

DETERMINAN MEROKOK DI INDONESIA ANALISIS SURVEI DEMOGRAFI DAN KESEHATAN INDONESIA TAHUN 2012

Inri Timban*, Fima F.L.G. Langi*, Wulan P.J. Kaunang*

*Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi

ABSTRAK

Konsumsi rokok di Indonesia masih relatif tinggi dengan jumlah perokok hampir 150 juta yang menempatkan Indonesia berada pada urutan ketiga se-Asia Tenggara tahun 2011. Faktor-faktor yang berhubungan dengan jumlah perokok tersebut masih simpangsiur, terutama karena perbedaan metodologi dan terbatasnya jumlah sampel pada penelitian-penelitian sebelumnya. Penggunaan data besar yang dikumpulkan melalui instrument terstandarisasi seperti data dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) dapat menjadi alternatif tepat untuk menjawab permasalahan yang ada. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis determinan status merokok di Indonesia menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012. Survey ini menggunakan studi potong lintang terhadap 54895 responden usia 15-54 tahun. Determinan status merokok ditentukan melalui uji regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 14,1% responden merokok. Umur (OR 0,216, 95% CI 0,211-0,222), jenis kelamin (OR 0,027, 95% CI 0,025-0,028), tingkat pendidikan (OR 0,095, 95% CI 0,088-0,103), status perkawinan (OR 0,072, 95% CI 0,161-0,185) dan tingkat kekayaan (OR 0,129, 95% CI 0,124-0,135) didapati berhubungan dengan status merokok. Disimpulkan bahwa faktor-faktor demografi meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan dan tingkat kekayaan merupakan determinan status merokok di Indonesia.

Kata Kunci : Merokok, Determinan,

ABSTRACT

Cigarette consumption in Indonesia is relatively high with the smokers amount 150 million which put Indonesia as the third in Southeast Asia in 2011. Associated factor with the number of smokers still confusing mainly due to differences of methodology and the limited samples on previous studies. Large data usage that has been collected through standardized instrument such as Indonesia Demographic and Health Survey (IDHS) might be the appropriate alternative to answer existing problems. This study aimed to analyze the determinants of smoking in Indonesia. It involved the use of data from the Indonesia Demographic and Health Survey 2012. Cross sectional study was conducted on 54895 respondents aged 15-54. The determinants of smoking were analyzed bivariately with binary logistic regression. Study showed about 14,1% responden were smoking. Age (OR 0,216, 95% CI 0,211-0,222), gender (OR 0,027, 95% CI 0,025-0,028), education (OR 0,095, 95% CI 0,088-0,103), marital status (OR 0,072, 95% CI 0,161-0,185) and wealth index (OR 0,129, 95% CI 0,124-0,135) correlated with smoking status. It was concluded that demographic factors includes age, gender, education, marital status and wealth index were the determinans of smoking status in Indonesia.

Keywords: Smoking, Determinants.

PENDAHULUAN

Secara global konsumsi rokok dan produk tembakau merupakan faktor risiko kematian. Setiap tahun terdapat 5 juta kematian yang di sebabkan oleh konsumsi rokok dan diperkirakan pada tahun 2030 angka kematian perokok di dunia akan mencapai 10 juta jiwa (WHO, 2006). Indonesia menempati peringkat kelima sebagai produsen tembakau dunia dengan produksi tembakau sebesar 135.678 ton, atau sekitar 1,9 dari total produksi tembakau dunia. Produksi tembakau meningkat dari 135.678 ton tahun 2010 menjadi 226.704 ton tahun 2012 sehingga menyebabkan prevalensi konsumsi rokok tembakau cenderung meningkat (TCSC-IAKMI, 2014). Tingkat konsumsi rokok di Indonesia relatif tinggi dibanding negara Asean lainnya, pada tahun 2009 jumlah perokok aktif di Indonesia merupakan terbanyak ketiga di dunia setelah Cina dan India (Infodatin Kemenkes RI, 2013). Indonesia menempati urutan ketiga terbanyak berdasarkan jumlah perokok yang mencapai 146.860.000 jiwa (WHO, 2011).

