

Implementasi program rukun warga bebas rokok di Yogyakarta

Implementation of the smoke-free neighborhood program in Yogyakarta

Agus Heri Setiawan¹, Yayi Suryo Prabandari², Riris Andono Ahmad¹

Abstract

Purpose: This study aimed to identify the successfulness of smoke free neighborhood and to understand the relationship between the householders knowledge and household smoking status. **Methods:** An observational analytic study was conducted using cross sectional surveys. Chi square, Fisher exact and logistic regression tests were used to analyze the correlation between variables. **Results:** From those numbers, qualified households which fulfill the program criteria were 76.1% and 75.9%, respectively. To be more specific, in smoke free neighborhood, about 56.8% householders were under smoking status and 43.2% householders were identified as ex- or non-smoker. Bivariable analysis showed that there was a significant correlation between educational background, age, knowledge and perception of householder with smoking status. The last model of multivariable analysis showed that knowledge, and age of householders were related to household smoking status. **Conclusion:** This study shows that smoke free neighborhood program has not yet affected passive smoker protection significantly. A more specific controlling program to improve the knowledge especially for elderly (> 45 years old) has to be increased in smoke free neighborhood of Yogyakarta.

Keywords: smoking status; knowledge; age; smoke free neighborhood

Dikirim: 16 Januari 2017
Diterbitkan: 1 Juni 2017

¹Departemen Biostatistik, Epidemiologi, dan Kesehatan Populasi, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada (Email: utamiasmitalestari@gmail.com)

²Departemen Perilaku Kesehatan, Lingkungan, dan Kedokteran Sosial, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

PENDAHULUAN

Rokok adalah penyumbang terbesar kesakitan dan kematian akibat penyakit tidak menular di dunia (1). Jumlah perokok mencapai 1,26 miliar, didominasi oleh laki-laki, termasuk Indonesia (2). Data dari *global adult tobacco survey* (2) menunjukkan peningkatan jumlah perokok secara signifikan dari tahun 1995-2010 di Indonesia. Jumlah perokok tahun 1995 sebesar 27%, meningkat menjadi 34,7% di tahun 2011. Data hasil riset kesehatan dasar pada tahun 2013 menunjukkan peningkatan prevalensi perokok di Indonesia. Perilaku merokok orang dewasa laki-laki (>15 tahun) mencapai 64,9% dan rata-rata pertama kali mulai merokok pada saat berumur 15-19 tahun (3).

Yogyakarta termasuk 15 besar provinsi dengan prevalensi perokok tertinggi (31,6%). Sebagian besar (66,1%) merokok di dalam rumah, sehingga berpeluang memberi dampak buruk dengan anggota keluarga lain (3). Peningkatan jumlah perokok berdampak terhadap peningkatan beban penyakit dan kematian akibat merokok. Data dari semua rumah sakit pada tahun 2010 di Yogyakarta menunjukkan penyakit tidak menular, seperti penyakit jantung koroner, stroke, hipertensi, diabetes tipe 2, *congestive heart failure*, *chronic ischemic heart disease*, *athrosis*. *Decompensation cordis* merupakan penyebab kematian terbanyak di Yogyakarta (2).

Perokok harus memperhatikan hak perokok pasif dan mengurangi perilaku merokok hingga berhenti merokok. Perokok membutuhkan bantuan motivasi, faktor predisposisi, pemungkin dan faktor penguat. Salah satu faktor predisposisi adalah pengetahuan yang memadai terkait bahaya dan konsekuensi merokok. Pengetahuan bahaya merokok adalah salah satu elemen penting dalam upaya pencegahan dan berhenti merokok (4,5).

Gubernur menetapkan peraturan nomor 42 Tahun 2009 tentang kawasan dilarang merokok dan peraturan nomor 5 Tahun 2007, pengendalian pencemaran udara. Walaupun sampai saat ini belum mampu mengatasi permasalahan rokok, karena peraturan gubernur tersebut sebatas peraturan yang bersifat himbauan, tidak mengikat dan tidak ada sanksi pelanggar. Proses formalisasi kebijakan pengendalian asap rokok yang tertuang dalam rancangan peraturan daerah tentang kawasan tanpa asap rokok telah memasuki tahap program legislasi daerah (Prolegda) sejak tahun 2013, namun hingga saat ini kepastian waktu pengesahan belum diketahui (6).

