



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
PEMBENTUKAN KEBIJAKAN PENGENDALIAN DAMPAK
TEBAKAU TERHADAP KESEHATAN**

TESIS

**PATRICIA SOETJIPTO
0906592565**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JANUARI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
PEMBENTUKAN KEBIJAKAN PENGENDALIAN DAMPAK
TEBAKAU TERHADAP KESEHATAN**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister
Kesehatan Masyarakat**

**PATRICIA SOETJIPTO
NPM: 0906592565**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIJAKAN DAN HUKUM KESEHATAN
DEPOK
JANUARI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Patricia Soetjipto
NPM : 0906592565
Tanda Tangan :



Tanggal : 24 Januari 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Patricia Soetjipto

NPM : 0906592565

Mahasiswa Program : Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

ANALISIS FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMBENTUKAN
KEBIJAKAN PENGENDALIAN DAMPAK TEMBAKAU TERHADAP KESEHATAN

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebesar-besarnya.

Depok, 24 Januari 2012



(Patricia Soetjipto)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Patricia Soetjipto
NPM : 0906592565
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi
Pembentukan Kebijakan Pengendalian Dampak
Tembakau Terhadap Kesehatan

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat Pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

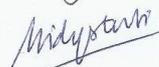
DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Wiku Adisasmito, DVM, M.Sc., Ph.D ()

Pembimbing : Dr. Pujiyanto, SKM, M. Kes ()

Penguji : Prof. Dr. Anhari Achadi, SKM, Sc.D ()

Penguji : Dr. Rohani Budi Prihatin, M.Si ()

Penguji : DR. Dr. Widyastuti Wibisana MSc(PH) ()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 24 Januari 2012

KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat Jurusan Kebijakan dan Hukum Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- 1) Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia beserta segenap jajarannya.
- 2) Prof. Wiku Adisasmito, DVM, M.Sc., Ph. D sebagai dosen pembimbing;
- 3) Dr. Pujiyanto, SKM, M. Kes sebagai dosen penguji;
- 4) Dr. Budi Rohani Prihatin, M.Si, sebagai penguji
- 5) Dr. dr DR. Dr. Widyastuti Wibisana MSc(PH)
- 6) Darrell R. Johnson, selaku pimpinan perusahaan saya bekerja yang telah memberikan kesempatan serta dukungan pada saya untuk menempuh pendidikan S2 hingga selesai;
- 7) Narasumber utama yaitu dari Kementerian Kesehatan, Kementerian Perindustrian, Kementerian Perindustrian, Sekretariat Jenderal DPR-RI, Masyarakat Anti/Pro Tembakau, dan Industri Rokok.
- 8) Para narasumber pendukung yang telah mendukung sebelum penyusunan tesis ini dilakukan Prof. Dr. Tjandra Yoga Aditama, dan Bapak dr. Kartono Mohammad.
- 9) Pimpinan dan seluruh Staf Asosiasi Jurnalis Indonesia (AJI) Jakarta, yang telah memberikan kesempatan berharga kepada saya untuk mengikuti Workshop "Investigasi Tembakau" khusus bagi wartawan.
- 10) Dr. Dumillah Ayuningtayas, yang telah memberi pencerahan terkait metodologi Kualitatif.

- 11) Seluruh dosen dan staf pengajar jurusan Kebijakan dan Hukum Kesmas FKM UI;
- 12) Suami, anak-anak orang tua, kakak dan adik yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral;
- 13) Rekan-rekan kerja serta sahabat-sahabat saya yang terus memberikan semangat dan doa: Rina, Eki, Pak Ir, Bu Roosie, Sarah, Inong, Dewi, Ahmed, mbak Irene, dan Mbak Atik.
- 14) Dinda dan Putu yang telah banyak membantu dalam proses finalisasi penelitian ini, serta teman-teman angkatan Fakultas Kesehatan Masyarakat, sobat-sobat angkatan: Lovee, Utie, dan Pipiet yang telah banyak memberi dorongan dan dukungan dalam menyelesaikan tesis ini; dan
- 15) Semua pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan dan dukungan hingga tesis ini dapat terselesaikan.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Baik berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan kebijakan nasional khususnya yang terkait pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan.

Depok, 24 Januari 2012

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : PATRICIA SOETJIPTO
 NPM : 0906592565
 Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
 Departemen : Analis dan Kebijakan Kesehatan
 Fakultas : Kesehatan Masyarakat
 Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMBENTUKAN
KEBIJAKAN PENGENDALIAN DAMPAK TEMBAKAU TERHADAP
KESEHATAN

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok
 Pada Tanggal: 24 Januari 2012
 Yang Menyatakan



(PATRICIA SOETJIPTO)

ABSTRAK

Nama : Patricia Soetjipto
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi
Pembentukan Kebijakan Pengendalian Dampak
Tembakau Terhadap Kesehatan.

Pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau dipengaruhi oleh faktor diantaranya kesehatan, ekonomi, hukum dan politik. Keempat faktor tersebut merupakan faktor yang saling mempengaruhi didalam membentuk kebijakan pengendalian dampak tembakau. Faktor Kesehatan merupakan faktor yang paling utama dalam pembentukan kebijakan ini. Tingginya prevalensi perokok di Indonesia, perokok dewasa pria maupun wanita, dan terutama perokok remaja dan anak-anak. Rokok menyebabkan sakit dan kematian. Faktor ekonomi tidak seluruhnya mempengaruhi, ekonomi yang terkait beban sakit dan mati saja yang merupakan faktor yang mempengaruhi bagi dibentuknya kebijakan ini. Ekonomi terkait pertanian dan industri diatur dalam kebijakan yang berbeda dengan kebijakan pengendalian tembakau. Faktor hukum merupakan faktor yang harus ada dalam memberikan dasar hukum, payung hukum dan menjadi hukum positif yang ditaati dan melindungi kepentingan kesehatan masyarakat dari dampak buruk rokok. Sedangkan faktor politik merupakan faktor penentu dalam mewujudkan kebijakan pengendalian tembakau. Sedangkan faktor politik merupakan kunci bagi sebuah kebijakan untuk dapat diwujudkan menjadi hukum positif. Proses, persepsi dan komitmen dari pembentuk kebijakan merupakan faktor politik yang sangat mempengaruhi pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau.

Kata kunci:

Tembakau, Kesehatan, Pengendalian Tembakau. Rokok, Kebijakan, Ekonomi Tembakau, Politik, Hukum.

ABSTRACT

Name : Patricia Soetjipto
Study Program : Public Health Sciences
Title : Analysis of the Factors Affecting the Making of Policies on the Control of Tobacco Effects on Health.

The making of policies on the control of Tobacco Effects on Health is affected by various factors, including health, economy, law and politics. Those four factors are mutually affecting in the making of policies on the control of tobacco effects. The health factor is the most dominant factor in this matter, including the high level of smokers' prevalence in Indonesia, adult male and female smokers, and especially teenage and child smokers. Cigarettes cause diseases and death. The economic factor does not entirely affect the policy making, only economic aspects which are related to the burden of illness and death are influential to the policy making. Economic aspects related to agriculture and industry are regulated by policies which are separated from the policies on tobacco control. The legal factor must exist in order to provide legal basis and legal umbrella, and will also become the positive law which must be complied with and will protect public health interest from the negative impacts of cigarettes. Whereas the political factor is a determining factor in realizing policies on tobacco control. The political factor is also a key factor for enabling a policy to become a positive law. The process, perception and commitment of the policy-makers constitute the political factors which greatly affect the making of policies on the control of tobacco effects.

Keywords: Tobacco, Health, Tobacco Control, Smoking, Tobacco Policy, Tobacco Economic, Tobacco Law

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR ISTILAH	xvi
1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	10
1.3. Pertanyaan Penelitian	10
1.4. Tujuan Penelitian	10
1.4.1. Tujuan Umum	10
1.4.2. Tujuan Khusus	11
1.5. Manfaat Penelitian	11
1.5.1. Aplikatif	11
1.5.2. Teoritis	11
1.5.3. Metodologis	11
1.6. Ruang Lingkup	12
2. TINJAUAN PUSTAKA	14
2.1. Sejarah Singkat Tembakau	14
2.2. Jenis-jenis Konsumsi Tembakau	19
2.3. Patofisiologi Rokok	21
2.3.1. Rokok Dan Kecanduan	21
2.4. Epidemiologi Rokok	24
2.4.1. Perkiraan Jumlah Perokok dan Prevalensi Perokok Negara-negara di Dunia	24
2.4.2. Kandungan Rokok yang Membahayakan Kesehatan	26
2.4.3. Rokok: Morbiditas dan Mortalitas	28
2.5. Pengendalian Tembakau Di Dunia	32
2.5.1. World Health Organization Melalui FCTC	33
2.5.2. Pengaturan Pengendalian Tembakau Di beberapa Negara	36
2.6. Ekonomi Tembakau	42
2.6.1. Perusahaan Rokok Kelas Dunia	42
2.6.2. Industri Rokok Besar/Transnasional dan Kebijakan	44
2.6.3. Pembagian Pasar Rokok di Beberapa Negara: Transnasional vs Lokal	46
2.6.2.1 Cina, Brazil, India, Rusia dan Amerika	46
2.6.2.2 Biaya Ekonomi dari Merokok dan Kemiskinan	48
2.6.4. Harga dan Cukai	49
2.6.5. Pembentukan Kebijakan Publik	53

3. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	56
3.1. Kerangka Teori.....	56
3.2. Kerangka Konsep.....	57
3.3. Definisi Operasional.....	57
4. METODOLOGI PENELITIAN.....	62
4.1. Desain Penelitian.....	62
4.2. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	62
4.3. Pengumpulan Data.....	62
4.4. Manajemen Data.....	65
4.5. Analisis Data.....	66
5. HASIL PENELITIAN.....	67
5.1. Keterbatasan Penelitian.....	67
5.2. Pengelompokan Narasumber.....	67
5.3. Hasil.....	68
5.4.1. Faktor Kesehatan.....	68
5.4.1.1. Epidemiologi Rokok Di Indonesia.....	68
a. Prevalensi, Morbiditas dan Mortalitas.....	68
b. Peningkatan Penyakit Tidak Menular Akibat Rokok.....	74
5.4.2. Faktor Hukum.....	75
5.4.2.1. Kebijakan Nasional Yang Berlaku.....	75
5.4.2.2. Kebijakan Regional Kawasan Tanpa Rokok.....	79
5.4.2.3. Peraturan Nasional/Internasional Sebagai Dasar Hukum.....	80
5.4.3. Faktor Ekonomi Tembakau: Pertanian, Industri, Kemiskinan, dan Cukai.....	80
5.4.3.1. Pertanian Tembakau Indonesia.....	80
a. Lahan dan Produksi Tembakau Indonesia.....	80
b. Pekerja di sektor Pertanian Tembakau.....	84
c. Alternatif Tanaman Pengganti dan Alternatif Produksi Hasil Tembakau.....	87
5.4.3.2. Industri.....	88
a. Industri Rokok Indonesia.....	88
b. Pekerja Sektor Industri Rokok.....	90
c. Perusahaan Rokok di Indonesia: Lokal dan Transnational.....	92
5.4.3.3. Kemiskinan.....	97
a. Kemiskinan dan Beban Ekonomi Sakit Akibat Rokok.....	97
b. Belanja Berobat Kelompok Rumah Tangga Perokok dan Bukan Rumah Tangga Perokok.....	98
5.4.3.4. Harga dan Cukai Untuk Membatasi Keterjangkauan.....	101
5.4.4. Faktor Politik.....	104
5.4.4.1. Gangguan Terhadap Proses Pembentukan Kebijakan Pengendalian Dampak Tembakau.....	104
5.4.4.2. Persepsi Terhadap Dampak Tembakau sebagai Isu Kesehatan dan penting dituangkan dalam Kebijakan.....	106

5.4.4.3.	Intervensi Efektif terhadap Faktor Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan.....	107
5.4.4.4.	Kondisi Politik dan Komitmen Pemerintah Terhadap Kebijakan Terkait Pengendalian Tembakau	108
a.	Kebijakan Yang Terkait Langsung Dengan Pengendalian Dampak Tembakau dari Masa ke Masa	108
b.	Lembaga Yang Terkait Dalam Pengendalian dampak tembakau	113
c.	Komitmen Pemerintah terhadap Kebijakan Pengendalian Dampak Tembakau terhadap Kesehatan	113
i.	Ratifikasi Terhadap Framework Convention on The Tobacco Control.....	113
ii.	Posisi Rancangan Undang-undang (RUU) Kebijakan Pengendalian Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan per 17 Juli 2011	114
iii.	Posisi Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) tentang Tembakau sebagai zat adiktif terhadap kesehatan per 3 Agustus 2011	119
5.4.5.	Perbandingan Indonesia Dengan Negara-Negara Lain	120
5.4.6.1.	Prevalensi Perokok Dewasa Perbandingan Indonesia dan Negara Lain	120
5.4.6.2.	Prevalensi Perokok Remaja	122
5.4.6.3.	Mortalitas	123
5.4.6.4.	Pertanian Tembakau	123
5.4.6.5.	Hukum	126
6.	PEMBAHASAN	129
6.1.	Analisis Terhadap Faktor Kesehatan.....	129
6.2.	Analisis Terhadap Faktor Ekonomi.....	132
6.3.	Analisis Terhadap Faktor Hukum	137
6.4.	Analisis Terhadap Faktor Politik.....	142
6.4.1.	Gangguan Terhadap Proses Pembentukan Kebijakan Pengendalian Dampak Tembakau	142
6.4.2.	Persepsi Aktor Terhadap Kebijakan.....	143
6.4.3.	Komitmen Pemerintah Terhadap Pembentukan Kebijakan Pengendalian Tembakau	146
7.	KESIMPULAN DAN SARAN	149
7.1.	Kesimpulan.....	149
7.2.	Saran/Rekomendasi	151

DAFTAR TABEL:

Tabel 2. 1	Peringkat Zat Adiktif Henningfield.....	23
Tabel 2. 2	Peringkat Zat Adiktif Benowitz.....	24
Tabel 2. 3	Perkiraan Jumlah Perokok Dalam Juta Dan Prevalensi Perokok Usia 15 Tahun Atau Lebih Di Didunia.....	24
Tabel 2. 4	Prevalensi Merokok Dunia Pada Anak Usia 13-15.....	24
Tabel 2. 5	Bahan Kimia yang Terkandung Dalam Rokok Terhadap Kesehatan.....	28
Tabel 2. 6	Ringkasan Negara-Negara Dalam Kaitannya dengan FCTC.....	35
Tabel 2. 7	Kebijakan Pengendalian Tembakau Di Negara Lain.....	37
Tabel 2. 8	Jenis Pengenaan Cukai Di Negara-Negara Dunia.....	50
Tabel 2. 9	Harga Jual, Total Beban Cukai dan Total Beban Pajak bagi Negara-negara Bloomberg Initiative, July 31, 2009.....	50
Tabel 5. 1	Lima Negara Dengan Konsumsi Rokok Terbesar 2002 dan 2007.....	69
Tabel 5. 2	Perkembangan konsumsi tembakau dan rokok di Indonesia, 1987 -2008.....	71
Tabel 5. 3	Perkiraan Jumlah Penduduk yang Sakit Jantung Menurut Kelompok Rumah Tangga Perokok, 2007.....	72
Tabel 5. 4	Perkiraan Jumlah Penduduk Yang Sakit TBC dan Asma Selama Setahun Yang Lalu Menurut Kelompok Rumah Tangga, 2007.....	73
Tabel 5. 5	Rokok merupakan Faktor Resiko Penyakit Tidak Menular.....	75
Tabel 5. 6	Kebijakan Pemerintah yang Berlaku Terkait Tembakau.....	76
Tabel 5.7	Pengelompokkan Kebijakan Pengendalian Tembakau Indonesia PP 19/2003.....	78
Tabel 5. 8	Perda Rokok Berbagai Daerah Per 28 Agustus 2011.....	79
Tabel 5. 9	Dasar Hukum.....	80
Tabel 5. 10	Luas Areal Dan Produksi Tembakau Menurut Propinsi di Seluruh Indonesia PR, PBN dan PS 2007 - 2010.....	82
Tabel 5. 11	Tenaga Kerja Pertanian.....	84
Tabel 5. 12	Proporsi Petani Tembakau terhadap Jumlah Pekerja di Sektor Pertanian Tahun 1996-2007.....	85
Tabel 5. 13	Analisis usaha tani tembakau Virginia di Jawa Tengah (Temanggung dan Klaten), 2005, dalam Rp (000).....	86
Tabel 5. 14	Perbandingan Keuntungan Usaha tani Beberapa Tanaman Susbstitusi Tembakau.....	87
Tabel 5. 15	Perkembangan Produksi Rokok Nasional Tahun 2004.....	89
Tabel 5. 16	Rata-rata Upah Riil Per Bulan Buruh Industri di Bawah Mandor, 2005 - Triwulan II 2011 (IHK 1996=100).....	90
Tabel 5. 17	Jumlah Belanja Rumah Tangga Untuk Berobat Rawat Jalan Menurut Kelompok RumahTangga dan Beberapa Penyakit yang Terkait Tembakau, Tahun 2007.....	99
Tabel 5. 18	Jumlah Belanja Rumah Tangga untuk Berobat Rawat Inap Menurut Kelompok Rumah Tangga dan Beberapa Penyakit yang Terkait Tembakau, Tahun 2007.....	100
Tabel 5. 19	Tabel Persepsi Aktor Terhadap Isu Tembakau sebagai Isu Kesehatan.....	107
Tabel 5. 20	Persepsi Terhadap Intervensi.....	107
Tabel 5. 21	Kebijakan Pengendalian dampak tembakau dalam sejarah Perundang-undangan Indonesia.....	109
Tabel 5. 22	Pendapat Fraksi Terhadap RUU Pengendalian Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan.....	116
Tabel 5. 23	Alasan Fraksi Melakukan Penundaan RUU Pengendalian Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan.....	117

Tabel 5. 24	Biaya Sakit Akibat Rokok	125
Tabel 5. 25	Perbandingan Hukum	126

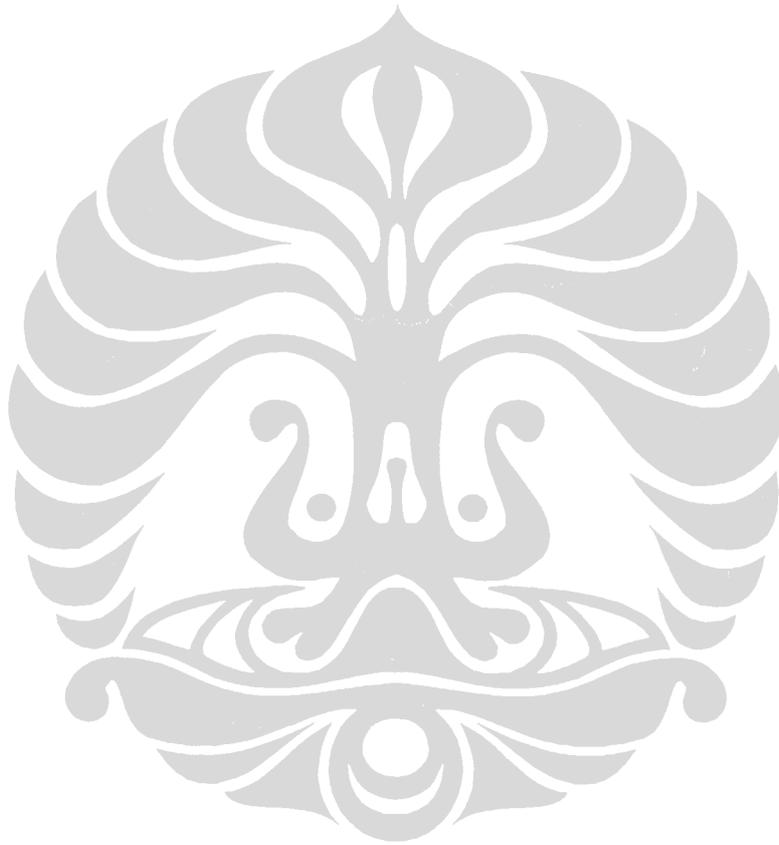


DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1	Peringkat Zat Adiktif.....	23
Gambar 2. 2	Prevalensi Perokok Pria Dunia Tahun 2006.....	26
Gambar 2. 3	Zat Dalam Rokok Digunakan Dalam Berbagai Bahan Industri.....	27
Gambar 2. 4	Peta Faktor Resiko Rokok Terhadap Kesehatan Manusia.....	30
Gambar 2. 5	Perbandingan Kematian Akibat Penyakit Di Tahun 2008.....	32
Gambar 2. 6	Pembagian Pasar Rokok Dunia.....	43
Gambar 2. 7	Pembagian Pasar Perusahaan Rokok Dunia di Beberapa Wilayah.....	44
Gambar 2. 8	Pembagian Pasar Industri Tembakau Di Beberapa Negara 2000-2009...	47
Gambar 2. 9	Perbandingan Keuntungan Dalam dan Luar Negeri.....	47
Gambar 2. 10	Pelarian Keuntungan ke Perusahaan Induknya.....	48
Gambar 2. 11	Harga Perbungkus Rokok tahun 2006.....	50
Gambar 2. 12	Cukai Tembakau di Berbagai Negara 2011.....	52
Gambar 3. 1	Kerangka Teori Kebijakan Pembentukan Kebijakan Publik.....	56
Gambar 3. 2	Kerangka Konsep Penelitian.....	57
Gambar 5. 1	Peningkatan Prevalensi Perokok Indonesia.....	70
Gambar 5. 2	Pola Penyebab Kematian Semua Umur Di Indonesia, 2007.....	74
Gambar 5. 3	Luas Perkebunan menurut Jenis Tanaman(Ha), 2000 - 2010.....	81
Gambar 5. 4	Produksi Perkebunan menurut Jenis Tanaman (Ton), 2000-2010.....	81
Gambar 5. 5	Luas Areal Dan Produksi Perkebunan Tembakau Seluruh Indonesia Menurut Pengusahaan.....	82
Gambar 5. 6	Ekspor Impor Tembakau dari 1969-2009.....	83
Gambar 5. 7	Perkembangan Pangsa Pasar Per Jenis Produk Tembakau.....	90
Gambar 5. 8	Prosentasi Pekerja Industri Besar dan Sedang Menurut Sub Sektor.....	91
Gambar 5. 9	Pembagian pasar Industri Tembakau oleh Perusahaan-perusahaan Besar di Indonesia tahun 2008*.....	92
Gambar 5. 10	Pengeluaran Perbulan Rumah Tangga.....	98
Gambar 5. 11	Perbandingan Harga Marlboro dan Rokok Termurah di Negara Asean 2008/2011.....	102
Gambar 5. 12	Perbandingan Rokok dalam Dollar.....	103
Gambar 5. 13	Bagan Proses Penyusunan Legislasi.....	116
Gambar 5. 14	Bagan Proses Harmonisasi RPP.....	120
Gambar 5. 15	Prevalensi Perokok %Pria.....	121
Gambar 5. 16	Konsumsi Rokok Dalam Setahun.....	121
Gambar 5. 17	Jumlah Perokok di Dunia tahun 2008.....	122
Gambar 5. 18	Prevalensi Perokok Remaja.....	122
Gambar 5. 19	Jumlah Kematian Akibat Merokok Dalam Setahun.....	123
Gambar 5. 20	Perbandingan Luas Areal Tembakau Dunia 2008.....	123
Gambar 5. 21	Negara Penghasil Tembakau Terbesar 2009.....	124
Gambar 5. 22	Negara Pengimpor Tembakau Terbesar 2009.....	124
Gambar 5. 23	Negara Pengekspor Tembakau Terbesar 2009.....	125
Gambar 6. 1	Upah rata-rata 2009-Pertengahan Tahun 2011.....	134

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Negara Non FCTC:.....	168
Lampiran 2	Persepsi Aktor Terhadap Pengendalian Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan	168
Lampiran 3	Intervensi Kebijakan.....	170
Lampiran 4	Partisipasi Indonesia dalam Pertemuan FCTC	171
Lampiran 5	Pedoman Wawancara	173



DAFTAR ISTILAH

APACT	:	The Asia Pacific Conference on Tobacco
BAT	:	British American Tobacco
BCA	:	Bank Central Asia
BPS	:	Biro Pusat Statistik
CDC	:	Center for Disease Control and Prevention
COPD	:	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DALLYs Loss	:	Dissability Adjusted Life Year Loss
DM	:	Diabetes Melitus
DPR	:	Dewan Perwakilan Rakyat
FCTC	:	Framework Convention on The Tobacco Control
GDB	:	Global Drive Band
HIV/AIDS	:	Human Immunodeficiency/Acquired Immunodeficiency
IAKMI	:	Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia
IFPPD	:	Indonesian Forum of Parliamentarians on Population and Nations Population Fund
IHT	:	Industri Hasil Tembakau
INB	:	Intergovernmental Negotiating Body
Kemenaker	:	Kementerian Tenaga Kerja
Kemenhumham	:	Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia
Kemenkes	:	Kementerian Kesehatan
Kemenperin	:	Kementerian Perindustrian
Kementan	:	Kementerian Pertanian
KT&G	:	Korea Tobacco and Ginseng
LSM	:	Lembaga Swadaya Masyarakat
MPR	:	Majelis Permusyawaratan Rakyat
Perpu	:	Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang
PMI	:	Phillips Moris Indonesia
PP	:	Peraturan Pemerintah
PPN	:	Pajak Pertambahan Nilai
PREPS	:	Potentially Reduced-Exposure Products
RISKESDAS	:	Riset Kesehatan Dasar
RPP	:	Rancangan Peraturan Pemerintah
RT	:	Rumah Tangga
RUU	:	Rancangan Undang-Undang
RUU	:	Rancangan Undang-undang
RUU	:	Rancangan Undang-undang
SKM	:	Sigaret Kretek Mesin
SKT	:	Sigaret Kretek Tangan
SPM	:	Sigaret Putih Mesin
TBC	:	Tuberculosis
TCSC	:	Tobacco Control Support Center
TNsA	:	Tobacco specific nitrosamines
UU	:	Undang-undang
WHA	:	World Health Assembly
WHO	:	World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Saat ini tembakau merupakan salah satu tantangan terbesar bagi kesehatan masyarakat. Meningkatnya konsumsi tembakau di dunia, terbanyak adalah konsumsi dengan cara merokok menyebabkan semakin meningkatnya penyakit yang ditimbulkan oleh rokok, sehingga proporsi konsumsi tembakau melalui rokok telah mencapai proporsi epidemi global. Rokok adalah barang yang sah (legal) untuk dikonsumsi, akan tetapi merupakan barang konsumsi satu-satunya yang ketika digunakan sesuai dengan yang dimaksud oleh si pembuatnya, justru dapat membunuh si konsumennya (WHO, 2008). Menurut World Health Organization (WHO) 2008 dalam laporannya *WHO Report On the Global Epidemic, 2008*, di dunia ini 1 miliar orang akan terbunuh di abad 21 terkait dengan rokok. Rokok membunuh satu orang setiap enam detik, rokok membunuh sepertiga sampai setengah dari seluruh orang yang menggunakannya, dengan rata-rata limabelas tahun kematian prematur. Rokok penyebab satu dari sepuluh kematian orang dewasa di seluruh dunia, setahun lebih dari 5 juta orang mati akibat penyakit yang ditimbulkannya. Sehingga jika tidak segera diambil tindakan pengawasan terhadap tembakau, kematian yang ditimbulkan oleh konsumsi tembakau akan meningkat hingga delapan juta orang pertahun, di tahun 2030 (Peto et al., 1996; WHO, 2008). Tingginya penyakit akibat tembakau dan kematian yang ditimbulkan telah menempatkan penyakit akibat tembakau di urutan teratas dibandingkan dengan penyakit lainnya seperti HIV/AIDS, Malaria, Pneumococ, maupun TBC (Shah, 2010; WHO, 2009c).

Sejarah hubungan manusia dengan tembakau telah berlangsung lama, konsumsi tembakau tercatat pertama kali dalam gambar pahatan gerabah suku Maya pada tahun 600-1000 yang digambarkan sebagai gulungan daun tembakau yang diikat dengan tali dikenal dengan nama sik'ar dan kemudian mengalami transformasi bentuk hingga ke bentuk yang dikenal saat ini, dalam bentuk silinder yang dibungkus kertas berisikan rajangan daun tembakau dan diberi filter yang dikenal dengan sebutan rokok (Zhang, Husten, & Giovino, 2000).

Walaupun sejarah tembakau dalam kehidupan manusia telah berlangsung demikian lamanya, akan tetapi perkembangan penelitian akibat rokok yang dapat menimbulkan kerugian bagi kesehatan manusia baru dimulai pada tahun 1947, dimulai dari Dr. Norman Delarue dari Canada melakukan penelitian terhadap sekelompok orang penderita kanker paru dibandingkan dengan sekelompok orang penderita penyakit lain, dan menemukan fakta bahwa 90% dari kelompok kanker paru adalah perokok (Society; Wynder, 1997). Penelitian ini kemudian dikembangkan oleh Dr. Richard Doll dan Prof. Austin B. Hill, yang pertama kali melakukan penelitian kasus kontrol skala besar yang menghubungkan rokok dengan kanker paru (G. Hill, Millar, & Connelly, 2003; R. D. a. A. B. Hill, 1950). Penelitian-penelitian ini merupakan cikal bakal dari penelitian selanjutnya baik yang menguatkan teori tersebut atau bahkan menemukan bukti lain bahwa merokok juga merupakan faktor resiko terhadap berbagai penyakit.

