

**HUBUNGAN KEBIASAAN MEROKOK DENGAN
KEJADIAN KANKER PARU DI RSUD ULIN
BANJARMASIN**



SKRIPSI

Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh

Robby Cahyadie

NIM : 12.IK.233

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SARI MULIA
BANJARMASIN
2016**

ABSTRAK

ROBBY CAHYADIE. Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Kejadian Kanker Paru di RSUD Ulin Banjarmasin. Dibimbing oleh HARIADI WIDODO dan NURHAMIDI.

Latar Belakang: Merokok adalah kebiasaan yang dilakukan setiap hari oleh masyarakat, baik oleh kaum laki-laki dan tidak menutup kemungkinan oleh kaum perempuan. Merokok menyumbang 90% kematian akibat penyakit paru-paru di seluruh dunia terutama kanker paru. Kanker paru merupakan penyebab kematian tertinggi di dunia dengan prognosis sering kali buruk dan menjadi salah satu masalah utama di bidang kesehatan, kanker paru biasanya tidak dapat diobati dan penyembuhan biasanya dilakukan dengan pembedahan.

Tujuan: Menganalisis hubungan antara kebiasaan merokok dengan kejadian kanker paru di RSUD Ulin Banjarmasin.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif desain *case control* atau *kasus control* dengan pendekatan *retrospective*. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 30 orang yang diantaranya 15 orang kasus (mengalami kanker paru) dan 15 orang kontrol (tidak mengalami kanker paru). Penelitian ini menggunakan analisis statistik uji *Chi-square* dengan signifikan $p < 0,05$.

Hasil: Hasil penelitian didapatkan bahwa jumlah tertinggi yaitu perokok berat 20 orang (66,7%). Perokok berat dengan kanker paru 8 orang (40%) dan perokok berat dengan tidak kanker paru 12 orang (60%). Adanya hubungan kebiasaan merokok dengan kejadian kanker paru ($p = 0,01$).

Simpulan: Ada hubungan antara kebiasaan merokok dengan kejadian kanker paru di RSUD Ulin Banjarmasin.

Kata kunci: Kebiasaan merokok, Kanker paru.

ABSTRACT

ROBBY CAHYADIE. Smoking Habit relationship with Lung Cancer Incidence in Ulin Regional General Hospital Banjarmasin. Supervised by HARIADI WIDODO and NURHAMIDI.

Background: Smoking is a habit that is done every day by the people, both by men and women did not rule. Smoking accounts for 90% of deaths from lung disease throughout the world especially lung cancer. Lung cancer is the leading cause of death in the world with often poor prognosis and became one of the main problems in the health sector, lung cancer is usually not treatable and recovery is usually done with surgery.

Purpose: To analyze the relationship smoking habit with lung cancer incidence in Ulin Regional General Hospital Banjarmasin.

Methods: This study is a quantitative research design retrospective case control approach. The sample in this research were 30 people of which 15 cases (lung cancer) and 15 controls (do not get lung cancer). This study uses statistical analysis Chi-square test with significant $p < 0,05$.

Results: The results showed that the highest number of heavy smokers of 20 people (66.7%). Heavy smokers with lung cancer 8 people (40%) and heavy smokers do not get lung cancer with 12 people (60%). There was relationship smoking habit with lung cancer ($p = 0.01$).

Conclusion: There was relationship smoking habit with lung cancer incidence in Ulin Regional General Hospital Banjarmasin.

Keywords: Smoking Habit, lung cancer.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya penulis dapat menyelesaikan penulisanakhirpenelitiandalambentukskripsidengan judul “HubunganKebiasaanMerokokdenganKejadianKankerParu RSUD Ulin Banjarmasin”. Sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Sari Mulia Banjarmasin.Pada penyusunan dan penyelesaian skripsi ini, penulisbanyak mendapat bantuan, dukungan, bimbingan dan motivasi dari berbagai pihak, maka darihati yang paling dalam, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dwi SogiSri Redjeki, S.KG.,M.Pd selaku Ketua Yayasan Indah Banjarmasin.
2. Bapak dr. H. R. Soedarto WW, Sp.OG selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sari Mulia Banjarmasin.
3. Ibu YP. Rahayu, M.Pd., M.Keb selaku Wakil Ketua I Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sari Mulia Banjarmasin.
4. Ibu Dini Rahmayani, S.Kep.Ns., MPH selaku ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Sari Mulia Banjarmasin.
5. BapakHariadi Widodo, S.Ked., MPHselaku pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, dorongan, semangat, dan petunjuk maupun saran kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
6. BapakNurhamidi, SKM., M,Kesselaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, dorongan, semangat, dan petunjuk maupun saran kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

7. Bapak/Ibu dosen serta seluruh staf di Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Sari Mulia Banjarmasin yang telah banyak memberikan ilmu dan membantu penulis selama menempuh pendidikan pada program S1 Keperawatan.
8. Direktur RSUD Ulin Banjarmasin yang telah memberikan izin bagi penulis untuk melakukan penulisan sertasi seluruh tenaga kesehatan yang telah ikut berpartisipasi sehingga penulisan ini dapat terlaksana dengan baik.
9. Kedua orang tua yang sangat penulis cintai Bapak Zulkifli, S., dan Ibu Isnah Hartaty serta seluruh keluarga yang selalu memberikan do'a, dukungan moral dan material yang tidak pernah henti-hentinya kepada penulis sehingga penulis bisa menyelesaikan skripsi ini.
10. Bapak Indra Budi, S.Kep., Ns dan Bapak Murjani, S.Kep., Ns serta seluruh staf perawat ruang Edelweis dan Dahlia RSUD Ulin Banjarmasin yang sudah banyak membantu, memberikan dorongan serta motivasi untuk saya dalam penyusunan skripsi ini.
11. Teman sejawat dan sahabat-sahabat seperjuangan penulis Ahmad Nasir, Muhammad Khair, M. Rony Pratama Arif, Muhammad Fendi, Rahmatullah, Rusdiannoor, Arisandi MB, Denda Saputra, Sinyo Rifani, Nina Nor Amelia, Popy Ermawati dan Widiawati yang setia bersama melewati suka maupun duka dan selalu memberikan semangat dan motivasi dalam kehidupan sehari-hari selama kurang lebih 3 tahun bersama-sama dalam perkuliahan.
12. Teman satu bimbingan Ahmad Nasir, Muhammad Fendi, Maulida Agustina dan Normalis yang

selalumemberikansemangatdanmotivasiselama proses
bimbingandansalingmendukungssatusama lain dalamkehidupansehari-hari.

Semoga kebaikan Bapak dan Ibu, keluargabesar serta teman-teman berikan mendapatkan Ridho dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan dan penulisan skripsi ini memiliki banyak kekurangan sehingga dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan. Semoga Allah SWT senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu memberikananugerah kasih sayang-Nya untuk kita semua. Amin.

Banjarmasin, Juni 2016

Robby Cahyadie

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN KOMISI PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN DEWAN PENGUJI	iii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iv
ABSTRAK.....	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTARLAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar BelakangMasalah.....	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
E. Keaslian Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Landasan Teori	11
1. Konsep KebiasaanMerokok	11
a. Pengertian Rokok.....	12
b. PengertianMerokok	13
c. SifatAdiktifPadaRokok.....	19
d. FarmakologidanToksikologiRokok.....	20
e. Bahan Kimia BerbahayaPadaRokok	21
f. BahanPeptisidaPadaRamuanRokok	21
g. BahanToksinPada Asap Tembakau	22
h. Nikotin	22
i. Nikotin di DalamTubuh	22
j. Tipe-tipePerokok	22
k. KlasifikasiPerokok	23

I. Dampak Rokok Terhadap Kesehatan.....	23
2. Konsep Kanker Paru.....	30
a. Definisi Kanker Paru.....	30
b. Etiologi dan Faktor Resiko Kanker Paru.....	30
c. Klasifikasi Kanker Paru.....	33
d. Gambaran Klinis Kanker Paru.....	36
e. Manifestasi Klinis Kanker Paru.....	37
f. Patofisiologi Kanker Paru.....	38
g. Pathway Kanker Paru.....	39
h. Pemeriksaan Diagnostik Kanker Paru.....	42
i. Penatalaksanaan Kanker Paru.....	44
j. Pengkajian Keperawatan Kanker Paru.....	46
B. Kerangka Teori.....	50
C. Kerangka Konsep.....	51
D. Hipotesis.....	51
BAB III METODE PENELITIAN.....	52
A. Penentuan Lokasi, Waktu dan Sasaran Penelitian.....	52
B. Metode Penelitian yang Digunakan.....	52
C. Populasi dan Sampel.....	53
D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	54
E. Pengumpulan Data.....	56
F. Uji Validitas dan Reabilitas.....	59
G. Metode Analisis Data.....	62
H. Etika Penelitian.....	65
I. Jalannya Penelitian.....	66
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	68
A. Deskripsi Lokasi Penelitian.....	68
B. Karakteristik Responden Penelitian.....	71
1. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur.....	71
C. Hasil Penelitian.....	72
1. Analisa Univariat.....	72

2. Analisa Bivariat.....	73
D. Pembahasan.....	75
E. Keterbatasan.....	82
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	83
A. Simpulan.....	83
B. Saran	83
DAFTAR PUSTAKA.....	85
LAMPIRAN	
RIWAYAT HIDUP	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Penyakit kanker merupakan salah satu penyebab kematian utama di seluruh dunia. Data WHO pada tahun 2012, angka kematian yang disebabkan kanker mencapai 8,2 juta orang. Berdasarkan Data *GLOBOCAN, International Agency for Research on Cancer (IARC)* diketahui bahwa pada tahun 2012 terdapat 14.067.894 kasus baru kanker dan 8.201.575 kematian akibat kanker di seluruh dunia. Berdasarkan Riskesdas tahun 2013 didapatkan prevalensi penderita kanker pada penduduk semua umur di Indonesia sebesar 1,4%. Tingginya prevalensi kanker di Indonesia perlu dicermati dengan tindakan pencegahan dan deteksi dini yang telah dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan.

Penyebab terbesar kematian akibat kanker setiap tahunnya antara lain disebabkan oleh kanker paru, hati, perut, kolorektal, dan kanker payudara. Prevalensi kanker paru menempati urutan kedua setelah kanker prostat pada pria dan kanker payudara pada wanita di dunia. Kanker paru menjadi jenis kanker dengan kasus baru tertinggi dan penyebab utama kematian akibat kanker pada penduduk laki-laki sebesar 34,2%, namun kanker paru juga memiliki persentase kasus baru cukup tinggi pada penduduk perempuan, yaitu sebesar 13,6% (WHO, 2012).

Kanker paru merupakan penyebab kematian tertinggi di dunia dengan prognosis sering kali buruk, kanker paru biasanya tidak dapat

diobati dan penyembuhan biasanya dilakukan dengan pembedahan. Kanker paru adalah pertumbuhan sel kanker yang tidak terkendali dalam jaringan paru yang disebabkan oleh bahan-bahan karsinogen yang berasal dari lingkungan dan kebiasaan yang buruk oleh penderitanya serta menjadi salah satu penyakit yang memerlukan penanganan dan tindakan yang cepat dan terarah. Kebanyakan penderita kanker paru primer atau ganas meninggal dunia dalam waktu satu tahun setelah di diagnosa, sehingga kanker paru dikatakan sebagai salah satu penyebab utama kematian akibat kanker (Herlina, 2010).

Kanker paru menjadi salah satu masalah utama di bidang kesehatan. Insiden kanker paru yang terus menerus meningkat dari tahun ke tahun terutama pada kebanyakan negara berkembang. Setiap tahun terdapat lebih dari 1,3 juta kasus insiden kanker paru di dunia yang menyebabkan sekitar 1,1 juta kematian tiap tahunnya (Suryani, 2010). Menurut WHO pada tahun 2014, di Indonesia kanker paru menjadi kasus penyakit tertinggi ketiga setelah kanker payudara dan kanker serviks, prevalensi kanker paru mencapai 346.960 orang.

Menurut Badan Penelitian dan Pengembangan kesehatan 2011, untuk data prevalensi kejadian kanker paru di Kalimantan selatan sekitar 2.537 kasus (3,91%). RSUD Ulin Banjarmasin adalah Rumah Sakit Tipe A yang berada di Kota Banjarmasin Provinsi Kalimantan Selatan. RSUD Ulin berdiri pada tahun 1943 di atas lahan seluas 63.920 m² dan luas bangunan 38.619 m² dengan konstruksi utama bahan kayu ulin. Pada tahun 2002, bangunan kayu ini diganti dengan konstruksi beton. Di RSUD Ulin Banjarmasin untuk prevalensi kejadian kanker itu sendiri berjumlah

360 kasus pada tahun 2014 dan 248 kasus pada tahun 2015 yang diambil dari bulan Januari sampai bulan Oktober.

Penyebab kanker paru secara keseluruhan disebabkan oleh faktor lingkungan seperti adanya inhalasi jangka panjang dari bahan karsinogen, tetapi juga bisa terjadi karena adanya hubungan keluarga, ras, dan sistem imunologis. Salah satu contoh dari inhalasi jangka panjang bahan karsinogen adalah orang yang merokok. Para perokok memiliki resiko yang lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak merokok dari penyakit kanker paru. Merokok menyumbang 90% kematian akibat penyakit paru-paru diseluruh dunia (Sutaryono,2010).

Merokok adalah kebiasaan yang dilakukan setiap hari oleh masyarakat Indonesia, baik oleh kaum laki-laki dan tidak menutup kemungkinan kaum perempuan. Orang merokok sangat mudah kita jumpai dalam kehidupan sehari-hari, baik ditempat-tempat umum, di dalam rumah, bahkan ditempat yang seharusnya bebas dari asap rokok seperti rumah sakit, puskesmas dan fasilitas kesehatan yang lainnya. Keadaan ini mengungkapkan bahwa kurangnya kesadaran oleh masyarakat tentang bahaya dari asap rokok baik untuk diri sendiri maupun untuk orang lain yang ada disekitarnya (Herlina, 2010).

Kesadaran masyarakat yang kurang akan bahaya salah satunya akibat kurang pengetahuan dan kemauan untuk mencari informasi tentang bahaya dari merokok. Kebiasaan merokok di zaman sekarang ini bukan hanya melanda orang dewasa, tetapi dilihat juga anak-anak di bawah umur sudah mengkonsumsi rokok. Semua ini dapat dikendalikan

bila semua orang tahu tentang penyakit yang akan terjadi bila mengkonsumsi rokok (Depkes RI, 2011).

