

**HUBUNGAN KEBIASAAN MEROKOK DENGAN  
PREVALENSI PENYAKIT TBC DI PUSKESMAS BEJI DEPOK**

**TAHUN 2009**

MILIK PERPUSTAKAAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA

**LAPORAN PENELITIAN**

**Diajukan sebagai salah satu tugas akhir mata ajar Riset Keperawatan**

**SINTA HASAN**

**0706220266**

**FINDIAR**

**0706255**



**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**DEPOK**

**MEI 2009**

Tgl Menerima	:	06-07-09
Beli / Sumbangan	:	Hadiah
Nomor Induk	:	1486
Klasifikasi	:	Lap. Penelitian

Hubungan kebiasaan ..., Sinta Hasan, FIK

Sin wagh

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya kami sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar

Sinta Hasan

0706220266

()

Findiar

0706255686

()


28 Mei 2009

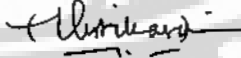
## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :  
Nama : Sinta hasan, Findiar .  
NPM : 0706220266, 0706255686.  
Program Studi : Ekstensi pagi 2007  
Judul Skripsi : “ Hubungan kebiasaan merokok dengan prevalensi  
penyakit TB paru.

Telah disetujui oleh koodinator dan pembimbing riset dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ekstensi Pagi 2007, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

### DEWAN PENGUJI

Koordinator : Hanny Handiyani, SKp., M.Kes. (  )

Pembimbing : Mustikasari, SKp., MARS (  )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 28 Mei 2009

## KATA PENGANTAR

Assalamua'alaikum. Wr. Wb.

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah S.W.T atas rahmat dan hidayahnya jualah penulis dapat menyusun proposal penelitian mengenai: "Hubungan Kebiasaan Merokok Dengan Prevalensi Penyakit TB Paru".

Penulis menyadari begitu banyak yang memberikan sumbangsih pemikiran dan waktu sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal penelitian ini. Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dewi Irawati, M.A., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI).
2. Ibu Hanny Handiyani, S.Kp., M. Kep, selaku koordinator mata ajar Pengantar Riset Keperawatan.
3. Ibu Mustikasari, SKp, MARS, selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan selama penyusunan proposal penelitian ini.
4. Rekan-rekan mahasiswa ekstensi pagi 2007 yang selalu membantu dan memotivasi penulis selama penyusunan proposal ini.
5. Semua pihak yang membantu dalam penyusunan proposal penelitian ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Demikianlah proposal ini dibuat, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna perbaikan pada penulisan selanjutnya. Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.

Depok, 28 Mei 2009

Peneliti

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sinta Hasan, Findiar  
NPM : 0706220266, 0706255686.  
Program Studi : Ekstensi Pagi Tahun 2007  
Departemen : Kesehatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Prevalensi Penyakit TB Paru.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 28 Mei 2009

Yang menyatakan



(Sinta Hasan)



(Findiar)

## ABSTRAK

Sinta Hasan, Findiar

Fakultas Ilmu Keperawatan

Judul: Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Prevalensi Penyakit TB Paru

Indonesia menduduki urutan nomor tiga dunia untuk penyakit TB setelah India dan Cina, sementara untuk merokok, Indonesia menduduki urutan nomor lima dunia. Di Indonesia hampir 300 orang meninggal setiap hari akibat penyakit TB, sedangkan sekitar 141,44 juta jiwa (70% jumlah penduduk Indonesia) adalah perokok. Tujuan penelitian ini: teridentifikasi kebiasaan merokok (lamanya merokok, jumlah konsumsi rokok, frekuensi merokok), teridentifikasi angka kejadian TB, hubungan kebiasaan merokok dengan angka kejadian TB. Desain penelitian deskriptif korelatif. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Beji dengan responden sebanyak 37 orang, dengan uji *Chi square*. Hasilnya tidak ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan merokok (frekuensi merokok, lamanya merokok, jumlah rokok yang dihisap) dengan angka penyakit TB paru dengan *P value* 0,402. Rekomendasi penelitian ini adalah agar dapat dilakukan penelitian lebih dalam terkait faktor-faktor yang mempengaruhi angka kejadian penyakit TBC paru dengan memperbanyak responden.

Kata kunci: *kebiasaan merokok, Tuberculosis (TB)*

## ABSTRAK

Sinta hasan, Findiar.

Faculty of nursing

Title: Relation smoking habit with prevalens of TB Lung disease.

Indonesia sit on sequence for TB number three in the world for TB desease after india and china, while for smoke, indonesia sit on sequence number five in the world. In indonesia almost 300 people death everyday caused by TB desease, while almost 141,44 million people, ( 70% amount indonesian people ) is smoker, jakarta, depok and bogor, there is 11.809 people with TB desease Objectif this research is: to identification responden smoke habit ( term smoking, amount smoke consumption, smoke frequency ), the identification number of case TB, relationship smoke habit with number case TB, this research is doing in Puskesmas ( community health center ) Beji with responden almost 37 people. The statistic test with using *Chi square* test. the result is there no significant relation smoke habits (smoke frequency, term of smoking, number of smoke consumption) with TB disease with *P value* 0,402. Recommendation this research in order to be able continue more seurious to find influence factors number of case lung TB desease with get more responden.

Key word: *smoke habit, tuberculosis (TB).*

## DAFTAR ISI

### Halaman

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR.....	v
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR SKEMA DAN TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
<b>BAB I      PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	3
B. Masalah Penelitian.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	5
<b>BAB II     STUDI KEPUSTAKAAN</b>	



A. Teori dan Konsep Terkait .....	8
1. Rokok .....	8
a. Kandungan Zat Kimia Rokok .....	9
b. Bahaya Rokok .....	11
c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Seseorang Merokok .....	14
2. TBC.....	16
a. Patogenesis.....	16
b. Gejala Klinis.....	18
c. Faktor Resiko Terhadap TBC .....	19
d. Cara Penularan .....	20
e. Pemeriksaan TBC.....	21
f. Pengobatan .....	21
g. Cara Pencegahan.....	24
B. Penelitian Terkait.....	26

### BAB III

### KERANGKA KERJA PENELITIAN

A. Kerangka Teori .....	28
B. Kerangka Konsep Penelitian.....	31

	C. Hipotesis Penelitian .....	32
	D. Definisi Operasional .....	32
<b>BAB IV</b>	<b>METODE DAN PROSEDUR PENELITIAN</b>	
	A. Desain Penelitian .....	35
	B. Populasi dan Sampel .....	36
	C. Tempat dan Waktu Penelitian .....	37
	D. Etika Penelitian .....	37
	E. Alat Pengumpul Data .....	38
	F. Prosedur pengumpulan data .....	41
	G. Analisa Data .....	42
<b>BAB V</b>	<b>HASIL PENELITIAN</b>	
	1. Data Demografi .....	46
	2. Data Univariat .....	47
	3. Data Bivariat .....	50
<b>BAB VI</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	
	A. Pembahasan Hasil Penelitian .....	53
	B. Keterbatasan Penelitian .....	57

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan .....58

B. Saran .....58

DAFTAR PUSTAKA.....60



## DAFTAR SKEMA DAN TABEL

- Skema 3.1 Kerangka teori
- Skema 3.2 Kerangka konsep.
- Tabel 5.1 Distribusi frekuensi berdasarkan frekuensi merokok pasien TBC
- Tabel 5.2 Distribusi frekuensi berdasarkan Lamanya merokok pasien TBC
- Tabel 5.3 Distribusi frekuensi berdasarkan jumlah rokok pasien TBC
- Tabel 5.4 Distribusi frekuensi berdasarkan pasien TBC
- Tabel 5.5 Distribusi frekuensi berdasarkan hubungan frekuensi merokok dengan penyakit TB
- Tabel 5.6 Distribusi frekuensi berdasarkan hubungan lamanya merokok dengan penyakit TB
- Tabel 5.7 Distribusi frekuensi berdasarkan hubungan jumlah rokok dengan penyakit TB

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 lembar informasi penelitian (*informed*).
- Lampiran 2 lembar persetujuan responden (*consent*)
- Lampiran 3 kuesioner penelitian
- Lampiran 4 Surat Permohonan Praktek di Puskesmas Beji Depok



# BAB I

## PENDAHULAN

### A. Latar belakang

Penyakit paru merupakan salah satu masalah kesehatan bagi dunia khususnya Indonesia. Dewasa ini sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi tuberkulosis. Setiap tahun ada sekitar 8 juta penderita baru TB dan hampir 3 juta orang yang meninggal diseluruh dunia akibat penyakit ini. Paling sedikit satu orang akan terinfeksi TB setiap detik dan tiap sepuluh detik akan ada satu orang yang meninggal akibat TB di dunia. TB membunuh 100.000 anak setiap tahunnya.(diambil tanggal 19 Februari 2009 jam 24.00 WIB , <http://www.Perokok/detail.php.htm>). Banyak factor yang memicu munculnya TB paru, salah satunya kebiasaan merokok.

Rokok atau tembakau merupakan penyebab kematian nomor dua di dunia. Antara tahun 1950 sampai 2000 terdapat sekitar 70 juta orang meninggal karena tembakau. Satu diantara 10 kematian orang dewasa di seluruh dunia disebabkan oleh kebiasaan merokok (sekitar 5 juta kematian setiap tahun). Bila pola merokok saat ini terus berlanjut, maka sampai tahun 2020 diperkirakan akan ada 10 juta kematian. Di dunia saat ini ada 1,3 milyar orang pemakai tembakau (70% diantaranya berada di negara dengan berpenghasilan rendah) dimana setengahnya pada akhirnya akan meninggal oleh tembakau. Dalam 50 tahun kedepan diperkirakan 450 juta orang akan meninggal karena pemakaian tembakau. Tembakau merupakan faktor resiko

keempat timbulnya semua jenis penyakit di dunia. Saat ini di dunia terdapat sekitar 90.000 anak dan remaja yang mulai merokok setiap harinya (diambil tanggal 1 maret 2009 jam 21.00 WIB, [www.tbcindonesia.or.id/tb/index.php?articleid=55&pathid=000100150017](http://www.tbcindonesia.or.id/tb/index.php?articleid=55&pathid=000100150017)).

Penelitian yang dilakukan di Chennai, India, 50% kematian akibat TBC berhubungan dengan kebiasaan merokok pada pria dewasa (Gajalakshmi, et al, 2003). Sebagian besar penyakit saluran pernafasan termasuk juga TBC, berhubungan bahkan diperberat oleh merokok.

Menurut Tjandra, Indonesia menduduki peringkat kelima negara dengan konsumsi rokok terbesar di dunia. Cina mengkonsumsi 1.643 miliar batang rokok pertahun, Amerika 451 miliar batang pertahun, Jepang 328 miliar batang, Rusia 258 miliar batang, dan Indonesia 215 miliar batang pertahun. Pada tahun 2001, jumlah seluruh perokok adalah 141.44 juta jiwa (yang merupakan 70% dari jumlah penduduk) dan sekitar 22,6% dari 3.320 kematian yang ada disebabkan oleh penyakit yang berkaitan dengan kebiasaan merokok. Lebih dari 57% rumah tangga setidaknya terdapat 1 pemakai tembakau (perokok), dan hampir seluruhnya (91,8%) mempunyai kebiasaan merokok di rumah. Lebih dari 43 juta anak (usia 0-14 tahun) tinggal bersama perokok. Dimana anak-anak yang telah terpapar asap rokok akan mengalami pertumbuhan paru yang kurang normal dan akan lebih mudah terkena infeksi saluran pernafasan dan penyakit asma (diambil 5 maret 2009 <http://www.rspaw.or.id/Fakta%20TB.htm>).

Berdasarkan survei kesehatan rumah tangga (SKRT) yang diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan, sekitar 30-40% penyakit dan penyebab kematian di Indonesia adalah penyakit paru. TBC merupakan pembunuh nomor satu di antara penyakit menular lainnya dan nomor 3 dalam daftar 10 penyebab kematian utama di Indonesia (setelah penyakit jantung dan pembuluh darah dan penyakit saluran pernafasan akut), (Manaf, dkk, 2006).

