

Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) merupakan terapi yang dapat diaplikasikan untuk mengurangi gejala depresi antar-episodik dan tingkat kecemasan pada pasien yang mengalami masalah psikologis, terapi tersebut dapat membantu penderita dalam menghilangkan pola perenungan dan pikiran pikiran negatif yang menyebabkan kekambuhan dengan cara memberikan pendidikan serta membawa kesadaran pasien untuk memperhatikan arahan tanpa menanggapi atau menghakimi dan menghindari penderitaan (Leni *et al.*, 2023).

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa frekuensi responden yang lansia sebanyak 8 pasien (25,8%). Hal ini selaras pada penelitian (Fatma *et al.*, 2024) bahwa orang yang lebih tua sangat rentan terhadap episode depresi mayor, kemungkinan kekambuhan cukup tinggi pada pasien dengan riwayat episode yang berulang, awitan pada usia yang lebih tua, riwayat distimia, atau sakit medis yang sedang terjadi dapat mempengaruhi beratnya depresi dan kronisitas dari depresi. Pada penelitian (Rachmawati *et al.*, 2020) juga menunjukkan bahwa responden yang memiliki kemampuan pencegahan kekambuhan yang baik berada pada rentang usia 46-55 tahun yaitu sebesar 48,5% sedangkan yang memiliki kemampuan pencegahan kekambuhan yang kurang berada pada rentang usia 36-45 tahun yaitu 16%.

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki berjumlah 18 pasien (58,1%). Hal ini selaras pada penelitian (Priyanti *et al.*, 2021) didapatkan bahwa antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan memiliki jumlah yang sama yaitu sebesar 33 responden (50%). Perbedaan jenis kelamin tidak menentukan terjadinya stres, lebih kepada perkembangan emosional yang dipengaruhi oleh berbagai stressor dan persepsi mengenai kemampuan individu dalam mengontrol kondisi stres yang dialaminya. Hasil penelitian yang dilakukan Masdar dkk (2016), menyebutkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin responden dengan depresi, ansietas maupun stres yang dialami. Depresi lebih cenderung banyak dialami oleh perempuan dibandingkan laki-laki dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya yaitu perempuan kurang asertif dan cenderung memiliki skor yang lebih rendah dalam hal kemampuan kepemimpinan dari pada laki-laki.

4.3.3 Hubungan Faktor Kognitif dengan Kekambuhan pada Pasien

Depresi

Hasil perhitungan uji statistik bivariat antara faktor kognitif dengan kekambuhan pada pasien depresi berdasarkan tabel diatas, didapatkan nilai *Asym.Sig Pearson Chi-square* sebesar ,003 angka tersebut kurang dari ,05 yang artinya H₀ ditolak. Jika H₀ ditolak maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara faktor kognitif dengan kekambuhan pada pasien depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati. Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Zaliavani dkk tahun 2019 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara gangguan

fungsi kognitif dengan kejadian depresi pada lansia di Posyandu Lansia Ikur Koto Wilayah Kerja Puskesmas Ikur Koto Kota Padang dengan nilai $p=0,007 < 0,05$.

Terdapat hubungan antara gangguan fungsi kognitif dengan kejadian kekambuhan depresi dikarenakan adanya gangguan fungsi kognitif yang dikatakan sebagai salah satu faktor risiko independen terjadinya depresi. Kemampuan proses pikir dan gangguan konsentrasi merupakan salah satu kriteria diagnosis depresi. Defisit dalam fungsi eksekutif, penghambatan respon, perencanaan, dan pemantauan kinerja, terkait dengan respon pengobatan jangka panjang yang buruk dan disabilitas fungsional yang lebih besar pada pasien dengan depresi (Zaliavani *et al.*, 2019).

Berdasarkan hasil penelitian (Hawari *et al.*, 2023) menunjukkan hasil uji statistik Fisher Exact didapatkan adanya hubungan bermakna antara kejadian depresi dengan timbulnya gangguan kognitif pada kelompok lanjut usia di Sasana Tresna Werda RIA Pembangunan (p -value : 0,041). Secara klinis diketahui bahwa lansia dengan gangguan depresi memiliki risiko 2,875 kali lebih tinggi untuk mengalami gangguan kognitif bilamana dibandingkan dengan kelompok lansia tanpa depresi. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan di Indonesia pada 13 provinsi dengan populasi lanjut usia sebanyak 4.236 orang, didapatkan hubungan depresi dan fungsi kognitif yang tidak signifikan secara statistik dengan odds ratio sebesar 1,23 (95% CI; 0,83-1,22; $P=0,067$).

Berdasarkan hasil studi pada penelitian (Juniarta, 2018) didapatkan prevalensi depresi dan gangguan fungsi kognitif pada penduduk Desa

Pedawa berturut-turut sebesar 20,5% dan 54,7%. Hubungan antara depresi dan gangguan fungsi kognitif dalam studi ini menunjukkan hasil yang bermakna ($p < 0,05$). Pada studi Kohort di Meksiko juga menunjukkan subjek dengan gejala klinis depresi akan mengalami penurunan skor MMSE dalam kurun waktu 7 tahun jika dibandingkan dengan subjek tanpa keluhan depresi ($p < 0,001$). Gangguan fungsi kognitif dan depresi memiliki keterkaitan satu dengan lainnya. Gangguan fungsi kognitif dikatakan sebagai salah satu faktor risiko independen terjadinya depresi dan sebaliknya beberapa studi juga menunjukkan depresi dapat meningkatkan risiko gangguan fungsi kognitif. Kemampuan proses pikir dan gangguan konsentrasi merupakan salah satu kriteria diagnosis depresi.

Menurut peneliti terdapat hubungan antara faktor kognitif dengan kekambuhan pada pasien depresi, semakin buruk daya ingat dan kemampuan berpikir pasien maka akan berdampak pada pasien akan mengalami kekambuhan. Sebaliknya, jika kemampuan berpikirnya membaik maka kemungkinan depresi kambuh akan berkurang, dan kemungkinan tidak terjadi terulangnya episode depresi. Adapun beberapa intervensi yang bisa diberikan kepada pasien yang mengalami fungsi kognitif yang buruk yaitu terapi kognitif dan *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), terapi kognitif merupakan terapi yang dapat diaplikasikan untuk mengurangi gejala depresi antar-episodik dan tingkat kecemasan pada pasien yang mengalami masalah psikologis, dan *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) merupakan terapi jangka pendek teratur, yang memberikan dasar berpikir pada klien untuk

mengekspresikan perasaan negatifnya, memahami masalahnya serta mampu mengatasi perasaan negatifnya dan mampu memecahkan masalah tersebut.

Jadi, semakin baik fungsi kognitif pasien maka semakin kecil kemungkinan pasien mengalami kekambuhan. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara faktor kognitif dengan kekambuhan pada pasien depresi.

4.4 Keterbatasan Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini masih memiliki beberapa keterbatasan, diantaranya yaitu:

- 1) Kurangnya referensi yang sesuai pada penelitian terdahulu mengenai faktor kognitif dengan kekambuhan pasien depresi.
- 2) Kurangnya populasi pasien depresi

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan pada penelitian yang berjudul Analisis Faktor Kognitif Yang Berhubungan Pada Kekambuhan Pasien Dengan Diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati Tahun 2024, sehingga dapat memperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil dari tingkat kognitif dapat diketahui bahwa mayoritas tingkat kognitifnya sedang sebanyak 16 pasien dengan persentase 51,6%.
2. Hasil dari tingkat kekambuhan dapat diketahui bahwa mayoritas responden mengalami kekambuhan sebanyak 16 pasien dengan persentase 51,6%.
3. Hasil uji hubungan dengan uji statistik didapatkan nilai *Asymp.Sig Pearson Chi-square* sebesar ,003 angka tersebut kurang dari ,05 yang artinya H₀ ditolak. Jika H₀ ditolak maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara faktor kognitif dengan kekambuhan pada pasien depresi.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang berjudul Analisis Faktor Kognitif Yang Berhubungan Pada Kekambuhan Pasien Dengan Diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati Tahun 2024, ada beberapa saran yang dapat diajukan menjadi bahan pertimbangan sebagai berikut:

1. Institusi Pendidikan

Penelitian ini disarankan dapat dijadikan tambahan referensi dalam pembelajaran mahasiswa/i keperawatan mengenai Analisis Faktor Kognitif Yang Berhubungan Pada Kekambuhan Pasien Dengan Diagnosa Depresi.