Indonesia merupakan Negara berkembang yang jumlah perokok tertinggi ketiga di dunia. Berdasarkan data terakhir Riset Dasar 2013, di Indonesia jumlah perokok aktif mulai dari usia 10 tahun ke atas berjumlah 58.750.592 orang. Jumlah tersebut terdiri dari 56.860.457 orang perokok laki-laki dan 1.890.135 orang perokok perempuan. Hasil penelitian pun menunjukkan bahwa setiap hari ada 616.881.205 batang di Indonesia atau 225.161.640.007 batang rokok dibakar setiap tahunnya dan resiko terjadinya kanker paru meningkat sekitar 13 kali lipat oleh kebiasaan merokok yang aktif dan sekitar 1,5 kali lipat oleh pajanan pasif dalam waktu yang lama. Hal ini diperkuat dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa kebiasaan merokok sangat berhubungan dengan kejadian kanker paru. Perokok berat (>20 batang perhari) mempunyai hubungan dengan kanker paru (Sutaryono dan Herlina, 2011).

Dari hasil penelitian Herlina (2011) yang berjudul “ Hubungan Riwayat Merokok dengan Stadium Ca Paru “ diperoleh hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara riwayat merokok dengan stadium Ca Paru, dijelaskan bahwa riwayat merokok seseorang sangat berpengaruh pada stadium Ca paru yang dideritanya, semakin banyak dan lama seseorang maka semakin tinggi stadium Ca paru nya, demikian pula sebaliknya bila riwayat merokok dalam kriteria ringan maka stadium Ca paru nya akan semakin rendah. Hasilnya adalah ditemukan perokok laki-laki (84,8%) sedangkan perokok perempuan (15,2%) dan merokok lebih

dari 20 tahun (48,5%), jenis rokok adalah filter (78,8%) dan jumlah rokok 20 s/d 30 batang perhari (66,7%).

Hasil Roosihermiatie dan Suharmiati (2012) dengan tema "Gambaran penggunaan tembakau/rokok pada tumor/kanker paru di Indonesia, Riset Kesehatan Dasar 2007/2008" diperoleh bahwa lama merokok dan jenis rokok berhubungan dengan kejadian tumor/kanker paru karena meningkatkan ekspose terhadap zat karsinogenik yaitu tar dan zat pemicu tumor yang masuk ke dalam tubuh melalui hisapan rokok. Lama merokok disebutkan > 20 tahun dan jenis rokok yang dihisap adalah rokok filter. Karakteristik responden dengan penyakit tumor/kanker paru terbanyak berusia 51-70 tahun, semua laki-laki, cenderung meningkat dengan semakin tingginya tingkat pendidikan, dan relatif lebih banyak pada pekerja informal.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 03 desember 2015 sampai tanggal 8 desember 2015 diperoleh data pasien di Ruang Edelweis dan Ruang Dahlia RSUD Ulin Banjarmasin yang mengalami penyakit Ca Paru berjumlah 360 pasien dari bulan januari sampai bulan desember tahun 2014 dan pada tahun 2015 dari bulan januari sampai bulan oktober berjumlah 248 pasien, rata-rata perbulan pasien yang mengalami Ca Paru pada tahun 2014 adalah 30 orang dan pada tahun 2015 adalah 25 orang. Hasil diskusi dan observasi peneliti kepada 7 orang pasien yang mengalami Ca Paru 5 diantaranya merupakan perokok aktif yang mengkonsumsi rokok lebih dari 20 tahun, 20 s/d 30 batang perhari, dan jenis rokok yang dihisap adalah rokok berfilter serta 2 orang lainnya merupakan perokok pasif

karena salah satu anggota keluarganya ada yang merokok di dalam rumah.

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti perlu melakukan penelitian tentang “ Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Kejadian Ca Paru di RSUD Ulin Banjarmasin “.

B. Rumusan Masalah

Dari uraian diatas maka rumusan masalah sebagai berikut, apakah ada hubungan antara kebiasaan merokok dengan kejadian kanker paru di RSUD Ulin Banjarmasin ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk menganalisis hubungan antara kebiasaan merokok dengan kejadian kanker paru di RSUD Ulin Banjarmasin.

2. Tujuan Khusus

Beberapa tujuan penelitian yang ingin dicapai dari penelitian yang akan dilaksanakan :

- a. Mengidentifikasi kebiasaan merokok di RSUD Ulin Banjarmasin.
- b. Mengidentifikasi kejadian kanker paru di RSUD Ulin Banjarmasin.
- c. Menganalisis hubungan kebiasaan merokok dengan angka kejadian kanker paru di RSUD Ulin Banjarmasin.

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Membuktikan ada tidaknya hubungan kebiasaan merokok dengan kejadian kanker paru

2. Praktik

a. Bagi Praktek Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan bagi praktek keperawatan untuk lebih menegaskan kepada seluruh masyarakat tentang pencegahan terjadinya kanker paru.

b. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan bagi Rumah Sakit untuk meningkatkan pelayanan khususnya edukasi tentang kanker paru dan cara pencegahannya.

c. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan tentang bahaya asap rokok agar terhindar dari penyakit kanker paru sehingga menurunkan angka kesakitan dan kematian di Indonesia, provinsi, kota maupun kabupaten.

E. Keaslian Penelitian

- a. Herlina (2012) meneliti tentang “Hubungan Riwayat Merokok dengan Stadium Ca Paru“. Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif kolerasi dengan dengan jumlah sampel sebanyak 33 orang responden yang diambil dengan teknik purposive sampling (judmegt sampling). Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Hasil penelitian didapatkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara riwayat merokok dengan stadium Ca paru, riwayat merokok lebih dari 20 tahun 16 reponden (48,5%), jenis rokok terbanyak adalah filter 26 responden (78,8%) dan jumlah rokok 20 s/d 30 batang perhari 22 responden (66,7%), diperoleh hasil dari 33 responden terdapat 13 (39,3%) responden dengan kriteria perokok ringan diantaranya menderita Ca paru stadium I dan II sebanyak 6 responden (18,1%) dan 7 responden (21,2%). Pada perokok berat sebanyak 20 responden terdapat 2 responden (6,1%) menderita Ca paru stadium I dan II dan 18 responden (54,5%) menderita Ca paru stadium III dan IV. Dan dapat disimpulkan bahwa kriteria merokok sangat mempengaruhi terjadinya Ca paru dan stadiumnya. Semakin banyak dan lama seseorang merokok, maka akan semakin tinggi stadium yang akan ditemukan, demikian sebaliknya bila riwayat merokok dalam kriteria ringan dan sedang maka stadium Ca paru yang ditemukan akan semakin rendah.
- b. Sutaryono (2010). Penelitian ini tentang “Faktor Risiko Kanker Paru di Semarang“. Metode dalam penelitian ini adalah observasional dengan rancangan kasus kontrol (*case contro*). Populasi penelitian terdiri dari

kasus dan kontrol, besar sampel adalah 94 orang yang terdiri dari 47 kasus dan 47 kontrol. Variabel dependen dalam penelitian adalah kejadian penyakit kanker paru sedangkan variabel independen adalah jenis kelamin, umur > 60, perokok aktif, perokok pasif, polutan tempat kerja, pajanan asap kendaraan, pajanan racun serangga bakar, rendah sayuran dan buah-buahan serta riwayat keluarga. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor risiko yang terbukti berpengaruh terhadap kanker paru adalah umur > 60 tahun (OR = 4,133; p = 0,009), perokok aktif (OR = 7,632; p = 0,003), perokok pasif (OR = 6,571; p = 0,001), pola konsumsi rendah sayur dan buah (OR = 4,670; p = 0,005), prediksi peluang individu untuk terkena kanker paru dengan memiliki faktor risiko tersebut adalah 82,9 %. Sedangkan faktor risiko yang tidak terbukti berpengaruh terhadap kanker paru adalah Jenis kelamin (OR = 0,664; p = 0,367), pajanan polutan tempat kerja (OR = 0,275; p = 0,077), pajanan asap kendaraan (OR = 0,416; p = 0,125), racun serangga bakar (OR = 2,660; p = 0,094), riwayat keluarga (OR = 2,044; p = 0,557), serta riwayat pengobatan penderita kanker paru dengan herbal sebesar 40,4%, dan yang menggunakan herbal mahkota dewa sebesar 31,6%.

- c. Roosiermiatie dan Suharmiati (2012). Penelitiannya berjudul "Gambaran penggunaan tembakau/rokok pada tumor/kanker paru di Indonesia, Riset Kesehatan Dasar 2007/2008". Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Sampel diambil dari semua anggota rumah tangga yang berusia 10 tahun ke atas baik yang menggunakan maupun tidak menggunakan tembakau dari total sampel Riskeddas

2007 yang identik dengan Susenas 2007 sebanyak 258.466 rumah tangga dan 973.662 anggota rumah tangga. Metode menggunakan datasekunder Hasil Survei Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007/2008 berupa kuesioner terstruktur yaitu kuesioner untuk rumah tangga dan kuesioner untuk individu terpilih. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lama merokok dan jenis rokok berhubungan dengan kejadian tumor/kanker paru karena meningkatkan ekspose terhadap zat karsinogenik yaitu tar dan zat pemicu tumor yang masuk ke dalam tubuh melalui hisapan rokok. Lama merokok disebutkan >20 tahun dan jenis rokok yang dihisap adalah rokok filter. Karakteristik responden dengan penyakit tumor/kanker paru terbanyak berusia 50-70 tahun, semua laki-laki, cenderung meningkat dengan semakin tingginya tingkat pendidikan, dan relatif lebih banyak pada pekerja informal.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian-penelitian diatas adalah penggunaan variabel, metode penelitian, sampel penelitian serta lokasi penelitian. Penelitian diatas meneliti tentang riwayat merokok, stadium kanker paru, faktor resiko kanker paru dan gambaran penggunaan rokok, sedangkan penelitian ini meneliti tentang hubungan kebiasaan merokok dengan kejadian kanker paru di RSUD Ulin Banjarmasin.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep Kebiasaan Merokok

Kebiasaan (folkways) adalah perbuatan berulang-ulang dengan bentuk yang sama yang dilakukan secara sadar dan mempunyai tujuan-tujuan jelas sehingga disukai banyak orang, misalnya, mencium tangan orang tua pada waktu akan pergi, memberi salam pada waktu berjalan dihadapan orang lain, antre pada waktu membeli karcis pertandingan sepak bola (Hasanida, 2007).

Kebiasaan adalah aspek perilaku manusia yang menetap, berlangsung secara otomatis, dan tidak direncanakan. Kebiasaan merupakan hasil pelaziman yang berlangsung dalam waktu yang lama atau sebagai reaksi khas yang diulangi berkali-kali. Kebiasaan memberikan perilaku yang dapat diramalkan, karena sering dikaitkan dengan adat istiadat yang turun-temurun. Karena kebiasaan pada umumnya sudah melekat pada diri seseorang, termasuk kebiasaan yang kurang menguntungkan bagi kesehatan, maka sulit untuk diubah. Sesuatu yang sudah menjadi kebiasaan masyarakat yang terkait dengan adat istiadat tadi, maka strategi perubahannya harus melalui tokoh masyarakat sebagai pemangku adat kebiasaan tersebut (Notoatmodjo, 2010).

Kebiasaan adalah suatu perbuatan yang dilakukan berulang-ulang (Corey, 2011: 26). Kebiasaan (*habit*) adalah respon yang

berulang-ulang terjadi kalau individu menghadapi kondisi atau situasi yang sejenis. Selain pengertian itu, ada juga yang mengatakan bahwa kebiasaan adalah suatu bentuk karakter tingkah laku yang menjadi dorongan otomatis yang di peroleh atau dipelajari dan mengungkapkan bahwa kebiasaan adalah suatu rangsang yang dipelajari dengan kompleks yang menyakut satu kesatuan yang tak terpisahkan dari perilaku-perilaku yang sederhana (Guyton, 2010).

a. Pengertian Rokok

Rokok adalah gulungan tembakau yang terbungkus kertas. Komponen utama dari rokok dianggap penting terhadap timbulnya suatu penyakit yaitu nikotin dan karbon monoksida. Rokok terdiri dari berbagai macam materi beracun yang dapat mengakibatkan perubahan struktur dan diskoordinasi pada mayoritas organ tubuh. Bahkan merusak proses pertumbuhan tubuh manusia (Basyir, 2010).

Rokok adalah salah satu zat adiktif yang bila digunakan mengakibatkan bahaya bagi kesehatan individu dan masyarakat. Kemudian ada juga yang menyebutkan bahwa rokok adalah hasil olahan tembakau terbungkus termasuk cerutu atau bahan lainnya yang dihasilkan dari tanaman *Nicotiana Tabacum*, *Nicotiana Rustica* dan spesies lainnya atau sintesisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan (Hans, 2009).

b. Pengertian Merokok

Menurut Caldwell (2009), merokok merupakan kebiasaan yang dikaitkan dengan rangsangan, yang bersifat berbeda pada

setiap orang. Perokok berat merokok sekitar 21-30 batang sehari dengan selang waktu sejak bangun pagi berkisar antara 6-30 menit. Perokok sedang menghabiskan rokok 11-21 batang dengan selang waktu 31-60 menit setelah bangun pagi. Perokok ringan menghabiskan rokok sekitar 10 batang dengan selang waktu 60 menit dari bangun pagi (Hutapea, 2013).

Merokok adalah membakar tembakau yang kemudian dihisap asapnya, baik menggunakan pipa. Merokok merupakan suatu aktivitas yang sudah tidak lagi terlihat dan terdengar asing lagi kita. Merokok sudah menjadi masalah yang kompleks yang menyangkut aspek psikologis dan gejala social ([www:depkes.ri.com](http://www.depkes.ri.com),2011). Merokok merupakan sebuah kebiasaan yang dapat memberikan kenikmatan bagi siperokok, namun dilain pihak dapat menimbulkan dampak buruk bagi si perokok itu sendiri (Soetjningsih, 2012).

Merokok merupakan kegiatan yang yang masih banyak dilakukan oleh banyak orang, walaupun sering ditulis di surat-surat kabar, majalah, dan media masa lain yang menyatakan bahayanya merokok. Bagi pecandunya, mereka dengan bangga mengisap rokok ditempat-tempat umum, kantor, rumah, jalan-jalan dan sebagainya. Ditempat-tempat yang telah diberi tanda “dilarang merokok” sebagian orang yang masih terus merokok. Anak-anak sekolah yang masih berpakaian seragam sekolah juga ada yang melakukan kegiatan merokok.

