

# Merokok dan populasi rentan: mendukung penghentian merokok dan pengurangan dampak buruk tembakau dalam pekerjaan sosial

## Pendahuluan

Penggunaan rokok dan produk tembakau berisiko tinggi lainnya sering kali sangat tinggi di antara komunitas yang terpinggirkan atau rentan. Sebagai bagian dari peran mereka, para pekerja sosial profesional membangun hubungan dengan individu yang sering kali berasal dari komunitas-komunitas tersebut. Jika dilatih dan memiliki sumber daya yang memadai, pekerja sosial dapat berperan penting dalam mendukung upaya penghentian merokok dan pengurangan dampak buruk tembakau bersama orang-orang yang paling membutuhkannya.

Pengurangan dampak buruk tembakau merupakan **intervensi yang berpotensi menyelamatkan nyawa jutaan orang di seluruh dunia**. Bagi mereka yang saat ini menggunakan produk tembakau berisiko tinggi, seperti rokok dan beberapa tembakau oral, intervensi ini menawarkan kesempatan untuk beralih ke **berbagai produk nikotin yang lebih aman** dan memiliki risiko yang lebih kecil terhadap kesehatan mereka. Beberapa contohnya seperti vape nikotin (rokok elektrik), **snus**, produk tembakau yang dipanaskan, dan **kantong nikotin**.

## Apa yang dilakukan pekerja sosial?

Tanggung jawab pekerja sosial bervariasi di seluruh dunia, tetapi fokus utama mereka adalah melayani individu, kelompok, dan komunitas dengan membantu mengatasi masalah yang mereka hadapi dalam kehidupan sehari-hari. Pekerja sosial berinteraksi dengan berbagai macam klien, termasuk, tetapi tidak terbatas pada: individu dan keluarga yang mengalami kemiskinan dan tunawisma, orang dengan masalah kesehatan mental; pelaku kejahatan muda; orang dewasa dengan ketidakmampuan belajar atau disabilitas fisik; orang dengan masalah penggunaan alkohol, obat-obatan, atau zat lain; keluarga yang berisiko mengalami keretakan; dan anak-anak yang berisiko mengalami pelecehan atau pengabaian. Pada beberapa kelompok ini, prevalensi merokok jauh lebih tinggi daripada populasi umum. Oleh karena itu, pekerja sosial sering kali berhubungan dengan kelompok yang tingkat perokoknya tinggi.

Pekerja sosial yang dilengkapi dengan pengetahuan dan alat untuk membantu klien mereka mengurangi atau berhenti merokok dapat membuka peluang untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dan menyelamatkan banyak nyawa. Namun, pada saat artikel ini ditulis, hanya sedikit pekerja sosial yang dilatih atau didukung untuk menangani klien yang merokok. Di antara banyak kebutuhan yang saling bersaing, penggunaan tembakau jarang diidentifikasi sebagai masalah prioritas. Namun, penghentian merokok dan/atau dukungan untuk beralih ke produk nikotin yang lebih aman dapat memberikan banyak manfaat bagi kelompok klien mereka.

## Populasi rentan dan merokok: apa saja bukti-bukti yang ada?

Bukti dari berbagai penelitian menunjukkan bahwa merokok secara tidak proporsional memengaruhi populasi rentan dan terpinggirkan, yang kemungkinan besar akan menjadi sasaran kerja para pekerja sosial. Salah satu kelompok tersebut adalah orang-orang yang pernah mengalami kesulitan atau trauma masa kecil—seperti pelecehan atau penelantaran, yang dapat digambarkan dengan istilah 'Pengalaman

Masa Kecil yang Merugikan' atau 'Adverse Childhood Experiences (ACEs)'. Ketika dewasa, mereka cenderung memiliki kesehatan mental yang buruk, menjadi peminum atau pengguna narkoba berisiko tinggi, menjadi korban atau pelaku kekerasan, atau memiliki kondisi kesehatan jangka panjang seperti obesitas, diabetes, penyakit jantung atau pernapasan. Mereka juga memiliki kemungkinan lebih besar untuk merokok. Pada tahun 2020, sebuah survei bagi seluruh populasi di Skotlandia menemukan bahwa orang dengan empat atau lebih ACEs merokok hampir tiga kali lipat lebih banyak daripada mereka yang tidak mengalaminya (27% berbanding 10%).<sup>i</sup>