Tingkat merokok yang tinggi pada wilayah yang padat penduduk akan menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas. Hasil Kajian badan litbangkes 2013 menunjukkan bahwa telah terjadi

kenaikan kematian akibat penyakit terkait tembakau dari 190.260 pada tahun 2010 menjadi 240.618 kematian pada tahun 2013. Serta terjadi kenaikan penderita penyakit akibat konsumsi tembakau dari 384.058 orang pada tahun 2018 menjadi 962.403 orang pada tahun 2013 (Kemenkes, 2014).

Selain jumlah perokok yang meningkat, usia perokok pemula pun semakin lama semakin muda, hampir 80% perokok mulai merokok ketika usianya belum mencapai 19 tahun dan berdasarkan jenis kelamin prevalensi perokok 16 kali lebih tinggi pada laki-laki (65,8%) dibandingkan perempuan (4,2%) (Risksdas, 2013). Status ekonomi, tingkat pendidikan serta status perkawinan juga merupakan faktor yang dapat mempengaruhi seseorang untuk merokok. Penelitian sebelumnya mengemukakan bahwa merokok pada orang yang bercerai mengalami peningkatan dari 3% menjadi 15,7% di antara mereka yang tidak pernah perokok (Alarcon, 2016). Bercerai lebih mungkin untuk merokok pada dari pada yang sudah menikah (Jones, 2010). Penelitian lain juga mengemukakan bahwa tingkat prevalensi merokok tembakau lebih tinggi di antara yang kurang berpendidikan dan status ekonomi rendah (Sreeramareddy, 2011). Berdasarkan latar

belakang tersebut peneliti tertarik untuk melakukan analisis lanjutan tentang determinan merokok tembakau di Indonesia berdasarkan analisis data sekunder Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) merupakan penelitian berskala nasional yang dilakukan di 33 Provinsi di Indonesia. Metode sampling yang digunakan dalam SDKI 2012 adalah sampling 3 tahap. Tahap pertama adalah memilih sejumlah *Primary Sampling Unit* (PSU) dari kerangka sampel PSU secara *Probability Proportional to Size* (PPS). PSU adalah kelompok blok sensus yang berdekatan yang menjadi wilayah tugas coordinator tim sensus penduduk 2010. Tahap kedua adalah memilih satu blok sensus secara PPS di setiap PSU terpilih. Tahap ketiga adalah memilih 25 rumah tangga di setiap blok sensus terpilih (BPS, 2013). Pelaksanaan SDKI 2012 mencakup sekitar 46000 rumah tangga

sampel yang tersebar diseluruh wilayah geografis Indonesia. Jumlah blok sensus terpilih untuk kegiatan SDKI 2012 adalah sebanyak 1840 blok sensus dengan rata-rata jumlah sampel sebanyak 25 rumah tangga per blok sensus. Dari sejumlah sampel tersebut diperkirakan akan diperoleh 55.200 responden WUS dan 13.248 responden PK.

Populasi dalam SDKI 2012 yang berhasil diwawancarai pada pria dan wanita yaitu berjumlah 54.913. Pada penelitian ini terdapat beberapa data yang *missing* sehingga peneliti dalam proses analisis mengeluarkan setiap data yang *missing* yaitu berjumlah 18 sehingga total sampel dalam penelitian ini setelah dikeluarkan setiap data yang *missing* adalah 54.895 sampel. Uji *chi Square* digunakan untuk menguji hubungan antara merokok dengan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan dan tingkat kekayaan. Nilai $p < 0,05$ dianggap signifikan secara statistik. Regresi logistik multivariat diterapkan untuk melihat nilai Odd Ratio (OR). Analisis statistik menggunakan perangkat lunak SPSS 16.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Distribusi Subjek Penelitian