2. Bagi RSD Gunung Jati

Penelitian ini disarankan menjadi upaya mutu pelayanan keperawatan di RSD Gunung Jati meningkat, sehingga dapat meningkatkan kualitas dengan cara selalu memberikan pelatihan terbaru kepada tenaga kesehatan mental.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini disarankan bagi peneliti selanjutnya untuk mencoba faktor kekambuhan depresi yang lain kecuali faktor kognitif, contohnya faktor genetik, faktor psikodinamik, dan faktor psikososial.

4. Bagi Mahasiswa

Penelitian ini disarankan dapat menambah pengetahuan dan informasi mengenai faktor kognitif yang berhubungan pada kekambuhan pasien depresi.

5. Bagi Perawat

Penelitian ini disarankan dapat dijadikan aplikasi bagi perawat sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan jiwa dengan cara memberikan intervensi berupa terapi kognitif maupun *Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)*

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, R. R., Dian Ayu Hamama Pitra, Mutiara Anissa, Yuri Haiga, & Rahma Triyana. (2020). Deteksi Dini Gangguan Kognitif dan Depresi Pada Lansia. *Dinamisia : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4(4), 673–678. <https://doi.org/10.31849/dinamisia.v4i4.4051>
- Al Aziz, A. A. (2020). Hubungan Antara Intensitas Penggunaan Media Sosial dan Tingkat Depresi pada Mahasiswa. *Acta Psychologia*, 2(2), 92–107. <https://doi.org/10.21831/ap.v2i2.35100>
- Algristian, H., & Karimah, A. (2014). Instrumen Rainbow-shaped Early Detection Inventory (REDI). *Konferensi Nasional VII Skizofrenia PDSKJI2, August*.
- Aliyudin, N. (2022). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kekambuhan Pasien dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Desa Kebonjati Sumedang Utara. *JIKSA-Jurnal Ilmu Keperawatan Sebelas April*, 4(1), 24–30. <https://ejournal.unsap.ac.id/index.php/jiksa>
- Amin, N. F., Garancang, S., & Abunawas, K. (2023). Konsep Umum Populasi dan Sampel dalam Penelitian. *Jurnal Pilar*, 14(1), 15–31.
- Anggreny, Y., Sodry, S., & Saputra, B. (2018). Hubungan Komunikasi Dan Dukungan Sosial Keluarga Terhadap Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Provinsi Riau. *Jurnal Ners Indonesia*, 8(2), 203. <https://doi.org/10.31258/jni.8.2.203-214>
- Aprilla, S., Furqon, M. T., & Fauzi, M. A. (2018). Klasifikasi Penyakit Skizofrenia dan Episode Depresi Pada Gangguan Kejiwaan Dengan Menggunakan Metode Support Vector Machine (SVM). *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi Dan Ilmu Komputer*, 2(11), 5611–5618.
- Arieska, P. K., & Herdiani, N. (2018). Pemilihan Teknik Sampling Berdasarkan Perhitungan Efisiensi Relatif. *Jurnal Statistika*, 6(2), 166–171. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/statistik/article/view/4322/4001>
- Bagas Aji Pamungkas, A. D. K. (2021). *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan*

2021 *Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Gambaran Tingkat Depresi Pada Remaja : Literature Prosiding Seminar Nasional Kesehatan 2021 Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Muhammadiyah Pekaja.* 1332–1341.

Basuki, A. (2012). Peran Konselor Dalam Menghadapi Perilaku Merusak Diri (Self Destructive) Pada Remaja. *Jurnal Psikologi*, 1–12.

Bidiastuti, F., Abrar, E. A., & Zaenal, S. (2022). Gambaran Depresi Dan Harga Diri Rendah Pada Pasien Ulkus Diabetik. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan*, 1(No. 6), 822–829.
<http://jurnal.stikesnh.ac.id/index.php/jmpk/article/view/703>

Bingga, I. A. (2021). Kaitan Kualitas Tidur Dengan Diabetes Melitus Tipe 2. *Medika Hutama*, 2(4), 1047–1052.
<https://jurnalmedikahutama.com/index.php/JMH/article/view/214>

Dirgayunita, A. (2020). *Depresi : Ciri , Penyebab dan Penangannya*. 1–14.

Djollong, A. F. (2014). Teknik Pelaksanaan Penelitian Kuantitatif (Technique of Quantitative Research). *Istiqla'*, 2(1), 86–100.

Edyana, A. (2017). Kerangka Teori, Kerangka Konsep, Hipotesis, Dan Definisi Operasional. *Domain Afektif Depkes RI Cartono Dan Utari & Sundeen*, 2019, 1–12. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/126446-TESIS0494 Ase N08f-Faktor yang-Metodologi.pdf>

Fachrudin, D. (2019). Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik (Studi Kasus dalam Perspektif Psikologi dengan Pendekatan Teori Kognitif Beck). *Tunas Medika Jurnal Kedokteran & Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Swadaya Gunung Jati*, 5(3), 28–36.

Fatma, S., Sunarti, S., Mardhiyah, F., Wirabhatari, A., & Winstonly, B. (2024). Tantangan Dalam Penilaian Klinis Gejala Depresi pada Usia Lanjut. *Jurnal Klinik Dan Riset Kesehatan*, 3(2), 121–136. <https://doi.org/10.11594/jk-risk.03.2.6>

Firmansyah, D., & Dede. (2022). Teknik Pengambilan Sampel Umum dalam

- Metodologi Penelitian: Literature Review. *Jurnal Ilmiah Pendidikan Holistik (JIPH)*, 1(2), 85–114. <https://doi.org/10.55927/jiph.v1i2.937>
- Ghaffar, A. A. (2018). *KAJIAN ETIK PENELITIAN DALAM BIDANG KESEHATAN DENGAN MELIBATKAN MANUSIA SEBAGAI SUBYEK*. 20(1), 1–23.
- Hadi, I., Fitriwijayati, Usman, R. D., & Rosyanti, L. (2017). Gangguan Depresi Mayor. *Hijp : Health Information Jurnal Penelitian*, 9(1), 16. <https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/HIJP>
- Hadi, I., Usman, R. D., Rosyanti, L., Keperawatan, J., Kendari, P. K., Kendari, P. K., Kendari, P. K., & Kendari, P. K. (2017). *HIJP : HEALTH INFORMATION JURNAL PENELITIAN Gangguan Depresi Mayor: Mini Review*. 9.
- Hardjosoesanto, A. johan. (2017). *Terdapat hubungan antara tingkat depresi dengan tingkat sugestibilitas pada mahasiswa fakultas kedokteran tahun pertama*. 6–22.
- Hariadi, A. N. (2020). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Terhadap Kejadian Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan*, 14(01), 1–23.
- Hariputra, R. P., Defit, S., & Sumijan. (2022). Analisis Sistem Antrian dalam Meningkatkan Efektivitas Pelayanan Menggunakan Metode Accidental Sampling. *Jurnal Sistim Informasi Dan Teknologi*, 4, 70–75. <https://doi.org/10.37034/jsisfotek.v4i2.127>
- Hawari, I., Wijaya, D. A., Nathaniel, F., Saelan, N., Bagian, T., Kesehatan Jiwa, I., & Firmansyah, Y. (2023). Hubungan Depresi dengan Kejadian Gangguan Kognitif. *Journal of Educational Innovation and Public Health*, 1(3), 75–85. <https://doi.org/10.55606/innovation.v1i3.1496>
- Hendrawati, H., Amira, I., Maulana, I., & Senjaya, S. (2022). Gangguan makan dan perilaku bunuh diri pada remaja: Sebuah tinjauan literatur. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 16(6), 529–541. <https://doi.org/10.33024/hjk.v16i6.8127>
- Hendrawati, H., Amira, I., Maulana, I., & Senjaya, S. (2023). Edukasi Kesehatan Jiwa di Desa Padamukti Kecamatan Pasirwangi Garut. *Jurnal Kreativitas*

Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM), 6(5), 2070–2077.
<https://doi.org/10.33024/jkpm.v6i5.9489>

Herawati, N., & Deharnita, D. (2019). Hubungan karakteristik dengan kejadian depresi pada lansia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(2), 183.
<https://doi.org/10.26714/jkj.7.2.2019.185-192>

Junaidi, R., & Susanti, F. (2017). Pengaruh Gaya Kepemimpinan Dan Budaya Organisasi Terhadap Kinerja Pegawai Pada Uptd Baltekkomdik Dinas Pendidikan Provinsi Sumatera Barat. *Jurnal Manajemen Dan Informasi*, 2(3), 13.