Kecanduan merokok adalah suatu bentuk ketergantungan yang berbeda, tetapi kurang berbahaya dibandingkan ketergantungan- ketergantungan bahan atau obat lainnya. Jarang sekali ditemukan perilaku merokok yang dikategorikan ringan *casual*, atau *social smoking*, barangkali hanya sekitar 2% saja keseluruhan populasi perokok (Hutapea, 2013).

Perokok menghabiskan sebungkus rokok setiap hari mempunyai resiko menjadi penderita hipertensi dan kanker paru-paru sepuluh kali lipat dibandingkan dengan yang tidak merokok. Terjadinya asbestosis (pengendapan asbes dalam paru-paru) sebagai suatu penyakit akan didorong lebih besar bagi perokok. Perokok juga memberikan dorongan terhadap terjadinya kanker kandung kemih, ginjal, pankreas, lambung, dan mulut rahim. Merokok memberikan resiko tinggi terhadap kanker mulut, kanker larink, dan kanker oseofagus (Sitepoe, 2008).

Menurut Lasiyo (2012), merokok adalah kebiasaan orang menghisap batang rokok yang dilakukan beberapa alasan yaitu ingin coba-coba, ikut-ikutan orang tua / dewasa yang merokok dan pergaulan. Sehingga banyak orang yang ingin merokok dan tidak mengetahui efek samping dari merokok tersebut.

Menurut Aditama (2012), didalam rokok mengandung beberapa zat berbahaya bagi tubuh yaitu bahan radioaktif, acetone, ammonia, racun serangga, arsenic, hydrogen siyamic, dan yang paling berbahaya adalah Tar, nikotin dan karbon monoksida.

Menurut Gunawan (2011), kadar nikotin yang terdapat dalam rokok sangat membahayakan tubuh, nikotin menyebabkan pengapuran pada dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan tekanan darah tinggi. Perokok aktif adalah sebutan bagi orang yang merokok.

Merokok adalah kebiasaan yang buruk karena rokok sudah terbukti sangat berbahaya bagi kesehatan. Kebiasaan merokok adalah kebiasaan seseorang menghisap rokok yang disebabkan karena alasan-alasan tertentu, misalnya adanya pengaruh psikologis, sosial, dan media dan merupakan aktifitas individu untuk meraskan kenyamanan akibat ketergantungan yang dialaminya. Kebiasaan merokok tidak terjadi karena kebetulan karena ada beberapa tahap yang dilalui seseorang perokok sebelum ia menjadi perokok reguler yaitu seseorang yang telah menganggap rokok telah menjadi bagian dalam hidupnya. Menurut Leventhal dan Cleary (2008) dalam Rochadi K (2011) ada beberapa tahapan dalam perkembangan perilaku merokok, yaitu :

1) Tahap persiapan

Tahap ini berlangsung saat seseorang individu belum pernah merokok. Ditahap ini terjadi pembentukan opini pada diri individu terhadap perilaku merokok. Hal ini disebabkan adanya pengaruh perkembangan sikap dan intensi mengenai rokok serta citra yang diperoleh dari perilaku merokok. Informasi rokok dan perilaku merokok diperoleh dari observasi terhadap

orang tua atau orang lain seperti kerabat ataupun lewat berbagai media.

2) Tahap inisiasi

Merupakan tahap yang kritis pada seseorang individu karena merupakan tahap coba-coba dimana ia beranggapan bahwa dengan merokok kelihatan dewasa sehingga ia akan memulai mencoba beberapa batang rokok.

3) Tahap menjadi seorang perokok

Pada tahap ini seseorang individu mulai memberikan label pada dirinya sebagai seorang perokok dan ia mulai mengalami ketergantungan kepada rokok.

4) Tahap tetap menjadi perokok

Ditahap ini faktor psikologis dan mekanisme biologis digabungkan menjadi suatu pola perilaku merokok. Faktor-faktor psikologis seperti kecanduan, penurunan kecemasan dan ketegangan, relaksasi yang menyenangkan, cara berteman dan stimulasi. Faktor mekanisme biologis seperti efek penguatan nikotin dan level nikotin yang dibutuhkan dalam aliran darah..

Aspek- aspek perilaku merokok yaitu :

1. Fungsi merokok dalam kehidupan sehari-hari

Ericson (Komlasari dan Helmi,2010) mengatakan bahwa merokok berkaitan dengan masa mencari jati diri remaja.

Sivans & Tomkins (Mu'tadin,2008) fungsi merokok ditunjukkan dengan perasaan yang dialami si perokok,

seperti perasaan yang positif maupun perasaan yang negatif.

2. Intensitas merokok

Smith (2008) mengklasifikasi perokok berdasarkan banyaknya rokok yang dihisapnya, yaitu:

- Perokok berat yang menghisap lebih dari 15 batang rokok dalam sehari
- Perokok sedang yang menghisap 5-14 batang rokok dalam sehari.
- Perokok yang ringan yang menghisap 1-4 batang rokok sehari.

3. Tempat merokok

Menurut Hasanida (2007) remaja yang merokok dipengaruhi oleh keadaan yang dialaminya pada saat itu, misalnya ketika sedang berkumpul dengan teman, cuaca yang dingin, setelah dimarahi orang tua, dan lain-lain.

- Merokok Ditempat-tempat umum/ruang publik
 - Kelompok homogen (sama-sama perokok), secara bergerombol mereka menikmati kebiasaannya. Umumnya mereka masih menghargai orang lain, karena itu mereka menempatkan diri di *smokig area*.
 - Kelompok yang heterogen (merokok ditengah-tengah orang lain yang tidak merokok, anak kecil, orang jompo, orang sakit dan lain-lain).

- Merokok ditempat-tempat yang bersifat pribadi
 - Kantor atau kamar tidur pribadi. Perokok memilih tempat-tempat seperti ini yang sebagai tempat merokok digolongkan kepada individu yang kurang menjaga kebersihan diri, penuh rasa gelisah yang mencekam.
 - Toilet. Perokok jenis ini dapat digolongkan sebagai orang yang suka berfantasi.

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan pengaruh kebiasaan merokok yaitu:

a. Pengaruh orang tua

Anak muda yang berasal dari keluarga yang tidak bahagia, dimana orang tua tidak begitu memperhatikan anak-anaknya dan memberikan hukuman fisik yang keras lebih muda untuk menjadi perokok. Perilaku merokok lebih banyak didapati pada mereka yang tinggal dengan satu orang tua (*single parent*). Kecenderungan seseorang sebagai perokok lebih terlihat pada remaja putri bila ibunya merokok dari pada ayahnya.

b. Pengaruh teman

Berbagai fakta mengungkapkan bahwa semakin banyak remaja merokok, maka sebagian besar kemungkinan teman-temannya menjadi perokok juga. Hal ini dapat dilihat dari dua kemungkinan yang terjadi, pertama remaja

tersebut terpengaruh oleh teman-temannya sedangkan yang kedua, teman-temannya yang dipengaruhi oleh remaja tersebut sehingga semuanya menjadi perokok.

c. Faktor kepribadian

Seseorang mencoba merokok karena ingin tahu atau melepaskan diri dari rasa sakit fisik atau jiwa, membebaskan diri dari kebosanan.

d. Pengaruh iklan

Melihat iklan di media masa dan elektronik yang menampilkan bahwa perokok adalah lambang kejantanan atau glamor membuat remaja sering kali terpicu untuk mengikuti perilaku seperti iklan tersebut. Menurut Hasanida (2007) perilaku merokok merupakan fungsi dari lingkungan dan individu. Artinya perilaku merokok selain disebabkan faktor-faktor dari dalam diri juga disebabkan faktor lingkungan.

c. Sifat Adiktif Pada Rokok

Sejak di kenal di Eropa pada abad ke-16 pemakayannya bukan saja meluas keseluruh Dunia melainkan semakin berakar” membudaya” di masyarakat manapun yang sudah menjadi korbannya, sekalipun hampir setiap negara individu menyadari bahanya, sekalipun demikian ada juga beberapa kelompok atau kaum yang mampu hidup tanpa pengaruh tembakau ini, misalnya kelompok mormen, sikh, Adventist (Hutapea, 2013).

d. Farmakologi dan Toksikologi Rokok

Banyak unsur lain pada asap rokok, terutama pada tarinya, yang konon mengandung lebih dari seribu bahan-bahan yang mengatakan hingga 4.000 bahan kimia. Aroma yang keluar bergulung-gulung dari asap rokok itu, yang disebut dengan asap samping atau *side-stream smoke*, berbeda komposisinya dari asap inti atau *mainstream smoke* yang disedot seseorang masuk ke dalam tubuhnya. Sebagian komponen dari asap utama ini tersaring pada bagian rokok yang belum terbakar dan juga larut bersama udara yang menyusup dari kertas rokok. Komponen-komponen ini sebagian akan diredestilasi lagi waktu api rokok tiba di bagian tersebut, sehingga setiap sedotan semakin pekat konsentrasinya sepanjang waktu selama menikmati sebatang rokok itu (Hutapea, 2013).

Asap utama rokok yang diasapi lebih asam dan kurang menimbulkan iritasi dibandingkan dengan dari pipa yang biasanya bersifat alkalis, seperti halnya pada curutu. Keasaman atau kebiasaan dari asap rokok baik untuk pemakainya karena nikotin dapat diserap hingga tingkatan yang diinginkan, hanya bila dimasukkan dalam paru-paru tetapi asap rokok yang mengandung nikotin basa atau alkalis dapat di serap langsung dari mulut sehingga tubuh seorang pengisap pipa atau curutu dapat memperoleh nikotin tanpa menghirupnya dalam dalam (Hutapea, 2013).

e. Bahan Kimia Berbahaya Pada Rokok

Dari Washington, tahun lalu diumumkan dalam Nasional Publik Radio, bahwa dari sekitar 700 bahan atau ramuan yang biasa digunakan dalam pembuatan rokok terdapat 13 bahan kimia yang di anggap sangat berbahaya bila dipakai dalam bahan makanan, menurut laporan Radio itu, 5 dari bahan kimia itu terdaftar sebagian bahan berbahaya dan satu bahan dapat membuat suatu kekejangan pada binatang. Bahkan yang lain, amoniak dapat mengakibatkan gangguan pada kulit, mata, dan sistem pernafasan. Hal ini segera dibantah oleh pihak tembakau (Tobacco institute) yang melindungi industri rokok di Amerika Serikat (Hutapea, 2013).

f. Bahan Pestisida Pada Ramuan Rokok

NPR (Nasional Publik Radio) melaporkan telah memperoleh suatu daftar dari 13 bahan tersebut dalam versi paling mutakhir yaitu tahun 2005 dan telah menganalisis bahan-bahan itu dengan bantuan ahli dari luar dan data-data dasar ilmiah. Yaitu methoprene, sebagian bahan pestisida untuk membunuh serangga di gudang tembakau dan yang lain adalah sclareol, yang dengan suatu senyawa lain dapat mengakibatkan kekejangan. Karena bahan-bahan tersebut tidak diatur oleh FDA yaitu badan pengatur makanan dan obat-obatan, maka perusahaan rokok tidak bisa di larang menggunakan bahan tersebut (Hutapea, 2013).

g. Bahan Toksin Pada Asap Tembakau

Sebagian dari bahan rokok bekerja langsung dimulut atau saluran pernafasan dimana bahan itu di deposit. Bahan lainnya diserap dari mulut atau paru-paru kedalam darah sehingga dapat mencapai jaringan mana pun di dalam tubuh (Hutapea, 2013).

h. Nikotin

Nikotin adalah obat yang keras. Jumlah dalam suatu curutu kecil bila disuntikan pada pembuluh darah dapat mematikan seseorang dewasa. Dalam rangka sehari tanpa rokok sedunia Mei 1996 yang lalu, dokter di Cina menunjukkan kepada masyarakat akan bahaya rokok bagi kesehatan seperti diberitahukan oleh harian ibu kota beberapa hari yang lalu (Hutapea, 2013)

i. Nikotin di Dalam Tubuh

Selain dari benda adiktif, nikotin memiliki cara lain untuk masuk ke dalam tubuh manusia. Nikotin dapat terdifusi melalui kulit, paru-paru, dan mucous membranes. Zat berbahaya ini akan langsung masuk ke pembuluh darah dan langsung dibawa menuju otak yang kemudian disebar ke seluruh tubuh (Hutapea, 2013).

j. Tipe-Tipe Perokok

Mereka yang dikatakan perokok berat merokok sekitar 21-30 batang sehari dengan selang waktu sejak bangun pagi berkisar antara 6-30 menit. Perokok sedang menghabiskan rokok 11-21

batang dengan selang waktu 31-60 menit setelah bangun pagi. Perokok ringan menghabiskan rokok sekitar 10 batang dengan selang waktu 60 menit dari bangun pagi (Hutapea, 2013).

k. Klasifikasi Perokok

Klasifikasi perokok ada 2 yaitu perokok aktif dan perokok pasif. Perokok aktif adalah sebutan bagi orang yang merokok langsung. Sedangkan perokok pasif adalah sebutan bagi orang yang tidak merokok, tapi mereka menghisap langsung asap-asap rokok, perokok pasif yang hanya menghisap asap-asap rokok memiliki resiko terkena hipertensi.

I. Dampak Rokok Terhadap Kesehatan

Dampak rokok terhadap kesehatan menurut Hutapea (2013) antara lain :

1. Penyakit jantung

Rokok menimbulkan aterosklerosis atau terjadi pengerasan pada pembuluh darah. Kondisi ini merupakan penumpukan zat lemak di arteri, lemak dan plak memblok aliran darah dan membuat penyempitan pembuluh darah, hal ini menyebabkan penyakit jantung.

Jantung harus bekerja lebih keras dan tekanan ekstra dapat menyebabkan nyeri dada. Jika satu arteri atau lebih menjadi benar-benar terblokir, serangan jantung bisa terjadi. Semakin banyak rokok yang dihisap dan semakin lama seseorang merokok, semakin besar kesempatannya mengembangkan penyakit jantung atau menderita serangan jantung atau stroke.

2. Penyakit Paru

Risiko terkena pneumonia, emfisema dan bronkitis kronis meningkat karena merokok. Penyakit ini sering disebut sebagai penyakit paru obstruktif kronik (PPOK).