Sejalan dengan bertambah majunya dunia kesehatan, semakin banyak diketahui bahwa konsumsi tembakau berkontribusi terhadap timbulnya berbagai macam penyakit yang sebelumnya tidak diketahui yaitu katarak, pneumonia, acute myeloid leukaemia, abdominal aortic aneurysm, kanker lambung, kanker pankreas, kanker cervix, kanker ginjal dan penyakit lainnya. Penyakit-penyakit ini menambah panjangnya daftar penyakit yang ditimbulkan oleh konsumsi tembakau yang telah lebih dahulu diketahui seperti: Kanker paru-paru, vesicle, oesophagus, larynx, mulut dan tenggorokan; chronic pulmonary disease, emphysema dan bronchitis; stroke, serangan jantung dan penyakit kardiovaskuler lainnya. Tembakau juga dapat merusak sistem reproduksi, berkontribusi kepada keguguran, kelahiran, berat lahir rendah, sudden infant death dan penyakit-penyakit pada anak-anak, seperti *attention hyperactivity deficit disorders*. Disamping penyakit lainnya seperti alzheimer dan gangguan kejiwaan bipolar serta bagi perempuan pada saat postmenopause, wanita yang merokok memiliki kepadatan tulang lebih rendah dibanding wanita yang tidak pernah merokok. Perempuan yang merokok memiliki peningkatan risiko patah tulang pinggul daripada wanita yang tidak pernah merokok (Alberg Aj Fau - Samet & Samet, 2003; Boffetta et al., 2010; Bottorff et al., 2010; Boyle et al., 1996; Cancer, 2002, 2004; Couch et al., 2001; Etzel, Amos, & Spitz, 2003; Francisco, 2010; Garcia Am Fau - Ramon-Bou, Ramon-Bou N Fau - Porta, & Porta, 2010; Huncharek,

Haddock, Reid, & Kupelnick, 2010; Jemal et al., 2008; Lowenfels, Maisonneuve, Whitcomb, Lerch, & DiMugno, 2001; O. S. M. E. H. R. J. Mackay, 2009; Nishino et al., 2006; Ott et al., 1998; Silverman et al., 1994; Society, 2005; Theis Rp Fau - Dolwick Grieb, Dolwick Grieb Sm Fau - Burr, Burr D Fau - Siddiqui, Siddiqui T Fau - Asal, & Asal, 2010; Thomsen & Sorensen, 2010; Tredaniel J Fau - Boffetta, Boffetta P Fau - Buiatti, Buiatti E Fau - Saracci, Saracci R Fau - Hirsch, & Hirsch, 1997; WHO, 2004c).

Disamping itu pengaruh konsumsi tembakau dengan cara merokok, sebagaimana diungkapkan oleh CDC (Center for Disease Control and Prevention) dalam laporannya menyebutkan bahwa efek dari tembakau ini tidak hanya pada si pengguna sendiri akan tetapi juga kepada orang lain yang berada dalam lingkungan si pengguna atau yang lebih dikenal dengan perokok pasif (Alberg Aj Fau - Samet & Samet, 2003; Asplund, Nasic, Janlert, & Stegmayr, 2003; CDC, 2010; Florence, Adams, & Ayadi, 2007; Jerzynska, Stelmach, & Grzelewski, 2010; Mallis et al., 2010; Pershagen, 1996; J. M. Samet et al., 2009; Jonathan M. Samet & Burke, 2001; Turner, Chen, Krewski, Calle, & Thun, 2007; U.S. Department of Health and Human Services, 1993; Vineis et al., 2005). Bagi perokok pasif tersebut akan menerima dampak yang sama seperti yang dialami oleh perokok aktif.

Sedemikian pentingnya masalah pengendalian dampak tembakau bagi kesehatan masyarakat dunia menyebabkan Organisasi Kesehatan Dunia atau yang dikenal sebagai World Health Organization (WHO) pada tahun 1995 mencetuskan ide awal untuk membuat suatu instrumen internasional yang mengatur pengendalian dampak tembakau yang dikemukakan secara resmi dalam Pertemuan Organisasi Kesehatan ke-48 di bulan Mei 1995. Setelah melalui beberapa kali pertemuan dan pembahasan maka pada bulan Februari 2003, Intergovernmental Negotiating Body (INB) pada Konvensi Kerangka Kerja Pengendalian dampak tembakau WHO, berhasil menyelesaikan Traktat Kesehatan Publik yang pertama dibawah naungan WHO(WHO). Kerangka kerja tersebut dikenal sebagai Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). FCTC merupakan suatu traktat yang berbasis bukti yang menegaskan kembali hak semua orang untuk memperoleh standar kesehatan tertinggi. Selanjutnya dalam Sidang Majelis Kesehatan Dunia (WHA) ke 56 bulan Mei 2003, 192 negara anggota

WHO dengan suara bulat mengadopsi Kerangka Kerja Konvensi Pengendalian dampak tembakau. Secara garis besar FCTC tersebut pada prinsipnya bertujuan untuk "*Melindungi generasi sekarang dan yang akan datang dari kerusakan kesehatan, sosial, lingkungan dan konsekwensi ekonomi dari konsumsi tembakau serta paparan terhadap asap tembakau*".

Adanya kesadaran yang timbul di negara khususnya negara maju, menyebabkan negara maju memberlakukan kebijakan pengendalian konsumsi tembakau dalam hukum nasional masing-masing negara yang bertujuan untuk menekan prevalensi perokok di negaranya. Negara maju menyadari efek domino dari konsumsi tembakau terhadap kesehatan, belanja kesehatan, serta investasi sumber daya manusia di masa yang akan datang, secara serius melakukan upaya pengendalian konsumsi tembakau. Pada akhirnya memang telah terbukti bahwa dengan upaya kebijakan negara-negara maju yang komprehensif berhasil menurunkan prevalensi perokoknya. Negara berkembang dan negara miskin masih berjuang untuk mengendalikan konsumsi tembakaunya, sekalipun negara tersebut adalah salah satu penghasil tembakau terbesar di dunia, secara serius menjadi anggota FCTC dan berusaha untuk mengadopsi nilai-nilai yang ada dalam FCTC. Hasilnya memang belum signifikan, akan tetapi menunjukkan ada perubahan. Komitmen negara tercermin dengan meratifikasi FCTC dan mengadopsi nilai-nilai yang tertuang dalam FCTC ke dalam hukum nasionalnya. Bagi negara-negara produsen tembakau menyadari bahwa pengaturan pengendalian konsumsi tembakau penting untuk dilakukan karena kesadaran akan dampak jangka panjang yang akan dihadapi apabila tidak secara serius melakukan pengendalian dampak konsumsi tembakau dari sekarang.

Peningkatan prevalensi perokok dunia tidak dapat dilepaskan dari peran serta perusahaan transnasional dalam era globalisasi ini (Kenyon Rainier, 1990). Globalisasi adalah efek yang tidak bisa dihindari dalam perekonomian dunia, terobosan pasar oleh perusahaan transnasional tembakau ke negara berkembang dan miskin dilakukan sebagai salah satu upaya untuk tetap menjaga profit perusahaan sebagai akibat telah dibatasinya ruang gerak perusahaan transnasional tersebut di negara asalnya. Kebutuhan negara akan adanya dana investasi bagi perkembangan perekonomian menyebabkan terbukanya pasar bagi perusahaan transnasional. Sementara tujuan utama dari perusahaan transnasional melakukan

investasi di negara berkembang dan miskin adalah sebagai melakukan ekspansi pasar bagi produknya. Dengan modal yang sangat besar, perusahaan transnasional dengan mudahnya melakukan penetrasi pasar di suatu negara dengan cara penanaman modal maupun penguasaan melalui pasar bursa. Demikian yang terjadi dengan perusahaan transnasional rokok, dengan modal besar dan ditambah dengan kemampuan untuk melintas batas, menjadikan rokok sebagai produk internasional gaya hidup. Strategi penjualan dan pemasaran yang brilian, iklan, promosi dan sponsor yang luar biasa di berbagai event di penjuru dunia, menjadikan rokok sebagai gaya hidup kebutuhan untuk dikonsumsi diberbagai belahan dunia, sasarannya jelas kaum muda (Benowitz, 2010; Chitanondh, 2000; "Cigarette Magazine Advertisements Still Target Youth," 2001; HARRIS, 2000; A. M. G. F. K. J. E. Henningfield, 2003; Lawrence & Collin, 2004; Ng, Weinehall, & Öhman, 2007; Prabhat Jha, 2003; U. o. M. M. School, 2007; WHO, 2003).

Hasil dari perluasan usaha di negara berkembang dan miskin adalah sejak tahun 1984 di negara maju, konsumsi tembakau mengalami penurunan sedangkan negara berkembang atau miskin justru konsumsi tembakau mengalami peningkatan yang luar biasa pesatnya (J. a. C. Mackay, John, 1996; Prabhat Jha, 2003), dan menurut WHO, dalam laporan singkatnya menyatakan bahwa "*Sebagian besar beban penyakit dan kematian dini sehubungan dengan konsumsi tembakau secara tidak proporsional mempengaruhi si miskin*". Dari 1,22 milyar perokok, sebanyak 1 miliar tinggal di negara berkembang. Di negara maju, rate merokok telah mendatar atau cenderung menurun, sedangkan rate di negara berkembang, konsumsi tembakau malah menunjukkan peningkatan sebesar 3,4% per tahun pada 2002(WHO/WPRO, 2002). Bagi negara berkembang, akibat dari kenaikan konsumsi tembakau ini justru akan menanggung beban epidemi tembakau di abad ke 21 nantinya. Jika pola merokok saat ini berlanjut, maka 7 dari 10 juta kematian setahun di dunia akibat tembakau akan terjadi di negara berkembang pada tahun 2025 (J. a. C. Mackay, John, 1996). Oleh karena itu, dapat dikatakan pada tahun 2025 negara berkembanglah yang paling menderita akibat epidemi tembakau ini, karena telah terjadi perpindahan epidemi tembakau dari negara maju (kaya) ke negara berkembang (miskin), hanya 15% perokok tinggal di negara maju, selebihnya di negara berkembang. Apabila negara

berkembang membiarkan keadaan tersebut saat ini tanpa melakukan suatu tindakan maupun membuat kebijakan yang berarti, maka apabila negara berkembang baru menyadarinya kemudian di tahun 2025 tentunya hal tersebut sangat terlambat karena fasilitas dan pelayanan kesehatan di negara berkembang tersebut tidak akan memadai untuk mengatasi epidemi tembakau tersebut (Mckay, 1998).

Indonesia sebagai salah satu negara berkembang mengalami masalah yang sama dengan negara berkembang lainnya dalam masalah tembakau ini. Indonesia saat ini telah menempati peringkat ketiga dari peringkat kelima sebelumnya dalam jumlah perokok di dunia setelah China dan India (Bataviase, 2011). Merupakan hal yang lumrah, dan demikian mudahnya kita dapati orang merokok di Indonesia, kita dapat menemukan orang merokok dimanapun, di dalam gedung perkantoran, di pasar, dalam kantor instansi pemerintah, di pusat perbelanjaan modern, di rumah makan, di hotel, di halaman sekolah, dalam kendaraan umum, bahkan terbanyak dalam rumah.

Dari sisi kesehatan, menurut data Susenas maupun Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) menunjukkan bahwa prevalensi merokok orang dewasa (laki-laki dan perempuan) terus meningkat, dari 27% (1995) menjadi 31,5% (2001), 34,4% (2004), 34,2% (2007), 34,7% (2010) (K. B. Indonesia, 2011; B. P. D. P. Kesehatan, 2010). Peningkatan prevalensi merokok pada laki-laki dewasa terus meningkat tajam, dari 53,4% (1995), ke 62,2% (2001), 63,1% (2004) dan 65,6% (2007) serta peningkatan perokok wanita sebesar 5% (Achadi, 2010; B. P. D. P. Kesehatan, 2010). Total kematian akibat terkait tembakau di Indonesia mencapai lebih dari 200.000 orang pertahun sebagaimana disampaikan dalam APACT Conference di Sydney 2010 (APACT, 2010). Akan tetapi, dari semua fakta tersebut, di Indonesia yang paling mengejutkan adalah jumlah perokok yang masih sangat belia meningkat. Kenaikan menunjukkan bahwa prevalensi merokok pada anak usia 5-9 tahun meningkat 400% dan 40% meningkat pada anak usia 10-14 tahun (APACT, 2010; J. L. E. Johnson, Danice K.; Pederson, Linda L., Lowry, Richard, 2009; Ng, et al., 2007). Bahkan sebagaimana telah menggemparkan dunia karena videonya diunggah di *youtube*, bagaimana seorang Ardi Rizal, bayi berusia 2 tahun, telah kecanduan rokok di Banyuwasin, hal serupa sangat diyakini masih banyak kejadian serupa bagi anak-anak dan balita yang lainnya di

Indonesia(Aminuddin, 2010; "Bayi Umur Dua Tahun Kecanduan Rokok," 2009; Taunuzi, 2010).

Dari sisi bisnis, memang tidak dapat dipungkiri, Indonesia dengan jumlah penduduknya yang sangat besar, berdasarkan sensus penduduk 2010 berjumlah 237,6 juta jiwa(Widiantoro, 2011), merupakan pangsa pasar yang baik bagi produk dari industri tembakau. Di Indonesia terdapat sedikitnya 3.800 pabrik rokok, dari kelas transnasional hingga kelas rumahan(Benny Dwi K, 2010). Jumlah pabrik rokok tersebut merupakan jumlah terbesar di seluruh dunia. Tidaklah mengherankan apabila Indonesia dijuluki sebagai Negeri Rokok atau Negeri tembakau, bahkan Douglas Bettcher, direktur WHO, memberikan julukan khusus *Disney LAND for The Tobacco Industry*(Wahyuningsih, 2010). Pertumbuhan pabrik rokok yang sedemikian banyaknya menunjukkan bahwa Indonesia merupakan target investasi yang menarik bagi industri rokok. Indonesia bagaikan magnet bagi perusahaan raksasa transnasional maupun perusahaan lokal(R. Online, 2009) untuk berlomba-lomba membuka usaha di bidang industri tembakau, karena di samping jumlah penduduk banyak, konsumsi tembakau sangat tidak dibatasi. Perusahaan transnasional yang telah hadir di Indonesia di tahun 2005 adalah Philip Morris International mengakuisisi menjadi pemegang saham terbesar 98% dari PT HM Sampoerna sehingga menjadikan Sampoerna sebagai perusahaan industri rokok terbesar menguasai pasar sekitar 29,5% mengalahkan Gudang Garam Tbk, hanya dalam waktu 3 tahun. Kemudian diikuti oleh British American Tobacco di bulan Juni 2009, telah mengakuisisi 57% saham PT Bentoel Internasional Investama Tbk (Bentoel) (Center, 2009). Bahkan pada Juli 2011, KT&G, sebuah perusahaan dari Korea mengumumkan telah membeli 60% saham milik PT Trisakti Purwosari Makmur (TPM), sebuah perusahaan rokok terkemuka nomor enam dari Surabaya(Nurmayanti; & Fitra, 2011). Sehingga saat ini sudah ada tiga raksasa perusahaan rokok transnasional yang menguasai industri rokok dalam negeri.

Bagi Indonesia kehadiran industri rokok memberikan andil bagi penerimaan negara dari pemasukan cukai rokok tahun 2009 adalah Rp. 56,4 triliun dan target di tahun 2011 sebesar Rp. 58,1 trilyun. Jumlah yang terlihat besar, akan tetapi nilai besar tersebut apabila kita bandingkan dengan penerimaan negara dari sumber lain, yaitu dari sektor Pajak Pertambahan Nilai (PPN) sebesar Rp. 700

triliun, maka jumlah tersebut tidaklah signifikan (Benny Dwi K, 2010; Djumena, 2010). Dari sisi ekonomi, pertanian tembakau saat ini luas lahan dan produksi tembakau Indonesia telah kian menyusut apabila dibandingkan dengan produksi perkebunan lainnya. Sentra penghasil tembakau pun tidak meliputi seluruh wilayah Indonesia, hanya daerah tertentu yang merupakan penghasil tembakau. Yang patut diketahui adalah saat ini Indonesia telah menjadi negara pengimpor tembakau.

Industri tembakau di Indonesia di satu sisi nampaknya memberikan potensi ekonomis seperti cukai dan pertanian tembakau, akan tetapi potensi ekonomis tersebut juga harus diperhitungkan secara seimbang dibandingkan dengan beban biaya kesehatan yang harus dikeluarkan sebagai akibat sakit atau mati karena konsumsi rokok, baik pada perokok aktif maupun pasif. Menurut WHO, biaya ekonomi dari konsumsi tembakau adalah luar biasa besarnya, sebagai contoh, di Amerika, telah menelan biaya kesehatan sebesar \$96 milyar untuk pengobatan langsung dan kira-kira \$97 milyar kehilangan produktifitas (CDC, 2008b). Selain biaya langsung bagi perokok itu sendiri dalam mengobati penyakitnya akibat tembakau, harus diperhitungkan pula berapa besar biaya yang dikompensasikan sebagai akibat tidak atau kurang produktif sebagai akibat sakit akibat rokok, dan bagi masyarakat perokok yang mati sebelum waktunya, harus diperhitungkan kehilangan sumber penghasilan yang sangat dibutuhkan bagi keluarga mereka untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Serta yang tidak kalah pentingnya adalah perokok pasif yang juga harus menanggung beban biaya kesehatan.

Penggunaan tembakau dan kemiskinan sangat terkait erat. Banyak penelitian telah menunjukkan bahwa pada rumah tangga termiskin di beberapa negara berpendapatan rendah, lebih dari 10% dari total pengeluaran rumah tangga adalah untuk tembakau (de Beyer, Lovelace, & Yürekli, 2001; Efrogmson et al., 2001; Mary Assunta, 2010; Thabrany, 2009; WHO, 2004b, 2004d). Ini berarti bahwa keluarga miskin memiliki lebih sedikit uang untuk dibelanjakan pada barang-barang dasar seperti makanan, pendidikan dan perawatan kesehatan. Berdasarkan data BPS Maret 2010, di Indonesia, penduduk miskin membelanjakan uangnya untuk rokok terbesar kedua setelah beras, yaitu sebesar 7,93 persen untuk penduduk miskin perkotaan dan di pedesaan sebesar 5,9 persen (BPS, 2010). Jadi, dapat dikatakan bahwa rokok semakin memiskinkan

masyarakat miskin, karena uang untuk keperluan membeli lauk, pendidikan dan kesehatan akan teralokasikan untuk membeli rokok. Di samping itu, rokok juga merupakan penyumbang kasus malnutrisi di kalangan penduduk miskin Indonesia, selain buta huruf, karena tidak sekolah. Peran konsumsi tembakau dalam memperburuk kemiskinan dan menghambat pembangunan ekonomi perlu diketahui secara lengkap oleh pemegang kekuasaan dan pengambil kebijakan (Efroymson, et al., 2001; Thabrany, 2009).

Benturan faktor ekonomi dan faktor kesehatan tersebut di atas merupakan kendala bagi pembentukan kebijakan pengendalian tembakau dan yang terjadi saat ini di Indonesia nampaknya faktor ekonomi lebih menarik ketimbang faktor kesehatan masyarakat. Persepsi terhadap pentingnya pengaturan pengendalian dampak tembakau belum sepenuhnya dipahami oleh pembuat kebijakan. Persepsi tersebut semakin diperburuk dengan komitmen pemerintah yang lemah. Hal ini terlihat dari tindakan yang diambil oleh pemerintah untuk tidak menandatangani atau tidak meratifikasi FCTC yang saat ini tentunya sudah menjadi terlambat karena telah habis masa berlakunya. Sehingga peluang satu-satunya untuk menjadi anggota melalui akses pun hingga kini belum dilakukan karena untuk menjadi anggota harus terlebih dahulu memiliki kebijakan yang mengadopsi nilai-nilai yang terkandung dalam FCTC. RUU Tembakau dan RPP tembakau hingga detik ini masih belum jelas statusnya.

Permasalahan kesehatan akibat konsumsi tembakau merupakan hal penting yang harus diperjuangkan oleh kesehatan masyarakat, mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan kebijakan pengendalian tembakau sangat penting dalam memperoleh pemahaman mendalam dan mendapatkan jawaban bagaimana faktor-faktor tersebut mempengaruhi pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau di Indonesia. Pada akhirnya, apabila faktor-faktor yang mempengaruhi tersebut telah dipahami secara lebih mendalam, maka pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan menjadi lebih mudah untuk direalisasikan ke dalam kebijakan sebagai bukti wujud kepedulian pemerintah untuk melakukan intervensi bidang kesehatan masyarakat dalam rangka mewujudkan hak hukum sehat masyarakat dari dampak buruk penggunaan tembakau.

1.2. PERUMUSAN MASALAH

Adanya keprihatinan terhadap semakin meningkatnya prevalensi perokok di Indonesia, baik pria, wanita, remaja bahkan anak-anak dan ditambah dengan rokok merupakan faktor resiko dari berbagai penyakit yang membahayakan kesehatan bahkan dapat menimbulkan kematian tidak saja bagi perokok itu sendiri tapi bahkan kepada perokok pasif maka rokok perlu dikendalikan konsumsinya.

Akan tetapi sayangnya, pengendalian konsumsi tembakau di Indonesia belum diwadahi oleh kebijakan yang komprehensif sehingga jumlah perokok, orang sakit/mati akibat konsumsi tembakau terus meningkat. Oleh karena itu penting untuk membentuk kebijakan pengendalian dampak konsumsi tembakau bagi kesehatan masyarakat Indonesia. Pembentukan kebijakan pengendalian kebijakan dampak tembakau terhadap kesehatan merupakan perwujudan perlindungan hak sehat masyarakat dan hak hukum masyarakat untuk menjadi sehat dan mendapat lingkungan sehat.

Pembentukan kebijakan kesehatan itu sendiri dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah faktor kesehatan, politik, ekonomi, dan hukum. Bagaimana faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan merupakan fokus dari penelitian ini.

1.3. PERTANYAAN PENELITIAN

Berlandaskan latar belakang dan perumusan permasalahan yang diuraikan sebelumnya, maka pertanyaan penelitian adalah bagaimana dinamika faktor kesehatan, ekonomi, hukum, dan politik dapat mempengaruhi pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan?

1.4. TUJUAN PENELITIAN

1.4.1. Tujuan Umum

Diketuinya gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan kebijakan pengendalian tembakau terhadap kesehatan dalam rangka mewujudkan hak hukum masyarakat memperoleh perlindungan kesehatan dari dampak konsumsi tembakau.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mendapatkan gambaran bagaimana faktor kesehatan dan faktor ekonomi mempengaruhi pembentukan kebijakan.
2. Untuk mengetahui bagaimana faktor politik yaitu persepsi dan komitmen pemerintah dalam membuat kebijakan pemerintah untuk mengendalikan tembakau yang berguna bagi perlindungan kesehatan masyarakatnya.
3. Untuk mendapatkan gambaran regulasi pengendalian dampak tembakau yang harus diatur kemudian hari.
4. Mendapatkan gambaran peran Kementerian Kesehatan, Kementerian Perindustrian, Kementerian Pertanian dan Dewan Perwakilan Rakyat, LSM serta Perusahaan pengolah tembakau dalam pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau.

1.5. MANFAAT PENELITIAN

1.5.1. Aplikatif

Sebagai bahan pertimbangan kepada Pemerintah Pusat khususnya kepada DPR dan instansi pemerintah lain yang terkait untuk segera mengesahkan kebijakan yang berpihak kepada kepentingan kesehatan masyarakat dari dampak penggunaan tembakau.

1.5.2. Teoritis

Memberikan tambahan keilmuan terkait dengan kebijakan pemerintah dan dapat menjadi salah satu acuan untuk tambahan mata pelajaran analisis pembuatan kebijakan.

1.5.3. Metodologis

Metode ini dapat digunakan oleh pemerintah atau lembaga independen lainnya untuk mengkaji kebijakan lainnya yang memiliki aspek multi dimensi seperti pengendalian dampak tembakau.

1.6. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup penelitian ini dibatasi pada 4 faktor yang mempengaruhi pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan yaitu Kesehatan, Ekonomi, Hukum, dan Politik.

Faktor kesehatan dijadikan obyek penelitian karena kebijakan pengendalian dampak tembakau merupakan kebijakan di bidang kesehatan sehingga kesehatan merupakan faktor utama dalam kebijakan pengendalian dampak tembakau.

Kemudian faktor ekonomi menjadi obyek penelitian karena kebijakan pengendalian dampak tembakau yang mengatur kesehatan seringkali berbenturan dengan aspek ekonomi tembakau. Oleh karena itu, penting diketahui sejauh mana faktor ekonomi mempengaruhi pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau ini.

Faktor hukum juga penting untuk dijadikan obyek penelitian karena untuk mengetahui bagaimana kebijakan yang telah menjadi hukum positif di Indonesia terkait tembakau maupun yang dapat dijadikan dasar hukum mempengaruhi pembentukan kebijakan yang komprehensif di masa yang akan datang. Selain itu, perlu diketahui pula bagaimana praktek-praktek dan kebijakan yang berlaku di negara lain atau kebijakan badan internasional dalam pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan untuk kemungkinan diadopsi ke dalam hukum nasional Indonesia.

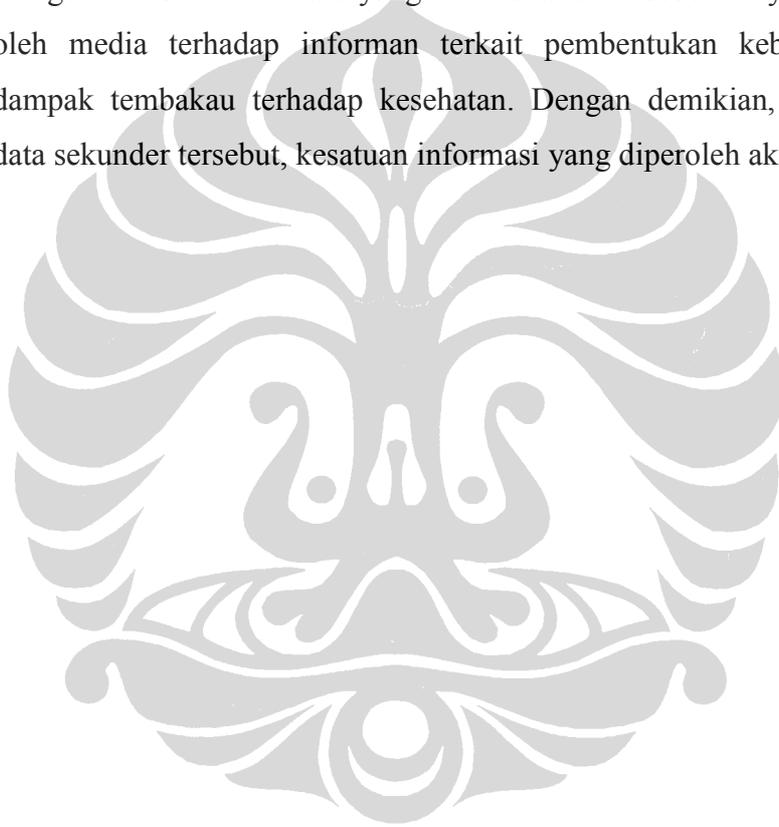
Yang terakhir adalah faktor politik, sangat penting untuk dijadikan penelitian karena urusan politik merupakan ujung proses perumusan dan pelaksanaan kebijakan publik. Pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan tidak dapat terlepas dari politik itu sendiri kaitannya dengan menjadikan kebijakan tersebut menjadi kebijakan nyata yang berlaku positif dalam suatu negara.

Faktor diluar keempat faktor tersebut di atas tidak termasuk dalam pembahasan penelitian ini, bukan karena faktor lain tidak penting, akan tetapi penelitian lebih memfokuskan pada faktor yang memiliki dampak yang lebih luas dan kemungkinan terjadi benturan dengan faktor lain. Pembagian ke dalam keempat faktor telah lazim dilakukan dalam oleh penelitian-penelitian terkait

kebijakan publik(Bank, 2006; Network, 2003; Utomo, 2008; Wechsler & Backoff, 1986).

Obyek penelitian ini dibatasi pada rokok dengan perluasan arti rokok tidak termasuk cengkeh, walaupun rokok kretek komposisinya mengandung sedikit cengkeh.