Juniarta, P. M., & Aryana, I. G. P. S. (2018). Hubungan antara depresi, gangguan fungsi kognitif, dan kualitas hidup penduduk usia lanjut di Desa Pedawa, Kabupaten Singaraja, Bali. *Jurnal Penyakit Dalam Udayana*, 2(1), 19–22.
<https://doi.org/10.36216/jpd.v2i1.36>

Kalalo, R. T., Basoeki, L., & Purnomo, W. (2020). Hubungan Antara Pola Asuh dan Depresi pada Remaja Overweight-Obese. *Jurnal Psikiatri Surabaya*, 8(1), 1. <https://doi.org/10.20473/jps.v8i1.14480>

Khairunnisa, G., Putri, P., Cheerson, F., Junita, F., Suwartono, C., & Halim, M. (2010). *UJI VALIDITAS KONSTRUK THE MODIFIED MINI MENTAL STATE- TEST (3MS)*.

Leni, M. M., Dwidiyanti, M., & Fitrikasari, A. (2023). Efektivitas Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) untuk Mengurangi Gangguan Kecemasan dan Depresi pada Orang Dewasa. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 5(1), 471–480. <https://doi.org/10.31539/joting.v5i1.5611>

Lidyana, L., Shelly, S., & Fitria, N. (2020). Pendidikan Kesehatan mengenai Deteksi Dini Depresi dan Penurunan Fungsi Kognitif pada lansia. *Jurnal Abdimas BSI: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 3(1), 12–24.
<https://doi.org/10.31294/jabdimas.v3i1.5130>

Mane, G., Sulastien, H., & Kuwa, M. K. R. (2022). Gambaran Stigma Masyarakat pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). *Jurnal Keperawatan Jiwa*,

10(1), 185. <https://doi.org/10.26714/jkj.10.1.2022.185-192>

Marinda, L. (2020). Teori Perkembangan Kognitif Jean Piaget Dan Problematikanya Pada Anak Usia Sekolah Dasar. *An-Nisa': Jurnal Kajian Perempuan Dan Keislaman*, 13(1), 116–152. <https://doi.org/10.35719/annisa.v13i1.26>

Mawardi, A. F., Pasiska, & Ngimadudin. (2022). Faktor Kognitif dan Afektif dalam Proses Pembelajaran. *Edification Journal: Pendidikan Agama Islam*, 4(2), 349–371.

Mendrofa, F. A. M., Iswanti, D. I., & Cabra, G. C. (2022). Pengaruh Strategi Pelaksanaan Keluarga Terhadap Kekambuhan Pasien ODGJ. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 5(2), 291–295. <https://journal.ppnijateng.org/index.php/jikj>

Mokodongan, D. A., Firmawati, & Febriyona, R. (2023). The Relationship Of Family Knowledge Level With Compliance With Medication Of Mental Disorders Patients In The Work Area Of The Telaga Biru Puskemas Dhea Ananda Mokodongan Rona Febriyona. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan Indonesia*, 3(1), 127–138.

Mubin, M. F., Jiwa, K., Universitas, F., Semarang, M., Ners, P. S., Tinggi, S., & Kesehatan, I. (2019). *HUBUNGAN KEPATUHAN MINUM OBAT DENGAN KEKAMBUHAN PASIEN RELATIONSHIP OF COMPLIANCE DRINKING DRUGS WITH SKIZOFRENIA PARANOID PATIENTS* mengetahui hubungan kepatuhan minum obat dengan kekambuhan . Analisis bivariat penelitian ini menggunakan uji chi-square . 8(1), 21–24.

Nabila, N. (2021). Konsep Pembelajaran Matematika Sd Berdasarkan Teori Kognitif Jean Piaget. *(JKPD) Jurnal Kajian Pendidikan Dasar*, 6, 73–74.

Nafiati, D. A. (2021). Revisi taksonomi Bloom: Kognitif, afektif, dan psikomotorik. *Humanika*, 21(2), 151–172. <https://doi.org/10.21831/hum.v21i2.29252>

Nanang Khosim, Sonia Selviana, Afifah Kurniawati, Ainnur Rizqiana D, Fitriana Noor S, & Inka Nur Safitri. (2022). Refresing Tentang Program Pencegahan

Kekambuhan Di Rumah Sakit Jiwa Soerojo Magelang. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Sisthana*, 4(1), 01–04.
<https://doi.org/10.55606/pkmsisthana.v4i1.55>

Nasution, H. F. (2016). *INSTRUMEN PENELITIAN DAN URGENSINYA DALAM PENELITIAN KUANTITATIF*. 59–75.

Padaunan, E., Pitoy, F. F., & Najoan, L. J. (2022). Hubungan Religiusitas Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia. *Nutrix Journal*, 6(1), 9.
<https://doi.org/10.37771/nj.vol6.iss1.784>

Pebrianti, D. K. (2021). Penyuluhan Kesehatan tentang Faktor Penyebab Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Jurnal Abdimas Kesehatan (JAK)*, 3(3), 235.
<https://doi.org/10.36565/jak.v3i3.160>

Pingkan, R., Berawi, K. N., Budiarto, A., & Mutiara, U. G. (2019). Efektivitas Olahraga sebagai Terapi Depresi. *Majority*, 8(2), 240–246.

Pranata, R. H., & Asfur, R. (2021). Pengaruh Stress Terhadap Kejadian Insomnia di Masa Pandemi Covid-19 pada Mahasiswa FK UMSU. *Jurnal Ilmiah Kohesi*, 4(3), 81–89.

Priyanti, D. P., Rahmawati, A. N., & Sundari, R. I. (2021). Gambaran Tingkat Depresi, Kecemasan, dan Stres Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa. *Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (SNPPKM)*, 1026–1034.

Purwanto, N. (2019). Variabel Dalam Penelitian Pendidikan. *Jurnal Teknодик*, 6115, 196–215. <https://doi.org/10.32550/teknodik.v0i0.554>

Quraisy, A. (2020). *Normalitas Data Menggunakan Uji Kolmogorov-Smirnov dan Sapiro-Wilk*. 3, 7–11.

