1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang dan Masalah

Pemerintah melalui Kementerian Keuangan kembali menaikkan harga cukai untuk Tahun 2013 dengan besaran rata-rata sekitar 8,5 persen atau mulai Rp 5,00 sampai dengan Rp 20,00 per batang rokok. Kebijakan cukai hasil tembakau tertuang dalam Peraturan Menteri Keuangan (PMK) No.179/PMK.011/2012 tentang tarif cukai pada 12 November 2012, dengan ketentuan tarif cukai mulai berlaku pada 25 Desember 2012. Peraturan Menteri Keuangan (PMK) No.179/PMK.011/2012 tentang tarif cukai hasil tembakau mencabut PMK No. 181/PMK.011/2009 tentang Tarif Cukai Hasil Tembakau pada tanggal 16 November 2009 yang mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2010.

Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat pengeluaran per kapita per bulan masyarakat miskin mengalami kenaikan dari Rp 259.520,00 pada bulan September 2012 menjadi Rp 271.626,00 pada bulan Maret 2013. Konsumsi terbesar adalah untuk makanan yang juga naik dari Rp 190.758,00 pada bulan September 2012 menjadi Rp 199.691,00 di bulan Maret 2013. Terdapat komoditas sub makanan terbesar yang dikeluarkan para masyarakat miskin. Pertama, beras di mana masyarakat kota mengeluarkan 25,86 persen penghasilan untuk membeli pangan pokok ini, sementara masyarakat desa mengeluarkan 33,97 persen. Kedua, rokok kretek filter. Masyarakat miskin kota mengeluarkan 8,82 persen dan desa

7,48 persen. Penelitian *Indonesian Forum Parliamentarians for Population and Development* (IFPPD) melaporkan, dua dari tiga ayah di Indonesia mengonsumsi rokok. Lembaga ini memperkirakan, sebanyak 12 juta ayah dari 19 juta keluarga miskin adalah perokok.

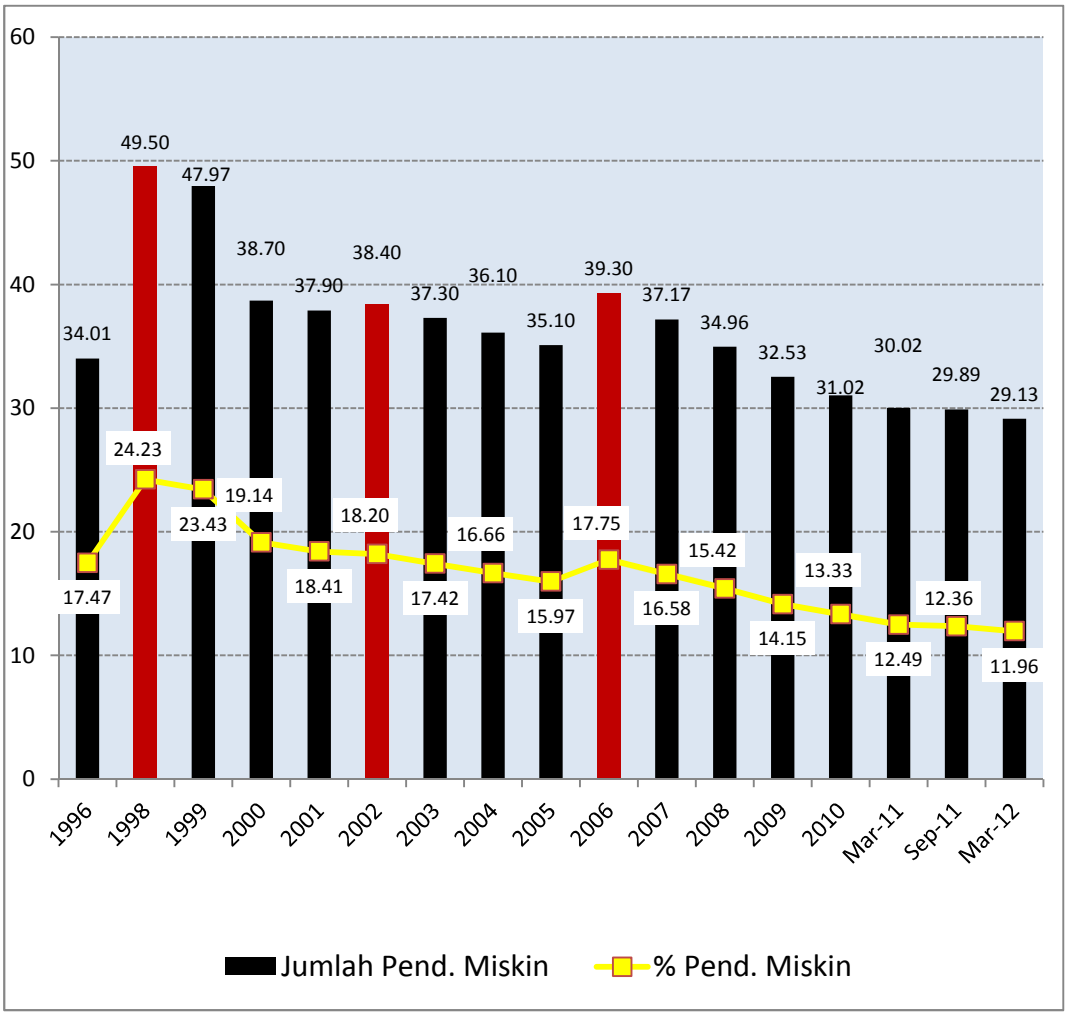
Pada bulan September 2013, jumlah penduduk miskin (penduduk dengan pengeluaran per kapita per bulan di bawah Garis Kemiskinan) di Indonesia mencapai 28,55 juta orang (11,47 persen), bertambah sebanyak 0,48 juta orang dibandingkan dengan penduduk miskin pada Maret 2013 yang sebanyak 28,07 juta orang (11,37 persen). Selama periode Maret – September 2013, jumlah penduduk miskin di daerah perkotaan naik sebanyak 0,30 juta orang (dari 10,33 juta orang pada Maret 2013 menjadi 10,63 juta orang pada September 2013), sementara di daerah perdesaan naik sebanyak 0,18 juta orang (dari 17,74 juta orang pada Maret 2013 menjadi 17,92 juta orang pada September 2013). Selama periode Maret 2013 – September 2013, persentase penduduk miskin di daerah perkotaan dan perdesaan tercatat mengalami kenaikan. Persentase penduduk miskin di daerah perkotaan pada Maret 2013 sebesar 8,39 persen, naik menjadi 8,52 persen pada September 2013. Sementara persentase penduduk miskin di daerah perdesaan meningkat dari 14,32 persen pada Maret 2013 menjadi 14,42 persen pada September 2013.

