

Research Article

Hubungan kebijakan kawasan tanpa rokok dengan status merokok pada laki-laki di Indonesia: analisis lanjut Survei Indikator Kesehatan Indonesia (Sirkesnas) 2016

The relationship of non-smoking area policies to smoking status in men in Indonesia: further analysis of Indonesian Health Indicators Survey (Sirkesnas) 2016

Nur Aeni Amaliah¹

Abstract**Dikirim:**

5 Juni 2019

Diterbitkan:

25 Juli 2019

Objective: This study was conducted to analyze the Smoke-Free Area (SFA) policy, whether there is a relationship between smoking room restrictions and the smoking status of men in Indonesia. **Method:** A cross-sectional study design using 2016 National Health Indicator Survey (Sirkesnas) was used to assess the relationship between SFA policy, marital status, age, education level, type of work and residence (rural/urban) and smoking status of male population in Indonesia is ≥ 10 years old. The analysis uses quadratic analysis to assess the relationship between smoking status and non-smoking area policy, and logistic regression analysis to find out the variables that together influence the smoking status of men in Indonesia. This study did not analyze the implementation of policies in the district/city. **Results:** There is a relationship between SFA policy (OR: 1.11; 95% CI: 1.06-1.16), marital status (OR: 5.21; 95% CI: 4.95-5.49), age (OR: 11.80; 95% CI 11.02-12.63), education level (OR: 1.96; 95% CI: 1.79-2.15), type of work (OR: 8.94; 95% CI: 8.39-9.53), and residence (OR: 1.14; 95% CI: 1.09-1.20) with smoking status in men in Indonesia. The variables which mostly influence men's smoking status in Indonesia were SFA policy, marital status, age, education level, and type of work. **Conclusions:** SFA policies in districts/cities in Indonesia were related to smoking status in men in Indonesia. All regencies/cities must have an SFA policy and implement it, as a comprehensive tobacco control effort in Indonesia. The implementation of SFA policies in districts/cities needs to be increased so that the effects of suppressing smoking prevalence can be seen.

Keywords: non-smoking area policy; smoking status in Indonesia

¹Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada [Email: amaliah.nur@gmail.com]

PENDAHULUAN

Konsumsi tembakau di Indonesia mengalami peningkatan seiring dengan meningkatnya pendapatan rumah tangga, pertumbuhan penduduk, rendahnya harga rokok dan mekanisasi industri rokok [1]. Dampak negatif yang ditimbulkan akibat merokok tidak hanya merugikan kesehatan si perokok, namun juga orang lain yang terpapar asapnya. Menurut Institute for Health Metrics and Evaluation, kematian akibat penyakit tidak menular terbanyak dari tahun 2005 hingga 2016 di Indonesia disebabkan karena penyakit jantung iskemik, dan terbanyak kedua adalah penyakit serebrovaskuler atau stroke [2]. Penyakit-penyakit tersebut menimbulkan kerugian finansial karena beban biaya pengobatan yang tinggi.

Kebijakan KTR di Indonesia diamanatkan dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, sebagai upaya pengendalian dampak konsumsi rokok. Setelah itu, kewajiban pemerintah daerah dalam mewujudkan KTR juga dituliskan dalam Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan. Kawasan Tanpa Rokok menurut PP Nomor 109 Tahun 2012 adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau. Kawasan Tanpa Rokok yang dimaksud melingkupi: fasilitas pelayanan kesehatan; tempat proses belajar mengajar; tempat anak bermain; tempat ibadah; angkutan umum; tempat kerja; dan tempat umum serta tempat lain yang ditetapkan. Kewajiban penetapan KTR di daerah dapat dalam bentuk peraturan daerah, peraturan gubernur, peraturan bupati/ peraturan walikota, atau surat edaran kabupaten/kota.

Penelitian pada provinsi yang kabupaten/kotanya mempunyai kebijakan KTR, yaitu DI Yogyakarta dan Bali, dari tahun 2007 ke tahun 2013 menunjukkan adanya penurunan proporsi perokok dengan kategori setiap hari dan kadang-kadang. Tetapi pada provinsi DKI Jakarta dan Sulawesi Barat dengan tren tahun yang sama menunjukkan peningkatan proporsi perokok kategori setiap hari [3]. Penelitian di Amerika Serikat menunjukkan bahwa intervensi penerapan KTR dapat mengurangi sekitar 29% konsumsi rokok karyawan di 20 tempat kerja. Hasil intervensi penerapan KTR dalam penelitian tersebut menunjukkan adanya perubahan signifikan pada pengetahuan dan sikap pada perokok, namun perilaku merokok tidak berubah secara signifikan [4]. Penelitian-penelitian tersebut membuktikan bahwa ada variasi pengaruh yang kuat dan lemah dari kebijakan KTR dalam rangka menekan konsumsi rokok.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2013 tentang Peta Jalan Pengendalian Dampak Konsumsi Rokok Bagi Kesehatan, menyebutkan salah satu target

yang akan dicapai tahun 2019 adalah semua kabupaten dan kota memiliki dan menerapkan perda/kebijakan KTR dan melaksanakannya. Namun pada bulan April 2018 berdasarkan data dari Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Kemenkes, kebijakan KTR baru disahkan oleh sekitar 32,30% kabupaten/kota dalam bentuk peraturan daerah kabupaten/kota.