Penyakit paru-paru ini dapat berlangsung dan bertambah buruk dari waktu ke waktu sampai orang tersebut akhirnya meninggal karena kondisi tersebut. Orang-orang berumur 40 tahun bisa mendapatkan emfisema atau bronkitis, tapi gejala biasanya akan jauh lebih buruk di kemudian hari, menurut American Cancer Society.

3. Diabetes

Merokok meningkatkan resiko terjadinya diabetes, menurut Cleveland Clinic. Rokok juga bisa naik menyebabkan komplikasi dari diabetes, seperti penyakit mata, penyakit jantung, stroke, penyakit pembuluh darah, penyakit ginjal dan masalah kaki.

4. Impotensi

Rokok merupakan faktor resiko utama untuk penyakit pembuluh darah perifer, yang mempersempit pembuluh darah yang membawa darah ke seluruh bagian tubuh. Pembuluh darah ke penis kemungkinan juga akan terpengaruh karena

merupakan pembuluh darah yang kecil dan dapat mengakibatkan disfungsi ereksi/impoten.

5. Menimbulkan Kebutaan

Seorang yang merokok menimbulkan meningkatnya resiko degenerasi makula yaitu penyebab kebutaan yang dialami orang tua. Dalam studi yg diterbitkan dalam 'Archives of Ophthalmology' pada tahun 2007 menemukan yaitu orang merokok empat kali lebih mungkin dibanding orang yang bukan perokok untuk mengembangkan degenerasi makula, yang merusak makula, pusat retina, dan menghancurkan penglihatan sentral tajam.

6. Penyakit mulut

Penyakit mulut yang disebabkan oleh rokok antara lain kanker mulut, kanker leher, penyakit gigi, penyakit pada gigi dan nafas.

7. Gangguan Janin

Merokok berakibat buruk terhadap kesehatan reproduksi dan janin dalam kandungan dan kehamilan, termasuk infertilitas (kemandulan), keguguran, kematian janin, bayi lahir berberat badan rendah, dan sindrom kematian mendadak bayi.

8. Gangguan Pernafasan

Merokok meningkatkan risiko kematian karena penyakit paru kronis hingga sepuluh kali lipat. Sekitar 90% kematian karena penyakit paru kronis disebabkan oleh merokok.

Saat ini rokok sudah dikonsumsi oleh anak-anak dibawah umur dan mereka sudah candu terhadap rokok tersebut. Mereka seakan terbebaskan oleh sebatang rokok yang mereka isap.

9. Kanker paru dan kanker lainnya

Kanker paru - paru sudah lama dikaitkan dengan bahaya rokok, yang juga dapat menyebabkan terhadap kanker lain seperti dari mulut, kotak suara atau laring, tenggorokan dan kerongkongan. Merokok juga dikaitkan dengan kanker ginjal, kandung kemih, perut pankreas, leher rahim dan kanker darah (leukemia).

Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Penyakit Kanker Paru

Menurut WHO pada tahun 2014, kanker paru dapat menyerang laki-laki dan perempuan. Namun, prevalensi antara laki-laki yang terkena kanker paru lebih tinggi dibandingkan perempuan, hal ini disebabkan laki-laki mempunyai kebiasaan merokok. Kebiasaan merokok ini menjadi penyebab utama kanker paru. Sehingga perokok aktif merupakan kelompok yang paling berisiko terkena kanker paru. Asap rokok yang dihisap

mengandung lebih dari 50 zat-zat pemicu kanker yang akan memberi dampak secara langsung terhadap jaringan paru.

World Health Organization (WHO) telah melaporkan secara statistic bahwa ada hubungan yang sangat erat antara kebiasaan merokok dengan terjadinya kanker paru. Jumlah batang yang dihisap setiap harinya, dalamnya hisapan, lamanya kebiasaan merokok sangat berpengaruh terhadap kejadian kanker paru (Elisna,2010).

Patofisiologi Merokok Menyebabkan Kanker Paru

Asap rokok mengandung 4000 zat kimia berbahaya bagi kesehatan dan terdapat lebih dari 200 macam racun (Mu'tadin, 2007). Asap rokok itu mengandung antara lain karbon monoksida (CO) , nikotin, dan *polycyclic aromatic hydrocarbon* yang mengandung zat pemicu terjadinya kanker (*tar, benzopyrenes,, nitroso-nor-nicotin, kadmium, hydrogen cyanide, vinyl chlorid, toluane, arsenic, phenol butana, amonia, methanol, acaton*) selain itu asap.

Rokok yang dihirup juga mengandung komponen gas dan partikel yang berbahaya (Guidotti, 2007). Nikotin dalam rokok dapat mempercepat proses penyempitan dan penyumbatan pembuluh darah. Penyumbatan dan penyempitan ini bisa terjadi pada pembuluh darah koroner, yang bertugas membawa oksigen ke jantung. Nikotin, merupakan alkaloid yang bersifat stimulant

dan beracun pada dosis tinggi. Zat yang terdapat dalam tembakau ini sangat adiktif, dan mempengaruhi otak dan system saraf. Efek jangka panjang penggunaan nikotin akan menekan kemampuan otak untuk mengalami kenikmatan, sehingga perokok akan selalu membutuhkan kadar nikotin yang semakin tinggi untuk mendapatkan tingkat kepuasan (Hans, 2009). Tar, mengandung zat kimia sebagai penyebab terjadinya kanker dan mengganggu mekanisme alami pembersih paru-paru, sehingga banyak polusi udara tertinggal menempel di paru-paru dan saluran *bronchial*. Tar dapat membuat system pernapasan terganggu salah satu gejalanya adalah pembengkakan selaput mukus .

Gas karbonmonoksida (CO) mempunyai kemampuan mengikat hemoglobin (Hb) yang terdapat dalam sel darah merah (eritrosit) lebih kuat dibanding oksigen, sehingga setiap ada asap rokok disamping kadar oksigen udara yang sudah berkurang, ditambah lagi sel darah merah akan semakin kekurangan oksigen, oleh karena yang diangkut adalah CO dan bukan O₂ (Oksigen). Sel tubuh yang menderita kekurangan oksigen akan berusaha meningkatkan asupan oksigen melalui kompensasi pembuluh darah dimana pembuluh darah akan menciut atau spasme. Bila proses spasme berlangsung lama dan terus menerus maka pembuluh darah akan mudah rusak dengan terjadinya proses arterosklerosis (penyempitan). Penyempitan pembuluh darah akan terjadi dimana-mana. Di otak, di jantung, di paru, di ginjal, di kaki, di saluran peranakan, di ari-ari pada wanita hamil. Kekurangan

oksigen karena CO (karbon monoksida). Kadar CO yang terhisap juga akan mengurangi nilai VO₂max (Theodorus, 2007).

Dampak yang ditimbulkan akibat kebiasaan merokok dapat menyebabkan perubahan struktur dan fungsi saluran napas dan jaringan paru-paru. Pada saluran nafas besar, sel mukosa membesar (*hyperthropy*) dan kelenjar mukus bertambah banyak (*hyperplasia*) sehingga terjadi penyempitan saluran napas. Pada jaringan paru-paru terjadi peningkatan jumlah sel radang dan kerusakan alveoli. Akibat perubahan struktur dan fungsi saluran napas dan jaringan paru-paru pada perokok akan timbul permasalahan fungsi paru dengan segala macam gejala klinisnya. Hal ini menjadi unsur utama terjadinya penyakit obstruksi paru menahun (PPOM) termasuk emfisema paru-paru, bronkhitis kronis, dan asma (Hans, 2009). Herminto (2008) juga menyatakan bahwa, penurunan fungsi paru akan mulai terlihat pada lama pernapasan yang terjadi pada 2 tahun dan seterusnya akibat debu dan kebiasaan merokok.

Rokok tampaknya mampu merusak fungsi enzim utama di dalam paru-paru. Keadaan inilah yang dapat menimbulkan berbagai jenis penyakit yang umumnya diderita perokok. Hasil penelitian yang dilakukan oleh beberapa ilmuwan di U.S. Department of Energy's Brookhaven National Laboratory dan para koleganya ini dipublikasikan dalam jurnal Nuclear Medicine edisi September.

Penelitian ini menggunakan sebuah radiotracer untuk melacak enzim yang terdapat di paru-paru. Hasilnya menunjukkan bahwa konsentrasi tracer yang terdapat dalam aliran darah perokok lebih sedikit dibandingkan yang bukan perokok. Dalam penelitian ini, diasumsikan bahwa respon tubuh perokok dan bukan perokok terhadap sejumlah zat kimia, misalnya obat penenang, obat bius, ataupun narkoba yang masuk melalui pernafasan atau urat nadi keduanya sama.

2. Konsep Kanker Paru

a. Definisi kanker paru

Kanker paru adalah tumor ganas paru primer yang berasal dari saluran napas atau epitel bronkus. Terjadinya kanker ditandai dengan pertumbuhan sel yang tidak normal, tidak terbatas, dan merusak sel-sel jaringan yang normal. Proses keganasan pada epitel bronkus didahului oleh masa pra kanker. Perubahan pertama yang terjadi pada masa prakanker disebut metaplasia skuamosa yang ditandai dengan perubahan bentuk epitel dan menghilangnya silia (Kumar, 2007).

Kanker paru merupakan abnormalitas dari sel-sel yang mengalami proliferasi dalam paru (Underwood, Patologi, 2010).

Kanker paru-paru adalah pertumbuhan sel kanker yang tidak terkendali dalam jaringan paru-paru dapat disebabkan oleh

sejumlah karsinogen, lingkungan, terutama asap rokok (Suryo, 2010).

b. Etiologi Dan Faktor Resiko Kanker Paru

Seperti umumnya kanker yang lain, penyebab yang pasti dari kanker paru belum diketahui, tapi paparan atau inhalasi berkepanjangan suatu zat yang bersifat karsinogenik merupakan faktor penyebab utama disamping adanya faktor lain seperti kekebalan tubuh, genetik, dan lain-lain (Amin, 2010).

1. Perokok Aktif

Menurut Van Houtte, perokok aktif merupakan faktor yang berperan paling penting, yaitu 85% dari seluruh kasus (Price, 2010). Rokok mengandung lebih dari 4000 bahan kimia, diantaranya telah diidentifikasi dapat menyebabkan kanker. Kejadian kanker paru pada perokok dipengaruhi oleh usia mulai merokok, jumlah batang rokok yang diisap setiap hari, lamanya kebiasaan merokok, dan lamanya berhenti merokok (Stoppler, 2010).

2. Perokok pasif

Semakin banyak orang yang tertarik dengan hubungan antara perokok pasif, atau mengisap asap rokok yang ditemukan oleh orang lain di dalam ruang tertutup, dengan risiko terjadinya kanker paru. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa pada orang-orang yang tidak merokok, tetapi mengisap asap dari orang lain, risiko mendapat kanker paru meningkat dua kali (Price, 2010).

3. Polusi udara

Kematian akibat kanker paru juga berkaitan dengan polusi udara, tetapi pengaruhnya kecil bila dibandingkan dengan merokok kretek. Kematian akibat kanker paru jumlahnya dua kali lebih banyak di daerah perkotaan dibandingkan dengan daerah pedesaan. Bukti statistik juga menyatakan bahwa penyakit ini lebih sering ditemukan pada masyarakat dengan kelas tingkat sosial ekonomi yang paling rendah dan berkurang pada mereka dengan kelas yang lebih tinggi. Hal ini, sebagian dapat dijelaskan dari kenyataan bahwa kelompok sosial ekonomi yang lebih rendah cenderung hidup lebih dekat dengan tempat pekerjaan mereka, tempat udara kemungkinan besar lebih tercemar oleh polusi. Suatu *karsinogen* yang ditemukan dalam udara polusi (juga ditemukan pada asap rokok) adalah 3,4 benzpiren (Price, 2010).

4. Paparan zat *karsinogen*

Beberapa zat *karsinogen* seperti asbestos, uranium, radon, arsen, kromium, nikel, polisiklik hidrokarbon, dan vinil klorida dapat menyebabkan kanker paru. Risiko kanker paru di antara pekerja yang menangani asbes kira-kira sepuluh kali lebih besar daripada masyarakat umum. Risiko kanker paru baik akibat kontak dengan asbes maupun uranium meningkat kalau orang tersebut juga merokok (Amin, 2010).

5. Diet

Beberapa penelitian melaporkan bahwa rendahnya konsumsi terhadap betakarotene, selenium, dan vitamin A menyebabkan tingginya risiko terkena kanker paru (Amin, 2010).

6. Genetik

Terdapat bukti bahwa anggota keluarga pasien kanker paru berisiko lebih besar terkena penyakit ini. Penelitian sitogenik dan genetik molekuler memperlihatkan bahwa mutasi pada protoonkogen dan gen-gen penekan tumor memiliki arti penting dalam timbul dan berkembangnya kanker paru. Tujuan khususnya adalah pengaktifan onkogen (termasuk juga gen-gen *K-ras* dan *myc*), dan menonaktifkan gen-gen penekan tumor (termasuk gen *rb*, *p53*, dan *CDKN2*) (Price, 2010).

7. Penyakit paru

Penyakit paru seperti tuberkulosis dan penyakit paru obstruktif kronik juga dapat menjadi risiko kanker paru. Seseorang dengan penyakit paru obstruktif kronik berisiko empat sampai enam kali lebih besar terkena kanker paru ketika efek dari merokok dihilangkan (Stoppler, 2010).

Faktor risiko kanker paru menurut Amin (2010) antara lain :

- Laki-laki
- Usia lebih dari 40 tahun
- Pengguna tembakau (perokok putih, kretek atau cerutu)
- Hidup atau kental erat dengan lingkungan asap tembakau (perokok pasif)
- Radon dan asbestos

- Lingkungan industri tertentu
- Zat kimia, seperti arsenic
- Beberapa zat kimia organik
- Radiasi dari pekerjaan, obat-obatan, lingkungan
- Polusi udara
- Kekurangan vitamin A dan C

c. Klasifikasi Kanker Paru

Kanker paru dibagi menjadi kanker paru sel kecil (*small cell lung cancer*, SCLC) dan kanker paru sel tidak kecil (*non-small lung cancer*, NSCLC). Klasifikasi ini digunakan untuk menentukan terapi. Termasuk didalam golongan kanker paru sel tidak kecil adalah epidermoid, adenokarsinoma, tipe-tipe sel besar, atau campuran dari ketiganya Kumar (2007). Menurut Amin (2010) klasifikasi kanker paru antara lain:

1. *Karsinoma sel skuamosa (epidermoid)*

Merupakan tipe histologik kanker paru yang paling sering ditemukan, berasal dari permukaan epitel bronkus. Perubahan epitel termasuk metaplasia, atau displasia akibat merokok jangka panjang, secara khas mendahului timbulnya tumor. Karsinoma sel skuamosa biasanya terletak sentral di sekitar hilus, dan menonjol ke dalam bronki besar. Diameter tumor jarang melampaui beberapa sentimeter dan cenderung menyebar secara langsung ke kelenjar getah bening hilus, dinding dada, dan mediastinum. Karsinoma ini lebih sering pada laki-laki daripada perempuan (Price, 2010).