Tabel 1. Analisis univariat subjek penelitian

Variabel dan kategorinya	n	%
Merokok		
Tidak	47133	85.9
Ya	7762	14.1
Umur		
15-24 Tahun	14227	25.9
25-54 Tahun	40668	74.1
Jenis Kelamin		
Laki-laki	9303	16.9
Perempuan	45592	83.1
Tingkat Pendidikan		
Rendah	47218	86.0
Tinggi	7677	14.0
Status Perkawinan		
Belum menikah	10739	19.6
Menikah	42000	76.5
Berpisah/bercerai	2156	3.9
Tingkat Kekayaan		
Rendah	24059	43.8
Menengah	10459	19.1
Tinggi	20377	37.1

Distribusi berdasarkan tabel 1 menyatakan bahwa terdapat 7762 (14,1%) responden di Indonesia yang merokok. Kelompok

umur terbanyak responden di Indonesia pada penelitian ini berada pada kelompok umur 25-54 tahun sebesar 74,1%. Menurut jenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki. Proporsi jenis kelamin perempuan sebesar 83,1%.

Tabel 1 juga menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan pendidikan paling banyak berada pada tingkat pendidikan rendah yaitu 47218 responden (86,0%). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas penduduk Indonesia adalah mereka yang memiliki pendidikan rendah. Distribusi responden berdasarkan status perkawinan paling banyak terdapat pada responden yang sudah menikah yaitu sebanyak 42000 (76,5%) responden. Berdasarkan tingkat kekayaan, paling banyak terdapat pada kelompok dengan tingkat kekayaan rendah sebanyak 24059 responden (43,8%).

Determinan Merokok di Indonesia

Tabel 2. Analisis bivariat determinan merokok di Indonesia

Variabel	Merokok				P value	OR (CI 95%)
	Tidak		Ya			
	n	%	N	%		
Umur						0,216
15-24 Tahun (Remaja)	13690	29,1	537	6,9	<0,001	(0,211-0,222)
25-54 Tahun (Dewasa)	33443	70,9	7225	93,1		
Jenis Kelamin						0,027
Laki-laki	2722	5,8	6581	84,8	<0,001	(0,025-0,028)
Perempuan	44411	94,2	1181	15,2		
Tingkat Pendidikan						0,095
Rendah	40125	85,1	7093	91,4	<0,001	(0,088-0,103)
Tinggi	7008	14,9	669	8,6		
Status Perkawinan						0,072
Belum Menikah	10608	22,5	131	1,7	<0,001	(0,161-0,185)
Menikah	34514	73,2	7486	94,4		
Berpisah/bercerai	2011	4,3	145	1,9		
Tingkat Kekayaan						0,129
Rendah	20113	42,7	3946	50,8	<0,001	(0,124-0,135)
Menengah	8977	19,1	1482	19,1		
Tinggi	18043	38,2	2334	30,1		

Hasil analisis bivariat yang dilakukan menggunakan uji *Chi Square* pada tabel 2 menunjukkan bahwa umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status perkawinan memiliki hubungan dengan merokok ($p = <0,001$). Hasil analisis pada tabel 2 juga menunjukkan bahwa usia yang lebih dewasa 25-54 tahun lebih memiliki kemungkinan untuk merokok dibanding dengan usia yang muda 15-24 tahun. Jenis kelamin laki-laki, tingkat pendidikan yang rendah, yang sudah menikah dan tingkat kekayaan yang rendah juga lebih berpeluang untuk

merokok dan merupakan faktor protektif terhadap merokok.

Hubungan antara Umur dengan Merokok

Penelitian ini memperoleh hasil bahwa ada hubungan antara umur dengan merokok dan paling banyak terjadi pada usia yang lebih tua. Hal ini kemungkinan terjadi karena mereka yang dengan usia 25-54 tahun merupakan usia dewasa dan kebanyakan sudah memiliki pekerjaan dan pendapatan sehingga mereka memiliki daya beli yang besar dan memungkinkan

untuk mendapatkan rokok dengan mudah dibandingkan dengan mereka yang berusia 15-24 tahun. Faktor lain juga yang menyebabkan mengapa jumlah perokok pada usia dewasa lebih banyak yaitu karena biasanya pada usia muda masih merupakan tahap ‘coba-coba’ tetapi karena rokok memiliki sifat adiktif yang membuat kecanduan sehingga pada awalnya hanya mencoba tapi menjadi ketergantungan dan mengakibatkan terjadinya peningkatan konsumsi pada usia dewasa.