Salah satu tujuan penetapan KTR adalah menurunkan angka perokok dan mencegah perokok pemula [5]. Permenkes RI Nomor 40 Tahun 2013 menyebutkan target pengendalian dampak konsumsi rokok bagi kesehatan adalah prevalensi perokok rata-rata menurun sebesar 1% per tahun, dimulai sejak tahun 2015 hingga 2019. Namun target ini dirasa cukup berat dicapai karena melihat tren prevalensi merokok tahun-tahun sebelumnya justru mengalami kenaikan. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan angka prevalensi perokok aktif penduduk usia lebih dari 15 tahun adalah 36,30 persen, lebih banyak daripada tahun 2007 yang mencapai 34,20%, dan tahun 2010 sebesar 34,70% [6]. Perokok di Indonesia sebagian besar didominasi oleh laki-laki, dibuktikan dengan data Riskesdas 2013 yang mencapai 64,9%. Oleh karena itu, peneliti ingin mengetahui bagaimana efek kebijakan KTR terhadap status merokok pada laki-laki di Indonesia.

Status merokok merupakan salah satu dari beberapa perilaku seseorang, jika dikaitkan dengan teori Lawrence Green dalam Maulana (2007) dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat. Penelitian ini akan meneliti faktor predisposisi dari merokok yang dapat dilihat dari kondisi sosio-demografisnya. Faktor sosio demografis yang akan diteliti adalah status perkawinan, umur, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, dan tempat tinggal (kota/desa) [7]. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa faktor sosio-demografis berpengaruh besar bagi status merokok seseorang.

Target menurunkan prevalensi merokok melalui pengendalian dampak konsumsi rokok belum sepenuhnya berbasis bukti. Selain itu, kebijakan KTR sebagai salah satu bagian dari pengendalian dampak konsumsi tembakau belum dilakukan evaluasi secara nasional. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk menganalisis kebijakan KTR, apakah ada hubungan pembatasan ruang merokok dengan status merokok pada laki-laki di Indonesia. Kebijakan penetapan KTR dari pusat ke kabupaten dan kota apakah sudah efektif mencapai tujuan yaitu menurunkan angka merokok. Kebijakan KTR di kabupaten/kota diteliti bersama dengan faktor sosio-demografis untuk mengetahui hubungannya dengan status merokok.

METODE

Penelitian ini menggunakan data Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas) tahun 2016 yang

dirancang *cross sectional*. Ketersediaan data Sirkesnas 2016 mewakili nasional di tingkat komunitas (*community based*), puskesmas dan dinas kesehatan kabupaten/kota (*facility based*). Pengambilan data Sirkesnas telah dilaksanakan pada bulan Mei-Juni tahun 2016 dengan lokasi mewakili seluruh provinsi, di 264 kabupaten/kota. Populasi dari Sirkesnas 2016 adalah seluruh rumah tangga yang berada di Indonesia. Sampel Sirkesnas 2016 adalah rumah tangga yang mempunyai anak 0 – 59 bulan (rumah tangga *eligible*) terpilih. Sampel rumah tangga yang terkumpul setelah pelaksanaan survei adalah 97.986 individu dan 19.003 balita dengan total 116.989 orang. Sampel pada penelitian ini adalah laki-laki berusia lebih dari atau sama dengan 10 tahun dan telah dilakukan pembersihan outliers, sehingga diperoleh sampel 31.572 orang.

Variabel terikat adalah pada penduduk usia ≥ 10 tahun, yaitu mereka yang mengkonsumsi tembakau dengan metode hisap, kunyah, atau menggunakan alat elektrik (rokok elektrik) dalam sebulan terakhir dihitung sejak wawancara. Kategorinya tidak merokok (sebelumnya pernah merokok tiap hari/kadang-kadang/tidak merokok sama sekali) dan merokok (perokok tiap hari/kadang-kadang). Variabel bebas penelitian ini adalah kebijakan KTR, status perkawinan (menikah, tidak menikah), umur, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, dan tempat tinggal (perkotaan, pedesaan). Variabel kebijakan KTR terdiri dari dua kategori yaitu menerapkan KTR dan tidak. Kabupaten/kota yang memiliki kebijakan KTR diterapkan di salah satu atau lebih di 7 tempat yang telah ditentukan oleh Kemenkes. Tujuh tempat itu adalah tempat kerja, tempat proses belajar mengajar (sekolah/kampus), fasilitas pelayanan kesehatan, tempat anak bermain, tempat ibadah, tempat umum (mall, hotel, dll), dan angkutan umum. Umur dikategorikan menjadi empat, sesuai dengan pendekatan siklus hidup yaitu remaja (10-19 tahun), dewasa (20-44 tahun), pra lanjut usia (45-59 tahun), dan lanjut usia (≥ 60 tahun). Tingkat pendidikan yaitu tinggi (lulus perguruan tinggi), menengah (lulus SLTA/MA dan SLTP/MTS), dan rendah (lulus SD/MI, tidak lulus SD/MI dan tidak sekolah). Pekerjaan ada 4 kategori, yaitu pegawai negeri/pegawai swasta, petani/ nelayan/ buruh, wiraswasta dan lainnya, dan kategori tidak bekerja dengan yang masih sekolah.