Aditama (2006) menyatakan, Indonesia adalah penyumbang kasus TB terbesar di dunia setelah India dan Cina ([www.republika.co.id](http://www.republika.co.id), diperoleh tanggal 1 maret 2009 jam 23.00 WIB). Di Indonesia hampir 300 orang meninggal setiap hari karena TBC, lebih dari 100.000 orang akan meninggal setiap tahunnya. Diperkirakan kasus baru BTA positif yang ada setiap tahunnya adalah 530.000 kasus. Total pasien TBC di Indonesia lebih dari 600,000 orang, dan terdapat perbedaan besar antar daerah (Sumatra, Jawa-Bali dan kawasan Indonesia Timur). Sebagian besar penderita TBC adalah penduduk pada golongan usia produktif 15-55 tahun (diambil tanggal 1 maret 2009 [www.tbcindonesia.or.id/tb/index.php?articleid=55&pathid](http://www.tbcindonesia.or.id/tb/index.php?articleid=55&pathid)).

Paparan terhadap tembakau, baik secara aktif maupun pasif, meningkatkan resiko timbulnya penyakit TBC. Data perokok termasuk mereka yang masih merokok saat ini dan yang telah berhenti merokok, mempunyai risiko menjadi TBC 3 kali lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang tidak merokok (Puslitbangkes, 2006).

Peneliti mendapatkan data sebanyak 11.809 warga Jakarta, Depok dan Bogor menderita penyakit tuberculosis. Dari jumlah itu, untuk Jakarta, 1.888

Universitas Indonesia



penderita diantaranya penderita TBC baru, 235 penderita kambuh dan 20 orang tidak meneruskan pengobatan (<http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=964&Itemid=2>, tgl 9-4-09 jam 08.00wib). Fenomena yang ada di Depok dari hasil observasi peneliti didapat: adanya ventilasi yang kurang pada perumahan penduduk, ukuran rumah yang sempit, jumlah anggota keluarga banyak tidak sesuai dengan ukuran rumah, pemukiman penduduk yang padat, pekarangan rumah yang sempit, jalan raya sebagian telah diaspal, dan sebagian lagi telah rusak sehingga jalanan berdebu ketika musim kemarau dan becek pada musim hujan. Di temukan juga orang yang merokok. Semua data ini memungkinkan terjadinya penyebaran penyakit TB lebih cepat. Sehingga dengan fenomena itu membuat peneliti tertarik melakukan penelitian di kota Depok.

#### B. Masalah penelitian

Berdasarkan data diatas bahwa penyakit TB di Indonesia menduduki urutan tiga dunia, dan hampir setiap hari 300 orang meninggal akibat TB. Sedangkan indonesia menduduki urutan kelima didunia dan sekitar 3.320 kematian disebabkan akibat merokok. Dari data juga didapat bahwa orang yang merokok mempunyai resiko menjadi sakit TB tiga kali lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang tidak meroko. Sehingga peneliti tertarik untuk mengetahui apakah ada hubungannya antara kebiasaan merokok dengan angka kejadian penyakit TB.

### C. Tujuan penelitian

Adapun tujuan penelitian ini adalah:

#### 1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penelitian, peneliti mengidentifikasi adanya hubungan kebiasaan merokok dengan prevalensi penyakit TB paru.

#### 2. Tujuan khusus

- Teridentifikasi kebiasaan merokok responden: lamanya merokok, jumlah konsumsi rokok, frekuensi merokok
- Teridentifikasi prevalensi TB paru.
- Teridentifikasi hubungan kebiasaan merokok dengan prevalensi TB.

### D. Manfaat penelitian

Hasil penelitian dapat memberi masukan bagi:

#### 1. Pelayanan keperawatan

- a. Sebagai bahan evaluasi diri bagi perawat sebagai role model yang harus mencerminkan perilaku sehat.
- b. Memberi masukan dalam pelayanan keperawatan sehingga tim pemberi asuhan keperawatan dapat memahami kebiasaan merokok yang dapat mengakibatkan penyakit TB paru sehingga dapat memberikan askep kepada klien dengan tepat.

- c. Dapat meningkatkan pengetahuan perawat dalam menangani pasien TB dengan kebiasaan merokok. Sebagai dasar bagi tenaga kesehatan untuk melakukan promosi kesehatan melalui pendidikan kesehatan bagi masyarakat.

## 2. Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber informasi untuk pengembangan pengetahuan mengenai hubungan antara penyakit TB dan kebiasaan merokok. Juga dapat menambah pemahaman bahwa orang yang mempunyai kebiasaan merokok dapat menyebabkan penyakit TB.

## 3. Bagi peneliti

Dapat meningkatkan pengetahuan tentang kondisi yang dialami oleh penyakit TB karena merokok yang termotivasi untuk berhenti merokok sehingga dapat berperan sebagai motivator. Selain itu dapat meningkatkan kemampuan dan pengalaman untuk meneliti.

## 4. Bagi masyarakat

- a. Lebih meningkatkan pemahaman masyarakat tentang bahaya atau dampak negatif dari rokok.
- b. Bermanfaat bagi masyarakat karena memberi pengetahuan kepada masyarakat tentang hubungan merokok dengan tingginya angka penyakit TBC. Dengan mengetahui hubungan ini maka diharapkan

masyarakat dapat mencegah meningkatnya penyakit TB dengan mengurangi atau tidak merokok sama sekali.



## BAB II

### STUDI KEPUSTAKAAN

#### A. Teori dan konsep terkait

##### 1. Rokok

Rokok biasanya berbentuk silinder terdiri dari kertas yang berukuran panjang antara 70 hingga 120 mm (bervariasi tergantung negara) dengan diameter sekitar 10 mm, berwarna putih dan coklat. Biasanya berisi daun-daun tembakau yang telah dicacah, ditambah sedikit racikan-racikan seperti cengkeh, saos rokok serta racikan lainnya. Untuk menikmati sebatang rokok, perlu salah satu ujungnya dibakar dan dibiarkan membara agar asapnya dapat dihirup lewat mulut pada ujung yang lain (Triswanto, 2007: 15).

Tembakau (*Nicotina spp., L*) adalah tumbuhan berdaun lebar, asalnya dari daerah Amerika Utara dan Amerika Selatan. Biasanya daun ini sering digunakan sebagai bahan baku utama rokok. Tembakau mengandung zat *alkaloid nokotin*, sejenis *neurotoxin* yang sangat ampuh jika digunakan pada serangga. Zat ini biasanya digunakan sebagai bahan utama insektisida (Wulansari & Prabaningrum, 2008: 119).

MILIK PERPUSTAKAAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA

### a. Kandungan zat kimia rokok

Rokok terbuat dari tembakau yang diperoleh dari tanaman *nicotina tabacum L.* Tembakau dipergunakan sebagai bahan untuk sigaret, cerutu, tembakau untuk pipa serta pemakaian oral. Rokok yang terbakar merupakan suatu pabrik kimia yang menghasilkan lebih kurang 4000 komponen akibat berbagai proses terjadi. Komponen terbagi 2 golongan besar yaitu:

- Komponen gas; adalah bagian yang dapat melewati filter antara lain CO, CO<sub>2</sub>, oksida-oksida nitrogen, amonia, gas-gas N-nitrosamine, hydrogen sianida, sianogen, senyawa-senyawa belerang, aldehid, dan keton.
- Komponen padat: bagian yang tertinggal pada filter berupa nikotin dan tar (Triswanto, 2007).

Diantara zat kimia itu yang terpenting dan ada kaitannya dengan penyakit adalah tar, nikotin, karbon monoksida.

#### 1). Tar

Tar sebagai getah tembakau adalah zat berwarna coklat berisi berbagai jenis hidrokarbon aromatik polisiklik, amin aromatik dan N-nitrosamin. Tar yang dihasilkan asap rokok akan menimbulkan iritasi pada saluran napas, menyebabkan bronkitis, kanker nasofaring dan kanker paru. Tar dan asap roko bisa menghambat jalan napas karena tertimbun

disaluran napas. Kedua hal itu bisa menyebabkan batuk-batuk, sesak napas, kanker jalan napas (Triswanto, 2007).

## 2). Nikotin

Nikotin adalah bahan alkaloid toksik yang merupakan senyawa amin tersier bersifat basa lemah dengan pH 8,0. Pada pH fisiologis, sebanyak 31% nikotin berbentuk bukan ion dan dapat melalui membran sel. Asap rokok pada umumnya bersifat asam (pH 5,5). Pada pH ini nikotin berada dalam bentuk ion dan tidak dapat melewati membran secara cepat sehingga mukosa pipi hanya terjadi sedikit absorpsi nikotin dari asap rokok. Pada perokok yang menggunakan pipa, cerutu dan berbagai macam sigaret Eropa, asap rokok bersifat basa pH 8,5 dan nikotin pada umumnya tidak dalam bentuk ion dan dapat diabsorpsi dengan baik melalui mulut. Nikotin juga berpengaruh terhadap pembuluh darah yakni merusak endotel pembuluh darah dan terdapat trombosit dengan meningkatkan agregasi trombosit. Jika pada konsentrasi rendah, nikotin bisa menimbulkan kecanduan khususnya pada orang-orang yang mempunyai kebiasaan merokok. Nikotin memiliki kemampuan karsinogen terbatas yang bisa menjadi suatu penghambat kemampuan tubuh kita melawan sel-sel kanker (Triswanto, 2007).

Kandungan nikotin bisa merangsang bangkitnya hormon adrenalin dari anak ginjal yang menyebabkan jantung berdebar-debar, meningkatnya tekanan darah, meningkatnya kadar kolesterol dalam darah yang sangat erat hubungannya dengan terjadinya serangan jantung (Triswanto, 2007).

### 3). Karbon monoksida

CO adalah gas beracun yang mempunyai afinitas kuat terhadap hemoglobin pada sel darah merah, sehingga membentuk karboksi hemoglobin yang bila menacapai tingkat tertentu dapat menyebabkan kematian. Keracunan CO tidak akan terjadi pada seorang perokok dalam jangka waktu yang lama, karena pengaruh rokok tidak langsung mempengaruhi perokok secara lansung, tetapi secara perlahan-lahan. Namun akan berpengaruh negatif pada jalan napas dan pada pembuluh darah (Triswanto, 2007).

Akibat ketiga zat (tar, nikotin, dan CO) akan mempengaruhi terhadap syaraf, sehingga bisa menimbulkan gelisah, tangan gemetar, selera makan berkurang, pada ibu hamil yang suka merokok kemungkinan besar akan mengalami keguguran (Wulansari & Prabaningrum, 2008).

#### b. Bahaya merokok

##### 1). Penyakit akibat merokok

Penyakit akibat merokok yang sering muncul pada berbagai alat tubuh manusia adalah: kanker yg meliputi kanker paru, kanker leher rahim, mulut, esofagus, faring,laring, kandung kemih, kelenjar, pankreas, ginjal dan kanker lainnya. Kanker tersebut disebabkan oleh zat karsinogenik dalam rokok yaitu tar, arsenic, chromium dan nikel (Triswanto, 2007).



Nikotin pada rokok menyebabkan penurunan elastisitas pembuluh darah dimana vena menjadi kaku, menyempit dan timbul sumbatan pembuluh darah. Gangguan pembuluh darah tersebut bila terjadi pada jantung akan menimbulkan irama jantung menjadi tidak teratur, kerusakan lapisan dalam pembuluh darah dan menimbulkan penggumpalan darah. Istilah yang dikenal untuk gangguan jantung tersebut adalah penyakit jantung koroner. Hal yang serupa dapat terjadi pada sel otak yang mengakibatkan tersumbatnya aliran darah ke otak atau pecahnya pembuluh darah otak. Rokok juga meningkatkan kadar kolesterol dan asam lemak darah dengan cara mempengaruhi metabolisme lemak. CO<sub>2</sub> dalam rokok akan mengganggu kemampuan darah untuk berikatan dengan oksigen, akibatnya jaringan tubuh kekurangan oksigen (Triswanto, 2007).

Keadaan alergi dan penurunan daya tahan tubuh juga lebih mudah terjadi pada perokok. Pada penderita diabetes militus kebiasaan merokok dapat meningkatkan timbulnya serangan jantung dan meningkatnya angka kerusakan jaringan (ganggren), (Triswanto, 2007).

