

## Rokok, Perokok pasif, Kematian Kardiovaskular dan Jaminan Kesehatan

Suko Adiarto

Peran rokok dalam menyebabkan kematian prematur akibat berbagai sebab/penyakit telah lama didokumentasikan. Namun demikian, angka konsumsi rokok secara agregat masih terus meningkat. Petodan Lopez memproyeksikan, dengan pola konsumsi rokok saat ini, angka kematian akibat rokok di seluruh dunia pada tahun 2000-2050 akan mencapai 520 juta. Data dari berbagai penelitian epidemiologi menunjukkan sebagian besar kematian ini disebabkan oleh penyakit kardiovaskular dan secara demografis proporsi kematian dini akibat penyakit kardiovaskular ini terjadi di Negara-negara berkembang di kawasan Afrikadan Asia Tenggara. Akibat yang sangat logis, mengingat data pada penelitian yang lain memperlihatkan bahwa lebih dari 80% prevalensi perokok di dunia berada di Negara dengan pendapatan perkapita rendah. Penelitian lain menunjukkan, di kawasan Eropa Timur, Asia Tengah dan Asia Tenggara, sekitar 50% dari seluruh penduduk berusia dewasa adalah perokok.

Efek negatif yang ditimbulkan oleh rokok tidak hanya terbatas pada perokok itu sendiri. Pada tataran sosial-ekonomi, penelitian di India menunjukkan bahwa alokasi anggaran belanja pada rumah tangga perokok secara signifikan lebih rendah pada hal-hal yang sangat penting, seperti pemenuhan nutrisi,

anggaran pendidikan, kesehatan dan energi. Kondisi ini akan menjadi lebih buruk dengan menurunnya pendapatan keluarga secara signifikan akibat kematian atau cacat permanen yang timbul secara prematur pada perokok yang biasanya adalah kepala keluarga. Dari sisi medis diketahui bahwa asap rokok mengandung lebih dari 4000 bahan kimia dan beberapa zat toksik seperti karbonmonoksida dan benzopyrene memiliki konsentrasi yang lebih tinggi pada asap rokok yang dihembuskan ketimbang yang dihisap. Hal ini menyebabkan potensi negatif asap rokok terhadap perokok pasif sama bahayanya dengan perokok aktif. Efek ini ditunjukkan kembali oleh Tiksnadi dkk. Walaupun tidak signifikan, terdapat kecenderungan perburukan fungsi endotel pada kelompok perokok pasif dibandingkan kelompok kontrol seperti diukur dengan modalitas *flow-mediated dilatation*. Seperti diketahui, disfungsi endotel merupakan tahap awal terjadinya kelainan arteri dan telah dibuktikan pula bahwa disfungsi endotel hampir selalu mendahului proses aterosklerosis, sehingga dapat dikatakan bahwa disfungsi endotel merupakan penanda dini terjadinya aterosklerosis yang merupakan dasar dari sebagian besar penyakit kardiovaskular.

Penelitian dari Tiksnadi dkk ini, bersama penelitian sejenis lain, berimplikasi penting secara klinis: pada usia yang sangat muda (rata-rata 24 tahun) dan lama paparan yang cukup singkat (minimal 3 tahun) telah terlihat adanya disfungsi endotel, sehingga tanpa intervensi berupa pengurangan paparan terhadap asap rokok dan faktor-faktor risiko lainnya, sangat mungkin responden populasi yang sesuai dengan

---

### Alamat Korespondensi:

dr Suko Adiarto, PhD, SpJP, Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskular FKUI dan Pusat Jantung Nasional Harapan Kita, Jln S Parman Kav 87 Jakarta 11420. Email: [sukoadiarto@gmail.com](mailto:sukoadiarto@gmail.com)

karakteristik responden akan mengalami progresivitas menjadi penyakit terosklerotik yang simtomatik pada usia yang masih relatif muda. Terdeteksinya disfungsi endotel pada subjek penelitian ini boleh dianggap terlalu sederhana (*underestimation*) terhadap masalah perokok pasif yang sebenarnya, mengingat distribusi perokok yang sangat luas dan masih kurangnya area khusus perokok, sehingga paparan asap rokok bagi non-perokok bisa terjadi di rumah, sekolah, tempat kerja, transportasi umum dan bahkan di ruang-ruang publik.