2. *Adenokarsinoma*

Memperlihatkan susunan selular seperti kelenjar bronkus dan dapat mengandung mukus. Kebanyakan jenis tumor ini timbul di bagian perifer segmen bronkus dan kadang-kadang dapat dikaitkan dengan jaringan parut lokal pada paru dan fibrosis interstisial kronik. Lesi sering kali meluas ke pembuluh darah dan limfe pada stadium dini dan sering bermetastasis jauh sebelum lesi primer menyebabkan gejala-gejala.

3. *Karsinoma bronkoalveolus*

Dimasukkan sebagai subtipe adenokarsinoma dalam klasifikasi terbaru tumor paru dari WHO. Karsinoma ini adalah sel-sel ganas yang besar dan berdiferensiasi sangat buruk dengan sitoplasma yang besar dan ukuran inti bermacam-macam. Sel-sel ini cenderung timbul pada jaringan paru perifer, tumbuh cepat dengan penyebaran ekstensif dan cepat ke tempat-tempat yang jauh.

4. *Karsinoma sel kecil*

Umumnya tampak sebagai massa abu-abu pucat yang terletak di sentral dengan perluasan ke dalam parenkim paru dan keterlibatan dini kelenjar getah bening hilus dan mediastinum. Kanker ini terdiri atas sel tumor dengan bentuk bulat hingga lonjong, sedikit sitoplasma, dan kromatin granular. Gambaran mitotik sering ditemukan. Biasanya ditemukan nekrosis dan mungkin luas. Sel tumor sangat rapuh dan sering memperlihatkan fragmentasi dan "*crush artifact*" pada sediaan

biopsi. Gambaran lain pada karsinoma sel kecil, yang paling jelas pada pemeriksaan sitologik, adalah berlipatnya nukleus akibat letak sel tumor dengan sedikit sitoplasma yang saling berdekatan (Kumar, 2007).

5. *Karsinoma sel besar*

Adalah sel-sel ganas yang besar dan berdiferensiasi sangat buruk dengan sitoplasma yang besar dan ukuran inti bermacam-macam. Sel-sel ini cenderung timbul pada jaringan paru perifer, tumbuh cepat dengan penyebaran ekstensif dan cepat ke tempat-tempat yang jauh (Price, 2010).

Bentuk lain dari kanker paru primer adalah adenoma, sarkoma, dan mesotelioma bronkus. Walaupun jarang, tumor-tumor ini penting karena dapat menyerupai karsinoma bronkogenik dan mengancam jiwa.

d. Gambaran Klinis Kanker Paru

Menurut Amin (2010) pada fase awal kebanyakan kanker paru tidak menunjukkan gejala-gejala klinis. Bila sudah menampakkan gejala berarti pasien dalam stadium lanjut.

Menurut Amin (2010) gejala-gejala dapat bersifat :

1) Lokal (tumor setempat)

- Batuk baru atau batuk lebih hebat pada batuk kronis
- Hemoptisis
- Mengi (wheezing, stridor) karena ada obstruksi saluran napas
- Kadang terdapat kavitas seperti abses paru

- Aelektasis

2) Invasi local

- Nyeri dada
- Dispnea karena efusi pleura
- Invasi ke pericardium terjadi tamponade atau aritmia
- Sindrom vena cava superior
- Sindrom Horner (facial anhidrosis, ptosis, miosis)
- Suara sesak, karena penekanan pada nervus laryngeal recurrent
- Syndrome Pancoasta karena invasi pada pleksus brakialis dan saraf simpatis servikalis.

3) Gejala penyakit metastasis :

- Pada otak, tulang, hati, adrenal
- Limfadenopati servikal dan supraklavikula (sering menyertai metastasis)
- Sindrom Paraneoplastik : Terdapat pada 10% kanker paru, dengan gejala
- Sistemik : penurunan berat badan, anoreksia, demam
- Hematologi : leukositosis, anemia, hiperkoagulasi
- Hipertrofi : osteoartropati
- Neurologic : dementia, ataksia, tremor, neuropati perifer
- Neuromiopati
- Endokrin : sekresi berlebihan hormone paratiroid (hiperkalsemia)

- Dermatologi : eritema multiform, hiperkeratosis, jari tabuh
- Renal : syndrome of inappropriate antidiuretic hormone (SIADH).

4) Asimtomatik dengan kelainan radiologist :

- Sering terdapat pada perokok dengan PPOK/COPD yang terdeteksi secara radiologis
- Kelainan berupa nodul soliter

e. Manifestasi Klinis Kanker Paru

Menurut Kumar (2007) gejala-gejala kanker paru yaitu:

1. Gejala awal

Stridor lokal dan dispnea ringan yang mungkin disebabkan oleh obstruksi pada bronkus.

2. Gejala umum

a. Batuk

Kemungkinan akibat iritasi yang disebabkan oleh massa tumor. Batuk mulai sebagai batuk kering tanpa membentuk sputum, tetapi berkembang sampai titik dimana dibentuk sputum yang kental dan purulen dalam respon terhadap infeksi sekunder.

b. Hemoptisis : Sputum bersemu darah karena sputum melalui permukaan tumor yang mengalami ulserasi.

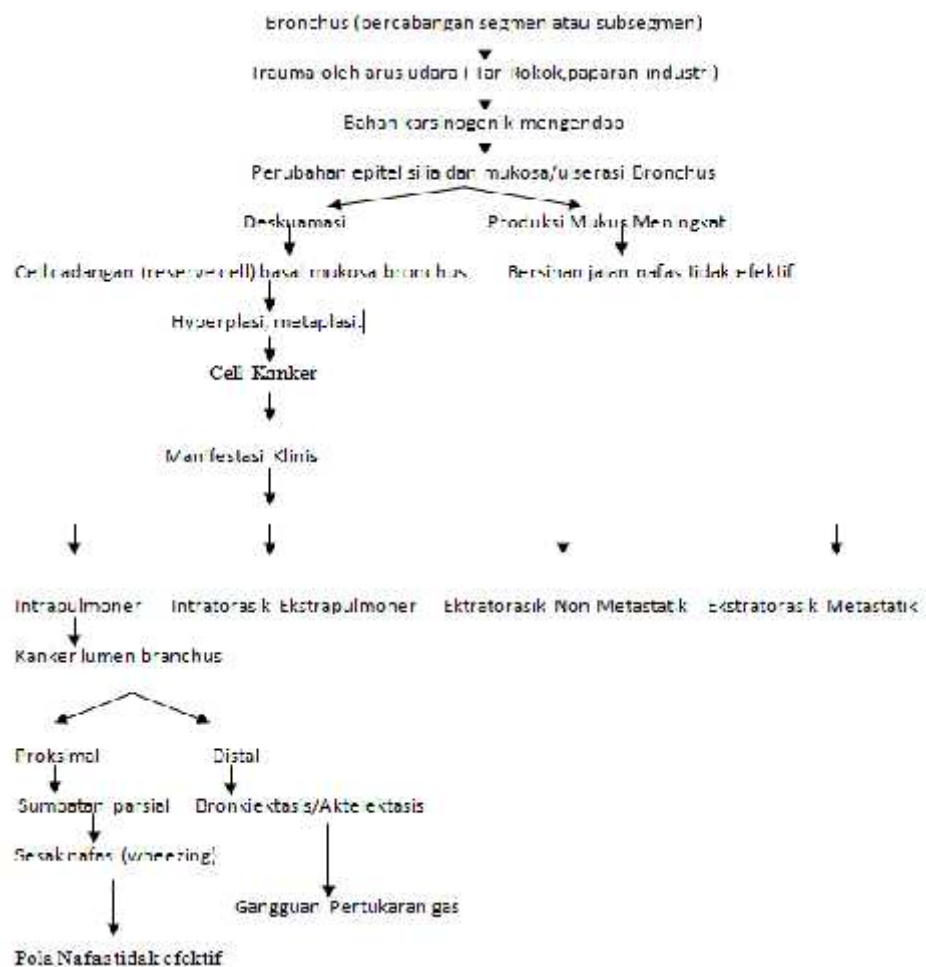
c. Anoreksia, lelah, berkurangnya berat badan.

f. Patofisiologi Kanker Paru

Patofisiologi kanker paru menurut Amin (2010) dari etiologi yang menyerang percabangan segmen/sub bronkus

menyebabkan cilia hilang dan deskuamasi sehingga terjadi pengendapan karsinogen. Dengan adanya pengendapan karsinogen maka menyebabkan metaplasia, hyperplasia dan displasia. Bila lesi perifer yang disebabkan oleh metaplasia, hyperplasia dan displasia menembus ruang pleura, biasa timbul efusi pleura, dan bisa diikuti invasi langsung pada kosta dan korpus vertebra. Lesi yang letaknya sentral berasal dari salah satu cabang bronkus yang terbesar. Lesi ini menyebabkan obstruksi dan ulserasi bronkus dengan diikuti dengan supurasi di bagian distal. Gejala-gejala yang timbul dapat berupa batuk, hemoptysis, dispneu, demam, dan dingin. Wheezing unilateral dapat terdengar pada auskultasi. Pada stadium lanjut, penurunan berat badan biasanya menunjukkan adanya metastase, khususnya pada hati. Kanker paru dapat bermetastase ke struktur-struktur terdekat seperti kelenjar limfe, dinding esofagus, pericardium, otak, tulang rangka.

g. Pathway Kanker Paru



Gambar 2.1 Patofisiologi Kanker Paru

Sumber :Amin, 2010

Tingkatan Kanker Paru

Menurut Amin (2010) tingkatan (staging) Kanker paru ditentukan oleh tumor (T), keterlibatan kelenjer getah bening (N) dan penyebaran jauh (M). Beberapa pemeriksaan tambahan harus dilakukan dokter spesialis paru untuk menentukan staging penyakit. Pada pertemuan pertama akan dilakukan foto toraks (foto polos dada). Jika pasien membawa foto yang lebih dari 1 minggu pada umumnya akan dibuat foto yang baru. Foto toraks hanya dapat menentukan lokasi tumor, ukuran tumor, dan ada

tidaknya cairan. Foto toraks belum dapat dirasakan cukup karena tidak dapat menentukan keterlibatan kalenjer getah bening dan metastasis luar paru (Price,2010).

Bahkan pada beberapa kondisi misalnya volume cairan yang banyak, paru kolaps, bagian luas yang menutup tumor, dapat memungkinkan pada foto tidak terlihat. Sama seperti pada pencarian jenis histologis Kanker, pemeriksaan untuk menentukan staging juga tidak harus sama pada semua pasien tetapi masing-masing pasien mempunyai prioritas pemeriksaan yang berbeda yang harus segera dilakukan dan tergantung kondisinya pada saat datang (Kumar, 2007).

Staging (Penderajatan atau Tingkatan) Kanker Paru

Menurut Kumar (2007) staging kanker paru dibagi berdasarkan jenis histologis Kanker paru, apakah SLCC atau NSLCC. Tahapan ini penting untuk menentukan pilihan terapi yang harus segera diberikan pada pasien. Staging berdasarkan ukuran dan lokasi : tumor primer, keterlibatan organ dalam dada/dinding dada (T), penyebaran kalenjer getah bening (N), atau penyebaran jauh (M).

Menurut Kumar (2007) tahapan perkembangan kanker paru dibedakan menjadi 2, yaitu :

1. Tahapan kanker paru jenis karsinoma sel kecil (SLCC)
 - Tahap terbatas

Yaitu Kanker yang hanya ditemukan pada satu bagian paru-paru saja dan pada jaringan disekitarnya.

- Tahap ekstensif

Yaitu Kanker yang ditemukan pada jaringan dada diluar paru-paru tempat asalnya, atau Kanker yang ditemukan pada organ-organ tubuh jauh.

2. Tahap Kanker Paru Jenis Karsinoma Bukan Sel Kecil (NSLCC)

- Tahap tersembunyi

Merupakan tahap ditemukannya sel Kanker pada dahak (sputum) pasien dalam sampel air saat bronkoskopi, tetapi tidak terlihat adanya tumor diparu-paru.

- Stadium 0

Merupakan tahap ditemukannya sel-sel Kanker hanya pada lapisan terdalam paru-paru dan tidak bersifat invasif.

- Stadium I

Merupakan tahap Kanker yang hanya ditemukan pada paru-paru dan belum menyebar ke kalenjer getah bening sekitarnya.

- Stadium II

Merupakan tahap Kanker yang ditemukan pada paru-paru dan kalenjer getah bening di dekatnya.

- Stadium III

Merupakan tahap Kanker yang telah menyebar ke daerah disekitarnya, seperti dinding dada, diafragma, pembuluh

besar atau kelenjer getah bening di sisi yang sama ataupun sisi berlawanan dari tumor tersebut.

- Stadium IV

Merupakan tahap Kanker yang ditemukan lebih dari satu lobus paru-paru yang sama, atau di paru-paru yang lain. Sel-sel Kanker telah menyebar juga ke organ tubuh lainnya, misalnya ke otak, kelenjer adrenalin , hati dan tulang.

h. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik kanker paru menurut Amin (2010) antara lain :

1. Radiologi

- Foto thorax posterior-anterior (PA) dan leteral serta Tomografi dada.

Merupakan pemeriksaan awal sederhana yang dapat mendeteksi adanya kanker paru. Menggambarkan bentuk, ukuran dan lokasi lesi. Dapat menyatakan massa udara pada bagian hilus, effuse pleural, atelektasis erosi tulang rusuk atau vertebra.

- Bronkhografi

Untuk melihat tumor di percabangan bronkus.

2. Laboratorium

- Sitologi (sputum, pleural, atau nodus limfe)

Dilakukan untuk mengkaji adanya/tahap karsinoma.

- Pemeriksaan fungsi paru dan GDA

Dapat dilakukan untuk mengkaji kapasitas untuk memenuhi kebutuhan ventilasi.