Rachmawati, S., Yusuf, A., & Fitriyasari, R. (2020). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kemampuan Keluarga Dalam Pencegahan Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 6(1), 35–42. <https://doi.org/10.33023/jikep.v6i1.355>

- Ramadhani, N., Wati, D. F., & Amelia, S. (2022). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kekambuhan Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumun. *REAL in Nursing Journal*, 5(1), 37. <https://doi.org/10.32883/rnj.v5i1.1640>
- Rikomah, S. E., Novia, D., & Rahma, S. (2018). Gambaran Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Pediatri Infeksi Saluran Pernapasan Akut (Ispa) Di Klinik Sint. Carolus Bengkulu. *Jurnal Ilmiah Manuntung*, 4(1), 28–35. <https://doi.org/10.51352/jim.v4i1.134>
- Rumakey, R. S., Adriani, M., & Indarwati, R. (2020). Pengaruh Terapi Kognitif Spiritual Terhadap Penurunan Depresi pada Lansia di panti Werdha. *Jurnal Penelitian Kesehatan “SUARA FORIKES” (Journal of Health Research “Forikes Voice”)*, 11(1), 105. <https://doi.org/10.33846/sf11122>
- Sansena, M. A. (2022). Penerapan Proses Belajar Matematika Sesuai Dengan Teori Perkembangan Kognitif Jean Piaget. *Jurnal Ilmiah Penelitian Dan Kependidikan*, 6(4), 39–46.
- Silviyana, A. (2022). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(November), 1377–1386.
- Siringoringo, E., & Haerati. (2019). Faktor-Faktor Penyebab Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di Poliklinik Jiwa Rsud H. Andi Sulthan Dg. Radja Kabupaten Bulukumba. *Jurnal Kesehatan Panrita Husada*, 3(1), 24–40. <https://doi.org/10.37362/jkph.v3i1.8>
- Suprayogo, Imam, & Tobroni. (2014). Metodelogi Penelitian Agama. *Metodologi Penelitian*, 102.
- Wijaya, L., & Reka. (2019). Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Tingkat Fungsi Kognitif Pada Lanjut Usia Di Panti Sosial Lanjut Usia Harapan Kita Palembang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 14(2), 440–449.
- Zainuddin, H., Ghazali, R., Aishah, S. ', & Kejururawatan, M. (2022). Depresi Di

Kalangan Wanita : Faktor Penyebab Dan Pencegahan. *Journal of Engineering and Health Sciences*, 5(1), 112–120.
<http://www.unimel.edu.my/journal/index.php/JEHS/article/view/1060>

Zaliavani, I., Anissa, M., & Sjaaf, F. (2019). Hubungan Gangguan Fungsi Kognitif dengan Kejadian Depresi pada Lansia di Posyandu Lansia Ikur Koto Wilayah Kerja Puskesmas Ikur Koto Kota Padang. *Health & Medical Journal*, 1(1), 30–37. <https://doi.org/10.33854/heme.v1i1.224>

Accounting, B. U. (2021). *Memahami Uji Normalitas dalam Model Regresi*. Retrieved from <https://accounting.binus.ac.id/2021/08/06/memahami-ujji-normalitas-dalam-model-regresi/#:~:text=Ketentuan%20yang%20harus%20dipenuhi%20jika,tidak%20memiliki%20distribusi%20yang%20normal>

Adiputra, M. S. (2021). metode penelitian kesehatan. Denpasar: Yayasan Kita Menulis.

Anggreni., M. (2022). Buku Ajar Metodologi Penelitian Kesehatan. Mojokerto: STIKes Majapahit mojokerto.

Ardyan. (2023). metode penelitian kualitatif dan kuantitatif. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia.

Fadli, d. R. (2023). Retrieved from halodoc.com: <https://www.halodoc.com/kesehatan/depresi#h-apa-ciri-ciri-depresi>

Gonda, X. (2024). *Prediction and prevention of suicide in patients with unipolar depression and anxiety*. Retrieved from National Library of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2031887/>

Haryani, W. (2022). Modul Etika Penelitian. In I. Setyobroto, *Modul Etika Penelitian* (p. 1). Jakarta: Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Jakarta I.

Kircanski, K. (2024). *National Library of Medicine*. Retrieved from Aspek kognitif depresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC35188>

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Inform consent* peserta

PERSETUJUAN PENJELASAN (INFORMED CONSENT)
SEBAGAI PESERTA PENELITIAN

Kepada Bapak/Ibu yang saya hormati, berikut saya sampaikan lembar yang berisi informasi terkait tentang penelitian ini. Sebelumnya saya akan memperkenalkan diri saya terlebih dahulu sebagai peneliti.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Keysha Radhitya Zahrani Agustine

NIDN : 200711019

Alamat : Jl. Ki Gede Maya Guna Watubelah Blok. Siklinting Kec. Sumber Kab. Cirebon

No. HP : 082129094632

Status : Mahasiswa

Bermaksud mengadakan penelitian tentang “**Analisis Faktor Kognitif yang berhubungan pada kekambuhan pasien dengan diagnosa depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati tahun 2024**”. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan rancangan atau desain penelitian deskriptif korelasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* masing- masing responden mengisi kuesioner yang disediakan.

Agar bapak dan ibu lebih memahami tentang penelitian ini, saya akan menjelaskan lebih rinci terkait dengan penelitian yang akan saya lakukan.

1. Tujuan penelitian ini untuk untuk mengetahui hubungan faktor kognitif dengan kekambuhan pasien diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati.
2. Manfaat penelitian ini secara garis besar yaitu diharapkan dapat adanya petunjuk bagaimana meminimalisir faktor penyebab kekambuhan pasien

dengan diagnosa depresi.

3. Hal ini berguna dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya keperawatan guna menjadi sumbangan pemikiran bagi pengembangan strategi pelatihan mengenai hubungan faktor kognitif dengan kekambuhan pasien diagnosa Depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati.
4. Selama pengisian instrumen, bapak dan ibu semua diharapkan mengisi dengan lengkap dan sesuai dengan kondisi bapak dan ibu sesungguhnya. Pengisian instrumen ini dapat dilakukan sendiri oleh Bapak dan Ibu, namun jika bapak dan ibu mengalami kesulitan akan dibantu oleh Peneliti.
5. Setelah pengisian instrumen ini, instrumen akan diolah dan dinilai apakah bapak/ibu mengalami kekambuhan yang disebabkan oleh faktor kognitif atau tidak.
6. Semua catatan dan data yang berhubungan dengan penelitian ini akan disimpan dalam lemari tertutup, terkunci dan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti.
7. Peneliti akan menjamin kerahasiaan informasi melalui penggunaan inisial pada identitas responden, serta kata sandi (*password*) pada pengaksesan data responden. Peneliti akan menjamin bahwa instrumen penelitian akan didokumentasikan sendiri oleh peneliti.
8. Penelitian yang dilakukan akan dituliskan secara jelas dengan bahasa yang dapat dipahami oleh bapak dan ibu sebagai responden.
9. Keterlibatan bapak dan ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela, tanpa paksaan, bapak dan ibu berhak untuk mengajukan keberatan pada peneliti jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan dan selanjutnya akan dicari penyelesaian

10. masalah berdasarkan kesepakatan antara peneliti dan responden. Bapak dan ibu juga berhak mengundurkan diri kapan saja tanpa adanya sangsi dari peneliti.
 11. Apabila Bapak/Ibu menyetujui untuk mengikuti proses penelitian ini, maka Bapak/Ibu silahkan menandatangani lembar persetujuan yang akan kami bagikan dan menuliskan inisial nama di bawah tanda tangan bapak dan ibu. Setelah menandatangani, besar harapan peneliti, bapak dan ibu dapat bekerjasama dengan baik dalam proses penelitian.
 12. Jika dari Bapak/Ibu/ masih ada yang ditanyakan mengenai ketidakjelasan atau pertanyaan-pertanyaan mengenai penelitian ini dapat menghubungi saya sebagai ketua peneliti, No Telpon: 082129094632 E-mail: keyshardhzzz@gmail.com
- Demikian lembar informasi penelitian ini saya buat, atas kerjasama yang baik sayamengucapkan terima kasih.

Cirebon, 24 Juni 2024

Peneliti



(Keysha Radhitya Zahrani Agustine)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (inisial) :.....

Jenis Kelamin :.....

Umur :.....

Alamat :.....

No.Telp/HP :.....