Orang dewasa yang menghadapi masalah kesehatan mental adalah kelompok kunci lain yang tingkat merokoknya lebih tinggi daripada populasi umum. Pada tahun 2016/17, prevalensi merokok pada semua orang dewasa berusia 18 tahun ke atas di Inggris adalah 15,1%, sedangkan prevalensi merokok di antara orang dewasa yang hidup dengan kecemasan atau depresi adalah 25,88%.<sup>ii</sup> Bagi mereka yang memiliki kondisi kesehatan mental jangka panjang, prevalensinya adalah 34% dan bagi mereka yang memiliki penyakit mental yang serius, prevalensinya adalah 40,5%. Pada tahun 2021, menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), dua pertiga orang dengan kondisi kesehatan mental yang parah adalah perokok.<sup>iii</sup> Hal ini memiliki dampak yang signifikan terhadap kesehatan fisik mereka; mereka yang memiliki kondisi kesehatan mental yang parah meninggal rata-rata 15–20 tahun sebelum waktunya,<sup>iv</sup> dan tembakau disebut-sebut sebagai salah satu penyebab utama kematian. Prevalensi merokok pada mereka yang mengalami skizofrenia sangat tinggi, dengan angka mencapai 70–80%.<sup>v</sup>

Penelitian telah menemukan bahwa orang yang menggunakan obat-obatan terlarang tiga kali lebih mungkin untuk merokok dibandingkan dengan yang bukan pengguna.<sup>vi</sup> Pengguna narkoba sering kali meninggal bukan karena penyakit yang berhubungan dengan narkoba, melainkan karena penyakit yang berhubungan dengan kardiovaskular dan paru-paru yang disebabkan oleh merokok. Sebuah penelitian di California menemukan bahwa kondisi yang berhubungan dengan merokok mencakup sekitar 40% dari total kematian di antara orang-orang yang dirawat di rumah sakit karena gangguan kokain, opioid, dan metamfetamin.<sup>vii</sup> Namun, meskipun pekerja sosial secara teratur mengidentifikasi, menilai, dan mengobati masalah kesehatan mental dan ketergantungan zat, hingga saat ini merokok belum diprioritaskan sebagai bagian dari pendekatan tersebut.

Sejumlah penelitian juga menunjukkan bahwa tingkat merokok di antara kelompok yang kurang beruntung secara sosial ekonomi lebih tinggi dibandingkan dengan populasi umum.<sup>viii ix x</sup> Status sosial ekonomi yang lebih rendah berkorelasi dengan penggunaan rokok dan produk tembakau yang lebih tinggi, di samping kemungkinan untuk berhenti merokok yang menurun. Populasi yang kurang beruntung, jika dibandingkan dengan kelompok berpenghasilan lebih tinggi, juga memiliki tingkat inisiasi merokok yang lebih tinggi, tingkat upaya berhenti merokok yang lebih rendah, dan tingkat keberhasilan yang lebih sedikit dalam upaya berhenti merokok.<sup>xi</sup>

Dampak negatif dari merokok tidak hanya berdampak pada perokok, tetapi juga orang-orang di sekitarnya, terutama anak-anak dan remaja. Sebuah penelitian di Quebec, Kanada, menemukan bahwa paparan asap rokok di dalam rumah hampir lima kali lebih sering terjadi pada remaja di kuintil pendapatan terendah dibandingkan dengan yang tertinggi.<sup>xii</sup> Penelitian juga menemukan bahwa remaja yang pengasuh utamanya merokok memiliki tingkat kemungkinan dua kali lebih besar untuk mencoba rokok (26% berbanding 11%) dan empat kali lebih mungkin untuk menjadi perokok reguler (4,9% berbanding 1,2%).<sup>xiii</sup>