Data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Penggunaan data sekunder adalah untuk memperkuat data primer yang perolehannya sangat terbatas. Penggunaan data sekunder dalam penelitian ini adalah termasuk mengolah hasil wawancara yang telah dilakukan sebelumnya dan dipublikasikan oleh media terhadap informan terkait pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan. Dengan demikian, dengan penggunaan data sekunder tersebut, kesatuan informasi yang diperoleh akan semakin lengkap.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tujuan dari bab ini adalah untuk meninjau kepustakaan yang akan membantu di dalam memahami tembakau, sejarahnya, dan mempelajari kebijakan yang berlaku di negara lain serta kebijakan internasional yang berlaku di bidang pengendalian dampak tembakau. Sintesis dari tinjauan kepustakaan ini digunakan dalam mengembangkan kerangka analisa penelitian terkait faktor-faktor yang mempengaruhi kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan bagi masyarakat akibat konsumsi tembakau baik secara langsung maupun tidak langsung.

2.1. SEJARAH SINGKAT TEMBAKAU

Tembakau merupakan produk pertanian olahan dari daun segar tanaman dalam genus *Nicotiana* dari keluarga terung-terungan, ditanam di lebih dari seratus negara di seluruh dunia, baik di daerah beriklim sedang dan tropis. Tanaman ini cepat tumbuh tingginya 1 sampai 2 meter dalam setahun. Tanaman ini memiliki daun yang besar berbentuk bulat telur sampai daun lonjong (Borio, 2010). Genus *Nicotiana* ini terdiri dari sejumlah spesies, yaitu adalah *Nicotiana tabacum* yang paling banyak atau umumnya ditanam. Sedangkan yang kedua banyak ditanam adalah species *Nicotiana rustica* yang mengandung konsentrasi nikotin yang lebih banyak. Tembakau dipanen daunnya setelah tua dikeringkan dengan berbagai macam cara untuk keperluan merokok, mengunyah, hirup, dan ekstraksi nikotin (Borio, 2010).

Tembakau sendiri merupakan tanaman yang telah lama tumbuh, terbukti karena tercatat dalam Mitos Indian Huron menggambarkan bagaimana asal muasal tanaman tembakau tumbuh sebagai akibat seorang dewi kesuburan yang tertidur dan tangannya menyentuh tanah hingga tumbuh tembakau (Borio, 2010). Secara ilmiah fosil tanaman tembakau ditemukan dari Era Pleistosen 2,5 juta tahun di lembah sungai Maranon di Timur Laut Peru demikian dikatakan ahli paleontologi dari Meyer-Honninger Museum. Akan tetapi pada jaman ini tidak ditemukan adanya indikasi tembakau telah digunakan oleh manusia (Borio, 2010).

Para ahli percaya bahwa asal muasal tanaman tembakau sebagaimana digunakan sekarang ini berasal dari dataran Amerika. Pada tahun 1 Sebelum Masehi para ahli percaya penduduk asli Amerika telah mencari bentuk-bentuk dari penggunaan tembakau termasuk merokok dan dikunyah, bahkan dipercaya sebagai *hallucinogenic enemas* yang dapat memberikan efek trans atau halusinasi dengan cara dimasukkan melalui dubur oleh penduduk asli Peru Aguaruna. Pada tahun ke 1 Masehi tembakau didapati hampir diseluruh dataran Amerika, demikian menurut buku American Heritage mengenai Indian, p.41 sebagaimana dikutip dari website tobacco.org, Tobacco Timeline(Borio, 2010).

Kemudian antara tahun 470-630 Masehi, suku Maya mulai menyebar, berpindah hingga ke lembah Mississipi. Ada dua penggunaan yang berbeda karena perbedaan kelas yaitu Montezuma yang mencampur daun tembakau dengan resin yang menggunakan pipa dalam upacara besar setelah makan malam dan Indian Maya menggunakan daun tembakau yang digulung membentuk cerutu mentah. Suku Maya yang inilah yang kemudian menyebar kebiasaan merokok kepada suku tetangganya(Jacobs, 1992 rev. 1997).

Pada tahun 600-1000 Masehi, pertama kali tercatat dalam gerabah pahatan suku Maya yang menggambarkan merokok gulungan daun tembakau diikat dengan sebuah tali. Istilah Maya untuk merokok adalah sik'ar. Tembakau kemudian ditanam oleh orang Indian Amerika sebelum orang Eropa datang dari Inggris, Spanyol, Perancis, dan Italia ke Amerika Utara. Penduduk asli Amerika mengisap tembakau melalui sebuah pipa untuk tujuan agama dan medis khusus. Mereka tidak merokok setiap hari.

Columbus-lah yang membawa tembakau pertama kali, setelah pendaratan pertama tahun 1492 di pantai pulau San Salvador Island atau di Samana Cay, Bahamas, atau pulau Gran Turk. Pada saat itu, sebagaimana tercatat dalam catatan perjalanan Columbus, penduduk asli memberikan sejumlah hadiah termasuk daun tembakau kering yang berbau aneh dan kemudian dibuangnya. Baru pada pendaratan yang kedua, rekan Colombus, seorang bruder bernama Ramon Pane, pertama kali mengenalkan tembakau ke Eropa(Borio, 2010). Tembakau mulai dikedunkan secara komersial untuk mendapatkan uang pada tahun 1612 di America Utara. Para imigran yang merupakan koloni Amerika pertama di Jamestown, Virginia menjadikan tembakau sebagai tanaman penghasil uang (*cash*

crop). Tanaman tersebut merupakan sumber penghasilan utama, di samping tanaman penghasil uang lainnya seperti jagung, kapas, gandum, tebu dan kedelai.

Tembakau membantu keuangan Amerika dalam membiayai revolusi Amerika dalam menghadapi Inggris. Presiden Amerika pertamapun menanam tembakau (Jacobs, 1992 rev. 1997). Kalimat terkenal dari presiden pertama Amerika George Washington adalah "I say, if you can't send money, send tobacco". Hal ini merupakan permintaan bantuan keuangan saat perang saudara Amerika tahun 1776.

Pada 1800-an, banyak orang sudah mulai menggunakan sejumlah kecil tembakau. Beberapa mengunyahnya, yang lainnya menggunakan sebagai rokok, kadang-kadang dalam pipa, atau mereka linting tangan rokok atau cerutu. Rata-rata pada saat itu orang yang menghisap rokok berusia sekitar 40 tahun. Rokok komersial pertama dibuat pada tahun 1865 oleh Washington Duke dalam ladangnya seluas 300 hektar di Raleigh, North Carolina. Rokok linting buatan tangannya dijual kepada tentara pada akhir Perang Saudara. Kemudian rokok terus mengalami perkembangan terlebih-lebih sejak ditemukannya mesin pembuat rokok yang ditemukan oleh James Bonsack pada tahun 1881. Mesin rokok Bonsack dapat membuat 120.000 batang sehari. Beliau membangun kerajaan bisnis dengan anak dari Washington Duke, yaitu James "Buck" Duke. Mereka membangun sebuah pabrik dan pada tahun pertama memproduksi 10 juta dan sekitar satu miliar rokok lima tahun kemudian. Merek rokok pertama yang dikemas dalam kotak dengan kartu bisbol dan dipanggil Duke of Durham. Buck Duke dan ayahnya mulai perusahaan rokok pertama di Amerika Serikat mereka menamakannya American Tobacco Company (Jacobs, 1992 rev. 1997).

Dalam 150 tahun Columbus menemukan "daun aneh" di Dunia Baru, tembakau telah digunakan di seluruh dunia dan cepat menyebar dan diterima secara luas di berbagai tempat. Terjadi perubahan penggunaan daun tembakau dari abad ke abad. Abad ke-18 merupakan masa menghirup aroma daun tembakau, abad ke-19 adalah masa cerutu, abad ke-20 adalah munculnya rokok yang diproduksi massal, dan cara itu sangat efektif meningkatkan jumlah perokok. Pada awal abad ke-21 sekitar sepertiga orang dewasa di dunia mengkonsumsi tembakau, termasuk meningkatnya jumlah perokok wanita dan remaja (WHO, 2002).

Di Indonesia sendiri, sejarah tembakau yang tercatat dalam transkrip kuno 'Babad Ing Sangkala' (1601) menunjukkan bahwa tanaman tembakau telah tumbuh subur di Indonesia, terutama di pulau Jawa, dan telah dipanen dengan cara tradisional. Baru kemudian di tahun 1863, seorang pengusaha Belanda Jacobus Nienhuys, memperkenalkan perkebunan tembakau moderen di daerah yang kemudian dikenal sebagai Hindia Belanda. Waktu itu, tembakau lebih ditujukan untuk ekspor, terutama sebagai bahan baku pembuatan cerutu. Indonesia (Hindia Belanda) dikenal sebagai penghasil tembakau dunia (Monika Arnez- Universität Hamburg). Namun mulai abad 20, petani lokal mulai mengembangkannya untuk konsumsi di dalam negeri dengan cara menjual hasil panen mereka kepada perusahaan lokal. Berbeda dengan tembakau pada umumnya, tembakau asal Indonesia terkenal memiliki karakteristik yang sangat khas. Setidaknya terdapat lebih dari 100 varietas tembakau yang tumbuh di Indonesia. Kompleksitas ini kemudian juga dibawa dalam proses produksi rokok di mana kita bisa menemukan kurang lebih tiga puluh jenis tembakau berbeda dalam satu batang rokok. Bandingkan dengan jenis rokok putih yang hanya terdiri dari dua kategori: Virginia blends, yang menggunakan hanya tembakau Virginia; dan American blends, yang mencampur tembakau Virginia dengan jenis Burley dan Oriental.

Produk rokok pertama di Indonesia lahir pada awal abad tujuh belas bernama "Bungkus". Dibuat dari tembakau lokal berwarna coklat yang dibungkus dengan kulit jagung atau daun pisang dan diikat tali. Karena proses pembuatannya yang masih manual, rokok saat itu juga biasa dikenal sebagai *tingwe* (singkatan dalam bahasa Jawa yang artinya *ngelinting dewe* atau "menggulung sendiri"). Rokok yang aslinya berasal dari Maluku ini mulai masuk ke Jawa pada pertengahan abad delapan belas. Penghasil tembakau utama saat itu adalah Sumatera, Bali, Lombok, dan Jawa (khususnya Temanggung) dengan lahan siap panen lebih dari 250 ribu hektar.

Pada abad sembilan belas, *Bungkus* mulai menghilang dari pasaran dan digantikan dengan dua merek baru, yakni *Strootje*, yang artinya rokok batangan (*straw cigarette*), dan *klobot* (atau *kelobot*), yang artinya bungkus jagung (Kartajaya, 2005).

Meningkatnya permintaan membuat kedua jenis rokok tersebut mulai diproduksi secara massal pada 1850. Sebagaimana disampaikan oleh Hermawan

Kartajaya dalam bukunya "*A 90 Years Journey of Creating Everlasting Brands*" bahwa dimulai dari industri rumah tangga, *strootje* dan *klobot* berkembang menjadi rokok komersial pertama yang muncul di Indonesia. Rokok modern pertama kali diimpor ke Batavia tahun 1845, Nitisemito merupakan badan usaha pertama (NV Ball Tiga) menjual kretek klobot pada tahun 1908. Nitisemito sendiri dijuluki sebagai Bapak Kretek Indonesia. Kemudian Goenoeng & Klapa (1913), didirikan oleh Mohamed Atmowijoyo, perusahaan ini hanya memproduksi rokok klobot. Berbarengan dengan Goenoeng & Klapa, berdiri perusahaan Handel Maatschpij Liem Seeng Tee merupakan cikal bakal dari perusahaan HM Sampoerna sekarang (Kartajaya, 2005).

Pada tahun British American Tobacco (BAT) pertama kali membuka pabrik untuk memproduksi rokok konvensional rokok putih di jalan Pasuketan no. 1, Cirebon tahun 1924 dan kemudian cabangnya di Semarang (Wahyuningsih, 2010).

Di tahun 1931 pabrik rokok Bentoel didirikan, ketika didirikan nama perusahaannya adalah Strootjesfabriek Ong Hok Liong. Awalnya ia bergerak di kategori klobot di bawah merek *Burung*. Bentoel adalah perusahaan yang kali pertama menjalankan peraturan pemerintah untuk memberikan kursi bagi pelinting yang sebelumnya hanya duduk di lantai. Pada 1974, perusahaan ini melakukan terobosan lagi dengan menjadi perusahaan kretek pertama yang mengoperasikan *full-automated rolling machines* di Indonesia. Ia membelinya dari perusahaan Inggris, Molin Machines, pada 1968. Lahirlah kemudian merek *Bentoel Internasional*, yang kini lebih dikenal dengan nama *Bentoel Biru* – merek lokal pertama yang dipromosikan secara nasional (Bentoel, 2010).

Pada tahun 1932 pabrik rokok Nojorono didirikan, perusahaan inilah yang memproduksi merek terkenal *Minak Djinggo*, nama tokoh dalam perwayangan Jawa. Nojorono menciptakan rokok yang sifatnya waterproof, yang tidak mudah mati jika kena air, sehingga disukai kaum pelaut dan nelayan (Nojorono, 2010).

Pada tahun 1937 pabrik rokok Djambu Bol walau sempat terhenti akibat invasi Jepang. Merupakan perusahaan yang didirikan oleh kaum pribumi warga Kudus bernama Haji Roesydi Ma'roef yang tetap mempertahankan rokok

handmade. Penjualan rokok Djambu Bol berkonsentrasi hanya pada pasar luar Jawa, terutama Sumatera Utara yang mencapai 95% dari pangsa pasarnya.

Djarum Gramophon atau sekarang lebih dikenal dengan PT Djarum didirikan pada tahun 1951. PT Djarum bukanlah perusahaan keluarga. Produk rokok Djarum semula hanya dipasarkan di Kudus akan tetapi merambah hingga keseluruh daerah dan sempat menjadi perusahaan rokok terbesar di 1967. Djarum juga mulai menjajal pasar luar negeri pada 1972. Langkah ini mengantarnya menjadi merek kretek paling populer di luar negeri(Suprpto, 2010).

Tahun 1958 Gudang Garam didirikan tepatnya 26 Juni 1958. Gudang Garam memang termasuk yang paling muda. Namun dari segi volume produksi, perusahaan ini masih dianggap sebagai yang teratas. Bahkan untuk kategori klobot kretek ini yang banyak orang tidak tahu Gudang Garam merupakan pemimpin pasar. Sebelum Phillip Morris masuk ke Indonesia melalui HM Sampoerna, Gudang Garam merupakan pemimpin pasar rokok di Indonesia(Tbk, 2010).

Arti lain dari hadirnya rokok di Indonesia adalah bahwa ia menggantikan kebiasaan lawas masyarakat mengunyah sirih (*betel*). Proses budaya ini dimungkinkan karena rokok membawa dalam dirinya sejumlah simbol sosial yang beragam namun secara simultan mampu memenuhi segmen yang berbeda. Rokok dapat menjadi simbol sosial bagi kalangan ningrat sebagaimana ia juga bisa menjadi pemuas waktu senggang kasta pekerja. Rokok juga bisa memenuhi kebutuhan orang tua akan ketenangan batin, sementara di sisi lain ia mampu memberikan kepada anak muda kebanggaan diri.

Beberapa waktu setelah rokok sukses menjadi barang komersial menggantikan sirih, seorang haji yang tinggal di wilayah Kudus melakukan eksperimen yang di kemudian hari mengubah garis sejarah perkembangan rokok di Indonesia. Demi mengobati rasa sakit di dadanya, ia meramu obatnya sendiri dengan cara mengombinasikan antara rokok dan cengkih. Ramuan rokok dengan cengkih tersebut akhirnya menjadi demikian populer dikenal dengan sebutan Rokok Kretek(Kartajaya, 2005).

2.2. JENIS-JENIS KONSUMSI TEMBAKAU

Aneka ragam cara orang mengkonsumsi tembakau, dari sekedar mencium baunya, menghirup bubuk tembakau kering, menghisap bubuk basah tembakau

dengan menyelipkan diantara gusi dan pipi dalam, mengunyah, sebagai teman menyirih maupun merokok, baik liting sendiri, liting pabrik maupun cerutu, ataupun dengan pipa. Dari semua itu rokok merupakan yang terbanyak dikonsumsi dan diproduksi diseluruh dunia berkisar 96% dari seluruh penjualan produksi tembakau. Rokok adalah cara yang paling lazim untuk mengkonsumsi tembakau diseluruh dunia. Rokok dihasilkan dari daun tembakau yang tua yang dipanen kemudian dikeringkan dengan berbagai cara agar oksidasi menjadi melambat dan terjadi degradasi karotenoid dalam daun tembakau. Hal ini akan menghasilkan senyawa tertentu dalam daun tembakau yang dapat ditambahkan dengan aroma lain seperti teh, minyak mawar, atau aroma rasa buah. Sebelum dikemas, tembakau sering dikombinasikan dengan aditif lainnya untuk meningkatkan potensi adiktif, menjaga kelembaban, atau meningkatkan efek asap dengan membuatnya menjadi lebih enak (Jacobs, 1992 rev. 1997). Di Indonesia untuk memberikan citarasa yang berbeda diberikan campuran cengkih kedalam rokok yang dikenal sebagai rokok kretek (Kartajaya, 2005).

Penemuan mesin rokok roling tahun 1881 telah memicu pandemik tembakau melalui produksi massal rokok seukuran kantong (Jacobs, 1992 rev. 1997). Tidak seperti rokok liting yang lambat atau pipa air yang besar, rokok buatan pabrik menawarkan lebih nyaman dan mudah dibawa dalam menjaga ketergantungan, walau sekalipun sedang mengemudi mobil bahkan naik motor sekalipun, sambil bekerja, sedang mengetik, atau sedang berjalan-jalan.

Dalam masa sekarang di era globalisasi ekonomi, citarasa tradisional pun dikemas dengan bentuk modern seperti hookah dan bidi di India atau rokok kretek dengan campuran cengkeh, yang saat ini juga dipasarkan ke kalangan remaja dibanyak negara. Citarasa tradisional ini kadangkala mendapat tempat di negara lain karena kemasan eksotis yang berbeda, walaupun langka, jarang ada, akan tetapi jika telah didapatkan bisa menjadikannya sebagai gerbang awal menuju kecanduan bagi remaja yang terpikat atau orang iseng mencoba untuk menjadi perokok selama hidupnya. Demikian pula berlaku sebaliknya rokok putih asal negara maju, dengan iklan pemuda yang gagah, kemasan yang modern dan menarik, dapat menarik perhatian remaja maupun orang iseng di kontinen lainnya, sama untuk menjadi perokok seumur hidupnya.

Tidak ada yang aman dalam menggunakan produk tembakau, baik dihirup, diendus, dihisap, maupun dikunyah, sekalipun kandungan berbahayanya telah dikurangi, atau telah dicampur dengan kandungan lain, semua sama tidak amannya. Akan tetapi penggunaan terbanyak dari produk tembakau dan memberikan efek kepada non pengguna adalah rokok. Asap rokok yang dihisap melalui mulut seseorang disebut sebagai *mainstream smoke*, sedangkan asap rokok yang terbentuk pada ujung rokok yang terbakar serta asap rokok yang diembuskan ke udara oleh perokok disebut *sidestream smoke*. *Sidestream smoke* inilah yang dapat mengakibatkan seseorang menjadi perokok pasif.

2.3. PATOFISIOLOGI ROKOK

2.3.1. Rokok Dan Kecanduan

Sejak tahun 80-an, peningkatan pengakuan bahwa tembakau merupakan zat adiktif telah banyak diakui oleh dokter, peneliti dan ahli kesehatan masyarakat. Tembakau yang merupakan bahan baku utama dari produk rokok. Rokok adalah produk yang dapat menimbulkan kecanduan bagi penggunanya. Rokok terbuat dari tembakau yang mengandung nikotin yaitu alkaloid yang secara alamiah ada di dalam tumbuhan *Nicotiana tabacum*. Dalam persiapan untuk dikonsumsi, daun tembakau dikeringkan. Diproses sedemikian rupa dari pengeringan dan pembiaran beberapa waktu hingga siap untuk proses pengolahan hingga menjadi bentuk rokok. Nikotin dalam rokok dapat dengan cepat diserap ke dalam aliran darah, terutama di bawah lingkungan pH tinggi dan/atau selama pembakaran yang melepaskan nikotin. Nikotin sangat adiktif dan bertindak dalam cara yang mirip dengan obat seperti heroin dan kokain. Ketika diserap ke dalam otak, efek menyenangkan dan menguntungkan sebagai akibat dari pelepasan dopamin dan lainnya neurotransmitter. Tubuh dengan cepat mengembangkan suatu peningkatan toleransi setelah terpapar nikotin yang kronis (Cundiff & Markunas, 1955).

Efek ketergantungan terhadap produk dan kesulitan untuk melepaskan dari efek ketergantungan merupakan hal yang sangat menguntungkan bagi produsen rokok. Sebenarnya tanpa melakukan promosi terus menerus karena efek kecanduan ini sudah mendapatkan pelanggan yang loyal.

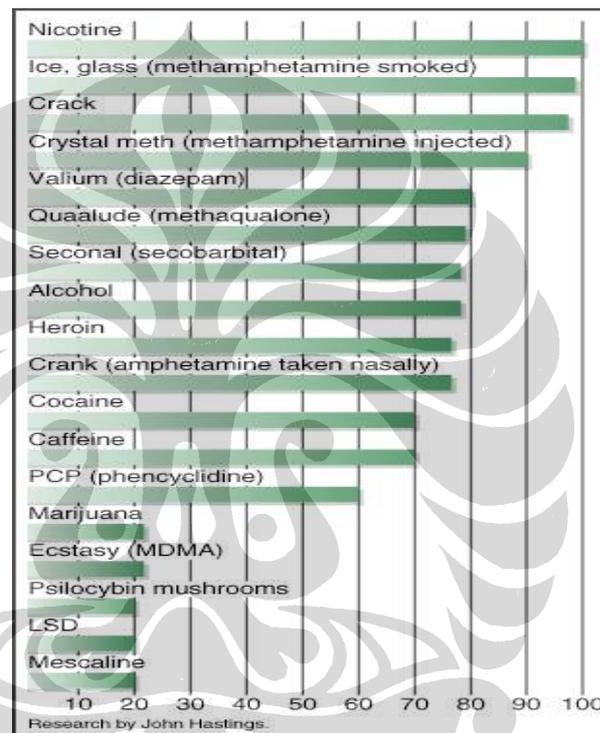
Untuk disebut sebagai zat adiktif rokok telah memenuhi persyaratan untuk disebut sebagai zat adiktif karena telah memenuhi kriteria berikut:

- Penarikan – Pada saat berhenti menggunakan menghasilkan gejala penarikan diri yang parah.
- Penguatan - Kecenderungan zat untuk mendorong pengguna untuk mengambil lagi dan lagi.
- Toleransi - Kebutuhan pengguna untuk meningkatkan dosis yang semakin meningkat untuk mendapatkan efek yang sama.
- Ketergantungan - Kesulitan dalam berhenti, tingkat kekambuhan, persentase orang yang akhirnya menjadi tergantung, walau mengetahui bahwa zat tersebut berbahaya.
- Keracunan - Tingkat keracunan yang dihasilkan oleh zat dalam penggunaan yang khas (Benowitz, 2010; Luty, 2002; Markou, Koob, & Henningfield, 2003).

Produk rokok telah direkayasa sedemikian rupa oleh produsen rokok untuk dapat dimaksimalkan mengirim nikotin ke dalam otak. Secara tunggal nikotin saja sudah dapat menyebabkan kecanduan apalagi ditambahkan zat kimia lain, hal tersebut akan menjadikan rokok lebih berkekuatan dan adiktif. Cukup dengan satu batang rokok saja sudah bisa membuat orang kecanduan. Demikian studi yang dilakukan oleh University of Massachusetts Medical School yang menunjukkan bahwa 10% dari remaja yang terkait dengan rokok menjadi kecanduan hanya dua hari setelah pertama kali menghisap rokok, dan 25% menjadi kecanduan setelah satu bulan (U. M. School, 2007). Studi juga menemukan bahwa remaja yang telah merokok walau hanya sedikit perbulannya mengalami penderitaan ketika rokok dihentikan. Artinya tidak perlu menjadi seorang perokok berat, untuk menjadi kecanduan dan mengalami penderitaan ketika rokok dihentikan (J. E. Henningfield, Cohen, & Slade, 1991; MMWR, 1998-1999). Dalam sebagian besar aspek ketergantungan, kecanduan nikotin setara dengan kecanduan obat, seperti heroin dan kokain. Nikotin merupakan obat psikoaktif yang dapat memicu peristiwa neurobiologis di daerah otak dan seluruh tubuh, pada gilirannya, secara bersama-sama dapat memperkuat penggunaan tembakau (Benedict, 2009). Efek kecanduan inilah yang menyebabkan orang sulit untuk berhenti dari merokok, orang akan terus menerus mengonsumsi rokok dan akan mengalami kesulitan untuk berhenti, dan hal inilah yang dimanfaatkan oleh industri tembakau

menanggung keuntungan dengan target perokok pemula dan muda usia sebelum usia 18 tahun.(Kubincová, 2010)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh John Hasting sebagaimana dikutip dari buku elektronik Barlow tingkat kecanduan dari rokok menempati urutan pertama dibandingkan dengan kokain ataupun marijuana, Hasting mengelompokkan kepada seberapa mudah anda memulai dan seberapa susah anda berhenti, disamping memperhitungkan faktor lain seperti fisiologi, psikologi, dan sosial dan tekanan ekonomi(Barlow & Durand, 2010).



Gambar 2.1 Peringkat Zat Adiktif

Sumber: An Integrative Approach, 2010(Barlow & Durand, 2010)

Sedangkan Henningfield menetapkan peringkat berdasarkan ciri-ciri zat adiktif sehingga peringkat nikotin adalah sebagai berikut(A. M. G. F. K. J. E. Henningfield, 2003; J. E. Henningfield, et al., 1991):

Tabel 2.1 Peringkat Zat Adiktif Henningfield

Zat	Penarikan	Penguatan	Toleransi	Ketergantungan	Keracunan
Nikotin	3	4	2	1	5
Heroin	2	2	1	2	2
Kokain	4	1	4	3	3
Alkohol	1	3	3	4	1
Kafei	5	6	5	5	6
Marijuana	6	5	6	6	4

Sumber: Working Paper Background Paper on the Neurobiology of Nicotine Addiction, 2003

Di lain pihak, Benowitz memeringkat Nikotin sebagai berikut (Benowitz, 1999, 2010):

Tabel 2. 2 Peringkat Zat Adiktif Benowitz

Zat	Penarikan	Penguatan	Toleransi	Ketergantungan	Keracunan
Nikotin	3	4	4	1	6
Heroin	2	2	2	2	2
Kokain	3	1	1	3	3
Alkohol	1	3	4	4	1
Kafein	4	5	3	5	5
Marijuana	5	6	5	6	4

Sumber: The New England Journal of Medicine, 1999

Peringkat diatas adalah 1-6. Dimana 1 merepresentasikan tendensi adiktif terkuat dan 6 tendensi adiktif terlemah. Hasil penelitian tersebut di atas membuktikan bahwa rokok merupakan zat dengan ketergantungan yang paling tinggi.

2.4. EPIDEMIOLOGI ROKOK

2.4.1. Perkiraan Jumlah Perokok dan Prevalensi Perokok Negara-negara di Dunia

Jumlah perokok dari tahun ke tahun terus meningkat, peningkatan ini juga disertai dengan pergeseran umur awal dari merokok. Jika ditahun 80-an inisiasi merokok di mulai pada umur 17-20 tahunan, di tahun 2000 bergeser keusia 14-17 tahunan dan ditahun 2011 cenderung semakin muda lagi berusia-9-13 tahun-an. Disamping pergeseran usia, pergeseran gender juga telah terjadi peningkatan yaitu dengan semakin meningkatnya jumlah wanita perokok (Amos, 1996; Haglunda, 2010; MMWR, 1995).

