

PROFIL PEROKOK PADA TENAGA KESEHATAN DI RUMAH SAKIT JiWA PROVINSI BALI

Luh Nyoman Triwidayani Aryda¹, Luh Putu Ratna Sundari²

¹Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

²Bagian Faal, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

ABSTRAK

Beberapa studi sebelumnya menyebutkan banyak tenaga kesehatan yang menjadi perokok. Hal tersebut bertentangan dengan fakta bahwa tenaga kesehatan memiliki pengetahuan mengenai dampak buruk merokok terhadap kesehatan serta kecanduan nikotin. Aturan larangan merokok pada Kawasan Tanpa Rokok sudah jelas diatur oleh peraturan perundang-undangan. Studi ini bertujuan untuk mencari profil perokok dan pola konsumsi rokok pada tenaga kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. Studi ini merupakan studi deskriptif yang menggunakan pendekatan *cross-sectional* yang melibatkan 107 orang sebagai sampel dan dilaksanakan antara bulan Desember 2013-Januari 2014 di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. Pada penelitian ini didapatkan angka merokok pada petugas kesehatan sebesar 36,4%. 43,6% perokok berusia 31-40 tahun. 41,0% perokok mengenyam pendidikan SMA/SLTA/SMK/MA/Kejar Paket C/ sederajat. 51,3% perokok adalah tenaga umum. 41,0% perokok menyatakan alasan mulai merokok karena mencoba-coba. 43,6% perokok mengkonsumsi 6-10 batang rokok per hari. 74,4% perokok mengkonsumsi rokok jenis *cigarette*. 41,0% perokok merokok di pagi hari 60-180 menit setelah bangun pagi. 53,8% perokok merokok paling sering di rumah. 46,2% perokok menghabiskan Rp 45.001-Rp 75.000 untuk membeli rokok per minggu. 41,0% perokok menyatakan alasan ingin berhenti merokok karena takut dengan ancaman penyakit. Pada studi ini didapatkan prevalensi merokok pada tenaga kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali sebesar 36,4%. Mayoritas perokok berusia 31-40 tahun, mengenyam pendidikan SMA/SLTA/SMK/MA/Kejar Paket C/ sederajat, dan berprofesi sebagai tenaga umum. Mayoritas perokok menyatakan alasan mulai merokok karena mencoba-coba, mengkonsumsi 6-10 batang rokok per hari, mengkonsumsi rokok jenis *cigarette*, dan merokok di pagi hari 60-180 menit setelah bangun pagi. Mayoritas perokok merokok paling sering di rumah, menghabiskan Rp 45.001-Rp 75.000 untuk membeli rokok per minggu, dan menyatakan alasan ingin berhenti merokok karena takut dengan ancaman penyakit.

Kata kunci: *perokok, tenaga kesehatan, pola konsumsi*

SMOKERS' PROFILE AMONG HEALTH-CARE WORKERS IN BALI MENTAL HOSPITAL

ABSTRACT

Many previous studies say that many health-care workers are smokers. This phenomenon is contrary to the fact that health-care workers have knowledge about bad effects of smoking for health and nicotine dependency. Anti-smoking regulation has been established especially in Smoke-Free Area. To determine the prevalence and smoking habits characteristics of health-care workers in Bali Mental Hospital. This study was cross-sectional descriptive study that uses 107 samples in Bali Mental Hospital held between Desember 2013-January 2014. The smoking prevalence among health-care workers was 36.4%. A large proportion of the smokers were aged 31-40 years (43.6%). 41.0% smokers' education level was senior high school. 51.3% of smokers were administrative personnels. The most common response (41.0%) reported as a reason for smoking was only trying at first. 43.6% of smokers smoked between 6-10 cigarettes per day. Mostly the type of tobacco consumed were cigarettes (74.4%). 41,0% of smokers enjoy the first cigarette 60-180 minutes after waking up. 53.8% of smokers smoked at home. The smokers spent about Rp 45,001-Rp 75,000 a week on cigarettes. The main motive to stop smoking was fear of illness (41.0%). In this study we found the smoking prevalence among health-care workers in Bali Mental Hospital was 36.4%. The majority of smokers were aged 31-40 years, senior high school level, and administrative staffs. The smokers smoked between 6-10 cigarettes per day, consumed cigarettes, and enjoy the first cigarette 60-180 minutes after waking up. The smokers smoked at home, spent about Rp 45,001-Rp 75,000 a week on cigarettes, and the main motive to stop smoking was fear of illness.

