

**HUBUNGAN PERILAKU MEROKOK DENGAN
TINGKAT SIMTOM DEPRESI DI KELURAHAN
TEGAL SARI MANDALA II MEDAN**

SKRIPSI



UMSU

Unggul | Cerdas | Terpercaya

Oleh :

**ADELIA AZIS NASUTION
1508260073**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN**

2019

**HUBUNGAN PERILAKU MEROKOK DENGAN
TINGKAT SIMTOM DEPRESI DI KELURAHAN
TEGAL SARI MANDALA II MEDAN**

**Diajukan Sebagai Syarat Untuk Memperoleh Kelulusan Sarjana
Kedokteran**



Oleh :

**ADELIA AZIS NASUTION
1508260073**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN
2019**

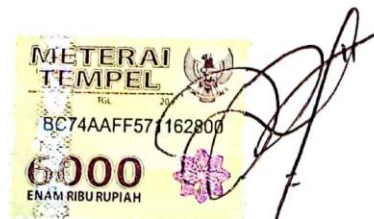
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : ADELIA AZIS NASUTION
NPM : 1508260073
Judul skripsi : Hubungan Perilaku Merokok Dengan Tingkat Simtom Depresi Di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan

Demikianlah pernyataan ini saya perbuat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Medan, 19 Januari 2019



(Adelia Azis Nasution)



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI, PENELITIAN & PENGEMBANGAN
**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
SUMATERA UTARA**
FAKULTAS KEDOKTERAN
Jalan Gedung Arca No. 53 Medan 20217 Telp. (061) 7350163 – 7333162 Ext. 20 Fax: (061) 7363488
Website: fk@umsu.ac.id

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Adelia Azis Nasution
NPM : 1508260073
Judul : Hubungan Perilaku Merokok Dengan Tingkat Simtom
Depresi Di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

DEWAN PENGUJI

Pembimbing,

(dr. Nanda Sari Nuralita, M.Ked(KJ), Sp.KJ)

Penguji 1

(dr. Sri Rezeki Arbaningsih, Sp.P., FCCP)

Penguji 2

(dr. Nelli Murlina, MKT)

Mengetahui,

Dekan FK-UMSU

Ketua Program Studi Pendidikan Dokter
FK UMSU

(Prof. dr. H. Gusbakti Rusip, M.Sc., PKK., AIFM)
NIP/NIDN : 19570817110900711002/0109048203

(dr. Hendra Suryana, M.Biomed)
NIDN : 0109048203

Ditetapkan di Medan

Tanggal : 02 Februari 2019

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warohmatullahiwabarokatuh

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala limpahan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Hubungan Perilaku Merokok Dengan Tingkat Simtom Depresi Di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan”** sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

Secara khusus penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada Ayahanda Ir. H. Miswar Nasution dan Ibunda Hj. Robiah Daulay, yang telah mendoakan serta memberikan cinta dan kasih sayang, kesabaran, perhatian, bantuan, dukungan dan pengorbanan yang tak ternilai kepada penulis. Serta penulis mengucapkan terima kasih kepada saudara/saudari penulis Alfi Syarin Nasution, S.H, dan Aqila Azis Nasution yang selalu memberi dukungan kepada penulis.

Dalam proses penyelesaian skripsi ini, penulis mendapat banyak bimbingan, saran dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati dan penghargaan yang tulus, penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Gusbakti Rusip, M.Sc., PKK.,AIFM selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
2. dr. Nanda Sari Nuralita, M.Ked(KJ), Sp.KJ selaku dosen pembimbing, yang telah mengarahkan dan memberikan bimbingan, terutama selama penelitian dan penyelesaian skripsi ini.
3. dr. Sri Rezeki Arbaningsih, Sp.P., FCCP yang telah bersedia menjadi dosen penguji satu dan memberi banyak masukan untuk penyelesaian skripsi ini.
4. dr. Nelli Murlina, MKT yang telah bersedia menjadi dosen penguji dua dan memberi banyak masukan untuk penyelesaian skripsi ini.
5. Seluruh dosen dan staf pengajar di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara yang telah membagi ilmunya kepada

6. penulis, semoga ilmu yang diberikan menjadi ilmu yang bermanfaat hingga akhir hayat kelak.
7. Kepada Kedua Kakek dan Nenek Penulis Drs. Amrun Daulay dan Nurmaini Siregar, yang selalu memberikan dukungan moril serta doa yang tidak putus-putusnya sehingga terselesaikannya skripsi ini.
8. Kepada sahabat – sahabat tercinta : Ririn Asfrita, Almira Miranda Nova, Ola Fatimah Namora, Lady Nadya Nasution, Silka Isra Mirianda, Khairunnisa, Muhammad Fahreza yang telah memberikan warna – warni dan dukungan kepada Penulis.
9. Sejawat satu kelompok bimbingan Muhammad Al Anas yang telah saling membantu dan memberikan dukungan.
10. Teman – teman terdekat saya yang sudah membantu dalam proses pengerjaan skripsi ini : Priscillya Fitri Cinthya Indra, Nabila Hana Syaqila, Filia Amanda Lubis, Ridha Sakinah Solin, Elviza Lismi Adyani, Dinda Nawa Miftah Sembiring.
11. Teman-teman seperjuangan Karina Asysyfaa ARG dan Muhammad Fikri yang telah membantu Penulis selama menempuh pendidikan.
12. Teman sejawat angkatan 2015, terkhusus 2015-B terimakasih telah mengisi hari demi hari perkuliahan selama hamper 3,5 tahun dengan suka maupun duka.
13. Semua pihak yang telah banyak membantu selama ini. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi ilmu pengetahuan.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Medan, 19 Januari 2019
Penulis

Adelia Azis Nasution

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara,
Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Adelia Azis Nasution
NPM : 1508260073
Fakultas : Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Hak Bebas Royalti Noneksklusif atas karya tulis ilmiah saya yang berjudul :

“Hubungan Perilaku Merokok Dengan Tingkat Simtom Depresi Di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara berhak menyimpan, mengalih media atau formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian kpernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Medan

Pada tanggal : 19 Januari 2019

Yang menyatakan,

(Adelia Azis Nasution)

ABSTRAK

Latar belakang: Perilaku merokok merupakan suatu perilaku yang sudah tidak asing lagi dan kebiasaan merokok pada seseorang tidak mudah untuk dihindari bahkan dihilangkan. Menurut data *World Health Organization* (WHO), lebih dari 1,1 miliar orang mengkonsumsi rokok. Terdapat proses psikologis kompleks yang terlibat dalam menghubungkan antara faktor psikologis dan perilaku merokok yang masih belum dapat dipahami sepenuhnya. Dikarenakan banyaknya penduduk Indonesia yang memiliki perilaku merokok tetapi tidak pernah dinilai simtom depresinya, hubungan antar keduanya pun menarik perhatian peneliti. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan perilaku merokok dengan simtom depresi di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik dengan desain *cross sectional*. Data diolah menggunakan SPSS uji *Chi-Square*. **Hasil:** Hasil menunjukkan bahwa hubungan perilaku merokok dengan simtom depresi di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan menunjukkan nilai p sebesar 0.0001 ($p < 0.05$). **Kesimpulan:** Terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku merokok dengan simtom depresi di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan.

Kata kunci : *Perilaku merokok, simtom depresi*

ABSTRACT

Background: Smoking is a familiar behavior and smoking behavior is not easy to avoid and even to eliminated. According to *World Health Organization (WHO)*, more than 1,1 billion people consume cigarettes. There are complex psychological processes involved in connecting between psychological factors and smoking behavior that are still not fully understood. Due to the large number of Indonesians who have smoking behavior but have never been assessed for depressive symptoms, the relationship between the two also attracts the attention of researchers. **Objective:** This study aims to determine the relationship of the smoking behavior with depressive symptoms in Tegal Sari Mandala II Village, Medan. **Method:** This study used descriptive analytical method with cross sectional design. Data is processed using the SPSS Chi-Square test. **Results:** The results showed that the relationship of the smoking behavior with depressive symptoms in Tegal Sari Mandala II Village Medan showed a p value of 0.0001 ($p < 0.05$). **Conclusion:** There is a significant relationship between smoking behavior and depressive symptoms in Tegal Sari Mandala II Village, Medan.

Keywords: Smoking behavior, depressive symptoms

DAFTAR ISI

| | |
|-----------------------------------------------------------|-------------|
| HALAMAN PERSETUJUAN | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iii |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS | iii |
| KATA PENGANTAR..... | iv |
| HALAMAN PERNYATAAN PUBLIKASI..... | vi |
| ABSTRAK | vii |
| ABSTRACT | viii |
| DAFTAR ISI..... | ix |
| DAFTAR TABEL | xi |
| DAFTAR LAMPIRAN | xii |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar belakang..... | 1 |
| 1.2 Rumusan masalah..... | 3 |
| 1.3 Tujuan penelitian..... | 4 |
| 1.3.1 Tujuan umum | 4 |
| 1.3.2 Tujuan khusus | 4 |
| 1.4 Manfaat penelitian..... | 4 |
| 1.5 Hipotesis..... | 4 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA..... | 5 |
| 2.1 Depresi | 5 |
| 2.1.1 Definisi | 5 |
| 2.1.2 Etiologi dan Faktor Risiko | 6 |
| 2.1.3 Gejala Klinis | 7 |
| 2.2 Merokok | 9 |
| 2.2.1 Pengertian Rokok | 9 |
| 2.2.2 Kandungan Rokok | 9 |
| 2.2.3 Klasifikasi Rokok | 10 |
| 2.3 Hubungan Perilaku Merokok dengan Simtom Depresi | 11 |

| | |
|-------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.4 Alat Ukur..... | 12 |
| 2.5 Kerangka Teori | 14 |
| 2.6 Kerangka Konsep | 15 |
| BAB 3 METODE PENELITIAN..... | 16 |
| 3.1 Definisi operasional | 16 |
| 3.2 Jenis penelitian | 16 |
| 3.3 Waktu dan Tempat penelitian | 17 |
| 3.3.1 Waktu penelitian | 17 |
| 3.3.2 Tempat penelitian..... | 17 |
| 3.4 Populasi dan Sampel penelitian | 17 |
| 3.4.1 Populasi penelitian | 17 |
| 3.4.2 Sampel penelitian | 17 |
| 3.4.3 Prosedur Pengambilan dan Besar Sampel..... | 18 |
| 3.4.4 Besar Sampel..... | 18 |
| 3.4.5 Kriteria Inklusi | 19 |
| 3.4.6 Kriteria Eksklusi | 19 |
| 3.5 Teknik pengumpulan data | 20 |
| 3.6 Pengolahan data | 21 |
| 3.7 Kerangka Kerja | 22 |
| BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN..... | 23 |
| 4.1 Hasil Penelitian | 23 |
| 4.1.1 Karakteristik Demografi Responden Penelitian..... | 23 |
| 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Perilaku Merokok | 25 |
| 4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Simtom Depresi | 25 |
| 4.4 Analisis Data | 25 |
| 4.5 Pembahasan..... | 27 |
| BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN..... | 32 |
| 5.1 Kesimpulan | 32 |
| 5.2 Saran..... | 32 |
| DAFTAR PUSTAKA | 33 |
| LAMPIRAN..... | 37 |