Merokok juga memiliki dampak yang signifikan terhadap pendapatan rumah tangga. Di Inggris, pada tahun 2012, sekitar 1,1 juta anak—atau hampir setengah dari seluruh anak yang hidup dalam kemiskinan relatif—memiliki setidaknya satu orang tua yang merokok.<sup>xiv</sup> Lebih dari 1,5 juta orang di Inggris membutuhkan dukungan perawatan sosial sebagai akibat dari penyakit atau kecacatan yang

disebabkan oleh merokok, dan pengeluarannya memakan porsi yang signifikan di tengah anggaran yang sudah terlalu membengkak.<sup>xv</sup>

## Mengapa orang merokok?

Orang merokok karena berbagai macam alasan. Meskipun orang tahu bahwa merokok tidak baik untuk mereka, mungkin sulit untuk memprioritaskan kesehatan jangka panjang di atas keinginan jangka pendek untuk merokok. Nikotin dapat menyebabkan ketergantungan—yang berarti orang merasa harus terus menggunakannya—tetapi jika dipisahkan dari asap tembakau, nikotin itu sendiri merupakan zat yang berisiko rendah.<sup>xvi</sup> Harus diakui bahwa banyak orang merasakan kenikmatan dari penggunaan nikotin, seperti halnya orang yang menikmati penggunaan kafein atau alkohol. Banyak yang merasa mendapatkan efek positif dari asupan nikotin—misalnya, untuk bersantai atau fokus, atau untuk mengatasi kesedihan, kebosanan, atau tekanan dalam kehidupan sehari-hari.

Orang lain mungkin menemukan bahwa penggunaan nikotin dikaitkan dengan penurunan gejala tertentu, misalnya gangguan stres pascatrauma (PTSD) atau gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (ADHD). Bagi sebagian orang dengan skizofrenia, menggunakan nikotin dapat menjadi bentuk swamedikasi, yang mereka rasa memungkinkan mereka untuk mengobati gejala kognitif atau mengurangi efek samping obat-obatan psikiatri.<sup>xvii</sup> Hingga munculnya produk nikotin yang lebih aman, hanya sedikit orang yang dapat menggunakan nikotin tanpa merokok tembakau, yang menyebabkan kerusakan yang signifikan pada kesehatan mereka.

Ketika mempertimbangkan populasi rentan dan terpinggirkan yang sangat mungkin berinteraksi dengan pekerja sosial, akan sangat berguna untuk mempertimbangkan mengapa orang merokok dari perspektif yang lebih luas—untuk menanyakan mengapa beberapa kelompok orang lebih cenderung merokok, merokok lebih banyak, atau merasa lebih sulit untuk berhenti merokok dibandingkan yang lain, misalnya. Penelitian yang dipimpin oleh Sir Michael Marmot dan diterbitkan dalam tinjauan kebijakan utama di Inggris menyatakan bahwa “ketidaksetaraan kesehatan diakibatkan oleh ketidaksetaraan sosial [dan] tindakan untuk mengatasi ketidaksetaraan kesehatan membutuhkan tindakan di semua faktor penentu sosial kesehatan”.<sup>xviii</sup> ‘Faktor penentu sosial kesehatan’ adalah kondisi ekonomi dan sosial yang memengaruhi kesehatan individu dan kelompok.

Sebagai contoh, seorang anak atau dewasa muda lebih mungkin untuk mulai merokok jika mereka tumbuh dalam keluarga dengan orang tua yang merokok, di daerah dengan banyak toko yang menjual produk tembakau, dan dengan teman serta rekan sejawat yang merokok. Semua faktor ini menormalkan kebiasaan merokok. Keadaan ini juga lebih mungkin terjadi di daerah yang mengalami kekurangan sosial. Ketika seseorang mulai merokok pada masa kanak-kanak atau remaja, mereka sering kali menjadi perokok berat, sehingga lebih sulit untuk berhenti. Banyak yang akan terus merokok hingga dewasa dan kemudian menjadi orang tua—yang berarti siklus tersebut dapat dimulai lagi.