Data tempat penerapan KTR berdasarkan catatan yang ada di dinas kesehatan kabupaten/kota, tanpa melakukan observasi. Implementasi kebijakan KTR di kabupaten/kota tidak dianalisis karena keterbatasan data. Kebijakan KTR dalam bentuk perda, atau pergub, atau peraturan bupati/walikota, atau surat edaran bupati/walikota. Sumber data adalah Dinkes kab/kota dengan menunjukkan dokumen.

Analisis statistik dilakukan dengan bantuan program STATA versi 13. Regresi logistik berganda dilakukan dalam analisis multivariabel untuk mengetahui hubungan dua

atau lebih variabel bebas terhadap satu variabel terikat dengan melihat nilai odds ratio (OR) dan confidence interval (CI) 95%. Semua variabel bebas dianalisis secara bersamaan setelah melalui uji chi squares dengan CI 95%.

HASIL

Prevalensi merokok pada laki-laki di Indonesia bervariasi berdasarkan status perkawinan, umur, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, dan tempat tinggal (tabel 1). Hasil analisis kai kuadrat menunjukkan bahwa semua variabel bebas memiliki hubungan dengan status merokok. Peluang laki-laki menjadi perokok sedikit lebih besar terjadi pada orang yang tinggal di kabupaten/kota tanpa ada kebijakan KTR, yaitu 1,11 kali dibandingkan mereka yang tinggal di kabupaten/kota dengan kebijakan KTR. Dibandingkan laki-laki yang tidak menikah, peluang mereka yang menikah untuk menjadi perokok 5,27 kali lebih besar.

Sementara itu, laki-laki kelompok usia dewasa memiliki peluang paling besar untuk merokok diantara kelompok usia lainnya, yaitu 11,80 kali lebih besar dibandingkan remaja. Faktor lain yang signifikan berhubungan dengan status merokok adalah tingkat pendidikan. Laki-laki dengan tingkat pendidikan menengah memiliki peluang menjadi perokok 1,96 kali lebih besar dibandingkan orang yang berpendidikan tinggi. Temuan pada faktor lain menunjukkan bahwa laki-laki yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh memiliki peluang untuk melakukan kebiasaan merokok 1,97 kali lebih besar dibanding pegawai negeri/swasta. Laki-laki yang tidak bekerja atau masih dalam status sekolah dapat menghambat peluang dia untuk menjadi perokok. Tinggal di pedesaan memiliki peluang sedikit lebih tinggi untuk merokok, yaitu 1,14 kali lebih besar dibandingkan dengan laki-laki yang tinggal di perkotaan.

Seluruh variabel yang dianalisis dengan kai kuadrat memiliki tingkat kemaknaan $p < 0,25$ sehingga semuanya dianalisis regresi logistik. Hasil analisis regresi logistik berganda penelitian ini melihat ukuran risiko dalam bentuk nilai OR dengan tingkat kepercayaan 95% dan tingkat kemaknaan $p < 0,05$. Pemodelan pertama regresi logistik adalah dengan menganalisis semua variabel bebas dengan variabel terikat. Model 2 didapatkan berdasarkan hasil analisis model 1 dengan mengeliminasi variabel yang memiliki nilai $p > 0,05$ (tidak signifikan) dan paling besar. Variabel yang dieliminasi pada tahap pertama dari model 1 adalah tempat tinggal. Begitu pula model 3, diperoleh dari hasil analisis model 2 dengan mengeliminasi variabel status perkawinan. Hasil akhir pada model 3 semua variabel bebas signifikan secara statistik bersama-sama berhubungan dengan status merokok. Tabel 2 menyajikan hasil analisis regresi logistik berganda dari ketiga model tersebut.

Pemilihan model terbaik dapat menggunakan Bayesian Information Criterion (BIC). Model terbaik

Tabel 1. Hubungan Faktor Penguat dan Predisposisi dengan Status Merokok pada Laki-laki di Indonesia

Variabel	Status Merokok		□ ²	<i>p</i> -value	OR (95% CI)
	Merokok n (%)	Tidak Merokok n (%)			
Kebijakan KTR					
Ada kebijakan KTR dan menerapkan	9.483 (29,83)	7.581 (23,84)	21,831	<0,001	1
Tidak ada kebijakan KTR	8.570 (26,95)	6.161 (19,38)			
Status perkawinan					
Tidak menikah	2.956 (9,30)	6.892 (21,83)	3917,187	<0,001	1
Menikah	15.097 (47,48)	6.732 (21,32)			
Umur					
Remaja	1.336 (4,20)	6.079 (19,12)	5053,571	<0,001	11,80 (11,02-12,63)
Dewasa	12.301 (38,69)	4.745 (14,92)			
Pra lanjut usia	3.281 (10,32)	1.844 (5,80)	2485,008	<0,001	8,10 (7,46-8,79)
Lanjut usia	1.135 (3,57)	1.074 (3,38)			
Tingkat pendidikan					
Tinggi	1.110 (3,49)	1.199 (3,77)	224,123	<0,001	1,96 (1,79-2,15)
Menengah	9.391 (29,54)	5.163 (16,24)			
Rendah	7.552 (23,75)	7.380 (23,21)	5,010	0,025	1,11 (1,01-1,21)
Jenis pekerjaan					
Tidak bekerja dan masih sekolah	2.279 (7,17)	6.893 (21,68)	1654,350	<0,001	4,59 (4,26-4,93)
Pegawai negeri/swasta	3.076 (9,67)	2.029 (6,38)			
Petani/Nelayan/Buruh	8.280 (26,04)	2.800 (8,81)	4521,138	<0,001	8,94 (8,39-9,53)
Wiraswasta dan lainnya	4.418 (13,90)	2.020 (6,35)			
Tempat tinggal					
Perkotaan	7.816 (24,58)	6.408 (20,15)	35,109	<0,001	1
Perdesaan	10.237 (32,20)	7.334 (23,07)			