DAFTAR TABEL

| | |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 1 Klasifikasi Perokok Berdasarkan Indeks Brinkman (IB)..... | 10 |
| Tabel 3.1 Definisi Operasional | 16 |
| Tabel 4.1 Karakteristik Demografi Responden Penelitian..... | 24 |
| Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Perilaku Merokok | 25 |
| Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Simtom Depresi | 25 |
| Tabel 4.4 Hubungan antara Derajat Perokok dengan Simtom Depresi | 26 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Data Responden Penelitian
- Lampiran 2 Analisa Statistik *Chi-Square*
- Lampiran 3 Lembar Penjelasan Subjek Penelitian
- Lampiran 4 Lembar Persetujuan Setelah Penjelasan
- Lampiran 5 Kuesioner *Beck Depression Inventory II*
- Lampiran 6 Etik Penelitian
- Lampiran 7 Dokumentasi
- Lampiran 8 Biodata Penelit

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sehat jiwa adalah kondisi di mana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.¹ Gangguan jiwa adalah sekumpulan gejala dan perubahan perilaku yang terjadi pada seseorang sehingga menimbulkan penderitaan dan hendaya dalam menjalani kehidupan sehari-hari dan juga menimbulkan hendaya dalam bersosialisasi. Faktanya, satu dari empat orang dewasa akan mengalami masalah pada kesehatan jiwa dalam masa hidupnya. Gangguan jiwa sangat beragam-ragam jenisnya, mulai dari yang ringan hingga yang berat, salah satu contohnya adalah depresi.²

Depresi merupakan penyakit medis umum dan serius yang mempengaruhi secara negatif dengan apa yang dirasakan, cara berfikir, dan bagaimana dalam bertindak. Depresi menyebabkan rasa sedih atau kehilangan minat dalam kegiatan yang dinikmati dan juga menyebabkan berbagai masalah emosional dan masalah fisik yang dapat menurunkan kemampuan seseorang dalam bekerja maupun di rumah.³ Menurut data *World Health Organization* pada tahun 2017, terdapat 300 juta orang di dunia mengalami depresi.⁴ Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kemenkes tahun 2013, prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun

keatas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia.¹

Menurut data *World Health Organization* pada tahun 2015, lebih dari 1,1 miliar orang mengkonsumsi rokok dan diketahui bahwa jauh lebih banyak pria daripada wanita yang mengkonsumsi rokok.⁵ Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kemenkes tahun 2007 ke tahun 2013, dan dikombinasikan dengan jumlah penduduk dari Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2013. Hasil analisis menunjukkan bahwa terjadi sedikit peningkatan proporsi masyarakat yang merokok setiap hari dari tahun 2007 ke tahun 2013 (23,7% - 24,3%).⁶

Merokok saat ini merupakan salah satu faktor terkuat dalam meningkatkan simtom depresi.⁷ Banyak penelitian yang membuktikan bahwa merokok dan depresi merupakan suatu hubungan yang saling berkaitan. Menurut penelitian dari Tore Tjora mengatakan bahwa para perokok biasanya memiliki simtom depresi.⁸ perokok yang mengonsumsi 1 bungkus rokok per hari dapat menyerap 20-40 mg nikotin dalam satu hari, jumlah tersebut cukup untuk menimbulkan perubahan fisiologis pada otak.⁹ Dalam beberapa penelitian mengatakan depresi dapat menyebabkan seseorang untuk merokok, hasil penelitian tersebut menjelaskan bahwa nikotin yang terkandung dalam rokok dapat menjadi salah satu faktor yang dapat menghilangkan rasa tertekan. Nikotin menstimulasi pelepasan Dopamin di otak, Dopamin dapat memicu perasaan positif. Dopamin sering ditemukan rendah pada orang dengan simtom depresi, yang kemudian dapat menggunakan rokok untuk meningkatkan suplai Dopamin sementara.^{10,11}

Pada penelitian yang dilakukan oleh Liverant pada tahun 2014 yang meneliti hubungan antara merokok dengan depresi di Boston, Amerika

menemukan bahwa dari 80 sampel penelitian 31,28% koresponden yang merokok mengalami gejala depresi yang diukur dengan *Beck Depression Inventory – II* (BDI – II).¹² *Beck Depression Inventory – II* (BDI – II) berupa pertanyaan mengenai gejala depresi, seperti perubahan dalam pola tidur, kesulitan berkonsentrasi, kesedihan, kebencian pada diri sendiri, menangis, kehilangan energi, dan pikiran untuk bunuh diri. Pertanyaan tersebut diindikasikan untuk usia 10 tahun sampai dengan usia 50 tahun.¹³

Di Indonesia masih sangat sedikit yang meneliti tentang hubungan perilaku merokok dengan simtom depresi. Karena banyaknya penduduk Indonesia yang memiliki perilaku merokok tetapi tidak pernah dinilai simtom depresinya, oleh sebab itu saya ingin meneliti hubungan perilaku merokok dengan simtom depresi di kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk mengajukan penelitian tentang hubungan perilaku merokok dengan simtom depresi di kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan pada tahun 2018, dengan tujuan untuk melihat apakah ada hubungan antara perilaku merokok dengan simtom depresi.

1.5 Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan perilaku merokok dengan simtom depresi.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara perilaku merokok dengan simtom depresi.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk melihat proporsi tingkat simtom depresi pada warga kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan.
2. Untuk melihat proporsi perilaku merokok pada warga kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan.
3. Untuk melihat proporsi perilaku merokok berdasarkan tingkat usia warga kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan.

1.4 Manfaat Penelitian

Untuk melihat apakah ada hubungan antara perilaku merokok dengan simtom depresi sehingga dapat memberi masukan tentang kaitan tersebut dan sebagai bahan acuan atau bahan dasar untuk penelitian selanjutnya.

1.5 Hipotesis

Hipotesis penelitian ini menyatakan terdapat hubungan antara perilaku merokok dengan simtom depresi di kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Depresi

2.1.1 Definisi

Depresi merupakan gangguan alam perasaan yang ditandai dengan adanya penurunan afek (*mood*). *Mood* memiliki arti yaitu suasana perasaan atau keadaan emosional yang mewarnai kehidupan psikologis seseorang.¹⁴ Dalam buku *Synopsis of Psychiatry* gangguan depresi termasuk ke dalam gangguan *mood*. gangguan *mood* merupakan suatu kelompok kondisi klinis yang terus menerus dan pervasif yang mewarnai persepsi orang mengenai dunia.¹⁵

Depresi merupakan gangguan suasana hati yang umum dan serius.¹⁶ ICD-10 (*International Classification of diseases, 10th edition*) mengklasifikasikan gangguan depresi berdasarkan tingkat keparahan, dan mengidentifikasi tiga gejala utama : *mood* yang buruk, *anhedonia* (kehilangan rasa senang pada kegiatan yang sebelumnya terasa menyenangkan), dan penurunan energi (atau peningkatan rasa mudah lelah).¹⁷ Setiap manusia terkadang mengalami perasaan tidak bahagia dan sedih. Tetapi perasaan tidak bahagia dan sedih tidak sama dengan gangguan depresi.³ Ketika perasaan depresi mulai mendominasi dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan kemunduran dalam fisik dan mental, maka perasaan tersebut dapat dikatakan sebagai gangguan depresi.¹⁸

Setiap manusia terkadang mengalami perasaan tidak bahagia dan sedih. Tetapi perasaan tidak bahagia dan sedih tidak sama dengan gangguan depresi.³ Ketika

perasaan depresi mulai mendominasi dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan kemunduran dalam fisik dan mental, maka perasaan tersebut dapat dikatakan sebagai gangguan depresi.¹⁸

2.1.2 Etiologi dan Faktor Risiko

Faktor-faktor pencetus depresi yang sesungguhnya masih tidak dapat diketahui secara pasti penyebabnya, namun beberapa penelitian menyatakan bahwa terdapat sejumlah faktor yang dapat mempengaruhi depresi, yaitu:

a. Faktor Biologi

Banyak penelitian yang melaporkan bahwa terdapat sejumlah kelainan pada *biogenic amine* seperti *5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA)*, *homovanillic acid (HVA)*, dan *3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol (MHPG)* di dalam darah, urin, dan cairan serebrospinalis (CSF) pada pasien dengan gangguan *mood*. Dari penelitian tersebut dijelaskan bahwa dua neurotransmitter dari *biogenic amine*, *norepinephrine* dan *serotonin* merupakan yang paling berperan dalam patofisiologi dari gangguan *mood*.¹⁹

b. Faktor Genetik

Kaplan menyatakan bahwa faktor genetik merupakan salah satu faktor yang penting dalam perkembangan gangguan *mood*, tetapi mekanisme penurunannya dapat dikatakan sangat kompleks. Dalam penelitian terhadap keluarga, ditemukan bahwa generasi pertama dalam hubungan kekeluargaan berkemungkinan 1,5 sampai 2,5 kali lebih besar mengalami depresi.¹⁹ *American Psychiatric Association* dalam penelitian terhadap kembar, menemukan bahwa jika salah satu kembar

monozygot mengalami depresi, maka pasangan kembar monozygot nya yang lain mempunyai 70% kemungkinan mengalami depresi sesekali dalam kehidupannya.³

c. Faktor Psikososial

Salah satu faktor psikososial yang dapat mempengaruhi depresi yaitu: peristiwa kehidupan dan pengaruh tekanan eksternal, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif dan dukungan sosial.^{19,20} Suatu respon adaptif individu pada berbagai tekanan atau tuntutan eksternal (stres) dapat mencetuskan terjadinya depresi.¹⁹ Jinhui Li, Yin-Leng Theng, dan Schubert Foo meneliti bahwa keadaan seperti kesepian menjadi faktor yang sangat mendominasi dalam mencetuskan terjadinya depresi pada lanjut usia.²⁰

d. Faktor Lingkungan

Keterpaparan yang terus-menerus terhadap kekerasan, penelantaran, pelecehan, dan kemiskinan dapat membuat sebagian orang memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami depresi.^{3,21}

e. Faktor Kepribadian

Individu yang mempunyai beberapa ciri kepribadian tertentu, seperti kepribadian dependen, histrionik, dan anankastik diduga mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk terjadinya depresi. Namun kepribadian seperti antisosial dan paranoid (sebuah kepribadian yang memakai proyeksi sebagai mekanisme defensif) mempunyai risiko yang lebih rendah untuk terjadinya depresi.¹⁹

2.1.3 Gejala Klinis

Gejala klinis yang paling sering ditemukan pada pasien depresi yaitu terdapat penurunan *mood* yang berkepanjangan, namun gejala tersebut tidak dapat

sepenuhnya membantu dalam menegakkan diagnosis.¹⁷ ICD-10 (*International Classification of diseases, 10th edition*) dan DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*) memiliki makna yang hampir sama dalam klasifikasi gangguan depresi yaitu, *mood* yang buruk, anhedonia (kehilangan rasa senang pada kegiatan yang sebelumnya terasa menyenangkan), dan penurunan energi (peningkatan rasa mudah lelah).^{19,17,22}