Keywords: *smokers, health-care workers, smoking characteristics.*

PENDAHULUAN

Perilaku konsumsi rokok telah menjadi beban dunia saat ini. Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO) diperkirakan angka kematian akibat rokok mencapai 4,9 juta per tahun.¹ Merokok meningkatkan risiko kematian akibat kanker paru, kanker saluran cerna bagian atas, penyakit jantung, stroke, penyakit saluran pernapasan kronis, dan lainnya. Mayoritas angka kematian tinggi terjadi di negara berkembang.¹

Pada tahun 2013 perokok di Inggris setidaknya menghabiskan £2.900 untuk membeli rokok setiap tahunnya. Laporan dari *Policy Exchange* di tahun 2010 menyatakan pengeluaran sampai £13,74 miliar yang meliputi biaya pengobatan, peningkatan absen kerja, penurunan produktivitas, pembersihan puntung rokok, kebakaran, penurunan pendapatan akibat perokok yang meninggal dunia, dan perokok pasif.²

Merokok sebenarnya adalah penyebab kematian tertinggi yang bisa dicegah.³

pemerintah mengatur larangan merokok di area fasilitas kesehatan dan pendidikan serta transportasi umum.⁴

Tenaga kesehatan meliputi dokter, dokter spesialis, perawat, dokter gigi, psikolog, apoteker, ahli gizi, rekam medis, analis, tenaga umum, dan lainnya yang terutama berinteraksi langsung dengan pasien di tempat pelayanan kesehatan memiliki peran penting dalam identifikasi, penilaian serta penanganan ketergantungan rokok. Status merokok tenaga kesehatan itu sendiri sangat menentukan kemampuannya berbicara tentang rokok serta bahayanya terhadap kesehatan.⁵ Tenaga kesehatan memegang peranan penting dalam pencegahan penggunaan rokok karena mereka berfungsi sebagai *role model* di masyarakat.⁶

Berdasarkan hasil studi di Universitas Toledo, secara jelas disimpulkan bahwa perokok pada tenaga kesehatan masih ada walaupun kenyataannya tenaga kesehatan tersebut mendapatkan ilmu mengenai dampak buruk merokok terhadap kesehatan serta kecanduan nikotin.⁷ Tenaga kesehatan terlihat kurang menunjukkan keterlibatan dan komitmennya pada program kontrol rokok.⁴

WHO telah membuat komitmen yang mewajibkan anggotanya tidak merokok sebagai *role model* di masyarakat dalam menjunjung budaya bebas rokok.⁴ Tapi tetap saja beberapa dari tenaga kesehatan melanjutkan kebiasaan merokoknya.^{5,8}

Merokok juga telah menjadi budaya pada pelayanan khusus jiwa selama dekade terakhir. Rokok telah digunakan sebagai alat bantu manajemen pasien oleh staf, meningkatkan hubungan antara pasien dan staf rumah sakit, bernegosiasi dan mematuhi nasehat dokter, agar patuh meminum obat, atau untuk menangani perilaku pasien saat fase akut. Hal ini tentu melanggar peraturan yang berlaku dan bertolak belakang dengan peran dan fungsi tenaga kesehatan dalam usaha pemberantasan merokok.⁹

Berdasarkan kondisi tersebut, peneliti terdorong untuk melakukan suatu studi deskriptif untuk mencari profil dan pola konsumsi rokok pada tenaga kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.

BAHAN DAN METODE

Studi deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional* ini bertujuan untuk mencari

profil perokok dan pola konsumsi rokok pada tenaga kesehatan yang dilaksanakan antara bulan Desember 2013-Januari 2014 di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. Populasi penelitian ini adalah seluruh pegawai tenaga kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. Besar sampel yang diteliti ditentukan berdasarkan formula Stanley Lameshow dimana didapatkan besar sampel 107 orang. Pengambilan sampel didasarkan pada teknik purposive yakni memilih sampel berdasarkan subjek yang ditemui di lokasi penelitian. Penelitian menggunakan kuesioner teradministrasi yang berisikan 25 pertanyaan mengenai karakteristik

responden dan pola konsumsi rokok.¹⁰ Responden dibedakan berdasarkan jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, dan profesi. Responden dibedakan atas perokok dan bukan perokok. Data pola konsumsi rokok yang dicari di antaranya umur mulai merokok, alasan mulai merokok, jumlah konsumsi rokok per hari, jenis rokok yang dikonsumsi, saat merokok paling sering di pagi hari, tempat merokok paling sering, jumlah pengeluaran untuk rokok per minggu, dan alasan ingin berhenti merokok. Analisis data menggunakan perangkat komputer.