Tabel 2. 3 Perkiraan Jumlah Perokok Dalam Juta Dan Prevalensi Perokok Usia 15 Tahun Atau Lebih Di Didunia

Negara	Perkiraan Jumlah Perokok			Prevalensi Merokok	
	Pria	Wanita	Total	Pria	Wanita
Maju	275	150	425	35%	22%
Berkembang	700	100	800	50%	9%
Dunia	975	250	1225	47%	12%

Sumber *Tobacco Atlas* tahun 2002 (Judith Mackay, 2002)

Tabel 2. 4 Prevalensi Merokok Dunia Pada Anak Usia 13-15

	Anak Laki	Anak Perempuan	Total
Wilayah	Presentase (dibulatkan)		
Afrika	20	14	17
Amerika	24	20	22
Mediterania	19	11	15
Eropa	22	17	20
Asia Tenggara	18	7	13
Pasifik Barat	15	8	11
Total	20	14	17

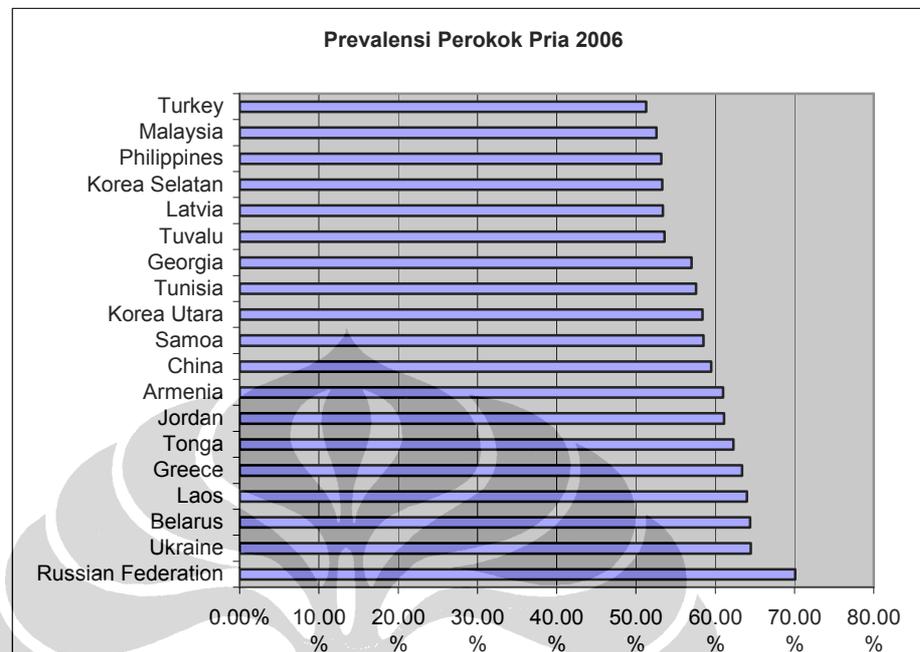
Sumber International Comparisons Of Prevalence Of Smoking *A Comprehensive Online Resources* 2011; <http://www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-1-prevalence/1-13-international-comparisons-of-prevalence-of-sm>. (Australia, 2011)

Prevalensi merokok sangat penting untuk mengetahui seberapa besar epidemi yang dihadapi suatu negara akibat tembakau. Saat ini di seluruh dunia terdapat sekitar 1.22 miliar orang merokok (lebih dari satu miliar orang laki-laki, dan 250 juta perempuan), dan 1 miliarnya terdapat di negara berkembang (Guindon G E, 2003).

Dengan penurunan penggunaan tembakau di banyak negara industri, geografi merokok terus bergeser dari negara maju ke negara berkembang. Pada tahun 1995, perokok lebih banyak tinggal di negara berpendapatan tinggi dan pendapatan menengah (933 juta) dibandingkan di negara berpendapatan rendah (209 juta) (Shafey O, Dolwick S, & GE, 2003).

Saat ini sekitar 35% pria dan 22% wanita di negara maju merokok dibandingkan dengan negara berkembang yang jumlahnya berkisar 50% dan 2/3 adalah pria Cina, dan 9% adalah wanita. Beban global mati akibat rokok, berbanding terbalik dengan trend konsumsi tembakau 30-60 tahun. Diperkirakan bahwa 4,9 juta kematian prematur akibat rokok terjadi pada tahun 2000, terbagi rata antara negara maju dan negara berkembang. Lebih dari 600.000 kematian akibat rokok ini terjadi di Cina. Jika hal ini dibiarkan, maka Asia merupakan tempat 1/3 penduduk dunia yang diperkirakan pada tahun 2020 mati akibat rokok. Jumlah tersebut akan meningkat 4,9 juta setiap tahunnya. Beban global akan mencapai 9 juta lebih kematian dengan 7 jutanya terjadi di negara berkembang. Perkiraan beban global dari konsumsi produk tembakau non rokok mencapai 100,000 kematian setiap tahunnya akibat kanker mulut terutama di daerah Asia Tenggara. Dari seluruh orang yang hidup di dunia ini sekarang, diperkirakan ada 500 juta orang yang pada akhirnya mati akibat tembakau (ASH, 2009; Centre, 2010c).

Berikut ini gambaran prevalensi perokok di beberapa negara(Foundation, 2010):



Gambar 2. 2 Prevalensi Perokok Pria Dunia Tahun 2006

Sumber: WHO, *Tobacco Atlas*

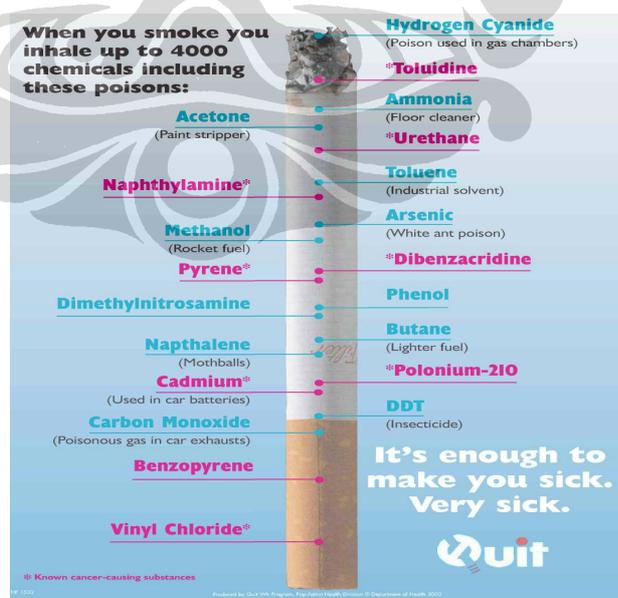
2.4.2. Kandungan Rokok yang Membahayakan Kesehatan

Rokok merupakan satu-satunya barang konsumsi yang legal tetapi berbahaya ketika dikonsumsi persis seperti yang diinginkan oleh produsen (A. M. G. F. K. J. E. Henningfield, 2003; Prabhat Jha, 2003). Rokok mengandung nikotin yang dapat menyebabkan ketergantungan dari si pemakainya.

Akibat pengeringan dan proses produksi menjadi rokok, rokok tidak hanya sekedar mengandung nikotin, tetapi juga mengandung tembakau-spesifik nitrosamin (TSNA) yang merupakan kelompok karsinogen (ditemukan hanya dalam produk tembakau). TSNA terbentuk dari alkaloid nikotin. Zat lain yang dominan ketika rokok dibakar adalah tar. Tar merupakan substansi coklat lengket, yang meninggalkan noda pada perokok di jari, gigi dan paru-paru serta mengandung karsinogen. Hingga 70 persen dari tar dalam rokok menetap di dalam paru-paru perokok. Kandungan lainnya adalah logam berat seperti timah, krom dan kadmium, serta bahan radioaktif polonium. Kadmium merupakan zat paling beracun dan berbahaya bagi manusia. Resiko kesehatan terbesar akibat keracunan kadmium adalah

penyebab langsung kerusakan pada paru-paru, mengurangi jumlah sperma, mengandung racun bagi tubuh yang dapat memberikan beban tinggi pada ginjal sehingga mengakibatkan kerusakan tubular ginjal dan kemungkinan kerusakan terhadap tulang (Elinder et al., 1983; Kelley, 1965; Spira et al., 2004; Su, Han, Giraldo, De Li, & Block, 1998). Total kandungan zat yang terkandung dalam asap rokok adalah lebih dari 4000 zat kimia dan 70 diantaranya merupakan penyebab kanker (Bates, Connolly, & Jarvis, 2007; Hoffmann & Wynder, 1986; J Mackay & Eriksen, 2005).

Pemerintah Amerika menetapkan 599 zat kimia adiktif yang digunakan oleh perusahaan rokok harus merupakan sesuatu yang dapat dilihat oleh perokok. Daftar 599 zat kimia ini disampaikan oleh lima perusahaan rokok besar Amerika, yaitu American Tobacco Company, Brown and Williamson, Liggett Group, Inc., Philip Morris Inc., R.J. Reynolds Tobacco Company yang disampaikan kepada Departemen Kesehatan dan Pelayanan Manusia Amerika pada tahun 1994, sebelumnya daftar ini telah lama dibiarkan disimpan secara rahasia oleh perusahaan (S. Jane Henley, 2004; Shah, 2010). Penggunaan beberapa zat adiktif tersebut dalam keseharian ternyata merupakan zat yang digunakan untuk bahan industri yang dapat diilustrasikan sebagai berikut:



Gambar 2.3 Zat Dalam Rokok Digunakan Dalam Berbagai Bahan Industri
Produced by Quit WA HP 1532 Program, Population Health Division © Department of Health 2002

Dari zat-zat yang terkandung dalam asap rokok tersebut terdapat 16 zat kimia utama yang memberikan dampak pada kesehatan yaitu(WHO, 2008):

Tabel 2. 5 Bahan Kimia yang Terkandung Dalam Rokok Terhadap Kesehatan

Kimia	Efek Kesehatan
1,3 - butadiene	kanker, reproduksi/perkembangan
Acetaldehyde	kanker, iritasi saluran pernafasan
Acrolein	iritasi saluran pernafasan
Acrylonitrile	kanker, iritasi saluran pernafasan
Arsenic	kanker, kardiovaskular, reproduksi/perkembangan
Benzene	kanker, reproduksi/perkembangan
Cadmium	Kanker
Carbon monoxide	Kardiovaskular
Chlorinated Dioxins and Furans	kanker, kardiovaskular, reproduksi/perkembangan
Chromium (VI)*	kanker, iritasi saluran pernafasan
m + p + oCresol	kardiovaskular
Formaldehyde	kanker, iritasi saluran pernafasan
Hydrogen cyanide	kardiovaskular
N-nitrosornicotine (NNN)**	kanker
N-nitrosodimethylamine (NDMA)	kanker
N-nitrosopyrrolidine (NP)	kanker

Sumber: WHO, 2008

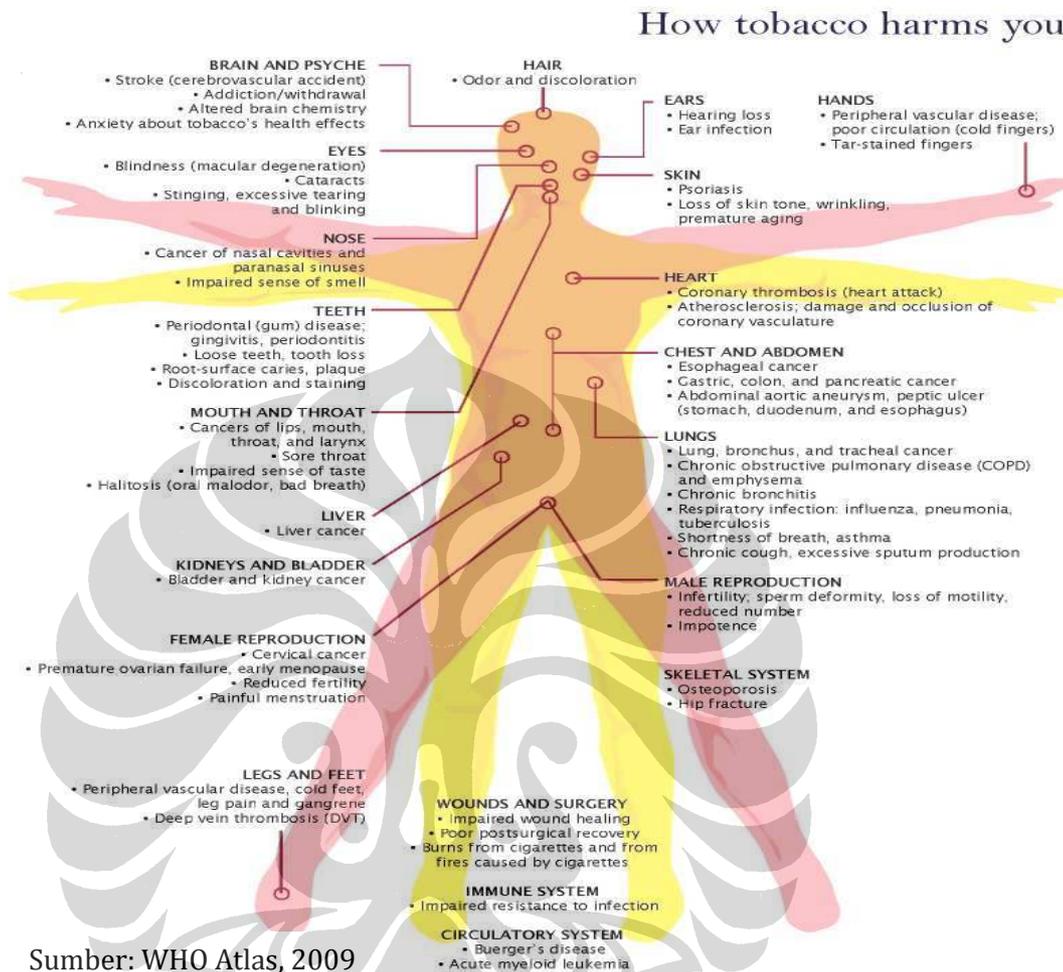
2.4.3. Rokok: Morbiditas dan Mortalitas

Merokok merupakan penyebab utama dari penyakit yang sebetulnya dapat dicegah di seluruh dunia dan juga merupakan penyebab kematian prematur di Amerika Utara. Di tahun 1912, Adler pertama kali mengemukakan bahwa menghirup asap rokok mungkin menjadi penyebab kanker paru-paru. Sejak itu, pengetahuan tentang efek kesehatan yang merugikan dari merokok tidak henti-hentinya dilakukan.(Alberg Aj Fau - Samet & Samet, 2003; Boffetta, et al., 2010; Etzel, et al., 2003). Kemudian penelitian ini terus berkembang sehingga ditemukan bahwa tembakau merupakan faktor resiko dari berbagai masalah kesehatan seperti infeksi TBC(Alcaide et al., 1996; Kolappan & Gopi, 2002; Lowe, 1956), kanker paru(Alberg Aj Fau - Samet & Samet, 2003; Boffetta, et al., 2010; Etzel, et al., 2003; G. Hill, et al., 2003; J. M. Samet, et al., 2009; Spiro et al., 2010; Subramanian & Govindan, 2010; Tang et al., 2010; Turner, et al., 2007; U.S. Department of Health and Human Services, 1993; Wynder, 1997), gangguan ginjal(Orth, Ritz, & Schrier, 1997; Orth et al., 1998; Theis Rp Fau - Dolwick Grieb, et al., 2010), kanker di kepala dan leher(Lewin et al., 1998; Sturgis &

Cinciripini, 2007), kanker payudara(Bottorff, et al., 2010; Couch, et al., 2001; Jemal, et al., 2008; Linnoila, 2010), gangguan kandung kemih(Huncharek, et al., 2010), kanker pankreas(Lin et al., 2002; Lowenfels, et al., 2001), prostat(Huncharek, et al., 2010) dan lambung(Korman, Hansky, Eaves, & Schmidt, 1983; Stanciu & Bennett, 1972); penyakit jantung dan pembuluh darah: seperti stroke dan penyakit pembuluh darah tepi(Ambrose & Barua, 2004; Association; Ayanian & Cleary, 1999; Critchley & Capewell, 2003); penyakit saluran pernapasan: flu, radang saluran pernapasan (bronkhitis), penyakit paru obstruktif kronis(Ait-Khaled N Fau - Enarson, Enarson D Fau - Bousquet, & Bousquet, 2001; Kolappan & Gopi, 2002; Turner, et al., 2007; Vineis, et al., 2005); penyakit Alzheimer(Francisco, 2010; Ott, et al., 1998), bipolar(Calogero et al., 2009; Elbendary, El-Gamal, & Salem, 2009; Gades, 2005; He et al., 2007; Millett, 2006), penyusutan otak, gangguan pendengaran, penyakit kulit(Judith Mackay, 2002), berkontribusi kepada keguguran, premature delivery, low birth weight(Ventura, Hamilton, Mathews, & Chandra, 2003), sudden infant death(Schoendorf & Kiely, 1992) dan penyakit-penyakit pada anak-anak, seperti attention hyperactivity deficit disorders(J. G. Johnson et al., 2000; Pomerleau, Downey, Stelson, & Pomerleau, 1995) hingga penurunan kualitas sperma maupun impotensi(Lewis et al., 2004; Mannino, Klevens, & Flanders, 1994; Shabsigh, Fishman, Schum, & Kay Dunn, 1991) serta bagi perempuan pada saat postmenopause, wanita yang merokok memiliki kepadatan tulang lebih rendah dibanding wanita yang tidak pernah merokok. Perempuan yang merokok memiliki peningkatan risiko patah tulang pinggul daripada wanita yang tidak pernah merokok(CDC, 2010, 2011a). Efek buruk terhadap perokok pasif seringkali tidak disadari oleh orang dewasa perokok, akibatnya anak justru paling banyak terpapar rokok di dalam rumahnya sendiri(WHO, 2009c) dan berbagai penyakit lainnya yang disebabkan oleh tembakau secara lebih detail telah dipetakan dalam "Tobacco Atlas" oleh *World Health Organisation*(K. B. Indonesia, 2011; Silverman, et al., 1994; WHO, 2009b).

Zat dalam asap rokok tidak hanya berpengaruh buruk terhadap si perokok itu sendiri akan tetapi berpengaruh juga terhadap orang yang berada dalam lingkungannya. Sebagaimana dikemukakan oleh CDC (Center for Disease

Control and Prevention) efek dari asap rokok sama akibatnya bagi perokok pasif seperti yang dialami oleh perokok aktif (Shah, 2010).



Gambar 2. 4 Peta Faktor Resiko Rokok Terhadap Kesehatan Manusia

Yang terjadi di Amerika akibat merokok terkait dengan kesehatan dan kematian adalah:

- Walaupun kanker laring adalah hal sangat jarang terjadi, akan tetapi di tahun 1988 terjadi kasus 1.1% pada pria dan menyebabkan kematian. Hal tersebut juga terjadi pada wanita dengan kasus 0.3%. Tercatat kurang lebih 2.1% pria terkena kanker mulut dan terkait kematian, di lain pihak terjadi 1.2% pada wanita. Merokok dan mengunyah tembakau merupakan penyebab utama dari kedua kanker tersebut. Sedangkan kanker esophagus menyebabkan 2.6 pria dan 1% wanita menderita kanker terkait kematian. Diperkirakan bahwa 50% dari keseluruhan kematian kanker esophagus disebabkan karena merokok.

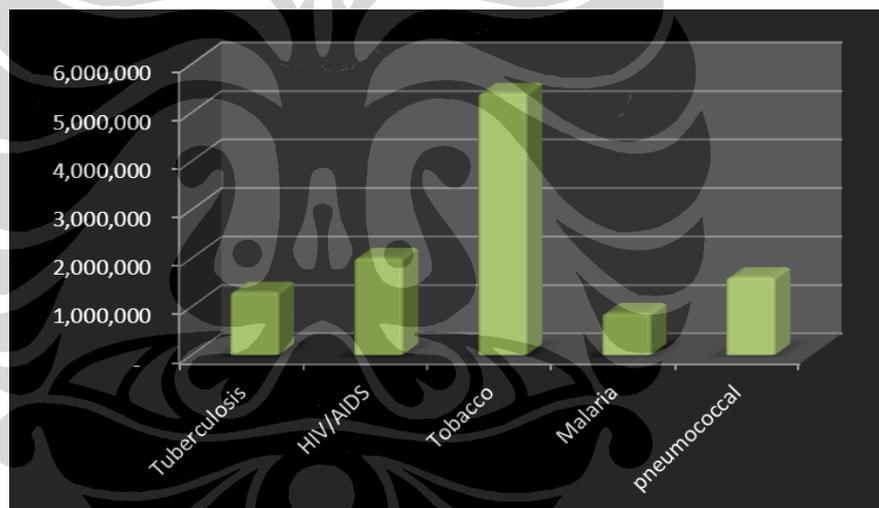
- Prevalensi kanker kandung kemih terkait kematian di tahun 1988 sebesar 2.4% pria dan 1.3% wanita. Kurang lebih sepertiga dari penyebab kanker ini adalah karena merokok. Demikian halnya dengan kanker pancreas. Terhitung 5% kanker terkait kematian di tahun 1990 sepertiga dari kasus kematian oleh kanker pankreas disebabkan oleh merokok. Untuk kejadian kanker ginjal, tercatat 2.3% dari pria terkena kanker terkait kematian dan 1.8% wanita. Merokok telah menjadi faktor resiko yang berdiri sendiri untuk kanker serviks. Kanker dubur bagi wanita dan pria juga sebagian besar disebabkan karena merokok. Interaksi antara faktor virus dan ekposur tembakau meningkatkan resiko kanker.
- Orang yang tidak merokok yang terpapar dengan lingkungan perokok secara signifikan beresiko tinggi terhadap peningkatan kanker dan penyakit pernapasan. Konsentrasi racun dan karsinogen lebih tinggi pada sidestream smoke. Gangguan dari berbagai macam penyakit pernapasan dan morbiditas terhadap anak yang terpapar asap rokok akan meningkat(Patience, 2011).
- Di Amerika Serikat, penggunaan tembakau bertanggung jawab untuk sekitar satu dari lima kematian setiap tahunnya (yaitu, sekitar 443.000 kematian per tahun, dan diperkirakan 49.000 kematian ini berhubungan dengan tembakau adalah hasil dari paparan asap rokok).

Walaupun kematian akibat tembakau jarang sekali menjadi berita utama dalam media cetak maupun elektronik, akan tetapi penggunaan tembakau mengakibatkan kematian dan berbahaya bagi kesehatan, merupakan hal yang tidak terbantahkan(CDC, 2011b; Doll, Peto, Boreham, & Sutherland, 2004). Kombinasi dari nikotin yang menyebabkan ketagihan dan zat kimia dalam asap rokok yang bersifat karsinogenik yang merupakan penyebab kematian(Hammond & Horn, 1958). Penggunaan tembakau dalam bentuk apapun yang terbanyak rokok: mild, light, rendah tar, rokok aneka rasa, bebas aditive, rokok organik, PREPS (Potentially Reduced-Exposure Products), rokok kretek, pipa, cerutu, maupun bentuk lainnya dikunyah, dikulum maupun sekedar diendus berakibat sama buruk bagi kesehatan manusia(Wynder, 1997). Tembakau membunuh satu orang setiap enam detik, tembakau membunuh sepertiga sampai setengah dari seluruh orang yang menggunakannya, dengan rata-rata limabelas tahun kematian

prematur. Saat ini penggunaan tembakau penyebab satu dari sepuluh kematian orang dewasa diseluruh dunia setahun lebih dari 5 juta orang. Sehingga jika tidak segera diambil tindakan, kematian akibat tembakau akan meningkat hingga delapan juta orang pertahun, di tahun 2030(Medicine, 2010).

Di Amerika Serikat, penggunaan tembakau bertanggung jawab untuk sekitar satu dari lima kematian setiap tahunnya (yaitu, sekitar 443.000 kematian per tahun, dan diperkirakan 49.000 kematian ini berhubungan dengan tembakau adalah hasil dari paparan asap rokok)(CDC, 2011b) .

Rata-rata, perokok meninggal 13 sampai 14 tahun lebih awal dari yang tidak merokok. Penyakit dan kematian akibat tembakau sebenarnya merupakan penyakit dan kematian yang dapat dicegah. Akan tetapi menurut statistik sakit dan kematian akibat tembakau justru menempati urutan tertinggi, hal ini terlihat dalam grafik berikut ini:



Gambar 2. 5 Perbandingan Kematian Akibat Penyakit Di Tahun 2008

Sumber: Data diambil dari Global Health Issues(Shah, 2010) dan WHO Report 2009(WHO, 2009c)

2.5. PENGENDALIAN TEMBAKAU DI DUNIA

Magnitude pandemic yang besar yang ditimbulkan oleh produk tembakau menyebabkan banyak negara dan lembaga internasional menyadari perlu untuk secara bersama-sama mengatur kebijakan pengendalian tembakau yang berdampak pada kesehatan. Berbagai macam penelitian telah dilakukan bahwa tembakau merupakan faktor resiko berbagai macam penyakit. Sehingga untuk mengatur mencegah terjadinya gelombang kematian besar mati akibat tembakau badan kesehatan dunia WHO, maupun negara-negara maju secara aktif

mengaturnya dalam kebijakan nasionalnya dan telah terbukti jumlah perokok mengalami penurunan yang memberikan dampak menurunkan resiko kematian akibat kematian. Berikut ini kebijakan FCTC dari WHO dan kebijakan-kebijakan yang telah dilakukan negara-negara dalam kaitannya dengan pengendalian tembakau.

2.5.1. World Health Organization Melalui FCTC

Keprihatinan dunia tentang bahaya produk tembakau telah mendorong WHO untuk merancang suatu langkah yang belum pernah dilakukan sebelumnya yaitu mengembangkan suatu traktat internasional pengendalian dampak tembakau (Framework Convention on Tobacco Control atau FCTC). Ini merupakan langkah konkrit dan baru dari WHO, sebagai tindak lanjut dari pengakuan komunitas internasional bahwa meluasnya epidemi tembakau merupakan masalah global dengan konsekuensi serius terhadap kesehatan, ekonomi, sosial, dan lingkungan, dan oleh karena itu untuk mengatasinya diperlukan kerjasama internasional seluas-luasnya dan partisipasi seluruh negara melalui tindakan yang efektif, tepat dan menyeluruh (WHO, 2003).

Secara khusus dalam pasal 3 FCTC disebutkan bahwa Tujuan Konvensi dan protokolernya adalah menjaga generasi masa kini dan generasi mendatang agar tidak menanggung konsekuensi kesehatan, sosial, lingkungan dan ekonomi dari konsumsi tembakau dan pengaruh asap rokok melalui penyediaan sebuah kerangka untuk pengukuran pengendalian dampak tembakau yang akan diterapkan oleh Negara anggota pada tingkat nasional, regional dan internasional agar mengurangi prevalensi penggunaan tembakau dan pengaruh asap rokok secara berkesinambungan dan mendasar (WHO, 2003).

Keputusan untuk membuat konvensi ini bermula dari ditetapkannya Sidang Umum *World Health Assembly* (WHA) pada tahun 1999. Pembahasan (negosiasi) naskah dilakukan dalam sidang-sidang INB (*International Negotiating Body*), selama tidak kurang dari 3 (tiga) tahun. INB bersidang sebanyak 6 (enam) kali, yaitu sejak INB 1 pada tahun 2000 sampai dengan INB 6 pada tahun 2003. Selain itu juga diselenggarakan pertemuan-pertemuan resmi lainnya dalam kawasan-kawasan WHO untuk membahas rancangan naskah FCTC yang terus berkembang. Negara-negara di kawasan Asia, selain menyelenggarakan

pertemuan berdasarkan keanggotaannya dalam organisasi regional WHO (baik SEARO maupun WPRO), juga menyelenggarakan sidang ASEAN untuk membahas draft naskah FCTC ini.

Indonesia ikut serta secara aktif dalam pertemuan-pertemuan tersebut di atas. Dalam sidang INB yang terakhir (INB 6), Indonesia bersama India terpilih mewakili kawasan SEARO duduk dalam *drafting committee*, yang beranggotakan 20 (dua puluh) negara. *Drafting committee* inilah yang membuat rumusan final draft naskah FCTC yang kemudian diajukan dalam Sidang WHA untuk disahkan. Akhirnya *Framework Convention on Tobacco Control* diadopsi secara aklamasi oleh seluruh negara anggota WHO dalam sidang WHA (*World Health Assembly*) pada bulan Mei 2003. Dengan demikian dunia mempunyai FCTC, yaitu suatu instrumen strategi kesehatan masyarakat global untuk mendukung negara-negara anggota dalam mengembangkan program pengendalian dampak tembakau di tingkat nasional untuk menekan kematian dan penyakit-penyakit yang berhubungan dengan penggunaan tembakau. FCTC ini sudah efektif sejak tahun 2005 pada saat jumlah negara yang meratifikasinya sudah melebihi yang dipersyaratkan. Dari 195 negara anggota WHO, saat ini sudah ada 174 negara yang meratifikasinya, dan 168 menandatangani sedangkan Indonesia adalah salah satu diantara 21 negara yang tidak meratifikasinya sekaligus tidak menandatangani.

Pokok-pokok isi FCTC terutama berkenaan dengan upaya untuk menurunkan penggunaan produk tembakau melalui penurunan permintaan (*demand*), walaupun juga mengandung upaya-upaya yang bersifat menurunkan pasokan (*supply*). Dalam FCTC disebutkan bahwa upaya penurunan demand terhadap penggunaan tembakau dilakukan melalui beberapa upaya, yaitu : 1) penggunaan mekanisme pengendalian harga dan pajak; 2) pengendalian/penghentian iklan, sponsorship, dan promosi; 3) pemberian label dalam kemasan rokok yang mencantumkan peringatan kesehatan dan tidak menggunakan istilah yang *menyesatkan*; 4) pengaturan udara bersih (proteksi terhadap paparan asap rokok); 5) pengungkapan dan pengaturan isi produk tembakau; 6) edukasi, komunikasi, pelatihan dan penyadaran publik; dan 7) upaya mengurangi ketergantungan dan menghentikan kebiasaan merokok (WHO, 2009c).