- Tes kulit, jumlah absolute limfosit

Dapat dilakukan untuk mengevaluasi kompetensi imun (umum pada kanker paru).

3. Histopatologi

- Bronkoskopi

Memungkinkan visualisasi, pencucian bagian, dan pembersihan sitologi lesi (besarnya karsinoma bronkogenik dapat diketahui).

- Biopsi Trans Torakal (TTB)

Biopsi dengan TTB terutama untuk lesi yang letaknya perifer dengan ukuran < 2 cm, sensitivitasnya mencapai 90-95 %.

- Torakoskopi

Biopsi tumor didaerah pleura memberikan hasil yang lebih baik dengan cara torakoskopi.

- Mediastinosopi

Untuk mendapatkan tumor metastasis atau kelenjar getah bening yang terlibat.

- Torakotomi

Totokotomi untuk diagnostic kanker paru dikerjakan bila bermacam-macam prosedur non invasif dan invasif sebelumnya gagal mendapatkan sel tumor.

4. Pencitraan

- CT-Scanning, untuk mengevaluasi jaringan parenkim paru dan pleura.
- MR

i. Penatalaksanaan Kanker Paru

Menurut Price (2010) tujuan pengobatan kanker paru antara lain :

1. Kuratif

Memperpanjang masa bebas penyakit dan meningkatkan angka harapan hidup klien.

2. Paliatif

Mengurangi dampak kanker, meningkatkan kualitas hidup.

3. Rawat rumah (Hospice care) pada kasus terminal

Mengurangi dampak fisis maupun psikologis kanker baik pada pasien maupun keluarga.

4. Supotif

Menunjang pengobatan kuratif, paliatif dan terminal seperti pemberian nutrisi, tranfusi darah dan komponen darah, obat anti nyeri dan anti infeksi.

5. Pembedahan

Tujuan pada pembedahan kanker paru sama seperti penyakit paru lain, untuk mengangkat semua jaringan yang sakit

sementara mempertahankan sebanyak mungkin fungsi paru-paru yang tidak terkena kanker.

6. Toraktomi eksplorasi

Untuk mengkonfirmasi diagnosa tersangka penyakit paru atau toraks khususnya karsinoma, untuk melakukan biopsy.

7. Pneumonektomi (pengangkatan paru)

Karsinoma bronkogenik bilaman dengan lobektomi tidak semua lesi bisa diangkat.

8. Lobektomi (pengangkatan lobus paru)

Karsinoma bronkogenik yang terbatas pada satu lobus, bronkiaktosis bleb atau bula emfisematosa; abses paru; infeksi jamur; tumor jinak tuberkulois.

9. Resesi segmental

Merupakan pengangkatan satu atau lebih segmen paru.

10. Resesi baji

Tumor jinak dengan batas tegas, tumor metas metik, atau penyakit peradangan yang terlokalisir. Merupakan pengangkatan dari permukaan paru-paru berbentuk baji (potongan es).

11. Dekortikasi

Merupakan pengangkatan bahan-bahan fibrin dari pleura viscelaris).

12. Radiasi

Pada beberapa kasus, radioterapi dilakukan sebagai pengobatan kuratif dan bisa juga sebagai terapi

adjuvant/paliatif pada tumor dengan komplikasi, seperti mengurangi efek obstruksi/penekanan terhadap pembuluh darah/bronkus.

13. Kemoterapi

Kemoterapi digunakan untuk mengganggu pola pertumbuhan tumor, untuk menangani pasien dengan tumor paru sel kecil atau dengan metastasi luas serta untuk melengkapi bedah atau terapi radiasi.

j. Pengkajian Keperawatan Kanker Paru

Menurut Doengoes (2008) pengkajian keperawatan kanker paru adalah :

1. Anamnesis

Anamnesis yang lengkap serta pemeriksaan fisik merupakan kunci untuk diagnosis tepat. Keluhan dan gejala klinis permulaan merupakan tanda awal penyakit kanker paru. Batuk disertai dahak yang banyak dan kadang-kadang bercampur darah, sesak nafas dengan suara pernafasan nyaring (*wheezing*), nyeri dada, lemah, berat badan menurun, dan anoreksia merupakan keadaan yang mendukung. Beberapa faktor yang perlu diperhatikan pada pasien tersangka kanker paru adalah faktor usia, jenis kelamin, keniasaan merokok, dan terpapar zat karsinogen yang dapat menyebabkan nodul soliter paru.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menemukan kelainan-kelainan berupa perubahan bentuk dinding toraks dan trakea, pembesaran kelenjar getah bening dan tanda-tanda obstruksi parsial, infiltrat dan pleuritis dengan cairan pleura.

3. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium ditujukan untuk :

- a. Menilai seberapa jauh kerusakan yang ditimbulkan oleh kanker paru. Kerusakan pada paru dapat dinilai dengan pemeriksaan faal paru atau pemeriksaan analisis gas.
- b. Menilai seberapa jauh kerusakan yang ditimbulkan oleh kanker paru pada organ-organ lainnya.
- c. Menilai seberapa jauh kerusakan yang ditimbulkan oleh kanker paru pada jaringan tubuh baik oleh karena tumor primernya maupun oleh karena metastasis.

4. Pemeriksaan Radiologi

Pemeriksaan radiologi adalah pemeriksaan yang paling utama dipergunakan untuk kanker paru. Kanker paru memiliki gambaran radiologi yang bervariasi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk menentukan keganasan tumor dengan melihat ukuran tumor, kelenjar getah bening, dan metastasis ke organ lain.

Pemeriksaan radiologi dapat dilakukan dengan metode tomografi komputer. Pada pemeriksaan tomografi komputer dapat dilihat hubungan kanker paru dengan dinding toraks, bronkus, dan pembuluh darah secara jelas. Keuntungan tomografi komputer tidak hanya memperlihatkan bronkus,

tetapi juga struktur di sekitar lesi serta invasi tumor ke dinding toraks. Tomografi komputer juga mempunyai resolusi yang lebih tinggi, dapat mendeteksi lesi kecil dan tumor yang tersembunyi oleh struktur normal yang berdekatan.

5. Sitologi

Sitologi merupakan metode pemeriksaan kanker paru yang mempunyai nilai diagnostik yang tinggi dengan komplikasi yang rendah. Pemeriksaan dilakukan dengan mempelajari sel pada jaringan. Pemeriksaan sitologi dapat menunjukkan gambaran perubahan sel, baik pada stadium prakanker maupun kanker. Selain itu dapat juga menunjukkan proses dan sebab peradangan.

Pemeriksaan sputum adalah salah satu teknik pemeriksaan yang dipakai untuk mendapatkan bahan sitologik. Pemeriksaan sputum adalah pemeriksaan yang paling sederhana dan murah untuk mendeteksi kanker paru stadium preinvasif maupun invasif. Pemeriksaan ini akan memberi hasil yang baik terutama untuk kanker paru yang letaknya sentral. Pemeriksaan ini juga sering digunakan untuk skrining terhadap kanker paru pada golongan risiko tinggi.

6. Bronkoskopi

Setiap pasien yang dicurigai menderita tumor bronkus merupakan indikasi untuk bronkoskopi. Dengan menggunakan bronkoskop fiber optik, perubahan mikroskopik mukosa bronkus dapat dilihat berupa nodul atau gumpalan daging.

Bronkoskopi akan lebih mudah dilakukan pada tumor yang letaknya di sentral. Tumor yang letaknya di perifer sulit dicapai oleh ujung bronkoskop.

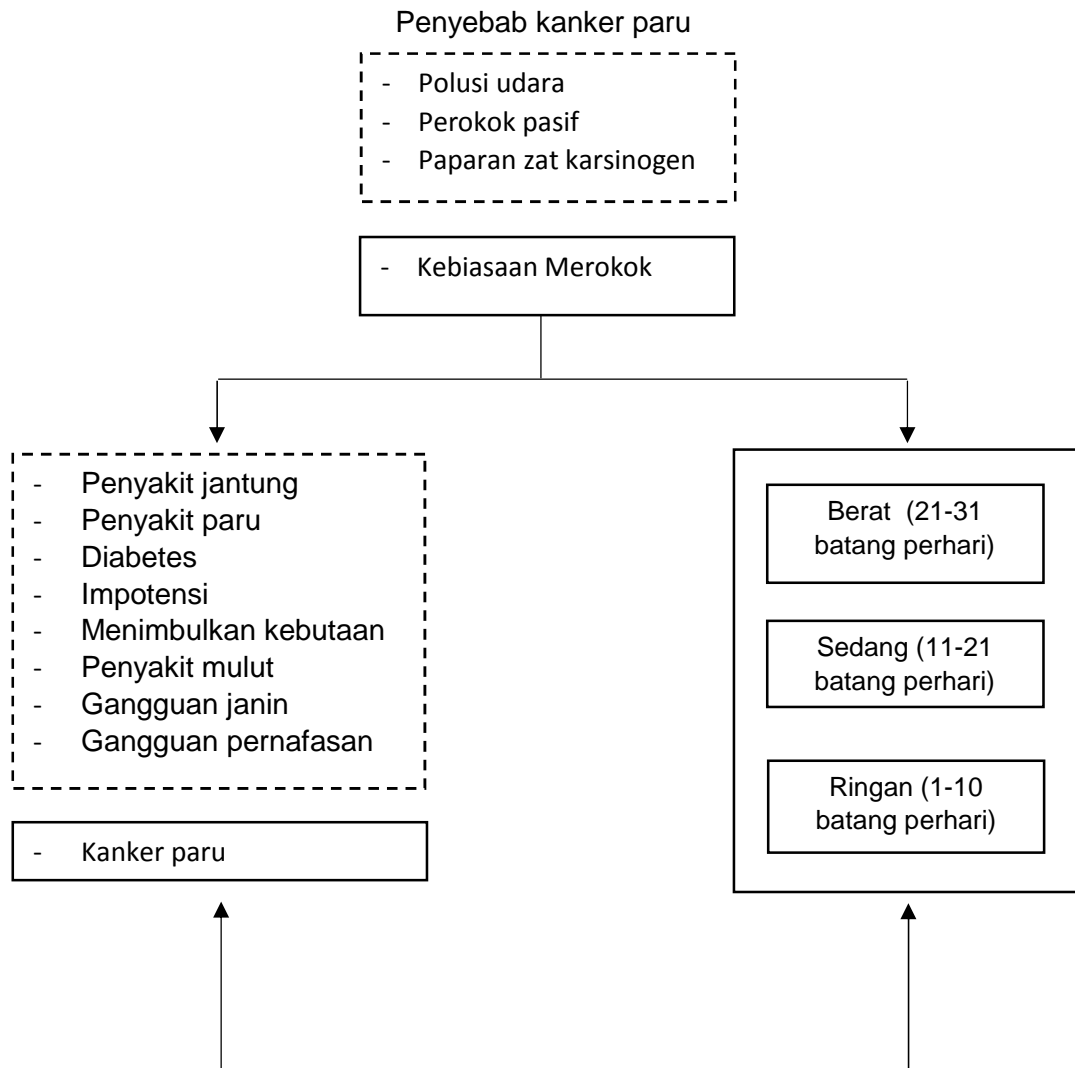
7. Biopsi Transtorakal

Biopsi aspirasi jarum halus transtorakal banyak digunakan untuk mendiagnosis tumor pada paru terutama yang terletak di perifer. Dalam hal ini diperlukan peranan radiologi untuk menentukan ukuran dan letak, juga menuntun jarum mencapai massa tumor. Penentuan letak tumor bertujuan untuk memilih titik insersi jarum di dinding kulit toraks yang berdekatan dengan tumor.

8. Torakoskopi

Torakoskopi adalah cara lain untuk mendapatkan bahan guna pemeriksaan histopatologik untuk kanker paru. Torakoskopi adalah pemeriksaan dengan alat torakoskop yang ditusukkan dari kulit dada ke dalam rongga dada untuk melihat dan mengambil sebahagian jaringan paru yang tampak. Pengambilan jaringan dapat juga dilakukan secara langsung ke dalam paru dengan menusukkan jarum yang lebih panjang dari jarum suntik biasa kemudian dilakukan pengisapan jaringan tumor yang ada.

B. Kerangka Teori



Keterangan :

: diteliti

: tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber : (Hutapea,2013 dan Kumar dkk, 2007)

C. Kerangka Konsep

Berdasarkan uraian di atas maka kerangka konsep pada penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Menurut Notoatmojo (2010), Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga atau sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut.

Hipotesis dalam penelitian ini “ ada hubungan antara kebiasaan merokok dengan kejadian kanker paru di RSUD Ulin Banjarmasin “.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

1. Gambaran RSUD Ulin Banjarmasin

RSUD Ulin Banjarmasin adalah rumah sakit milik pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan yang berdiri di area lahan seluas 63.920m² dengan luas bangunan 55.000m². Rumah sakit ini terletak di tengah kota Banjarmasin yang merupakan rumah sakit pendidikan tipe A. Rumah sakit ini memiliki batas-batas wilayah sebagai berikut: Sebelah Utara berbatasan dengan Jalan Ahmad Yani, sebelah Selatan berbatasan dengan Jalan Veteran. Sebelah Timur berbatasan dengan Jalan Simpang Ulin dan sebelah Barat berbatasan dengan Komplek Veteran.

RSUD Ulin juga telah lulus akreditasi 16 pelayanan, bahkan untuk Ruang Perawatan Aster sudah memiliki sertifikat ISO 9002. Rumah sakit ini merupakan pusat rujukan untuk wilayah Kalimantan Selatan, Kalimantan Tengah dan Kalimantan Timur.