Salah satu program yang sampai saat ini masih berjalan adalah program RW rumah bebas asap rokok.

Program ini merupakan salah satu kegiatan pendampingan dari *quit tobacco international* Indonesia dan bidang promosi kesehatan dinas kesehatan kota Yogyakarta, bertujuan untuk melindungi perokok pasif dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk tidak merokok di dalam rumah dan di dekat ibu hamil dan anak-anak (7).

Survei dan berbagai penelitian terkait dengan perilaku merokok telah banyak dilakukan di kota Yogyakarta, namun terbatas pada kelompok tertentu seperti pegawai negeri dan remaja (8,9). Verifikasi keefektifan program intervensi perlu dilakukan. Penelitian bertujuan untuk mengetahui keberhasilan program dan mengetahui hubungan pengetahuan kepala keluarga dengan status merokok rumah tangga di RW rumah bebas asap rokok kota Yogyakarta.

METODE

Penelitian analitik observasional dengan rancangan potong lintang, dilaksanakan di kota Yogyakarta, pada bulan Agustus-Oktober tahun 2016. Data primer dari karakteristik demografi kepala keluarga (umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, lingkungan sosial), akses informasi positif, akses informasi negatif, pengetahuan, sikap, dan persepsi. Data sekunder dari dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kota, *quit tobacco international* Indonesia dan forum Jogja sehat tanpa tembakau (JSTT) sebagai data pendukung.

Responden adalah kepala rumah tangga (suami) berumur 20-65 tahun yang memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) kota Yogyakarta dan bisa berbahasa Indonesia. Besar sampel yang diambil pada RW rumah bebas asap rokok dan RW dengan rumah non bebas asap rokok masing-masing adalah 113 sampel, kemudian ditambah sebanyak 10% sehingga besar sampel pada masing-masing kelompok RW adalah 125 kepala keluarga.

Instrumen yang digunakan adalah kuesioner terstruktur hasil modifikasi dari berbagai sumber. Kuesioner pengetahuan dari *global adult tobacco survey* Indonesia (GATS 2011 section B) (1), penelitian Yang *et al.* (12) dan Minh *et al.* (13), dan penelitian pusat perilaku dan promosi kesehatan (14) Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Kuesioner akses informasi positif dan negatif bersumber dari *global adult tobacco survey* Indonesia (GATS 2011 section G) (1), kuesioner sikap dari penelitian Nur Azisah (15), dan *quit tobacco international* (7), kuesioner persepsi dari penelitian Monica Virly (16).

Teknik pengambilan sampel adalah *multi-stage cluster sampling*. Pendamping program RW rumah

bebas asap rokok adalah puskesmas, sehingga *cluster* sampel dalam penelitian ini berbasis puskesmas. Jumlah puskesmas di kota Yogyakarta terdiri dari 18 unit yang tersebar di 14 kecamatan dan 45 kelurahan. Penjelasan rinci sebagai berikut.

Pemilihan *cluster* sampel di tingkat puskesmas

Total RW rumah bebas asap rokok adalah 72, RW tersebut tersebar di wilayah kerja 18 puskesmas di kota Yogyakarta. Rata-rata, tiap puskesmas mendampingi antara 2 sampai 15 RW rumah bebas asap rokok. Tahap pertama menghitung jumlah RW di masing-masing puskesmas yang dijadikan sebagai lokasi sampling. Terpilih 28 RW rumah bebas asap rokok sebagai lokasi sampling.