Penelitian lain juga menyatakan bahwa risiko merokok lebih tinggi pada pria dan wanita yang berusia 20-59 tahun dibandingkan dengan populasi yang lebih muda (Kaleta, 2012). Prevalensi merokok meningkat seiring dengan usia dan merupakan yang tertinggi di antara usia 25-44 tahun (Adeniji, 2016).

Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Merokok

Jenis kelamin berhubungan dengan merokok dan perokok laki-laki lebih banyak dibandingkan perokok perempuan. Angka prevalensi merokok yang tinggi pada laki-laki disebabkan antara lain karena adanya faktor budaya dimana di Indonesia merokok dikalangan laki-laki merupakan hal yang sudah tidak tabu lagi

atau dianggap sebagai hal yang wajar sedangkan pada wanita merokok merupakan hal yang tidak baik dan merupakan tingkah laku yang memalukan. Merokok merupakan hal yang tabu dan tidak pantas bagi perempuan, Perempuan yang merokok didepan umum akan dipandang sebelah mata dan dianggap sebagai “perempuan nakal”.

Hal ini sejalan dengan Hasil Riskesdas tahun 2010 menyatakan bahwa prevalensi perokok 16 kali lebih tinggi pada laki-laki (65,%) dibandingkan perempuan (4,2%) (Riskesdas, 2010). Hasil Riskesdas tahun 2007 juga menyatakan bahwa prevalensi merokok pada laki-laki lebih tinggi (65,6%) dibandingkan perempuan (5,2%) (Riskesdas, 2007). Hasil penelitian yang dilakukan kepada 5 negara-negara berkembang yang mengkonsumsi rokok menunjukkan bahwa prediktor utama konsumsi rokok saat ini adalah populasi dengan jenis kelamin laki-laki. Hal ini terjadi karena ada faktor-faktor yang mendorong untuk terjadinya suatu perilaku pada individu yaitu dengan adanya stigma sosial dalam masyarakat dimana merokok di antara pria di Indonesia, Malaysia dan Nigeria dianggap sebagai hal yang normal secara sosial; sedangkan merokok di kalangan wanita

dianggap sebagai perilaku yang tidak dapat diterima dalam budaya dan sosial (Palipudi, 2014). Merokok juga pada laki-laki di Indonesia merupakan suatu simbol kejantanan (Ng, 2007).

Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Merokok

Penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan seseorang berhubungan dengan status merokok, responden yang berpendidikan rendah yang merokok lebih banyak dari pada responden yang berpendidikan tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan seseorang mempengaruhi terhadap terjadinya perilaku dalam individu tersebut.

Tingginya angka prevalensi merokok pada mereka yang berpendidikan rendah kemungkinan terjadi akibat kurangnya pengetahuan akibat dampak dan bahaya merokok. Capaian pendidikan seseorang juga dilatarbelakangi oleh status ekonomi, hal ini didukung oleh hasil analisis univariat yang memperoleh hasil bahwa di Indonesia masih banyak rakyat miskin atau berada pada kuintil kekayaan terendah yang menyebabkan capaian pendidikan pun rendah dan hal ini berpengaruh pada pengetahuan dan mengakibatkan seseorang untuk merokok karena kurangnya pengetahuan. Penelitian lain memperoleh hasil yang sejalan

dengan penelitian ini yaitu mereka yang buta huruf, berpendidikan dasar, dan berpendidikan menengah adalah 3,23 lebih mungkin untuk merokok dibandingkan dengan responden yang berpendidikan lebih tinggi (Rahman, 2015).

Pengetahuan yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang berperan dalam mempengaruhi keputusan seseorang untuk berperilaku sehat (Kemenkes, 2013). Penelitian sebelumnya memperoleh hasil bahwa pengetahuan tentang efek kesehatan tembakau menurunkan kemungkinan konsumsi sebesar 30-40%. Adanya hubungan yang signifikan antara penggunaan tembakau dengan pendidikan (Kahar, 2016). Penelitian lain juga mengemukakan bahwa tingkat pendidikan yang lebih rendah meningkatkan kemungkinan untuk merokok (Doku, 2013).