HASIL

Tabel 1. Karakteristik Subjek Penelitian Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, dan Profesi

	Jumlah (n)	Persentase (%)
Umur		
21-30 tahun	31	29,0
31-40 tahun	38	35,5
41-50 tahun	28	26,2
51-65 tahun	10	9,3
Jenis Kelamin		
Laki-laki	61	57
Perempuan	46	43
Tingkat Pendidikan		
SMP/MPLB/MT/Kejar Paket B/ sederajat	1	0,9
SMA/SLTA/MK/MA/Kejar Paket C/ sederajat	28	26,2
Perguruan Tinggi Diploma	40	37,4
Perguruan Tinggi Strata 1	38	35,5
Profesi		
Dokter	2	1,9
Perawat	66	61,7
Dokter Gigi	1	0,9

Rekam Medis	3	2,8
Tenaga Umum	33	30,8
Farmasi	2	1,9

Pada studi ini, berdasarkan umur, mayoritas berusia 31-40 tahun (35,5%). 57,0% adalah laki-laki dan 43,0% adalah perempuan. Menurut tingkat pendidikan, persentase tertinggi mengenyam pendidikan Perguruan Tinggi Diploma (37,4%). Dilihat dari profesi, persentase tertinggi pada kelompok perawat (61,7%). Data karakteristik secara lengkap disajikan dalam Tabel 1.

Secara umum angka merokok adalah 36,4% (Tabel 2). Di antara subjek yang merokok, menurut jenis kelamin kebanyakan adalah laki-laki. Berdasarkan umur, mayoritas perokok berusia 31-40

tahun (43,6%). Menurut tingkat pendidikan, mayoritas perokok mengenyam pendidikan SMA/SLTA/SMK/MA/Kejar Paket C/ sederajat (41,0%). Menurut profesi, mayoritas perokok adalah tenaga umum (51,3%). Berdasarkan alasan mulai merokok, mayoritas perokok menyatakan karena mencoba-coba (41,0%). Menurut jumlah konsumsi rokok per hari, mayoritas perokok mengkonsumsi rokok sebanyak 6-10 batang (43,6%). Saat ditanya mengenai jenis rokok yang dikonsumsi, mayoritas perokok mengatakan biasanya mengkonsumsi *cigarette* (74,4%).

Tabel 2. Status Merokok pada Tenaga Kesehatan

	Jumlah (n)	Persentase (%)
Umur		
Ya	39	36,4
Tidak	68	63,6

Mayoritas perokok menyatakan merokok pagi hari paling sering 60-180 menit setelah bangun pagi (41,0%). Ketika ditanya mengenai tempat merokok paling sering, mayoritas perokok menjawab rumah (53,8%). Mayoritas perokok

menghabiskan Rp 45.001-Rp 75.000 untuk membeli rokok per minggu (46,2%). Saat ditanya alasan ingin berhenti merokok, mayoritas perokok menyatakan karena takut dengan ancaman penyakit (41,0%).

Tabel 3. Pola Konsumsi Rokok

	Jumlah (n)	Persentase (%)
Umur		
21-30 tahun	7	17,9
31-40 tahun	17	43,6
41-50 tahun	11	28,2
51-65 tahun	4	10,3
Tingkat Pendidikan		
SMP/MPLB/MT/Kejar Paket B/ sederajat	1	2,6
SMA/SLTA/MK/MA/Kejar Paket C/ sederajat	16	41,0
Perguruan Tinggi Diploma	13	33,3
Perguruan Tinggi Strata 1	9	23,1
Jumlah Konsumsi Rokok per Hari		
1-5 batang	15	38,5
6-10 batang	17	43,6
11-20 batang	7	17,9
1-5 batang	15	38,5
Tempat Merokok		
Rumah	21	53,8
Kantor	4	10,3
Rumah sakit	3	7,7
Dimana saja	5	12,8
Di luar kantor	4	10,3
Lainnya	2	5,1
Alasan Ingin Berhenti Merokok		
Saya takut dengan ancaman penyakit	16	41,0
Saya sadar untuk menjaga kesehatan dan mencegah penyakit	6	15,4
Saya melihat perokok lain sudah sakit	3	7,7
Saya tidak didukung keluarga dalam hal merokok	4	10,3
Karena promosi kesehatan di berbagai media mengenai bahaya rokok	2	5,1
Uang saya tidak cukup lagi untuk membeli rokok karena ekonomi saya pas-pasan	6	15,4
Teman kerja saya merasa terganggu dengan asap rokok yang saya timbulkan	1	2,6

DISKUSI

Angka merokok pada studi ini didapatkan cukup tinggi (36,4%) dibandingkan data WHO tahun 2003 yang mengestimasi 20,6% populasi umum dunia usia 18+ adalah perokok.¹ Angka ini juga lebih tinggi dari angka merokok penduduk