Dalam buku *At a Glance Psychiatry* dituliskan bahwa terdapat gejala pendamping lain yang dapat membantu dalam menegakkan diagnosis gangguan depresif. Anhedonia biasanya disertai dengan adanya kehilangan motivasi dan emosi yang reaktif. gejala lain yang dapat terjadi, seperti perubahan dalam pola tidur, perubahan dalam nafsu makan, libido, dan terutama terlihat jelas pada lanjut usia. Perubahan dalam pola tidur yang dimaksud ialah waktu tidur menurun, dengan pola bangun tidur yang lebih awal (lebih dari dua jam dibandingkan jam bangun biasanya) dan penurunan *mood* yang lebih berat pada pagi hari (variasi diurnal). Selain itu dapat ditemukan pula insomnia dan dilanjutkan dengan tidur yang berlebihan.¹⁷ Perubahan dalam nafsu makan seringkali menyebabkan penurunan berat badan, maka tidak heran jika terdapat gejala lain yaitu penurunan berat badan. Pada kasus berat, dapat terjadi keengganan dan penolakan untuk makan dan minum.²²

2.2 Merokok

2.2.1. Pengertian Rokok

Merokok merupakan suatu perilaku yang sudah tidak asing lagi. Perilaku merokok dapat dikonsumsi oleh siapa saja, seperti orang tua, remaja, dan bahkan anak kecil pun mengonsumsi rokok. Kebiasaan merokok pada seseorang tidak mudah untuk dihindari bahkan dihilangkan.²³ Kebiasaan merokok dapat menyebabkan dampak buruk bagi kesehatan seseorang dan merupakan salah satu penyebab kematian dan timbulnya penyakit. Dampak buruk yang disebabkan oleh rokok akan timbul pada 10-20 tahun setelah mengkonsumsinya.²⁴ Menurut Departemen Kesehatan Dalam Gizi dan Promosi Masyarakat, Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang memiliki produsen rokok dan konsumen rokok yang tinggi.²⁵

2.2.2 Kandungan Rokok

Kandungan zat kimia yang ada didalam sebatang rokok memiliki kadar yang berbeda. Kandungan yang paling dominan didalam sebatang rokok yaitu, nikotin dan tar.

1. Nikotin

Nikotin merupakan zat atau bahan senyawa kelompok alkaloid yang berasal dari *Nicotina Tabacum*, *Nicotina Rustica* dan spesies lainnya atau sintesisnya bersifat adiktif dan dapat menyebabkan seseorang akan merasa ketagihan.²⁶

2. Tar

Tar adalah residu atau bahan senyawa yang mengandung sebagian besar agen mutagenik dan karsinogenik.²⁷

3. Kandungan lain didalam rokok

Kandungan lain yang terdapat didalam rokok, seperti *Carbon Monoxide* (CO), *Hydrogen Cyanide* (HCN), dan *Nitrogen Monoxide* (NO) yang dapat menyebabkan gangguan pada kesehatan.²⁸

2.2.3 Klasifikasi

Rumus Indeks Brinkman (IB) = Jumlah rata – rata rokok yang dihisap sehari (batang) x Lama merokok (tahun). Klasifikasi perokok berdasarkan Indeks Brinkman adalah:²⁹

Tabel 1. Klasifikasi Perokok Berdasarkan Indeks Brinkman (IB)

| Indeks Brinkman | Klasifikasi |
|-----------------|----------------|
| 0 – 199 | Perokok ringan |
| 200 – 599 | Perokok sedang |
| >600 | Perokok berat |

2.3 Hubungan Perilaku Merokok dengan Simtom Depresi

Dalam beberapa penelitian mengatakan bahwa terdapat hubungan perilaku merokok dengan simtom depresi dan didapatkan hasil penemuan yang berbeda-beda.^{10,30,31} Di masa yang modern ini, merokok menjadi suatu perilaku yang sudah tidak asing lagi. Perilaku merokok merupakan penyebab kematian terbesar namun sebenarnya dapat dicegah.³¹ Menurut data *World Health Organization*, perilaku merokok menyebabkan kematian lebih dari 7 juta orang setiap tahunnya di dunia.³² Perilaku merokok dapat dilakukan oleh siapa saja, seperti orang tua, remaja, dan bahkan anak kecil pun melakukan perilkumerokok.⁹ Beberapa penelitian mengatakan bahwa perilaku merokok pada masa remaja merupakan faktor risiko untuk terjadinya gejala depresi pada usia awal dewasa tetapi tidak menutup kemungkinan bahwa gejala depresi tersebut dapat terjadi pada semua umur.⁸

Depresi lebih sering terjadi pada perempuan daripada laki-laki dan menurut penelitian Khademalhosseini Z, dkk pada tahun 2015 nikotin yang terkandung dalam rokok dapat menyebabkan perubahan dalam neurokimia dalam tubuh yang dapat mengakibatkan gejala depresi, namun nikotin dapat pula menjadi salah satu faktor yang dapat menghilangkan rasa tertekan dengan cara menstimulasi pelepasan dopamin di otak.³¹ Dopamin sering ditemukan rendah pada orang depresi, yang kemudian dapat menggunakan rokok untuk meningkatkan suplai dopamin sementara.¹¹

Tore Tjora dalam penelitiannya berpendapat bahwa terdapat bahwa penelitian mengenai hubungan antara perilaku merokok dengan simtom depresi melibatkan dua faktor yang paling mendominasi, yaitu faktor genetik dan faktor lingkungan.⁸

a. Faktor biologi

Faktor genetik menjadi salah satu faktor yang berperan dalam hubungan perilaku merokok dengan simtom depresi. Disebutkan bahwa pemberian nikotin dapat mengakibatkan disfungsi pada sistem hipotalamus-hipofisis-adrenal, yang menyebabkan sekresi berlebihan dari hormon kortisol dan perubahan dalam neurotransmitter monoamin.⁸ neurotransmitter monoamin (serotonin, katekolamin, dopamin, adrenalin, dan noradrenalin).³³

b. Faktor lingkungan

Peristiwa kehidupan maupun stres dari lingkungan dapat mempengaruhi fungsi dopaminergik otak tengah. Dampaknya adalah perilaku merokok yang berkepanjangan dapat meningkatkan sensitivitas respon stres dan melemahkan kemampuan tubuh beradaptasi terhadap stres dan rentan terhadap dampak pemicu stres dari lingkungan.³⁰

2.4 BDI II (*Beck Depression Inventory II*)

Beck Depression Inventory (BDI) pertama kali ditemukan oleh Dr. Aaron T. Beck pada tahun 1961. *Beck Depression Inventory* (BDI) merupakan 21 rangkaian pertanyaan berganda untuk mengevaluasi tingkat keparahan depresi pada seseorang. Awalnya *Beck Depression Inventory* (BDI) pada tahun 1961 bernama *Beck Depression Inventory Original*, kemudian pada tahun 1978 diperbaharui menjadi *Beck Depression Inventory – IA*, dan pada tahun 1996 diperbaharui

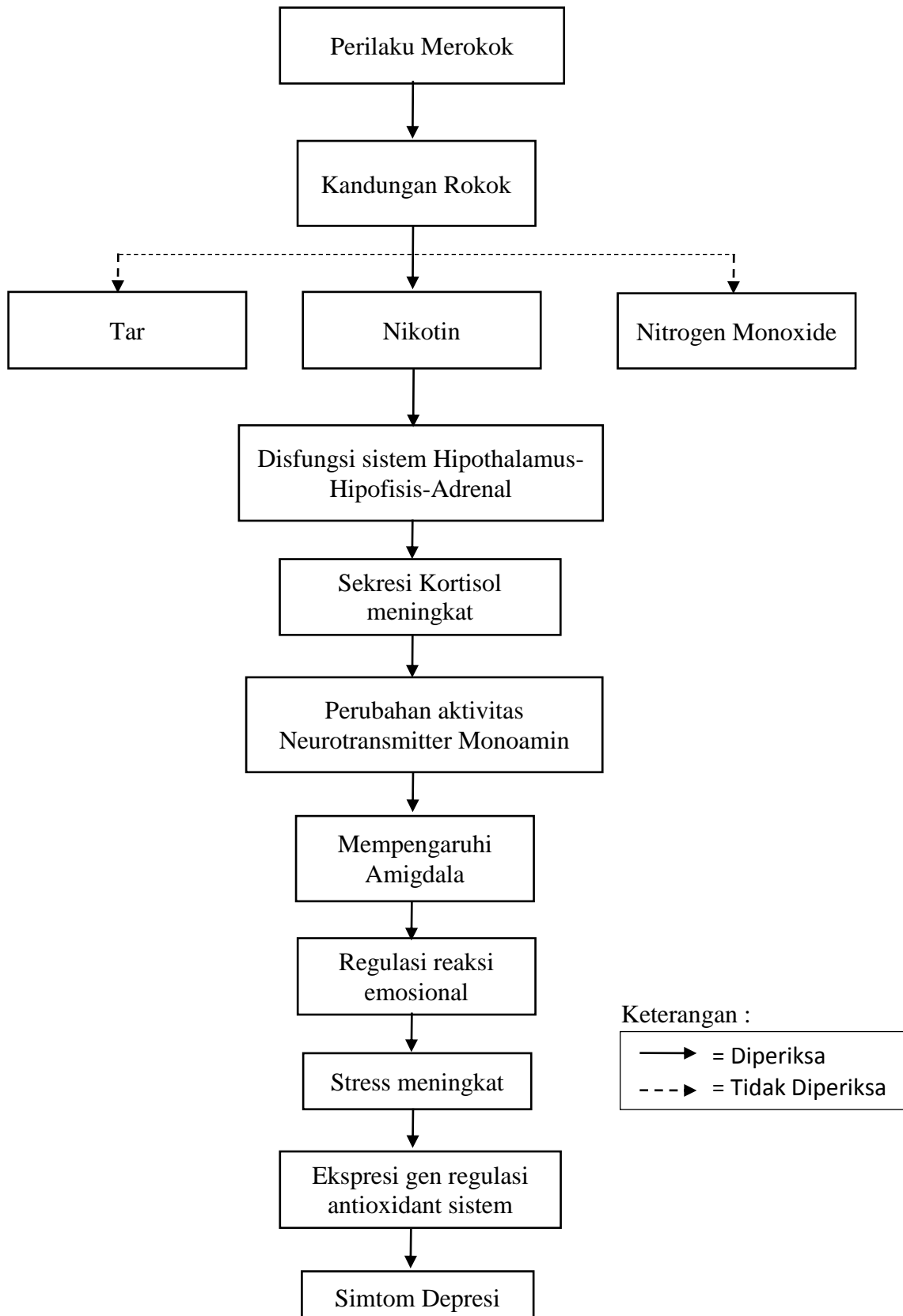
kembali menjadi *Beck Depression Inventory – II* yang masih digunakan sampai pada saat ini.¹³

Beck Depression Inventory – II berupa pertanyaan mengenai gejala depresi, seperti perubahan dalam pola tidur, kesulitan berkonsentrasi, kesedihan, kebencian pada diri sendiri, menangis, kehilangan energi, dan pikiran untuk bunuh diri. Pertanyaan tersebut diindikasikan untuk usia 10 tahun sampai dengan usia 50 tahun sesuai dengan kriteria *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorder – IV* (DSM IV) dan *American Psychiatric Association 2000*.³⁴ Nilai validitas *Beck Depression Inventory – II* mencapai 93% dan BDI – II sudah baku dan dilindungi oleh hak cipta.¹³