Berhenti merokok sepenuhnya adalah hasil yang paling bermanfaat bagi kesehatan. Namun, bagi mereka yang tidak dapat atau tidak ingin berhenti, pengurangan dampak buruk tembakau memberikan pilihan alternatif yang lebih aman untuk asupan nikotin, tanpa terpapar ribuan senyawa kimia beracun yang ada dalam asap rokok. Ini adalah intervensi kesehatan masyarakat yang sangat penting.

## Bagaimana pekerja sosial dapat membantu klien mengurangi bahaya yang terkait dengan merokok?

Hanya beberapa negara yang saat ini melatih pekerja sosial untuk mendukung mereka yang ingin berhenti merokok. Ini adalah kesempatan yang terlewatkan bagi sistem kesehatan masyarakat. Seperti halnya dokter, perawat, bidan, psikolog, dan psikoterapis; pekerja sosial dapat memiliki pengaruh yang signifikan, baik terhadap keputusan seseorang maupun terhadap kesehatan mereka secara keseluruhan. Sebagai titik kontak awal—dan dalam beberapa kasus, satu-satunya—dengan masyarakat yang terpinggirkan, pekerja sosial dapat memainkan peran penting dalam mengurangi prevalensi merokok.

Pekerja sosial harus dibekali dengan kemampuan untuk mengarahkan klien mereka ke layanan dukungan berhenti merokok lokal atau nasional jika tersedia. Sayangnya, di banyak tempat, layanan berhenti merokok jarang ditemukan, tidak ada, atau mahal untuk diakses. Laporan WHO tahun 2021 menemukan bahwa 70% perokok di seluruh dunia tidak memiliki akses ke layanan berhenti merokok.<sup>xix</sup> Ketika produk nikotin yang lebih aman dapat diakses dan terjangkau, pekerja sosial juga harus didukung untuk meningkatkan kesadaran tentang pengurangan dampak buruk tembakau sebagai alat lain untuk membantu orang mengurangi dampak dari merokok atau menggunakan produk tembakau yang berisiko.

Pekerja sosial dapat dilatih untuk memberikan saran sangat singkat atau very brief advice (VBA) untuk berhenti merokok, sebuah intervensi 30 detik berbasis bukti yang dirancang untuk digunakan secara oportunistik oleh orang-orang di lingkungan perawatan kesehatan atau sosial. Dengan pendekatan yang tidak menghakimi, VBA bertujuan untuk mengidentifikasi orang yang merokok (Ask), memberi saran kepada mereka tentang metode terbaik untuk berhenti merokok (Advise), dan mendukung mereka setelah upaya berhenti merokok (Act).<sup>xx</sup>

Banyak pekerja sosial yang sudah terampil menggunakan berbagai metode psikologis untuk mendukung klien mereka, termasuk wawancara motivasi atau terapi perilaku kognitif singkat. Metode-metode ini juga telah terbukti efektif untuk menghentikan kebiasaan merokok. Dengan dukungan dan sumber daya yang memadai, pekerja sosial dapat didorong untuk mengembangkan dan mempromosikan program individual untuk populasi tertentu agar berhenti atau mengurangi merokok. Sebuah studi yang diterbitkan pada tahun 2013 menunjukkan bahwa konsultasi singkat selama 20 menit atau kurang, yang diberikan oleh dokter dan petugas kesehatan lainnya, meningkatkan angka berhenti merokok di antara pasien yang merokok jika dibandingkan dengan mereka yang tidak menerima nasihat.<sup>xxi</sup>

Integrasi pengurangan dampak buruk tembakau ke dalam pendekatan kerja sosial terhadap merokok selaras dengan tujuan dan motivasi banyak orang dalam profesi ini. Melalui pengurangan dampak buruk, orang yang merokok dapat diberdayakan untuk membuat perbedaan positif bagi kesehatan mereka sendiri. Oleh karena itu, di negara-negara tempat produk nikotin yang lebih aman tersedia dan terjangkau, pekerja sosial harus dibekali untuk memberikan informasi dan saran tepercaya mengenai pilihan pengurangan dampak buruk tembakau, sebagai bagian dari dukungan penghentian merokok secara menyeluruh.

