

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Sustainable Development Goals (SDGs) telah menggantikan Millenium Development Goals (MDGs). Isi dari SDGs merupakan seperangkat tujuan yang disepakati dan berlaku bagi seluruh bangsa tanpa terkecuali. Tujuan tersebut berjumlah 17 yang merupakan kelanjutan dari target MDGs dalam hal mewujudkan pembangunan manusia. Terdapat empat sasaran dalam bidang kesehatan yaitu, penurunan angka kematian balita, penurunan angka kematian ibu, penurunan angka AIDS/HIV dan peningkatan cakupan air minum dan sanitas. Sasaran yang belum selesai tidak dapat dilupakan dan diabaikan begitu saja, karena sasaran tersebut juga termuat ke dalam beberapa tujuan dan sasaran SDGs. Tujuan SDGs di bidang kesehatan yang terpenting adalah menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia. Pencapaian kesehatan balita yaitu pada tahun 2030 kematian balita dapat dicegah dengan cara seluruh negara berusaha menurunkan angka kematian balita setidaknya hingga 25 per 1.000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2015, hlm.17).

Balita merupakan singkatan dari anak bawah lima tahun adalah anak yang telah menginjak usia di atas satu tahun atau lebih populer dengan pengertian usia anak di bawah lima tahun atau biasa digunakan perhitungan bulan yaitu 12-59 bulan (Infodatin 2015, hlm.1). Keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan balita di periode selanjutnya ditentukan oleh pertumbuhan dan perkembangan pada masa balita. Pertumbuhan dan perkembangan di usia ini merupakan *golden age* atau masa keemasan karena masa ini berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang (Sutomo & Anggraini 2010, hlm.1).

Anak dengan usia di bawah lima tahun memiliki tahap perkembangan yang cukup rentan terhadap berbagai serangan penyakit karena sistem kekebalan tubuh balita belum sebaik orang dewasa (Mansur dkk 2013, hlm.12). Selain itu kondisi

Geografis Indonesia yang berada di daerah tropis menjadikan variasi mikroorganisme penyebab penyakit lebih beragam. Beberapa penyakit yang sering terjadi pada balita adalah diare dan *gastroenteritis* sebesar 36.238 jiwa, ISPA bagian atas sebesar 11.043 jiwa, demam *tifoid* dan *paratifoid* sebesar 9.747 jiwa, *pneumonia* sebesar 9.180 jiwa, demam 6.885 dan demam berdarah *dengue* 6.303 (Sistem Informasi Rumah Sakit 2013, hlm.5).

ISPA merupakan salah satu masalah kesehatan yang sering terjadi pada balita. Penyakit ini selalu menempati urutan pertama penyebab kematian pada bayi dan balita. Bahkan ISPA selalu berada pada daftar 10 penyakit terbanyak di rumah sakit (Putri 2011, hlm.1). Resiko anak di bawah lima tahun lebih banyak 2,1 kali terkena ISPA dibandingkan usia bayi. Perbedaan resiko ini disebabkan bayi masih memiliki kekebalan tubuh alami dari ibu. Bayi mendapatkan imunitas alamiah dan juga mendapatkan tambahan imunitas dari imunisasi yang diberikan pada saat bayi seperti imunisasi campak, BCG (*Bacillus Calmette-Guerin*), *polio* dan lain-lain. Penularan ISPA kepada bayi lebih sedikit dibandingkan balita, hal tersebut karena interaksi bayi terhadap orang lain juga cenderung sedikit. Batuk dan bersin merupakan media yang mempermudah penyebaran ISPA. Melalui media ini, partikel infeksius di udara dapat dengan mudah berpindah dengan kontak langsung dari orang sakit kepada orang yang mempunyai risiko tertular. Penyebab balita lebih berisiko tertular penyakit ISPA adalah faktor kekebalan tubuh dan karakteristik perkembangan yang lebih banyak bersosialisasi dengan teman sebaya dan lingkungan sekitar (Agrina dkk 2014, hlm.118).