Pada organ paru-paru rokok juga menjadi faktor resiko penting untuk timbulnya asma. Asap rokok pada paru dan saluran napas dapat menimbulkan peradangan pada saluran napas, mengganggu fungsi rambut getar dalam paru sehingga mengganggu proses pembersihan paru. Hal tersebut meningkatkan timbulnya penyakit-penyakit paru.

seperti bronchitis, emphisema, peradangan saluran napas dan penyakit paru obstruksi kronik. Dengan menurunnya fungsi silia dapat menyebabkan kuman (*mycobacterium tuberculosis*) yang masuk ke saluran pernapasan tidak bias difiltrasi (Triswanto, 2007).

Pada wanita perokok dapat menurunkan kesuburan /fertilitas. Diperkirakan bahwa kesuburan wanita perokok hanya 72% dari kesuburan wanita yang tidak merokok (Aditama,1997). Menopause terjadi lebih awal 1-2 tahun pada wanita perokok. Sementara itu merokok pada pemakai pil KB akan meningkatkan terjadinya serangan jantung dan stroke (CVD). Pada kehamilan, zat-zat yang terkandung dalam rokok dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan janin ditandai dengan berat badan lahir bayi rendah, munculnya kelainan-kelainan bawaan misal kelainan katup jantung dan gangguan sistem saraf janin. Kemungkinan abortus dan kematian bayi pada minggu-minggu pertama kelahiran meningkat (Wulansari & Prabaningrum, 2008).

## 2). Kerugian secara ekonomi

WHO menyatakan bahwa para perokok diseluruh dunia menghabiskan uang 85-100 dolar amerika setahunnya untuk membeli rokok. Sementara di negara berkembang para perokok menghabiskan seperempat penghasilannya untuk membeli rokok. Kebiasaan merokok akan meningkatkan biaya pemeliharaan kesehatan yang harus dikeluarkan untuk menangani penyakit-

penyakit akibat merokok. Penyakit akibat merokok juga menurunkan produktifitas kerja dan meningkatkan angka absensi kerja (diambil tanggal 5 maret 2009 <http://www.rspaw.or.id/Fakta%20TB.htm>).

### 3). Kerusakan lingkungan hidup

Data-data berbagai negara menunjukkan bahwa sekitar seperempat sampai sepertiga kebakaran terjadi akibat merokok (Aditama,1997). Penelitian di Australia menunjukkan bahwa angka kecelakaan lalulintas 50% lebih sering disebabkan oleh pengemudi yang merokok.

#### c. Faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang merokok

##### 1). Faktor personal.

Penggunaan tembakau seseorang sebagian besar dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan tentang resiko kesehatan akibat tembakau. Beberapa orang walaupun mengetahui bahwa merokok bisa mengganggu kesehatan dalam jangka panjang, mereka tetap mencoba merokok. Mereka beranggapan bisa berhenti sewaktu-waktu dengan mudah tanpa mempertimbangkan efek adiksi. Mereka merokok untuk menutupi stres, ansietas, dan depresi akibat rendah diri serta kurang percaya diri. Selain itu juga anggapan bahwa dengan merokok penampilan akan tampak lebih menarik, dewasa, dan matang (Wulansari & Prabaningrum, 2008:117-118).

2). Faktor lingkungan.

- a). Sosial demografi, antara lain umur, jenis kelamin, suku dan status sosial ekonomi orang tua. Semakin muda seseorang mulai merokok, semakin tinggi kemungkinan untuk menjadi perokok dan semakin sulit untuk berhenti merokok.
- b). Sosial budaya yaitu pengaruh orang tua, teman sebaya, iklan dan promosi. Kemungkinan seseorang menjadi perokok adalah 15,1% pada keluarga dengan kedua orang tua perokok, dan 6,1% jika orang tuanya bukan perokok.
- c). Sosial ekonomi yaitu seseorang yang memiliki uang saku lebih mempunyai kecenderungan lebih besar untuk mulai merokok (Wulansari & Prabaningrum, 2008:117-118).

3). Faktor fisiologis yaitu ketergantungan.

Nikotin, sesuai dengan kriteria zat adiktif adalah jika penggunaannya dihentikan menyebabkan sindrom putus obat (withdrawal syndrome) dan menimbulkan tuntutan peningkatan dosis jika ada kesempatan mengkonsumsi lagi. Reaksi putus obat yang terjadi antara lain mual, sakit kepala, konstipasi, diare, kelelahan, penurunan konsentrasi, insomnia dan sebagainya, yang sangat tidak nyaman sehingga seringkali menjadi alasan kuat bagi perokok untuk tidak menghentikan rokoknya. Perokok berat memerlukan terapi khusus untuk berhenti merokok (Wulansari & Prabaningrum, 2008:117-118).

- 4). Psikososial, yaitu upaya untuk mengatasi depresi, kemarahan, dan mengontrol berat badan.

## 2. TBC (Tuberkulosis)

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*) sejenis kuman berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4/um dan tebal 0,3-0,6/um, sifat kuman ini adalah aerob. Sifat ini menunjukkan bahwa kuman lebih menyukai

jaringan yang tinggi kandungan oksigennya. Dalam hal ini tekanan oksigen pada bagian apikal paru-paru lebih tinggi dari bagian yang lain, sehingga bagian apikal ini merupakan tempat predileksi penyakit TB. Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga menyerang organ tubuh yang lain seperti kelenjar limfe, pleura, perikardium, ginjal, tulang dan sendi, laring, telinga bagian tengah, kulit, usus, peritonium dan mata (Manaf dkk, 2006)

### a. Patogenesis

Tempat masuk kuman *Mycobacterium Tuberculosis* adalah saluran pernapasan, saluran pencernaan, dan luka terbuka pada kulit. Kebanyakan infeksi TB terjadi melalui udara yaitu melalui inhalasi droplet yang mengandung kuman-kuman basil tuberkel yang berasal dari orang yang terinfeksi. Saluran pencernaan merupakan tempat masuk utama bagi jenis bovin, yang penyebarannya melalui susu yang terkontaminasi.

TB adalah penyakit yang dikendalikan oleh respon imunitas diperantarai sel. Sel efektor adalah makrofag, dan limfosit (sel T) adalah sel yang immunoresponsif. Tipe imunitas ini biasanya lokal, melibatkan makrofag yang diaktifkan ke tempat infeksi oleh limfosit dan limfokinnya.

Basil tuberkel mencapai permukaan alveolus lewat inhalasi sebagai suatu unit yang terdiri dari satu sampai tiga basil. Gumpalan basil yang lebih besar tertahan di saluran hidung dan cabang besar bronkus yang tidak menyebabkan penyakit. Dalam alveolus (bagian bawah lobus) atau paru bagian atas lobus bawah, basil tuberkel membangkitkan reaksi peradangan. Leukosit polimorfonuklear pada tempat tersebut dan memfagosit bakteri namun tidak membunuh organisme tersebut. Sesudah hari pertama leukosit diganti oleh makrofag. Alveoli yang terserang mengalami konsolidasi, dan timbul pneumonia akut. Basil juga dapat menyebar ke getah bening menuju ke getah bening regional. Makrofag mengadakan infiltrat menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu membentuk tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit.

Nekrosis bagian sentral lesi memberikan gambaran yang relatif padat dan seperti keju disebut *nekrosis kaseosa*. Lesi paru disebut fokus ghon dan gabungan terserangnya kelenjar getah bening regional dan lesi primer disebut *kompleks ghon*. Respon lain yang terjadi pada daerah nekrosis adalah pencairan yaitu bahan cair lepas kedalam bronkus yang berhubungan dan menimbulkan kavitas. Bahan tuberkel yang dilepaskan dari dinding kavitas akan masuk ke dalam percabangan trakeobronkial.

Proses ini dapat berulang ke tempat lain dari paru yaitu laring, telinga tengah atau usus. Walaupun tanpa pengobatan, kavitas yang kecil dapat menutup dan meninggalkan jaringan parut fibrosis. Penyebaran melalui limfe disebut penyebaran limfohematogen, yang biasanya sembuh sendiri (Price & Wilson, 2006).

#### **b. Gejala-gejala klinis**

Keluhan yang dirasakan pasien tuberkulosis dapat bermacam-macam atau malah banyak pasien ditemukan TB paru tanpa keluhan sama sekali dalam pemeriksaan kesehatan. Keluhan yang terbanyak adalah (Suduyo dkk, 2006):

- 1) Demam. Biasanya subfebril menyerupai influenza. Tetapi kadang-kadang panas badan dapat mencapai 40-41°C. Serangan demam pertama dapat sembuh sebentar, tetapi dapat timbul lagi. Keadaan ini dipengaruhi oleh daya tahan tubuh pasien dan berat ringannya infeksi kuman tuberkulosis yang masuk.
- 2) Batuk sampai dengan batuk darah. Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Karena terlibatnya bronkus pada batuk tidak sama, mungkin saja batuk baru ada setelah penyakit berkembang dalam jaringan paru setelah berminggu-minggu atau berbulan-bulan peradangan bermula. Sifat batuk dari batuk kering (non-produktif), kemudian setelah timbul peradangan menjadi batuk produktif

(menghasilkan sputum). Keadaan lanjut dapat berupa batuk darah karena terdapat pembuluh darah yang pecah.

- 3) Sesak napas. Pada penyakit ringan (baru muncul) belum terdapat sesak napas. Sesak napas ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut dan infiltrasinya sudah meliputi setengah bagian paru-paru.
- 4) Nyeri dada. Dapat timbul bila infiltrasi radang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis. Terjadi gesekan kedua pleura ketika menarik/melepaskan napasnya.
- 5) *Malaise*. Gejala malaise ditemukan berupa anoreksia, badan makin kurus, sakit kepala, meriang, nyeri otot, keringat malam hari. Keadaan malaise ini makin lama makin berat dan terjadi hilang timbul secara tidak teratur.

### c. Faktor resiko terhadap TBC

#### 1) Lingkungan fisik

- a) Ventilasi
- b) Pencahayaan

- 2) Status ekonomi. Dengan status ekonomi yang rendah membuat seseorang susah mengakses informasi kesehatan.
- 3) Pemakaian kayu bakar sebagai bahan bakar untuk memasak
- 4) Umur, khas pada usia muda 15-49 tahun
- 5) Merokok



- 6) Jenis kelamin
- 7) Pendidikan yang rendah.
- 8) Lama tinggal. Teori bahwa seseorang terinfeksi TB ditentukan oleh konsentrasi droplet per volume udara dan lamanya menghirup udara yang berpotensi mengandung kuman TBC (Depkers, 2002a). Semakin singkat waktu pemaparan resiko yang akan terjadi semakin kecil, (Mukono, 1997).
- 9) Pekerjaan/ bekerja ( Lismami, 2006: 13-26).

**d. Cara penularan**

- 1) Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif.
- 2) Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak.
- 3) Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab.
- 4) Daya penularan seseorang pasien tergantung dari banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut.
- 5) Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman tersebut ditentukan oleh jumlah basil TB yang dikeluarkan, virulensi basil TB,

terpajannya basil TB dengan sinar ultra violet, terjadinya aerosolisasi pada saat batuk, bersin, bicara atau pada saat bernyanyi, tindakan medis dengan resiko tinggi seperti waktu otopsi, intubasi, atau pada waktu melakukan bronkoskopi (Chin,2006, Manaf, dkk, 2006).

#### **e. Pemeriksaan TBC**

- 1) Anamnesa baik pada pasien maupun pada keluarga.
- 2) Pemeriksaan fisik. Konjungtiva mata atau kulit pucat karena anemia, demam, badan kurus atau berat badan menurun. Pada TB yang lanjut dengan fibrosis yang luas sering dijumpai atropi dan retraksi otot-otot interkostal (Brunner & Suddarth, 2002, Suduyo dkk, 2006).
- 3) Pemeriksaan radiologi
- 4) Pemeriksaan laboratorium
  - a) Darah
  - b) Pemeriksaan sputum (dahak)
  - c) Cairan otak
  - d) Pemeriksaan patologi anatomi
- 5) Tes tuberkulin intradermal (Mantoux).