Pemilihan *cluster* di tingkat RW rumah bebas asap rokok

Dari jumlah 28 RW terpilih, masing-masing RW akan dipilih lagi sebanyak 1 (satu) RT yang akan dijadikan sebagai lokasi sampling secara acak sederhana (*simple random sampling*). Pemilihan *cluster* di tingkat RT (Tahap 3). Setelah 1 (satu) RT terpilih, maka dipilih sampel sebanyak 4-5 rumah tangga (*household*) secara acak sederhana (*simple random sampling*). Pengambilan sampel pada kedua kelompok RW menggunakan sistem *neighborhood matching*, pengambilan sampel pada RW dengan rumah non bebas asap rokok diambil pada RW yang tepat bertetangga dengan RW rumah bebas asap rokok. Analisis data secara deskriptif (univariabel), bivariabel (*chi-square* dan *fisher-exact*), dan multivariabel (regresi logistik) menggunakan program stata versi 12.

HASIL

Tabel 1 menunjukkan perbandingan kondisi demografi responden dari RW dengan program bebas asap rokok dengan responden yang tinggal di RW tanpa program bebas asap rokok. Sebagian besar kepala rumah tangga berusia 46-55 tahun, tamat SMA, bekerja sebagai wiraswasta dan berpenghasilan di atas UMR kota Yogyakarta (\geq Rp. 1.400.000).

Tabel 2 menunjukkan rumah tangga perokok aktif memiliki prevalensi tinggi di masing-masing kelompok RW bebas maupun non bebas asap rokok. Jumlah perokok aktif di RW rumah bebas asap rokok sedikit lebih banyak daripada RW rumah non bebas asap rokok. Dua puluh delapan persen responden berhenti merokok karena sakit dan 26% karena ingin menjaga kesehatan. Sebagian besar (83%) berhenti merokok sebelum adanya program RW bebas asap rokok.

Tabel 1. Ciri demografi responden

Ciri	Rukun Warga (RW)	
	Bebas (%)	Non Bebas (%)
Umur (tahun)		
20-25	3,2	1,6
26-35	14,4	7,2
36-45	20	25,6
46-55	32,8	33,6
56-65	29,6	32
Pendidikan		
Tidak tamat/Tamat SD	11,2	3,2
Tamat SMP	22,4	16
Tamat SMA/SMK	49,6	52
Tamat perguruan tinggi (D3/S1/S2)	16,8	28,8
Pekerjaan		
PNS	5,6	4
TNI/Polri	2,4	2,4
Wiraswasta	54,4	44,8
Petani	0	0
Pegawai swasta	12,8	21,6
Lainnya		
Pensiunan PNS	6,4	6,4
Pensiunan pegawai swasta	1,6	6,4
Pensiunan TNI/Polri	0,8	0,8
Buruh harian	16	13,6
Penghasilan		
< Rp. 1.400.000	44,8	30,4
\geq Rp. 1.400.000	55,2	69,6

Tabel 2. Distribusi status merokok

Status Merokok RT (KK dan Anggota Keluarga)	Rukun Warga (RW)	
	Bebas (%)	Non Bebas (%)
Tidak pernah merokok sama sekali	7,2	7,2
Mantan perokok	22,4	29,6
Merokok	70,4	63,2

Tabel 3 menjelaskan rumah tangga di RW rumah bebas asap rokok yang telah memenuhi kriteria program sebesar 76%, sedangkan yang tidak memenuhi kriteria program sebesar 24%. RW dengan rumah non bebas memiliki 75,9% rumah tangga yang memenuhi program.

Tabel 3. Ciri tempat merokok

Evaluasi Tempat Merokok RT *	Rukun Warga (RW)	
	Bebas (%)	Non Bebas (%)
Memenuhi kriteria program	76,1	75,9
Tidak memenuhi kriteria program	23,8	24

Keterangan: membandingkan tempat merokok kepala keluarga atau anggota keluarga antara sebelum dan setelah ada program RW rumah bebas asap rokok, yang dinilai adalah rumah tangga yang masih merokok.

Tabel 4 menunjukkan hubungan antara pendidikan kepala keluarga dengan dengan status merokok rumah tangga. Responden dengan tingkat pendidikan SMP atau SMA menjadi perokok aktif daripada responden yang menempuh pendidikan tinggi/diploma.

Pekerjaan kepala keluarga tidak berhubungan dengan status merokok rumah tangga. Akan tetapi, hasil analisis aspek umur menunjukkan responden kepala keluarga yang berumur dewasa muda (20-45 tahun) meninggalkan aktivitas merokok sebesar 60% dibandingkan dengan responden berumur dewasa tua (> 45 tahun).