Peranan komoditi makanan terhadap Garis Kemiskinan jauh lebih besar dibandingkan peranan komoditi bukan makanan (perumahan, sandang, pendidikan, dan kesehatan). Sumbangan Garis Kemiskinan Makanan terhadap Garis Kemiskinan pada September 2013 tercatat sebesar 73,43 persen, kondisi ini tidak jauh berbeda dengan kondisi Maret 2013 yang sebesar 73,52 persen.

Komoditi makanan yang berpengaruh besar terhadap nilai Garis Kemiskinan di perkotaan relatif sama dengan di perdesaan, diantaranya adalah beras, rokok kretek filter, telur ayam ras, mie instan, gula pasir, tempe, dan bawang merah. Sedangkan, untuk komoditi bukan makanan diantaranya adalah biaya perumahan, listrik, pendidikan, dan bensin. Pada periode Maret 2013 – September 2013, Indeks Kedalaman Kemiskinan (P_1) dan Indeks Keparahan Kemiskinan (P_2) menunjukkan peningkatan. Ini mengindikasikan bahwa rata-rata pengeluaran penduduk miskin cenderung menjauh dari Garis Kemiskinan dan ketimpangan pengeluaran penduduk miskin melebar.

Gambar 1 menjelaskan bahwa penurunan kemiskinan berjalan lambat, kemiskinan meningkat di Tahun 1998 sebesar 49,5 persen, Tahun 2002 sebesar 38,4 persen, dan Tahun 2006 sebesar 39,3 persen. Hasil Susenas Tahun 1995, 2001, dan 2004 menunjukan proporsi pengeluaran rokok masyarakat dengan tingkat sosial ekonomi terendah, lebih tinggi proporsinya dibandingkan dengan tingkat sosial ekonomi tertinggi. Tahun 1995 (6,1 : 4,9), Tahun 2001 (9,1 : 7,5), dan Tahun 2004 (10,9 : 9,7). Selain itu, pada periode Maret - September 2011, juga terjadi penurunan angka kemiskinan dengan laju yang lebih lambat jika dibandingkan Tahun 2010, yaitu hanya berkurang 0,13 juta orang. Padahal pada Tahun 2009 dan 2010 data dari BPS jumlah penduduk miskin berkurang masing-masing sebesar 2,43 juta dan 1,51 juta. Angka kemiskinan sendiri pada bulan Maret dan September 2011 masing-masing sebesar 12,49 persen dan 12,36 persen, sedangkan Tahun 2009 dan 2010 sebesar 14,15 persen dan 13,33 persen. Angka ini mengacu pada garis kemiskinan berupa besarnya nilai pengeluaran (dalam rupiah) per kapita per bulan untuk memenuhi kebutuhan dasar minimum makanan