Dalam mereduksi supply dicantumkan beberapa upaya, yaitu yang berhubungan dengan 1) perdagangan gelap/penyelundupan produk tembakau; 2) penjualan kepada dan oleh anak dibawah umur; dan 3) upaya mengembangkan kegiatan ekonomis alternatif (*economically viable alternative solutions*) sebagai Pengganti penanaman tembakau. Selain pasal-pasal yang mengandung penjelasan tentang upaya mereduksi demand dan supply, FCTC juga mengandung pasal-pasal yang menyangkut perlindungan lingkungan, liabilitas, kerja sama dan pertukaran kegiatan ilmiah dan teknis, pengorganisasian konvensi, sumber daya finansial, pengelolaan perbedaan pendapat anggota, dan penetapan dan pengembangan protokol. Oleh karena adanya kesadaran bahwa upaya untuk memerangi epidemi tembakau ini bisa memakan waktu yang sangat lama, maka pasal-pasal FCTC tersebut tidak disertai target waktu untuk melaksanakannya, kecuali pada dua hal, yaitu upaya pelarangan total iklan, dan peringatan kesehatan pada kemasan rokok, yang masing-masing dinyatakan 5 dan 3 tahun setelah suatu negara meratifikasi FCTC. Pada tahun 2008 WHO kemudian meluncurkan strategi untuk melawan ancaman global produk tembakau ini. Strategi tersebut disebut MPOWER, yaitu: (1) *Monitor tobacco use and prevention policies* (Memonitor penggunaan produk tembakau dan kebijakan pencegahannya); (2) *Protect people from tobacco smoke* (Melindungi masyarakat dari asap rokok); (3) *Offer help to quit tobacco use* (Menawarkan pertolongan untuk berhenti merokok); (4) *Warn about the dangers of tobacco* (Menyampaikan peringatan tentang bahaya merokok); (5) *Enforce bans on tobacco advertising, promotion, and sponsorship* (Melaksanakan pelarangan iklan, promosi, dan sponsorsip rokok); (6) *Raise taxes on tobacco* (Menaikkan pajak rokok)(WHO, 2008). Dengan strategi ini diharapkan negara-negara diseluruh dunia dapat secara bersama-sama menurunkan prevalensi penggunaan tembakau dengan cepat.

Hingga pertanggal 21 Juni 2011, berikut ini jumlah negara yang meratifikasi atau mengaksesi, menandatangani saja, atau tidak melakukan ketiganya adalah sebagai berikut(FCA, 2011).

Tabel 2. 6 Ringkasan Negara-Negara Dalam Kaitannya dengan FCTC

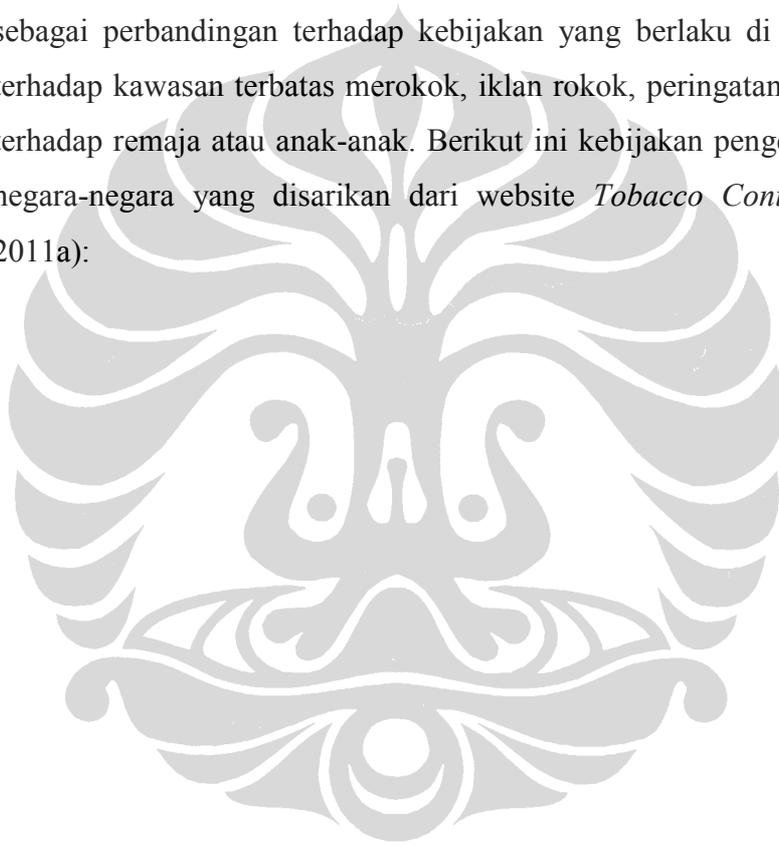
Jumlah	Keterangan
195	Total negara yang memenuhi persyaratan menjadi pihak di FCTC
174	Negara telah menjadi pihak dengan jalan meratifikasi

168	Negara telah menandatangani
184	Negara telah menjadi peserta dengan hanya menandatangani atau meratifikasi termasuk diantaranya 14 aksesori dan 1 suksesi)
11	Negara belum menjadi anggota

Sumber : FCA berdasarkan data populasi dunia 2006

2.5.2. Pengaturan Pengendalian Tembakau Di beberapa Negara

Pentingnya mempelajari praktek-praktek kebijakan yang berlaku di negara-negara lain di dunia, baik negara maju ataupun berkembang, negara penghasil tembakau ataupun negara dengan konsumsi tembakau terbesar di dunia sebagai perbandingan terhadap kebijakan yang berlaku di Indonesia. Terutama terhadap kawasan terbatas merokok, iklan rokok, peringatan kesehatan dan akses terhadap remaja atau anak-anak. Berikut ini kebijakan pengendalian tembakau di negara-negara yang disarikan dari website *Tobacco Control Law*(T.-F. Kids, 2011a):



Tabel 2. 7 Kebijakan Pengendalian Tembakau Di Negara Lain

Peserta	Tandatangan	Ratifikasi, Acceptance (A), Approval (AA), Formal confirmation (c), Accession (a), Succession (d)	Kebijakan Pengendalian Tembakau
Brazil	Juni 16, 2003	November 3, 2005	Brasil telah menunjukkan kemajuan yang signifikan di dalam membuat kerangka hukum yang mengatur kebijakan terkait pengendalian tembakau. Kerangka hukum tersebut telah mencakup empat aspek kunci dari kebijakan pengendalian tembakau: melarang iklan, label peringatan, pembatasan penjualan untuk muda orang dan pembatasan merokok di tempat umum(Iglesias, Jha, Pinto, da Costa e Silva, & Godinho, 2007). Walaupun penghasilan dari cukai tembakau US\$ 2.2 milyar pada tahun 2008, akan tetapi tidak berarti pemerintah Brazil bersikap lembek terhadap industri(WHO, 2009a).
Kamboja	Mei 25, 2004	November 15, 2005	Lima tahun setelah meratifikasi FCTC pada bulan July 2010, Pemerintah Kamboja mengeluarkan kebijakan baru dalam rangka melaksanakan komitmen untuk mengurangi jumlah penyakit akibat rokok. Yaitu dengan melarang iklan produk tembakau, termasuk memasang peringatan kesehatan pada bungkus rokok sebesar 30%. Menurut industri rokok BAT di Kamboja larangan tersebut sejalan dengan kebijakan perusahaan untuk tidak memasarkan di kalangan muda dan menggunakan pesohor sebagai bintang iklan, serta mencantumkan peringatan kesehatan. Terbukti BAT melaksanakannya akan tetapi perusahaan kompetitor tidak sehingga menteri kesehatan melayangkan surat kepada perusahaan yang belum memasang dan apabila perusahaan tersebut tidak menuruti kebijakan tersebut maka terancam akan dicabut ijinnya(Carmichael, 2010; WHO, 2005).
Cina ¹	November 10, 2003	October 11, 2005	Cina merupakan negara industri tembakau terbesar di dunia. Walaupun pada saat olimpiade tahun 2008 Cina mendeklarasikan akan menjadi negara bebas rokok, akan tetapi pada tingkat pelaksanaannya masih jauh dari bebas rokok. Pemerintah daerah Shanghai telah memperluas wilayah bebas rokok dari rumah sakit ke taman kanak-kanak, sekolah, perpustakaan dan stadion olah raga, efektif dimulai 1 Maret 2010(Jingjing, 2009), dan berusaha untuk melarang lebih lanjut merokok di restoran, akan tetapi pelaksanaannya sulit. Sedangkan di Guangdong di wilayah Guangzhou dan Jiangmen dilarang merokok di area publik akan tetapi tidak dilaksanakan. Baru-baru ini menteri

			Kesehatan Cina mengeluarkan aturan larangan merokok di tempat umum seperti di dalam bis, restoran dan bar. Aturan ini berlaku sejak tanggal 1 Mei 2011. Aturan ini juga melarang mesin rokok otomatis di area publik dan mencanangkan program untuk peringatan bahaya dari merokok(Patience, 2011).
Korea Selatan	Juli 21, 2003	May 16, 2005	Sejak tahun 2006 merokok telah dilarang di fasilitas dan gedung pemerintahan dengan luas area lebih dari 1,000 m ² . Peraturan ini tidak berlaku bagi area dengan luas wilayah yang lebih kecil. Di tahun 2009 Menteri Kesehatan, Kesejahteraan dan Urusan Keluarga mengumumkan akan menetapkan 16 jenis fasilitas publik sebagai areal bebas rokok yaitu gedung besar, gedung pertunjukkan, tempat pendidikan swasta, tempat penjualan besar, tempat penginapan, sekolah, gedung olah raga, fasilitas kesehatan, pusat kesejahteraan sosial, lokasi angkutan umum, kamar mandi umum, permainan game, rumah makan besar, toko komik, gedung pemerintah dan penitipan anak(SNUS, 2009b). Sedangkan pemerintah Seoul melarang merokok di trotoar yang mulai berlaku di Agustus 2010(Nerenberg, 2010).
India	September 10, 2003	Februari 5, 2004	<p>Larangan merokok secara nasional di area umum mulai berlaku sejak 2 Oktober 2008. Tempat dimana merokok dilarang termasuk di auditoriums, bioskop, rumah sakit, transportasi umum (pesawat, bus, kereta, metro, monorail, taxi) dan fasilitas terkait (airports, halte bus/terminal bus, stasiun kereta api), restoran, hotel, bar, pub, pusat hiburan, kantor (pemerintah dan swasta), perpustakaan, pengadilan, kantor pos, pasar, pusat perbelanjaan, kantin, ruang kebugaran, aula banquet, diskotik, kedai kopi, institusi pendidikan, dan taman,. Merokok dibolehkan di jalan, dalam rumah atau mobil. Merokok diperbolehkan airport, bar, pub, diskotik dan tempat lain yang dilarang jika disediakan tempat merokok khusus yang terpisah. Barang siapa melanggar akan dikenakan denda sebesar 200 rupee. Peraturan untuk TV kabel yang berlaku sejak 8 September 2000, secara total melarang iklan rokok dan alkohol.</p> <p>Di tahun 2007, Chandigarh merupakan kota pertama di India yang menjadi kota bebas rokok. Walaupun pada awalnya terdapat kesulitan dan menghadapi sifat apatis pemerintah terhadap Chandigarh bebas rokok, larangan tersebut merupakan kisah sukses keberhasilan larangan merokok. Mengambil pengalaman dari Chandigargh, kota lain Shimla mengikutinya. Keberhasilan Chandigargh dijadikan model bagi bebas rokok dan dikenal secara luas sehingga mendapatkan penghargaan Global Smoke-Free Partnership Award .</p> <p>Iklan rokok, promosi dan sponsorship melalui berbagai macam bentuk di mas media dilarang, akan tetapi perusahaan tembakau masih dapat mengiklankan di tempat penjualan</p>

			<p>tertentu. Peraturan tidak secara eksplisit melarang iklan dari media siaran internasional. Penerima dana sponsor dilarang untuk mempromosikan nama dagang, produk tembakau dan trademarnya. Akan tetapi peraturan tidak mencantumkan sponsorship yang tidak melibatkan produk tembakau.</p> <p>Untuk kemasan dan label, label peringatan kesehatan berupa gambar dan teks meliputi 40 persen dibagian muka kemasan, dan harus dirotasi selama 24 bulan. Ada larangan mengenai penggunaan kata yang menyesatkan seperti, "light," "ultra-light" and "low-tar" dan grafik dan desain and terkait grafis atau fitur desain produk. Tidak ada persyaratan untuk laporan kualitatif tentang konstituen dan emisi(K. Buse, 2008; Lavis, Oxman, Lewin, & Fretheim, 2009; Project, 2011a; Shafey O, et al., 2003; E. M. Sunley, 2009)</p>
Jepang	Maret 9, 2004	Juni 8, 2004	<p>Walaupun Jepang telah meratifikasi sejak lama, tahun 2004, Upaya pengendalian tembakau di Jepang telah tertinggal negara lain berpenghasilan tinggi, mungkin karena pemerintah Jepang sebagian memiliki Japan Tobacco, Inc Di Jepang, penggunaan tembakau masih sering dianggap sebagai masalah perilaku daripada masalah kesehatan. Meskipun tidak ada larangan merokok yang konsisten berlaku secara nasional di Jepang dan semua gerakan anti tembakau ditentang oleh kelompok-kelompok pelobi kuat, akan tetapi di level lokal, semakin banyak peraturan lokal yang melarang merokok. Merokok dilarang di jalan-jalan bangsal Chuo, Shinagawa, Shinjuku dan Nakano di Tokyo untuk alasan keselamatan anak (bukan kesehatan). Merokok dilarang di transportasi umum dan stasiun kereta api, mekanisme penegakan seperti denda tidak ada. Prefektur Kanagawa pada bulan April 2010 merupakan daerah yang pertama melarang rokok secara menyeluruh di fasilitas umum, termasuk rumah sakit, sekolah dan kantor pemerintah. Peraturan tersebut menetapkan untuk rumah makan besar atau hotel menjadi kawasan bebas rokok atau menyediakan tempat khusus terpisah. Sedangkan tempat mahyong dan panti pachinko, restoran dengan ruang lantai hingga 100 meter persegi dan hotel hingga 700 meter persegi dihimbau untuk "melakukan upaya" untuk mencegah merokok pasif. Peraturan lain Kanagawa bulan lalu untuk melarang merokok di pantai diterapkan pada bulan Mei 2010. Meskipun masih relatif sedikit, akan tetapi semakin banyak pihak swasta menerapkan larangan merokok di restoran, taksi, bangunan dan bar(Kanamori & Malone, 2011; Kitada, Hata, & Ukae, 2011; News, 2002; J. T. Online, 2010; WHO, 2011).</p>
Malaysia	September 23, 2003	September 16, 2005	<p>Pada bulan Januari 2009, peringatan kesehatan bergambar menggantikan peringatan teks. Peringatan tersebut akan ditingkatkan untuk menyertakan 10 pesan-pesan kesehatan yang</p>

			berbeda dan akan diputar setiap 2 tahun. Terapi pengganti nikotin disediakan di Malaysia. Pada tahun 2007, bupropion dapat diperoleh dengan resep diikuti tahun 2008, Varenicline dengan resep juga. Selain itu, baik <i>patch</i> nikotin dan permen sepenuhnya disubsidi di semua rumah sakit pemerintah yang memiliki klinik berhenti merokok. Merokok di Malaysia dilarang di kantor-kantor pemerintah, fasilitas kesehatan, tempat ber-AC (kecuali kantor swasta), transportasi umum, dan fasilitas pendidikan. Pengendalian Produk Tembakau (2005) Peraturan larangan iklan rokok secara langsung dan tidak langsung. Namun, point-of-sale iklan tidak dibatasi. Pada tahun 2010, inisiatif pengendalian terus diperluas, termasuk kota bebas asap rokok di beberapa negara bagiannya, larangan penjualan produk tembakau kepada anak-anak, larangan menjual rokok kurang dari 14 batang, dan menghilangkan deskriptor seperti "light", "mild" dan "tar rendah" dan menggantinya dengan peringatan bahan kimia berbahaya. Sejak tanggal 1 Juni 2010, barangsiapa merokok di kantor swasta dengan ac central, didenda sebesar RM10,000 (US\$3,333), atau dua tahun penjara (Project, 2011b).
Filiphina	September 23, 2003	Juni 6, 2005	Merokok benar-benar dilarang di tempat umum dan tempat kerja seperti di area kesehatan, lembaga pendidikan, dan fasilitas sering dikunjungi oleh anak di bawah umur. Sedangkan di tempat-tempat umum lainnya dan tempat kerja, seperti bar/pub/klub malam, harus tersedia tempat merokok dalam ruangan dengan ventilasi sesuai hukum nasional. Semua fasilitas pemerintah dan kendaraan angkutan umum darat dan terminal bebas asap rokok. Iklan rokok dilarang di tv lokal dan radion, jaringan tv internasional tidak dilarang, demikian pula dengan internet. Pemberian rokok gratis tidak dilarang. Ada dua peraturan baru yang berlaku di bulan Januari 2010, kedua peraturan tersebut bertujuan untuk menjadikan rokok menjadi tidak mudah dijangkau harganya bagi anak-anak, remaja dan penduduk penghasilan rendah (TobaccoControlLaws.org, 2011).
Amerika	Mei 10, 2004	Tidak meratifikasi	Pemerintahan Obama sangat memperhatikan isu kesehatan, dalam masa pemerintahan Obama kebijakan H.R. 1256: Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act merupakan kebijakan berlaku secara nasional. Jika sebelumnya hanya tergantung dari kebijakan masing-masing pemerintah negara bagian, dengan adanya kebijakan Family Smoking merupakan langkah maju bagi kepentingan kesehatan keluarga dari dampak konsumsi tembakau. Garis besar isi dari peraturan Family Smoking tersebut adalah: <ul style="list-style-type: none"> • Seluruh produk tembakau harus mendapat persetujuan dari FDA • Perusahaan tembakau dan importir harus mencantumkan seluruh kandungan dari

			<p>produknya.</p> <ul style="list-style-type: none"> • FDA memiliki kekuasaan untuk merubah isi dari produk tembakau untuk melindungi kesehatan masyarakat. • Hukum tersebut melarang penggunaan "flavors," termasuk permen atau buah dalam produk tembakau. • Dalam rangka mencegah penjualan terhadap orang dibawah umur, peraturan mensyaratkan transaksi temu muka antara konsumen dan penjual. (Hukum Amerika melarang penjualan dibawah umur 18 tahun) • Hukum melarang penggunaan kartur karakter dan iklan yang dapat menari anak-anak untuk merokok. • Penggunaan istilah seperti "light," "mild" or "low" dalam iklan tembakau adalah dilarang. • Adanya pembayaran yang harus dilakukan dalam menjamin kepatuhan terhadap hukum tersebut. <p>Sedangkan kawasan terbatas rokok kebijakannya diserahkan kepada masing-masing negara bagian. Tidak ada satu negara bagianpun yang memperkenankan penjualan kepada remaja dibawah 18 tahun (Bollyky & Gostin, 2011; CDC, 2011c; Project, 2011c).</p>
--	--	--	---

2.6. EKONOMI TEMBAKAU

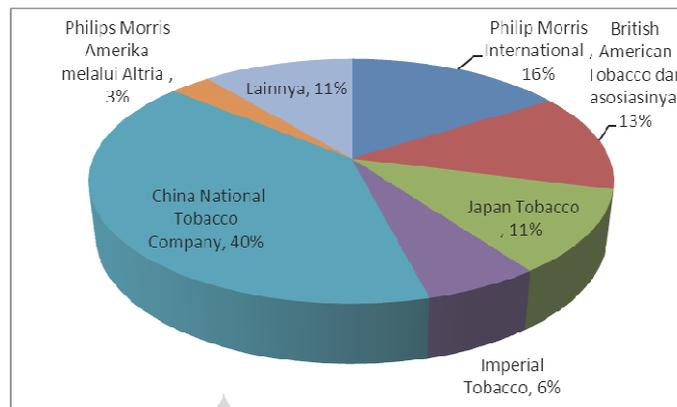
Tantangan yang dihadapi oleh dunia kesehatan masyarakat dalam pengendalian tembakau adalah nilai ekonomis dari tembakau itu sendiri. Tembakau merupakan tanaman yang dibudayakan sejak lama yang dapat memberikan nilai ekonomis bagi si penanamnya. Selain memberikan nilai ekonomis di tingkat perkebunan/pertanian tembakau, produk olahan tembakaupun dinilai memberikan nilai ekonomis. Terbukanya lapangan pekerjaan dibidang industri tembakau, nilai cukai yang disumbangkan oleh tembakau menyebabkan pengendalian dampak tembakau seringkali mengalami benturan dengan nilai ekonomis ini.

Nilai ekonomis yang dapat memberikan pemasukan bagi negara diikuti juga dengan biaya ekonomis dari merokok. Keseimbangan melihat kedua faktor ini yaitu nilai ekonomis dan biaya ekonomis penting untuk dikaji dalam menerapkan kebijakan lebih lanjut terkait tembakau.

Berikut ini adalah gambaran ekonomi dari tembakau:

2.6.1. Perusahaan Rokok Kelas Dunia

Perusahaan tembakau sekarang ini semakin kuat dengan cara melakukan merger atau akuisisi dengan perusahaan lain. Pasar perusahaan rokok saat ini 50% didominasi oleh 4 perusahaan transnasional yaitu: Philip Morris International (16%), British American Tobacco dan asosiasinya (16%), Japan Tobacco (11%) dan Imperial Tobacco (6%). Sedangkan sisa pasar dikuasai oleh monopoli oleh perusahaan negara di Cina yaitu China National Tobacco Company (39%), Philips Morris Amerika melalui Altria (3%), dan sisanya perusahaan lainnya sebesar 11%(Hunkar, 2010).



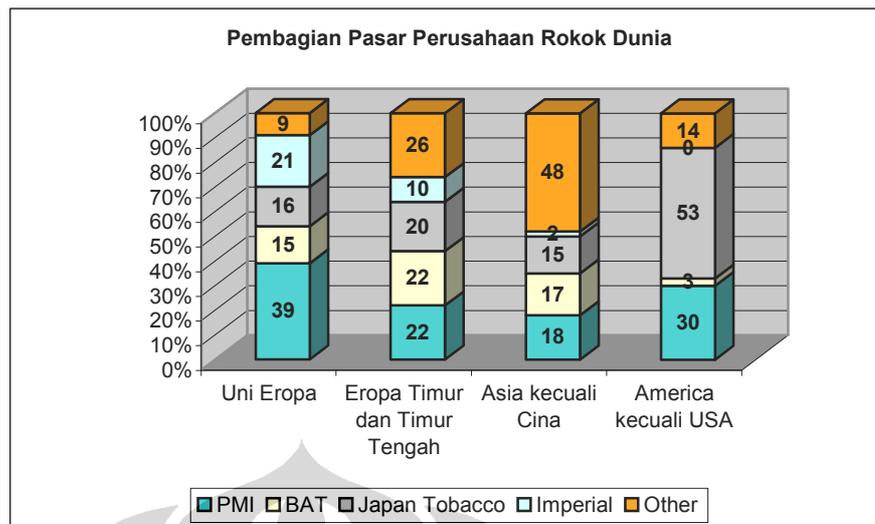
Gambar 2. 6 Pembagian Pasar Rokok Dunia

Sumber: Website Seeking Alpha, <http://seekingalpha.com/article/237020-global-tobacco-industry-cigarette-cos-go-their-separate-ways-in-battling-regulation>(ASH, 2011)

Diperkirakan dari perusahaan-perusahaan rokok tersebut ada 5.6 trilyun rokok terjual setiap tahunnya didunia(Canada, 2010).

Salah satu kelebihan dari perusahaan rokok transnasional adalah kemampuan untuk melakukan penjualan lintas batas negara, akan tetapi disisi lain konsekwensinya adalah laporan keuangan yang terbuka karena perusahaan tersebut merupakan perusahaan publik yang dapat menyerap dana dari masyarakat. Sehingga saat ini tidaklah mengherankan apabila perusahaan rokok berlomba-lomba untuk melakukan investasi di luar negeri untuk mendapatkan keuntungan-keuntungan dari sistem perdagangan. Contoh yang baru terjadi adalah perusahaan Korea KT&G membeli perusahaan rokok terbesar Indonesia nomor 6, yaitu Trisakti Purwosari Makmur dengan menguasai 60 persent sahamnya, total nilai pembelian adalah sekitar 140 juta won (US\$132.7 juta)(BRK, 2011). KT&G membeli perusahaan rokok tersebut karena lesunya pasaran rokok dalam negeri.

Perusahaan rokok milik pemerintah Cina pun saat ini tidak mau ketinggalan untuk melakukan ekspansi ke luar negeri untuk memperluas pasar. Sedangkan perusahaan lokal tetap berusaha untuk mempertahankan pasarnya dari gempuran perusahaan rokok transnasional.



Gambar 2. 7 Pembagian Pasar Perusahaan Rokok Dunia di Beberapa Wilayah

Sumber: The Global Tobacco Economy http://www.smoke-free.ca/pdf_1/GlobalTobaccoEconomy-2009.pdf

Kemampuan modal yang besar, perusahaan rokok kelas transnasional dan perusahaan besar mampu untuk beriklan dengan besar-besaran. Pengaruh iklan sangat berdampak besar membentuk persepsi merokok itu adalah gaya hidup, terhadap perokok anak dan remaja untuk melakukan inisiasi merokok pertama pada usia sangat belia (Braverman & Aaro, 2004; Communications, 2006; Fisher & Colditz, 1999; Hanewinkel, Isensee, Sargent, & Morgenstern, 2011; Lovato, Linn, Stead, & Best, 2003; Nichter et al., 2009; Owusu-Dabo et al., 2009; Pechmann; PROKHOROV & ALEXANDROV, 1994; REYNOLDS, 1999; Saffer & Chaloupka, 1999; Tercyak, Goldman, Smith, & Audrain, 2002).

2.6.2. Industri Rokok Besar/Transnasional dan Kebijakan

Industri rokok besar/transnasional merupakan industri dengan modal yang sangat kuat. Revenue yang diperoleh oleh perusahaan tembakau transnasional sangat besar dan tidak kalah dibandingkan dengan revenue dari suatu negara. Sebagai gambaran revenue dari perusahaan sekelas Japan Tobacco adalah sebesar US\$64,326 juta, sedangkan Philip Morris Int sebesar US\$63,640 juta, bandingkan dengan GDP dari negara Sudan sebesar US\$58,443. Sedangkan keuntungan dari perusahaan transnasional rokok Profit – Philip Morris Int. US\$6,890 juta, bandingkan dengan GDP dari Negara Laos yang hanya

sebesar US\$5,431 juta(Canada, 2010). Dapat dibayangkan bagaimana kekuatan keuangan industri rokok transnasional.

Kekuatan keuangan tersebut menjadikan perusahaan tembakau transnasional menjadikan sumber keuangan tersebut sebagai sumber kekuatan untuk melanggengkan usahanya dengan berbagai macam cara, termasuk beriklan dengan besar-besaran, menjadi sponsor olahraga mahal F1 hingga sponsor pertunjukkan musik kelas dunia, iklan mewah yang menawarkan gaya hidup dengan durasi panjang yang diputar terus menerus hingga melakukan lobby kepada penguasa untuk dapat secara terus menerus mendapatkan proteksi terhadap kepentingan bisnisnya.

Dana hingga miliaran dollar digelontorkan bagi partai-partai dalam suatu negara. Industri tembakau membagi-bagikan bantuan sumbangan kepada kandidat dan pejabat terpilih, organisasi sipil, pendidikan dan bahkan amal. Tujuan dari industri tembakau ini tidak lain adalah demi mempengaruhi kebijakan publik (Saloojee Y Fau - Dagli & Dagli, 2000). Sejak tahun 1995 perusahaan tembakau AS telah menyumbang lebih dari \$ 32.000.000 pada kontribusi politik kepada calon negara bagian dan federal dan partai politik di Amerika Serikat, dengan lebih dari 80 persen ini dibayarkan untuk mempengaruhi pemilu federal dan pejabat pemerintah. Dari tahun 1995 sampai 2000 anggota saat ini Kongres AS telah menerima lebih dari \$ 5 juta kontribusi dari perusahaan rokok, dan hampir enam dari sepuluh telah menerima uang tembakau.(WHO, 2004a) Lebih lanjut studi yang dilakukan oleh Fred Monardi, PhD, and Stanitoni A. Glantz, PhD menunjukkan adanya hubungan antara pemberian sumbangan untuk kampanye dengan pembuat kebijakan dalam menentukan pembuatan kebijakan kontrol terhadap tembakau (E K Tong, 2004; Fred Monardi, 1998). Hal ini tidak hanya terjadi di Amerika, akan tetapi juga di negara-negara lainnya (Benenati, 2010; Chung-Yol Lee & Stanton A. Glantz, 2001; Gerard Hastings; Smith et al., 2010).