Hubungan antara Status Perkawinan dengan Merokok

Hasil penelitian menyatakan bahwa ada hubungan antara status perkawinan dengan merokok. Responden yang sudah menikah dan merokok lebih banyak dari pada responden yang belum menikah dan yang sudah berpisah/bercerai. Hal ini

kemungkinan terjadi karena tingkat stres lebih tinggi terjadi pada mereka yang sudah menikah karena permasalahan sosial ekonomi yang terjadi dalam suatu rumah tangga dimana dalam suatu keluarga hanya kepala rumah tangga yang bekerja dan harus menanggung anggota keluarga lainnya, dan kemungkinan pendapatan kepala rumah tangga tidak cukup untuk memenuhi segala keperluan rumah tangga sehingga mengarahkan mereka untuk merokok sebagai cara untuk mengatasi stres tersebut.

Distribusi merokok berdasarkan Riskesdas 2010 konsumsi rokok terbanyak berada pada mereka dengan status yang sudah menikah dibandingkan dengan mereka yang berstatus belum menikah atau yang sudah bercerai (Riskesdas, 2010). Faktor lain juga yang mempengaruhi mengapa orang yang menikah lebih cenderung merokok yaitu karena dalam penelitian ini distribusi responden dengan status perkawinan menikah lebih banyak dibanding responden yang belum menikah atau yang sudah berpisah.

Hal ini tidak sejalan dengan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa yang bercerai lebih mungkin untuk merokok daripada yang sudah menikah (Jones, 2010). Penelitian

lain juga menyatakan merokok pada orang yang bercerai mengalami peningkatan dari 3% menjadi 15,7% dan dari 1,2% menjadi 6,9% di antara mereka yang tidak pernah perokok dan laki-laki lebih cenderung menjadi perokok ketika mereka bercerai (Alarcon, 2016).

Hubungan antara Tingkat Kekayaan dengan Merokok

Penelitian ini menyatakan bahwa ada hubungan antara status kekayaan dengan merokok. Responden yang dengan tingkat kekayaan rendah yang merokok lebih banyak dari pada responden yang memiliki tingkat kekayaan tinggi. Faktor yang menyebabkan mengapa mereka yang dengan tingkat kekayaan rendah lebih banyak merokok yaitu di Indonesia rokok dijual dengan harga yang cukup murah dan penjualan rokok di Indonesia juga masih diperbolehkan untuk dijual secara batangan. Keadaan seperti inilah yang menyebabkan rokok mudah diakses bahkan sampai pada kalangan dengan tingkat kekayaan terendah sehingga berdampak pada peningkatan jumlah perokok.

Di Filipina sekitar 2,5 kali merokok lebih umum dilakukan pada pria dengan pendapatan rendah yaitu 51,2% daripada pria dengan kuintil kekayaan

tertinggi yaitu 21,1%. Sebuah penelitian di Bangladesh menemukan bahwa 58% dari laki-laki dalam kelompok pendapatan terendah menggunakan tembakau, dibandingkan dengan 32,3% pada kelompok pendapatan tertinggi. (WHO, 2010). Orang yang lebih rendah tingkat kekayaannya cenderung menggunakan tembakau lebih banyak (CDC, 2009). Prevalensi merokok pada umumnya lebih tinggi pada kelompok sosial ekonomi rendah (Kaleta, 2012).

KESIMPULAN

Kesimpulan yang didapatkan dari hasil penelitian ini yaitu sebagai berikut :

1. Determinan terkait dengan merokok yang ada di Indonesia yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan dan tingkat kekayaan. Distribusi berdasarkan umur responden paling banyak berada pada usia 25-54 tahun (74,1%), berdasarkan jenis kelamin perempuan (83,1%) lebih banyak dibandingkan laki-laki, pada tingkat pendidikan paling banyak responden yang dengan tingkat pendidikan rendah (86,0%), berdasarkan status perkawinan responden di Indonesia paling banyak sudah menikah (76,5%) dan distribusi

berdasarkan tingkat kekayaan paling banyak pada responden yang dengan tingkat kekayaan rendah (43,8%).