Indonesia usia 15+ yaitu sebesar 28,2%.¹¹ Sebaliknya data *Global Adult Tobacco Survey Indonesia Report 2011* menyatakan 59.8 juta penduduk Indonesia merokok (34,8%).¹² Angka merokok pada studi ini juga mendekati data angka merokok pada sebuah studi di pusat kesehatan primer di

Chile yakni 37%.⁴ Angka ini cukup mengejutkan dimana tenaga kesehatan yang memiliki peran yang krusial dalam kontrol penggunaan tembakau di masyarakat. Tentu hal tersebut akan mempengaruhi persepsi masyarakat tentang tenaga kesehatan yang mestinya mampu menjadi *role model* dan memberi informasi kepada masyarakat mengenai bahaya merokok, sehingga menyebabkan penurunan usaha berhenti merokok.⁴

Pada studi ini didapatkan semua perokok berjenis kelamin laki-laki (100%). Hal ini didukung oleh Riskesdas tahun 2010 yang menemukan prevalensi perokok laki-laki 16 kali lebih tinggi (65,9%) dibanding perempuan (4,2%).¹¹ Data *Global Adult Tobacco Survey Indonesia Report 2011* menyatakan 67,0% laki-laki dan 2,7% perempuan adalah perokok.¹² Hal tersebut juga didukung oleh data WHO tahun 2003 yang mencatat persentase perokok secara signifikan lebih besar pada laki-laki (23,5%) daripada perempuan (17,9%).¹ Studi di Laos juga mendukung penemuan ini dimana prevalensi perokok adalah 17,3% pada pria dan 0,4% pada wanita atau 1/3 populasi umum Laos (laki-laki 45%, perempuan 13%).¹⁰ Suatu penelitian di Chile juga menemukan bahwa tenaga kesehatan laki-laki lebih perokok daripada tenaga kesehatan perempuan.⁴ Perokok

perempuan sebagian besar tidak diterima, dianggap rendah dan tidak baik oleh lingkungan, sosial, dan budaya Indonesia pada umumnya. Selain itu dapat disebabkan oleh faktor sosial-budaya, agama, atau ekonomi. Merokok sering dianggap sebagai perilaku maskulin. Jika dibandingkan dengan perempuan, laki-laki mulai merokok di usia lebih muda, jumlah konsumsi rokok per hari lebih banyak, menghirup asap rokok lebih dalam, dan mengkonsumsi jenis tembakau lainnya seperti cigar, cerutu, dan tembakau tanpa asap. Pada keadaan ini maskulinitas diterjemahkan secara negatif dengan mengadopsi perilaku berbahaya seperti merokok, minum minuman beralkohol, dan menjauhi perilaku menjaga kesehatan.¹³

Mayoritas perokok pada penelitian ini berusia 31-40 tahun (43,6%). Hal ini didukung oleh Riskesdas tahun 2010 yang menemukan prevalensi perokok saat ini paling tinggi pada kelompok umur 25-64 tahun (37,0-38,2%).¹¹ Di pihak yang sama *Global Adult Tobacco Survey Indonesia Report 2011* menemukan perokok terbanyak pada kelompok usia 25-44 tahun dan 45-64 tahun daripada kelompok usia lebih muda (15-24 tahun).¹² Penelitian di Laos menemukan angka perokok tertinggi di kelompok usia 41-50 tahun

(48,1%).¹⁰ Merokok menyebabkan kematian prematur pada orang tua dan meningkatkan risiko penyakit, biaya kesehatan, dan penurunan kognitif serta demensia.¹⁴ Merokok juga berhubungan dengan risiko degenerasi makula, katarak, perubahan mendengar dan penurunan kemampuan menghidu dan mengecap. Merokok merupakan faktor risiko penurunan fungsi, mobilitas, independensi, dan risiko luka bakar pada orang tua.¹⁵

Pada studi ini ditemukan mayoritas perokok berpendidikan SMA/SLTA/SMK/MA/Kejar Paket C/ sederajat. *Global Adult Tobacco Survey Indonesia Report 2011* menemukan prevalensi perokok tertinggi pada kelompok yang berpendidikan Sekolah Dasar dan di bawahnya (38,0%) dan terendah pada kelompok perguruan tinggi (27,6%).¹² Penelitian di Kuwait menemukan prevalensi penduduk dewasa yang merokok tertinggi pada tamatan Sekolah Dasar (34,4%).¹⁶ Penelitian di Malaysia menemukan 53,8% responden berpendidikan setara SMP/SMA adalah perokok.¹⁷ Tingginya angka merokok pada orang yang berpendidikan setara SMA menyuarakan pentingnya program pencegahan dan anti-merokok pada sekolah menengah. Suatu studi merekomendasikan program pencegahan harus menyertakan aktivitas yang

berhubungan dengan modifikasi perilaku, edukasi sebaya, dan kemampuan berkomunikasi dengan peran aktif keluarga dan lingkungan. Di samping keluarga dan lingkungan, media juga berperan dalam modifikasi perilaku seperti internet telepon genggam, dan televisi sebagai sumber informasi terbesar dan terluas.¹⁸ Program harus dilaksanakan secara berkesinambungan mulai dari tingkat sekolah dasar sampai sekolah menengah. Program ini membantu siswa yang telah mencoba atau mengonsumsi rokok, mendukung mereka untuk berhenti merokok.¹⁹