Ditahun 2004, perusahaan rokok termasuk BAT, menghabiskan 7 juta shilling di Kenya (sekitar USD \$87,000) untuk membawa anggota parlemen kedalam workshop mewah di Mombasa untuk mendiskusikan dan membangun dukungan untuk melemahkan UU Pengawasan Produk Tembakau yang mengatur kerangka kebijakan terhadap manufaktur, penjualan, promosi dan penggunaan dari produk tembakau termasuk larangan media luar ruang, bagi perusahaan rokok

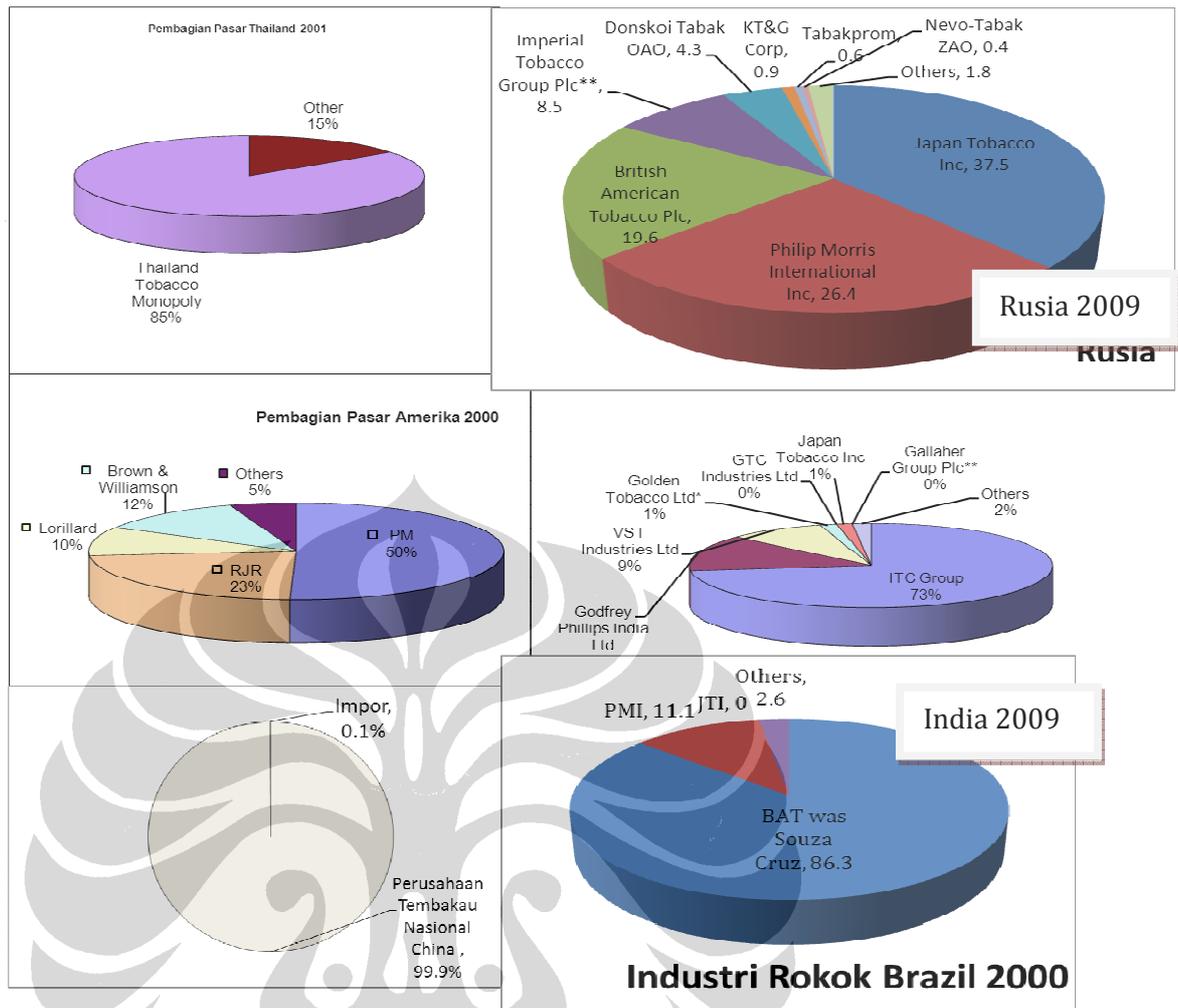
BAT kebijakan ini tidak dapat dipertahankan karena kurangnya keterlibatan perusahaan dalam proses dan menggugat pemerintah untuk menunda penegakan hukum. Demikian yang terjadi di Peru, dibulan April 2006 dalam rangka melaksanakan kebijakan pengendalian dampak tembakau pasal 5.3 FCTC dengan membentuk komisi Multisektor, BAT telah mengalokasikan dua kursi bagi pegawai BAT di komisi tersebut(T. F. Kids). BAT di Uzbekistanpun telah mempengaruhi kebijakan pajak pada saat privatisasi perusahaan negara Uzbekistan join venture dengan BAT(Gilmore & Townsend, 2007).

Industri rokok tidak saja mempengaruhi lembaga eksekutif, dan legislatif, akan tetapi juga dikalangan akademisi(Drope & Chapman, 2001; Muggli, Hurt, & Blanke, 2003).

2.6.3. Pembagian Pasar Rokok di Beberapa Negara: Transnasional vs Lokal

2.6.2.1 Cina, Brazil, India, Rusia dan Amerika

Kebanyakan pasar dunia industri rokok dikuasai oleh perusahaan transnasional, kecuali China dan Thailand yang dimonopoli oleh pemerintah. Hal ini terlihat dalam gambar berikut ini.(O. S. M. E. H. R. J. Mackay, 2009)



Gambar 2. 8 Pembagian Pasar Industri Tembakau Di Beberapa Negara 2000-2009

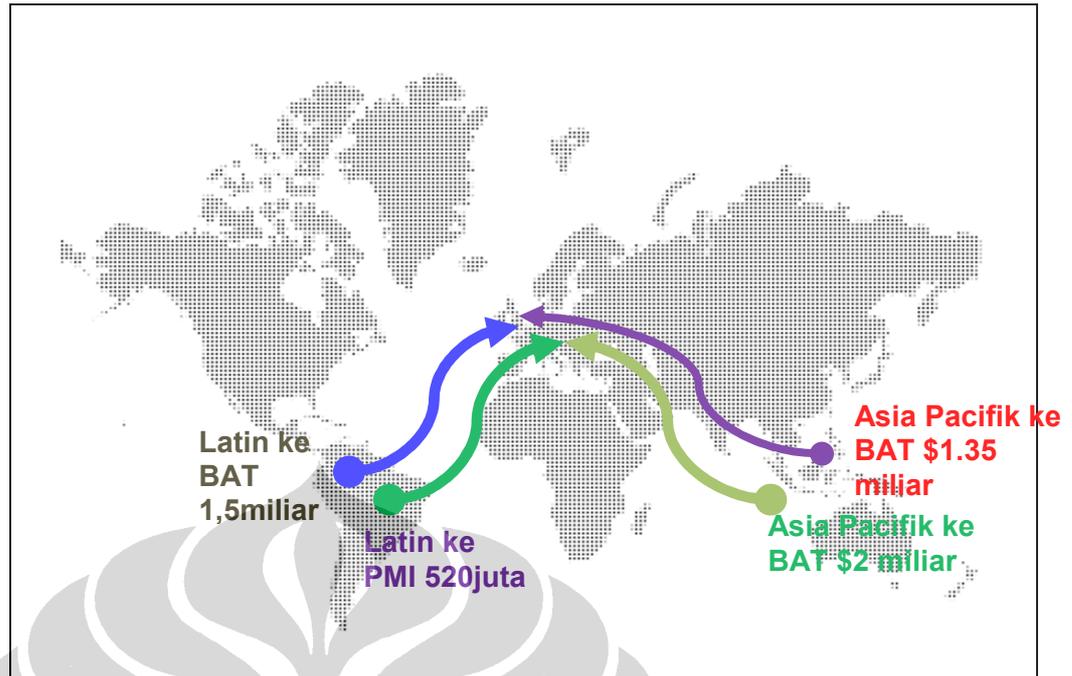
Sumber: Dikumpulkan dari berbagai sumber

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh pemerintah Canada berikut ini gambaran dari keuntungan yang diperoleh perusahaan transnasional dari perusahaan cabangnya(Canada, 2010).

Gambar 2. 9 Perbandingan Keuntungan Dalam dan Luar Negeri

2008	Dalam juta dollar	
	Local	Internasional
BAT	3.8	5,220
KTG	62.7	128
PMI	na	10,248

Sedangkan gambaran keuntungan yang diperoleh dari penjualan internasional Asia Pacific dan Amerika Latin yang kembali kepada induknya pada tahun 2008 adalah sebagaimana berikut ini(Canada, 2010):



Gambar 2. 10 Pelarian Keuntungan ke Perusahaan Induknya

Sumber: The Tobacco Market: The Global Tobacco Economy

2.6.2.2 *Biaya Ekonomi dari Merokok dan Kemiskinan*

Beban kesehatan dari merokok dapat juga dihitung dari biaya monoter termasuk biaya langsung yaitu pengobatan dan biaya tidak langsung yaitu hilangnya produktivitas seseorang. Suatu penelitian yang dilakukan di China tahun 1998 oleh *China National Health Services Survey* memperkirakan bahwa total biaya yang disebabkan oleh rokok dari total tiga penyakit utama yaitu kanker, kardiovaskular, dan penyakit pernafasan adalah sebesar RMB 41.0 milyar (atau US\$ 5.0 milyar), perorang perokok menjadi sekitar RMB 208 (US\$ 25.43) (\geq usia 35). Pembagian biaya ekonomi tersebut adalah lebih besar pria daripada wanita dan lebih besar di desa daripada dikota. Dari jumlah RMB 41.0 milyar (US\$ 5.0 juta) tersebut biaya langsung adalah RMB 14 milyar (US\$ 1.7 milyar), atau 34 persen dari total; dan biaya tidak langsung dari sakit adalah RMB 3.3 milyar (US\$ 0.4 milyar), atau 8 persen; dan biaya kematian tidak langsung adalah RMB 23 milyar (US\$ 2.9 milyar), atau 58 persen. Biaya langsung langsung dari merokok menghabiskan 3.1 persen dari pembelanjaan kesehatan nasional China ditahun 2000. Biaya kesehatan di Cina, 60% dibiayai oleh diri sendiri, dan 40% dibiayai oleh sektor publik(Hu T-w, 2008).

Pada rumah tangga termiskin di beberapa negara berpendapatan rendah, lebih dari 10% dari total pengeluaran rumah tangga adalah untuk tembakau(de Beyer, et al., 2001; Efroymsen, et al., 2001; Mary Assunta, 2010; WHO, 2004b, 2004d). Ini berarti bahwa keluarga memiliki lebih sedikit uang untuk dibelanjakan pada barang-barang dasar seperti makanan, pendidikan dan perawatan kesehatan. Bahkan hal yang lebih parah terjadi di Bangladesh, bahwa rumah tangga termiskin di Bangladesh menghabiskan hampir 10 kali lipat untuk tembakau daripada untuk pendidikan(Efroymsen, et al., 2001).

2.6.4. Harga dan Cukai

Pajak atau cukai rokok merupakan pajak/cukai terbesar yang dibebankan kepada suatu produk. Tujuan dari tingginya cukai/pajak rokok ini bagi suatu negara bertujuan bermacam-macam. Akan tetapi umumnya untuk mendapatkan penghasilan negara. Sedangkan penggunaan dari cukai tersebut dapat digunakan untuk kesehatan masyarakat misalnya mengurangi konsumsi tembakau. Secara umum negara membebankan pajak/cukai terhadap tembakau ada 3 kategori yaitu: (1) cukai rokok, merupakan pajak khusus bagi produk khusus yang mempunyai indikasi konsumsinya perlu dikendalikan, (2) bea masuk, yang dikenakan terhadap impor barang, (3) pajak pertambahan nilai, merupakan pajak yang dikenakan terhadap seluruh barang dan jasa.

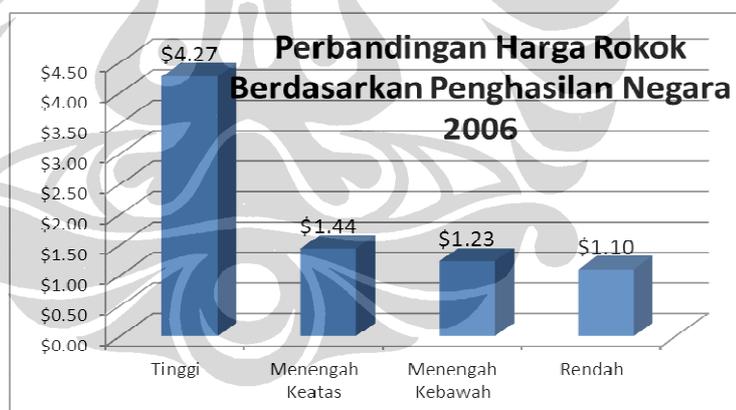
Cukai terhadap rokok pengaturannya disetiap negara berbeda-beda. Misal Australia, Afrika Selatan, atau Norwegia, mengenakan retribusi "pajak khusus" yang dihitung berdasarkan perbatang rokok. Negara lain seperti Thailand, Paraguay, Venezuela dan Bosnia, menetapkan retribusi terhadap rokok sebagai ad valorem yang dihitung berdasarkan prosentasi dari harga jual. Sistem ini dikenal dengan "Satu Tingkat" karena semua rokok merupakan subyek dari tarif pajak tunggal. Sedangkan negara lainnya menetapkan sistem pajak lebih rumit yang dikenal dengan "Multi Tingkat" dimana rokok dibagi kedalam beberapa kategori misal menurut, harga jual, jenis, panjang rokok, tipe pengemasan dan lain sebagainya) sehingga menghasilkan pajak yang berbeda bagi tiap kategori tersebut. Sistem ini dianut oleh Rusia, Ukraina, Swiss, Mexico(PMI, 2011; E. M. Sunley, 2009).

Tabel 2. 8 Jenis Pengenaan Cukai Di Negara-Negara Dunia

	Jumlahnya (tarif khusus)		Nilai (ad rates) valorem
Satu Tingkat (Single Tier)	Australia, Afrika Selatan, Norwegia		Thailand Turkey Vietnam Paraguay Venezuela Bosnia
Banyak Tingkat (Multi-Tier)	Brazil Egypt India Indonesia Philippines		Bangladesh
Campuran (khusus dan tarif ad valorem)		China Pakistan Polandia Rusia Ukraine Mexico	

Sumber: Bloomberg Initiative

Sedangkan harga di setiap negara sangat berbeda, dinegara maju secara umum harganya lebih mahal ketimbang di negara berkembang, hal ini terlihat sebagaimana gambar berikut ini:

**Gambar 2. 11 Harga Perbungkus Rokok tahun 2006**

Sumber: An Analysis of Cigarette Affordability, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease(Blecher E, 2008)

Tabel 2. 9 Harga Jual, Total Beban Cukai dan Total Beban Pajak bagi Negara-negara Bloomberg Initiative, July 31, 2009

Negara	X-rate (LC/\$)	Harga Jual (HJ)(US\$/20)			Total Beban Cukai (% atau HJ)			Total Beban Pajak (% atau HJ)		
		Merek Premium (Marlboro)	Merek Paling Laku	Merek Termurah	Merek Premium (Marlboro)	Merek Paling Laku	Merek Termurah	Merek Premium (Marlboro)	Merek Paling Laku	Merek Termurah

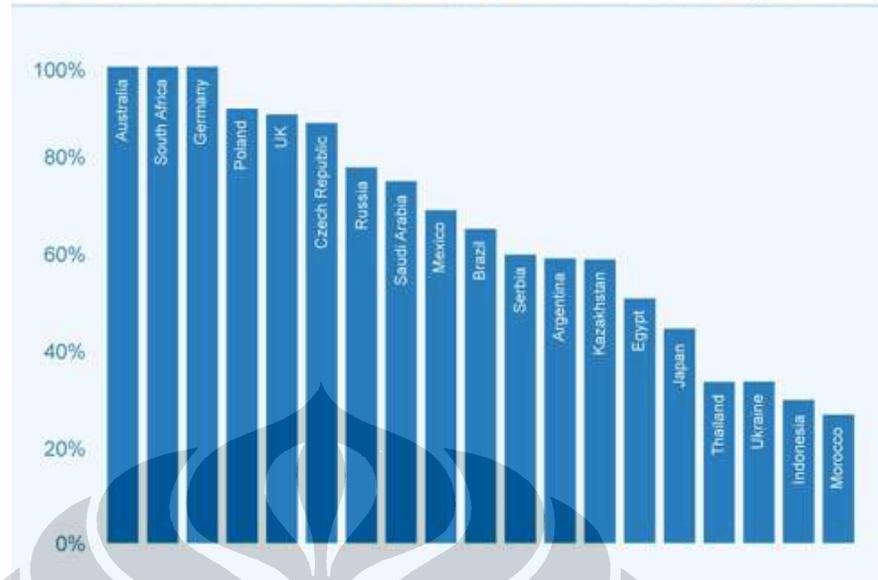
Negara	X-rate	Harga Jual (HJ)(US\$/20)			Total Beban Cukai (% atau HJ)			Total Beban Pajak (% atau HJ)		
Bangladesh	69.02	1.34	0.25	0.21	57	32	32	72	47	47
Brazil	1.97	2.16	1.52	1.02	26.7	25.5	38.2	62.7	61.4	74.2
Cina	6.82	2.2	0.6	0.3	42.7	29.7	31.6	62.2	47.6	49.8
Egypt	5.56	1.53	0.49	0.49	38.2	55.6	55.6	39.4	59.3	59.3
India	49.12	1.83	1.22	0.51	39.1	27.3	65.5	61.8	33.1	71
Mexico	13.34	2.1	2.1	1.27	48.6	48.6	48.6	61.7	61.7	61.7
Pakistan	80.67	0.79	0.29	0.24	55.5	41.6	49.1	69.3	55.4	62.9
Polandia	2.94	3.38	2.7	2.11	59.2	66.3	76.1	77.3	84.3	94.1
Rusia	31.57	1.33	0.92	0.14	13.1	16.3	41.3	28.4	31.6	56.6
Turki	1.48	3.5	2.29	2.04	58	58	64.1	73.3	73.3	79.3
Ukraina	7.86	1.02	0.83	0.37	31.7	35.1	41.4	48.3	51.8	58

X-rate = foreign exchange rate; LC/\$ = local currency/US \$

Sumber: Bloomberg Initiative, 2009(E. B. Sunley, 2009)

Peningkatan harga dan cukai rokok merupakan strategi yang paling efektif dalam pengendalian dampak tembakau karena akan meningkatkan pendapatan negara sekaligus mengurangi konsumsi rokok. Sudah terbukti bahwa kenaikan cukai menurunkan permintaan terhadap produk sebagaimana penelitian dilakukan di negara-negara yang menerapkan kebijakan ini. Demikian pula WHO mengatakan bahwa kebijakan harga dan kenaikan cukai merupakan prinsip yang paling efektif (WHO, 2003). Secara ekonomi, hukum permintaan menyatakan ketika harga naik, permintaan akan menurun. Setiap produk memiliki elastisitas inheren dalam menentukan berapa besar penurunan dalam kaitannya dengan kenaikan harga. Ketika nikotin adalah substansi yang adiktif, permintaan atas produk tembakau secara tradisional terlihat cukup elastis, walaupun terlihat cukup elastis akan tetapi menurut penelitian, konsumsi tetap akan terpengaruhi oleh kenaikan harga (Jha & Chaloupka, 1999). Dengan adanya peningkatan harga dan cukai maka yang terkena dampak adalah perokok pemula, perokok tidak tetap, remaja dan perokok miskin (Boonn, 2009; Chaloupka, Cummings, Morley, & Horan, 2002; Hu, Mao, Shi, & Chen, 2010; Ross & Chaloupka, 2006).

EXCISE TAX ON LOW-PRICED CIGARETTE AS A % OF EXCISE ON PREMIUM-PRICED CIGARETTE (JANUARY 2011)

**Gambar 2. 12 Cukai Tembakau di Berbagai Negara 2011**

Sumber: Philip Morris Internasional, 2011

Menurut hasil penelitian bahwa setiap kenaikan cukai sebesar 10% akan menurunkan konsumsi sebesar 4-5% di negara maju (Townsend, 1996) dan 10-15% di kalangan anak muda (Boonn, 2009). Penelitian lain yang dilakukan oleh Bank Dunia menyatakan bahwa elastisitas harga lebih besar pengaruhnya di negara berpenghasilan rendah dan menengah dibandingkan dengan dinegara berpenghasilan tinggi (Nelson, 2003).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di China menunjukkan bahwa setiap kenaikan cukai sebesar 10% akan menurunkan konsumsi sebesar 10% dan meningkatkan revenue dari cukai sebesar 5% (Ross & Chaloupka, 2006). Sedangkan setiap kenaikan harga sebesar 10% akan mengurangi inisiasi merokok sebesar 11.8% (Ross & Chaloupka, 2006). Penelitian lain yang disampaikan oleh World Bank dalam laporan tentang kebijakan pengendalian tembakau yang efektif menunjukkan bahwa jumlah yang masuk akal telah dikumpulkan untuk membuat suatu kesimpulan bahwa elastisitas harga lebih besar dalam negara berpenghasilan rendah dan menengah dibandingkan negara berkembang (Bank; Ross & Chaloupka, 2006). Dari hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa diperkirakan Amerika Serikat, dalam setiap kenaikan 10% akan menghasilkan 4% penurunan dalam konsumsi tembakau, dibandingkan dengan China, Afrika Selatan dan Brasil

dengan jumlah kenaikan yang sama akan menurunkan permintaan sebesar 6-10% (Jha & Chaloupka, 1999). Dalam laporan tersebut juga mengindikasikan bahwa dampak jangka panjang dari kenaikan harga tersebut akan berdampak hampir duakalinya terhadap permintaan dibandingkan jangka pendek (Jha & Chaloupka, 1999; Ross & Chaloupka, 2006). Penelitian tersebut lebih lanjut menyatakan bahwa kenaikan harga sebesar 25% akan menurunkan sebesar 7-13% prevalensi merokok. Efek ini akan meningkat dari waktu ke waktu. Studi yang dilakukan oleh Chaloupka ini sangat konsisten dengan disertai bukti dari beberapa penelitian yang dilakukan di beberapa tempat (negara). Ketika harga dan cukai rokok dinaikkan akan diikuti dengan penurunan konsumsi yang besar terhadap perokok dengan penghasilan rendah dan remaja (Evans & Farrelly, 1998).

Akan tetapi kelemahan dari tingginya pajak dan harga sebagaimana dikemukakan oleh Farrelly dan Evan, yang melakukan penelitian tentang kompensasi perilaku perokok khususnya perokok muda terhadap kenaikan harga, menyatakan perokok di negara yang tinggi pajaknya cenderung melakukan kompensasi merokok rokok yang tahan lama dan tinggi tar dan nikotinnya (Evans & Farrelly, 1998).

Pemanfaatan cukai rokok di negara maju beraneka ragam akan tetapi terutama untuk kesehatan seperti Swiss (Canada, 2010) bahwa setiap 2,6 sen dari setiap paket rokok dijual ke Dana Pencegahan Tembakau, yang dikelola oleh Kantor Federal Kesehatan Masyarakat, negara lain, New Zealand (Wilson et al., 2010), Korea Selatan, China, USA (O. S. M. E. H. R. J. Mackay, 2009), sedangkan Thailand (Seatca, 2011) digunakan untuk mengedukasi dampak tembakau.

2.6.5. Pembentukan Kebijakan Publik

Studi kebijakan publik merupakan studi yang bersifat multidisipliner karena berkaitan dengan berbagai ilmu lainnya seperti, ilmu sosial, politik, hukum, ekonomi, statistik dan sebagainya. Kebijakan publik dipahami sebagai kebijakan yang dibuat oleh badan-badan pemerintah dan para aktor politik yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah publik. Merupakan suatu masalah krusial yang penting untuk dipelajari karena: Pertama: untuk melihat sejauh mana isi kebijakan publik mampu memuat nilai-nilai dan kepentingan publik khususnya kelompok sasaran. Kedua untuk mengkritisi proses formulasi kebijakan publik

yang menyangkut; (a) apakah kebijakan tersebut ditetapkan secara demokratis, transparan dan akuntabel; (b) bagaimana peran para aktor dan stakeholders dalam formulasi kebijakan. Ketiga, untuk mengidentifikasi apa dampak dari suatu kebijakan publik bagi individu, komunitas dan masyarakat serta pemerintah.(Puentes-Markides, 2007)

James Anderson sebagaimana dikutip dari buku "Analisis Kebijakan Publik", mengatakan bahwa kebijakan publik adalah sebagai kebijakan yang ditetapkan oleh badan-badan dan aparat pemerintah(Subarsono, 2010).

Sedangkan lingkup dari kebijakan publik itu sangat luas mencakup berbagai bidang seperti Kesehatan, pendidikan, pertanian, hukum dan keamanan dan lain sebagainya. Dilihat dari hirarkinya kebijakan publik dapat bersifat nasional, regional maupun lokal(Subarsono, 2010). Berdasarkan hal ini maka dapat disimpulkan bahwa kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan merupakan kebijakan publik yang lingkungannya adalah kesehatan

Pembentukan kebijakan itu sendiri bersifat politis, dimana yang terlibat berasal dari berbagai kelompok yang berbeda-beda, bahkan bertentangan. Kelompok-kelompok tersebut dapat mempengaruhi atau dipengaruhi satu dengan yang lainnya. Lazim disebut sebagai stakeholders. Stakeholders dapat berupa, pemerintah, pengusaha, partai politik dan lain sebagainya(Utomo, 2008).

Dalam pembentukan kebijakan publik, sebagaimana dikuti dari Subarsono(Subarsono, 2010), bahwa pembentukan kebijakan publik akan dipengaruhi oleh:

1. Tujuan yang akan dicapai. Dimana semakin tinggi dan kompleksnya kebijakan maka akan semakin sulit untuk membentuk kebijakan.
2. Nilai yang diharapkan, semakin banyak nilai yang diharapkan maka akan semakin sulit untuk membentuk kebijakan.
3. Sumberdaya yang mendukung kebijakan. Sumberdaya ini meliputi finansial, material dan infrastruktur lainnya.
4. Kemampuan aktor yang terlibat dalam pembuatan kebijakan. Kualitas dari kebijakan sangat tergantung dari kualitas aktor yang terlibat dalam proses pembentukan kebijakan.
5. Lingkungan yang mencakup sosial, ekonomi, politik, hukum dan lain sebagainya. Pembentukan kebijakan akan dipengaruhi oleh konteks

sosial, ekonomi, politik dimana kebijakan tersebut dibentuk dan diimplementasikan.

6. Strategi untuk mencapai tujuan.

Secara khusus Anderson sebagaimana dikutip dari Nawawi(Nawawi, 2009) mengatakan bahwa pembentukan kebijakan tidak dapat terlepas dari pengaruh lingkungan. Faktor lingkungan tersebut dapat berupa: lingkungan alam, demografi, politik, ekonomi, sosial, budaya dan internasional. Dalam kasus tertentu lingkungan internasional dan kebijakan internasional menjadi penting untuk dipertimbangkan(Nawawi, 2009). Demikian yang disampaikan oleh Hall sebagaimana dikutip dari Duncan et. al, bahwa pembentukan kebijakan domestik maupun internasional akan dibentuk oleh lingkungan Internasional dan Nasional(Duncan, Webster, & Switky, 2002).

Bahwa dalam pembentukan kebijakan publik dipengaruhi oleh faktor strategis, hal ini sebagaimana dikemukakan oleh Utomo(Utomo, 2008) dalam buku elektroniknya "Analisis Kebijakan Publik" bahwa pembentukan kebijakan publik sangat dipengaruhi oleh faktor strategis yang berpengaruh dalam pembentukannya, yaitu:

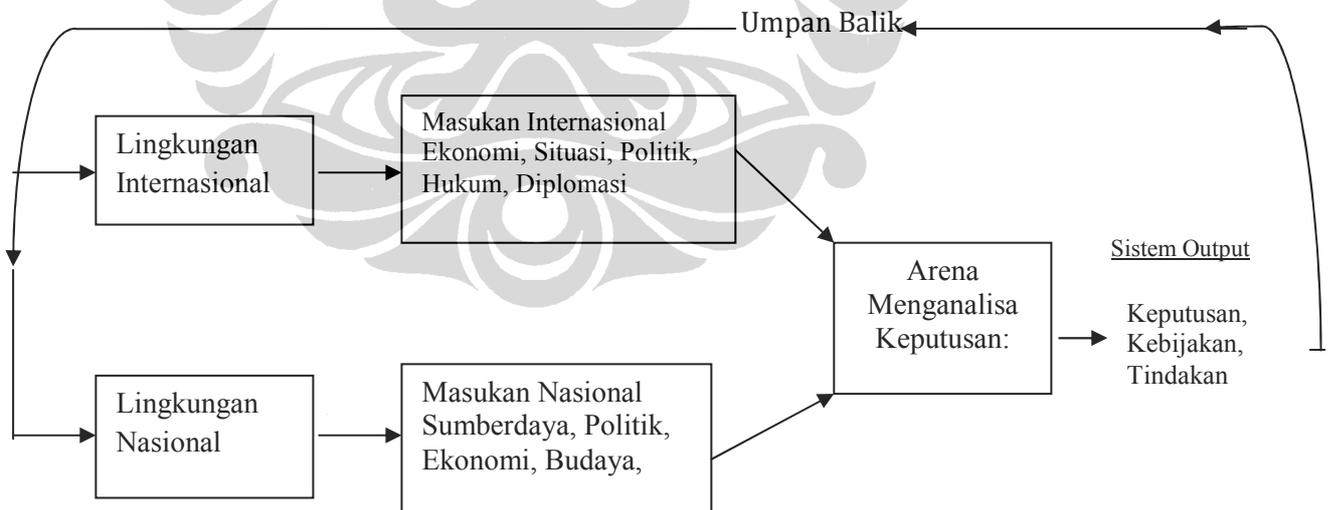
1. Faktor Politik
2. Faktor Ekonomi
3. Faktor Teknologi
4. Faktor Sosial Budaya dan lain sebagainya.