Menyatakan telah mendapatkan informasi lengkap serta telah memahami tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian yang akan dilakukan dengan judul **“Analisis Faktor Kognitif yang berhubungan pada kekambuhan pasien dengan diagnosa depresi di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati tahun 2024”**. Saya mengerti bahwa penelitian ini menjunjung tinggi hak saya sebagai responden. Saya memahami bahwa keikutsertaan saya menjadi responden dalam penelitian ini akan memberikan manfaat secara tidak langsung guna pengembangan ilmu pengetahuan khususnya keperawatan. Oleh karena itu, saya memutuskan secara sadar dan sukarela tanpa adanya paksaan dari pihak manapun untuk menyertakan saya menjadi responden dalam penelitian ini. Saya juga diperbolehkan mengundurkan diri saat proses penelitian apabila terdapat perasaan kurang nyaman, tanpa pemberian sanksi apapun dari peneliti.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan sesuai kegunaannya

Cirebon,.....

Peneliti,

Saksi,

Responden,

(.....)

(.....)

(.....)

Lampiran 2. Lembar kuesioner *Mini Mental Examination (MMSE)*

LEMBAR KUESIONER
MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

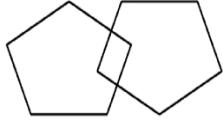
Kode Responden : _____

Tanggal Pengisian : _____

Petunjuk pengisian Kuesioner:

1. Berilah nilai (0-5) pada pernyataan orientasi
2. Berilah nilai (0-3) pada pernyataan registrasi
3. Berilah nilai (0-5) pada pernyataan atensi dan kalkulasi
4. Berilah nilai (0-3) pada pernyataan mengingat kembali (*recall*)
5. Berilah nilai (0-3) pada pernyataan bahasa

No	Pernyataan	Nilai Maksimal	Nilai
ORIENTASI			
1.	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), hari apa?	5	
2.	Kita berada dimana? (negara), (propinsi), (kota), (gedung), (ruang) (tanyakan pada responden)	5	
REGISTRASI			
3.	Pemeriksa menyebut 3 benda yang berbeda kelompoknya selang 1 detik (misal apel, uang, meja), responden diminta mengulanginya. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar. Ulangi sampai responden dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan	3	
ATENSI DAN KALKULASI			
4.	Pengurangan 100 dengan 7 secara berturutan. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau responden diminta mengeja terbalik kata “ WAHYU” (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan; misalnya uyahw=2 nilai)	5	

MENGINGAT KEMBALI (RECALL)			
5.	Responden diminta menyebut kembali 3 nama benda di pernyataan nomor 3	3	
BAHASA			
6.	Responden diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (perlihatkan pensil dan jam tangan)	2	
7.	Responden diminta mengulang kalimat:” tanpa kalau dan atau tetapi”	1	
8.	Responden diminta melakukan perintah: “ Ambil kertas ini dengan tangan anda, lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai”.	3	
9.	Responden diminta membaca dan melakukan yang dibacanya: “Pejamkanlah mata anda”	1	
10.	Responden diminta menulis sebuah kalimat secara spontan	1	
11.	Responden diminta menyalin gambar 	1	
Skor total		30	

Keterangan:

Skor 0-10 : fungsi kognitif global buruk

Skor 11-20 : fungsi kognitif global sedang

Skor 21-30 : fungsi kognitif global masih relatif baik

Lampiran 3. Lembar pengamatan kekambuhan *Rainbow-shaped Early Detection Inventory* (REDI)

LEMBAR PENGAMATAN KEKAMBUHAN
RAINBOW-SHAPED EARLY DETECTION INVENTORY (REDI)

Kode Responden : _____

Tanggal Pengisian : _____

Petunjuk pengisian Kuesioner:

Berilah tanda centang pada pernyataan yang anda rasakan dalam satu minggu ini.

No	Pernyataan	Ya/tidak
1.	Tegang, merasa cemas	
2.	Tidak dapat diam / bergerak terus	
3.	Memikirkan hal-hal berbau seksual	
4.	Merasa sangat tidak nyaman tanpa alasan	
5.	Sangat tidak bertenaga, lemas tidak berenergi	
6.	Merasa tak berguna / pesimis	
7.	Orang lain mengatakan bahwa tingkah laku Anda menjadi aneh	
8.	Kurang aktif atau justru lebih aktif daripada biasanya	
9.	Masalah bicara / Bicara tidak masuk akal	
10.	Takut menjadi gila	
11.	Daya ingat menurun / hilang / bingung	
12.	Sulit berbicara untuk membuat orang lain mengerti	
13.	Mengalami masalah dgn teman / kekasih / pasangan	
14.	Menghindari kegiatan dengan orang lain	
15.	Tidak mampu melakukan sesuatu	
16.	Hal-hal tampak aneh dan tidak seperti biasa	
17.	Sedih, tidak berminat, depresi	
18.	Menurunnya minat / Kurang menikmati hal sehari2	
19.	Tidak mengurus diri / penampilan	
20.	Jantung berdebar	
Skor total		

Lampiran 4. Surat ijin studi pendahuluan penelitian



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH CIREBON
FAKULTAS ILMU KESEHATAN (FIKES)

Kampus 1 : Jl. Tuparev No.70 45153 Telp. +62-231-209608, +62-231-204276, Fax. +62-231-209608
 Kampus 2 dan 3 : Jl. Fatahillah – Watubela – Cirebon Email : info@umc.ac.id Email : informatika@umc.ac.id Website : www.umc.ac.id

No : 271/UMC-FIKes/IV/2024

Cirebon, 27 April 2024

Lamp. :

Hal : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan Penelitian

Kepada Yth :
Direktur RSD Gunung Jati
 di
 Tempat

Dengan hormat,s

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Sehubungan dengan proses penelitian dalam penyusunan Skripsi pada semester Genap mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon Tahun Akademik 2023-2024. Oleh karena itu, mahasiswa membutuhkan data-data pendukung yang relevan. Adapun nama mahasiswa sebagai berikut:

Nama Lengkap	:	Keysha Radhitya Zahrani Agustine
NIM	:	200711019
Tingkat/Semester	:	4 / VIII
Program Studi	:	S1-Ilmu Keperawatan
Judul	:	Analisis Faktor Kognitif Yang Berhubungan Pada Kekambuhan Pasien Dengan Diagnosa Depresi Di Poli Klinik Jiwa Rsd Gunung Jati Tahun 2024
Waktu	:	April – Mei 2024
Tempat Penelitian	:	RSD Gunung Jati

Maka dengan ini kami mohon ijin untuk mendapatkan data-data pendukung yang relevan sebagai Studi Pendahuluan Penelitian di tempat yang Bapak/Ibu pinpin.

Demikian kami sampaikan permohonan ini, atas perhatian dan kerja samanya kami ucapan jazakallah khairon katsiran.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh



Uus Husni Mahmud, S.Kp., M.Si

Lampiran 5. Surat balasan ijin studi pendahuluan penelitian



**PEMERINTAH DAERAH KOTA CIREBON
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT DAERAH GUNUNG JATI**

Jalan Kesambi Nomor 56, Cirebon 45134
Telepon. (0231) 206330 Faks. (0231) 203336 Email: rsudgunungjati@cirebonkota.go.id

Cirebon, 11 Mei 2024

Nomor : 000.9.2/ 007 - Bidbang
Sifat : Biasa
Lampran : -
Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Yth. Kepada
Dekan
Fakultas Ilmu Kesehatan (FIKES)
Universitas Muhammadiyah Cirebon
di -
CIREBON

Membalas surat Saudara Nomor : 271/UMC-FIKes/IV/2024, 27 April 2024 tentang Permohonan Studi Pendahuluan, maka dengan ini kami berikan ijin kepada:

Nama : Keysha Radhiya Zahrani Agustine
NIM : 200711019
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan
: Analisis Faktor Kognitif Yang Berhubungan Pada kekambuhan Pasien Dengan Diagnosa Depresi Di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati Tahun 2024.