Pada studi ini ditemukan profesi terbanyak yang merokok adalah tenaga umum. Penelitian pada staf rumah sakit di Estonia menemukan status merokok pada dokter (11,6%) dan perawat (17,5%) lebih rendah daripada kelompok staf administrasi, non-kesehatan dan tenaga kesehatan lainnya (25,5%).²⁰ Sebuah studi pada universitas pendidikan di Brazil Selatan menunjukkan prevalensi merokok tertinggi pada pegawai dengan tingkat pendidikan lebih rendah dan pegawai administrasi. Aturan larangan merokok di rumah sakit menyebabkan sebagian perokok meninggalkan tempat bekerja dan mencari tempat merokok di luar kawasan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Tenaga umum yang

umumnya tidak langsung berhadapan dengan pasien memiliki kesempatan lebih banyak untuk meninggalkan pekerjaan demi merokok daripada tenaga kesehatan lainnya. Studi lain juga menemukan prevalensi perokok lebih tinggi pada tenaga kesehatan yang tamat dari bidang lainnya daripada bidang kesehatan. Prevalensi merokok pada tenaga kesehatan yang tamat dari bidang kesehatan lebih rendah karena mereka mengerti akan bahaya merokok dan telah melihat pasien yang memiliki masalah kesehatan akibat rokok.²¹

Pada studi ini ditemukan umur mulai merokok tertinggi pada kelompok usia 16-25 tahun. Hal ini juga didukung oleh penelitian di Laos yang menemukan mayoritas umur mulai merokok adalah 16-25 tahun (62,0%).¹⁰ *Data Global Adult Tobacco Survey Indonesia Report 2011* menyatakan usia rata-rata mulai merokok adalah 17,6 tahun.¹² Penelitian di Kuwait juga menemukan mayoritas perokok (68%) mulai merokok usia <20 tahun.¹⁶ Usia mulai merokok merupakan determinan mayor risiko penyakit yang berhubungan dengan tembakau dan baru muncul bertahun-tahun setelah mulai merokok. Perokok yang mulai merokok di usia yang lebih muda cenderung merokok lebih banyak per hari, lebih keter-

gantungan pada rokok, dan memiliki minat yang lebih rendah serta tidak yakin mampu berhenti merokok sehingga angka berhenti merokoknya pun rendah.²² Otak manusia terus berkembang selama masa remaja, dan apabila remaja merokok, zat nikotin akan menyebabkan kerusakan pada fungsi neurologis. Remaja akan menampakkan gejala penurunan otonomi personal secara cepat.²³

Alasan mulai merokok terbanyak adalah karena mencoba-coba. Hal yang berbeda didapatkan pada studi di Laos dimana responden perokok terbanyak menyatakan alasan memulai merokok karena ingin terlihat lebih gaya (20,4%).¹⁰ Berbeda pula temuan yang didapatkan pada penelitian di Kuwait dimana mayoritas perokok mulai merokok dengan alasan agar tidak bosan dan membuat relaks.¹⁶ Perokok regular biasanya dimulai dari eksperimen dengan rokok dan anak-anak mungkin mendapatkan rokok pertama mereka saat duduk di bangku sekolah dasar. Karena mencoba pertama kalinya terasa tidak menyenangkan, beberapa anak mencoba hanya sekali, dan lainnya berlanjut menjadi perokok regular. Akses rokok juga menjadi mudah apabila orang tua perokok dan teman sebaya juga perokok.²⁴

Kebijakan area bebas rokok di kawasan pelayanan kesehatan tidak menyebabkan

perubahan yang signifikan karena kenyataannya tenaga kesehatan tetap merokok di tempat kerja namun tidak saat berhadapan dengan pasien.⁴ Selain itu, merokok telah menjadi budaya pada pelayanan khusus jiwa selama dekade terakhir. Rokok telah digunakan sebagai alat bantu manajemen pasien oleh staf, meningkatkan hubungan antara pasien dan staf rumah sakit, bernegosiasi dan mematuhi nasehat dokter, agar patuh meminum obat, atau untuk menangani perilaku pasien saat fase akut. Ada penelitian yang menunjukkan bahwa pasien jiwa dan staf perawat mulai merokok akibat pengaruh budaya merokok di pelayanan kesehatan jiwa.⁹