Penelitian tidak menemukan hubungan antara penghasilan keluarga, akses informasi positif dan negatif dengan status merokok rumah tangga. Analisis menunjukkan bahwa kepala keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan rendah memiliki peluang untuk menjadi perokok aktif 2,3 kali lipat daripada kepala keluarga yang memiliki pengetahuan tinggi.

Tabel 5 menunjukkan bahwa dari tujuh variabel independen yang memenuhi syarat analisis multi-variati, variabel yang ditemukan berhubungan secara statistik dengan status merokok rumah tangga adalah pengetahuan dan umur (protektif). Nilai *area under ROC curve* (AUC) adalah 0,66, berarti variabel yang berhubungan dengan status merokok rumah tangga (pengetahuan dan umur) hanya dapat ditaksir atau ditebak sebesar 66%.

Tabel 4. Distribusi hubungan antara variabel

Variabel	Status merokok RT		OR (95% CI)
	Mantan /Tidak Pernah Merokok (n)	Me-rokok (n)	
Pendidikan*			
Tamat perguruan tinggi+	15	8	1
Tamat SMP/SMA	34	54	3,75 (1,14-12,7)
Tidak/tamat SD	5	9	2,63 (0,87-8,23)
Pekerjaan*			
Non manual (kantoran)+	20	17	1
Manual (non kantoran)	34	54	1,86 (0,80-4,37)
Umur*			
Dewasa tua+	41	40	1
Dewasa muda	13	31	0,40 (0,17-0,92)
Status penghasilan*			
< Rp. 1.450.000+	24	32	1
≥ Rp. 1.450.000	30	39	0,97 (0,44-2,10)
Akses info positif*			
Frekuensi tinggi+	25	36	1
Frekuensi rendah	29	35	0,88 (0,38-1,80)
Akses info negatif*			
Frekuensi rendah+	27	38	1
Frekuensi tinggi	27	33	0,86 (0,40-1,87)
Pengetahuan*			
Tinggi+	38	36	1
Rendah	16	35	2,30 (1,03-5,24)
Sikap*			
Baik+	32	51	1
Buruk	22	20	0,57 (0,25-1,29)
Persepsi*			
Positif	39	37	1
Negatif	15	34	2,38 (1,05-5,49)
Lingkungan sosial (merokok)**			
Tidak ada	50	70	1
Ada	4	1	5,6 (0,52-279,5)

Tabel 5. Perbandingan model statistik regresi logistik

Variabel Independen	Model 1 (OR 95% CI)	Model 2 (OR 95% CI)	Model 3 (OR 95% CI)	Model 4 (OR 95% CI)	Model 5 (OR 95% CI)	Model 6 (OR 95% CI)
Pendidikan						
Perguruan tinggi+	1					
SMP/SMA	2,17 (0,64-7,28)					
SD	1,49 (0,49-4,49)					
Pekerjaan						
Non manual+	1	1				
Manual	1,51 (0,63-3,60)	1,67 (0,72-3,89)				
Umur						
Dewasa tua+	1	1	1	1	1	1
Dewasa muda	0,41 (0,17-0,98)*	0,42 (0,18-0,97)*	0,40 (0,17-0,92)*	0,40 (0,17-0,90)*	0,35 (0,16-0,80)*	0,37 (0,16-0,81)*
Pengetahuan						
Tinggi+	1	1	1	1	1	1
Rendah	1,66 (0,71-3,83)	1,83 (0,81-4,15)	1,97 (0,88-4,40)	2,00 (0,89-4,46)	2,24 (1,02-4,93)*	2,50 (1,15-5,41)*
Sikap						
Baik+	1	1	1	1		
Buruk	0,50 (0,20-1,27)	0,48 (0,19-1,22)	0,50 (0,20-1,26)	0,48 (0,19-1,19)		
Persepsi						
Positif+	1	1	1	1	1	
Negatif	2,56 (1,02-6,41)*	2,85 (1,16-6,96)*	2,81 (1,16-6,82)*	2,93 (1,21-7,06)*	2,26 (1,02-5,00)*	
Lingkungan sosial (merokok)						
Tidak ada+	1	1	1			
Ada	3,88 (0,35-42,1)	3,98 (0,36-43,7)	3,55 (0,32-38,5)			
BIC	191,9	183,9	180,5	177	174,7	174,1