Untuk melakukan Studi Pendahuluan dalam rangka kegiatan penelitian dengan di RSD Gunung Jati Kota Cirebon, dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Tidak mengganggu pelayanan;
2. Melampirkan kerangka acuan/proposal;
3. Menyelesaikan biaya administrasi;
4. Menyerahkan hasil penelitian ke Direktur RSD Gunung Jati Kota Cirebon;
5. Mengikuti peraturan yang berlaku di RSD Gunung Jati Kota Cirebon;

Surat ijin penelitian ini berlaku selama 15 hari terhitung sejak diterbitkannya surat ini.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapan terima kasih.



Tembusan :

1. Yth. UPI Rekam Medik

Lampiran 6. Lembar konsultasi/bimbingan Skripsi

Lembar Konsultasi/Bimbingan Skripsi

Nama : Keysha Radhitya Zahrani Agustine
NIM : 200711019
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Analisis faktor kognitif yang berpengaruh pada
kelambuhan pasien dengan diagnosis depresi di poli
klinik jiwa PSD Gunung Jati tahun 2024
Dosen Pembimbing I : Uus Husni Mamuda, S.Kp., M.Si
Dosen Pembimbing II : Ns. Riza Arisanti L., S.Kep., M.Kep

Kegiatan Konsultasi

No.	Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	Tanda tangan Pembimbing
1.	Senin 05-03-2024	Bimbingan Bab 2	- Kerangka teori - urutan teori terbaik	V/w
2.	Kamis 28-03-2024	Bimbingan Bab 1, 2, 3	- Judul - kerangka teori - uji statistik	V/w
3.	Jumat 05-04-24	Bimbingan Bab 1, 2, 3	- kerangka teori - Definisi operasional	V/w
4.	Rabu 17-04-24	Bimbingan Bab 1	- judul - penambahan latar belakang	AA
5.	Kamis 25-04-24	Konsultasi judul	- instrumen kognitif	AA
6.	Senin 29-04-24	Bimbingan Bab 3	- instrumen penelitian	V/w
7.	Sabtu 09-05-24	Bab 1, 2, 3	- univariat - Definisi operasional	V/w
8.	Rabu 08-05-24	Bab 1, 2	- kerangka teori - Sampling	V/w
dst..	Rabu 08-05-24	Bab 3	Instrumen	AA

Catatan:

1. Lembar ini harus dibawa dan diisi setiap melakukan konsultasi skripsi
2. Lembar ini wajib disertakan ke dalam lampiran final skripsi
3. Konsultasi dengan pembimbing 1 dan pembimbing 2 masing-masing minimal 5 kali
4. Lembar konsultasi pembimbing 1 dan 2 digabung

Lampiran 2**Lembar Konsultasi/Bimbingan Skripsi**

Nama	: Keysha Radhitya Zahrani Agustine
NIM	: 200711019
Program Studi	: S1 Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi	: Analisis Faktor Kognitif yang berhubungan Pada Kecambuhan Pasien dengan diagnosis depresi di poliklinik jiwu
Dosen Pembimbing I	: Uus Husni Mahmud, S.Kp., M.Si
Dosen Pembimbing II	: Ns. Riza Arisanti L., S.Kep., M.Kep

Kegiatan Konsultasi

No.	Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	Tanda tangan Pembimbing
1.	Senin 13/05/2024	Bab 3	- analisa data - rumus di hapus	
2.	Jumat 17/05/2024		Acc Sup	
3.	Sabtu 18/05/2024	Revisi PPT	Acc Sup	
4.	Senin 20/05/2024	Analisis SPSS	- Revisi SPSS karakteristik -	
5.	Rabu 01/06/2024	Pembahasan Bab 4	- uji normalitas - syarat chi-square	
6.	Rabu 07/06/2024	Bab 4 dan Bab 5	Penambahan 5 jurnal di tiap variabel	
7.	Kamis 15/06/2024		Acc Sidang	
8.	Rabu 21/06/2024		Acc Stug final	
dst..				

Catatan:

1. Lembar ini harus dibawa dan diisi setiap melakukan konsultasi skripsi
2. Lembar ini wajib disertakan ke dalam lampiran final skripsi
3. Konsultasi dengan pembimbing 1 dan pembimbing 2 masing-masing minimal 5 kali
4. Lembar konsultasi pembimbing 1 dan 2 digabung

Lampiran 7. Surat ijin etik penelitian



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH CIREBON
FAKULTAS ILMU KESEHATAN (FIKES)

Kampus 1 : Jl. Tuparev No.70 45153 Telp. +62-231-209608, +62-231-204276, Fax. +62-231-209608
 Kampus 2 dan 3 : Jl. Fatahillah – Watubela – Cirebon Email : info@umc.ac.id Email : informatika@umc.ac.id Website : www.umc.ac.id

No : 445/UMC-FIKes/IV/2024

Cirebon, 12 Juni 2024

Lamp. :

Hal : **Permohonan Ethical Clearence (EC) Atau Kode Etik
 Penelitian**

Kepada Yth :
Direktur RSD Gunung Jati
 di
 Tempat

Dengan hormat,

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Sehubungan dengan proses penelitian dalam penyusunan Skripsi pada semester Genap mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon Tahun Akademik 2023-2024. Oleh karena itu, mahasiswa membutuhkan data-data pendukung yang relevan. Adapun nama mahasiswa sebagai berikut:

Nama Lengkap	:	Keysha Radhitya Zahrani Agustine
NIM	:	200711019
Tingkat/Semester	:	4 / VIII
Program Studi	:	S1-Ilmu Keperawatan
Judul	:	Analisis Faktor Kognitif Yang Berhubungan Pada Kekambuhan Pasien Dengan Diagnosa Depresi Di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati Tahun 2024
Waktu	:	Juni – Agustus 2024
Tempat Penelitian	:	RSD Gunung Jati

Maka dengan ini kami mohon ijin untuk Ethical Clearence (EC) atau kode etik Penelitian di tempat yang Bapak/Ibu pinpin.

Demikian kami sampaikan permohonan ini, atas perhatian dan kerja samanya kami ucapan jazakallah khairon katsiran.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh


 Hus.Husni Mahmud, S.Kp., M.Si

Lampiran 8. Surat ijin penelitian



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH CIREBON
FAKULTAS ILMU KESEHATAN (FIKES)

Kampus 1 : Jl. Tuparev No.70 45153 Telp. +62-231-209608, +62-231-204276, Fax. +62-231-209608
 Kampus 2 dan 3 : Jl. Fatahillah – Watubelah – Cirebon Email : info@umc.ac.id Email :informatika@umc.ac.id Website : www.umc.ac.id

No : 444/UMC-FIKes/VI/2024

Cirebon, 12 Juni 2024

Lamp. :

Hal : Permohonan Surat Izin Penelitian Skripsi

Kepada Yth :

Direktur RSD Gunung Jati

di

Tempat

Dengan hormat,

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Sehubungan dengan proses penelitian dalam penyusunan Skripsi pada semester Genap mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon Tahun Akademik 2023-2024. Oleh karena itu, mahasiswa membutuhkan data-data pendukung yang relevan. Adapun nama mahasiswa sebagai berikut:

Nama Lengkap	:	Keysha Radhitya Zahrani Agustine
NIM	:	200711019
Tingkat/Semester	:	4 / VIII
Program Studi	:	S1-Ilmu Keperawatan
Judul	:	Analisis Faktor Kognitif Yang Berhubungan Pada Kekambuhan Pasien Dengan Diagnosa Depresi Di Poli Klinik Jiwa RSD Gunung Jati Tahun 2024
Waktu	:	Juni – Agustus 2024
Tempat Penelitian	:	RSD Gunung Jati