Studi ini juga menemukan jumlah konsumsi rokok per hari tertinggi pada kelompok 6-10 batang yang dapat dikategorikan perokok sedang. *Global Adult Tobacco Survey Indonesia Report 2011* menemukan rata-rata konsumsi rokok per hari berkisar 11,4% -13,2% (13%).¹² Temuan yang berbeda pada studi di Laos dimana ditemukan mayoritas tenaga kesehatan adalah perokok ringan (1-5 batang per hari) sebesar 54,4%.¹⁰ Penelitian di Kuwait menemukan mayoritas perokok mengkonsumsi 11-20 batang rokok per hari.¹⁶ Tidak ada indikator yang jelas untuk membedakan

antara perokok ringan, sedang, dan berat. Suatu studi identifikasi diri yang membandingkan jawaban responden mengenai kepercayaan dan perilaku merokok terhadap risiko kesehatan menemukan bahwa responden yang mengelompokkan dirinya sebagai perokok ringan dan sedang lebih sadar akan bahaya dan efek jangka panjang rokok daripada perokok berat.²⁵ Perokok berat juga berisiko mengalami periodontitis.²⁶ Suatu studi menemukan bahwa perokok berat lebih tergantung pada rokok, lebih susah untuk berhenti merokok dan disulitkan oleh gejala putus zat.

Mayoritas jenis rokok yang dikonsumsi adalah *cigarette*. Data *Global Adult Tobacco Survey Indonesia Report 2011* menyatakan mayoritas perokok mengkonsumsi *cigarette* dengan berbagai jenis (34,6%) dimana yang paling populer adalah kretek (31,5%).¹² Penelitian di Malaysia menemukan jenis rokok yang dikonsumsi oleh perokok laki-laki paling sering adalah *cigarette* (90%).¹⁷ *Cigarette* merupakan jenis rokok paling umum dikonsumsi masyarakat dunia. Kretek adalah jenis rokok asli Indonesia yang mengandung 60% tembakau, cengkeh, coklat, dan zat adiktif lainnya. Menurut analisis ditemukan bahwa konsumsi kretek menghasilkan lebih banyak nikotin,

karbon monoksida dan tar daripada rokok konvensional.²⁷

Ditemukan bahwa saat merokok paling sering di pagi hari terbanyak adalah 60-180 menit setelah bangun pagi. *Global Adult Tobacco Survey Indonesia Report 2011* menemukan mayoritas (32,3%) menikmati rokok pertamanya >60 menit setelah bangun pagi.¹² Temuan yang berbeda pada studi di Laos yang menyatakan saat merokok paling sering di pagi hari (rokok pertama setelah bangun pagi) adalah <60 menit setelah bangun pagi.¹⁰ Jangka waktu rokok pertama di pagi hari menunjukkan pola perokok berat dan derajat ketergantungan rokok karena ketidakmampuan untuk tetap abstinen rokok (sejak tidur malam sampai bangun pagi hari) merupakan indikator ketergantungan merokok.²⁸

Mayoritas responden perokok menyatakan tempat merokok paling sering adalah rumah. Hal ini juga didukung oleh temuan studi di Laos yang juga menemukan tempat merokok terbanyak adalah rumah.¹⁰ Merokok di rumah berisiko menjadikan anggota keluarga terutama anak-anak perokok pasif. Membuka jendela atau merokok di ruangan tertentu di rumah hanya memberikan perlindungan yang sedikit terhadap ancaman perokok pasif. Asap rokok dapat menempel pada

karpet, hiasan dan dinding rumah dimana material ini akan menyerap racun tembakau dan melepaskannya di udara. Orang tua harus menciptakan lingkungan dalam rumah yang bebas asap rokok. Menjadi perokok pasif menyebabkan berbagai penyakit mulai dari iritasi mata dan kerongkongan hingga penyakit jantung dan kanker paru-paru. Anak-anak, wanita hamil dan orang dengan penyakit jantung dan paru sangat rentan terhadap efek buruk perokok pasif.²⁹