Visi RSUD Ulin Banjarmasin yaitu "Terwujudnya Pelayanan Rumah Sakit yang Profesional dan Mampu Bersaing di Masyarakat Ekonomi ASEAN", RS mampu menunjukkan sikap/perilaku SDM yang dipekerjakannya dalam memberikan pelayanan mencerminkan *knowledge*, *skill*, dan *behavior*, memiliki kesetaraan kedudukan dan kemampuan dengan negara-negara anggota ASEAN. Dengan misi sebagai berikut:

- a. Menyelenggarakan pelayanan terakreditasi paripurna yang berorientasi pada kebutuhan dan keselamatan pasien, bermutu serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.
 - b. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian, pengembangan sub spesialis, sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan, kemajuan ilmu pengetahuan, dan penapisan teknologi kedokteran.
 - c. Menyelenggarakan manajemen rumah sakit dengan kaidah bisnis yang sehat, terbuka efisien, efektif, akuntabel sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - d. Menyiapkan sumber daya manusia, sarana prasarana dan peralatannya, untuk mampu bersaing dalam era pasar bebas ASEAN.
 - e. Mengelola dan mengembangkan sumber daya manusia sesuai dengan kebutuhan pelayanan dan kemampuan rumah sakit.
2. Gambaran Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin

Ruang Edelweis adalah ruang khusus kemoterapi yang ada di RSUD Ulin Banjarmasin, yang memberikan pelayanan kemoterapi. Dengan jumlah tempat tidur pasien sebanyak 16 tempat tidur. Ruang Edelweis terdiri dari ruang staf, ruang administrasi, ruang penyimpanan alat tenun, ruang penyimpanan obat dan ruang dokter. Jumlah tenaga kerja yang ada di ruang Edelweis sebanyak 14 orang, yang terdiri dari 1 orang Kepala Ruangan, 2 orang staf, 2 orang administrasi, dan 8 orang tenaga kerja perawat.

Ruang Edelweis juga memiliki visi dan misi, serta tujuan dalam memberikan pelayanan yang terbaik. Adapun visi dan misi tersebut adalah:

a. Visi

Terwujudnya ruangan kemoterapi yang professional berdasarkan IPTEK dibidang kesehatan.

b. Misi

- 1) Meningkatkan profesionalisme kerja tenaga perawat melalui peningkatan jenjang pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan.
- 2) Meningkatkan mutu Asuhan Keperawatan dan pemberian pelayanan kemoterapi berdasarkan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) dan Standar Operasional (SOP) yang berlaku.

c. Tujuan

Meningkatnya mutu kepuasan terhadap pelayanan kemoterapi yang diberikan.

3. Gambaran Ruang Dahlia RSUD Ulin Banjarmasin

Ruang Dahlia adalah ruang perawatan inap khusus penyakit paru yang ada di RSUD Ulin Banjarmasin. Dengan jumlah tempat tidur sebanyak 35 tempat tidur. Ruang Dahlia terdiri dari ruang kepala ruangan, ruang administrasi, kamar pasien, ruang dokter, nurse station dan mushola. Jumlah tenaga kerja yang ada di Ruang Dahlia sebanyak 14 orang yang terdiri dari 1 orang kepala ruangan, 1 orang administrasi, dan 12 orang tenaga kerja perawat.

B. Deskripsi Karakteristik Responden

Hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 30 responden (15 kelompok kasus dan 15 kelompok kontrol) yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi didapatkan karakteristik responden, sebagai berikut :

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan maka gambaran umur responden dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut :

Tabel 4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

No.	Umur	Kasus		Kontrol	
		F	%	F	%
1.	50-55	5	33,3%	6	40%
2.	56-60	10	66,7%	9	60%
jumlah		15	100%	15	100%

Sumber : Data Primer

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan umur paling banyak adalah 56-60 tahun atau 66,7% pada kelompok kasus dan 60% pada kelompok kontrol.

Jumlah pasien menjalani perawatan di ruang dahlia sebanyak 30 orang, pasien mengalami penyakit paru dengan diagnosa dan komplikasi yang berbeda-beda. Sedangkan responden di dalam penelitian ini berjumlah 30 orang dengan 15 orang kasus dan 15 orang sebagai kontrol.

C. Hasil Penelitian

1. Analisa Univariat

Subjek Penelitian ini ada 30 orang terdiri dari 15 orang dengan kasus kanker paru (*kasus*) dan 15 orang dengan kasus tidak kanker paru (*Kontrol*).

Identifikasi kejadian kanker paru (*kasus*) dan tidak kanker paru (*kontrol*) di RSUD Ulin Banjarmasin dapat dilihat dari gambaran distribusi yang disajikan dalam table 4.2 dibawah ini :

Tabel 4.2 distribusi kejadian kanker paru (*kasus*) dan tidak kanker paru (*kontrol*) di RSUD Ulin Banjarmasin.

No	Perokok	Kejadian kanker paru				Jumlah	
		Kanker paru (kasus)		Tidak kanker paru (kontrol)		f	%
		f	%	F	%		
1	Berat	8	40%	12	60%	20	100
2	Sedang + ringan	7	70%	3	30%	10	100
Jumlah		15	50%	15	50%	30	100

Dari tabel 4.2 dapat dilihat kejadian kanker paru di RSUD Ulin Banjarmasin dengan jumlah yang paling banyak adalah dengan perokok berat sebanyak 8 orang atau 40% dan dapat pula dilihat jumlah terbanyak kejadian tidak kanker paru adalah perokok berat sebanyak 12 orang atau 60%.

2. Analisa Bivariat

Hasil bivariat digunakan untuk menganalisis hubungan antara variabel independen yaitu kebiasaan merokok dengan variabel dependen yaitu kejadian kanker paru di RSUD Ulin Banjarmasin. Analisa dengan menggunakan komputer dengan program SPSS 16 yang disajikan pada uraian berikut.

1. Hubungan kebiasaan merokok dengan kejadian Kanker Paru di RSUD Ulin Banjarmasin.

Hubungan kebiasaan merokok dengan kejadian Kanker Paru di RSUD Ulin Banjarmasin dapat dilihat dari distribusi silang yang disajikan dalam tabel 4.3 di bawah ini :

No	Perokok	Kejadian kanker paru				Jumlah	
		Kanker paru (kasus)		Tidak kanker paru (kontrol)		f	%
		f	%	F	%		
1	Berat	8	40%	12	60%	20	100
2	Sedang + ringan	7	70%	3	30%	10	100
	Jumlah	15	50%	15	50%	30	100

Signifikan Uji Chi-Square : 0,01

Hasil Analisis pada tabel 4.3 dengan menggunakan uji *Chi-square* memperlihatkan bahwa nilai $p = 0,01$ ($p < 0,05$). Hal ini menunjukkan H_a diterima yang artinya ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan merokok dengan kejadian Kanker Paru di RSUD Ulin Banjarmasin.

D. Pembahasan

1. Kebiasaan Merokok Penderita Kanker Paru dan Tidak Kanker Paru di RSUD Ulin Banjarmasin.

Dilihat dari tabel 4.1 karakteristik responden menurut umur terbanyak adalah pada umur 55-60 atau 66,7% pada kelompok kasus dan 60% pada kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tua umur seseorang maka kebiasaan merokoknya semakin lama dan risiko terkena penyakit akibat rokok lebih tinggi. Sesuai dengan penelitian Muhammad (2008) hasil penelitiannya adalah perokok dengan usia 51-60 tahun sebanyak 18 orang atau 60% dan mengatakan bahwa semakin kuat kebiasaan merokok semakin rentan untuk terkena penyakit.

Hasil data subjektif yang dilakukan didapatkan bahwa kebanyakan responden merokok dikarenakan merupakan kebiasaan diri sendiri hal ini ditunjukkan pada jawaban responden pada pertanyaan 1. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Dehaan (2007) menemukan bahwa para perokok di Purwokerto yang merokok karena kebiasaan berkisar 5.734 orang atau 75% dan angka kematian yang diakibatkan oleh rokok mencapai 3.654 orang atau 58% dan menyatakan bahwa kebanyakan perokok itu karena kebiasaan dari muda dan kebanyakan perokok susah untuk dihentikan.

Dari data subjektif juga didapatkan bahwa responden mengatakan merokok itu adalah suatu kebiasaan yang sangat sulit dibuang dan apabila tidak merokok kebanyakan responden mengatakan ada yang kurang dan tidak semangat untuk bekerja seperti pada jawaban responden pada pertanyaan 13. Sesuai dengan penelitian oleh Suharmiati (2012) menemukan bahwa perokok berat sebanyak 18 orang (54,5%) dan perokok ringan sebanyak 7 orang (21,2%) mengatakan kemungkinan dengan semakin tinggi pendidikan seseorang mempengaruhi gaya hidup seperti mengikuti kebiasaan merokok untuk pergaulan atau untuk mengurangi stress. Sedangkan menurut pekerjaan, responden yang bekerja informal (pelayanan jasa, petani, nelayan, buruh dan lainnya) relatif lebih banyak yang merokok dibandingkan pegawai mungkin karena proporsi pegawai memang lebih rendah dibanding pekerja informal.

Dilihat dari tabel 4.2 ditemukan kebiasaan merokok di RSUD Ulin Banjarmasin dengan jumlah yang paling banyak adalah perokok berat sebanyak 20 orang atau 100%.

Menurut peneliti merokok adalah kebiasaan yang buruk karena rokok sudah terbukti sangat berbahaya bagi kesehatan. Kebiasaan merokok adalah kebiasaan orang menghisap rokok yang disebabkan karena alasan-alasan tertentu, misalnya adanya pengaruh teman, sosial, dan media dan merupakan aktifitas individu untuk meraskan kenyamanan akibat ketergantungan yang dialaminya dan bahkan ada yang meniru orang tuanya. Kebanyakan perokok merokok sudah kebiasaan dari berusia 14 tahun dan kurang lebih sudah 30 tahun. Kebiasaan merokok tidak terjadi karena kebetulan karena ada beberapa tahap yang dilalui seseorang perokok sebelum menjadi perokok reguler yaitu seseorang yang telah menganggap rokok telah menjadi bagian dalam hidupnya. Orang merokok sangat mudah kita jumpai dalam kehidupan sehari-hari, baik ditempat-tempat umum, didalam rumah, bahkan ditempat yang seharusnya bebas dari asap rokok seperti rumah sakit, puskesmas dan fasilitas kesehatan yang lainnya. Keadaan ini mengungkapkan bahwa kurangnya kesadaran oleh masyarakat tentang bahaya dari asap rokok baik untuk diri sendiri maupun untuk orang lain yang ada disekitarnya. Pendapat tersebut sejalan dengan hasil penelitian Suharmiati (2012) yang hasil penelitiannya sebanyak 14 orang atau (93,3%) perokok adalah perokok berat yang menyebutkan bahwa perokok merokok dikarenakan merupakan kebiasaannya dari kecil dan merokok sudah selama kurang lebih 15 tahun, merokok juga sudah ketergantungan pada dirinya masing-

masing, dan juga menurutnya mulai merokok itu dikarenakan ingin coba-coba dan melihat orang tua.

2. Identifikasi Kejadian Kanker Paru dan Tidak Kanker Paru di RSUD Ulin Banjarmasin.

Dilihat tabel 4.2 ditemukan kejadian kanker paru di RSUD Ulin Banjarmasin dengan jumlah yang paling banyak adalah dengan perokok berat sebanyak 8 orang atau 40% dan ditemukan kejadian tidak kanker paru di RSUD Ulin Banjarmasin terbanyak adalah perokok berat sebanyak 12 orang atau 80%.

Menurut peneliti kanker paru merupakan penyakit yang disebabkan oleh adanya pertumbuhan sel yang tidak terkontrol pada jaringan paru-paru. Jika tidak segera diobati, pertumbuhan sel ini dapat menyebar ke luar paru-paru, menyebar ke bagian tubuh lainnya dan dapat mengakibatkan kematian. Kebanyakan pasien itu sendiri sulit untuk memeriksakan penyakitnya dan bahkan sulit untuk berobat, kebanyakan apabila penyakitnya sudah buruk dan mengalami berbagai keluhan-keluhan pasien baru berpikir untuk berobat dan memeriksakan diri kerumah sakit, hal ini dikarenakan pengetahuan pasien yang kurang dan bahkan karena kekurangan biaya. Risiko kanker paru juga meningkat pada daerah yang memiliki tingkat polusi udara yang tinggi. Polutan udara yang dihasilkan pabrik, asap kendaraan, dan bahan bangunan seperti asbestos, benzena, karbon dan lainnya merupakan karsinogen yang dapat menyebabkan timbulnya kanker paru jika terpapar dalam jangka waktu yang lama. Keterlambatan diagnosis merupakan faktor yang

berpengaruh terhadap tingginya mortalitas kanker paru. Sulitnya mendiagnosis secara dini disebabkan gejala yang tidak spesifik dari kanker paru. Gejala kanker paru yang sering dikeluhkan pasien adalah batuk, sesak napas, demam, nyeri dada, dan hemoptisis (batuk darah). Upaya yang paling penting untuk pencegahan kanker paru yaitu adalah dengan cara mencegah paparan zat karsinogen itu sendiri dan mengubah kebiasaan-kebiasaan buruk. Upaya untuk pembedahan pada kasus kanker paru ini juga jarang untuk dilakukan tetapi biasanya hanya dilakukan kemoterapi.

Pada saat penelitian ini yang dilakukan kebanyakan para pasien kanker paru menceritakan sendiri keluhan-keluhan yang sedang dirasakannya serta mengambil data di rekam medik pasien, beberapa pasien tersebut didapati mengeluh batuk-batuk dan *hemoptoe*, sesak juga dialami oleh pasien. Data objektif dari pasien didapatkan hampir semua pasien mengalami penurunan berat badan, dilihat dari makanan yang diberikan dari RS masih tersisa dan bahkan ada yang tidak dimakan hal tersebut menandakan bahwa *anoreksia* dialami oleh hampir seluruh pasien kanker paru, hal ini sejalan dengan penelitian oleh Haryati dkk (2013) keluhan utama terbanyak adalah sesak napas, yaitu 71 orang (52,99%), 9 orang (6,72%) penderita kanker paru mengalami batuk darah dan 5 orang (4,93%) penderita mengalami anoreksia.

Dan pada penelitian ini juga didapatkan hasil bahwa sebanyak 12 orang (80%) memiliki kebiasaan merokok adalah perokok berat yang tidak mengalami kanker paru (mengalami Tb paru). Hal ini dikarenakan kebiasaan merokok itu sangat berbahaya bagi kesehatan dan sangat

berpeluang besar untuk terkena penyakit, kebanyakan dari mereka mengeluh batuk, sesak nafas dan nafsu makannya menurun bahkan banyak yang berat badannya menurun drastis. Hal ini sejalan dengan penelitian Fakhmi (2012) yang menyatakan bahwa sebanyak 10 orang (66,7%) dari 20 responden mengalami penyakit paru-paru yaitu tb paru yang didalam penelitiannya menyebutkan bahwa perokok adalah penyebab utama penyakit paru-paru.

3. Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Kejadian Kanker Paru dan Tidak Kanker Paru Di RSUD Ulin Banjarmasin.