Penyakit ISPA adalah infeksi akut yang menyerang salah satu bagian atau lebih dari saluran nafas mulai hidung sampai alveoli termasuk sinus, rongga telinga tengah dan pleura. Penyebab infeksi penyakit ini adalah virus dan bakteri. Tanda gejala awal penyakit ISPA ditandai dengan panas disertai salah satu atau lebih gejala seperti pilek, batuk kering atau berdahak, tenggorokan sakit atau nyeri telan (Kemenkes Republik Indonesia 2013, hlm.5). Mikroorganisme yang menyebabkan ISPA menyerang salah satu bagian atau lebih dari saluran nafas, mulai dari saluran atas (hidung) hingga saluran bawah (*alveoli*), termasuk jaringan *adnaksanya*, seperti sinus, rongga telinga tengah dan pleura yang berlangsung 14 hari (Sahroni 2012, hlm.40). Penyakit ISPA biasanya menular dapat menyerang

saluran pernafasan atas dan saluran pernafasan bawah. ISPA dapat menimbulkan berbagai bentuk penyakit tanpa gejala atau infeksi ringan sampai penyakit yang parah dan mematikan. Keparahan ini tergantung pada patogen penyebabnya, faktor lingkungan, dan faktor pejamu (Oroh 2013, hlm.2).

Urutan pertama dari 10 penyebab kematian di negara berpenghasilan rendah adalah infeksi saluran pernafasan bawah yaitu 9,9%, kemudian penyakit diare 6,7% dan stroke 5,8%. Sebanyak 3,2 juta kematian disebabkan karena infeksi saluran pernafasan bawah (WHO 2015, hlm.1). Penduduk Indonesia yang menderita ISPA berdasarkan umur tertinggi pada kelompok umur 1-4 tahun (25,8%), <1 tahun (22,0%) dan umur 5-14 tahun (15,4%). Jenis kelamin laki-laki yang menderita ISPA sebanyak 13,7% dan perempuan 13,8%. Berdasarkan tingkat pendidikan semakin tinggi pendidikan maka semakin rendah angka kejadian ISPA. Berdasarkan provinsi di pulau Jawa prevalensi ISPA pada tahun 2013 yaitu Daerah Istimewa Yogyakarta 11,3%, DKI Jakarta 12,5%, Jawa Barat 13,2%, Jawa Timur 15,6%, Jawa Tengah 15,7%, dan Banten adalah 16,4 %. Tahun 2007 Jawa Timur 6,38%, Jawa Barat 6,95%, Banten 7,98%, Jawa Tengah 8,74, DI Yogyakarta 8,22%, DKI Jakarta 9,78 % (Risikesdas 2013, hlm.104).

ISPA disebabkan oleh *virus Influenza*, *adenovirus*, dan *sitomegalovirus* yang menginfeksi *mukosa*, hidung, *trachea*, dan *bronkus*. Virus yang menginfeksi akan menyebabkan *mukosa* membengkak dan menghasilkan banyak lendir. Jika pembengkakan tersebut besar maka aliran udara melalui pipa-pipa pada saluran pernafasan akan terhambat (Maryani 2012, hlm.16). Penyakit infeksi saluran pernafasan akut dipengaruhi oleh berbagai macam faktor risiko. Secara umum terdapat tiga faktor risiko terjadinya ISPA, yaitu faktor lingkungan, faktor individu anak serta faktor perilaku. Faktor lingkungan meliputi: pencemaran udara dalam rumah (asap rokok, penggunaan obat anti nyamuk bakar dan asap hasil pembakaran bahan bakar untuk memasak dengan konsentrasi yang tinggi), ventilasi rumah dan kepadatan hunian dapat memberikan pengaruh pada penghuninya. Faktor individu anak meliputi: umur anak, berat badan lahir rendah lebih besar beresiko terserang ISPA, status gizi, vitamin A dan status imunisasi DPT (Difteri/anti infeksi saluran pernafasan, Pertusis/untuk batuk rejan dan tetanus, Toksin/yang menghasilkan kuman) dan Campak dapat mencegah

terjadinya ISPA. Faktor perilaku meliputi perilaku pencegahan dan penanggulangan ISPA pada balita atau peran aktif keluarga atau masyarakat dalam menangani penyakit ISPA (Hayati 2014, hlm.65).