Pada studi ini jumlah pengeluaran untuk rokok per minggu terbanyak adalah Rp 45.001 – Rp 75.000. Pada studi di Laos menemukan jumlah pengeluaran untuk rokok per minggu terbanyak adalah setara kurang atau sama dengan Rp 14.110.¹⁰ Pada sebagian besar negara, konsumsi tembakau cenderung tinggi pada ekonomi rendah. Keluarga miskin yang perokok menghabiskan sebagian besar pendapatannya untuk membeli rokok. Uang yang seharusnya digunakan untuk memenuhi kebutuhan pokok seperti makanan, tempat tinggal, pendidikan, dan kesehatan beralih fungsi untuk membeli rokok dan menyebabkan kemiskinan semakin memburuk. Belum lagi risiko penyakit yang ditimbulkan oleh rokok menyebabkan keluarga menghabiskan pendapatannya untuk membiayai ongkos

berobat dan akhirnya semakin menyengsarakan masyarakat.³⁰

Studi ini menemukan bahwa alasan terbanyak mengapa ingin berhenti merokok adalah karena takut dengan ancaman penyakit. Penelitian di Kuwait menemukan mayoritas perokok ingin berhenti merokok karena efek berbahaya rokok pada tubuh.¹⁶ Berbeda dengan penelitian di Laos yang menemukan alasan utama ingin berhenti merokok adalah kesehatan dan mencegah penyakit.¹⁰

Fasilitas pelayanan kesehatan menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Kawasan bebas asap rokok telah diterapkan melalui Perda No. 10 tahun 2011 tentang KTR). KTR meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.³¹ Masih tingginya angka merokok pada tenaga kesehatan menjadi suatu bentuk evaluasi manajemen rumah sakit untuk mengkaji pengaruh aturan larangan merokok di rumah sakit terhadap perilaku merokok pada tenaga kesehatan.³²

SIMPULAN

Pada studi ini didapatkan prevalensi merokok pada tenaga kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali sebesar 36,4%. Mayoritas perokok berusia 31-40 tahun, mengenyam pendidikan SMA/SLTA/SMK/MA/Kejar Paket C/ sederajat, dan berprofesi sebagai tenaga umum. Mayoritas perokok menyatakan alasan mulai merokok karena mencoba-coba, mengkonsumsi 6-10 batang rokok per hari, mengkonsumsi rokok jenis *cigarette*, dan merokok di pagi hari 60-180 menit setelah bangun pagi. Mayoritas perokok merokok paling sering di rumah, menghabiskan Rp 45.001 - Rp 75.000 untuk membeli rokok per minggu, dan menyatakan alasan ingin berhenti merokok karena takut dengan ancaman penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

1. Tobacco & Health in the Developing World. Diakses di http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/tobacco/documents/who_en.pdf. Tanggal 20 November 2013. 4-12.
2. ASH Fact Sheet. 2013. The economics of tobacco. Diakses di <http://www.ash.org.uk/files/document>

- s/ASH_121.pdf. Tanggal 20 November 2013.
3. American Lung Association. July 2011. Trends in Tobacco Use. Diakses di <http://www.lung.org/findings-cures/our-research/trend-reports/Tobacco-Trend-Report.pdf>. 1-44.
 4. Siques P, Brito J, Munoz C, Pasten P, Zavala P, Vergara J. 2006. Prevalence and characteristics of smoking in primary healthcare workers in Iquique, Chile. *Public Health*; 120: 618-623.
 5. Mahfouz AA, Shatoor AS, Al-Ghamdt BR, Hassanein MA, Nahar S, Farheen A, Gaballah II, Mohamed A, Rabie FM. 2013. Tobacco Use among Health Care Worker in Southwestern Saudi Arabia. *Biomed Research International*; 2013: 1-5.
 6. Hebel KL. 2009. Smoking habits of healthcare professionals and students and the impact of smoking bans at an academic medical center in Norwest Ohio. Diakses di http://drc.library.utoledo.edu/bitstream/handle/2374.U_TOL/10349/PhysAsstSP-Hebeler-Kimberly.pdf?sequence=1. Tanggal 17 November 2013. 1-44.
 7. Fowler G. 2000. Proven strategies for smoking cessation. *Erupean Journal of Public Health*; 10(3): 3-4.
 8. Puska PMJ, Barrueco M, Roussos C, Hider A, Hogue S. 2005. The participation of health professionals in a smoking-cessation programme. *Int J Clin Pract*; 59(4): 447-452.
 9. Lawn S, Campion J. 2013. Achieving Smoke-Free Mental Health Services: Lesson from the Past Decade of Implementation Research. *Int J Environ Res Public Health*; 10: 4224-44.
 10. Phengsavanh A, Sychareun V, Hansana V, Phommachnan S, Prasisombath K, Ounavong A. 2008. Smoking Behavior and Tobacco Control among Medical Doctors in Lao PDR. Diakses di http://www.seatca.org/dmdocuments/44_smoking_behaviour_among_medical_doctors_in_lao_pdr.pdf+&cd=2&hl=en&ct=clnk. Tanggal 20 November 2013.
 11. Kementerian Kesehatan RI. 2010. Riset Kesehatan Dasar 2010. Diakses di www.litbang.depkes.go.id/.../riseksdas2010/Laporan_riseksdas_2010.pdf. Tanggal 20 November 2013.
 12. WHO. 2012. Global Adult Tobacco Survey: Indonesia Report 2011. Diakses di www.depkes.go.id/