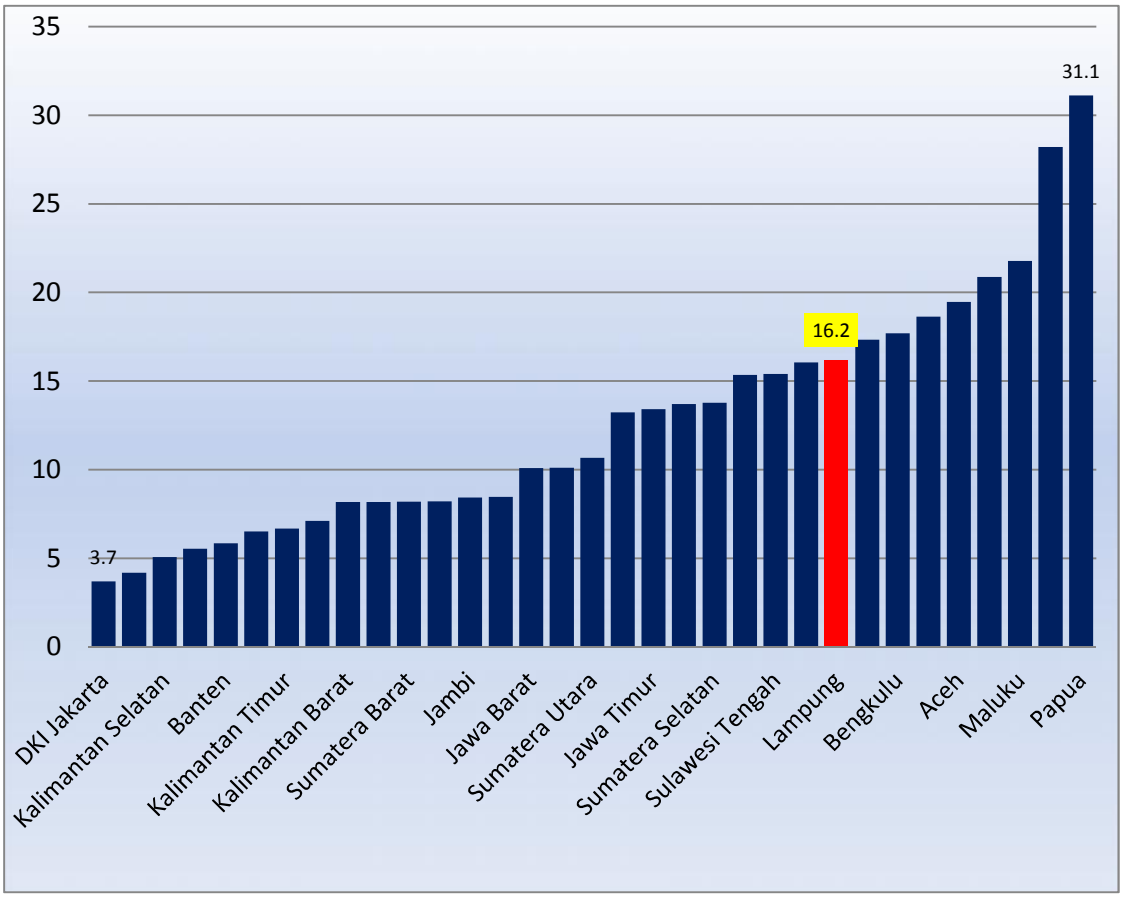
dan non makanan yang dihitung oleh BPS. Garis kemiskinan makanan merupakan nilai pengeluaran kebutuhan minimum makanan yang disetarakan dengan 2.100 kalori per kapita per hari, sedangkan garis kemiskinan non makanan adalah kebutuhan minimum untuk perumahan, sandang, pendidikan, dan kesehatan.



Sumber : BPS, 2012

Gambar 1. Trend Kemiskinan di Indonesia 1996 - 2012

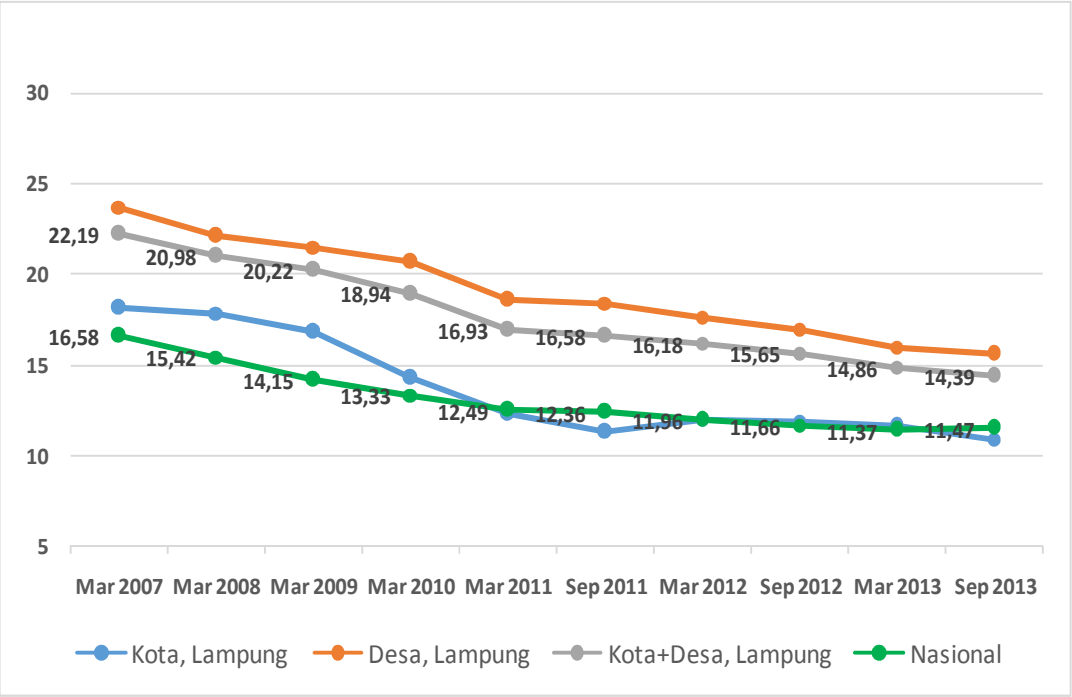
Gambar 2 memperlihatkan ada disparitas tingkat kemiskinan antar Provinsi sangat tinggi (Jakarta sebesar 3,69 persen, Papua sebesar 31,11 persen, dan Lampung sebesar 16,2 persen serta Indonesia sebesar 11,96 persen. Persentase Provinsi Lampung masih di atas angka nasional.