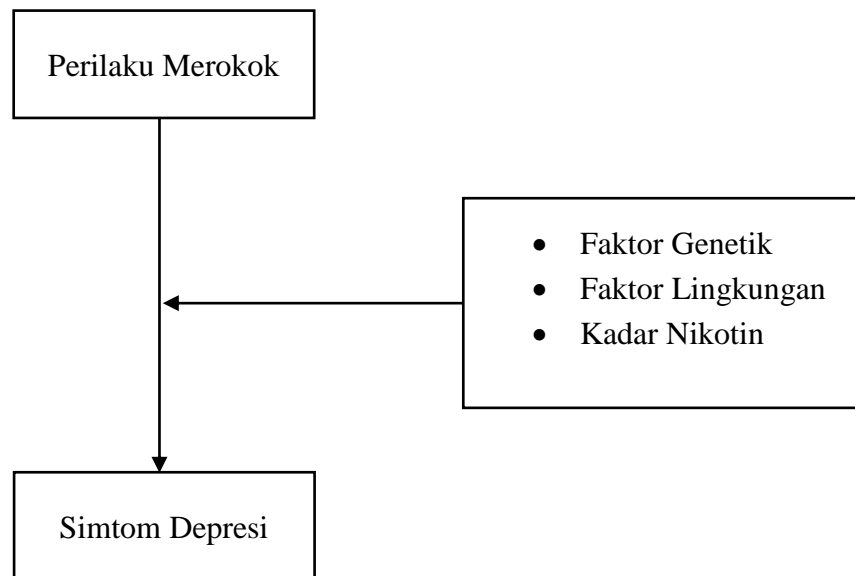
BDI – II mempunyai interpretasi derajat keparahan depresi seseorang, yaitu:^{13,35}

- 10 – 18 = Depresi Ringan
- 19 – 29 = Depresi Sedang
- 30 – 63 = Depresi Berat

2.5 Kerangka Teori



2.6 Kerangka Konsep



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Defenisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional.

| Variabel | Defenisi Operasional | Alat Ukur dan Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------|
| Perilaku Merokok | Gambaran perilaku merokok pada sampel | Rumus Indeks Brinkman (IB) | 0-199 : Perokok Ringan 200-599 : Perokok Sedang > 600 : Perokok Berat | Ordinal |
| Simtom Depresi | Gambaran simtom depresi pada sampel | Kuesioner BDI-II | 10-18 : Depresi Ringan 19-29 : Depresi Sedang 30-63 : Depresi Berat | Ordinal |

3.2 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang akan digunakan yaitu dengan metode deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* dimana peneliti akan melakukan pengambilan data hanya dilakukan satu kali untuk mencari hubungan antara perilaku merokok dengan simtom depresi di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan.

| Kegiatan | Bulan | | | | | | | | |
|-----------------------|-------|------|------|-------|------|-----|-----|-----|-----|
| | Mei | Juni | Juli | Agust | Sept | Okt | Nov | Des | Jan |
| Persiapan Proposal | | | | | | | | | |
| Sidang Proposal | | | | | | | | | |
| Penelitian | | | | | | | | | |
| Analisis dan Evaluasi | | | | | | | | | |
| Seminar Hasil | | | | | | | | | |

3.3 Waktu dan Tempat Penelitian

3.3.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Januari 2019.

3.3.2 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan.

3.4 Populasi dan Sampel Penelitian

3.4.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan.

3.4.2 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini merupakan masyarakat kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan yang memenuhi kriteria selama bulan Januari 2019.

3.4.3 Prosedur Pengambilan Data

Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner *Beck Depression Inventory – II* (BDI – II), kuesioner akan diberikan kepada seluruh sampel yang ada di kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan dan sampel diminta untuk mengisi kuisisioner sesuai dengan kondisi yang dirasakan oleh sampel.

3.4.4 Besar Sampel

Dalam menentukan besar sampel dalam penelitian *cross sectional* ini dengan menggunakan metode rumus besar sampel untuk uji hipotesis terhadap risiko relatif :

$$P : 0,5129 , Q: 0,4871$$

$$P1-P2 = \text{Selisih minimal proporsi yang bermakna} = 40\%$$

$$P1 = P2 + 40\% = 0,3128 + 0,4 = 0,713$$

$$Q1 = 1 - P2 = 1 - 0,3128 = 0,6872$$

$$P = \frac{(p1+p2)}{2} = \frac{(0,713+0,3128)}{2} = \frac{1,0258}{2} = 0,5129$$

$$Q = 1 - P = 1 - 0,5129 = 0,4871$$

$$P2 : 0,3128 , P1 : 0,713 , Q1: 0,287 , Q2: 0,6872$$

$$n1 = n2 = \left(\frac{Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P1Q1 + P2Q2}}{(P1 - P2)} \right)^2$$

$$n1 = n2 = \left(\frac{1,96\sqrt{2 \cdot 0,5129 \cdot 0,4871} + 0,84\sqrt{0,713 \cdot 0,287 + 0,3128 \cdot 0,6872}}{(0,713 - 0,3128)} \right)^2$$

$$n1 = n2 = 146$$

Keterangan :

- Besar kesalahan tipe I (α) = 0,05
- n1 dan n2 = Sampel
- $Z\alpha$ = Deviat baku alfa: 1,96
- $Z\beta$ = Deviat baku: 0.84
- P2 = Pada kelompok dari penelitian sebelumnya
- Q = 1-p
- Q1 = 1-p1
- Q2 = 1-p2
- P = $\frac{(p1+p2)}{2}$
- P1-P2 = Selisih minimal proporsi yang bermakna

3.4.5 Kriteria Inklusi

- a. Masyarakat Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan yang berusia 20 – 50 tahun.
- b. Masyarakat Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan yang memiliki riwayat perilaku merokok lebih dari 1 tahun.
- c. Memiliki riwayat perilaku merokok dan bersedia untuk mengisi kuesioner.
- d. Kooperatif dan mampu memberikan informasi.

3.4.6 Kriteria Eksklusi

- a. Masyarakat Kelurahan Tegal Sari Mandala Medan II yang memiliki riwayat gangguan depresi atau gangguan psikiatri lainnya yang telah didiagnosa oleh dokter spesialis jiwa.

- b. Mempunyai riwayat penggunaan zat adiktif.

3.5 Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini data yang diperoleh adalah data primer. Data primer merupakan data yang diperoleh langsung oleh peneliti dengan menggunakan kuesioner dan dilakukan secara langsung terhadap sampel penelitian. Kuesioner tersebut terdiri atas identitas responden, *informed consent*, dan 21 pertanyaan BDI – II yang sudah baku.

Sebelum diberikan lembar *informed consent* peneliti akan menjelaskan tentang maksud, kepentingan, dan manfaat dari penelitian tersebut untuk peneliti dan sampel, sampel berhak bertanya kepada peneliti tentang penelitian tersebut dan peneliti akan menjawab pertanyaan responden.

Responden akan diberikan lembar *informed consent* untuk menyatakan bahwa responden mengerti dan menyetujui untuk menjadi sampel dari penelitian, responden yang setuju akan menandatangani lembar *informed consent* tersebut. Peneliti akan menjaga kerahasiaan informasi yang telah didapat dalam bentuk apapun oleh responden. Setelah responden setuju, responden diminta untuk mengisi kuesioner BDI – II untuk mengetahui gambaran perilaku merokok dan simtom depresi pada sampel. Pemeriksaan dilakukan dengan cara *self report* dengan cara mengisi kuesioner yang diberikan kepada responden, dan responden berhak untuk menolak menjadi sampel dalam penelitian dan tidak akan diberikan sanksi apapun.

3.6 Pengolahan Data

Dalam penelitian ini pengolahan data dilakukan setelah data dari responden telah terkumpul dengan melalui beberapa tahap yaitu :

a. *Editing*

Editing dilakukan untuk memeriksa ketepatan dan kelengkapan data. Apabila data belum lengkap ataupun terdapat kesalahan data dilengkapi dengan mewawancarai ulang responden.

b. *Coding*

Data yang telah terkumpul dan dikoreksi ketepatan dan kelengkapannya kemudian diberi kode untuk memudahkan melakukan analisis data.

c. *Entry*

Data yang telah dikoreksi kemudian dimasukkan ke dalam komputer dan dilakukan pengolahan data dengan menggunakan teknik komputerisasi.

d. *Cleaning Data*

Pemeriksaan semua data yang telah dimasukkan ke dalam komputer guna menghindari terjadinya kesalahan dalam pemasukan data.

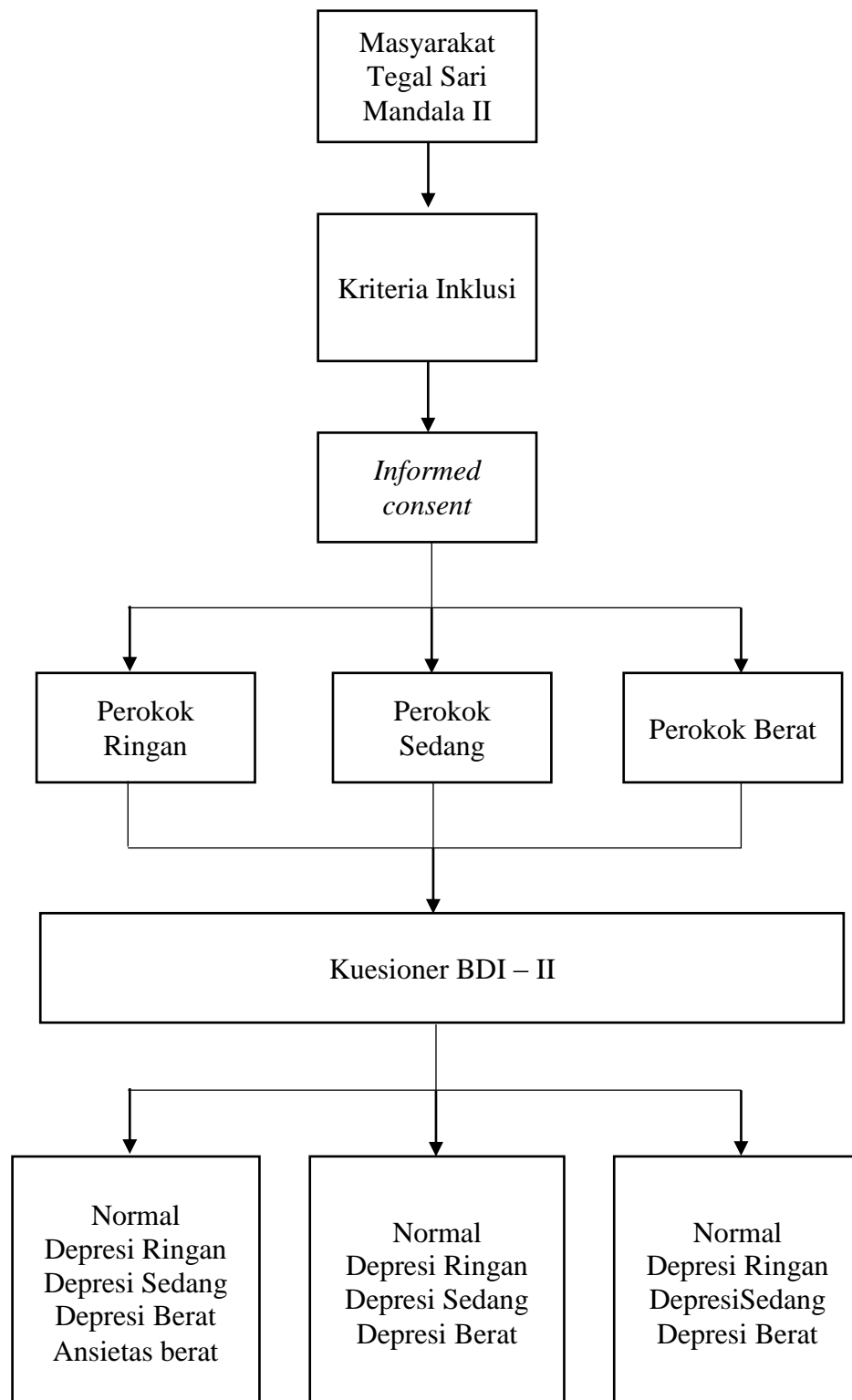
e. *Saving*

Penyimpanan data yang akan di analisis.

f. Analisis Data

Menganalisis data yang telah dikumpulkan.