Sumber: analisis data Sirkesnas 2016

adalah yang memiliki BIC paling rendah diantara model lain, sehingga model 3 adalah model yang terbaik dalam penelitian ini. Berdasarkan seleksi dari uji statistik, variabel status perkawinan pada model 2 nilainya tidak signifikan dan dikeluarkan dari pemodelan. Namun secara teori dan klinis, variabel status perkawinan merupakan faktor yang penting dalam mempengaruhi seorang laki-laki menjadi perokok atau tidak. Oleh karena itu, variabel yang secara bersama-sama menjadi faktor risiko laki-laki menjadi perokok adalah kebijakan KTR, status perkawinan, umur, tingkat pendidikan, dan tempat tinggal. Model dalam analisis multivariabel pada model 3 memiliki R^2 sebesar 0,1757. Artinya, bahwa kebijakan KTR, umur, tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan dapat memprediksi seorang laki-laki untuk menjadi merokok sebesar 17,57%, sedangkan 82,43% status merokok pada laki-laki dipengaruhi oleh faktor lain.

BAHASAN

Variabel yang paling berpengaruh terhadap status merokok pada laki-laki secara berturut-turut dari nilai OR yang paling tinggi adalah usia dewasa, tingkat pendidikan menengah, pekerjaan utamanya sebagai petani/nelayan/buruh dan di kabupaten/kotanya terdapat kebijakan KTR. Artinya, laki-laki dewasa (20-44 tahun) lulusan SLTP atau SLTA yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh dan di kabupaten/kotanya tidak terdapat kebijakan KTR akan memiliki peluang lebih tinggi untuk menjadi perokok.

Hasil analisis berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa status perkawinan dan tempat tinggal tidak berhubungan secara statistik. Status perkawinan dan tempat tinggal kemungkinan telah terpengaruh oleh variabel bebas lainnya saat dianalisis secara bersamaan. Berbeda dengan penelitian di Luxembourg, orang yang tidak menikah memiliki peluang untuk merokok dibandingkan yang menikah [8].

Kebijakan KTR di kabupaten/kota telah terbukti berhubungan dengan status merokok, artinya, jika dalam suatu kabupaten/kota terdapat minimal satu jenis kebijakan KTR, maka dapat menghambat seorang laki-laki menjadi perokok aktif. Himbauan penyediaan kawasan tanpa rokok untuk kabupaten/kota dimulai pada tahun 2009 berdasarkan UU RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, sedangkan pada tahun 2016, kabupaten/kota yang dijadikan sampel pada penelitian ini belum seluruhnya memiliki kebijakan KTR. Sudah selayaknya seluruh kabupaten/kota diwajibkan memiliki kebijakan KTR dalam waktu yang ditentukan agar angka merokok memungkinkan untuk ditekan secepatnya.

Penelitian Hahn et al. (2008) dan Fong et al., (2006) membuktikan bahwa kebijakan KTR dapat secara positif mempengaruhi perokok saat ini dan orang yang berisiko memulai merokok [9,10]. Penelitian Hahn et al. (2008) menunjukkan adanya penurunan prevalensi perokok aktif dalam waktu kurang lebih 10 tahun setelah penerapan kebijakan KTR di lingkungan rumah, tempat kerja, transportasi umum dan tempat lain yang ditentukan [9].

Tabel 2. Analisis Multivariabel hubungan Hubungan Faktor Penguat dan Predisposisi dengan status merokok laki-laki di Indonesia