BAHASAN

Setiap 125 sampel kepala keluarga di RW bebas dan non bebas asap rokok, sebagian besar (70,4%) dan (63,2%) RT berstatus merokok. RT yang telah memenuhi kriteria program masing-masing sebesar 76,1% dan 75,9%. Khusus untuk RW rumah bebas asap rokok, sebanyak 71 KK (56,8%) berstatus merokok dan 54 KK (43,2%) berstatus mantan/tidak pernah merokok. Analisis bivariabel menunjukkan tidak ada hubungan antara program RW rumah bebas asap rokok dengan perubahan tempat merokok dan perubahan jumlah batang rokok yang dihisap kepala keluarga per hari. Program tersebut belum memiliki dampak dalam melindungi perokok pasif dari asap rokok.

Dinas kesehatan melaporkan bahwa monitoring dan evaluasi hanya dilakukan sekali dalam setahun dalam bentuk diskusi bersama tokoh masyarakat dan *stakeholder* terkait untuk membahas permasalahan yang terjadi di tiap RW. Indikator baku monitoring dan evaluasi belum tersedia, sehingga faktor-faktor inilah yang bisa menjadi penghambat kelancaran dan kesuksesan program (3). Penelitian ini menjelaskan antusiasme masyarakat di dalam menyukseskan pengendalian asap rokok di kota Yogyakarta masih rendah.

Penelitian ini menemukan pendidikan, pekerjaan, umur, penghasilan adalah faktor yang berhubungan dengan status merokok rumah tangga adalah pendidikan dan umur. Namun, analisis multivariabel menemukan hubungan dengan status merokok hanya umur kepala keluarga.

Umur memegang peranan penting dalam perilaku merokok seseorang. Semakin muda umur mulai merokok semakin sulit untuk berhenti di kemudian hari. Penelitian di Pakistan menemukan responden berumur 31-50 tahun menjadi perokok aktif sebesar 1,56 kali menjadi perokok aktif daripada responden yang berumur <30 tahun (10). Semakin meningkat usia maka kecenderungan untuk menjadi perokok aktif semakin tinggi (11-13).

Sebagian besar faktor-faktor yang memengaruhi seseorang untuk memulai ataupun mempertahankan aktivitas merokok adalah faktor sosial ekonomi, termasuk pendidikan, pekerjaan dan penghasilan. Alasan yang paling mendasar adalah orang dengan pendidikan tinggi akan mudah menangkap dan memahami informasi, termasuk informasi kesehatan dan mudah untuk menerjemahkan dan mengimplementasikan informasi sebagai aksi nyata (14).

Perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dipengaruhi berbagai faktor. Dalam kasus

ini, jika dihubungkan dengan *teory integrated behavioral model* (15), dijelaskan bahwa faktor sosial ekonomi memegang peranan penting dalam memengaruhi intensi untuk melakukan sesuatu menjadi kebiasaan (*behavior*), namun sosial ekonomi tidak memengaruhi kebiasaan secara langsung. Walaupun dalam penelitian ini prevalensi perokok aktif cukup banyak di kelompok tingkat pendidikan tinggi, namun belum mampu mengubah kebiasaan merokok karena pengaruh tingkat pendidikan belum bertransformasi menjadi perilaku nyata.

Penelitian Lim menunjukkan tidak ada hubungan jenis pekerjaan (pegawai swasta) dengan status merokok responden di Malaysia (16). Akan tetapi, menurut Khanal *et al.* memiliki pekerjaan manual seperti buruh harian dan tenaga teknis lainnya cenderung untuk menjadi perokok aktif. Hal ini disebabkan oleh kecenderungan pekerja kasar yang salah paham terkait bahaya dan keuntungan merokok (17). Namun demikian, dalam penelitian ini kelompok pekerja non manual (PNS, TNI/Polri, pegawai swasta) pun memiliki prevalensi perokok aktif yang cukup tinggi.