Karena kebijakan Pengendalian dampak tembakau adalah kebijakan kesehatan tentu saja faktor strategisnya adalah faktor kesehatan. Sedangkan faktor hukum tidak dapat dilepaskan dari faktor lainnya karena merupakan dasar dan wadah bagi pembentukan kebijakan itu sendiri. Pembentukan kebijakan itu sendiri dapat berupa kebijakan baru ataupun perbaikan kebijakan terdahulu (Bank, 2006; Hosseini, 2011; Network, 2003; Wechsler & Backoff, 1986).

BAB 3
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI
OPERASIONAL

3.1. KERANGKA TEORI

Berdasarkan pada tinjauan pustaka, bahwa kebijakan Internasional penting untuk diketahui, dipelajari dan kemungkinan digunakan dan diadopsi kedalam kebijakan Nasional. Hal ini selaras dengan teori pembentukan kebijakan, bahwa pembentukan kebijakan suatu negara dapat dipengaruhi oleh kebijakan Internasional maupun kebijakan nasionalnya. Dalam pembentukan kebijakan itu sendiri berdasarkan teori pembentukan kebijakan banyak dipengaruhi oleh faktor-faktor strategis seperti Ekonomi, sumberdaya, diplomasi, politik, budaya dan lain sebagainya. Oleh karena itu kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah berdasar pada teori yang dikemukakan oleh Anderson dan Hal. Serta berdasarkan pada faktor strategis yang mempengaruhi pembentukannya, sehingga kerangka teori penelitian ini adalah sebagaimana berikut ini(Duncan, et al., 2002; Nawawi, 2009),(Utomo, 2008):.

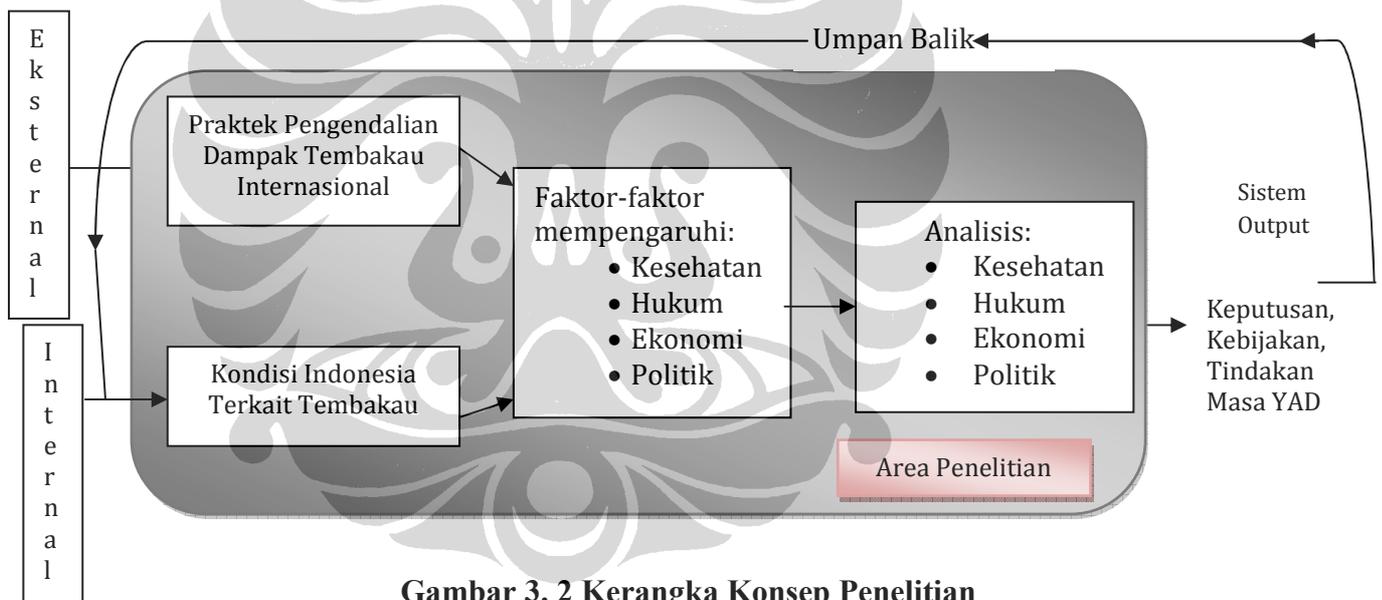


Gambar 3. 1 Kerangka Teori Kebijakan Pembentukan Kebijakan Publik
Input-Output Model

3.2. KERANGKA KONSEP

Berdasarkan kerangka teori diketahui bahwa pembentukan kebijakan akan dipengaruhi oleh situasi dari luar dan situasi dari dalam. Situasi dari luar adalah kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan yang berlaku di negara-negara lain, termasuk kebijakan yang berlaku secara Internasional. Sedangkan situasi dari dalam adalah kondisi dalam negeri pada saat ini yang terkait dengan pengendalian tembakau.

Dalam kenyataannya sebagaimana dikemukakan dalam kerangka teori bahwa pembentukan kebijakan nasional akan sangat banyak dipengaruhi oleh faktor-faktor strategis. Akan tetapi khusus untuk penelitian ini faktor-faktor strategis tersebut hanya akan dibatasi pada faktor kesehatan, ekonomi, hukum dan politik. Sehingga bentuk kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3. 2 Kerangka Konsep Penelitian

3.3. DEFINISI OPERASIONAL

3.2.1. Praktek Pengendalian Dampak Tembakau Internasional adalah kebijakan-kebijakan yang berlaku dinegara lain yang sangat dibutuhkan dalam melakukan suatu perbandingan praktek pengendalian tembakau yang berlaku di negara-negara lain, atau yang diatur oleh badan Internasional, dengan kebijakan lokal yang berlaku. Praktek-praktek yang memberikan dampak positif yang berlaku

dinegara lain dapat mengendalikan dampak tembakau perlu untuk diadopsi dan dipelajari kedalam kebijakan lokal.

Cara ukur	Telaah dokumen dan wawancara mendalam
Alat ukur	Hasil wawancara mendalam, FCTC dan Kebijakan Negara Lain
Informan	<ul style="list-style-type: none"> • Dewan Perwakilan Rakyat • Kementerian Kesehatan • Kementerian Perindustrian • Kementerian Pertanian • Lembaga Anti Tembakau • Industri Tembakau

3.2.2 Kondisi Indonesia Terkait Tembakau, adalah menggambarkan kondisi Indonesia saat ini terkait dengan konsumsi yaitu prevalensi perokok di Indonesia, sakit akibat konsumsi rokok, beban ekonomi akibat konsumsi rokok; produksi tembakau yaitu pertanian dan industri serta pekerja di kedua sektor tersebut, dan pengendalian tembakau yaitu kebijakan dan upaya yang dilakukan oleh pemerintah dalam rangka pengendalian tembakau.

Cara ukur	Telaah dokumen dan wawancara mendalam
Alat ukur	Hasil wawancara mendalam, hukum Positif yang berlaku terkait tembakau, RJPM, Roadmap Tembakau, Statistik Perkebunan, Riskesdas dan data dari BPS
Informan	<ul style="list-style-type: none"> • Dewan Perwakilan Rakyat • Kementerian Kesehatan • Kementerian Perindustrian • Kementerian Pertanian • Lembaga Anti Tembakau • Industri Tembakau

3.2.3. Faktor Kesehatan adalah faktor terkait kesehatan yang mempengaruhi pembentukan kebijakan yaitu, prevalensi perokok di Indonesia, Kesakitan dan Kematian akibat rokok di Indonesia.

Cara ukur	Telaah dokumen dan wawancara mendalam
Alat ukur	Hasil wawancara mendalam, pedoman wawancara mendalam dan alat perekam, pedoman telaah dokumen
Informan	<ul style="list-style-type: none"> • Dewan Perwakilan Rakyat • Kementerian Kesehatan • Kementerian Perindustrian • Kementerian Pertanian • Lembaga Anti Tembakau • Industri Tembakau

3.2.4. Faktor Ekonomi adalah faktor terkait dengan perekonomian tembakau yang mempengaruhi pembentukan kebijakan, terutama dari pertanian tembakau, industri tembakau, juga produk olahannya, serta biaya ekonomi langsung dan tidak langsung sebagai akibat tembakau, dan harga serta cukai rokok.

Cara ukur	Telaah dokumen dan wawancara mendalam
Alat ukur	Hasil wawancara mendalam, Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam, pedoman telaah dokumen
Informan	<ul style="list-style-type: none"> • Dewan Perwakilan Rakyat • Kementerian Kesehatan • Kementerian Perindustrian • Kementerian Pertanian • Lembaga Anti Tembakau • Industri Tembakau

3.2.5. Faktor Hukum adalah faktor terkait dengan kebijakan yang telah menjadi hukum positif di Indonesia, serta peraturan positif lainnya yang dapat dijadikan dasar hukum bagi pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan serta FCTC.

Cara ukur	Telaah dokumen dan wawancara mendalam
Alat ukur	Hasil wawancara mendalam, UUD'45, Tap MPR, UU No. 25/2000, UU 36/2009, PP 19/2003, Ketetapan MPR Nomor XVII/MPRRI/1998 dan UU No.39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia
Informan	<ul style="list-style-type: none"> • Lembaga Dewan Perwakilan Rakyat • Kementerian Kesehatan • Kementerian Perindustrian • Kementerian Pertanian • Lembaga Anti/Pro Tembakau • Industri Tembakau

3.2.6. Faktor Politik adalah faktor yang mempengaruhi pembentukan kebijakan dilihat dari persepsi dan komitmen para aktor terhadap kebijakan pengendalian tembakau.

Cara ukur	Telaah dokumen dan wawancara mendalam
Alat ukur	Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam, pedoman telaah dokumen
Informan	<ul style="list-style-type: none"> • Lembaga Dewan Perwakilan Rakyat • Kementerian Kesehatan • Kementerian Perindustrian • Kementerian Pertanian • Lembaga Anti/Pro Tembakau • Industri Tembakau

3.2.7. Analisis Kesehatan yaitu analisis isi berdasarkan hasil penelitian terhadap epidemiologi dari kondisi Indonesia berdasarkan prevalensi, mortaliti dan morbiditi dari konsumsi rokok di Indonesia.

Cara ukur	Analisis Isi dan wawancara mendalam
Alat ukur	Epidemiologi: Prevalensi Merokok, Mortality dan Morbidity
Informan	<ul style="list-style-type: none"> • Lembaga Dewan Perwakilan Rakyat • Kementerian Kesehatan • Kementerian Perindustrian • Kementerian Pertanian • Lembaga Anti/Pro Tembakau • Industri Tembakau

3.2.8. Analisis Ekonomi merupakan analisis isi terhadap hasil penelitian bidang ekonomi tembakau berupa pertanian tembakau, produk olahan dan industri tembakau serta ekonomi sebagai akibat beban sakit/mati karena konsumsi tembakau.

Cara ukur	Analisis Isi dan wawancara mendalam
Alat ukur	Hasil wawancara mendalam, Statistik Perkebunan, Riskesdas, RJPMN, Roadmap dan data BPS
Informan	<ul style="list-style-type: none"> • Lembaga Dewan Perwakilan Rakyat • Kementerian Kesehatan • Kementerian Perindustrian • Kementerian Pertanian • Lembaga Anti Tembakau • Industri Tembakau

3.2.9. Analisis Hukum adalah analisis isi yang didasarkan hasil penelitian terhadap peraturan yang berlaku saat ini yang terkait dengan pengendalian dampak

tembakau yang meliputi peraturan tingkat pusat dan daerah, dan peraturan Internasional FCTC. Serta peraturan lain yang dapat dijadikan dasar hukum bagi pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan.

Cara ukur	Analisis isi dan wawancara mendalam
Alat ukur	Hasil wawancara mendalam, UUD'45, Tap MPR, UU No. 25/2000, UU 36/2009, PP 19/2003, Ketetapan MPR Nomor XVII/MPRRI/1998 dan UU No.39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia
Informan	<ul style="list-style-type: none"> • Lembaga Dewan Perwakilan Rakyat • Kementerian Kesehatan • Kementerian Perindustrian • Kementerian Pertanian • Lembaga Anti Tembakau • Industri Tembakau

3.2.10. Analisis Politik merupakan analisis isi berdasarkan hasil penelitian terhadap kondisi politik yang meliputi persepsi aktor yaitu cara pandang dari para aktor pelaku terkait dengan kebijakan pengendalian dampak tembakau, serta komitmen politik yaitu sejauhmana pembentuk kebijakan dan pemerintah mau berkomitmen terhadap perlindungan kesehatan masyarakat akibat dampak konsumsi rokok.

Cara ukur	Analisis isi dan wawancara mendalam
Alat ukur	Hasil wawancara mendalam dan hasil telaah dokumen
Informan	<ul style="list-style-type: none"> • Lembaga Dewan Perwakilan Rakyat • Kementerian Kesehatan • Kementerian Perindustrian • Kementerian Pertanian • Lembaga Anti Tembakau • Industri Tembakau

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. DESAIN PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif karena ingin menggali lebih dalam faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan. Variabel yang digunakan akan terus berkembang sampai tidak ditemukan lagi informasi baru. Faktor-faktor yang mempengaruhi tersebut hanya dibatasi pada faktor Kesehatan, Ekonomi, Hukum dan Politik.

4.2. WAKTU DAN LOKASI PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei – Agustus 2011, pada pejabat di 1. Dewan Perwakilan Rakyat, Sekretariat Jenderal DPR-RI; 2. Kementerian Kesehatan, Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular 3. Kementerian Perindustrian, Direktorat Minuman dan Tembakau; 4. Kementerian Pertanian, Direktorat Tanaman Semusim; 5. Masyarakat Anti Tembakau; 6. Masyarakat Pro Tembakau 6. Industri Rokok.

Penelitian ini dilakukan selama 4 bulan yaitu pada bulan Mei – Agustus 2011. Persiapan penelitian dilakukan pada bulan Mei 2011. Pengumpulan data dilakukan selama 3 bulan yaitu bulan Juni hingga Agustus 2011. Manajemen data dilakukan selama 2 bulan yaitu bulan Agustus hingga Oktober 2011. Penulisan hasil penelitian dilakukan selama sebulan yaitu pada bulan Desember 2011.

4.3. PENGUMPULAN DATA

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Data primer merupakan pengumpulan data yang dilakukan dengan wawancara mendalam (in depth interview) dan menggunakan pedoman wawancara. Wawancara mendalam tersebut dilakukan untuk memperoleh informasi mendalam terutama untuk menggali serta mengkonfirmasi data yang telah diperoleh serta mendapatkan gambaran persepsi dan komitmen para aktor terhadap kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan. Pada penelitian kualitatif, prosedur sampling yang terpenting adalah bagaimana

menemukan informan kunci (key informan) atau situasi sosial yang sarat informasi sesuai dengan fokus penelitian. Untuk memilih sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan secara sengaja (purposive sampling), selanjutnya bila dalam proses pengumpulan informasi tidak diketemukan lagi varian informasi baru maka pengumpulan informasi sudah dianggap selesai (Bungin, 2010).

Informan dalam penelitian ini, adalah:

1. Dewan Perwakilan Rakyat, Sekretariat Jenderal DPR RI
2. Kementerian Kesehatan, Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular
3. Kementerian Perindustrian, Direktorat Minuman dan Tembakau
4. Kementerian Pertanian, Direktorat Tanaman Semusim
5. Masyarakat Anti/Pro Tembakau
6. Industri Rokok

2. Data Sekunder sangat dibutuhkan dalam menunjang kelengkapan informasi. Data sekunder yang didapat dari hasil telaah dokumen dari berbagai sumber tersebut, akan memperkaya informasi yang didapat atas perolehan data melalui wawancara. Data sekunder akan memenuhi standar kredibilitas penelitian apabila telah dilakukan triangulasi data melalui konfirmasi terhadap informan. Oleh sebab itu keberadaan data primer dan sekunder tidak dapat dipisahkan, merupakan satu kesatuan informasi yang saling melengkapi.

Sebelum menentukan desain penelitian, terlebih dahulu dilakukan telaah dokumen tentang tembakau, guna lebih memahami hal-hal terkait tembakau. Penelaahan dilakukan dengan mencari informasi melalui internet dengan melakukan kombinasi pencarian melalui *google search* dan *google scholar*, terutama mengenai sejarah dan macam penggunaan konsumsi tembakau serta dampak tembakau terhadap kesehatan menggunakan kata kunci yang telah didiskusikan dengan dosen pembimbing serta praktisi tembakau. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian referensi melalui *google search* adalah "**History of Tobacco**", "**Tobacco Consumption**" dan "**Tobacco and Risk Factor**". Khusus untuk *risk factor*, pencarian dilakukan dengan menggunakan *google scholar* untuk mendapatkan hasil-hasil penelitian terkait faktor resiko yang telah diterbitkan

melalui jurnal-jurnal ilmiah dari berbagai belahan dunia, sebagai *evidence based* bagi penelitian ini.

Berdasarkan hasil penelaahan tersebut, diputuskan untuk merancang penelitian dengan membandingkan pengalaman negara lain negara maju, negara berkembang, negara produsen tembakau, negara dengan prevalensi perokok yang tinggi, serta negara-negara di Asia Tenggara. Tujuannya adalah untuk memperoleh gambaran bagaimana negara-negara tersebut mengatur pengendalian tembakau di negaranya, khususnya yang terkait dengan bidang kesehatan.

Telaah internet khusus untuk mengetahui pengendalian tembakau di dunia difokuskan dengan kata kunci: **“Tobacco”, “Cigarette”, “Smoke”, “Secondhand smokers”, “Mainstream Smokers”, “Sidestream Smokers”, “Tobacco Control”, “Tobacco Prevalence”, “Tobacco Economy”, “Tobacco Disease”, “Tobacco Industry” or “Tobacco company”, “Tobacco Price”, “Tobacco Tax” “Cigarette Content” “Tobacco Adictive”, “Tobacco Production” “FCTC”, “Ratification” dan “Tobacco and Poverty”**. Seluruh kata kunci tersebut dikombinasikan dengan negara yang dituju seperti China dan South Korea. Penelusuran referensi melalui website khusus juga dilakukan seperti pada **tobaccocontrolaws.org**; WHO, khususnya *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011*; **itcproject.org**; **FAO**; **CIA Fact Sheets**; **World Bank**; **CDC**; **ASH**; **TobaccoFreeCenter.org**; **Tobaccofreekids.org**; **Philips Morris** dan ditambah dengan artikel-artikel dari media-media dari berbagai belahan dunia.

Setelah diperoleh informasi cukup mengenai praktek dan kebijakan internasional terkait pengendalian dampak tembakau, maka tahap selanjutnya adalah mencari informasi kondisi dalam negeri Indonesia terkait tembakau dan permasalahan terkait tembakau, kesehatan, ekonomi, politik dan hukum di Indonesia. Untuk mengetahui kondisi di Indonesia maka kata kunci yang digunakan adalah: **“Tembakau”, “Rokok”, “Ekonomi Tembakau”, “Perokok”, “Prevalensi Perokok”, “Sakit akibat rokok”, “Mati akibat rokok”, “Industri Rokok”, “Beban Ekonomi Rokok”, “Pertanian Tembakau”, “Kebijakan Tembakau”, “Pekerja Sektor Pertanian”, “Pekerja Pabrik Rokok”, “Pembentukan Kebijakan”, “RUU Tembakau”, “RPP Tembakau”, “Cukai Rokok” “Harga Rokok” dan “Ratifikasi”**. Website khusus yang digunakan terkait kebutuhan data penelitian adalah website BPS,

YLKI, Kemenkes, Kementan, DPR, Kemenperin, dan Kemenlu. Website industri rokok yang digunakan adalah Philips Morris Indonesia, PMI, Bentoel, Djarum, Gudang Garam, BAT. Data sekunder lain diperoleh langsung dari TCSC dan Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kementerian Kesehatan RI. Selain yang disebutkan sebelumnya, digunakan pula hasil wawancara mengenai pengendalian dampak tembakau yang dilakukan oleh berbagai media di Indonesia.

Database Penelitian Hukum, adalah suatu database berisikan kumpulan peraturan-peraturan di Indonesia secara khusus digunakan untuk mencari informasi kebijakan yang terkait tembakau, rokok dan cukai, serta kesehatan.

Secara khusus perangkat lunak Endnote juga digunakan untuk merekam hasil penelaahan dokumen sehingga dapat tercatat dan terstruktur dengan baik, untuk kemudian digunakan sebagai alat bantu menuliskan referensi.

Berikut ini ringkasan referensi yang digunakan dalam penelitian ini:

Dokumen	Total
Jurnal	136
Media	41
Literatur Abu-abu	
WHO	21
CDC	6
World Bank	5
Website Khusus	32
Website Lainnya	50
Buku	5
Database Hukum	1
Hasil Wawancara	11
Total	308

4.4. MANAJEMEN DATA

Data yang berhasil dihimpun melalui wawancara mendalam dan telaah dokumen dikompilasi dengan bantuan komputer. Kemudian dikelompokkan berdasarkan isu kesehatan, politik, hukum dan ekonomi.

Untuk menjamin keabsahan hasil penelitian, penelitian ini memenuhi standar kredibilitas dan transferabilitas, dengan kriteria (Bungin, 2010; Moleong, 2005).

1. Standar kredibilitas

Standar kredibilitas identik dengan validasi internal dalam penelitian kuantitatif. Standar kredibilitas merupakan standar bahwa penelitian ini dapat dipercaya sesuai dengan fakta di lapangan. Upaya yang dilakukan untuk memenuhi standar kredibilitas adalah:

- a. Melakukan triangulasi yaitu triangulasi metode dengan melakukan metode wawancara mendalam dan telaah dokumen, triangulasi sumber data dengan informan.
- b. Melibatkan teman sejawat (yang tidak ikut dalam penelitian) untuk berdiskusi, memberikan masukan, bahkan kritik mulai dari awal kegiatan penelitian sampai tersusunnya hasil penelitian.

2. Standar transferabilitas

Standar transferabilitas merupakan modifikasi dari validasi eksternal dalam penelitian kuantitatif. Penelitian ini dikatakan memiliki standar transferabilitas yang tinggi apabila pembaca laporan penelitian ini memperoleh gambaran dan pemahaman yang jelas tentang konteks dan fokus penelitian.

4.5. ANALISIS DATA

Setelah semua data telah terkumpul dan diolah, maka tahap selanjutnya adalah melakukan analisis data. Teknis analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini dengan menggunakan teknik Analisis Isi berdasarkan faktor-faktor yang mempengaruhi kebijakan pengendalian dampak Tembakau terhadap Kesehatan, yaitu faktor Kesehatan, Ekonomi Hukum dan Politik (Bank, 2006; K. e. a. Buse, 2007; Network, 2003; Walt & Gilson, 1994; Walt et al., 2008; Wechsler & Backoff, 1986; Yeoh).

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian ini mempunyai keterbatasan-keterbatasan, yaitu:

1. Adanya keengganan dari pihak politisi untuk melakukan wawancara baik secara langsung maupun tidak langsung, sehingga untuk memenuhi penelitian ini, wawancara serupa yang pernah dilakukan oleh media digunakan untuk melengkapi penelitian ini.
2. Kesibukan yang luar biasa dari informan sehingga sulit untuk mendapatkan waktu dan menjadikan wawancara menjadi terbatas
3. Tidak dapat melakukan wawancara langsung akan tetapi hanya melalui koresponden surat elektronik, ataupun telephone.
4. Keberatan dari pihak informan untuk merekam pembicaraan sehingga informasi yang tercatat tidak ekstensif.

5.2. PENGELOMPOKKAN NARASUMBER

Dalam memudahkan dan adanya keberatan identitas disebutkan, maka narasumber dikelompokkan kedalam

1. Birokrat yaitu pejabat pemerintah yang mempengaruhi proses dari pembuatan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan-Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Kementerian Perindustrian – Direktorat Minuman dan Tembakau dan Kementerian Pertanian-Direktorat Tanaman Semusim (B1, B2, B3 dan B4).
2. Politisi pejabat yang bertugas di DPR sebagai aktor pembentuk kebijakan nasional. (P1)
3. Penggiat Anti/Pro Tembakau yaitu pejabat pada organisasi baik dari LSM, lembaga-lembaga independen pemerhati kesehatan, pemerhati konsumen, dan pemerhati kebijakan dan pengembangan atau yang lembaga yang mendukung tembakau. (A1, A2, A3, A4,A5)
4. Pelaku industri usaha tembakau adalah pejabat yang bekerja pada industri tembakau di Indonesia. (PI1)

Berikut ini jumlah informan yang mewakili institusi:

Jenis	Jumlah Informan
Birokrat	4
Politisi	1
Industri	1
Masyarakat Penggiat Anti Tembakau	4
Masyarakat Penggiat Pro Tembakau	1
Total	11

5.3. HASIL

Berdasarkan pembatasan pada ruang lingkup, maka hasil dari penelitian inipun dibatasi pada faktor-faktor berikut ini:

- Faktor Kesehatan
 - Epidemiologi Rokok yang terdiri dari Prevalensi Perokok di Indonesia, dan Morbiditas Serta Mortalitas
- Faktor Ekonomi
 - Ekonomi Tembakau
 - Ekonomi Beban Sakit/Mati
- Faktor Hukum
 - FCTC
 - Hukum Nasional/Peraturan Daerah
 - Peraturan Lain sebagai dasar Hukum
- Faktor Politik
 - Gangguan Terhadap Proses Pembentukan Kebijakan Pengendalian Dampak Rokok
 - Persepsi Aktor
 - Kondisi Politik terkait Komitmen Pemerintah

Dari keseluruhan hasil tersebut akan terlebih dahulu dibandingkan dengan kondisi negara lain, agar kita dapat bercermin pada kesuksesan negara lain dalam pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan.

5.4.1. FAKTOR KESEHATAN

5.4.1.1. *Epidemiologi Rokok Di Indonesia*

a. **Prevalensi, Morbiditas dan Mortalitas**

Jumlah konsumsi rokok Indonesia menempati urutan kelima baik tahun 2002 maupun pada tahun 2007, akan tetapi jika dilihat dari jumlahnya terlihat kenaikan konsumsi pada tahun 2007. Pada tahun 2007 total konsumsi sebesar 239 miliar batang pertahun.

Tabel 5. 1 Lima Negara Dengan Konsumsi Rokok Terbesar 2002 dan 2007

Negara	Rokok (dalam juta)	
	2002	2007
China	1,697,291.00	2,162,800
United States	463,504.00	357,000
Russian Federation	375,000.00	331,440
Japan	299,085.00	258,500
Indonesia	178,300.00	239,000

Sumber: *Tobacco Atlas, 2002, 2010* (Judith Mackay, 2002; "Tobacco Atlas," 2010)

Sedangkan dalam jumlah perokok Indonesia menempati urutan ketiga didunia. Peningkatan tersebut tidak saja terjadi pada jumlah perokok pria akan tetapi jumlah perokok wanita dan remaja dengan kecenderungan munculnya perokok anak-anak. Peningkatan jumlah perokok di Indonesia, khususnya perokok wanita, remaja dan anak-anak tentu saja menimbulkan kekhawatiran karena wanita adalah yang melahirkan generasi penerus bangsa sedangkan remaja dan anak-anak adalah penerus bangsa.

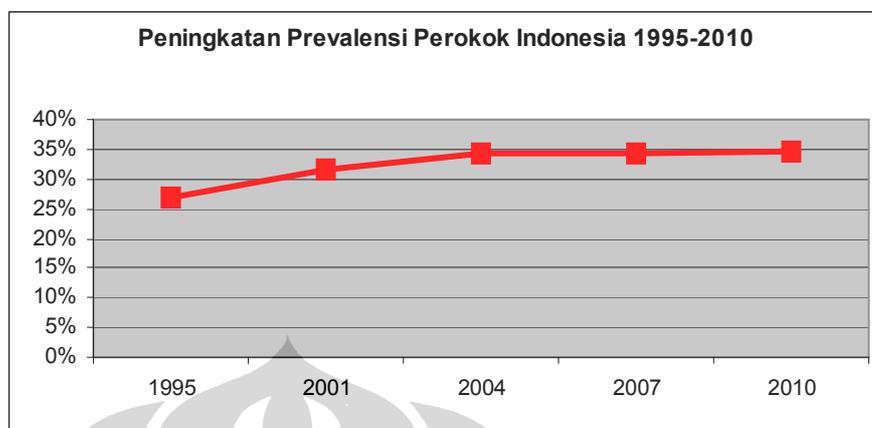
Dalam konferensi di Sidney yang dilakukan oleh *Asia Pacific Association for the Control of Tobacco*, menyatakan bahwa:

We are deeply concerned that in failing to accede to the FCTC, Indonesia is creating a public health disaster. Indonesia's tobacco-related death toll is more than 200,000 a year. More than 60% of Indonesian men smoke. There is a disturbing trend of increasing prevalence of smoking among young children, with a 400% increase in smoking prevalence among the 5-9 year olds, and 40% increase among the 10-14 year olds. This emphasizes the need to protect children and the young from tobacco (APACT, 2010).