- .../laporan%20gats/FINAL_REVISI_DAFTAR_ISI.pdf. Tanggal 20 November 2013.
13. Flandorfer P, Wegner C, Buber I. 2010. Gender Roles and Smoking Behavior. Diakses di www.oeaw.ac.at/vid/download/col1100428pf.pdf. Tanggal 20 November 2013.
 14. Centre for Addiction and Mental Health. Older Adults & Smoking Cessation. Diakses di https://knowledge.camh.net/amhspecialists/specialized_treatment/smoking/Pages/older_adults_cessation.aspx+&cd=5&hl=en&ct=clnk. Tanggal 20 November 2013.
 15. Whalley LJ, Fox HC, Deary IJ, Starr JM. 2005. Addictive Behaviors;30:77-88.
 16. Memon A, Moody PM, Sugathan TN, Gerges N, Bustan M, Shatti A, Jazzaf H. 2000. Epidemiology of smoking among Kuwaiti adults: prevalence, characteristics, and attitudes. *Bulletin of the World Health Organization*;78(11):1306-15.
 17. Lim HK, Ghazali SM, Kee CC, Lim KK, Chan YY, The HC, Yusoff AFM, Kaur G, Zain ZM, Mohamad MHN, Salleh S. 2013. Epidemiology of smoking among Malaysian adult males: prevalence and associated factors. *BMC Public Health*;13(8):1-10.
 18. Pholsena S, Asaad AM, Mao ZQ, Sio AR, Sokana O, Kishi Y, Kitajima K. 2011. Youth smoking prevention program: Influence on smoking prevention program among secondary school students in Paranaque city, Philippines. *Journal of the National Institute of Public Health*;60(1):54-8.
 19. Centers for Disease Control and Prevention. 1994. Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction. *MMWR*;43(No. RR-2):[inclusivepagenumbers].
 20. Härm T, Suurorg L. 2009. Smoking Prevalence among the Staff of Estonian Health Promoting Hospitals (HPH). *Tervise Arengu Instituut National Institute for Health Development*.
 21. Echer IC, Corrêa APA, Lucena AF, Ferreira SAL, Knorst MM. 2011. Prevalence of Smoking Among Employees of a University Hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem*; 19(1):179-86.
 22. Baron-Epel O, Haviv-Messika A. 2004. Factors associated with age of smoking initiation in adult populations from different ethnic

- backgrounds. *European Journal of Public Health*;14(3):301-5.
23. The Quit Group. 2005. Youth and Smoking Factsheet. Diakses di www.quit.org.nz/.../factsAndFigures/YouthandSmokingFactsheetFeb05.pdf. Tanggal 20 November 2013.
 24. Milton B, Woods SE, Dugdill L, Porcellato L, Springett RJ. 2008. Starting young? Children's experiences of trying smoking during pre-adolescence. *Oxford Journal*; 23(2):298-309.
 25. Tagliacozzo R. Smokers' Self-Categorization and the Reduction of Cognitive Dissonance. Dalam: *Addictive Behaviors*;4:393-9.
 26. Do LG, Slade GD, Roberts-Thomson KF, Sanders AE. 2008. Smoking-attributable periodontal disease in the Australian adult population. *J Clin Periodontol*;35:398-404.
 27. Geiss O, Kotzias D. 2007. Tobacco, Cigarettes and Cigarette Smoke: An Overview. European Commission Directorate-General Joint Research Centre Institute for Health and Consumer Protection: 1-73.
 28. Baker TB, et al. Time to first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: Implications for nicotine dependence. *Transdisciplinary Tobacco Use Research Center (TTRUC) Tobacco Dependence Phenotype Workgroup*:1-10.
 29. ASH Fact Sheet. 2011. Secondhand smoke in the home. Diakses di ash.org.uk/files/documents/ASH_130.pdf. Tanggal 20 November 2013.
 30. WHO. 2004. Tobacco Increases the Poverty of Individuals and Families. Diakses di http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2004/tobaccofacts_families/en/+&cd=2&hl=en&ct=clnk. Tanggal 20 November 2013.
 31. Peraturan Daerah Provinsi Bali No 10 Tahun 2011. Kawasan Tanpa Rokok. Diakses di <http://www.phribali.or.id/wp-content/uploads/2011/08/PERDA-KTR-No.-10-tahun-2011.pdf>. Tanggal 24 November 2013.
 32. Retief FW, Prinsloo E, Calitz J, Barnes JM. 2003. Smoking among nursing staff at Tygerberg Hospital, Cape Town. *SAMJ*; 93(9): 1-3.