3.7 Kerangka Kerja



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Kecamatan Medan Denai, Sumatera Utara berdasarkan persetujuan Komisi Etik dengan Nomor : 203/KEPK/FKUMSU/2019. Jenis penelitian yang digunakan yaitu dengan metode deskriptif analitik dengan desain *cross sectional*, yang bertujuan untuk mengetahui hubungan perilaku merokok dengan tingkat simtom depresi di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari 2019.

Responden penelitian ini diperoleh dari masyarakat Kelurahan Tegal Sari Mandala, Kecamatan Medan Denai, Sumatera Utara pada bulan Januari 2019 yang berjumlah 146 orang.

Hasil penelitian ini dipaparkan sebagai berikut : jumlah responden yang melakukan perilaku merokok dengan tingkat simtom depresi ringan, sedang, dan berat menurut hasil kuesioner *Beck Depression Inventory – II (BDI – I I)*.

4.1.1 Karakteristik Demografi Responden Penelitian

Distribusi frekuensi responden penelitian yaitu masyarakat Kelurahan Tegal Sari Mandala II, Kecamatan Medan Denai, Kota Medan berdasarkan jenis kelamin, usia, pendidikan, dan status pernikahan.

Tabel 4.1 Karakteristik Demografi Responden Penelitian

| Karakteristik Demografi | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Jenis kelamin | | |
| Laki-laki | 137 | 93.8% |
| Perempuan | 9 | 6.2% |
| Usia | | |
| 20-30 | 4 | 2.7% |
| 31-40 | 62 | 42.5% |
| 41-50 | 80 | 54.8% |
| Pendidikan | | |
| SMP | 25 | 17.1% |
| SMA | 81 | 55.5% |
| Sarjana | 40 | 27.4% |
| Status Pernikahan | | |
| Sudah menikah | 134 | 91.8% |
| Belum menikah | 12 | 8.2% |
| Total | 146 | 100% |

Berdasarkan tabel diatas, dari 146 responden, didapati responden berjenis kelamin laki laki yang terbanyak yaitu sebanyak 137 orang (93.8%) dan perempuan sebanyak 9 orang (6.2%). Untuk usia, kelompok usia terbanyak dijumpai pada usia 41-50 tahun yaitu sebanyak 80 orang (54.8%), diikuti oleh usia 31-40 tahun sebanyak 62 orang (42.5%), dan kelompok usia 20-30 sebanyak 4 orang (2.7%).

Untuk pendidikan, tingkat pendidikan terbanyak yaitu sebanyak 81 orang (55.5%) dari keseluruhan responden dengan tingkat pendidikan SMA, lalu sebanyak 40 orang (27.4%) dengan tingkat pendidikan Sarjana, dan sebanyak 25 orang (17.1%) dengan tingkat pendidikan SMP.

Sedangkan untuk karakteristik demografi status pernikahan, 134 orang (91.8%) dari keseluruhan responden sudah menikah, sedangkan 12 orang (8.2%) diantara lainnya belum menikah.

4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Perilaku Merokok

| Kategori | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|----------------|------------|----------------|
| Perokok Ringan | 35 | 24% |
| Perokok Sedang | 56 | 38.3% |
| Perokok Berat | 55 | 37.7% |
| Total | 146 | 100% |

Pada tabel 4.2, kategori perokok tertinggi dijumpai pada kelompok perokok sedang yaitu sebanyak 56 orang (38.3%), disusul oleh perokok berat sebanyak 55 orang (37.7%) dan perokok ringan sebanyak 35 orang (24%).

4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Simtom Depresi

| Kategori | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|----------------|------------|----------------|
| Depresi Ringan | 30 | 20.5% |
| Depresi sedang | 65 | 44.6% |
| Depresi berat | 51 | 34.9% |
| Total | 146 | 100% |

Berdasarkan tabel 4.3, didapati kategori depresi sedang menjadi yang tertinggi yaitu sebanyak 65 orang (44.6%), diikuti depresi berat sebanyak 51 orang (34.9%), dan depresi ringan sebanyak 30 orang (20.5%).

4.4 Analisis Data

Setelah didapati hasil tingkatan perilaku merokok dan simtom depresi dari masing – masing responden penelitian, untuk mengetahui ada atau tidaknya perbedaan yang bermakna diantara variabel tersebut maka akan di uji dengan analisis uji statistik menggunakan metode *Chi Square* tabel 3x3 dengan syarat *expected cells* tidak boleh lebih dari 20% yang terpenuhi.

Tabel 4.4 Hubungan antara Derajat Perokok dengan Simtom Depresi

| Simtom Depresi | Derajat Perokok | | | Nilai p |
|----------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|---------|
| | Perokok Ringan n (%) | Perokok Sedang n (%) | Perokok Berat n (%) | |
| Depresi ringan | 30 (85.7%) | 5 (14.3%) | 0 (0%) | 0.0001 |
| Depresi sedang | 0 (0%) | 50 (89.3%) | 6 (10.7%) | |
| Depresi berat | 0 (0%) | 10 (18.2%) | 45 (81.8%) | |
| Total | 30 (20.5%) | 65 (44.5%) | 51 (34.9%) | |

Berdasarkan tabel 4.4 diatas, didapati hasil perbandingan pada tingkat simtom depresi yang ada pada perokok ringan, perokok sedang, dan perokok berat. Pada perokok ringan didapati sebanyak 30 orang (85.7%) dengan tingkat depresi ringan, dan tidak ada dijumpai responden dengan depresi sedang dan berat. Sedangkan pada perokok sedang, depresi sedang paling banyak dijumpai sebanyak 50 orang (89.3%) disusul depresi berat sebanyak 10 orang (18.2%) dan depresi ringan sebanyak 5 orang (14.3%). Sementara pada perokok berat, depresi

berat paling banyak dijumpai sebanyak 45 orang (81.8%), depresi sedang sebanyak 6 orang (10.7%), dan tidak ada dijumpai responden dengan depresi ringan.

Tingkat kemaknaan yang dipakai adalah $\alpha = 0,05$. Nilai p ditemukan sebesar 0.0001. Variabel akan dikatakan berhubungan secara signifikan apabila nilai $p < 0,05$. Hal ini bermakna bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku merokok dengan simtom depresi di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan.

4.5 Pembahasan

Dari hasil analisis karakteristik demografi responden studi, didapatkan hasil bahwa responden berjenis kelamin laki – laki lebih banyak yang melakukan perilaku merokok (93.8%) dari pada perempuan (6.2%). Studi ini sesuai dengan data Riskesdas tahun 2007 dan 2010 dimana dijumpai prevalensi bahwa perokok 16 kali lebih tinggi pada laki – laki (65.8%) dibandingkan perempuan (4.2%).⁶

Untuk usia, kelompok usia terbanyak dijumpai pada usia 41-50 tahun yaitu sebanyak 80 orang (54.8%), diikuti oleh usia 31-40 tahun sebanyak 62 orang (42.5%), dan kelompok usia 20-30 sebanyak 4 orang (2.7%). Hasil studi ini sesuai dengan studi yang dilakukan oleh Syarifah Nurul pada tahun 2015 dimana ditemukan bahwa perokok paling banyak pada kelompok umur >40 tahun (45.5%).³⁶

Studi ini juga sesuai dengan studi yang dilakukan oleh Ayu Warma pada tahun 2015 pada studi ini perokok terbanyak pada kelompok usia 41-50 tahun, dimana pada usia 41-50 tahun produktifitas kerja sudah mulai menurun sehingga perokok mempunyai banyak waktu luang untuk menghisap rokok dan aktivitas

diluar rumah biasanya mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk merokok disebabkan pergaulan.³⁷

Pada karakteristik pendidikan, tingkat pendidikan terbanyak yaitu dengan tingkat pendidikan SMA (55.5%). Hasil studi ini sesuai dengan studi yang dilakukan oleh Syarifah Nurul pada tahun 2015 dimana ditemukan bahwa perokok lebih banyak yang tamat SMA (50%).³⁶ Hal ini dikaitkan dengan studi Wang *et al* pada tahun 2018 dimana dikatakan bahwa latar belakang pendidikan mempengaruhi pemahaman seseorang akan bahaya merokok bagi kesehatan.³⁸

Pada karakteristik demografi status pernikahan, didapatkan perilaku merokok paling banyak ditemukan pada seseorang dengan status menikah (91.8%) dari keseluruhan responden. Hal ini sesuai dengan studi yang dilakukan oleh Syarifah Nurul pada tahun 2015 dimana ditemukan bahwa perilaku merokok lebih banyak dilakukan oleh seseorang yang sudah menikah (54.5%).³⁶

Berdasarkan studi yang dilakukan oleh Ervina pada tahun 2013 dikatakan bahwa ada beberapa faktor yang menyebabkan seseorang melakukan perilaku merokok. Dari faktor psikologi, meliputi faktor perkembangan sosial, psikiatrik, dan biologik. Dari faktor lingkungan yang mempengaruhi seseorang melakukan perilaku merokok yaitu orang tua, saudara, dan teman sebaya yang melakukan perilaku merokok. Dari faktor regulatori, meliputi harga jual yang rendah dan fasilitas memperoleh rokok yang cukup mudah membuat seseorang melakukan perilaku merokok. Sedangkan dari faktor farmakologi nikotin, adanya kandungan nikotin pada rokok membuat perokok kecanduan dan terus ingin melakukan perilaku merokok.³⁹

Dari hasil studi ini, kategori perokok tertinggi dijumpai pada kelompok perokok sedang (38.3%), disusul oleh perokok berat (37.7%) dan perokok ringan (24%). Hal ini sesuai dengan studi yang dilakukan oleh Octaria pada tahun 2010 dimana didapatkan hasil studi bahwa jumlah responden dengan perilaku merokok tertinggi dijumpai pada kelompok perokok sedang (58.60%).⁴⁰

Semakin berat perilaku merokok seseorang, dijumpai juga simtom depresi yang meningkat. Hal ini dikaitkan dengan studi sebelumnya yang mengatakan bahwa terdapat hubungan antara merokok dengan depresi. Dimana semakin berat perilaku merokok seseorang semakin bertambah pula nikotin yang dikonsumsi yang kemudian dapat menyebabkan perubahan dalam neurokimia dalam tubuh yang dapat mengakibatkan gejala depresi.^{8,31}

Dalam studi ini tampak bahwa responden dengan perokok ringan didapati sebanyak 30 orang (85.7%) dengan tingkat depresi ringan, dan tidak ada dijumpai responden dengan depresi sedang dan berat. Sedangkan pada perokok sedang, depresi sedang paling banyak dijumpai sebanyak 50 orang (89.3%) disusul depresi berat sebanyak 10 orang (18.2%) dan depresi ringan sebanyak 5 orang (14.3%). Sementara pada perokok berat, depresi berat paling banyak dijumpai sebanyak 45 orang (81.8%), depresi sedang sebanyak 6 orang (10.7%), dan tidak ada dijumpai responden dengan depresi ringan.