Sumber : BPS, 2012

Gambar 2. Persentase Penduduk Miskin Menurut Provinsi, Maret 2012

Angka kemiskinan Lampung September 2013 masih lebih tinggi dibanding angka nasional (11,47 persen). Trend menurun sejak 2007 dengan rata-rata penurunan sekitar 1,05 persen setiap Tahun. Tingkat kecepatan penurunan yang lebih cepat dibanding nasional terlihat dari gap yang semakin menyempit.



Sumber : BPS, 2013

Gambar 3. Trend Angka Kemiskinan Lampung dan Indonesia, Tahun 2007 - 2013

Menurut Aditama (2012) masalah merokok merupakan masalah yang serius karena menyangkut berbagai aspek, yaitu: aspek kesehatan, aspek ekonomi, dan aspek sosial. Kebiasan merokok telah terbukti berhubungan dengan 25 jenis penyakit dari berbagai alat tubuh manusia, seperti kanker paru, bronkitis kronik, emfisema dan berbagai penyakit paru lainnya. Rokok pada dasarnya merupakan pabrik bahan kimia yang berbahaya. Levinthal (1996), Asap satu batang rokok mengandung 4.000 bahan kimia yang sangat berbahaya bagi kesehatan. Peningkatan jumlah perokok akan sangat membahayakan status kesehatan masyarakat di masa depan. Status kesehatan yang menurun akibat dampak merokok dapat meningkatkan kemungkinan terkena berbagai jenis penyakit yang dapat menurunkan kualitas sumberdaya manusia Indonesia. Selain itu, merokok akan menciptakan beban ganda yang harus ditanggung, karena

merokok akan mengganggu kesehatan sehingga akan lebih banyak lagi biaya yang dikeluarkan untuk mengobati penyakitnya.

Thabrany (2008), Setiap tahun di Indonesia diperkirakan mengeluarkan uang untuk membeli rokok senilai Rp 120 triliun dan diperkirakan pada Tahun 2008 ini Pemerintah bisa mendapatkan penghasilan cukai dari rokok sekitar Rp 44 triliun. Pada penelitian Kosen pada Tahun 2005, melakukan estimasi penghitungan biaya akibat konsumsi tembakau sebesar Rp 167,1 triliun. Jumlah tersebut adalah sekitar 5,1 kali lipat lebih tinggi dari pemasukan cukai sebesar Rp 32,6 triliun pada Tahun 2005. Ketua Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) menyampaikan bahwa dari segi pemasukan keuangan negara terlihat bahwa pemasukan cukai rokok untuk keuangan negara menyumbang dana yang cukup besar. Tetapi apabila dibandingkan dengan kerusakan moral dan kesehatan anak bangsa maka bangsa ini akan lebih menderita jika terus dibiarkan mengonsumsi rokok.

Kelompok masyarakat dengan sosial ekonomi rendah yang patut mendapat perhatian dalam bidang kesehatan salah satunya adalah pekerja sektor informal. Saat ini proporsi pekerja sektor informal terus meningkat sebagai dampak dari globalisasi dan tidak cukup signifikan dalam penyerapan tenaga kerja formal. Kesempatan kerja di sektor formal semakin terbatas, harus diperebutkan oleh para pencari kerja yang setiap tahun semakin meningkat. Tekanan untuk memperebutkan lapangan kerja, diyakini akan semakin menguat dengan dikeluarkannya kebijakan kenaikan bahan bakar minyak. Dengan kondisi yang demikian, tenaga kerja yang tidak terserap oleh pasar kerja formal akan memasuki sektor informal.