Salah satu faktor resiko terjadinya ISPA adalah asap rokok. Hasil dari beberapa penelitian menyatakan bahwa dalam satu batang rokok mengandung 4000 bahan kimia. Kandungan racun dan *zat karsinogenik* (zat penyebab kanker) sebanyak sepuluh persen. Tiga kandungan rokok secara umum akan membahayakan perokok antara lain: *nikotin*, *tar* dan *karbon monoksida* (Dewo 2013, hlm.62). *Tar* atau getah tembakau adalah campuran beberapa *zat hidrokarbon* yang bersifat lengket dan menempel pada paru-paru yang akan menimbulkan iritasi pada saluran nafas, menyebabkan *bronkitis*, kanker *nasofaring* dan kanker paru. *Nikotin* adalah komponen terbesar dalam asap rokok dan merupakan *zat adiktif*. *Karbon monoksida* adalah gas beracun yang mempunyai afinitas kuat terhadap *hemoglobin* pada sel darah merah sehingga membentuk *karboksihemoglobin*. Disamping ketiga senyawa tersebut, asap rokok juga mengandung senyawa *piridin*, *amoniak*, *karbon dioksida*, *keton*, *aldehida*, *cadmium*, *nikel*, *zink*, dan *nitrogen oksida*. Pada kadar yang berbeda, semua zat tersebut bersifat mengganggu membran berlendir yang terdapat pada mulut dan saluran pernafasan. Asap rokok bersifat asam (pH 5,5) dan nikotin berada dalam bentuk ion tetapi tidak dapat melewati membran secara cepat sehingga pada selaput lendir (mukosa) pipi terjadi absorpsi nikotin dari asap rokok (Nururrahmah 2014, hlm.2).

Perokok pasif mempunyai efek buruk lebih besar daripada perokok aktif.. Ketika perokok membakar sebatang rokok dan menghisapnya, asap yang dihisap oleh perokok disebut asap utama, dan asap yang keluar dari ujung rokok (bagian yang terbakar) dinamakan *sidestream smoke* atau asap samping. Asap samping ini terbukti mengandung lebih banyak hasil pembakaran tembakau dibanding asap utama (Umami 2010, hlm.155). Besarnya risiko balita terkena ISPA dipengaruhi oleh frekuensi merokok, jenis rokok yang dikonsumsi dan residu asap rokok yang tertinggal di baju, bantal, spre, alas meja dan rambut perokok serta benda lainnya yang kerap disebut *thirdhand smoke* (Chairunnisa & Zuliyanti 2015, hlm.14).

Pengobatan ISPA yang tidak adekuat dapat menyebabkan terjadinya Otitis Media Akut (OMA). OMA dapat berlanjut menjadi *perforasi* gendang telinga dan *sekret* telinga kronik. Penderita OMA terancam mengalami gangguan pendengaran atau ketulian. Bayi dan anak memiliki predisposisi OMA karena *tuba eustachii* yang pendek, lurus dan lebar, mukosa yang sama antara telinga tengah dan saluran pernapasan atas (Husni 2011, hlm.164). Hampir sepertiga dari 709 episode ISPA berlanjut menjadi OMA. Pemeriksaan kultur nasofaringeal dilakukan pada penelitian ini di awal perjalanan ISPA dan secara jelas menunjukkan adanya bakteri patogenik pada nasofaring selama ISPA yang meningkatkan risiko terhadap komplikasi. Selama ISPA, anak-anak memiliki lebih banyak tipe bakteri dan jumlah koloni bakteri yang lebih tinggi pada nasofaring, dibandingkan dengan selama periode sehat (Revai dkk 2008, hlm.8). ISPA memiliki dampak sekunder yaitu bakteri bisa menyerang saluran nafas bawah, sehingga bakteri-bakteri yang biasanya hanya ditemukan dalam saluran pernafasan atas, sesudah terjadinya infeksi virus, dapat menginfeksi paru-paru sehingga menyebabkan *pneumonia bakteri* (Kusumawati 2010, hlm.61).

Secara global, ada 1,1 miliar perokok tembakau berusia 15 atau lebih tua, dengan sekitar 80% hidup di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Sekitar 226 juta perokok hidup dalam kemiskinan. Prevalensi perokok di dunia adalah Pasifik Barat (375 juta), Asia Tenggara (235 juta), Eropa (225 juta), Amerika (125 juta), Mediterania Timur (90 juta), Afrika (75 juta) (WHO 2015, hlm.2). Indonesia merupakan negara dengan jumlah perokok tertinggi di Asia Tenggara (WHO 2016, hlm.1).