#### **f. Pengobatan**

Tujuan pengobatan TB adalah untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap obat anti

TB (OAT). Menurut Depkes RI 2001, jenis dan dosis obat anti tuberkulosis (OAT) yang digunakan untuk mengobati TBC adalah (Manaf dkk, 2006, Tjay & Rahardja, 2008)

1) Isoniazid (H)

Dikenal dengan INH, bersifat bakterisid, dapat membunuh 90% populasi kuman dalam beberapa hari pertama pengobatan. Obat ini sangat efektif terhadap kuman dalam keadaan metabolik aktif, yaitu kuman yang sedang berkembang. Dosis normal 200-300 mg/ hari. Efek samping obat bila dosis normal jarang dan ringan (gatal-gatal, ikterus), tetapi sering terjadi pada dosis yang besar (400 mg). Efek sampingnya adalah polineuritis (radang saraf dengan kejang dan gangguan penglihatan), hepatotoksik.

2) Rifampicine (R)

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman semi-dormant (persister) yang tidak dapat dibunuh oleh isoniazid. Dosis harian dan lanjutan yang dianjurkan sama yaitu 10 mg/kg BB. Efek samping adalah *icterus*, mual, muntah, kejang perut dan diare, gangguan SSP, dan hipersensitifitas.

3) Pirazinamid (Z)

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman yang berada dalam sel dengan suasana asam pH 5-6. Dosis harian yang dianjurkan 25 mg/kg

BB, lanjutan dengan dosis 35 mg/kg BB. Efek samping yang sering terjadi adalah hepatotoksis, *hiperuricemia* (meningkatnya asam urat didalam darah), gangguan lambung dan usus, *artralgia* (nyeri pada sendi).

#### 4) Streptomycine (S)

Bersifat bakterisid, dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan lanjutan digunakan dosis yang sama. Penderita berumur 45 tahun ke atas, dosis tidak boleh lebih dari 0,75 gr. Efek samping terjadi neurotoksik terhadap saraf cranial ke-8 yang dapat menimbulkan ketulian permanen.

#### 5) Ethambutol (E)

Bersifat sebagai bakteriostatik. Dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB, sedangkan untuk pengobatan lanjutan digunakan dosis 30 mg/kg BB. Efek samping yang terpenting adalah *neuritis optica* (radang saraf mata) yang mengakibatkan gangguan penglihatan.

Obat yang diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6-8 bulan, supaya semua kuman (termaksud kuman persisten) dapat dibunuh. Dosis tahap intensif dan dosis tahap lanjutan ditelan sebagai dosis tunggal saat perut kosong. Apabila paduan obta tidak adekuat (jenis, dosis, dan jangka waktu pengobatan), kuman TB resisten.

### **i. Cara-cara pencegahan**

- 1) Temukan semua penderita TB dan berikan segera pengobatan yang tepat. Sediakan fasilitas untuk penemuan dan pengobatan penderita.
- 2) Sediakan fasilitas medis yang memadai seperti laboratorium dan alat rontgen agar dapat melakukan diagnosa dini terhadap penderita, kontak, juga tersangka. Sediakan juga fasilitas pengobatan terhadap penderita dan mereka dengan resiko terinfeksi.
- 3) Beri penyuluhan kepada masyarakat tentang cara-cara penularan dan cara-cara pemberantasan serta manfaat penegakan diagnosa dini.
- 4) Mengurangi dan menghilangkan kondisi sosial yang mempertinggi resiko terjadinya infeksi seperti kepadatan hunian.
- 5) Program pemberantasan TB harus ada diseluruh fasilitas kesehatan dan dimana penderita immunosupresi lainnya ditangani.
- 6) Pemberian INH sebagai pengobatan preventif memberikan hasil yang cukup efektif untuk mencegah progresivitas infeksi TB laten menjadi TB klinis.
- 7) Sediakan fasilitas perawatan penderita dan fasilitas pelayanan diluar institusi untuk penderita yang mendapatkan pengobatan dengan sistem DOTS dan sediakan juga fasilitas pemeriksaan dan pengobatan preventif untuk kontak.
- 8) Pada kelompok masyarakat dimana TB masih ada, perlu dilakukan tes tuberkulin secara sistematis untuk kecenderungan insidensi penyakit.

- 9) Pemberian imunisasi BCG terhadap mereka yang tidak terinfeksi TB (tes tuberkulin negatif) lebih dari 90% akan memberikan hasil tes tuberkulin positif.
- 10) Lakukan eliminasi terhadap ternak sapi yang menderita TB *bovium* dengan cara menyembelih sapi-sapi yang tes tuberkulin positif. Susu sapi di pasteurisasi sebelum dikonsumsi.
- 11) Lakukan upaya pencegahan terjadinya silikosis pada pekerja pabrik dan tambang (Chin, 2006).

Tidak banyak penelitian yang menghubungkan kebiasaan merokok dengan terjadinya tuberkulosis secara langsung. Khusus untuk rokok kretek yang merupakan rokok Indonesia belum ada satupun penelitian yang menghubungkan terjadinya dan perjalanan penyakit tuberkulosis dengan dengan kebiasaan merokok kretek. Alcaide (1996) dalam yusminar (2006) menemukan bahwa kebiasaan merokok merupakan faktor resiko terjadinya tuberkulosis paru pada dewasa muda, dan terdapat *dose response relationship* dengan jumlah rokok yang dihisap perharinya (Aditama, 2005 dalam Lismarni, 2006).

Penelitian yang dilakukan oleh Ariyothai et al (2001) pada penderita dewasa Thailand membuktikan ada hubungan yang sangat signifikan antara usia awal merokok dengan TBC paru. Perokok aktif yang mulai merokok antara umur 15-20 tahun memiliki resiko untuk TBC paru 3,2 kali dibanding usia lainnya. Lamanya merokok juga berhubungan secara signifikan dengan TBC paru, dimana perokok yang merokok lebih dari 10

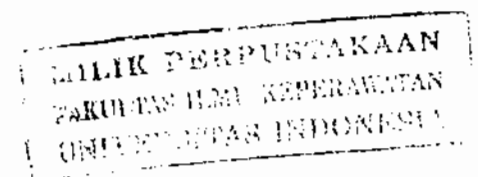
tahun mempunyai resiko hampir 3 kali dibanding yang merokok kurang dari 10 tahun. Dari penelitian ini juga diketahui bahwa responden yang menghisap rokok lebih dari 10 batang/hari beresiko untuk TBC paru bampir 4 kali responden yang merokok kurang dari 10 batang/hari (lismarni, 2006).

Yach (2000) yang dikutip Aditama (2005) dalam Lismarni (2006), mengatakan bahwa kemungkinan mekanisme pengaruh rokok terhadap terjadinya penyakit TBC adalah sebagai berikut: merusak mekanisme pertahanan paru, merusak mekanisme *muccociliary clearance* dari petogen potensial diparu, pajanan akut asap rokok meningkatkan *airway resistance* dan *permeabilitas epitel pulmoner*, merusak makrofag, menurunkan respon terhadap antigen, meningkatkan sintesa elastase dan menurunknya produksi antiprotease.

#### **B. Penelitian terkait**

Sampai sekarang peneliti belum menemukan penelitian dengan judul yang sama dari berbagai hasil laporan penelitian dalam negeri, tapi peneliti menemukan hasil penelitian lewat website yaitu penelitian yang dilakukan di Chennai, India 50% kematian akibat TBC berubungan dengan kebiasaan merokok pada pria dewasa. Sebagian besar penyakit saluran pernapasan termasuk juga TBC, berubungan bahkan diperberat oleh merokok.

Pada penelitian (tesis) yang dilakukan oleh Lismarni (2006), dengan judul “pengaruh lingkungan fisik rumah terhadap tersangka penderita TBC paru di Indonesia tahun 2004 (analisis lanjutan data susenas 2004)”, dikatakan bahwa perilaku merokok dianggap berisiko terhadap TB paru bila kebiasaan merokok setiap hari dengan jumlah rokok yang dihisap lebih dari 10 batang/hari, mulai merokok dibawah usia 20 tahun dan telah merokok lebih dari 10 tahun. Dengan data 28,46% penduduk indonesia merokok setiap hari, dari yang merokok setiap hari tersebut 72,61% mulai merokok dibawah usia 20 tahun, 51,16% menghisap rokok lebih dari 10 batang/haridan sebesar 73,16% telah merokok lebih dari 10 tahun. Jumlah sampel yang diambil adalah 65.214.





## BAB III

### KERANGKA KERJA PENELITIAN

#### A. Kerangka teori

Teori Lawrence Green (1980), Green mencoba menganalisis perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan. Green menyebutkan kebiasaan merokok identik dengan perilaku individu, dimana perilaku seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor karakteristik yaitu faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, pengetahuan), faktor pendukung (fasilitas kesehatan, sarana kesehatan, iklan rokok) dan faktor pendorong (sikap petugas, perilaku petugas, keluarga, masyarakat).

Sylvan Tomkins dalam Triswanto (2007) menyatakan 4 tipe perilaku perokok berdasarkan *management of affect theory* yaitu:

- 1) Tipe perokok yang dipengaruhi oleh perasaan positif. Green dalam *Psychological Factor in Smoking* (1978), mengatakan 3 subtype:
  - a) *Pleasure relaxation*. Perilaku merokok hanya untuk menambah atau meningkatkan kenikmatan yang sudah didapat. Misalnya merokok setelah minum kopi atau makan.
  - b) *Stimulation to pick them up*. Perilaku merokok hanya dilakukan dilakukan sekedarnya untuk menyenangkan perasaan dan menambah semangat.
  - c) *Pleasure of handling the cigarette*. Kenikmatan yang diperoleh dengan memegang rokok. Perokok lebih senang berlama-lama

untuk bermainkan rokoknya dengan jari-jarinya lam sebelum ia menyalakan dengan api.

2) Perilaku merokok yang dipengaruhi oleh perasaan negatif.

Banyak orang menggunakan rokok untuk mengurangi perasaan negative misalnya bila ia marah, cemas, gelisah, rokok dianggap sebagi penyelamat. Mereka menggunakan rokok bila perasaan tidak enak terjadi, sehingga terhindar dari perasaan yang lebih tidak enak.

3) Perilaku merokok yang adiktif.

Green menyebutkan sebagai *Psychological Addiction*. Para perokok yang sudah adiksi, akan menambah dosis rokoknya ketika efek dari rokok yang dihisapnya berkurang. Mereka umumnya akan pergi keluar rumah membeli rokok walau tengah malam sekalipun, karena ia khawatir kalau rokok tidak tersedia setiap saat ia menginginkannya.

4) Perilaku menggunakan rokok karena sudah menjadi kebiasaan.

Mereka menggunakan rokok bukan untuk mengendalikan perasaan mereka, tetapi benar-benar sudah menjadi kebiasaan rutinnya. dapat dikatakan bahwa merokok sudah merupakan suatu perilaku yang otomatis, karena seringkali tanpa dipikirkan dan tanpa disadari. Mereka menghidupkan api rokok setelah api rokok yang dihisap terdahulu telah benar-benar habis.