Penelitian lain menunjukkan adanya hubungan yang ambigu antara status sosial ekonomi (penghasilan) dan motivasi untuk berhenti merokok, termasuk kondisi kesehatan mental dan adanya stres, sehingga memengaruhi ketidakkonsistenan hasil penelitian satu dengan lain (18).

Akses informasi positif dan negatif juga menjadi perhatian utama dalam pengendalian rokok, terutama bagi perokok pemula. Hal ini dibuktikan bahwa target utama industri rokok adalah para remaja (19). Penelitian ini tidak menemukan hubungan antara akses informasi positif dan negatif kepala responden dengan status merokok rumah tangga.

Program pengendalian konsumsi rokok dengan kampanye melalui media massa cenderung memberi efek, walaupun kecil, terhadap perilaku merokok orang dewasa jika menggunakan media kampanye televisi dengan metode penyampaian dan durasi yang telah di desain khusus (20). Namun, di kota Yogyakarta, program kampanye anti rokok (pesan-pesan persuasif untuk mengurangi atau berhenti merokok) yang di desain secara khusus melalui televisi, radio, atau koran belum tersedia. Sejalan dengan penelitian sebelumnya (30) yang menunjukkan akses informasi negatif (iklan rokok) hanya berkontribusi 1% dalam memengaruhi responden untuk merokok di Bhutan. Pada keadaan tertentu, iklan rokok hanya berefek kecil pada responden dewasa.

Responden yang berpengetahuan rendah 2,5 kali lipat untuk menjadi perokok aktif dibandingkan dengan yang berpengetahuan tinggi. Hal sesuai dengan teori Green, perilaku seseorang tentang kesehatan sangat ditentukan oleh faktor predisposisi (seperti pengetahuan), faktor pendukung seperti lingkungan fisik dan faktor pendorong yaitu lingkungan sosial (31). Namun, dari pengalaman dan hasil penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng (*long lasting*) daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (21).

Walaupun penelitian di China menemukan adanya hubungan antara sikap dengan status merokok, sikap sebagai faktor predisposisi perilaku ditemukan tidak berhubungan dengan status merokok rumah tangga dalam penelitian ini (22,23). Separuh (50,7%) perokok dan (60%) mantan/tidak pernah merokok memiliki sikap positif dalam penelitian ini.

Ajzen menyatakan sikap individu akan berbanding lurus dengan tindakan jika individu tersebut memiliki keyakinan yang kuat terhadap konsekuensi dari tindakan tersebut, sehingga walaupun responden memiliki sikap yang positif (baik) terhadap bahaya merokok dan telah memiliki ide untuk berhenti, namun hal tersebut tidak serta-merta menjadikan responden untuk meninggalkan aktivitas merokok (24).

Penelitian di California, Amerika Serikat (25) dan China (26), menunjukkan terdapat hubungan antara persepsi positif terhadap bahaya merokok dengan keinginan untuk berhenti merokok orang dewasa, sedangkan dalam penelitian ini persepsi kepala keluarga dan status merokok tidak berhubungan. Perbedaan hasil ini dapat dijelaskan oleh penelitian sebelumnya (27), bahwa peningkatan persepsi positif terhadap bahaya merokok tidak selalu diikuti oleh aksi nyata (*action*) berhenti merokok. Aktivitas merokok banyak dihubungkan dengan obat pengendali atau penurunan stres oleh kalangan masyarakat yang sosial ekonomi rendah. Dalam penelitian ini, sebagian besar kepala keluarga berada di taraf sosial ekonomi rendah (pendidikan, pekerjaan dan penghasilan keluarga).