Pada penelitian Barber (2008), tingginya prevalensi merokok berkontribusi secara signifikan pada kematian dini. Akibatnya mengurangi umur harapan hidup laki-laki, meningkatkan biaya kesehatan dan menurunkan produktivitas. Berdasarkan laporan Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia (LDFE-UI) diperoleh bahwa sebanyak 57 juta penduduk Indonesia merokok. Persentase penduduk yang merokok pada Tahun 1995 adalah 27 persen, meningkat menjadi 34 persen pada Tahun 2004. Persentase penduduk laki-laki merokok mencapai 63 persen sedangkan penduduk perempuan yang merokok adalah 4,5 persen. Mayoritas perokok (88 persen) mengonsumsi rokok kretek dan 78 persen perokok mulai merokok sebelum umur 19 tahun. Rata-rata umur mulai merokok pertama kali adalah 17,4 tahun.

Bagi sebagian besar masyarakat dengan sosial ekonomi rendah, pengeluaran biaya rokok dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga lainnya seperti memenuhi kebutuhan gizi, memenuhi biaya pendidikan dan memenuhi biaya kesehatan anggota keluarga. Sekitar 5 juta kematian setiap tahun atau satu dari setiap 10 kematian orang dewasa di seluruh dunia terjadi karena tembakau. Angka tersebut diperkirakan akan mencapai sekitar sepuluh juta per tahun pada Tahun 2030 jika perkembangan konsumsi rokok tidak berubah. Konsumsi tembakau cenderung turun di negara maju, tetapi sebaliknya naik pesat di negara-negara berkembang. Menurut Irawan (2005) bahwa penggunaan tembakau dapat menimbulkan kerugian seketika bagi pengguna dan keluarga. Kerugian tersebut dialami sedikit demi sedikit setiap hari, dan biasa diabaikan oleh pihak manapun, khususnya bagi pengguna.

Salah satu dasar hukum yang mendukung pengendalian konsumsi tembakau adalah Undang-Undang (UU) Kesehatan No. 36/2009 tentang Pengamanan Produk Tembakau sebagai Zat Adiktif bagi Kesehatan. Untuk melengkapi UU tersebut maka Pemerintah membuat Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) tentang Pengendalian Dampak Tembakau, namun hingga saat ini belum juga disahkan. Kontroversi mengenai RPP Tembakau terus bergulir. Berbagai pihak meminta Pemerintah mempertimbangkan kembali dampak ekonomi RPP Tembakau, tetapi beberapa pihak lain juga mendesak Pemerintah untuk segera mengesahkan RPP Tembakau dengan alasan bahwa RPP Tembakau dapat melindungi anak Indonesia dari bahaya konsumsi tembakau.

Salah satu upaya untuk mengontrol penggunaan tembakau secara global ditandai dengan adanya komitmen internasional melalui *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC) yang diadopsi oleh 192 negara anggota Badan Kesehatan Dunia (WHO) pada Tahun 2003. Meskipun secara internasional Indonesia belum menunjukkan komitmen pengendalian tembakau yang kuat, karena belum menandatangani FCTC, namun Indonesia telah menerapkan beberapa program pengendalian tembakau. Konvensi FCTC berisi upaya-upaya untuk:

1. Mengatasi dampak tembakau terhadap kesehatan publik;
2. Mengatasi isu-isu penting, seperti kebijakan harga dan cukai rokok, penyelundupan, iklan rokok;
3. Mengkaji hubungan antara tembakau dan kemiskinan;
4. Memperjuangkan hak publik untuk udara bersih di dalam ruangan.

Adanya kajian tentang hubungan antara tembakau dan kemiskinan maka studi tentang keterkaitan antara penggunaan tembakau terhadap kemiskinan dan perekonomian nasional masih terbatas sampai saat ini. Irawan (2005), Kajian tersebut tentunya sangat relevan dilakukan di Indonesia, sebagai salah satu negara penghasil tembakau dan produsen rokok, serta masih relatif tingginya tingkat kemiskinan. Menurut Irawan (2005) penggunaan tembakau sering kali menciptakan lingkaran setan kemiskinan. Penggunaan tembakau dapat meningkatkan kemiskinan melalui kerentanan timbul risiko karena sumber pendapatan keluarga miskin yang terbatas justru dibelanjakan untuk konsumsi tembakau, dan bukan untuk kebutuhan pokok, seperti makanan, biaya pendidikan anak, biaya kesehatan dan upaya meningkatkan gizi anak-anak dan keluarga. Hal senada disampaikan Ahsan (2012) bahwa konsumsi tembakau merupakan perangkap kemiskinan. Ancaman konsumsi tembakau untuk kesehatan, ekonomi, dan sosial masyarakat kini semakin nyata.