Hubungan kebiasaan merokok dengan kejadian kanker paru di RSUD Ulin Banjarmasin dengan jumlah responden 15 orang menunjukkan bahwa dari table 4.3 maka dapat dilihat frekuensi perokok dengan dengan kejadian kanker paru yaitu perokok berat berjumlah 8 orang dengan presentasi (40%) .

Hasil Analisis pada dengan menggunakan uji *Chi-square* memperlihatkan bahwa nilai $p = 0,01$ ($p < 0,05$). Hal ini menunjukkan H_0 diterima yang artinya ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan merokok dengan kejadian Kanker Paru di RSUD Ulin Banjarmasin.

Menurut peneliti merokok merupakan penyebab utama terjadinya kanker paru bahkan juga tidak kanker paru. Semakin seseorang terhindar dari kebiasaan merokok maka semakin terhindar dari penyakit paru seperti kanker paru dan lainnya, hal ini sesuai dengan penelitian Herlina dkk (2012) bahwa perokok berat sebanyak 20 orang (66,7%) mengalami ca paru yang menyebutkan bahwa semakin berat perokok itu (lama

merokok dan batang yang dhisap) maka semakin besar pula terjadinya kanker paru.

Menurut peneliti juga asap rokok yang dihisap akan menyebabkan fungsi sel didalam paru yang awalnya jinak akan menjadi ganas. Hal ini disebabkan karena adanya salah satu zat yang disebut zat PAH, zat ini dapat mengikat DNA sehingga beberapa perubahan DNA dalam mekanisme pertahanan tidak akan kembali normal dan akhirnya sel-sel menjadi rusak/bermutasi akibat dari selnya rusak maka sel yang awalnya jinak akan menjadi ganas dan menyebabkan kanker paru. Sejalan dengan pendapat, Amin Z (2010) bahwa infeksi bakteri mudah terjadi di paru-paru yang sel mukosanya rusak akibat infeksi yang terdahulu. Selain hal itu, hal-hal yang dapat mengganggu keutuhan sel di dalam paru-paru adalah asap rokok dan gas SO₂ (polutan utama dalam pencemaran udara), pengobatan O₂ konsentrasi tinggi (25% atau lebih).

Sependapat dengan pernyataan di atas, Suharmiati (2012) didapatkan bahwa dari 15 responden terdapat perokok berat 14 orang (93,3%) mengalami kanker paru dan perokok ringan 1 orang (6,7%) mengalami kanker paru menemukan bahwa ada hubungan antara riwayat merokok dengan kejadian kanker paru, di dalam penelitiannya berpendapat bahwa racun akibat rokok akan terakumulasi dalam tubuh seiring dengan lamanya merokok, semakin lama semakin banyak dan menimbulkan akibat yang lebih berbahaya. Kanker paru cenderung dialami oleh orang dengan perokok berat. Kandungan yang ada di dalam rokok akan berakumulasi di dalam tubuh yang berakibat pada timbulnya

berbagai macam penyakit. Semakin tinggi intensitas rokok maka akan semakin tinggi pula penyakit yang timbul.

Penelitian ini juga didapatkan perokok berat namun tidak mengalami kanker paru sebanyak 12 orang (60%). Hal ini dikarenakan kebiasaan merokok turut akan menyebabkan penyakit paru-paru bukan hanya kanker paru tetapi juga bisa menyebabkan tb paru, pneumonia, PPOK dan lain-lain. Kebanyakan para penderita penyakit paru-paru seperti tb paru dan lain-lain itu akan berisiko terjadinya kanker paru. Hal ini sejalan dengan beberapa penelitian yang diterbitkan oleh *Journal of Thoracic Oncology* yang menemukan bahwa penderita Tb paru lebih rentan mengalami kanker paru, dan orang yang mengalami Tb paru memiliki resiko 16 kali lipat untuk menderita kanker paru (Chen, 2011).

E. Keterbatasan penelitian

1. Instrumen yang digunakan tidak menunjukkan (mengukur) jenis rokok yang digunakan ada yang memakai filter dan ada yang tidak.
2. Instrument yang digunakan tidak mengukur kebiasaan penunjang fisik tubuh seperti olahraga sebagai bias di dalam penelitian ini.
3. Pada penelitian ini juga tidak menganalisis kebiasaan merokok dengan stadium kanker paru dikarenakan keterbatasan data rekam medik pasien.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUD Ulin Banjarmasin tentang hubungan kebiasaan merokok dengan kejadian kanker paru dapat ditarik simpulan sebagai berikut:

1. Kebiasaan merokok di RSUD Ulin Banjarmasin dengan jumlah yang paling banyak adalah perokok berat sebanyak 20 orang atau 66,7 %.
2. Kejadian kanker paru di RSUD Ulin Banjarmasin dengan jumlah yang paling banyak adalah dengan perokok berat sebanyak 8 orang atau 40% dan jumlah kejadian tidak kanker paru terbanyak adalah perokok berat sebanyak 12 orang atau 60%.
3. Analisis dengan menggunakan uji *Chi-square* memperlihatkan bahwa nilai $p = 0,01$ ($p < 0,05$). Hal ini menunjukkan H_a diterima yang artinya ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan merokok dengan kejadian kanker paru di RSUD Ulin Banjarmasin.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Melalui penelitian ini peneliti menyarankan untuk Institusi Pendidikan STIKES Sari Mulia Banjarmasin dapat menjadi bahan dalam pemberian materi tentang hubungan kebiasaan merokok dengan kejadian kanker paru khususnya pada materi asuhan keperawatan pada pasien kanker paru dan dapat digunakan sebagai masukan bagi mahasiswa ketika

melakukan tindakan praktik keperawatan di rumah sakit maupun di puskesmas untuk memberikan pendidikan kesehatan atau pemberian konseling mengenai hubungan kebiasaan merokok dengan kejadian kanker paru (kesadaran akan bahaya merokok).

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh pihak RS untuk memberikan pengetahuan terhadap pasiennya, kesadaran akan bahaya merokok, serta dapat dijadikan kebijakan akan larangan merokok karena sangat merugikan kesehatan. Pencegahan seperti adanya papan pengumuman atau larangan akan bahaya merokok sebagai upaya preventif rumah sakit guna mengurangi konsumsi rokok, penentuan lokasi zona merokok juga bisa digunakan sebagai salah satu upaya dalam mengurangi dampak dari perokok pasif.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan pasien dan keluarga untuk berhenti dari kebiasaan merokok, dikarenakan kebiasaan merokok di dalam studi ini akan dapat merusak kesehatan khususnya dengan komplikasi Kanker Paru. Disamping itu juga diharapkan sebagai keluarga harus bekerjasama dalam upaya menghentikan kebiasaan merokok keluarganya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.Y. 2012. *Polusi Udara Dan Kesehatan*. Jakarta: ARCAN.
- Amin Z.. 2010. *Kanker Paru*. Dalam: Sudoyo A.W., Setryohadi B., Alwi I., Simadibrata M.K., Setiati S. *Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Badan Litbang Kesehatan. 2011. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Riskesdas Indonesia Tahun 2011*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Basyir, Umar dan Abu. 2010. *Mengapa Ragu Tinggalkan Rokok*. Bandung: Pustaka At-Tazkia.
- Betty Roosihermiatiedan Suharmiati. 2012. *Gambaran penggunaan tembakau/rokok pada tumor/kanker paru di Indonesia*, *Riset Kesehatan Dasar* 2007/2008. 15(3): 298-304.
- Caldwell dan Ernest. 2009. *Berhenti Merokok*. Yogyakarta: PT LKIS printing cemerlang.
- Chen Z. 2011. *Pasien TB paru lebih rentan kanker paru*. *Journal of Thoracic Oncology*. 11(2): 232-254.
- Corey S. 2011. *The 7 Habits Of Highly Effective Teens (7 Kebiasaan Remaja Yang Sangat Efektif)*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Dehaan. 2007. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok di Purwokerto [skripsi]*. Purwokerto: Universitas Jenderal Soedirman.
- Depkes RI. 2011. *Pendekatan dan penanganan padar emaja beresiko tinggi* [internet]. Tersedia dalam: <http://www.dinkes-bwi.net/pkjm/html/modules.php?p=modload&name=News&file+article&sid=1> [Diakses 01 Januari 2012].

- Doengoes M. 2008. *Rencana Asuhan Keperawatan Dan Pedoman Untuk Perencanaan Dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC
- Elisna. 2010. Apakah Kanker Paru? [internet]. Tersedia dalam: http://www.parkwaycancercentre.com/education_lung_cancer_ind.aspx. [Diakses 24 Desember 2011].
- Fakhmi Murfikin, Ari Pristina Dewi, Rismadefi Woferst. 2012. Hubungan kebiasaan merokok dengan kejadian TB paru di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo [skripsi]. Sidomulyo Lampung: Universitas Terbuka Sidomulyo.
- Globocan. 2012. Estimated Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Disability-adjusted life years (dalys) Worldwide in 2008. *IARC Cancer Base*. 15(11): 302-320.
- Guidotti T. 2007. Critique of Available Studies on the Toxicology of Kretek Smoke. *Archieve of Toxicology*. 12(2): 233-245.
- Gunawan. 2011. Study antarkasus rokok A Mild, Star mild dan LA Light [skripsi]. Kalimantan: Universitas Gunadarma.
- Guyton, Arthur C, Hall dan John E. 2010. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Hans Tendra. 2009. *Merokok Dan Kesehatan*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Haryati, Mohammad Bakhriansyah dan Shinta Kartika NurAisah. 2013. Profil penderita kanker paru primer di Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin Tahun 2006-2022. *Jurnal Respirasi Indonesia*. 33(1): 50-57.
- Hasanid dan Kemala I., 2007. Hubungan antarastres dan perilaku merokok pada remaja laki-laki. *Psikologia*. 1(2): 67-75.
- Hastono dan Sutanto. 2007. *Analisa Data Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.

- Herlina, SitiRahmalia HD danYuliaIrvaniDewi. 2010. Hubunganriwayatmerokokdengan stadium ca paru[skripsi]. Pekanbaru Riau: Universitas Riau.
- Herminto. 2008.Hubungan lama pencemarandebukayuterhadapgangguanfungsiiparutenagakerja di Perusahaan CV[skripsi].Surakarta: Nila's Wood Arts Surakarta.
- Hidayat, Alimatul Aziz. 2007.*MetodePenelitianKeperawatanDan TeknikAnalisa Data*.Jakarta:SalembaMedika.
- , 2009. *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisis Data*. Jakarta:SalembaMedika.
- , 2011. *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisis Data*. Jakarta:SalembaMedika.
- Hutapeadan Ronald. 2013. *Why Rokok?TembakauDan PeradabanManusia*. Jakarta: Bee Media Indonesia.
- KomlasariD. &Helmi, A.F., 2010. Faktorpenyebabperilakumerokokpadaremaja[skripsi]. Yogyakarta:UniversitasGadjahMada.
- Kumar V., Cotran R.S. and Robbins S.L. 2007. *BukuAjar Patologi*. Jakarta: PenerbitBukuKedokteran EGC.
- Lasiyo. 2012. *Rokok Dan Akibatnya*. Jakarta: Balai Pustaka
- Leventhal H. and P.D. Cleary. 2008. The smoking problem: a review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin*.80(2): 370-405.
- MachfoedzdanIrcham. 2010. *TeknikMenyusunKuesioner Dan PanduanWawancara*. Yogyakarta: Pitramaya.
- MartonodanNanang. 2011. *MetodePenelitianKuantitatifAnalisis Isi Dan Analisis Data Sekunder*.Jakarta: PT Raja GrafindoPersada.

- Mu'tadin. 2008. *Remaja Dan Rokok*. Jakarta: EGC.
- Musfiqon. 2012. *Panduan Lengkap Metodologi Penelitian Pendidikan*. Jakarta: Prestasi Pustaka Publisher.
- Notoadmodjo Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmodjo Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2008. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Prasetyo B dan Jannah LM. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Price, Sylvia A and Wilson, Lorraine M. 2010. *Patofisiologi Konsep Klinik Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC.
- Rochadi K. 2011. *Hubungan konformitas dengan perilaku merokok pada remaja sekolah di 5 wilayah DKI Jakarta [skripsi]*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Sari, Novi Indra. 2011. *Hubungan antar tingkat stres dengan perilaku merokok pada siswa laki-laki perokok SMKN Batusangkar [skripsi]*. Padang: Universitas Andalas.
- Sastroasmoro, Sudigdo, dan Sofyan Ismael. 2010. *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis edisi ketiga. Pemilihan Subyek Peneliti dan Desain Penelitian*. 5(3): 78-100.
- Setiadi. 2007. *Riset Keperawatan*. Surabaya: Graha Ilmu.
- Sitepoe M. 2008. *Kekhususan Rokok Indonesia*. Jakarta: PT Grasindo.
- Smith *et al*. 2008. Tobacco smoking habits among a cross section of Rural

Japanese Nurses. *American Journal Of Advanced Nursing*. 5(2): 60-67.

Soetjningsih. 2012. *TumbuhKembangRemajaDan Permasalahannya*. Jakarta: SagungSeto.

Stoppler, M.C. 2012. Lung cancer prognosis [internet]. Tersediadalam: <http://www.medicinenet.com/lungcancer/page7.htm>. [diakses 3 Mei 2013].

Sugiyono. 2009. *MetodePenelitianKuantitatif, Kualitatifdan R & D*. Bandung: Alfabeta.

Suharmiati. 2012. Pengaruhjumlahrokok yang dihisapsetiaphariterhadap penyakitkankerparu-parupadamahasiswaSekolahtinggi IlmuEkonomi Bali International Institute of tourism Management (Stie-Bittm) sahid. *SoshumJurnalSosial Dan Humaniora*. 4(1): 53-60.

Suryo Joko. 2010. *Herbal Penyembuhan Gangguan Sistem Pernapasan*. Yogyakarta: B First.

Sutaryono. 2011. Faktorrisikokankerparu di kota Semarang [skripsi]. Semarang: Universitas Semarang.

Theodorus. 2007. Ciriperokok di kalanganmahasiswa/iUniversitasSriwijaya. *Jurnal JEN*. 3(1): 19-24.

Tim Penyusun. 2015. *PanduanTugasAkhir*. Banjarmasin: AkademiKebidanandanSekolahTinggillmuKesehatan Sari Mulia Banjarmasin.

Underwood J.C.E. 2010. *Patologi Umum dan Sistematis*. Jakarta: EGC.

World Health Organization., 2014. Tobacco [internet]. Tersediadalam: <http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs339/en/>. [diakses 22 Juli 2014].