Lingkungan sosial merupakan faktor penguat seseorang untuk berperilaku. Tidak ditemukan hubungan antara lingkungan sosial dengan status merokok rumah tangga dalam penelitian ini, hal ini disebabkan oleh kohesi sosial yang kuat antara responden dengan teman atau tetangganya. Jika dikaitkan dengan temuan peneliti Amerika (28), program RW rumah bebas asap rokok tidak memberi efek besar bagi kepala keluarga untuk berhenti merokok karena pembatasan interaksi aktivitas merokok antar teman ataupun tetangga saat hanya

saat ada pertemuan sosial, namun aktivitas merokok tetap dipertahankan di luar kegiatan tersebut.

SIMPULAN

Penelitian ini menemukan bahwa program RW dengan rumah bebas rokok belum menurunkan angka perokok aktif, memindahkan tempat merokok perokok aktif ke tempat yang aman bagi perokok pasif, dan menurunkan jumlah batang rokok yang dihisap kepala keluarga per hari. Selain itu, setelah melalui uji regresi logistik pemodelan 6 tahap, faktor pengetahuan tentang bahaya merokok dan umur kepala keluarga ditemukan berhubungan secara statistik dengan status merokok rumah tangga di RW rumah bebas asap rokok Kota Yogyakarta tahun 2016. Program pengendalian yang spesifik untuk meningkatkan pengetahuan, khususnya kepada warga dewasa tua (> 45 tahun) perlu ditingkatkan di RW rumah bebas asap rokok Kota Yogyakarta.

Abstrak

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keberhasilan program RW rumah bebas asap rokok dan untuk mengetahui hubungan pengetahuan kepala keluarga dengan status merokok rumah tangga (RT). **Metode:** Penelitian ini adalah analitik observasional dengan rancangan *cross sectional*. Analisis hubungan antar variabel menggunakan uji *chi square*, *fisher exact*, dan regresi logistik. **Hasil:** RT memenuhi kriteria program masing-masing sebesar 76,1% dan 75,9%. Khusus untuk RW rumah bebas asap rokok, sebanyak 71 KK (56,8%) berstatus merokok dan 54 KK (43,2%) berstatus mantan/tidak pernah merokok. Terdapat hubungan antara pendidikan, umur, pengetahuan, dan persepsi KK dengan status merokok RT. Pengetahuan, dan umur KK berhubungan dengan status merokok RT. **Simpulan:** Penelitian ini menunjukkan program RW rumah bebas asap rokok belum berdampak signifikan terhadap perlindungan perokok pasif. Program pengendalian lebih spesifik untuk meningkatkan pengetahuan, terutama dewasa tua (> 45 tahun) perlu ditingkatkan di RW rumah bebas asap rokok kota Yogyakarta.