Membahas masalah tembakau, tidak akan terlepas dari berbicara masalah rokok, karena 97 persen dari penduduk yang mengonsumsi tembakau adalah perokok. Masalah rokok merupakan masalah yang serius karena menyangkut berbagai aspek, yaitu: aspek kesehatan, aspek ekonomi, dan aspek sosial. Berbagai penelitian untuk memahami berbagai risiko terhadap kesehatan dan kematian yang timbul karena bahaya merokok telah berkembang cukup lama. Kebiasan merokok telah terbukti berhubungan dengan paling sedikit 25 jenis penyakit dari berbagai alat tubuh manusia, seperti kanker paru, bronchitis kronik, emfisema dan berbagai penyakit paru lainnya (Setiaji, 2011). Moore (1996) juga menyatakan bahwa semakin tinggi perokok yang mengidap kanker paru-paru,

stroke, arteriosclerosis, bronchitis, asma dan lain sebagainya, menunjukkan adanya hubungan antara penyakit yang diderita perokok dengan jumlah rokok yang dikonsumsi. Hal senada disampaikan oleh (Aditama, 2012) yang menyatakan bahwa jika konsumsi rokok tidak dihentikan mulai dari sekarang, dalam 10 tahun lagi dampak buruk rokok akan menimpa tenaga kerja produktif. Tenaga kerja yang sakit-sakitan akan menurunkan produktivitas nasional yang akan mengancam bonus demografi .

Tahun 2010, sebanyak 190.260 orang penduduk Indonesia meninggal karena penyakit yang terkait tembakau atau 12,7 persen dari total kematian (Kosen, 2012). Kosen (2012) juga menjelaskan bahwa secara makro, tembakau di Indonesia pada Tahun 2010 menyebabkan pengeluaran yang tidak perlu sebesar Rp 231,27 triliun, yang terdiri dari Rp 138,00 triliun untuk pembelian rokok, Rp 2,11 triliun untuk biaya perawatan medis rawat inap dan rawat jalan, dan Rp 91,16 triliun kerugian akibat kehilangan produktivitas karena kematian *premature* dan *morbiditas-disabilitas*. Sementara total pendapatan dari cukai tembakau pada Tahun 2010 hanya sebesar Rp 55,00 triliun.

Menurut data dari Kementerian Kesehatan penyakit kanker tertinggi pada Tahun 2012 adalah kanker paru-paru. Kematian akibat kanker paru untuk laki-laki sebesar 30 persen dan persentase kasus baru untuk kanker ini sebesar 34,2 persen. Sedangkan untuk wanita persentase untuk kematian akibat kanker paru sebesar 11,1 persen dan kasus baru kanker paru sebesar 13,6 persen. Estimasi jumlah kasus baru dan jumlah kematian akibat kanker paru di RS Kanker Dharmais selama Tahun 2010-2013 dapat dilihat pada tabel 1. Kasus kanker paru selama

empat tahun terakhir terus meningkat sejalan dengan tingginya kematian akibat kanker paru yang terus meningkat setiap tahun.

Tabel 1. Estimasi Jumlah Kasus Baru dan Jumlah Kematian Akibat Kanker Paru Di Rumah Sakit Kanker Dharmais Selama Tahun 2010 - 2013

Tahun	Kasus Baru	Kematian (jiwa)
(1)	(2)	(3)
2010	117	38
2011	165	39
2012	163	52
2013	173	65

Sumber : Instalasi Deteksi Dini dan Promosi Kesehatan RS Kanker Dharmais, 2010-2013

Kerugian akibat rokok sangat dirasakan khususnya oleh keluarga miskin, ketika pendapatan mereka yang sangat terbatas harus disisihkan untuk membeli rokok, dan bukan untuk kebutuhan dasar makanan dan kebutuhan esensial lainnya. Bagi keluarga miskin, sedikit saja pengalihan sumber pendapatan yang terbatas mempunyai dampak yang besar terhadap status kesehatan dan gizi mereka. Tingginya prevalensi perokok di Indonesia dewasa ini sangat memprihatinkan. Seperti yang dilansir Bisnis Indonesia (2 Januari 2012) bahwa rokok kretek filter memberikan sumbangan terbesar kedua pada Garis Kemiskinan (GK) yang dihitung oleh BPS. Sungguh mengkhawatirkan bahwa di dalam pengeluaran makanan, banyak penduduk miskin yang membelanjakan pendapatannya untuk hal-hal yang berdampak buruk bagi kesehatan seperti pengeluaran untuk rokok.

Menurut BPS faktor paling besar di sektor makanan adalah beras yang menduduki posisi pertama. Komoditas ini memengaruhi kemiskinan sebesar 24,81

persen di perkotaan dan 32,72 persen di perdesaan dan rokok kretek filter yang berada di posisi dua. Konsumsi rokok kretek filter ini memengaruhi kemiskinan sebesar 10 persen di perkotaan dan 8,31 persen di perdesaan. Rokok ini tidak ada kalorinya, tapi pengaruhnya sangat besar. Rumah tangga di Indonesia yang terjerat konsumsi rokok pada Tahun 2003 mencapai 60 persen. Pada Tahun 2003 - 2006 pengeluaran rumah tangga per bulan untuk membeli rokok meningkat, dari Rp 424.000,00 pada tahun 2003 menjadi Rp 523.000,00 pada Tahun 2006. Sementara, pada tahun 2006 pengeluaran rumah tangga termiskin untuk rokok hanya terkalahkan oleh pengeluaran untuk padi-padian.