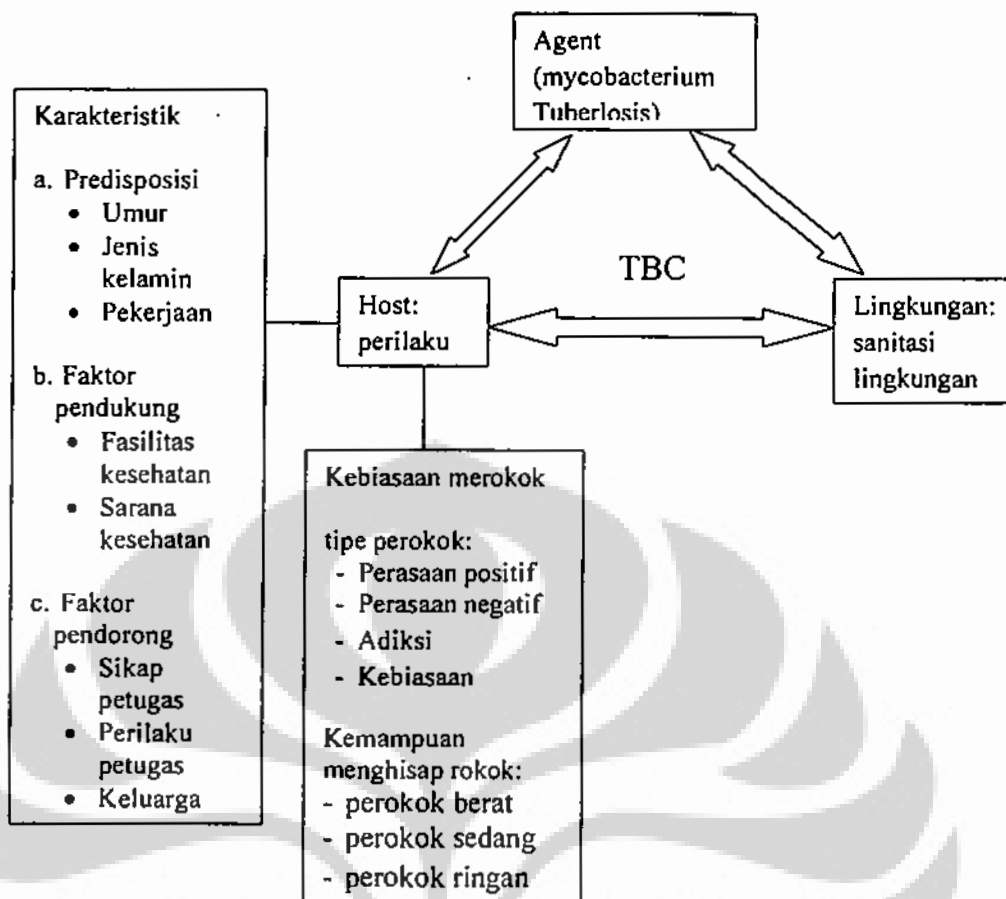
Sitepoe (1997) dalam Triswanto (2007), menyatakan bahwa perokok dibedakan menjadi tiga macam :

1) Perokok ringan yaitu jika merokok 1-10 batang setiap hari dengan selang waktu 60 menit dari bangun pagi.

- 2) Perokok sedang yaitu jika merokok 11-20 batang setiap hari dengan selang waktu 31-60 menit dari bangun pagi.
- 3) Perokok berat yaitu > 20 batang setiap hari dengan selang waktu 6-30 menit dari bangun pagi.

Pendekatan model *Agent-host-lingkungan*, (Leavell at all), menyatakan bahwa tingkat sehat dan sakit individu atau kelompok ditentukan oleh hubungan yang dinamis antara agen, pejamu (*host*) dan lingkungan. Agen adalah berbagai faktor internal- eksternal yang dengan atau tanpanya dapat menyebabkan penyakit: biologis, kimia, fisik, mekanis, psikososial, termasuk didalamnya yang merugikan kesehatan yaitu bakteri stress atau yang meningkatkan kesehatan yaitu nutrisi. Pejamu adalah seseorang atau kelompok yang rentan terhadap penyakit atau sakit tertentu. Lingkungan adalah seluruh faktor yang ada diluar pejamu: lingkungan fisik dan lingkungan sosial.

Gabungan keempat teori yaitu Leavell at all, teori Lawrence Green, Silvan Tomkins, dan Sitepoe dapat diartikan sebagai berikut: faktor yang mempengaruhi kejadian TB paru antara lain sanitasi lingkungan (*environment*), paparan dari *Mycobacterium Tuberculosis* (*agent*) dan gaya hidup dari host. Gaya hidup ini identik dengan perilaku atau kebiasaan merokok. Seseorang berperilaku merokok tergantung dari tipe merokok, kemampuan menghisap merokok, dan faktor-faktor yang menyebabkan orang menghisap rokok. Dengan demikian, kerangka teori dapat digambarkan sebagai berikut:



Skema 3.1 Kerangka teori

### B. Kerangka konsep

Berdasarkan masalah penelitian yang akan diteliti, maka kerangka konsep penelitian ini sebagai berikut:

Variabel independen

variabel dependen



Skema 3.2. Kerangka konsep.

Penelitian ini terdapat dua variabel yaitu kebiasaan merokok dan prevalensi penyakit paru. Yang akan dilakukan penelitian adalah faktor pendukung dari kebiasaan merokok (lamanya merokok, jumlah konsumsi rokok, frekuensi merokok) yang akan mempengaruhi penyakit TB paru.

### C. Hipotesa penelitian

Hipotesa merupakan jawaban sementara dari suatu penelitian dan ini dibuktikan dalam penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2002: 72).

Pada penelitian ini terdapat dua variabel yang diteliti, maka hipotesanya:

Ha: Ada hubungan antara kebiasaan merokok dengan angka kejadian penyakit TB

### D. Defenisi operasional

Variabel	Defenisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	skala
Kebiasaan merokok				
a. Frekuensi merokok	Persepsi responden tentang seberapa sering merokok	Kuesioner Menggunakan skala Likert: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	1. Jarang/ rendah (1-5 kali sehari) 2. sering/ tinggi (lebih dari 5 kali)	Ordinal

b. Lamanya merokok	Sejak kapan mulai menghisap merokok dan sudah berapa lama	Kuesioner Menggunakan skala Likert: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	1. Rendah (jika 1-5 tahun) 2. Sedang (jika 5-10 tahun) 3. Tinggi (jika > 10 tahun)	Ordinal
c. Jumlah rokok	Jumlah rokok yang dihisap setiap hari.	Kuesioner Menggunakan skala Likert: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	1. Ringan (jika merokok 1-10 batang/hari). 2. Sedang (jika merokok 11-20 batang/hari). 3. Berat (jika merokok > 20 batang sehari)	Ordinal
Prevalensi penyakit TB	Jumlah penderita penyakit TBC paru yang hasil pemeriksaan	Kuesioner Menggunakan skala Likert: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju	1. Rendah $\leq 50$ 2. Tinggi $\geq 50$	Ordinal

	laboratorium	3. Setuju		
	BTA positif pada satu populasi tertentu.	4. Sangat setuju		



Universitas Indonesia

## BAB IV

### METODE DAN PROSEDUR PENELITIAN

#### A. Desain penelitian

Berdasarkan jenis pendekatan menurut sifat penelitian eksperimen maka penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelatif, yaitu mencari hubungan antara kebiasaan merokok dengan prevalensi penyakit TB.

Berdasarkan rancangan penelitian adalah penelitian *Cross Sectional*. Penelitian *Cross Sectional* merupakan rancangan penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan antara faktor resiko/paparan dengan penyakit. Penelitian ini yaitu hubungan antara kebiasaan merokok dengan prevalensi penyakit TB paru, peneliti akan melakukan pengukuran atau pengamatan terhadap bagaimana kebiasaan merokok diukur bersamaan dengan pasien penyakit TB paru. Langkah-langkahnya yaitu menentukan subjek penelitian, menentukan variable dependen (prevalensi penyakit TB) dan variable independen (kebiasaan merokok), kemudian melakukan pengamatan/pengukuran kedua variable tersebut secara bersamaan atau sekali waktu, selanjutnya menganalisis kedua variable tersebut (Hidayat, 2008).

Menurut Polit dan Hungler (1999), desain *cross-sectional* desain ini ekonomis karena pengumpulan data hanya dilakukan sekali dan mudah



dilakukan karena kecil kemungkinannya responden akan hilang atau mengundurkan diri seperti yang terjadi pada studi longitudinal.

## B. Populasi dan sampel

### 1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2004 dikutip dalam Hidayat, 2008). populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Beji Depok sebanyak 4000 orang.

### 2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien TB paru dengan rentang usia 15-45 tahun yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas Beji.

Teknik pengambilan sampel diperoleh dengan menggunakan teknik *consecutive sampling* yaitu cara pengambilan sampel yang dilakukan dengan memilih sampel yang memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah sampel terpenuhi (sugiyono,2001). Berdasarkan teknik pengambilan sampel tersebut, dandisesuaikan dengan waktu pengambilan sampel yaitu dari 24 April sampai dengan 1 Mei 2009 yang dilakukan di Puskesmas Beji, maka diperoleh sampel sebanyak 37 orang dengan kriteria:

1. Pasien TB dengan BTA positif yang datang berobat ke Puskesmas Beji
  2. Pasien yang melakukan pemeriksaan laboratorium di Puskesmas Beji
  3. Sekolah maupun tidak sekolah
  4. Dapat membaca dan menulis
  5. Mau berpartisipasi
  6. Bersedia menjadi responden
  7. Sehat mental
  8. Usia antara 15-45 tahun.
- C. Tempat dan waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Beji. Waktu pengambilan sampel dilakukan mulai dari 24 April sampai dengan 1 Mei 2009.

D. Etika penelitian

Etika penelitian yang akan peneliti laksanakan dengan menerapkan prinsip-prinsip etika penelitian, adapun prinsip penelitian: prinsip manfaat/*beneficence*, prinsip menghormati manusia, dan prinsip keadilan (Hamid, 2008: 57-65, Hidayat, 2008: 82). Ketiga prinsip tersebut harus diaplikasikan agar responden penelitian dapat merasakan aman, nyaman, dan bermanfaat bagi dirinya atas keikutsertaannya dalam penelitian yang dilakukan.

Masalah-maslab etika penelitian keperawatan yang sangat penting dalam penelitian (Hidayat, 2008: 82-83):

1) *Informed consent*

Informed consent terdiri dari informasi yang diberikan (Informed)

yang berisi judul penelitian, tujuan, dan manfaat dari penelitian. Consent adalah persetujuan yang diberikan responden yang menyatakan bahwa responden bersedia menjadi subyek dalam penelitian. Peneliti harus menghormati hak pasien jika responden tidak bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini, karena penelitian bersifat sukarela tanpa ada unsur paksaan.

2) *Anonymity* (tanpa nama)

Peneliti harus memberikan jaminan dalam penggunaan subyek peneliti dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3) Kerahasiaan (*confidentiality*)

Peneliti dalam hal ini memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

E. Alat pengumpulan data

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuesioner/angket yang dibuat oleh peneliti dengan mengacu pada kerangka konsep yang ada. Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan dalam kuesioner diharapkan mampu menggali hal-hal yang bersifat rahasia bagi responden. Cara menjawab pertanyaan yaitu memberikan ceklist (  $\checkmark$  ) pada pertanyaan. Isi kuesioner terdiri dari 3 bagian yaitu yang pertama data demografi dengan mengisi

lembar kuesioner:

1. Umur, yang diisi sesuai dengan umur responden dengan mengisi kolom yang sudah disediakan.
2. Jenis kelamin, diisi sesuai dengan jenis kelamin responden dengan menchecklist pilihan yang telah disediakan.
3. Pendidikan terakhir, diisi sesuai dengan pekerjaan responden dengan menchecklist pilihan yang telah disediakan.
4. Pertama kali merokok, diisi sesuai dengan kenyataan responden pertama kali ia mulai merokok dengan menchecklist pilihan yang telah disediakan.

Bagian kedua, variabel independen yaitu tentang kebiasaan merokok (frekuensi, lamanya merokok, dan jumlah rokok) dimana data primer diambil sendiri oleh peneliti dengan mengadopsi teori Sitepoe (1997) dan dikembangkan sendiri oleh peneliti, dengan menggunakan skala Likert yang berisi.

Variabel	Nomor pertanyaan positif	Nomor pertanyaan negatif
Lamanya merokok berisi 8 pertanyaan	2,3,4,5,6. Skala Likert: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	1, 7, dan 8 Skala Likert: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju

Jumlah rokok berisi 3 pertanyaan	9, 10 dan 11 Menggunakan skala Likert: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	Tidak ada pertanyaan negatif
Frekuensi merokok berisi 10 pertanyaan	12, 13, 17, 18, 19, 20 Menggunakan skala Likert: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	14, 15 dan 16 Menggunakan skala Likert: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju

Bagian ketiga adalah variabel dependen yaitu angka kejadian TB dengan menggunakan skala Likert :

Pertanyaan positif (1 s/d 11)

1. Sangat tidak setuju
2. Tidak setuju
3. Setuju
4. Sangat setuju

Setelah kuesioner dibuat, maka kuesioner diuji coba (uji reliabilitas dan validitas). Ujicoba dilakukan untuk mengetahui apakah pertanyaan-

pertanyaan dalam kuesioner dapat dimengerti oleh responden, dan untuk menghindari kesalahan interpretasi. Layak atau tidak instrumen ini diujikan akan terlihat dari kemampuan responden mengerti dan menjawab semua pertanyaan dan pernyataan dengan benar tanpa ada kendala. Uji coba kuesioner ini dilakukan di RT 04/ RW 12 kelurahan Kemiri Muka dengan responden sebanyak 30 orang dengan kriteria yang sama dengan responden penelitian. Valid jika masing-masing item pertanyaan memiliki nilai lebih besar dari r tabel (0,349). Hasil dari uji validitas diperoleh semua soal valid.