Prevalensi perokok di Pulau Jawa tertinggi adalah di Jawa Barat pada tahun 2013. Angka perokok di Jawa Barat (27,1%), Banten (26,0%), Jawa Timur (23,9%), DKI Jakarta (23,2%), Jawa Tengah (22,9%), DI Yogyakarta (21,2%). Hasil analisis riskesdas dan Badan Pusat Statistik (BPS), terjadi sedikit peningkatan proporsi masyarakat Indonesia yang merokok tiap hari dari tahun 2007 ke tahun 2013 (23,7-24,3%). Sedangkan perokok kadang kadang sedikit menurun dari 5,5 menjadi 5,0%. Rata-rata jumlah batang rokok yang dihisap 12,3 batang per hari. Prevalensi perokok pada laki-laki (65,8%) 16 kali lebih tinggi dibandingkan perempuan (4,2%). Hasil riskesdas 2007, 2010, 2013 menunjukkan

bahwa usia merokok pertama kali paling tinggi adalah pada kelompok umur 15-19 tahun. Hampir perokok mulai merokok ketika usianya mencapai 19 tahun. Umumnya orang mulai merokok sejak muda dan tidak tahu risiko mengenai bahaya *adiktif* rokok. Secara nasional, 85,4% perokok merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lain. Sedangkan jenis rokok yang paling diminati adalah kretek dengan filter (64,5%) (Riskesdas 2013, hlm.133).

Kebiasaan merokok telah membudaya dengan lingkungan masyarakat kita disetiap acara biasanya disajikan rokok. Hal ini mendorong semakin banyak orang yang akan menjadi perokok. Generasi muda juga mendapatkan tekanan sosial dari teman-temannya sehingga menjadi perokok sejak usia muda. Seseorang memiliki kebiasaan merokok banyak dipengaruhi oleh banyak faktor (Sahroni 2012, hlm.90). Orang-orang yang merokok mudah dijumpai, baik di tempat-tempat umum, rumah sakit, puskesmas dan bahkan di dalam rumah. Keadaan ini merupakan cerminan dari masih rendahnya kepedulian para perokok akan bahaya asap rokok pada kesehatan diri sendiri maupun kesehatan orang lain (Syahputra dkk 2012, hlm.1).

Perilaku merokok pada kepala keluarga seringkali dipengaruhi oleh faktor pendidikan. Hal ini karena dengan rendahnya pendidikan mempengaruhi perilaku seseorang, terutama pada kebiasaan merokok, dengan pendidikan rendah pengetahuan tentang bahaya rokok terhadap anggota keluarga masih kurang, sehingga mereka dengan bebasnya merokok baik didalam rumah maupun diluar rumah, karena tidak menghiraukan bahaya rokok terhadap kesehatan orang lain (Rohim 2014, hlm.9). Begitu banyaknya anggota keluarga yang merokok di dalam rumah disebabkan karena masih kurangnya kesadaran dari masyarakat tentang dampak berbahaya dari asap yang dikeluarkan dari rokok. Salah satu dampaknya adalah banyaknya jumlah balita yang mengalami ISPA (Mpangulu dkk 2016, hlm.6).

Sebagian besar perokok sering merokok di dalam rumah sehingga penghuni rumah terutama balita terpapar asap rokok. Lingkungan tempat tinggal memungkinkan paparan kepada anak sebagai perokok pasif terutama lingkungan yang tertutup. Sebagian besar anak balita terpapar asap rokok dikarenakan ventilasi rumah tidak memenuhi syarat kesehatan (Marhamah 2012, hlm.11).

Semakin berat kebiasaan merokok di dalam rumah maka semakin besar juga potensi anak menderita ISPA. Keterpaparan asap rokok pada anak sangat tinggi pada saat berada dalam rumah. Karena anggota keluarga memiliki kebiasaan merokok dalam rumah pada saat bersantai bersama anggota, misalnya sambil nonton TV atau bercengkerama dengan anggota keluarga lainnya, sehingga balita dalam rumah tangga tersebut memiliki risiko tinggi untuk terpapar dengan asap rokok (Layuk dkk 2012, hlm.5).

Tahun 1984 pengendalian ISPA mulai dilaksanakan di Indonesia, bersamaan dengan diawalinya pengendalian ISPA di tingkat global oleh WHO. Saat ini salah satu penyakit ISPA yang perlu mendapat perhatian juga adalah penyakit *influenza* karena merupakan penyakit yang dapat menimbulkan wabah. Ruang Lingkup Pengendalian ISPA yaitu pengendalian *pneumonia* balita, pengendalian ISPA umur ≥ 5 tahun, kesiapsiagaan dan respon terhadap pandemi *influenza* serta penyakit saluran pernapasan lain yang berpotensi wabah dan faktor risiko ISPA. Kegiatan pokok pengendalian ISPA antara lain : promosi penanggulangan *pneumonia* balita, kemitraan, peningkatan penemuan dan tatalaksana kasus melalui pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), peningkatan kualitas sumber daya (kader dan petugas kesehatan), survailans ISPA, pemantauan dan evaluasi dan pengembangan program (Badan Pengendalian ISPA 2012, hlm.20).