Tabel 2. Pengeluaran rata-rata Per Kapita Sebulan (Rupiah) menurut Kelompok Makanan dan Daerah Tempat Tinggal di Provinsi Lampung, Maret 2013

Kelompok Makanan	Kota (rupiah)	Desa (rupiah)	Kota + Desa (rupiah)
(1)	(2)	(3)	(4)
Padi-padian dan Umbi-umbian	65.317	64.614	64.794
Ikan, Daging, Telur dan Susu	65.581	41.247	47.498
Kacang, Buah dan Sayuran	72.565	58.495	62.109
Minyak dan Lemak, Bumbu-bumbuan	21.548	18.179	19.046
Bahan Minuman dan Konsumsi Lainnya	23.461	20.600	21.336
Makanan dan Minuman Jadi	100.587	39.120	54.912
Tembakau dan Sirih	56.152	40.757	44.712
Jumlah	405.210	283.011	314.408

Sumber: BPS Provinsi Lampung, 2013

Di Provinsi Lampung pengeluaran peringkat pertama adalah pengeluaran padi-padian dan umbi-umbian sebesar Rp 64.794,00 perbulan diikuti pengeluaran

sayur-sayuran Rp 62.109,00 perbulan, lauk pauk sebesar Rp 47.498,00 perbulan, konsumsi makanan jadi dan yang keempat konsumsi tembakau dan sirih yaitu sebesar Rp 44.712,00 perbulan. Beberapa penelitian di Indonesia tentang rokok menunjukkan bahwa penduduk miskin cenderung lebih banyak menggunakan tembakau daripada penduduk yang lebih kaya (World Bank, 1999). Menurut Irawan (2005) dan Ahsan (2012) semakin tinggi tingkat kecanduan perokok, semakin miskin kondisi perekonomian keluarga. Sebab, porsi belanja rokok semakin besar sehingga mengurangi kemampuan mencukupi kebutuhan lain, seperti makanan, biaya pendidikan anak, biaya kesehatan dan upaya meningkatkan gizi anak-anak dan keluarga, pengobatan, terlebih menabung. Hasil studi yang hampir sama dikemukakan Efroymson (2001) bahwa pengeluaran untuk konsumsi rokok akan mengakibatkan kemiskinan dan secara signifikan menurunkan standar hidup keluarga miskin.

Berbagai kebijakan diambil oleh pemerintah untuk mengendalikan konsumsi rokok, diantaranya dengan menaikkan tarif cukai rokok, sehingga harga rokok dari tahun ke tahun terus meningkat. Pemerintah terus berusaha mencari sistem cukai yang dapat menurunkan konsumsi rokok masyarakat secara efektif. Sistem cukai memengaruhi keputusan konsumen dalam hal kualitas dan jumlah rokok yang dikonsumsi. Ketika harga rokok naik, rumah tangga akan mengurangi kualitas dan kuantitas rokok yang dikonsumsi. Namun studi yang dilakukan Bank Dunia menunjukkan bahwa peningkatan cukai rokok hanya sedikit menurunkan konsumsi rokok. Sisi lain program pengentasan kemiskinan terus berusaha mengurangi jumlah penduduk miskin dengan cara menaikkan pendapatan.

Kenaikan pendapatan tersebut diduga akan diikuti kenaikan konsumsi rokok rumah tangga.

Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO,2004) dan Harahap (2003) menyatakan bahwa rokok merupakan barang yang berbahaya dan bersifat adiktif atau mencandui, yaitu membuat pengguna ketagihan, membuat ketergantungan. Sulit menghentikan kebiasaan merokok pada rumah tangga miskin maupun tidak miskin, karena kebiasaan merokok sudah menjadi penyakit masyarakat yang sampai sekarang belum ada penyembuhnya. Hasil penelitian Lawror (2003) dalam penelitian Setiaji (2011) menyatakan bahwa pada kelompok kurang beruntung merokok seringkali merupakan kenikmatan dan cara untuk mengatasi masalah, serta mengatasi kehidupan yang penuh tekanan.

Dari permasalahan di atas maka penelitian ini mempunyai pertanyaan penelitian, yaitu:

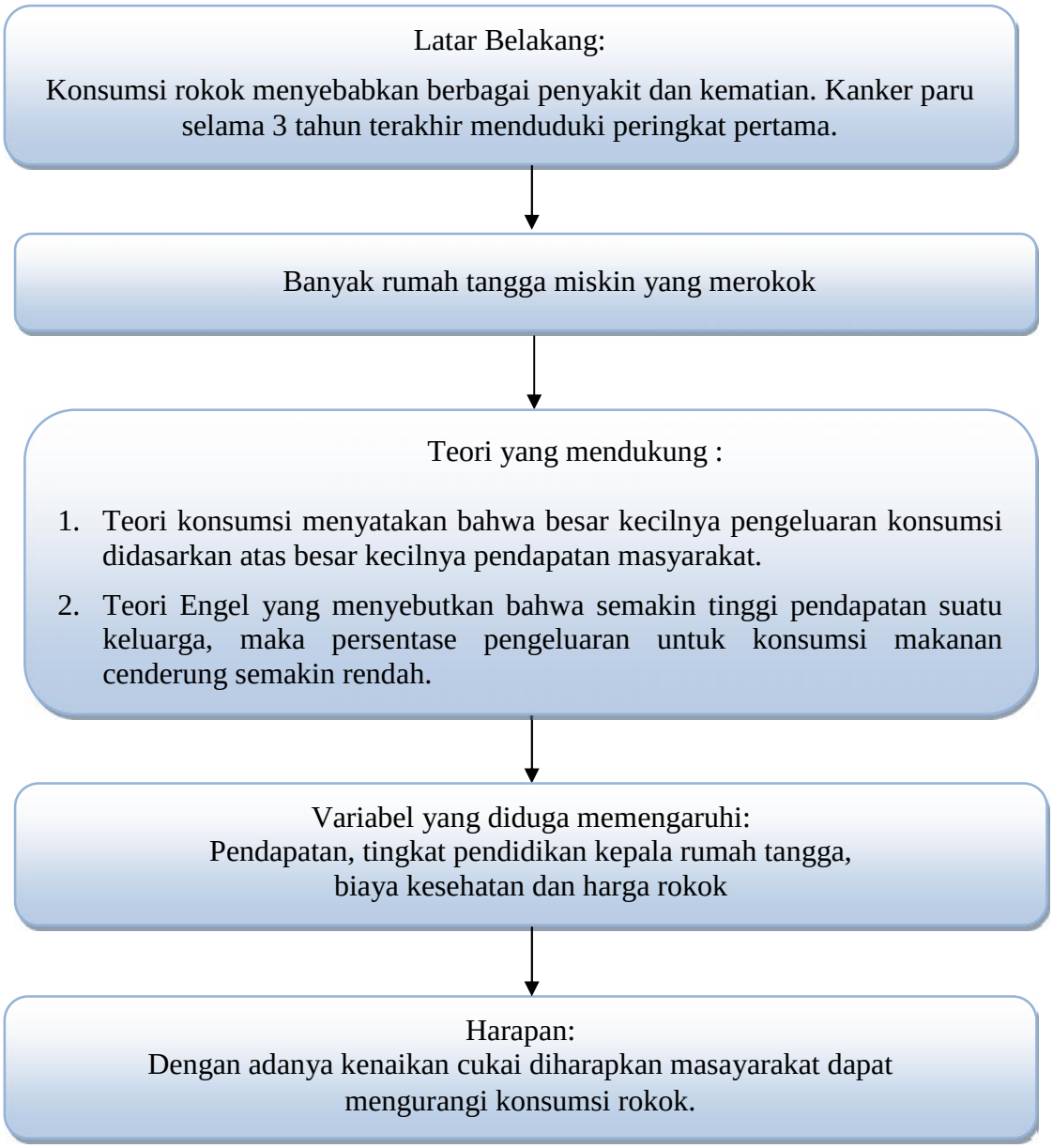
a. Apa saja yang menjadi faktor-faktor dalam mengonsumsi rokok pada rumah tangga miskin di Provinsi Lampung ?

1.2. Tujuan

Berdasarkan latar belakang dan permasalahan yang telah diuraikan di atas, maka tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi konsumsi rokok rumah tangga miskin di Provinsi Lampung setiap Tahun 2011, 2012, dan 2013.

1.3. Kerangka Pemikiran

Penelitian ini menggunakan alur pikir sebagai berikut:



Gambar 4. Kerangka Pemikiran Konsumsi Rokok Pada Rumah Tangga Miskin di Provinsi Lampung Tahun 2011 - 2013

Rokok merupakan komoditi yang bersifat adiktif dan mempunyai pengaruh yang buruk terhadap kesehatan. Namun masih banyak rumah tangga yang terperangkap dalam adiksi rokok. Pemerintah telah berusaha untuk

mengurangi konsumsi rokok masyarakat, salah satunya adalah dengan menaikkan tarif cukai rokok. Namun fakta menunjukkan bahwa prevalensi rokok masih tinggi, terutama pada rumah tangga miskin. Dengan mengembangkan model dari penelitian sebelumnya maka pola konsumsi rokok rumah tangga diduga akan dipengaruhi oleh karakteristik sosial demografi rumah tangga yang diduga dapat memengaruhi pola konsumsi rokok adalah lama sekolah kepala rumah tangga, dan pendapatan rumah tangga. Variabel sosial demografi tersebut dimasukkan ke dalam model karena berfungsi sebagai variabel kontrol.

1.4. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah diduga pendapatan, tingkat pendidikan kepala rumah tangga, biaya kesehatan dan harga rokok yang dikonsumsi pada rumah tangga miskin berpengaruh terhadap konsumsi rokok di rumah tangga miskin setiap Tahun 2011, 2012, dan 2013.