Variabel	Validitas	Reabilitas
<b>Kebiasaan merokok</b>		
a. Frekuensi merokok	0,695 s/d 0,891	$\alpha$ 0,973
b. Lamanya merokok	0,751 s/d 0,919	
c. Jumlah rokok	0,734 s/d 0,875	
Prevalensi penyakit TB	0,389 s/d 0,873	$\alpha$ 0,903

**F. Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini adalah:**

1. Sebelum dilakukan pengumpulan data, peneliti mengajukan surat perijinan kepada pihak fakultas setelah proposal disetujui oleh dosen pembimbing, dan koordinator mata ajar. Kemudian peneliti mengajukan perijinan kepada kepala Puskesmas Beji.
2. Setelah mendapat ijin dari kepala Puskesmas Beji, kemudian peneliti mengadakan pendekatan dan memberikan penjelasan kepada calon responden tentang tujuan penelitian yaitu ingin meneliti

tentang hubungan kebiasaan merokok dengan penyakit TB paru, dan menjelaskan manfaat penelitian. Peneliti juga menjelaskan bahwa penelitian ini tidak menimbulkan bahaya, dan semua pernyataan tertuang dalam inform consent. Bila bersedia menjadi responden maka dimintakan untuk menandatangani inform consent.

3. Setelah responden menandatangani lembar persetujuan, kemudian responden mengisi kuisioner dengan cara memberikan check list (√) pada kolom yang tersedia, tetapi sebelumnya peneliti menjelaskan cara pengisian kuisioner dan memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya bila ada pertanyaan yang belum jelas.
4. Peneliti akan mendampingi reponden selama pengisian kuisioner agar dapat dibantu bila ada pertanyaan pada kuisioner yang tidak dimengerti. Pengisian kuisisioner diberi waktu selama 30 menit tiap responden.
5. Setelah selesai diisi, kuisioner akan dikumpulkan secara langsung oleh peneliti, dan selanjutnya diperiksa oleh peneliti, jika ada jawaban di kuisisioner yang belum di isi oleh responden, pada saat itu juga responden disuruh mengisinya. Kepada responden disampaikan bahwa apapun yang disampaikan dalam kuisioner dijamin kerahasiaannya.
6. Setelah selesai pengisian kuisisioner selanjutnya dilakukan analisa data.

#### G. Analisa data

Dalam penelitian ini tahapan cara-cara pengolahan data yang digunakan menurut Hidayat, 2008 sebagai berikut:

### 1. Editing.

Editing adalah upaya memeriksa kembali kebenaran data-data yang diperoleh atau dikumpulkan. Setelah data terkumpul, kemudian peneliti memeriksa kelengkapannya, apakah setiap pertanyaan dijawab sesuai dengan petunjuk yang ada didalam kuisioner. Kemudian kuisioner yang telah lolos akan diseleksi pada tahap selanjutnya. Apabila ada responden yang tidak lengkap mengisi kuisioner, maka kuisioner tersebut akan dikembalikan pada responden.

### 2. Coding

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisa data menggunakan komputer. Kusioner yang telah lulus seleksi akan diberikan nomor dengan menggunakan skala nominal yang dimulai nomor 1 sampai dengan 14 jumlah sampel yang telah ditentukan peneliti. Setelah data masuk, setiap jawaban akan di konversi dalam angka-angka sehingga memudahkan dalam pengolahan data selanjutnya.

### 3. Clearing.

Apabila dalam pelaksanaan penelitian, ada kuisioner yang diisi tidak lengkap dan menimbulkan bias data, maka peneliti melakukan pembersihan data, baik itu dengan mengembalikan kuisioner ke responden ataupun dengan menghilangkan data tersebut.

### 4. Entri data

Entri data adalah kegiatan memasukan data yang telah dikumpulkan



kedalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontigensi.

#### 5. Melakukan teknik analisis

Dalam melakukan analisis, khususnya terhadap data penelitian akan menggunakan ilmu statistik terapan sesuai dengan tujuan yang hendak dianalisis.

Analisa data statistik yang digunakan peneliti dalam penelitian kali ini adalah:

##### a. Analisis univariat/deskriptif

Analisis deskriptif berfungsi untuk menjelaskan/mendeskripsikan masing-masing variabel.

1) Data kategorik: tampilannya berupa persentasi. Variabelnya independen yaitu kebiasaan merokok dengan subvariabel frekuensi merokok, lamanya merokok, jumlah rokok.

2) Data kategorik: persentasi. Variabelnya dependen yaitu angka kejadian TB.

##### b. Analisis bivariat

Dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen (kebiasaan merokok) dan variabel dependen (penyakit TBC).

Variabel independen	Variabel dependen	Uji statistik
Kebiasaan merokok - Frekuensi merokok. - Lamanya merokok. - Jumlah rokok.	Prevalensi penyakit TB.	uji statistic <i>Chi square.</i>

Uji Chi Square atau  $X^2$  dapat digunakan untuk mengestimasi atau mengevaluasi frekuensi yang di teliti atau menganalisa hasil observasi untuk mnegetahui apakah ada perbedaan yang signifikan pada penelitian yang tidak menggunakan data nominal.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

Pengumpulan data penelitian ini dilakukan pada tanggal 24 April sampai dengan 1 Mei 2009 di Puskesmas Beji, Kecamatan Beji, Kota Depok. Penelitian dilakukan dengan menyebarkan kuesioner kepada responden yang datang berobat ke Puskesmas Beji. Karena jumlah populasi penderita TB paru yang berobat dan yang melakukan pemeriksaan Lab dengan hasil BTA positif pada Puskesmas Beji bulan Januari sampai dengan Maret adalah 37 orang, maka seluruh populasi dijadikan responden dalam penelitian ini.

#### **1. Data demografi**

Puskesmas Beji terletak di wilayah Kecamatan Beji dan Beji Timur dengan batas wilayah sebagai berikut: sebelah utara berbatasan dengan Kelurahan Kukusan, sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Pancoran Mas, sebelah barat berbatasan dengan Kelurahan Tanah Baru, dan sebelah timur berbatasan dengan Kelurahan Kemiri Muka.

Luas wilayah Puskesmas Beji: 323,7 Ha. Terdapat 2 kelurahan dibawah wilayah kerja Puskesmas Beji yaitu Kelurahan Beji dengan jumlah penduduknya adalah 34.653 jiwa dengan komposisi laki-laki: 18.076 jiwa dan perempuan: 16.557 jiwa, serta Kelurahan Beji Timur dengan jumlah penduduk: 8.014 jiwa, dengan komposisi laki-laki: 3.984 jiwa dan perempuan 4.030 jiwa. Total jumlah penduduk di dua kelurahan itu adalah

42.667 jiwa, dengan dengan komposisi laki-laki 22.060 jiwa dan perempuan 20.607 jiwa.

Hasil pemeriksaan laboratorium terhadap 37 responden untuk penyakit TBC paru diperoleh distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin adalah: 21 orang laki-laki (56,8 %) dan 16 orang perempuan (43,2%).

## 2. Data univariat

Data univariat dalam penelitian ini adalah kebiasaan merokok dan penyakit TBC paru. Data kebiasaan merokok adalah frekuensi merokok, lamanya merokok, dan jumlah rokok yang dihisap.

### a. Frekuensi merokok

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi berdasarkan frekuensi merokok pasien TBC di Puskesmas Beji tahun 2009 (n= 37)

Frekuensi merokok	Frekuensi	%
Jarang/rendah	22 orang	59,5
Sering	15 orang	40,5
Total	37	100

Berdasarkan hasil penelitian dari 37 responden diperoleh data bahwa terdapat 22 orang responden yang merokok jarang atau rendah (59,5%), dan 15 orang responden yang frekuensi merokok sering (40,5%).

b. Lamanya merokok

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi berdasarkan Lamanya merokok pasien TBC di Puskesmas Beji tahun 2009 (n= 37)

Lamanya merokok	Jumlah	%
Rendah/tidak pernah (1-5 thn)	29	78,4
Sedang (5-10 thn)	4	10,8
Tinggi (> 10 thn)	4	10,8
Total	37	100

Berdasarkan distribusi frekuensi lamanya terpapar rokok hasil penelitian yang diperoleh dari 37 responden di Puskesmas Beji diperoleh responden yang terbanyak lama merokok antara 1-5 tahun yaitu 29 orang (78,4%), merokok sedang (5-10 tahun) adalah 4 orang (10,8%), dan lamanya merokok lebih dari 10 tahun (tinggi) ada 4 responden (10,8%).

c. Jumlah rokok yang dihisap setiap hari

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi berdasarkan jumlah rokok pasien TBC di Puskesmas Beji tahun 2009 (n= 37)

Jumlah rokok	Frekuensi	%
Ringan (1-10 batang/hari)	31	83,8
Sedang (10-20 batng/hari)	2	5,4
Berat (lebih dari 20 batang /hari)	4	10,8
Total	37	100

Berdasarkan distribusi frekuensi jumlah rokok yang dihisap responden setiap hari diperoleh data sebanyak 31 orang merokok 1-10 batang setiap hari (83,8%), 2 orang merokok 10-20 batang setiap hari (5,4%),

dan yang merokok lebih dari 20 batang setiap hari sebanyak 4 orang (10,8%).

#### d. Penyakit TB paru

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi berdasarkan pasien TBC di Puskesmas Beji tahun 2009 (n= 37)

Responden TB	frekuensi	%
Negatif	3	8,1
Positif	34	91,6
Total	37	100

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh terhadap responden yang melakukan pemeriksaan Laboratorium di Puskesmas beji, diperoleh hasil terdapat 3 responden yang BTA negatif atau tidak TBC (8,1%) dan sebanyak 34 responden (91,9%) hasil pemeriksaan BTA positif dan sedang menjalani pengobatan TB. Responden yang memilih setuju untuk pertanyaan berkeringat pada malam hari sebanyak 29 orang (78,4%) dan responden yang menyatakan tidak setuju terhadap pertanyaan yang menyatakan pernah mengalami demam adalah 8 orang (21,62%).

Rata-rata responden melakukan pemeriksaan laboratorium; pemeriksaan dahak, karena di puskesmas tidak memiliki pemeriksaan ronsen dan tes tuberculin. Responden TB positif sebanyak 35 orang atau 95%, menyatakan perasaan takut, cemas, dan khawatir setelah tahu

mengidap penyakit TB, dan 2 orang (5%) tidak merasa takut, cemas, dan khawatir, serta yang mau menjalani pengobatan TB dan responden percaya dengan menjalani pengobatan selama 6 bulan akan sembuh.

### 3. Data bivariat

#### a. Frekuensi merokok dengan penyakit TB

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi berdasarkan hubungan frekuensi merokok dengan penyakit TB di Puskesmas Beji tahun 2009 (n= 37)

Frekuensi merokok	TB		Tidak TB		Total		OR CI 95% (0,59-3,665)	P value
	Nilai	%	Nilai	%	Nilai	%		
Jarang/rendah	20	58,8	2	66,7	22	59,5	0,714	0,644
Sering/tinggi	14	41,2	1	33,3	15	40,5		
Total	34	100	3	100	37	100		

Hasil penelitian diperoleh data bahwa terdapat 22 orang (59,5%) yaitu 20 orang merokok jarang terkena TB (58,8%), dan 2 orang responden yang merokok jarang tidak terkena TB (66,7%). Dari 15 orang (40,5%) didapatkan sebanyak 14 responden yang merokok sering terkena TB (41,2%), dan sebanyak 1 orang merokok yang tidak terkena TB (33,3%), dengan P value 0,644 dan Nilai OR 0,714. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara frekuensi merokok dengan angka penyakit TB paru dengan Nilai OR 0,714 artinya responden yang frekuensi merokok jarang/rendah mempunyai peluang 0,714 kali tidak terkena penyakit TBC paru dibandingkan dengan pasien yang merokoknya sering.