Variabel	Model 1			Model 2			Model 3		
	Koef.	OR (95% CI)	P value	Koef.	OR (95% CI)	P value	Koef.	OR (95% CI)	P value
Kebijakan KTR									
Ada dan menerapkan		1			1			1	
Tidak ada	0,12	1,13 (1,07-1,19)	<0,001	0,12	1,13 (1,08-1,19)	<0,001	0,12	1,13 (1,08-1,19)	<0,001
Status perkawinan									
Tidak menikah		1			1			-	
Menikah	0,08	1,09 (0,99-1,19)	0,079	0,08	1,09 (0,99-1,19)	0,077			
Umur									
Remaja		1			1			1	
Dewasa	1,87	6,47 (5,77-7,25)	<0,001	1,87	6,46 (5,76-7,24)	<0,001	1,91	6,77 (6,11-7,49)	<0,001
		4,11 (3,62-4,67)			4,10 (3,61-4,66)			4,32 (3,87-4,84)	
Pra lanjut usia	1,41	2,90 (2,55-3,31)	<0,001	1,41	2,89 (2,54-3,30)	<0,001	1,47	3,05 (2,71-3,43)	<0,001
Lanjut usia	1,07		<0,001	1,06		<0,001	1,11		<0,001
Tingkat pendidikan									
Tinggi		1			1			1	
Menengah	0,80	2,23 (2,02-2,45)	<0,001	0,80	2,23 (2,03-2,45)	<0,001	0,80	2,22 (2,02-2,45)	<0,001
		1,93 (1,74-2,15)			1,94 (1,75-2,16)			1,94 (1,74-2,15)	
Rendah	0,66		<0,001	0,66		<0,001	0,66		<0,001
Jenis pekerjaan									
Tidak bekerja dan masih sekolah	0,36	1,43 (1,28-1,59)	<0,001	0,35	1,42 (1,27-1,58)	<0,001	0,38	1,46 (1,32-1,62)	<0,001
Pegawai negeri/swasta		2,60 (2,35-2,86)			2,61 (2,37-2,88)			2,69 (2,45-2,95)	
	0,95	1,85 (1,67-2,05)	<0,001	0,96	1,85 (1,67-2,05)	<0,001	0,99	1,90 (1,73-2,10)	<0,001
Petani/Nelayan/Buruh	0,62		<0,001	0,61		<0,001	0,64		<0,001
Wiraswasta dan lainnya									
Tempat tinggal									
Perdesaan		1			□			□	
Perkotaan	0,03	1,03 (0,97-1,09)	0,328						
Jumlah Variabel									
		6			5			4	
R²		0,1758			0,1757			0,1757	
BIC		35971,37			35961,96			35954,71	

Sumber: Analisis Data Sirkesnas 2016

Strategi kebijakan dan alternatif solusi dalam peningkatan efektifitas penerapan kebijakan kawasan tanpa rokok di Indonesia adalah sebagai berikut:

Pengawasan untuk Pemerintah Kabupaten/Kota di Indonesia

Pemerintah pusat telah mewajibkan kabupaten/kota memiliki kebijakan KTR, namun tidak ada sanksi bagi daerah yang belum memiliki dan menerapkannya. Beberapa dasar hukum di Indonesia terbatas pada menghimbau kebijakan KTR di daerah, tidak mencantumkan sanksi yang tertulis. Contohnya, pada UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 115 ayat 2 menyebutkan bahwa pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya. Selanjutnya, pada Pasal 199 menyebutkan sanksi denda ditujukan kepada individu yang melanggar kawasan tanpa rokok, bukan kepada pemerintah daerah yang tidak mengesahkan dan menerapkan kebijakan KTR.

Ketentuan lebih lanjut mengenai pengamanan zat aditif merokok diatur dalam peraturan pemerintah. Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang

pengamanan produk tembakau merupakan peraturan turunan dari amanah UU Nomor 36 tentang Kesehatan hal kawasan tanpa rokok. Upaya pengawasan kawasan tanpa rokok yang tercantum dalam peraturan pemerintah tersebut hanya mencantumkan sanksi dalam hal iklan, sponsor, bahan tambahan pada rokok, ekspor/ impor, peringatan bahaya tembakau, jumlah batang per kemasan, dan pencantuman informasi kandungan nikotin dan tar. Semuanya ditujukan bagi produsen atau pengusaha bidang pertembakauan, tidak ada sanksi bagi pemerintah daerah yang tidak memiliki dan menerapkan kebijakan kawasan tanpa rokok.

Pemerintah pusat dapat memberikan batas waktu maksimal bagi pemerintah kabupaten/kota untuk mengesahkan dan menerapkan kebijakan KTR. Daerah yang belum memiliki kebijakan KTR biasanya terkait dengan keberadaan pertanian tembakau dan organisasi yang pro tembakau. Daerah-daerah yang mengalami kesulitan dalam penyusunan kebijakan KTR terkait dengan adanya pihak-pihak yang tidak setuju dengan adanya KTR, sudah seharusnya diberikan bantuan hukum dari pemerintah pusat. Jika dinilai tidak ada upaya dari

pemerintah daerah dalam mewujudkan KTR, maka pemerintah pusat dapat memberikan sanksi-sanksi yang sesuai.

Regulasi di Indonesia

Dukungan regulasi untuk menekan prevalensi merokok diantaranya yaitu Indonesia perlu segera meratifikasi Framework Convention on Tobacco Control (FCTC); pemberian jangka waktu maksimal untuk kabupaten/kota membentuk dan menerapkan kebijakan KTR dalam bentuk perda atau yang setara; sanksi bagi daerah yang tidak mengesahkan dan menerapkan kawasan tanpa rokok dalam kurun waktu tertentu; dan pelaksanaan pemberian sanksi yang konkrit bagi penyedia lapangan pekerjaan atau pengelola tempat umum yang tidak menerapkan KTR, serta sanksi bagi individu yang melakukan pelanggaran.