---

Untuk informasi lebih lanjut mengenai pekerjaan *Global State of Tobacco Harm Reduction*, atau poin-poin yang diangkat dalam *Makalah Pengarahan GSTHR* ini, silakan hubungi [info@gsthr.org](mailto:info@gsthr.org)

Tentang kami: *Knowledge•Action•Change (K•A•C)* mempromosikan pengurangan dampak buruk sebagai strategi utama kesehatan masyarakat yang berlandaskan pada hak asasi manusia. Tim ini memiliki pengalaman lebih dari empat puluh tahun dalam upaya pengurangan dampak buruk penggunaan narkoba, HIV, merokok, kesehatan seksual, dan penjara. K•A•C menjalankan *Global State of Tobacco Harm Reduction (GSTHR)*

yang memetakan perkembangan pengurangan dampak buruk tembakau dan penggunaan, ketersediaan, dan tanggapan regulasi terhadap produk nikotin yang lebih aman, serta prevalensi merokok dan kematian terkait, di lebih dari 200 negara dan wilayah di seluruh dunia. Untuk mengakses semua publikasi dan data langsung kami, kunjungi <https://gsth.org>

Pendanaan kami: Proyek GSTHR diproduksi dengan bantuan hibah dari Global Action to End Smoking (sebelumnya dikenal sebagai Foundation for a Smoke-Free World), sebuah organisasi nirlaba pengelola hibah 501(c)(3) Amerika Serikat yang independen dan bertujuan mengakselerasi upaya-upaya berbasis ilmu pengetahuan di seluruh dunia untuk mengakhiri epidemi merokok. Global Action tidak berperan dalam merancang, mengimplementasikan, menganalisis data, atau menginterpretasikan Makalah Pengarahan ini. Isi, pemilihan, dan penyajian fakta, serta pendapat yang diungkapkan, merupakan tanggung jawab penulis dan tidak dapat dianggap sebagai cerminan posisi *Global Action to End Smoking*.