**b. Lamanya merokok dengan penyakit TB**

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi berdasarkan hubungan lamanya merokok dengan penyakit TB di Puskesmas Beji tahun 2009 (n= 37)

Lamanya merokok	TB		Tidak TB		Total		P value
	Nilai	%	Nilai	%	Nilai	%	
Jarang/rendah	27	79,4	2	66,7	2	78,4	0,379
Sedang	3	8,8	1	33,3	4	10,8	
Tinggi	4	11,8	0	0	4	10,8	
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	

Hasil penelitian berdasarkan lamanya merokok dengan penyakit TB diperoleh data bahwa terdapat 2 orang (78,4%) yaitu 27 orang merokok jarang/rendah terkena TB (79,4%), dan 2 orang responden yang merokok jarang tidak terkena TB (66,7%). Dari 4 orang (10,8%) didapatkan sebanyak 3 responden yang merokok sedang terkena TB (8,8%), dan sebanyak 1 orang merokok yang tidak terkena TB (33,3%). Diperoleh juga 4 orang (10,8%) yaitu 4 orang (11,8%) yang lama merokoknya tinggi terkena TB dan tidak ada responden merokok tinggi terkena penyakit TB, dengan P value 0,379. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara lamanya merokok dengan angka kejadian penyakit TB paru.



**c. Jumlah rokok dengan penyakit TBC**

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi berdasarkan hubungan jumlah rokok dengan penyakit TB di Puskesmas Beji tahun 2009 (n= 37)

Jumlah rokok	TB		Tidak TB		Total		P <i>value</i>
	Nilai	%	Nilai	%	Nilai	%	
Ringan (1-10 batang/hari)	29	85,3	2	66,7	31	83,8	<b>0,402</b>
Sedang (10-20 batang/hari)	2	5,9	0	0	2	5,4	
Tinggi (lebih dari 20 batang /hari)	3	8,8	1	33,3	4	10,8	
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	

Hasil penelitian berdasarkan jumlah rokok dengan penyakit TB diperoleh data bahwa terdapat 31 orang (83,8%) yaitu 29 orang merokok ringan (1-10 batang/hari) terkena TB (85,3%), dan 2 orang responden yang merokok ringan tidak terkena TB (66,7%). Dari 2 orang (5,4%) didapatkan sebanyak 2 responden yang merokok sedang 10-20 batang/hari terkena TB (5,9%), dan tidak ada responden merokok sedang yang tidak terkena TB. Diperoleh juga 4 orang (10,8%) yaitu 3 orang (8,8%) yang jumlah rokok tinggi (lebih dari 20 batang/hari) terkena TB dan 1 orang (33,3%) yang merokok tinggi terkena penyakit TB, dengan P *value* 0,402. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jumlah batang rokok yang dihisap dengan angka kejadian penyakit TB paru.

## BAB VI

### PEMBAHASAN

#### A. Pembahasan hasil penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan penelitian deskriptif korelasi yang bertujuan mengetahui hubungan antara kebiasaan merokok dengan angka kejadian TB paru.

##### 1. Angka kejadian penyakit TB paru.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh terhadap responden yang melakukan pemeriksaan Laboratorium di Puskesmas beji, diperoleh hasil terdapat 3 (8,1%) responden yang BTA negatif atau tidak TBC dan sebanyak 34 responden (91,9%) hasil pemeriksaan BTA positif dan sedang menjalani pengobatan TB. Gejala yang lebih sering dirasakan oleh responden adalah berkeringat pada malam hari, dan tidak semua responden merasakan demam. Sesuai dengan gejala klinis yang muncul menurut Sudoyo (2006), yaitu demam, batuk, sesak napas, nyeri dada dan malaise.

Hasil penelitian diperoleh data bahwa semua responden yang mengalami penyakit TB percaya bahwa setelah menjalani pengobatan selama 6 bulan maka akan sembuh. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Manaf dkk, (2006), Tjay & Rahardja, (2008) menyatakan obat yang diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan dosis

tepat selama 6-8 bulan, supaya semua kuman (termaksud kuman persisten) dapat dibunuh. Dosis tahap intensif dan dosis tahap lanjutan ditelan sebagai dosis tunggal saat perut kosong. Apabila paduan obat tidak adekuat (jenis, dosis, dan jangka waktu pengobatan), kuman TB resisten.

Hasil penelitian diperoleh data bahwa semua responden mengetahui terkena penyakit TB dengan melakukan pemeriksaan laboratorium yaitu pemeriksaan dahak/sputum dan diperoleh sputum responden terdapat *Mycobacterium tuberculosis*, yang berarti responden itu positif TB, tetapi pemeriksaan sputum bukan satu-satunya pemeriksaan untuk mendeteksi seseorang terkena TB. Brunner & Suddarth's (2002), Suduyo dkk (2006) mengatakan beberapa pemeriksaan yang perlu dilakukan untuk mendeteksi penyakit TB paru adalah: pemeriksaan radiologi, pemeriksaan laboratorium (darah, pemeriksaan sputum/dahak, cairan otak, pemeriksaan patologi anatomi, dan tes tuberkulin intradermal/*mantoux*).

2. Hubungan kebiasaan merokok dengan prevalensi penyakit TB
  - a. Frekuensi merokok dengan penyakit TB

Hasil penelitian diperoleh data bahwa terdapat 22 orang (59,5%) yaitu 20 orang merokok jarang terkena TB (58,8%), dan 2 orang responden yang merokok jarang tidak terkena TB (66,7%). Dari 15 orang (40,5%) didapatkan sebanyak 14 responden yang merokok sering terkena TB (41,2%), dan sebanyak 1 orang merokok yang tidak terkena TB (33,3%), dengan *P value*

Universitas Indonesia

0,644 dan Nilai OR 0,714. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara frekuensi merokok dengan angka penyakit TB paru dengan Nilai OR 0,714 artinya responden yang frekuensi merokok jarang/rendah mempunyai peluang 0,714 kali tidak terkena penyakit TBC paru dibandingkan dengan pasien yang merokoknya sering.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lismarni (2006), tentang "pengaruh lingkungan fisik rumah terhadap tersangka penderita TBC paru di Indonesia (2004) perilaku merokok dianggap berisiko terhadap TB paru bila kebiasaan merokok setiap hari berdasarkan frekuensi merokok lebih dari 5 kali dalam sehari.

**b. Lamanya merokok dengan penyakit TB**

Hasil penelitian berdasarkan lamanya merokok dengan penyakit TB diperoleh data bahwa terdapat 2 orang (78,4%) yaitu 27 orang merokok jarang/rendah terkena TB (79,4%), dan 2 orang responden yang merokok jarang tidak terkena TB (66,7%). Dari 4 orang (10,8%) didapatkan sebanyak 3 responden yang merokok sedang terkena TB (8,8%), dan sebanyak 1 orang merokok yang tidak terkena TB (33,3%). Diperoleh juga 4 orang (10,8%) yaitu 4 orang (11,8%) yang lama merokoknya tinggi terkena TB dan tidak ada responden merokok tinggi terkena penyakit TB, dengan *P value* 0,379. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara lamanya merokok dengan angka kejadian penyakit TB paru.

Universitas Indonesia

Penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Lismarni (2006), tentang “pengaruh lingkungan fisik rumah terhadap tersangka penderita TBC paru di Indonesia (2004), yang menyatakan perilaku merokok dianggap berisiko terhadap TB paru bila kebiasaan merokok lebih dari 10 tahun sebesar 73,16%.

c. Jumlah rokok dengan penyakit TBC

Hasil penelitian berdasarkan jumlah rokok dengan penyakit TB diperoleh data bahwa terdapat 31 orang (83,8%) yaitu 29 orang merokok ringan (1-10 batang/hari) terkena TB (85,3%), dan 2 orang responden yang merokok ringan tidak terkena TB (66,7%). Dari 2 orang (5,4%) didapatkan sebanyak 2 responden yang merokok sedang (10-20 batang/hari) terkena TB (5,9%), dan tidak ada responden merokok sedang yang tidak terkena TB. Diperoleh juga 4 orang (10,8%) yaitu 3 orang (8,8%) yang jumlah rokok tinggi (lebih dari 20 batang/hari) terkena TB dan 1 orang (33,3%) yang merokok tinggi terkena penyakit TB, dengan *P value* 0,402. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jumlah batang rokok yang dihisap dengan angka kejadian penyakit TB paru.

Sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Alcaide (1996) dalam yusminar (2006) menemukan bahwa kebiasaan merokok merupakan faktor resiko terjadinya tuberkulosis paru pada dewasa muda, dan terdapat

*dose response relationship* dengan jumlah rokok yang dihisap perharinya ternyata berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti oleh Lismarni (2006), tentang “pengaruh lingkungan fisik rumah terhadap tersangka penderita TBC paru di Indonesia (2004) perilaku merokok dianggap berisiko terhadap TB paru bila kebiasaan merokok setiap hari dengan jumlah rokok yang dihisap lebih dari 10 batang/hari (51,16%).

Ternyata faktor penyebab terjadi penyakit TB bukan hanya karena kebiasaan merokok tetapi ada beberapa faktor lain diantaranya adalah lingkungan fisik (ventilasi, pencahayaan), status ekonomi (dengan status ekonomi yang rendah membuat seseorang susah mengakses informasi kesehatan), pemakaian kayu bakar sebagai bahan bakar untuk memasak, umur (khas pada usia muda 15-49 tahun), merokok, jenis kelamin, pendidikan yang rendah, lama tinggal, Pekerjaan/ bekerja ( Lismarni, 2006: 13-26).

#### **B. Keterbatasan penelitian**

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini belum sempurna dan masih memerlukan perbaikan. Dalam melakukan penelitian, peneliti mengalami beberapa keterbatasan, tetapi semua keterbatasan itu tidak menjadi penghalang bagi peneliti untuk melakukan penelitian.

## BAB VI

### PENUTUP

#### A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dari kebiasaan merokok berdasarkan frekuensi merokok yang terbanyak adalah frekuensi merokok jarang atau rendah, berdasarkan lamanya merokok yang terbanyak responden adalah 1-5 tahun, dan berdasarkan jumlah rokok yang dihisap, responden yang terbanyak merokok 1-10 batang setiap hari, serta dari hasil penelitian juga diperoleh yang terbanyak adalah responden yang TB dengan BTA positif.

Berdasarkan hasil penelitian kami tentang gambaran hubungan kebiasaan merokok dengan angka penyakit TB di Puskesmas Beji dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara frekuensi merokok (frekuensi, lamanya, jumlah rokok yang dihisap setiap hari) angka kejadian TB paru.

#### B. SARAN

##### 1. Bagi petugas Puskesmas

Dapat terus meningkatkan penyuluhan tentang bahaya merokok salah satunya penyakit TB paru, tetapi sebelum itu petugas dulu harus menjadi *role model* untuk tidak merokok sehingga masyarakat dapat meniru hal yang baik itu. Puskesmas dapat meminta bantuan dari Dinas Kesehatan

Universitas Indonesia

untuk pengadaan alat rontgen sehingga pemeriksaan pasien TB paru lebih akurat lagi, karena keakuratan pemeriksaan TB paru bukan saja oleh pemeriksaan sputum tetapi harus melakukan pemeriksaan lainnya seperti rontgen, tes tuberculin.

## 2. Bagi masyarakat

Diharapkan masyarakat lebih aktif mencari informasi tentang bahaya merokok. Di dalam keluarga perlu dilakukan *sharing* antar anggota keluarga untuk saling mengingatkan akan bahaya rokok bagi kesehatan.

## 3. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan dapat mengembangkan penelitian ini dengan melakukan penelitian hubungan kebiasaan merokok dengan prevalensi penyakit TB paru dengan jumlah sampel yang lebih banyak, tempat yang berbeda, juga bisa melakukan penelitian secara kualitatif sehingga hasilnya dapat di generalisasi.



## DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth □s. (2002). *Brunner & sudarth □s textbook of medical-surgical nursing vol I*. (Kuncara, hartono, ester, asih, penerjemah). Philadelphia: lippincott. (sumber asli diterbitkan 1996).
- Chin. J. (Ed). (2006). *Manual pemberantasan penyakit menular*. (Kandun. I.N, penerjemah). Jakarta: infomedika.
- Dekdikbud. (1990). *Kamus besar bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka
- Hamid, A. Y. S. (2008). *Buku ajar riset keperawatan: konsep, etika, dan instrumentasi*. (Edisi 2). Jakarta: EGC
- Hidayat, A. A. A. (2008). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data*. Jakarta: Salemba Medika
- Lestari, T.B. (2003). *Gambaran tentang remaja perokok di SMP Mardi Cicurug Sukabumi di Jawa Barat*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Jakarta: Indonesia.
- Lismarni. (2006). *Pengaruh lingkungan fisik rumah terhadap tersangka penderita TBC paru di Indonesia tahun 2004 (analisis lanjutan data susenas 2004)*. Tesis. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta. indonesia
- Manaf, A., Pranoto, A., Sutyoso, A.P., Hudoyo.A., Yowono. A, dkk. (2006). *Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis*. (Edisi 2). Jakarta: Depkes RI
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. (Edisi 2). Jakarta: Rineka Cipta
- Price & Wilson .(2006). *Pathophysiology: Clinical Concepts of disease processes*. (Pendit, Hartanto, Wulansari, Maharani, penerjemah). Mosby: Elsevier science. (sumber asli diterbitkan 2002).
- Palupi, P. (2003). *Faktor-faktor yang menyebabkan paasien TBC mengalami kekambuhan pertama kalinya di ruang melati RSUD Pasar Rebo, Jaktim th 2003*. Fakultas Ilmu Keperawatan universitas Indonesia. Jakarta: Indonesia.
- Sabri, L & Hastono, S.P. (2006). *Statistika kesehatan*. Jakarta: Rajagrafindo Persada.
- Suduyo, A.W, dkk (Ed). (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid III. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Triswanto,S.D. (2007). *Stop Smoking*. (Edisi 1). Yogyakarta: Progresif book
- Tjay, T.H & Rahardja, K. (2008). *Obat-obat penting khasiat, penggunaan, efek-efek sampingnya*. (Edisi 6). Jakarta: PT. Gramedia.
- (2007). *Merokok meningkatkan resiko timbulnya penyakit Tuberkulosis (TBC)* diambil pada 1 maret 2009 dari <http://www.tbcindonesia.or.id/tb/index.php?articleid=55&pathid=000100150017> .

----- (2007). *Pointers Menkes Menyambut Hari TBC Sedunia 2007*. Diambil pada 1 maret 2009 dari <http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=1954&Itemid=2>,

Wulansari,S & Prabaningrum,V. (2008). *Tembakau dan wanita*, medika jurnal kedokteran Indonesia,36, (2), 117-120.



Lampiran 1

**LEMBAR INFORMASI PENELITIAN**

**(INFORMED)**

Kepada Yth.

Calon responden penelitian

Di tempat

Dengan hormat,

Kami yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sinta Hasan (NPM. 0706220266)

Findiar (NPM. 0706255686)

e- mail : Sinta Hasan ( sintafik@gmail.com)

Findiar

Alamat : FIK UI Depok

Pembimbing : Mustikasari, SKp, MARS.

adalah mahasiswa tingkat akhir Program Ekstensi 2007 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI) yang sedang melakukan penelitian sebagai tugas akhir Mata Ajar Riset Keperawatan adapun masalah penelitian ini yaitu: **"HUBUNGAN KEBIASAAN MEROKOK DENGAN ANGKA KEJADIAN TBC"**.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara kebiasaan merokok dengan angka kejadian TB paru. Saya bersedia ditanya jika ada prosedur penelitian yang tidak dimengerti. Partisipasi saudara dalam penelitian ini bersifat sukarela. Saudara berhak memilih untuk ikut atau tidak dalam penelitian ini tanpa ada sanksi apapun. Kami mohon kesediaan

saudara untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dan menandatangani lembar persetujuan. Setelah itu silakan menjawab pertanyaan atau pernyataan dalam lembar kuesioner yang berhubungan dengan peristiwa yang saudara alami dalam kehidupan sehari-hari. Saudara diminta untuk mengisi biodata dan memberikan jawaban yang sesuai dengan keadaan atau pengalaman sendiri. Sebelum mengisi mohon membaca pertanyaan dan pernyataan dengan seksama. Semua jawaban saudara adalah **BENAR**, asalkan sesuai dengan keadaan atau pengalaman saudara sehari-hari, kami sangat menghargai kesungguhan dan kejujuran, **kerahasiaan identitas** dan jawaban saudara kami jamin sesuai dengan kode etik dalam penelitian. Informasi yang diberikan akan dimusnahkan setelah penelitian ini selesai. Selamat mengerjakan dan **terima kasih** atas **kesediaan** dan **kesungguhan** saudara dalam mengisi kuesioner ini.

Depok, April 2009

Hormat kami,

Peneliti

Lampiran 2

**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**

**(*CONSENT*)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Sinta Hasan (NPM. 0706220266)  
Findiar ( NPM. 0706255686)

Judul penelitian : Hubungan Kebiasaan Merokok Dengan Prevalensi Penyakit TBC

Saya mengetahui penelitian ini dilakukan dengan memberikan kuesioner yang harus saya isi sesuai dengan petunjuk yang diberikan, saya bersedia meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner tersebut.

Saya telah mendapatkan penjelasan dari peneliti bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan kebiasaan merokok dengan angka kejadian TB paru. Penelitian ini tidak merugikan dan tidak menimbulkan risiko yang berbahaya bagi saya. Saya dapat mengetahui hasil penelitian ini dengan menghubungi peneliti secara langsung.

Saya mengerti bahwa penelitian ini bersifat sukarela dan identitas saya akan dirahasiakan oleh peneliti, informasi yang saya berikan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila ada prosedur penelitian yang tidak saya ketahui, saya boleh menanyakan kembali kepada peneliti. Selama mengisi kuesioner saya boleh membatalkan keikutsertaan saya dalam penelitian ini jika saya merasa tidak nyaman. Dengan demikian saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Demikianlah surat pernyataan ini saya tanda tangani tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Depok, April 2009

Mengetahui,

Responden

## KUESIONER PENELITIAN

### Petunjuk umum penelitian:

- Responden diharapkan mengisi seluruh pertanyaan sesuai dengan petunjuk pengisian dan dengan jawaban yang sebenar-benarnya.
- Baca petunjuk pengisian dengan teliti.
- Isilah setiap pertanyaan dengan satu jawaban dengan memberi tanda *checklist* (✓) pada kolom yang tersedia.
- Apabila ingin mengganti jawaban coretlah jawaban yang ingin diganti dengan tanda sama dengan (=) kemudian *checklist* (✓) kembali jawaban lain.
- Responden diperbolehkan bertanya langsung kepada peneliti jika ada hal-hal yang tidak dimengerti terkait dengan pengisian kuesioner.
- Isilah data demografi terlebih dahulu dilanjutkan dengan pertanyaan dan pernyataan keusioner berikutnya.
- Semua jawaban saudara adalah **BENAR** karena berhubungan dengan kehidupan sehari-hari yang saudara jalani. Oleh karena itu diharapkan responden dapat mengisi seluruh pertanyaan dalam kuesioner dengan jawaban sebenar-benarnya.
- Sebelum menyerahkan kembali kuesioner ini kepada peneliti, periksa lagi setiap pertanyaan, jangan sampai ada yang belum terjawab.
- Setelah kuesioner terisi lengkap, serahkan kembali kuesioner ke peneliti.

## Lembar kuesioner

No. responden:

Judul penelitian: hubungan kebiasaan merokok dengan prevalensi penyakit TB paru

### Petunjuk umum pengisian :

1. Isilah pertanyaan pada (data demografi) di bawah ini dengan benar.
2. Berilah tanda Checklist (  $\checkmark$  ) pada kolom yang telah disediakan pada jawaban yang sesuai dengan keadaan Bapak/ Ibu yang sebenarnya.

#### I. Data demografi

Nama (inisial) :.....

Alamat :.....

Umur : ..... tahun

Jenis kelamin :  laki-laki  perempuan

Pekerjaan :  bekerja  tidak bekerja

Pendidikan terakhir :  tidak sekolah  SD  SMP  
 SMU  perguruan tinggi

Suku bangsa :.....

Agama :  Islam  Kristen protestan  
 Kristen katolik  Budha  Hindu

Pertama kali merokok:  SD  SMP  
 SMA  Perguruan Tinggi

## II. Faktor-faktor yang berhubungan

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda checklist (  $\checkmark$  ) pada kolom yang telah disediakan.

Responden dapat memilih: STS : Sangat Tidak Setuju

TS : Tidak setuju

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

### Kebiasaan merokok

No	Pertanyaan	STS	TS	S	SS
		1	2	3	4
1	Saya senang merokok				
2	Saya pertama kali merokok sejak duduk di bangku pendidikan: SD sampai dengan perguruan tinggi				
3	Saya pertama kali merokok setelah bekerja				
4	Saya merokok antara 1 sampai 5 tahun				
5	Saya merokok antara 6 sampai 10 tahun				
6	Saya merokok lebih dari 10 tahun				
7	Pertama kali saya merokok karena diajak teman				
8	Saya merokok karena ingin tahu saja				
9	Saya merokok kurang dari 10 batang setiap hari				
10	Saya merokok 11-20 batang setiap hari				
11	Saya merokok lebih dari 20 batang setiap hari				
12	Saya tinggal serumah dengan orang yang merokok				
13	Lingkungan saya kebanyakan orang yang merokok				
14	Saya merokok kapan saja saya mau				
15	Saya merokok jika banyak masalah				
16	Saya susah untuk berhenti merokok				
17	Selama ini saya pernah berhenti merokok				
18	Alasan saya berhenti merokok karena saya sakit				



19	Gejala yang saya rasakan setelah merokok adalah: batuk berdahak.				
20	Gejala yang saya rasakan setelah merokok adalah sesak napas				

### Kejadian TBC

No	Pertanyaan	STS	TS	S	SS
		1	2	3	4
1	Saya tahu salah satu bahaya akibat merokok adalah penyakit TBC				
2	Saya pernah berkeringat lebih pada malam hari				
3	Saya pernah demam.				
4	Saya pernah melakukan pemeriksaan TBC: ronsen				
5	Saya pernah melakukan pemeriksaan dahak				
6	Saya pernah tes tuberculin				
7	Saya merasa takut setelah tahu saya mengidap penyakit TBC				
8	Saya merasa cemas setelah tahu saya mengidap penyakit TBC				
9	Saya merasa khawatir setelah tahu saya mengidap penyakit TBC				
10	Saya sekarang mendapat pengobatan anti TBC				
11	Saya percaya, setelah menjalani pengobatan dengan teratur dan rutin setelah 6 bulan, saya akan sembuh.				



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : /3/4/PT02.H5.FIK/1/2009

17 April 2009

Lamp : -

Perihal : Permohonan Ijin Data Penelitian  
M.A Riset

Kepada Yth.  
Kepala  
Puskesmas Beji Depok  
Di  
Depok

Dalam rangka mengimplementasikan mata ajar "Riset Keperawatan" bagi mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan-Universitas Indonesia (FIK-UI) :

No	Nama Mahasiswa	NPM
1.	Sinta Hasan	0706220266
2.	Findiar	0706255686

Akan mengadakan praktek riset dengan judul: "Hubungan Kebiasaan Merokok Dengan Prevalensi Penyakit TB."

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa tersebut untuk melakukan penelitian di Puskesmas Beji Depok.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Wakil Dekan

Dra. Junarti Sahar., PhD  
NIP. 140 099 515

Tembusan :

1. Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Dikmahalum FIK-UI
4. Koordinator M.A Riset Kep. FIK-UI
5. Peringgal