Kebijakan kawasan tanpa rokok seharusnya diberlakukan secara total pada seluruh tempat umum (ada 7 tempat), sesuai yang diatur dalam peraturan bersama Menkes dan Mendagri nomor 188 tahun 2011 dan nomor 7 tahun 2011 tentang pedoman pengembangan KTR. Sejak tanggal 24 Juni 2014 semua rokok yang dijual harus mencantumkan satu dari lima pilihan gambar peringatan kesehatan, hal ini perlu didukung dengan upaya-upaya lain dari pemerintah jika tujuannya menekan angka merokok. Kebijakan total mengenai KTR di daerah juga termasuk dengan pelarangan secara total untuk iklan rokok dan sponsor kegiatan dari rokok, serta melarang penjualan rokok secara eceran di warung-warung.

Kerja Sama Sektor Terkait

Studi di Kamboja mengemukakan bahwa pengeluaran untuk tembakau mengurangi pengeluaran untuk pendidikan dan pakaian di tingkat nasional, serta pengeluaran untuk makanan di kalangan masyarakat berpenghasilan menengah ke bawah [11]. Upaya promosi kesehatan kedepannya dapat menggunakan pola pikir keuntungan ekonomi jika dalam satu rumah tangga tidak ada yang merokok. Promosi kesehatan ini dapat dilakukan oleh tenaga promosi kesehatan dari Puskesmas, tenaga pengajar di sekolah-sekolah, hingga kader kesehatan di desa-desa atau kelurahan. Pada pendidikan pra nikah juga perlu dihimbau agar ada materi pemahaman mengenai bahaya konsumsi rokok bagi keluarga, baik kerugian ekonomi maupun kerugian kesehatan.

Kerja sama dengan sektor pendidikan telah diketahui banyak dilakukan dengan sekolah-sekolah. Namun di dalamnya perlu ditajamkan lagi hal-hal yang perlu dilakukan sektor pendidikan dalam mendukung kebijakan pengendalian tembakau. Salah satu upaya yang belum banyak dilakukan adalah memasukkan promosi hidup sehat tanpa tembakau sebagai materi dalam mata pelajaran di sekolah-sekolah dasar dan lanjutan. Pemberian pemahaman dengan metode pembelajaran dapat lebih

berarti dibandingkan hanya dengan memberikan hukuman bagi siswa/siswi yang diketahui merokok.

Sebagai bentuk dukungan kebijakan yang baik, layanan yang tepat untuk membantu konsumen tembakau berhenti menjadi penting untuk memperbanyak penurunan merokok [12]. Pendekatan ini perlu dirancang untuk mengatasi karakteristik tertentu pada kelompok yang rentan merokok. Salah satu contoh yang sudah ada di beberapa propinsi di Indonesia adalah fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun rujukan tingkat lanjut yang menyediakan layanan berhenti merokok. Setiap kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan KTR sebaiknya menyediakan layanan serupa di fasilitas kesehatan, minimal di tingkat pertama.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penduduk di pedesaan lebih rentan menjadi perokok, maka perlu ada intervensi. Salah satunya dengan mengambil contoh layanan berhenti merokok di Puskesmas, maka layanan dapat dilakukan di tingkat desa. Pengorganisasiannya dibantu oleh tenaga bidan atau relawan yang telah memahami cara-cara membantu seseorang berhenti merokok. Mereka juga harus berkontribusi dalam sosialisasi mengenai KTR di pedesaan. Penganggarannya juga dapat memanfaatkan dana desa yang ada saat ini. Masyarakat dapat menetapkan rumahnya sebagai rumah bebas dari asap rokok. Kelompok tani, kelompok nelayan dan serikat pekerja sudah seharusnya berperan dalam upaya-upaya promotif dan preventif kesehatan. Konsep kerugian ekonomi dapat dijadikan sebagai alasan agar mereka bersedia turut dalam upaya pencegahan penyakit bagi para anggotanya. Upaya promosi kesehatan dapat dilakukan di setiap pertemuan-pertemuan kelompok mereka.

Menumbuhkan Minat Kerja Sama dari Masyarakat

Kebijakan kawasan tanpa rokok yang didukung oleh publik dan pemegang kebijakan, terutama setelah implementasi, maka kebutuhannya akan tinggi. Syaratnya dengan melalui penegakan yang baik dan pemenuhan infrastruktur yang diperlukan [13]. Minat kerja sama dari masyarakat juga akan tumbuh jika dari awal penyusunan kebijakan KTR daerah dibentuk, masyarakat dilibatkan secara langsung.

Kabupaten/kota yang belum memiliki kebijakan KTR dapat melibatkan masyarakat dalam penyusunannya. Motivasi masyarakat dapat mendorong dibentuknya kebijakan KTR, selain itu keberadaan kelompok masyarakat pemerhati rokok dan budaya juga mendukung proses penyusunan kebijakan KTR. Birokrasi yang terbuka memudahkan masyarakat menemui para pengambil kebijakan di kantor untuk menyampaikan aspirasinya, tentu diimbangi dengan responsivitas para pengambil kebijakan [14].