- 
- <sup>i</sup> *Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Trauma*. (2023, Desember 6). [Factsheet]. Scottish Government, Mental Health Directorate. <http://www.gov.scot/publications/adverse-childhood-experiences-aces/pages/aces-research/>.
- <sup>ii</sup> *Smoking Profile—Data—OHID*. (2024). [Fingertips, Public health data]. Office for Health Improvement and Disparities. [https://fingertips.phe.org.uk/profile/tobacco-control/data#page/4/gid/1938132900/pat/159/par/K02000001/ati/15/are/E92000001/yr/1/cid/4/tbm/1/page-options/ine-yo-1:2022:-1:-1\\_ine-ct-36\\_ine-pt-0\\_tre-do-1](https://fingertips.phe.org.uk/profile/tobacco-control/data#page/4/gid/1938132900/pat/159/par/K02000001/ati/15/are/E92000001/yr/1/cid/4/tbm/1/page-options/ine-yo-1:2022:-1:-1_ine-ct-36_ine-pt-0_tre-do-1).
- <sup>iii</sup> *The vicious cycle of tobacco use and mental illness - a double burden on health*. (2021, November 8). [News release]. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/news/item/08-11-2021-the-vicious-cycle-of-tobacco-use-and-mental-illness-a-double-burden-on-health>.
- <sup>iv</sup> *RightCare physical health and severe mental illness scenario*. (2023, Oktober 25). [Mental health, NHS RightCare]. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/long-read/rightcare-physical-health-and-severe-mental-illness-scenario/>
- <sup>v</sup> Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 112–119. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366643>.
- <sup>vi</sup> Morgan, B. W., Leifheit, K. M., Romero, K. M., Gilman, R. H., Bernabe-Ortiz, A., Miranda, J. J., Feldman, H. I., Lima, J. J., Checkley, W., & Study, C. C. (2017). Low cigarette smoking prevalence in peri-urban Peru: Results from a population-based study of tobacco use by self-report and urine cotinine. *Tobacco Induced Diseases*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12971-017-0137-8>.
- <sup>vii</sup> Callaghan, R. C., Gatley, J. M., Sykes, J., & Taylor, L. (2018). The prominence of smoking-related mortality among individuals with alcohol- or drug-use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 37(1), 97–105. <https://doi.org/10.1111/dar.12475>.
- <sup>viii</sup> Huang, M. Z., Liu, T. Y., Zhang, Z. M., Song, F., & Chen, T. (2023). Trends in the distribution of socioeconomic inequalities in smoking and cessation: Evidence among adults aged 18~59 from China Family Panel Studies data. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01898-3>.
- <sup>ix</sup> Kim, J. E. (2016). Cigarette Smoking Among Socioeconomically Disadvantaged Young Adults in Association With Food Insecurity and Other Factors. *Preventing Chronic Disease*, 13. <https://doi.org/10.5888/pcd13.150458>.
- <sup>x</sup> Hitchman, S. C., Fong, G. T., Zanna, M. P., Thrasher, J. F., Chung-Hall, J., & Siahpush, M. (2014). Socioeconomic status and smokers' number of smoking friends: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 158–166. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.019>.
- <sup>xi</sup> Reid, J. L., Hammond, D., Boudreau, C., Fong, G. T., Siahpush, M., & ITC Collaboration. (2010). Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 12 Suppl(Suppl 1), S20-33. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq051>.
- <sup>xii</sup> Gagné, T., Lapalme, J., Ghenadenik, A. E., O'Loughlin, J. L., & Frohlich, K. (2021). Socioeconomic inequalities in secondhand smoke exposure before, during and after implementation of Quebec's 2015 'An Act to Bolster Tobacco Control.' *Tobacco Control*, 30(e2), e128–e137. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-056010>.
- <sup>xiii</sup> *Children whose parents smoke are 4 times as likely to take up smoking themselves*. (2021, Desember 28). [Press release]. GOV. UK, Department of Health and Social Care. <https://www.gov.uk/government/news/children-whose-parents-smoke-are-four-times-as-likely-to-take-up-smoking-themselves>.
- <sup>xiv</sup> Belvin, C., Britton, J., Holmes, J., & Langley, T. (2015). Parental smoking and child poverty in the UK: An analysis of national survey data. *BMC Public Health*, 15(1), 507. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1797-z>.
- <sup>xv</sup> *The cost of smoking to the social care system*. (2021, Maret). Action on Smoking and Health (ASH). <https://ash.org.uk/uploads/SocialCare.pdf?v=1647953369>.
- <sup>xvi</sup> Royal Society of Public Health. (2015, August 13). *Nicotine "no more harmful to health than caffeine"*. <https://www.rspg.org.uk/about-us/news/nicotine--no-more-harmful-to-health-than-caffeine-.html?s=03>.
- <sup>xvii</sup> Winterer, 2010.

- <sup>xviii</sup> Marmot, M., Goldblatt, P., & Allen, J. (2010). *Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review)* [Strategic review of health inequalities in England post-2010]. Institute of Health Equity.  
<https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>.
- <sup>xix</sup> *Quit tobacco to be a winner*. (2021, Mei 19). [Commentaries]. World Health Organization.  
<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/quit-tobacco-to-be-a-winner>.
- <sup>xx</sup> *Very brief advice on smoking (VBA)+. 30 seconds to save a life*. (2021). National Centre for Smoking Cessation and Training.  
[https://www.ncsct.co.uk/publications/VBA\\_2021](https://www.ncsct.co.uk/publications/VBA_2021).
- <sup>xxi</sup> Stead, L. F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub4>.