Upaya untuk mengurangi kebiasaan merokok telah dilakukan oleh WHO *Framework Convention on Tobacco Control* (WHO FCTC). WHO FCTC telah mensyaratkan setiap negara untuk melaksanakan kebijakan yang dirancang untuk mengurangi baik permintaan maupun pasokan. Kebijakan ini antara lain : menaikkan pajak produk tembakau, melarang merokok di tempat umum, penggunaan kesehatan bergambar, peringatan, melarang iklan rokok, mengendalikan perdagangan gelap produk tembakau, mengidentifikasi tanaman alternatif untuk pertanian tembakau dan mencegah penjualan pada anak di bawah umur serta pengumpulan, berbagi data tentang penggunaan tembakau dan upaya pencegahan (WHO 2016, hlm.2). Salah satu upaya yang telah dilakukan di Indonesia adalah menetapkan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok. Kawasan Tanpa Rokok adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan

merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau (Indonesia. Peraturan Pemerintah, 2012). Pemerintah Kota Depok telah mengeluarkan Peraturan Daerah Nomor 03 Tahun 2014 tentang Kawasan Tanpa Rokok. Kawasan tanpa rokok antara lain fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, dan tempat umum serta kawasan lain yang ditetapkan (Indonesia. Undang-Undang 2009, hlm.28).

ISPA terjadi di seluruh provinsi dan kota di Indonesia, salah satunya adalah di Kota Depok. Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kota Depok tahun 2014, pola penyakit rawat jalan pada golongan umur <1 tahun, 1-4 tahun, 5-14 tahun penyakit terbanyak yaitu ISPA. Kasus rawat jalan di Rumah Sakit Di Kota Depok tertinggi adalah kasus ISPA 23,8 %, dan urutan kedua kasus *febris* 6,5%. Angka ini dilaporkan oleh seluruh Rumah Sakit yang ada di Kota Depok (20 Rumah Sakit).

Hasil studi pendahuluan didapatkan ISPA merupakan salah satu penyebab pasien berkunjung paling banyak ke Puskesmas Limo, yaitu 8843 pasien. Laporan bulanan puskesmas Limo selama bulan Januari hingga Agustus penderita balita ISPA sebanyak 1306 kasus dari 3742 balita (34,9%). Dari 857 kasus pneumonia 70 kasus ditemukan dan ditangani di Puskesmas karena pasien yang sudah parah langsung ditangani di rumah sakit.

Hasil observasi didapatkan masih ada masyarakat yang merokok di tempat umum seperti di angkutan umum, di pinggir jalan, tempat beribadah dan pada saat di warung makan. Hasil wawancara masyarakat Kelurahan Grogol didapatkan dari 20 rumah tangga, sebanyak 55% orang merokok dan mereka tinggal dengan balita, 30% merokok tanpa tinggal dengan balita dan 15% tidak merokok. Jenis rokok yang dihisap adalah 70% filter dan 30% kretek. Rata rata rokok yang dihisap setiap harinya adalah 12 batang perhari. Sebanyak 70% perokok merokok di dalam rumah dan 30% merokok ketika di luar rumah. Masyarakat merokok ketika sedang berkumpul dengan keluarga dan pada saat bersantai nonton TV. Sebagian anggota keluarga mengatakan sering melarang untuk tidak merokok di dalam rumah namun kenyataannya tidak dilaksanakan oleh perokok. Sehingga

anggota keluarga yang lain merasa terbiasa dengan kebiasaan merokok di dalam rumah.

Dari data fenomena di atas serta beberapa penelitian sebelumnya mengenai ISPA maka perlu dilakukan penelitian apakah ada hubungan antara kebiasaan merokok anggota keluarga dengan kejadian ISPA pada balita.

1.2 Rumusan Masalah

Jumlah penderita ISPA sebanyak 52.614 dari 20 rumah sakit. Pola penyakit rawat jalan pada golongan umur < 1 tahun, 1-4 tahun, 5-14 tahun penyakit terbanyak yaitu penyakit ISPA sebanyak 23,8%, diposisi kedua *febris* 6,5% dan urutan ketiga *dyspepsia* 4,6%. (Dinas Kesehatan Kota Depok 2014, hlm.76). Tingginya angka penderita ISPA disebabkan karena berbagai faktor diantaranya adalah faktor fisik meliputi ventilasi, pencahayaan alami, kelembapan, kepadatan hunian, dan tindakan penduduk meliputi kebiasaan merokok, kebiasaan buka jendela, penggunaan bahan bakar rumah tangga (Fillacano 2013, hlm.38).