Pada studi ini, hubungan antara perilaku merokok dengan simtom depresi menunjukkan nilai p sebesar 0.0001 ($p < 0.05$). variabel akan dikatakan berhubungan secara signifikan apabila nilai $p < 0.05$. hal ini bermakna bahwa terdapat hubungan secara signifikan antara perilaku merokok dengan simtom

depresi di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan. Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Tore Tjora pada tahun 2014 yang meneliti hubungan antara perilaku merokok dengan depresi dari masa remaja sampai dewasa, dimana hubungannya dengan simtom depresi memiliki korelasi yang kuat ($p < 0.01$). Studi tersebut menjelaskan bahwa terdapat dua faktor yang mendominasi terhadap hubungan antara perilaku merokok dengan simtom depresi, yaitu faktor genetik dan faktor lingkungan.⁸

Faktor genetik menjadi salah satu faktor yang berperan dalam hubungan perilaku merokok dengan simtom depresi. Disebutkan bahwa pemberian nikotin dapat mengakibatkan disfungsi pada sistem hipotalamus-hipofisis-adrenal, yang menyebabkan sekresi berlebihan dari hormon kortisol dan perubahan dalam neurotransmitter monoamine, yaitu neurotransmitter monoamin (serotonin, katekolamin, dopamin, adrenalin, dan noradrenalin).^{8,33}

Faktor lingkungan juga dapat mempengaruhi fungsi dopaminergik otak tengah. Dampaknya adalah perilaku merokok yang berkepanjangan dapat meningkatkan sensitivitas respon stres dan melemahkan kemampuan tubuh beradaptasi terhadap stres dan rentan terhadap dampak pemicu stres dari lingkungan.⁸

Selain itu disebutkan juga bahwa mengonsumsi nikotin dapat pula menjadi salah satu faktor yang dapat menghilangkan rasa tertekan dengan cara melepas pelepasan dopamin di otak.³¹ Dopamin dikenal sebagai neurotransmitter yang menghantarkan sinyal dalam otak, namun dopamin juga memiliki peran dalam mengatur pergerakan, pembelajaran, daya ingat, emosi, rasa senang, dan

kognisi.⁴¹ Dopamin sering ditemukan rendah pada seseorang yang mengalami gangguan depresi, yang kemudian dapat menggunakan rokok untuk meningkatkan suplai dopamin sementara.¹¹

Depresi merupakan gejala yang dapat menyebabkan seseorang memiliki perilaku merokok. Pada orang depresi, awalnya mereka akan merokok untuk menghilangkan gejala depresinya sehingga perilaku tersebut akan dilakukan setiap hari sampai pada akhirnya mengalami ketergantungan nikotin. Penelitian yang dilakukan oleh McKenzie pada tahun 2010 telah menyelidiki hubungan antara gejala depresi yang meningkat pada kelompok yang mengkonsumsi rokok ini dapat berarti bahwa sampel telah memiliki gejala gangguan depresi sebelum merokok.⁴²

Kekurangan penelitian ini adalah tidak menilai variabel lain seperti penyakit penyerta, gaya hidup, status ekonomi, serta faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku merokok ataupun simtom depresi. Kelebihan penelitian ini adalah penelitian ini merupakan penelitian pertama di Sumatera Utara yang meneliti tentang hubungan antara perilaku merokok dengan simtom depresi.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil analisis didapatkan karakteristik berjenis kelamin laki – laki yang terbanyak yaitu 137 orang (93.8%), kelompok usia terbanyak pada usia 41-50 tahun dengan jumlah 80 orang (54.8%), untuk tingkat pendidikan terbanyak dijumpai tingkat Pendidikan SMA yaitu 81 orang (55.5%). Sedangkan untuk karakteristik demografi status pernikahan, 134 orang (91.8%) responden sudah menikah.
2. Pada responden, kategori perokok terbanyak dijumpai pada kelompok perokok sedang yaitu sebanyak 56 orang (38.3%), dan kategori depresi sedang menjadi yang terbanyak dijumpai yaitu sebanyak 65 orang (44.6%).
3. Terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku merokok dengan simtom depresi di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan, dengan menunjukkan nilai p sebesar 0.0001 ($p < 0.05$).

5.2 Saran

1. Dengan dijumpai hubungan yang signifikan antara perilaku merokok dengan simtom depresi, maka dapat menjadi perhatian bagi klinisi dalam pencegahan perilaku merokok.
2. Hendaknya klinisi tidak hanya memperhatikan perilaku merokok saja, tetapi juga memperhatikan dampak yang diakibatkan seperti simtom depresi.
3. Diharapkan penelitian ini dapat bermanfaat sebagai acuan dan referensi untuk penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ikatan Dokter Indonesia. Hari Kesehatan Jiwa Sedunia: Penyebab Munculnya Gangguan Kesehatan Jiwa. [Internet] 2016. [Cited 2018 April 15] Available :<http://www.idionline.org/berita/hari-kesehatan-jiwa-sedunia-penyebab-munculnya-gangguan-kesehatan-jiwa/>.
2. Ikatan Dokter Indonesia. Press Release “Penanganan Kegawatdaruratan Gangguan Jiwa” (Psikiatri). [Internet] 2014.[Cited 2018 April 15]. Available :<http://www.idionline.org/berita-lengkap/press-release-penanganan-kegawatdaruratan-gangguan-jiwa-psikiatri/>.
3. American Psychiatric Association. What Is Depression? Psychiatric News.[Internet] 2014. [Cited 2018 April 15]. Available : <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression/>.
4. World Mental Health Day 2017. WHO. [Internet] 2017 April. [Cited 2018 April 15]. Available : http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/en/.
5. World Health Organization. Prevalence of tobacco smoking. [Internet] 2016.[Cited 2018 April 15]. Available : <http://www.who.int/gho/tobacco/use/en/>.
6. Kementrian Kesehatan RI. Infodatin: Hari Tanpa Tembakau Sedunia. 2013. Jakarta
7. Goodman E, Capitan J. Depressive Symptoms and Cigarette Smoking Among Teens.[Internet] 2013 October 4.[Cited 2018 April 15]. Available : <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/106/4/748.full.pdf>.
8. Tjora T, Hetland J, Aar LE, Wold B. The association between smoking and depression from adolescence to adulthood. 2014;(6):1022-1030.
9. Rahardja FM. Journal of Medicine. Efektivitas Berbagai Produk Nicotine Replacement Therapy Sebagai Terapi Untuk Berhenti Merokok. 2014.219-220.
10. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: A systematic review. Nicotine Tob Res. 2017;(19):3-13.
11. Smoking and mental health. Mental Health Foundation.[Internet] 2013. [Cited 2018 April 15]. Available : <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to>

z/s/smoking-and-mental-health.

12. Liverant GI, Sloan DM, Pizzagalli DA, et al. Associations among smoking, anhedonia, and reward learning in depression. Elsevier. 2014;(5):651-663.
13. Jackson-Koku G. Beck depression inventory. *Occup Med (Chic Ill)*. 2016;66(2):174-175.
14. Yustinus S. *Kesehatan Mental 3*. Yogyakarta: Kanisius; 2006.
15. Puri BK, Laking PJ, Treasaden IH. *Buku Ajar Psikiatri*. 2nd ed. (Muttaqin H, Dany F, eds.). EGC; 2011.
16. National Institute of Mental Health. Depression.[Internet] 2018 February.[Cited 2018 April 20].Available : <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>.
17. Cornelius K, Cooper C, Robertson M. *At a Glance Psikiatri*. 4th ed. (Noviyanti C, ed.). Penerbit Erlangga; 2013.
18. Longe JL, Group G. *Gale Encyclopedia Of Medicine*. *Gale Encycl Med*. 2006;3rd:1016.
19. Kaplan HI, Sadock B, Grebb JaA. *Sinopsis Psikiatri*. In: 1 ; 2010:65.
20. Li J, Theng Y-L, Foo S. Depression and Psychosocial Risk Factors among Community-Dwelling Older Adults in Singapore. *J Cross Cult Gerontol*. 2015;30(4):409-422.
21. Saveanu R V., Nemeroff CB. Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatr Clin North Am*. 2013;35(1):51-71.
22. Rasgon LN, Hendrick VC, Garrick RT ;Sadock BJ. S. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Volume2. 2009:2305-2306.
23. Abikoye GE, Kashimawo AJ, Eze CU. Tobacco smoking and awareness of smoking-cessation products in a university community. *J Public Heal Epidemiol*. 2013;(5):351-356.
24. Sirahuddin, Tamrin A, Hartono R, Manjilala. Pengaruh Paparan Asap Rokok Terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Bayi Di Sulawesi Selatan. *Media Gizi Pangan*. 2013;(11):34-40.
25. Kementrian Kesehatan. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012*. 2013. Jakarta.

26. Cme DTB. Nicotine and health. *Drug Ther Bull.* 2014;52(7):78-81.
27. Calafat AM, Polzin GM, Saylor J, Richter P, Ashley DL, Watson CH. Determination of tar, nicotine, and carbon monoxide yields in the mainstream smoke of selected international cigarettes. *BMJ Open.* 2004;(13):45-51.
28. Harris JE. Cigarette smoke somponents and disease: Cigarette smoke is More than a triad of tar, nicotine and carbon monoxide. *Smok Tob Control Monogr No 7.* 2013:59-75.
29. Amelia R, Nasrul E, Basyar M. Hubungan Derajat Merokok Berdasarkan Indeks Brinkman dengan Kadar Hemoglobin. *Jurnal Kesehatan Andalas.* 2016; 3: 619 - 629
30. Taylor AE, Fluharty ME, Bjørngaard JH, et al. Investigating the possible causal association of smoking with depression and anxiety using Mendelian randomisation meta-analysis: The CARTA consortium. *BMJ Open.* 2014;4(10).
31. Khademalhosseini Z, Ahmadi J, Khademalhosseini M. Prevalence of Smoking , and its Relationship with Depression , and Anxiety in a Sample of Iranian High School Students. *Enliven Archive Journal.* 2015;(1):1-7.
32. World Health Organization. Tobacco.[Internet] 2018 Maret 9.[Cited 2018 April 26]. Available : <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
33. Reading F. Aromatic Amino Acid Decarboxylase Deficiency. Elsevier. 2013:64-68.
34. Strunk KK, Lane FC. The Beck Depression Inventory, Second Edition (BDI-II). *Meas Eval Couns Dev.* 2016:1-2.
35. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in Psychiatric Outpatients. *J Pers Assess.* 2013;(3):588-597.
36. Syarifah Nurul Yanti. Faktor-faktor yang Mendukung dan Menghambat Perokok untuk Berhenti Merokok di Klinik Berhenti Merokok Puskesmas Kampung Bali Pontianak. Skripsi.Pontianak: UNTAN Pontianak. 2015:266-276.
37. Sri AW, Munir M, Bebasari E. Gambaran Derajat Berat Merokok Berdasarkan Kadar Co Pada Perokok Di Poli Paru Rsud Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jurnal Online Mahasiswa. Riau: UNRI.* 2015:1-6.