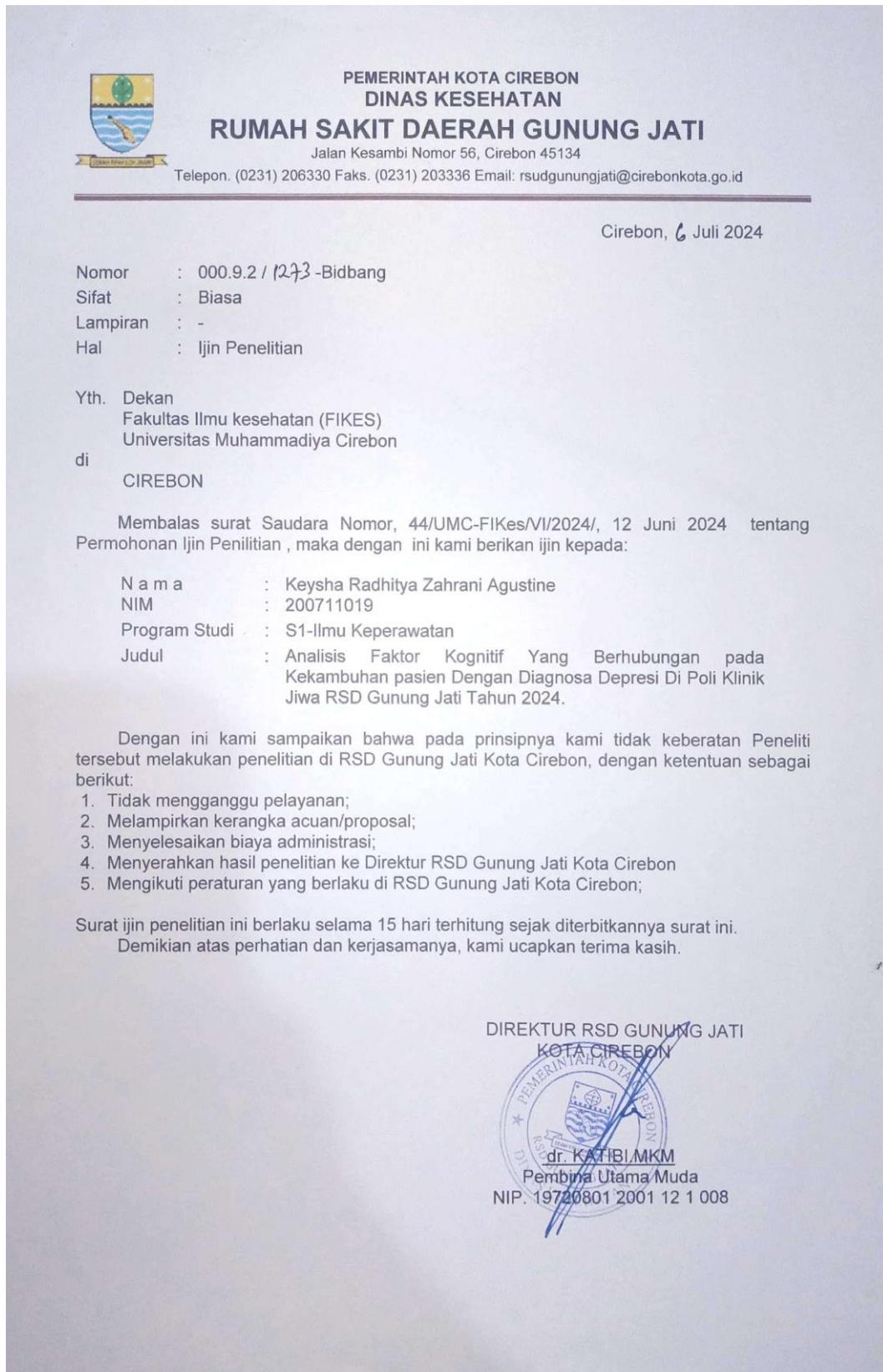
Maka dengan ini kami mohon ijin untuk mendapatkan data-data pendukung yang relevan sebagai Penelitian Skripsi di tempat yang Bapak/Ibu pimpin.

Demikian kami sampaikan permohonan ini, atas perhatian dan kerja samanya kami ucapan jazakallah khairon katsiran.

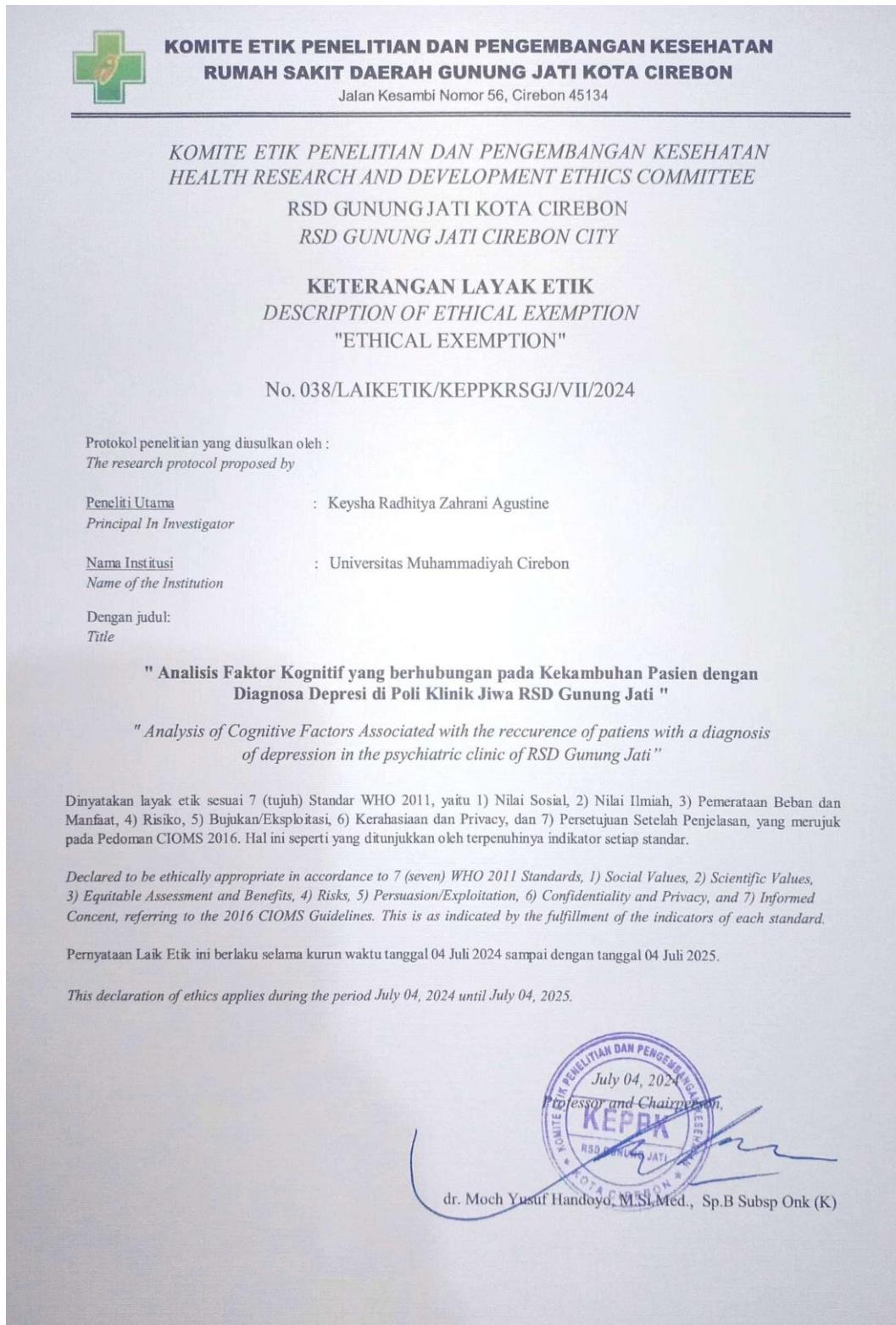
Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh