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa laki-laki kelompok usia ≥ 20 tahun berpeluang untuk merokok dibanding kelompok usia remaja. Padahal, pada perokok

laki-laki usia dewasa yang berkeluarga dan memiliki anak yang satu rumah dengannya sangat rentan memberikan peluang bagi anaknya untuk merokok juga. Status merokok remaja di Selandia Baru berhubungan positif dengan tinggal bersama perokok di rumah dan jumlah uang saku [15]. Perilaku orang tua merupakan penentu merokok pada remaja. Upaya-upaya yang ditargetkan untuk orang tua harus dilakukan, misalnya promosi kesehatan kepada orang tua tentang manfaat larangan merokok di dalam rumah, membatasi uang saku anak, dan tidak menyediakan atau bahkan memperlihatkan rokok kepada anak-anak mereka.

Dukungan Anggaran

Pemerintah dalam menjalankan sistem kesehatan memang lebih cenderung pada kuratif dan rehabilitatif. Ini berdampak pada alokasi anggaran untuk promosi kesehatan, salah satunya dalam membentuk kawasan tanpa rokok dan upaya promosi kesehatan berkaitan dengan bahaya rokok. Padahal, telah banyak juga penelitian yang menyatakan bahwa ada kerugian negara yang tidak sedikit untuk pengobatan penyakit akibat merokok yang semakin hari semakin bertambah.

Dukungan anggaran dari pemerintah dapat berupa penyediaan ruang untuk merokok, pelaksanaan pengawasan di ruang umum dan promosi kesehatan. Pemerintah daerah kabupaten/kota berdasarkan PP Nomor 109 Tahun 2012 telah dihimbau untuk menyediakan tempat khusus untuk merokok di tempat kerja, tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan. Tempat khusus untuk merokok harus berupa ruang terbuka yang berhubungan langsung dengan udara luar. Tempat umum yang dikelola BUMN atau swasta agar turut menyediakan anggaran untuk pelaksanaan KTR di tempat-tempat yang dikelolanya.

Kekhawatiran pemerintah daerah dalam menerapkan kebijakan KTR salah satunya adalah mengurangi pemasukan dari industri rokok, misalnya dari pajak pemasangan iklan dan sponsor kegiatan. Ada paradigma dari kelompok yang tidak mendukung kebijakan KTR beralasan bahwa hasil pajak dan dana pengabdian masyarakat (Corporate social responsibility-CSR) dari industri tembakau sangat menguntungkan masyarakat dan pemerintah. Namun, telah banyak juga bukti dari

beberapa penelitian bahwa besarnya keuntungan yang didapat dari industri rokok tidak sebanding dengan kerugiannya. Sebuah studi sistematis menyatakan bahwa dampak ekonomi dari kebijakan KTR di industri perhotelan pada umumnya lemah [13]. Oleh karena itu, pemerintah daerah perlu mempertimbangkan manfaat dari penerapan kebijakan KTR dibandingkan dengan kerugian-kerugian jangka panjang jika tidak menerapkannya.

Kekuatan penelitian ini adalah data yang digunakan bersumber dari Sirkesnas 2016 dengan mengambil responden umur mulai dari 10 tahun. Rentang kelompok umur dalam penelitian ini lebih muda karena perokok pemula pada usia kurang dari 12 tahun kemungkinannya besar untuk menjadi perokok aktif di masa dewasa [16]. Variabel kebijakan KTR juga ada dalam data Sirkesnas, dimana tidak didapatkan dalam survei kesehatan skala nasional lainnya.

Penelitian ini sangat memungkinkan adanya interaksi penyakit yang berkaitan dengan merokok seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung dan penyakit tidak menular lainnya, namun data tersebut tidak ada dalam kuesioner Sirkesnas 2016, data hipertensi hanya dilakukan pengukuran pada individu berusia lebih dari 18 tahun.

SIMPULAN DAN SARAN

Kebijakan KTR di kabupaten/kota berhubungan dengan status merokok pada laki-laki di Indonesia. Seluruh kabupaten/kota harus memiliki kebijakan KTR dan menerapkannya, sebagai bagian dari upaya pengendalian tembakau yang komprehensif di Indonesia. Implementasi kebijakan KTR di kabupaten/kota perlu ditingkatkan agar efek dalam menekan prevalensi merokok dapat terlihat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih untuk Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian RI yang telah memberikan izin penggunaan data Sirkesnas tahun 2016.