Peran pemerintah dalam kebijakan kesehatan bersifat sentral. Sebuah sistem yang menjamin pelayanan kesehatan secara menyeluruh merupakan hal mendasar yang harus diterapkan, dan ini baru akan dirasakan oleh masyarakat Indonesia melalui BPJS atau Kartu Jakarta Sehat untuk penduduk DKI. Namun demikian, penitikberatan di area kuratif dan rehabilitatif, terutama pada penyakit kardiovaskular selain mahal juga boleh dikatakan terlambat karena untuk mencapai kondisi yang optimal seringkali diperlukan intervensi, *device*, pembedahan dan terapi medika mentosa seumur hidup. Karena itu penitikberatan kearah promotif dan preventif seyogyanya ditekankan bersamaan dengan mulai berlakunya jaminan kesehatan nasional. Kembali ke soal rokok, ketegasan dalam regulasinya oleh pemerintah akan melindungi masyarakat dari bahaya rokok. Peningkatan pajak/cukai atas rokok, pemberlakuan larangan merokok di ruang-ruang publik termasuk transportasi umum, pembatasan iklan dan penyebaran informasi bahaya rokok secara sendiri-sendiri maupun secara bersama-sama telah terbukti menurunkan, atau paling tidak menghambat lajunya prevalensi perokok. Penelitian di negara maju menunjukkan penerapan pola-pola di atas dapat meningkatkan jumlah perokok yang berhenti, mengurangi jumlah perokok baru dan mengurangi jumlah rokok yang dikonsumsi oleh perokok.

Jumlah pembiayaan pengobatan penyakit akibat rokok sesungguhnya dapat dihitung secara

akurat. Hitungan dari negara-negara dengan sistem asuransi nasional yang menjamin seluruh rakyat menunjukkan bahwa biaya pengobatan yang dikeluarkan untuk penyakit akibat rokok jauh melebihi penghasilan dari pajak/cukai dari rokok. Kita sesungguhnya bisa belajar dari fakta ini, namun bila ini belum cukup, kita akan segera belajar (fakta yang sama) dari pemberlakuan jaminan kesehatan yang universal (BPJS), dimana pemerintah memberikan dana talangan jaminan kesehatan. Sudah waktunya kita melindungi masyarakat kita dari bahaya rokok, terlebih perokok pasif, yang tidak ikut merasakan nikmatnya, namun harus ikut menanggung akibatnya.

## Daftar Pustaka

1. Peto R, Lopez AD, The Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koops EC, Pearson CE, Schwartz MR, eds. Critical Issues in Global healths . New York: Joosey-Bass, 2001
2. Jha P, Chalupka FJ. The economics of tobacco Control. *BMJ* 200; 321: 356-61
3. Jha P, Mony P, Moore J, Zatonski W. Avoidance of worldwide vascular deaths S, and total deaths from smoking. In: Yusuf S, Cairn JA, Fallen EL, Gersh BJ, eds. Evidence-based Cardiology, 3<sup>rd</sup> ed. Singapore 2010: 111-124
4. Taylor AE, Johnson DC, Kazemi H. Environmental tobacco smoke and cardiovascular disease: a position paper from the council on cardiopulmonary and critical care, American Heart Association. *Circulation* 1992; 86:699-702.
5. Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and heart disease: epidemiology, physiology, and biochemistry. *Circulation* 1991; 83:1-12.
6. Molarius A, Peersons RW, Dobson AJ. Trends in cigarette smoking in 36 populations from early 1980s to the mid 1990s: finding from MONICA project. *Am J Public Heath* 2001; 91(2): 206-12
7. Tiksnadi B, Purnowati A, Akbar R. Endothelial dysfunction in healthy passive smoker. *J Kardiologi Indones*. 2012; 33: 149-57.