38. Wang Q, Shen JJ, Sotero M, Li CA, Hou Z. Income, occupation and education: Are they related to smoking behaviors in China?. *Publish Scientific Journals*. 2018;13(2):1-17.
39. Rahayu E. Hubungan antara depresi dengan kecenderungan perilaku merokok pada remaja. Skripsi. Surakarta: Fakultas Psikologi. 2013:4.
40. PRABANINGTYAS O. Hubungan antara derajat merokok dengan kejadian PPOK. Skripsi. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Sura. 2010:39-40.
41. Kessler M, Tassani-Prell M, Von Bomhard D, Malis U. The Role of Dopamine in the Pathophysiology of Depression. *Tierarztl Prax Ausgabe K Kleintiere - Heimtiere*. 1997;25(3):275-283.
42. McKenzie M, Olsson CA, Jorm AF, Romaniuk H, Patton GC. Association of adolescent symptoms of depression and anxiety with daily smoking and nicotine dependence in young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Addiction Research Report*. 2010;105.

Lampiran 1: Data Responden Penelitian

| Nama | Usia | Jenis Kelamin | Pendidikan | Status Pernikahan | Perilaku Merokok | Depresi |
|------|------|---------------|------------|-------------------|------------------|---------|
| SR | 24 | Perempuan | SMA | Menikah | Ringan | Ringan |
| HM | 37 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| RM | 42 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Sedang | Sedang |
| MS | 41 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Berat | Berat |
| MY | 35 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Sedang | Berat |
| IH | 33 | Laki-laki | SMA | Menikah | Ringan | Ringan |
| CR | 37 | Laki-laki | SMA | Menikah | Ringan | Ringan |
| HM | 46 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| AS | 34 | Laki-laki | SMA | Menikah | Ringan | Sedang |
| AY | 38 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Berat |
| RI | 39 | Laki-laki | SMP | Menikah | Berat | Berat |
| NH | 38 | Perempuan | SMA | Menikah | Ringan | Ringan |
| AJ | 46 | Laki-laki | SMP | Menikah | Sedang | Sedang |
| KD | 48 | Laki-laki | SMA | Menikah | Ringan | Ringan |
| SK | 44 | Laki-laki | SMP | Menikah | Sedang | Sedang |
| JW | 46 | Laki-laki | SMP | Menikah | Sedang | Sedang |
| BS | 43 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| RB | 41 | Perempuan | SMP | Menikah | Sedang | Sedang |
| RR | 49 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| RL | 36 | Perempuan | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| DK | 24 | Laki-laki | SMP | Belum Menikah | Ringan | Ringan |
| SA | 47 | Laki-laki | SMA | Menikah | Ringan | Ringan |
| ZK | 46 | Laki-laki | SMP | Menikah | Berat | Berat |
| ZT | 42 | Laki-laki | SMA | Menikah | Ringan | Ringan |
| HD | 44 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Ringan | Ringan |
| AP | 38 | Laki-laki | SMA | Belum Menikah | Sedang | Sedang |
| ES | 41 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Berat | Berat |
| MZ | 29 | Laki-laki | SMA | Belum Menikah | Ringan | Ringan |
| TS | 48 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| DM | 32 | Perempuan | SMA | Menikah | Ringan | Ringan |
| HR | 45 | Perempuan | SMP | Menikah | Ringan | Sedang |
| AM | 47 | Perempuan | SMP | Menikah | Sedang | Sedang |
| MP | 37 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |

| | | | | | | |
|----|----|-----------|---------|---------------|--------|--------|
| SA | 36 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| RL | 47 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Berat |
| YH | 38 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Ringan | Ringan |
| MZ | 41 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Berat | Berat |
| RA | 45 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Sedang | Sedang |
| RZ | 40 | Laki-laki | SMA | Belum Menikah | Berat | Berat |
| YK | 44 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| SL | 50 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| AG | 46 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| KW | 36 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Sedang | Sedang |
| WA | 48 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| SR | 40 | Laki-laki | Sarjana | Belum Menikah | Berat | Sedang |
| MI | 43 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| RN | 45 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| RJ | 48 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| SN | 50 | Laki-laki | SMP | Menikah | Berat | Berat |
| SW | 40 | Laki-laki | SMP | Belum Menikah | Sedang | Sedang |
| RW | 48 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| MA | 50 | Laki-laki | SMP | Menikah | Berat | Berat |
| JW | 37 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Sedang | Sedang |
| HM | 44 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| AY | 33 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| BM | 48 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| HJ | 46 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| HN | 39 | Perempuan | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| NV | 36 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| TM | 48 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| GB | 31 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Ringan | Ringan |
| SK | 41 | Laki-laki | SMP | Menikah | Ringan | Ringan |
| MJ | 33 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| RH | 37 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Ringan | Ringan |
| AR | 49 | Laki-laki | SMP | Menikah | Ringan | Sedang |
| MS | 42 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| UB | 47 | Laki-laki | SMP | Menikah | Ringan | Ringan |
| RZ | 40 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| GD | 42 | Perempuan | SMA | Menikah | Ringan | Ringan |

| | | | | | | |
|----|----|-----------|---------|---------------|--------|--------|
| BY | 35 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Sedang | Sedang |
| HJ | 32 | Laki-laki | Sarjana | Belum Menikah | Berat | Sedang |
| DN | 36 | Laki-laki | SMA | Menikah | Ringan | Ringan |
| FG | 35 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Sedang | Berat |
| IR | 47 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| LH | 38 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Berat | Berat |
| SF | 41 | Laki-laki | SMP | Menikah | Berat | Sedang |
| RW | 50 | Laki-laki | SMP | Menikah | Berat | Berat |
| SS | 32 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| DD | 34 | Laki-laki | SMA | Menikah | Ringan | Sedang |
| JS | 45 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Berat | Berat |
| KN | 48 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Sedang |
| SW | 44 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| ND | 37 | Laki-laki | SMA | Menikah | Ringan | Ringan |
| GS | 42 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| FT | 48 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Sedang |
| BP | 31 | Laki-laki | Sarjana | Belum Menikah | Berat | Berat |
| AS | 31 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Berat | Sedang |
| SM | 50 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| IH | 40 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Sedang | Sedang |
| MN | 47 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| PF | 32 | Laki-laki | Sarjana | Belum Menikah | Ringan | Ringan |
| ZA | 41 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Sedang |
| AP | 44 | Laki-laki | SMA | Menikah | Ringan | Ringan |
| FY | 38 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| SR | 45 | Laki-laki | SMP | Menikah | Berat | Berat |
| HI | 34 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| SP | 32 | Laki-laki | Sarjana | Belum Menikah | Ringan | Ringan |
| RW | 48 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Sedang |
| NF | 45 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Ringan | Sedang |
| LA | 38 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Ringan | Ringan |
| AN | 45 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| TB | 47 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| DE | 42 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Berat | Berat |
| CG | 31 | Laki-laki | Sarjana | Belum Menikah | Ringan | Ringan |

| | | | | | | |
|----|----|-----------|---------|---------------|--------|--------|
| KG | 33 | Laki-laki | SMA | Belum Menikah | Sedang | Sedang |
| TI | 41 | Laki-laki | SMP | Menikah | Sedang | Sedang |
| DA | 37 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| KL | 32 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Sedang | Sedang |
| HE | 48 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| RP | 43 | Laki-laki | SMP | Menikah | Ringan | Ringan |
| FN | 45 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| LK | 34 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| WM | 48 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| FR | 49 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| RT | 36 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Sedang | Sedang |
| BN | 47 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| SI | 41 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Berat |
| AH | 44 | Laki-laki | SMP | Menikah | Berat | Berat |
| DE | 31 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Ringan | Ringan |
| IS | 37 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Berat |
| MP | 45 | Laki-laki | SMP | Menikah | Sedang | Sedang |
| BP | 46 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| PK | 32 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| YD | 38 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| IT | 39 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Berat | Berat |
| BH | 50 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| IK | 45 | Laki-laki | SMP | Menikah | Berat | Sedang |
| PI | 41 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Sedang |
| FR | 38 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| IB | 34 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| YA | 42 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Ringan | Ringan |
| RS | 33 | Laki-laki | SMA | Menikah | Ringan | Ringan |
| RJ | 47 | Laki-laki | SMP | Menikah | Sedang | Sedang |
| HT | 34 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Sedang | Sedang |
| GJ | 35 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Ringan | Ringan |
| SS | 31 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Ringan | Ringan |
| NT | 41 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| US | 41 | Laki-laki | SMA | Menikah | Sedang | Sedang |
| KA | 36 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Berat | Berat |
| IG | 49 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| AW | 44 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Sedang | Sedang |
| TD | 41 | Laki-laki | SMP | Menikah | Sedang | Sedang |

| | | | | | | |
|----|----|-----------|---------|---------|--------|--------|
| DL | 38 | Laki-laki | SMA | Menikah | Berat | Berat |
| BG | 32 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Berat | Berat |
| JB | 41 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Sedang | Sedang |
| IW | 22 | Laki-laki | Sarjana | Menikah | Sedang | Sedang |

Lampiran 2: Analisa Statistik *Chi Square*

Frequencies

Statistics

| | | JK | Usia | Pendidikan | SP | DP | Depresi |
|---|---------|-----|------|------------|-----|-----|---------|
| N | Valid | 146 | 146 | 146 | 146 | 146 | 146 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 |

Frequency Table

Jenis Kelamin

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Laki-laki | 137 | 93.8 | 93.8 | 93.8 |
| | Perempuan | 9 | 6.2 | 6.2 | 100.0 |
| Total | | 146 | 100.0 | 100.0 | |

Usia

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 20-30 | 4 | 2.7 | 2.7 | 2.7 |
| | 31-40 | 62 | 42.5 | 42.5 | 45.2 |
| | 41-50 | 80 | 54.8 | 54.8 | 100.0 |
| | Total | 146 | 100.0 | 100.0 | |

Pendidikan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | SMP | 25 | 17.1 | 17.1 | 17.1 |
| | SMA | 81 | 55.5 | 55.5 | 72.6 |
| | Sarjana | 40 | 27.4 | 27.4 | 100.0 |
| | Total | 146 | 100.0 | 100.0 | |

Status Pernikahan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sudah Menikah | 134 | 91.8 | 91.8 | 91.8 |
| | Belum Menikah | 12 | 8.2 | 8.2 | 100.0 |
| | Total | 146 | 100.0 | 100.0 | |

Perilaku Merokok

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Ringan | 35 | 24.0 | 24.0 | 24.0 |
| | Sedang | 56 | 38.3 | 38.3 | 62.3 |
| | Berat | 55 | 37.7 | 37.7 | 100.0 |
| | Total | 146 | 100.0 | 100.0 | |

Simtom Depresi

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Ringan | 30 | 20.5 | 20.5 | 20.5 |
| | Sedang | 65 | 44.6 | 44.6 | 65.1 |
| | Berat | 51 | 34.9 | 34.9 | 100.0 |
| | Total | 146 | 100.0 | 100.0 | |