Lampiran 9. Surat balasan ijin penelitian



Lampiran 10. Surat Uji Etik



Lampiran 11. Tabel Master data mentah penelitian

Tabulasi Data Faktor Kognitif

No.	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X
1.	3	2	1	1	0	2	1	0	1	0	1	12
2.	2	3	0	3	0	2	1	0	0	0	0	11
3.	1	2	1	3	1	2	1	0	0	0	0	11
4.	3	2	3	0	0	2	0	1	0	0	0	11
5.	3	3	2	1	1	1	0	0	0	0	0	11
6.	1	2	3	0	0	2	0	1	0	0	0	9
7.	3	1	3	3	0	1	1	0	0	0	0	12
8.	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	0	9
9.	3	1	2	2	1	1	0	0	0	0	0	10
10.	3	1	1	1	1	3	0	0	0	0	0	10
11.	2	3	1	1	1	2	0	0	0	0	0	10
12.	5	2	1	1	0	2	0	0	0	0	0	11
13.	1	2	3	2	1	1	0	0	0	0	0	10
14.	5	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	10
15.	1	1	3	2	1	1	0	0	0	0	0	9
16.	1	1	1	2	0	3	1	0	0	0	0	9
17.	2	2	3	2	0	1	0	1	0	0	0	11
18.	2	2	5	2	0	2	0	0	0	0	0	13
19.	1	3	2	3	0	1	0	1	0	0	0	11
20.	3	2	3	2	1	1	0	0	0	0	0	12
21.	2	3	1	1	1	2	0	1	0	0	0	11
22.	2	1	2	1	0	2	0	1	0	0	1	10
23.	1	3	1	2	1	2	0	0	0	0	1	11
24.	1	1	2	2	1	2	0	1	0	0	0	10
25.	1	1	2	3	0	1	0	1	0	0	0	9
26.	1	2	2	3	0	2	0	1	0	0	0	11
27.	3	2	1	2	1	1	0	1	0	0	0	11
28.	2	1	3	1	1	2	0	1	0	0	0	11
29.	3	1	3	1	0	1	0	0	0	0	1	10
30.	2	2	0	3	0	2	0	0	1	0	0	10
31.	2	2	0	1	0	2	0	0	1	0	1	9

Tabulasi Data Kekambuhan

No	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6	Y7	Y8	Y9	Y10	Y11	Y12	Y13	Y14	Y15	Y16	Y17	Y18	Y19	Y20	X
1.	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
2.	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
3.	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	4	
4.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	
5.	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	
6.	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	5	
7.	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	
8.	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
9.	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
10.	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	
11.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	
12.	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	5	
13.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	4	
14.	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5	

15.	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
16.	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
17.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
18.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	7
19.	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
20.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	4
21.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2
22.	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
23.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
24.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
25.	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
26.	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4
27.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3
28.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
29.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
30.	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
31.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3

Lampiran 12. Hasil *Output* Analisis Data

Kategori Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Remaja	10	32.3	32.3	32.3
	Dewasa	13	41.9	41.9	74.2
	Lansia	8	25.8	25.8	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Kategori Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	18	58.1	58.1	58.1
	perempuan	13	41.9	41.9	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Kategori Kognitif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	15	48.4	48.4	48.4
	Sedang	16	51.6	51.6	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Kategori Kekambuhan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Kambuh	15	48.4	48.4	48.4
	Kambuh	16	51.6	51.6	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tingkat Kognitif	.208	31	.001	.899	31	.007
Tingkat Kekambuhan	.217	31	.001	.869	31	.001

a. Lilliefors Significance Correction

Kategori Kognitif * Kategori Kekambuhan Crosstabulation

		Kategori Kekambuhan			Total
		Tidak Kambuh	Kambuh		
Kategori Kognitif	Buruk	Count	7	8	15
		Expected Count	7.3	7.7	15.0
		% within Kategori Kekambuhan	46.7%	50.0%	48.4%
	Sedang	% of Total	22.6%	25.8%	48.4%
		Count	8	8	16
		Expected Count	7.7	8.3	16.0
	Total	% within Kategori Kekambuhan	53.3%	50.0%	51.6%
		% of Total	25.8%	25.8%	51.6%

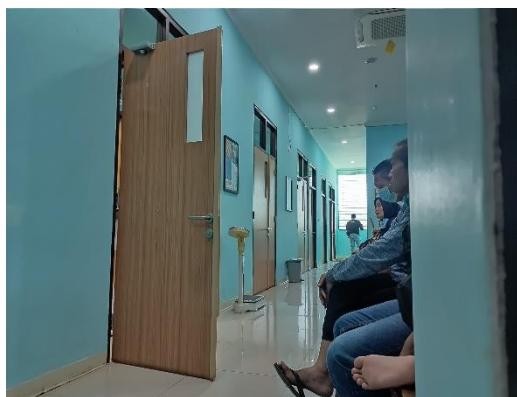
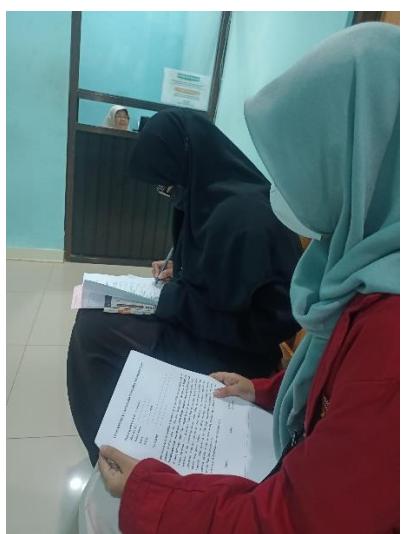
	Count	15	16	31
Expected Count	15.0	16.0	31.0	
% within Kategori Kekambuhan	100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total	48.4%	51.6%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	35.880 ^a	16	.003
Likelihood Ratio	15.329	16	.501
Linear-by-Linear Association	.788	1	.375
N of Valid Cases	31		

a. 25 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Lampiran 13. Dokumentasi Kegiatan Penelitian



Lampiran 14. Bukti perijinan instrumen



Hafid Algrist... 19 Mei

kepada Azimatul,... ▾



Assalamualaikum.

Dear Keysha.

cc: dr. Uci.

Terimakasih atas pertanyaannya tentang instrumen REDI. Salam kenal. Saya dr. Hafid, yang mengawali riset seputar deteksi dini kekambuhan pasien dengan skizofrenia bersama dr. Azimatul, Sp.KJ (dr. Uci).

Setelah melewati uji validitas dan reliabilitas, instrumen ini memiliki dua macam skala, yakni Skala Kuning dan Skala Merah. Disebut Skala Kuning karena memuat gejala-gejala somatik, kognitif, afektif, dan psikomotor yang bisa berhubungan dengan kekambuhan. Sedangkan Skala Merah merupakan gejala patognomonis (gejala pasti) dari kekambuhan skizofrenia.

Instrumen ini menggunakan asumsi cut-off score berdasarkan median. Apabila cut-off ini terpenuhi, maka pasien wajib dirujuk ke sentra kesehatan karena menunjukkan tanda-tanda kekambuhan. Yang mana, apabila terdapat minimal 4 (empat) gejala pada Skala Kuning, atau minimal 1 (satu) gejala pada Skala Merah, maka pasien wajib dirujuk.

Demikian jawaban saya, Keysha. Semoga membantu. Mohon maaf atas keterlambatan jawabannya.

Wassalamualaikum.

Warm regards,

Hafid Algristian

dr.hafid@unusa.ac.id

Lampiran 15. Biodata Penulis



Nama : Keysha Radhitya Zahrani Agustine
NIM : 200711019
Tempat, Tanggal Lahir : Bogor, 23 Oktober 2002
Alamat : Jl. Kigede Maya Guna Watubelah RT/RW 02/03
Blok. Siklinting Kec. Sumber Kab. Cirebon
Email : keyshardhzzzz@gmail.com
Riwayat Pendidikan :
1. TK Islam Attaqwiyah (2007-2008)
2. SDN 1 Watubelah (2008-2014)
3. SMP Darul Musyawirin (2014-2017)
4. SMA Muhammadiyah Kedawung (2017-2020)
5. Universitas Muhammadiyah Cirebon (2020-2024)

Cirebon, 22 Agustus 2024

(Keysha Radhitya Zahrani Agustine)