Berdasarkan uraian di atas perlu diteliti dan dapat dirumuskan masalah yaitu “Apakah ada Hubungan Kebiasaan Merokok Anggota Keluarga dengan Kejadian ISPA pada Balita di Posyandu Nusa Indah RW 09, Kelurahan Grogol, Kecamatan Limo, Depok?”

1.2.1 Pertanyaan Penelitian

- a. Bagaimanakah gambaran karakteristik pada responden (usia, pendidikan dan pekerjaan ibu) di Posyandu Nusa Indah RW 09, Kelurahan Grogol, Kecamatan Limo, Depok?
- b. Bagaimanakah gambaran individu balita (usia dan jenis kelamin) di Posyandu Nusa Indah RW 09, Kelurahan Grogol, Kecamatan Limo, Depok?
- c. Bagaimanakah gambaran kebiasaan merokok dan angka kejadian ISPA pada balita di Posyandu Nusa Indah RW 09, Kelurahan Grogol, Kecamatan Limo, Depok?
- d. Adakah hubungan antara karakteristik ibu (pendidikan dan pekerjaan) dan karakteristik balita (usia dan jenis kelamin) dengan kejadian ISPA

pada balita di Posyandu Nusa Indah RW 09, Kelurahan Grogol, Kecamatan Limo, Depok?

- e. Adakah hubungan kebiasaan merokok anggota keluarga dengan kejadian ISPA pada pada balita di Posyandu Nusa Indah RW 09, Kelurahan Grogol, Kecamatan Limo, Depok?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Kebiasaan Merokok Anggota Keluarga dengan Kejadian ISPA pada Balita di Posyandu Nusa Indah RW 09, Kelurahan Grogol, Kecamatan Limo, Depok.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis gambaran karakteristik pada responden (usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan ibu) di Posyandu Nusa Indah RW 09, Kelurahan Grogol, Kecamatan Limo, Depok.
- b. Menganalisis gambaran individu pada balita (usia dan jenis kelamin) di Posyandu Nusa Indah RW 09, Kelurahan Grogol, Kecamatan Limo, Depok.
- c. Menganalisis angka kejadian ISPA pada balita di Posyandu Nusa Indah RW 09, Kelurahan Grogol, Kecamatan Limo, Depok
- d. Menganalisis kebiasaan merokok pada anggota keluarga di Posyandu Nusa Indah RW 09, Kelurahan Grogol, Kecamatan Limo, Depok.
- e. Menganalisis hubungan karakteristik ibu (pendidikan dan pekerjaan) dan karakteristik balita (usia dan jenis kelamin) dengan kejadian ISPA pada pada balita di Posyandu Nusa Indah RW 09, Kelurahan Grogol, Kecamatan Limo, Depok.
- f. Menganalisis hubungan kebiasaan merokok anggota keluarga dengan kejadian ISPA pada pada balita di Posyandu Nusa Indah RW 09, Kelurahan Grogol, Kecamatan Limo, Depok.

1.4 Manfaat Penelitian

a. Bagi akademisi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan oleh mahasiswa perawat untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam memahami tentang penyakit ISPA.

b. Bagi Praktisi

Hasil peneliti ini dapat digunakan sebagai salah satu rujukan dan literatur mengenai salah satu faktor yang berkaitan dengan penyakit ISPA yaitu kebiasaan merokok anggota keluarga di dalam rumah.

c. Bagi Metodologi Penelitian

Menambah pengetahuan peneliti tentang salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kejadian ISPA sehingga diharapkan peneliti selanjutnya dapat mempertimbangkan karakteristik responden dan variabel variabelnya.

d. Bagi masyarakat atau keluarga

Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber informasi bagi para masyarakat khususnya orangtua dengan balita yang menderita ISPA.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Studi ini termasuk ruang lingkup ilmu kesehatan peminatan Keperawatan Anak. Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Grogol, Kecamatan Limo, Depok tahun 2017 pada 30 Mei - 7 Juni yang bertujuan untuk mengetahui hubungan kebiasaan merokok anggota keluarga dengan kejadian ISPA. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif observasional menganalisis variabel dengan rancangan *cross secsional*. Variabel dalam penelitian ini yaitu variabel dependen adalah kejadian ISPA dan variabel independen adalah kebiasaan merokok anggota keluarga. Data yang digunakan yaitu mengumpulkan data melalui observasi hasil kuisisioner. Pengolahan data menggunakan Microsoft Exel dan SPSS.