Abstrak

Tujuan: Salah satu tujuan penetapan KTR adalah menurunkan angka perokok dan mencegah perokok pemula. Prevalensi perokok setiap hari pada laki-laki di Indonesia tahun 2013 mencapai 64,9%, jauh lebih tinggi dibanding dengan perempuan (2,1%). Pelaksanaan program pengendalian tembakau yang komprehensif dapat mengurangi prevalensi merokok, kematian dan biaya perawatan kesehatan. Kebijakan KTR sebagai salah satu bagian dari pengendalian dampak konsumsi tembakau belum dilakukan evaluasi secara nasional. Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis kebijakan KTR, apakah ada hubungannya antara pembatasan ruang merokok terhadap status merokok pada laki-laki di Indonesia. **Metode:** Penelitian dengan desain potong lintang menggunakan data Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas) tahun 2016 untuk menilai hubungan kebijakan KTR, status perkawinan, umur, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan dan tempat tinggal (pedesaan/perkotaan) dengan status merokok penduduk laki-laki di Indonesia umur ≥ 10 tahun. Analisis menggunakan kai kuadrat untuk menilai hubungan status merokok dengan kebijakan kawasan tanpa rokok, dan analisis regresi logistik untuk mengetahui variabel yang secara bersama-sama mempengaruhi status merokok laki-laki di Indonesia. Penelitian ini tidak menganalisis implementasi kebijakan di kabupaten/kota. **Hasil:** Ada hubungan antara kebijakan KTR (OR: 1,11; 95% CI: 1,06-1,16), status perkawinan (OR: 5,21; 95% CI: 4,95-5,49), umur (OR: 11,80; 95% CI 11,02-12,63), tingkat pendidikan (OR: 1,96; 95% CI: 1,79-2,15), jenis pekerjaan (OR:8,94; 95% CI: 8,39-9,53), dan tempat tinggal (OR: 1,14; 95% CI: 1,09-1,20) dengan status merokok pada laki-laki di Indonesia. Variabel yang paling mempengaruhi status merokok laki-laki di Indonesia adalah kebijakan KTR, status perkawinan, umur, tingkat pendidikan, dan jenis pekerjaan. **Simpulan:** Kebijakan KTR di kabupaten/kota di Indonesia berhubungan dengan status merokok pada laki-laki di Indonesia. Seluruh kabupaten/kota harus memiliki kebijakan KTR dan menerapkannya, sebagai upaya pengendalian tembakau yang komprehensif di Indonesia. Implementasi kebijakan KTR di kabupaten/kota perlu ditingkatkan agar efek dalam menekan prevalensi merokok dapat terlihat.

Kata kunci: kebijakan kawasan tanpa rokok; status merokok Indonesia

PUSTAKA

1. Ahsan A. Bunga Rampai Fakta Tembakau dan Permasalahannya di Indonesia Tahun 2012. 2012.
2. IHME. Institute for Health Metrics and Evaluation (Indonesia). In: Institute for Health Metrics and Evaluation (Indonesia) [Internet]. 2016 [cited 2018]. Available: <http://www.healthdata.org/indonesia>
3. Rahajeng E. PENGARUH PENERAPAN KAWASAN TANPA ROKOK TERHADAP PENURUNAN PROPORSI PEROKOK DI PROVINSI DKI JAKARTA, DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA DAN BALI. *Jurnal Ekologi Kesehatan*. 2016. doi:10.22435/jek.v14i3.4694.238-249
4. Najmah, Najmah N, Etrawati F, Yeni Y, Utama F. Studi Intervensi Klaster Kawasan Tanpa Rokok pada Tingkat Rumah Tangga. *Kesmas: National Public Health Journal*. 2015. p. 375. doi:10.21109/kesmas.v9i4.752
5. Kemenkes RI, Kemendagri. Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188/Menkes/PB/I/2011 dan Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok. 2011.
6. Kemenkes. Riskesdas dalam Angka Nasional Tahun 2013. 2013.
7. Maulana HDJ. Promosi Kesehatan. Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2007.
8. Tchicaya A, Lorentz N, Demarest S. Socioeconomic Inequalities in Smoking and Smoking Cessation Due to a Smoking Ban: General Population-Based Cross-Sectional Study in Luxembourg. *PLoS One*. 2016;11: e0153966.
9. Hahn EJ, Rayens MK, Butler KM, Zhang M, Durbin E, Steinke D. Smoke-free laws and adult smoking prevalence. *Preventive Medicine*. 2008. pp. 206–209. doi:10.1016/j.ypmed.2008.04.009
10. Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A, et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tob Control*. 2006;15 Suppl 3: iii51–8.
11. John RM, Ross H, Blecher E. Tobacco expenditure and its implications for household resource allocation in Cambodia. *Tobacco Control*. 2012. pp. 341–346. doi:10.1136/tc.2010.042598
12. Doogan NJ, Roberts ME, Wewers ME, Stanton CA, Keith DR, Gaalema DE, et al. A growing geographic disparity: Rural and urban cigarette smoking trends in the United States. *Preventive Medicine*. 2017. pp. 79–85. doi:10.1016/j.ypmed.2017.03.011
13. Edwards R, Thomson G, Wilson N, Waa A, Bullen C, O'Dea D, et al. After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new national smoke-free law in New Zealand. *Tobacco Control*. 2008. pp. e2–e2. doi:10.1136/tc.2007.020347

14. Nursihan AV. Analisis Partisipasi Masyarakat dalam Pembentukan Peraturan Daerah (Peraturan Daerah Kota Yogyakarta No.2 Tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok). Universitas Gadjah Mada. : 2018.
15. Scragg R, Laugesen M, Robinson E. Parental smoking and related behaviours influence adolescent tobacco smoking: results from the 2001 New Zealand national survey of 4th form students. *N Z Med J.* 2003;116: U707.
16. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, O'Loughlin J, Pbert L, Ockene JK, et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161: 704–710.