2. Terdapat hubungan antara umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan dan tingkat kekayaan dengan morokok ($p = <0,001$)

SARAN

Diharapkan kerjasama antar multi-sektoral untuk menetapkan dan memperkuat kebijakan terkait pengendalian tembakau serta faktor-faktor pencegahan risiko penyakit tidak menular (PTM) dengan melakukan promosi kesehatan tentang dampak merokok secara komprehensif, dalam sektor pendidikan untuk menjadikan pengendalian tembakau dan penyakit tidak menular sebagai kurikulum, dan pada pemerintah daerah untuk melakukan pembuatan regulasi atau aturan pemerintah daerah terkait program Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

DAFTAR PUSTAKA

- Adeniji F, Babgboye E, Walbeek C. 2016. *Smoking in Nigeria: Estimates From the Global Adult Tobacco Survey (GATS) 2012*. Journal of Scientific Research and Report. 11(5):1-10-16; 2320-0227.
- Alarcon R, Carola A. 2016. *The Association of Smoking Status with Education, Income, Marital Status, BMI and Physical Activity in*

- Norway: *An analysis from 1974 to 2003*. The Arctic University of Norway, Faculty of Health Sciences
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Badan Pusat Statistik (BPS), Kementerian Kesehatan, Measure DHS, ICF International. 2013. *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: BKKBN, BPS, Kementerian Kesehatan
- Badan Pusat Statistik. 2013. *Pedoman Pewawancara Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2012*. Jakarta: Badan Pusat Statistik
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). 2009. *Cigarette Smoking among Adults – United States 2008*. MMWR, 58, 1227-32.
- Jones A, Gulbis A, Baker E. 2010. *Differences in Tobacco Use Between Canada and the United States*. International Journal Public Health. 55(3): 167-175.
- Kahar P, Misra R, Patel T. 2016. *Sociodemographic Correlates of Tobacco Consumption in Rural Gujarat India*. BioMed Research International. 10.1155/2016/5856740.
- Kaleta D, Teresa MD, Elzbieta DZ, Fronczak A. 2012. *Prevalance and Socio-demographic Correlates of Daily Cigarette Smoking in Poland: Result from the Global Adult Tobacco Survey (2009-2010)*. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health 2012;25(2);126-136.
- Kementerian Kesehatan RI. 2007. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2007)*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2010)*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013)*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Perilaku Merokok Masyarakat Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Profil Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: Kemetrian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Dampak Rokok Terhadap Kesehatan dan Ekonomi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Ng, Nawi, Weinehal L, Ohman A. 2007. *If I don't smoke, I'm not a real man—Indonesian teenage boy views about smoking*. Health Education Research Volume:22, Issue:6, Pages:794-804
- Palipudi K. 2014. *Prevalence and Sociodemographic Determinants of Tobacco use in four Countries of the World Health Organization: South-East Asia Region: Findings from the Global Adult Tobacco Survey*. Indian Journal Cancer. Vol 51 (5) 23-32.
- Rahman MA. 2015. *E-cigarettes and Smoking Cessation: Evidence from a Systematic Review and Meta-analysis*. PLoS ONE 10 (3) e0122544.

Sreeramareddy C, Ramakrishnareddy N, Kumar HN, Sathian B, Arokiasamy J. 2011. *Prevalence, Distribution and Correlates of Tobacco Smoking and Chewing in Nepal: a secondary data analysis of Nepal Demographic and Health Survey-2006*. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 6:33.

TCSC – Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat. 2014. *Fakta Tembakau dan Permasalahannya di Indonesia*. Jakarta: Tobacco Control and Support Center – IAKMI

World Health Organization. 2006. *Tobacco: deadly in any form of disguise*. Geneva: WHO

World Health Organization. 2010. *Gender, Women and Tobacco Epidemic*. Geneva: WHO

World Health Organization. 2011. *All rights reserved, Gender, Health, Tobacco and Equity*. Geneva: WHO