Kata kunci: status merokok; RW bebas asap rokok

PUSTAKA

1. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*. 1997 May 24;349(9064):1498-504.
2. World Health Organization. Global adult tobacco survey: Indonesia report 2011. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia. 2012 Dec.
3. Kementerian Kesehatan, RI. Laporan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan RIDinKes DIY. 2013.
4. Nobile CG, Anfosso R, Pavia M, Angelillo IF. Cigarette smoking: knowledge, attitudes and behaviour in an adult population in Italy. *Public health*. 2000 Sep 1;114(5):348-52.
5. Otani J. Awareness of college students on health impact of smoking and impact of health education, measured by the Kano Test for Social Nicotine Dependence (KTSND): comparative survey of Japan and Central Asian countries. *APACT*. 2010:163.
6. Kebijakan Kesehatan Indonesia. Kasus Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), Perlindungan Asap Rokok Orang Lain (AROL) dan Pengurangan Kebiasaan Merokok di DIY; 2016. www.kebijakankesehatanindonesia.net {Diakses pada tanggal 3 Juni 2016}.
7. QTI. Quit tobacco Indonesia; 2012 {Diakses dari www.quittoaccointernational.org}
8. Putri YK. Hubungan antara status merokok keluarga dengan perilaku merokok pelajar SMP dan SMA di Kota Yogyakarta; 2010 Skripsi. Universitas Gadjah Mada.
9. Gustiana M, Gambaran tingkat pengetahuan dan sikap remaja tentang merokok di SMP Muhammadiyah Imogiri dan SMP Muhammadiyah 6 Yogyakarta; 2006 Skripsi. Universitas Gadjah Mada.
10. Gilani SI, Leon DA. Prevalence and sociodemographic determinants of tobacco use among adults in Pakistan: findings of a nationwide survey conducted in 2012. *Population health metrics*. 2013 Dec;11(1):16.
11. Rani M, Bonu S, Jha P, Nguyen SN, Jamjoum L. Tobacco use in India: prevalence and predictors of smoking and chewing in a national cross sectional household survey. *Tobacco control*. 2003 Dec 1;12(4):e4-.
12. Sreeramareddy CT, Pradhan PM, Mir IA, Sin S. Smoking and smokeless tobacco use in nine South and Southeast Asian countries: prevalence estimates and social determinants from Demographic and Health Surveys. *Population health metrics*. 2014 Dec;12(1):22.
13. Hanifi SM, Mahmood SS, Bhuiya A. Smoking has declined but not for all: findings from a study in a rural area of Bangladesh. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2011 Sep;23(5):662-71.
14. Abdolahinia A, Sadr M, Hessami Z. Correlation between the age of smoking initiation and maintaining continuous abstinence for 5 years after quitting. *Acta Medica Iranica*. 2012 Nov 1;50(11):755.
15. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education: theory, research, and practice. John Wiley & Sons; 2008 Aug 28.
16. Lim HK, Ghazali SM, Kee CC, Lim KK, Chan YY, Teh HC, Yusoff AF, Kaur G, Zain ZM, Mohamad MH, Salleh S. Epidemiology of smoking among Malaysian adult males: prevalence and associated factors. *BMC Public Health*. 2013 Dec;13(1):8.
17. Khanal V, Adhikari M, Karki S. Social determinants of tobacco consumption among Nepalese men: findings from Nepal Demographic and Health Survey 2011. *Harm reduction journal*. 2013 Dec;10(1):40.
18. Lawlor DA, Frankel S, Shaw M, Ebrahim S, Smith GD. Smoking and ill health: Does lay epidemiology explain the failure of smoking cessation programs among deprived populations?. *American Journal of Public Health*. 2003 Feb;93(2):266-70.
19. Prabandari YS, Dewi A. How do Indonesian youth perceive cigarette advertising? A cross-sectional study among Indonesian high school students. *Global health action*. 2016 Dec 1;9(1):30914.
20. Nonnemaker JM, Allen JA, Davis KC, Kamyab K, Duke JC, Farrelly MC. The influence of antismoking television advertisements on cessation by race/ethnicity, socioeconomic status, and mental health status. *PloS one*. 2014 Jul 17;9(7):e102943.
21. Otani J. Awareness of college students on health impact of smoking and impact of health education, measured by the Kano Test for Social Nicotine Dependence (KTSND): comparative survey of Japan and Central Asian countries. *APACT*. 2010:163.
22. Xu X, Liu L, Sharma M, Zhao Y. Smoking-related knowledge, attitudes, behaviors, smoking cessation idea and education level among young adult male smokers in Chongqing, China. *International journal of environmental research and public health*. 2015 Feb 16;12(2):2135-49.
23. Li Z, Yao Y, Han W, Yu Y, Liu Y, Tao Y, Kou C, Jiang L, Sun Q, Yin Y, Zhang H. Smoking prevalence and associated factors as well as attitudes and perceptions towards tobacco control in northeast China. *International journal of environmental research and public health*. 2015 Jul 22;12(7):8606-18.
24. Ajzen I. Attitudes, personality, and behavior. McGraw-Hill Education (UK); 2005 Nov 1.
25. Romer D, Jamieson P. The role of perceived risk in starting and stopping smoking.
26. Health knowledge and perception of risks among Chinese smokers and non-smokers: findings from the Wave 1 ITC China Survey.
27. Leinsalu M, Kaposvári C, Kunst AE. Is income or employment a stronger predictor of smoking than education in economically less developed countries? A cross-sectional study in Hungary. *BMC Public Health*. 2011 Dec;11(1):97.
28. Friis RH, Forouzes M, Chhim HS, Monga S, Sze D. Sociocultural determinants of tobacco use among Cambodian Americans. *Health education research*. 2006 Jun 1;21(3):355-65.