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|--------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| PM * Depresi | 146 | 100.0% | 0 | 0.0% | 146 | 100.0% |

Perilaku Merokok * Simtom Depresi Crosstabulation

| | | | Simtom Depresi | | | Total |
|------------------|--------|-------|----------------|--------|--------|--------|
| | | | Ringan | Sedang | Berat | |
| Perilaku Merokok | Ringan | Count | 30 | 5 | 0 | 35 |
| | | % | 85.7% | 14.3% | 0.0% | 100.0% |
| | Sedang | Count | 0 | 50 | 6 | 56 |
| | | % | 0.0% | 89.3% | 10.7% | 100.0% |
| | Berat | Count | 0 | 10 | 45 | 55 |
| | | % | 0.0% | 18.2% | 81.8% | 100.0% |
| Total | Count | 30 | 65 | 51 | 146 | |
| | % | 20.5% | 44.5% | 34.9% | 100.0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|----------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 192.347 ^a | 4 | .000 |
| Likelihood Ratio | 188.425 | 4 | .000 |
| Linear-by-Linear Association | 110.847 | 1 | .000 |
| N of Valid Cases | 146 | | |

Lampiran 3:**LEMBAR PENJELASAN KEPADA SUBJEK PENELITIAN**

Assalamualaikum wr.wb
Dengan Hormat

Perkenalkan nama saya Adelia Azis Nasution, mahasiswi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. Saya bermaksud melakukan penelitian tentang **“Hubungan Perilaku Merokok Dengan Tingkat Simtom Depresi di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan”**. Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan proses studi saya di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

Tujuan dilakukan penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya hubungan antara perilaku merokok dengan tingkat simtom depresi. Adapun manfaat penelitian ini untuk mendapatkan pengetahuan tentang bahaya dari perilaku merokok serta mengetahui adanya hubungan antara perilaku merokok dengan simtom depresi.

Saya akan membagikan kuesioner kepada saudara, dan saya harap saudara menjawab pertanyaan - pertanyaan yang ada dalam kuesioner tersebut dengan sebenarnya.

Partisipasi saudara bersifat sukarela dan tanpa paksaan dan dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu. Setip data yang ada dalam penelitian ini akan dirahasiakan dan digunakan untuk kepentingan penelitian. Bila saudara membutuhkan penjelasan, maka dapat menghubungi saya :

Nama : Adelia Azis Nasution
Alamat: Jl. Setiabudi Komplek Pondok Surya Blok VII No. 41
NoHP : 082363263498

Terimakasih saya ucapkan kepada masyarakat Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan yang telah bersedia membantu saya dalam penelitian ini. Keikutsertaan saudara dalam penelitian ini akan menyumbangkan sesuatu yang berguna bagi ilmu pengetahuan. Setelah memahami berbagai hal yang menyangkut penelitian ini diharapkan saudara bersedia mengisi lembar persetujuan yang telah saya siapkan.

Wassalamualaikum wr.wb

Peneliti

(Adelia Azis Nasution)

Lampiran 4:

**LEMBAR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

- Nama :
- Umur :
- Jenis kelamin :
- Pendidikan :
- Alamat :
- Status Pernikahan :

Setelah mempelajari dan mendapatkan penjelasan yang sejelas-jelasnya mengenai penelitian yang berjudul “Hubungan Perilaku Merokok dengan Tingkat Simtom Depresi di Kelurahan Tegal Sari Mandala II Medan” dengan ini saya menyatakan bahwasanya bersedia dengan sukarela saya menjadi subjek penelitian tersebut. Jika sewaktu-waktu ingin berhenti, saya berhak untuk tidak melanjutkan keikutsertaan saya terhadap penelitian ini tanpa adanya sanksi apapun.

Peneliti Responden

Medan,

2018

Adelia Azis Nasution

(.....)

(

)

Lampiran 5:***BECK DEPRESSION INVENTORY – II***

1. Kesedihan

- Saya tidak merasa sedih.
- Saya sering merasa sedih.
- Saya sedih sepanjang waktu.
- Saya merasa sangat sedih atau tidak gembira, sampai saya tidak dapat menahannya.

2. Pesimistik

- Saya yakin dengan masa depan saya.
- Saya merasa takut dengan masa depan saya daripada biasanya.
- Saya tidak berharap segalanya menjadi lebih baik untuk saya.
- Saya merasa putus asa dengan masa depan saya dan keadaan hanya menjadi semakin buruk.

3. Kegagalan masa lalu

- Saya tidak merasakan saya gagal.
- Saya telah gagal lebih dari yang seharusnya.
- Saat saya menoleh ke belakang, saya melihat banyak kegagalan.
- Saya merasa orang yang sepenuhnya dengan kegagalan.

4. Kehilangan kesenangan

- Saya memperoleh kesenangan dari semua hal yang saya nikmati.
- Saya kurang menikmati sesuatu daripada seperti biasanya.
- Saya mendapat sedikit kesenangan dari hal-hal yang biasanya saya nikmati.
- Saya tidak mendapat kesenangan apapun dari semua yang biasa saya nikmati.

5. Perasaan bersalah

- Saya sama sekali tidak merasa bersalah.
- Saya merasa bersalah pada kebanyakan hal yang saya lakukan atau seharusnya yang saya lakukan.
- Saya merasa bersalah pada kebanyakan waktu.
- Saya merasa bersalah setiap waktu.

6. Perasaan merasa dihukum

- Saya tidak merasakan saya sedang dihukum.
- Saya merasa saya mungkin dihukum.
- Saya mengharapkan untuk dihukum.
- Saya merasa saya sedang dihukum.

7. Benci diri sendiri

- Saya merasa sama dengan diri saya selama ini.
- Saya kehilangan kepercayaan terhadap diri saya.
- Saya kecewa dengan diri saya.
- Saya tidak menyukai diri saya.

8. Pengkritikan terhadap diri sendiri

- Saya tidak mengkritik atau menyalahkan diri saya lebih dari seperti biasanya.
- Saya lebih kritis terhadap diri saya lebih dari biasanya.
- Saya mengkritik diri saya untuk semua kesalahan saya.
- Saya menyalahkan diri saya untuk semua kejadian buruk yang terjadi.

9. Pikiran atau keinginan untuk bunuh diri

- Saya tidak mempunyai pikiran apapun untuk membunuh diri saya sendiri.
- Saya mempunyai pikiran untuk membunuh diri saya sendiri, tapi saya takut.
- Saya merasa ingin bunuh diri.
- Saya ingin bunuh diri, bila ada kesempatan.

10. Menangis

- Saya tidak menangis lagi seperti biasanya.
- Saya menangis lebih dari biasanya.
- Saya menangis pada masalah-masalah yang kecil.
- Saya sudah tidak sanggup lagi untuk menangis.

11. Tidak bisa beristirahat

- Saya bisa beristirahat seperti biasanya.
- Saya merasa kurang bisa beristirahat seperti biasanya.
- Saya tidak bisa beristirahat atau sangat sulit untuk diam.
- Saya sangat tidak bisa beristirahat atau saya harus tetap bergerak untuk melakukan sesuatu.

12. Kehilangan minat

- Saya tidak kehilangan minat terhadap orang lain atau aktivitas tertentu.
- Saya sedikit berminat terhadap orang lain atau sesuatu hal daripada keadaan sebelumnya.
- Saya kehilangan hampir seluruh minat terhadap orang atau hal lain.
- Saya sangat sulit untuk berminat terhadap apapun.

13. Keragu-raguan

- Saya membuat keputusan sebaik keadaan sebelumnya.
- Saya sedikit kesulitan untuk membuat keputusan daripada seperti biasanya.
- Saya lebih sulit membuat keputusan daripada seperti biasanya.
- Saya kesulitan membuat keputusan apapun.

14. Ketidakberartian

- Saya menganggap diri saya berarti.
- Saya tidak menganggap diri saya berarti dan berguna seperti biasanya.
- Saya merasa sangat tidak berarti dibandingkan dengan orang lain.
- Saya merasa diri saya sama sekali tidak berarti.

15. Kehilangan energi

- Saya mempunyai banyak energi seperti biasanya.
- Saya kekurangan energi dibandingkan keadaan biasanya.
- Saya tidak mempunyai energi yang cukup untuk melakukan banyak hal.
- Saya tidak mempunyai cukup energi untuk melakukan apapun.

16. Perubahan dalam pola tidur

- Saya tidak mengalami perubahan dalam pola tidur.
- Saya kadang-kadang tidur lebih dari biasanya.
- Saya bangun 1-2 jam lebih awal dan merasa susah sekali untuk bisa tidur kembali.
- Saya bangun beberapa jam lebih awal dari pada biasanya serta tidak dapat tidur kembali.

17. Mudah tersinggung

- Saya tidak mudah tersinggung seperti sebelumnya.
- Saya lebih mudah tersinggung daripada sebelumnya.
- Saya lebih sering tersinggung daripada sebelumnya.
- Saya tersinggung setiap waktu.

18. Perubahan dalam selera makan

- Nafsu makan saya tidak lebih buruk dari biasanya.
- Nafsu makan saya tidak sebaik biasanya.
- Nafsu makan saya kini jauh lebih buruk.
- Saya tidak memiliki nafsu makan lagi.

19. Kesulitan berkonsentrasi

- Saya dapat berkonsentrasi baik seperti biasanya.
- Saya tidak berkonsentrasi sebaik sebelumnya.
- Sangat sulit untuk berkonsentrasi untuk jangka lama.
- Saya tidak dapat berkonsentrasi pada apapun.

20. Capek atau lelah

- Saya tidak merasa capek atau lelah dibandingkan keadaan sebelumnya.
- Saya mudah capek atau lelah daripada yang biasanya.
- Saya sangat lelah atau capek dalam melakukan apapun daripada yang biasanya.
- Saya terlalu capek atau lelah untuk melakukan hampir semua aktivitas.

21. Kehilangan minat seks

- Saya tidak mempunyai perubahan dalam minat seks.
- Saya sedikit kurang tertarik terhadap seks dibandingkan yang biasanya.
- Saya kurang tertarik dengan seks sekarang.
- Saya kehilangan minat seks sepenuhnya.

Lampiran 6: Etik Penelitian



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FACULTY OF MEDICINE UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"
No : 203/KEPK/FKUMSU 2019

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The Research protocol proposed by

Peneliti Utama : Adelia Azis Nasution
Principal In Investigator

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
Name of the Institution Faculty of Medicine University of Muhammadiyah Sumatera Utara

Dengan Judul
Title

"HUBUNGAN PERILAKU MEROKOK DENGAN TINGKAT SIMTOM DEPRESI DI KELURAHAN TEGAL SARI MANDALA II MEDAN"
"CORRELATION OF SMOKING WITH LEVEL OF DEPRESSION SYMPTOMS IN TEGAL SARI MANDALA II VILLAGE MEDAN"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah
3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Resiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan
7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assesment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guadelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicator of each standard

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 04 Januari 2019 sampai dengan tanggal 04 Januari 2020

The declaration of ethics applies during the periode January 04, 2019 until January 04, 2020

Medan, 04 Januari 2019
Ketua

Dr. dr. Nurfady, MKT



Lampiran 7: Dokumentasi