Kekhawatiran yang muncul terhadap meningkatnya jumlah perokok anak sebagaimana dikemukakan dalam konferensi APACT bahwa umur mulai merokok yang semakin muda. Anak-anak berusia 5 – 9 tahun sudah mulai merokok dengan prevalensi tertinggi 400% .

Sedangkan menurut data Susesnas dan Riskesdas, sebagaimana telah dikonfirmasi dengan informan B1, menunjukkan bahwa prevalensi merokok orang dewasa (laki-laki dan perempuan) terus meningkat, dari 27% (1995) menjadi

31,5% (2001), 34,4% (2004), 34,2% (2007), 34,7%(2010)^(K. B. Indonesia, 2011; B. P. D. P. Kesehatan, 2010; P. P. K. Kesehatan, 2011)



Gambar 5. 1 Peningkatan Prevalensi Perokok Indonesia

Sumber: Riskesdas 1999-2010

Peningkatan prevalensi merokok pada laki-laki dewasa terus meningkat tajam, dari 53,4% (1995), ke 62,2% (2001), 63,1%(2004), 65,6% (2007) dan 66% (2010) serta peningkatan perokok wanita sebesar 5%(Bataviase, 2011). Lebih lanjut dalam data Riskesdas 2010, menyebutkan prevalensi penduduk yang merokok pada kelompok umur 45-54 tahun sebesar 32,2%. Sedangkan pada penduduk laki-laki umur 15 tahun ke atas sebanyak 54,1%. Prevalensi tertinggi pertama kali merokok pada umur 15-19 tahun (43,3%) dan sebesar 2,2% penduduk mulai merokok pertama kali pada umur 5-9 tahun(B. P. D. P. Kesehatan, 2010; Widiyanto, 2011). Sehingga berdasarkan data Riskesdas tersebut, terdapat 34,7% penduduk dewasa perokok, apabila berdasarkan sensus penduduk Indonesia berjumlah 237,6 juta jiwa(Bataviase, 2011) maka terdapat kurang lebih 82 juta penduduk Indonesia yang merokok. Hal ini menempatkan Indonesia sebagai negara dengan jumlah penduduk perokok ketiga terbesar setelah China dan India(Wahyuningsih, 2011)

Dalam Riskesdas 2010 Prevalensi perokok tiap hari pada lima provinsi tertinggi ditemukan di Provinsi Kalimantan Tengah (36,0%), diikuti dengan Kepulauan Riau (33,4%), Sumatera Barat (33,1%), Nusa Tenggara Timur dan Bengkulu masing-masing 33 persen. Di sisi lain, lima provinsi dengan prevalensi perokok tiap hari terendah dijumpai di Provinsi Sulawesi Tenggara (22,0%), DKI Jakarta (23,9%), Jawa Timur (25,1%), Bali (25,1%), dan Jawa Tengah (25,3%).

Sedangkan data untuk hal-hal terkait dengan perkebunan tembakau yang diperoleh dari Kementerian Pertanian, cq Direktorat Jenderal Tanaman Semusim dan sebagaimana telah dilakukan konfirmasi dengan informan (B3)(P. P. K. Pertanian, 2010) bahwa konsumsi hasil olahan tembakau yaitu rokok dibedakan atas rokok kretek filter, rokok kretek tanpa filter dan rokok putih. Selama periode tahun 1987 - 2008, pola konsumsi rokok kretek baik filter, tanpa filter maupun rokok putih cenderung meningkat dengan rata-rata pertumbuhan masing-masing sebesar 1,97%, 1,21% dan 1,08%. Pada tahun 2008, konsumsi rokok kretek filter sebanyak 316 batang per kapita, rokok kretek tanpa filter sebanyak 182 batang per kapita, dan rokok putih sebanyak 39 batang per kapita(Taufik, 2010).

Tabel 5. 2 Perkembangan konsumsi tembakau dan rokok di Indonesia, 1987 - 2008

Tahun	Tembakau (kg/kapita)	Rokok kretek filter (batang/kapita)	Rokok kretek tanpa filter (batang/kapita)	Rokok putih (batang/kapita)
1987	0,47	138,32	124,80	56,16
1990	0,38	206,44	122,20	39,00
1993	0,32	241,28	117,52	33,28
1996	0,22	279,76	114,40	31,72
2002	0,25	307,74	194,12	38,01
2003	0,27	312,99	212,11	35,20
2004	0,31	284,13	199,89	35,15
2006	0,30	304,46	167,75	34,48
2007	0,33	287,87	171,03	34,27
2008	0,27	316,47	181,95	38,84
Rata-rata pertumbuhan				
1987-2008	-2,19	1,97	1,21	1,08

Sumber: Outlook Komoditas Pertanian-Perkebunan, Departemen Pertanian, 2010

Rokok merupakan faktor risiko yang paling banyak berkontribusi pada kematian. Penelitian di negara maju seperti di Amerika Serikat menunjukkan bahwa perokok memiliki risiko 20 kali lebih besar mati akibat kanker paru pada penduduk umur setengah baya dibandingkan dengan mereka yang tidak merokok. Perokok juga menghadapi risiko 3 (tiga) kali lebih besar untuk mati pada umur tersebut karena penyakit pembuluh darah, termasuk serangan jantung, stroke, penyakit nadi dan pembuluh darah lainnya. Di negara berkembang, dimana usia harapan hidup masih rendah dan masih banyaknya penyakit menular, efek rokok dapat tertutupi karena penduduk terkena penyakit infeksi dan mati sebelum gejala penyakit akibat rokok dapat terdeteksi(Peto, et al., 1996).

Indonesia menempati urutan ketujuh terbesar dalam jumlah kematian yang disebabkan oleh kanker yakni sebanyak 188.100 orang dan terbanyak adalah kelompok kanker Trachea, bronchus dan paru yakni sebesar 31.590 atau 16.8%. Sedangkan kematian yang disebabkan oleh penyakit sistem pembuluh darah di Indonesia berjumlah 468.700 orang atau menempati urutan 6 (enam) terbesar dari seluruh negara-negara kelompok WHO dan terbesar adalah *Ischaemic heart* (47,0%), *Cerebrovasculair* (26,4%) dan hipertensi (8.41%). Kematian yang disebabkan penyakit sistem pernafasan adalah penyakit *Chronic obstructive pulmonary* (COPD) yakni sebanyak 73.100 atau 66,6%, sedangkan Asma 13.690 atau 13,7%(Thabrany, 2009).

Di Indonesia, menurut data Riskesdas 2007 sebagaimana dikutip dari Thabrany et al., penyebab kematian karena penyakit: a) kardiovaskuler atau sirkulasi seperti penyakit jantung ischaemic dan stroke; dan b) penyakit pernafasan seperti COPD, pneumonia dan asthma termasuk kategori dua terbesar. Penyebab kematian karena penyakit sirkulasi menunjukkan peningkatan hampir empat kali yakni dari 9,7% di tahun 1986 (Survei Kesehatan Rumah Tangga/ SKRT) menjadi 31,9% di tahun 2007 (Riset Kesehatan Dasar/ Rikesdas). Sistem penyakit pernafasan sejak 20 tahun yang lalu masih tetap menempati urutan kedua sebagai penyebab kematian dan mencapai 8,9% di tahun 2007(Thabrany, 2009).

Hubungan merokok dengan penyakit jantung sudah banyak dibuktikan di berbagai negara. Dalam penelitian lebih lanjut dengan menggunakan data Riskesdas, laki-laki usia 45 tahun keatas yang memiliki risiko penyakit jantung lebih besar, lama merokok 1-20 tahun meningkatkan risiko penyakit jantung sebanyak 1,81-2,37 kali dibandingkan laki-laki usia yang sama yang tidak merokok. Laki-laki yang merokok lebih dari 20 tahun mempunyai risiko terkena penyakit jantung koroner yang lebih tinggi lagi yaitu 2,22-3,01 kali dibandingkan yang tak pernah merokok. Selain itu, hasil kajian juga menunjukkan bahwa perokok yang lebih 20 tahun meningkatkan risiko terkena penyakit kencing manis (DM, *diabetes mellitus*) sebanyak 1,3-1,8 kali dibandingkan laki-laki bukan perokok. Berikut data yang diperoleh dari hasil studi yang menunjukkan RT perokok proporsi yang menderita sakit jantung lebih besar:(Thabrany, 2009)

Tabel 5. 3 Perkiraan Jumlah Penduduk yang Sakit Jantung Menurut Kelompok Rumah Tangga Perokok, 2007

Kelompok rumah tangga (RT)	Jumlah Penduduk Total	Sakit jantung	Tidak sakit jantung	Proporsi yang sakit (%)
A	B	C	d	(c/b) x 100
RT Bukan Perokok	56.643.007	3.678.969	52.964.038	6,50
RT Perokok	163.028.097	12.514.475	150.513.622	7,68
Total	219.671.104	16.193.444	203.477.660	7,37

Sumber: TCSC, Bab 2 Risiko Sakit dan Belanja Kesehatan Rumah Tangga Perokok dan Bukan Perokok, 2009

Menurut Thabrany et. al terdapat lebih banyak Rumah Tangga (RT) yang perokok dibandingkan RT bukan perokok. Apabila RT Perokok dan Tidak merokok dihubungkan dengan jumlah penduduk penderita TBC dengan penderita asma, maka berdasarkan survei tersebut angka penderita sakit TBC dan Asma lebih banyak dalam RT Perokok. Hal tersebut tergambar dalam tabel berikut ini:

Tabel 5. 4 Perkiraan Jumlah Penduduk Yang Sakit TBC dan Asma Selama Setahun Yang Lalu Menurut Kelompok Rumah Tangga, 2007

Kelompok penduduk tinggal di rumah tangga (RT)	Jumlah penduduk Total	Jumlah penduduk sakit TBC	Jumlah penduduk tidak sakit TBC	Proporsi yang sakit (%)
A	B	C	D	(c/b) x 100
RT Bukan Perokok	56,673,201	483,117	56,190,084	0,85
RT Perokok	163,098,098	1,707,349	161,390,749	1,05
Total	219,771,298	2,190,466	217,580,833	1,00
		Jumlah penduduk sakit Asma	Jumlah penduduk sakit Asma	
RT Bukan Perokok	56,666,079	1,642,166	55,023,913	2,90
RT Perokok	163,079,367	5,648,477	157,430,890	3,46
Total	219,745,446	7,290,643	212,454,803	3,32

Sumber: TCSC, Bab 2 Risiko Sakit dan Belanja Kesehatan Rumah Tangga Perokok dan Bukan Perokok, 2009

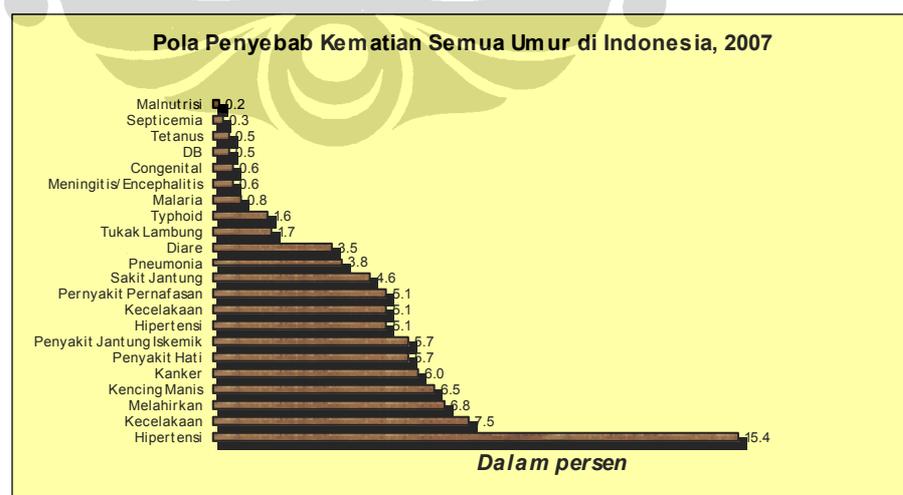
Rokok sebagai faktor resiko dari berbagai macam penyakit tersebut tidak saja merugikan si perokok itu sendiri akan tetapi merugikan orang lain karena berdampak sama buruknya bagi kesehatan orang lain yang bukan merokok, mereka dikenal sebagai perokok pasif. Di Indonesia perokok pasif justru lebih banyak terpapar dalam rumah. Menurut Thabrani sebagaimana dikutip dari Thabrany et.al. Bab 2 "Risiko Sakit dan Belanja Kesehatan Rumah Tangga Perokok dan Bukan Perokok" halaman 5 menyebutkan, menurut Survei Sosial Ekonomi sebanyak lebih dari 90 persen dari perokok mempunyai kebiasaan merokok di dalam rumah ketika bersama-sama dengan anggota keluarga lainnya termasuk anak-anak. Kelompok anak-anak di rumah tangga (RT) perokok

merupakan kelompok yang sangat rentan dan relatif lebih peka terhadap gangguan sistem pernafasan. Lebih lanjut, studi yang dilakukan oleh Djutaharta, et al, sebagaimana dikutip dari Thabrani et.ak, menunjukkan bahwa anak-anak yang tinggal di rumah tangga dimana terdapat perokok berat (RT Perokok), maka anak-anak akan mempunyai risiko terserang penyakit pernafasan lebih besar dibandingkan dengan yang tidak terdapat perokok berat(Thabrany, 2009).

b Peningkatan Penyakit Tidak Menular Akibat Rokok

Indonesia saat ini menghadapi permasalahan kesehatan yang demikian besar, Indonesia menghadapi masalah kesehatan yang berlipat tiga (*triple burden*) yaitu: yakni masih tingginya penyakit menular seperti Malaria, Diare, Demam Berdarah diiringi meningkatnya penyakit tidak menular seperti jantung, hipertensi, stroke dan diabetes, dan diikuti munculnya *New Emerging Infectious Diseases*, seperti Flu Burung.

Sebagaimana dijelaskan dan dikonfirmasi dengan informan B1, saat ini penyakit tidak menular justru lebih banyak menimbulkan kematian ketimbang penyakit menular, dan rokok merupakan salah satu penyebab dari penyakit yang tidak menular tersebut. Penyakit tidak menular tersebut cakupannya telah mencapai hampir 60% di Indonesia(Aditama, 2011; P. P. K. Kesehatan, 2011). Penyakit Tidak Menular yang dapat menyebabkan kematian adalah sebagai berikut:



Gambar 5. 2 Pola Penyebab Kematian Semua Umur Di Indonesia, 2007

Sumber: "Non Communicable Disease Control Program in Indonesia", 2011(Aditama, 2011)

Rokok merupakan salah satu faktor resiko dari penyakit tidak menular terlihat dalam tabel berikut ini:

Tabel 5. 5 Rokok merupakan Faktor Resiko Penyakit Tidak Menular

Faktor Resiko	Persen
≥ Setiap hari makan makanan mengandung garam	24.5*
≥ Setiap hari makan makanan mengandung lemak	12.8*
< Makan sayur dan buah	93.6*
Kelebihan berat badan dan obesitas	19.1#
Kurang Gerak	48.2*
Gangguan emosi	11.6#
Penggunaan Alkohol	4.6*
Perokok	34,7**

Keterangan: *> diatas umur 10th; #> diatas umur 15 th; ** ≥ Sama/Lebih dari umur 15 tahun

Sumber: "Non Communicable Disease Control Program in Indonesia", 2011 (Aditama, 2011)

5.4.2. FAKTOR HUKUM

5.4.2.1. Kebijakan Nasional Yang Berlaku

Saat ini Aturan Nasional yang berlaku yang terkait dengan pengendalian masalah tembakau dan informasi ini telah dikonfirmasi dengan informan A4 dan B4:

Tabel 5. 6 Kebijakan Pemerintah yang Berlaku Terkait Tembakau

No	Peraturan	Tentang	Mengatur
1	UU Nomor 36 tahun 2009	Kesehatan	Pasal 113-116 Menetapkan tembakau sebagai zat adiktif
2	Peraturan Pemerintah No. 19 tahun 2003	Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan	Seluruh pasal yang mengatur: -Iklan. Sponsor dan promosi: Larangan iklan dibatasi pada media cetak dan luar ruang. Jam tayang iklan 21.30-05.00 dan tidak boleh melanggar norma masyarakat. Serta Isi/Desain: Tidak boleh mendorong orang untuk merokok, menggambarkan atau membujuk orang merokok bermanfaat bagi kesehatan, menyajikan gambar dan/atau tulisan tentang rokok atau orang merokok, menargetkan anak-anak atau ibu hamil. -Kemasan dan Label: Peringatan Tentang Kesehatan harus disertakan dalam iklan, dan harus menyebutkan kadar Tar dan Nikotin, ditempatkan pada sisi yang paling luas sebesar 15%. Berbunyi: Merokok dapat menyebabkan serangan jantung, impotensi dan membahayakan kehamilan dan janin. -Produk dan pencantuman bahan: Uji emisi, pencantuman kadar nikotin dan tar, penyesuaian: 1 tahun - Udara Bersih: tempat umum: fasilitas kesehatan, sarana ibadah, tempat menhard dan kegiatan anak-anak, angkutan umum. - Penjualan: Melalui mesin otomatis: lokasi yang tidak mudah dijangkau anak; Produk gratis: distribusi gratis dilarang. - Pidana: tidak diatur secara spesifik.
3	UU No. 40/1999	Pers	Pasal 13 huruf c Perusahaan Pers dilarang memuat iklan peragaan wujud rokok atau penggunaan rokok.
4	UU No. 25/2000	Program Pembangunan Nasional	Meningkatkan kawasan Sehat termasuk Kawasan Bebas Rokok
5	UU No. 32/2002	Penyiaran	Pasal; 46 (3)(c) Siaran iklan niaga dilarang promosi rokok yang memperagakan wujud rokok
6	UU 39 Tahun 2007	Perubahan atas undang-undang nomor 11 tahun	Kebijakan penetapan cukai dan alokasi dana cukai

		1995 Tentang cukai	
	Undang Undang No. 28 tahun 2009	Pajak Daerah & Retribusi Daerah	Pajak Rokok yang dipungut oleh daerah. Pasal 31 Penerimaan Pajak Rokok, baik bagian provinsi maupun bagian kabupaten/kota, dialokasikan paling sedikit 50% (lima puluh persen) untuk mendanai pelayanan kesehatan masyarakat dan penegakan hukum oleh aparat yang berwenang. Pelayanan kesehatan masyarakat, antara lain pembangunan/pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana unit pelayanan kesehatan, penyediaan sarana umum yang memadai bagi perokok (smoking area), kegiatan masyarakat tentang bahaya merokok, dan iklan layanan masyarakat mengenai bahaya merokok.
7	PP No. 11/2005	Penyelenggaraan Penyiaran Lembaga Penyiaran Publik	Pasal 25(3), 45(1) Iklan rokok pada lembaga penyiaran radio dan televisi hanya dapat disiarkan pada pukul 21.30 sampai dengan pukul 05.00 waktu setempat. Jika melanggar sanksi berupa teguran tertulis, lebih dari 3 kali: pembekuan hak siar selama 3 bulan
8	PP No. 50/2005	Penyelenggaraan Penyiaran Lembaga Penyiaran Swasta	Pasal 21(3); 57 Iklan rokok pada lembaga penyiaran radio dan televisi hanya dapat disiarkan pada pukul 21.30 sampai dengan pukul 05.00 waktu setempat. Jika melanggar akan didenda 100 juta bagi radio, dan 1milyar bagi televisi
9	PP No. 52/2005	Penyelenggaraan Penyiaran Lembaga Penyiaran Berlangganan	Pasal 24(3); 56 Iklan rokok pada lembaga penyiaran radio dan televisi hanya dapat disiarkan pada pukul 21.30 sampai dengan pukul 05.00 waktu setempat Jika melanggar akan didenda 100 juta bagi radio, dan 1milyar bagi televisi
10	Peraturan Presiden 36 tahun 2010	Daftar bidang usaha yang tertutup dan bidang usaha yang Terbuka dengan persyaratan di bidang penanaman modal	Industri rokok dimasukkan dalam Daftar Negatif Investasi, tapi dapat melakukan investasi melalui program kemitraan dan tidak diatur kepemilikan melalui pasar modal.

Sumber: Database Penelitian Hukum Indonesia

Dari penjelasan pada tabel di atas, dapat disimpulkan bahwa poin-poin yang telah diatur dalam kebijakan yang ada di Indonesia adalah sebagai berikut:

Tabel 5.7 Pengelompokan Kebijakan Pengendalian Tembakau Indonesia PP 19/2003

<i>Larangan dan Pembatasan Tembakau</i>	<i>Dilarang</i>	<i>Dibatasi</i>	<i>Tidak Diatur</i>
Iklan dimedia tertentu		X	
Iklan di media audio			X
Iklan di tempat khusus		X	
Isi atau rancangan iklan		X	
Sponsorship atau promosi untuk pendengar tertentu			X
Sponsorship iklan event			X
Pelebaran merek			X
Penjualan untuk anak-anak			X
Penjualan oleh anak-anak			X
Tempat penjualan			X
Mesin otomatis rokok		X	
Produk gratis	X		
Penjualan rokok ketengan			X
Informasi menyesatkan dalam kemasan			X
Merokok dgedung pemerintah termasuk ditempat kerja		X	
Merokok diruang kerja pribadi			X
Merokok diruang pendidikan	X		
Merokok di fasilitas kesehatan	X		
Merokok di bus		X	
Merokok di kereta		X	
Merokok di taxi		X	
Merokok di ferry		X	
Merokok di penerbangan domestik		X	
Merokok dipenerbangan internasional			X
Merokok di restoran			X
Merokok di bar			X
Merokok ditempat umum lainnya			X
<i>Persyaratan dan Kebijakan Tembakau</i>	<i>Disyaratkan</i>	<i>Diatur</i>	<i>Tidak Diatur</i>
Iklan peringatan kesehatan/Pesan	X		
Verifikasi usia untuk penjualan			X
Lisensi Manufakturing	X		
Paket peringatan kesehatan/pesan	X		
Rancangan Label pada kemasan		X	
Informasi Isi/kandungan pada label kemasan	X		
Ukuran dari tar		X	
Ukuran dari nikotin		X	
Ukuran dari isi/kandungan		X	
Kandungan produk sebagai informasi rahasia			X
Kandungan produk sebagai informasi publik		X	
Pengungkapan unsur oleh merek			X
Pengungkapan unsur dalam aggregate			X

<i>Ketentuan Lain</i>	<i>Ya</i>	<i>Tidak Diatur</i>
Komite Pengendalian Tembakau Nasional	X	
Edukasi Pengendalian Tembakau/Promosi	X	
Ketentuan Anti penyelundupan		X

Hal ini selaras dengan yang pendapat informan bahwa:

Kebijakan Indonesia masih banyak yang bahwa kebijakan tembakau yang ada sekarang ini masih belum memadai, setidaknya harus mencakup:

(1) Peningkatan Harga dan Cukai Rokok (2) Larangan Iklan secara menyeluruh (3) Penerapan kawasan tanpa rokok (4) Peringatan kesehatan berbentuk gambar (Informan A1, A2, A4, A5, P11)

5.4.2.2. Kebijakan Regional Kawasan Tanpa Rokok

Peraturan Daerah Berkaitan Dengan Pembatasan Kawasan Rokok, merupakan kebijakan pemerintah daerah dalam mengatur Kawasan Merokok. Berikut ini daerah-daerah yang memiliki dan telah menerapkan kebijakan Pembatasan Kawasan Merokok, dan sebagaimana dijelaskan oleh pejabat masyarakat anti tembakau(2, 2011):

Tabel 5. 8 Perda Rokok Berbagai Daerah Per 28 Agustus 2011

No.	Peraturan	Tentang
1	Pergub DKI No 88 Tahun 2010	Perubahan Pergub No 75 tahun 2005 tentang Kawasan Dilarang Merokok
2	Perda Kota Bogor No : 12 tahun 2009	Kawasan Tanpa Rokok (KTR)
3	Peraturan Wali Kota Cirebon Nomor 27A Tahun 2006	Perlindungan terhadap Masyarakat Bukan Perokok di Kota Cirebon.
4	Perda Kota Padang Panjang No 8 Tahun 2009	Kawasan Tanpa Asap Rokok Dan Kawasan Tertib
5	PERWALI No.10 tahun 2009	Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Padang Panjang No. 8 Tahun 2009
6	Peraturan Gubernur Nomor 42 Tahun 2009	Kawasan Dilarang Merokok
7	Peraturan Walikota Semarang Nomor 12 tahun 2009	Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok Kota Semarang
8	Peraturan Desa Cikidang, Banyumas Nomor 10 Tahun 2009	Ketentuan-Ketentuan yang Mengatur Ketertiban Desa, pasal 20 peraturan desa ini menyebutkan seluruh warga dilarang merokok di tempat umum dan mewajibkan tidak merokok hari Jumat
9	Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008	Kawasan Tanpa Rokok Dan Kawasan Terbatas Merokok
10	Peraturan Daerah Kota Palembang Nomor 07 Tahun 2009	Kawasan Tanpa Rokok
11	Peraturan Daerah Kota Pontianak No.10 Tahun 2010	Tentang Kawasan Tanpa Rokok
12	Peraturan Daerah Kabupaten Tulungagung Nomor 9 Tahun 2010	Kawasan Tanpa Asap Rokok Dan Terbatas Merokok
13	Peraturan Daerah Kota Tangerang No	Kawasan tanpa rokok

No.	Peraturan	Tentang
	5 Tahun 2010	
14	Rancangan Peraturan Daerah di Kota Medan, Bukittinggi, Banyuwangi	Kawasan bebas rokok

Sumber: Diambil dari Berbagai Sumber, database Penelitian Hukum Indonesia, Website Pemerintah Daerah Terkait

5.4.2.3. *Peraturan Nasional/Internasional Sebagai Dasar Hukum*

Berdasarkan hasil wawancara (A1, A2, A3, A4, dan P1) dan telaah dokumen, berikut ini merupakan peraturan Nasional maupun Internasional yang merupakan dasar hukum bagi pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan.

Tabel 5. 9 Dasar Hukum

No	Peraturan	Keterangan
1	Declaration of Human Rights 1948	Pasal 25
2	Pembukaan Konstitusi WHO	Mendapatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
3	UUD'45	Pasal 28 H, lingkungan sehat
4	Ketetapan MPR Nomor XVII/MPRRI/1998	Perubahan Paradigma Kesehatan
5	UU No.39 Tahun 1999	Perubahan Paradigma Kesehatan
6	Ketetapan MPR Nomor IV/MPR/1999	Lingkungan Sehat
7	UU 25 Tahun 2000	Pembentukan Lingkungan yang Sehat
8	UU 12/2011	Pembentukan Peraturan Perundang-undangan

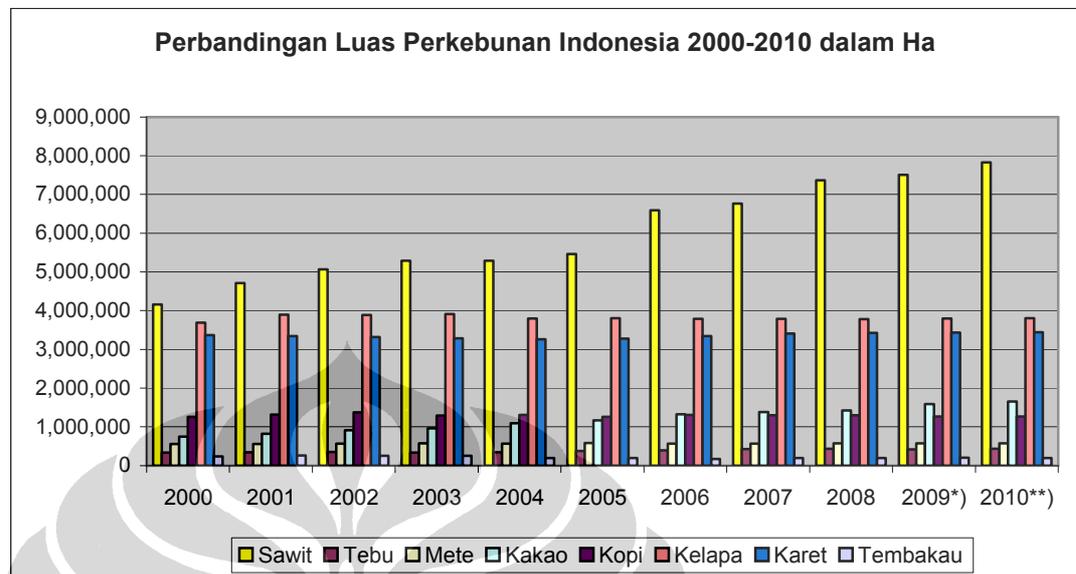
5.4.3. **FAKTOR EKONOMI TEMBAKAU: PERTANIAN, INDUSTRI, KEMISKINAN, DAN CUKAI**

5.4.3.1 *Pertanian Tembakau Indonesia*

a. **Lahan dan Produksi Tembakau Indonesia**

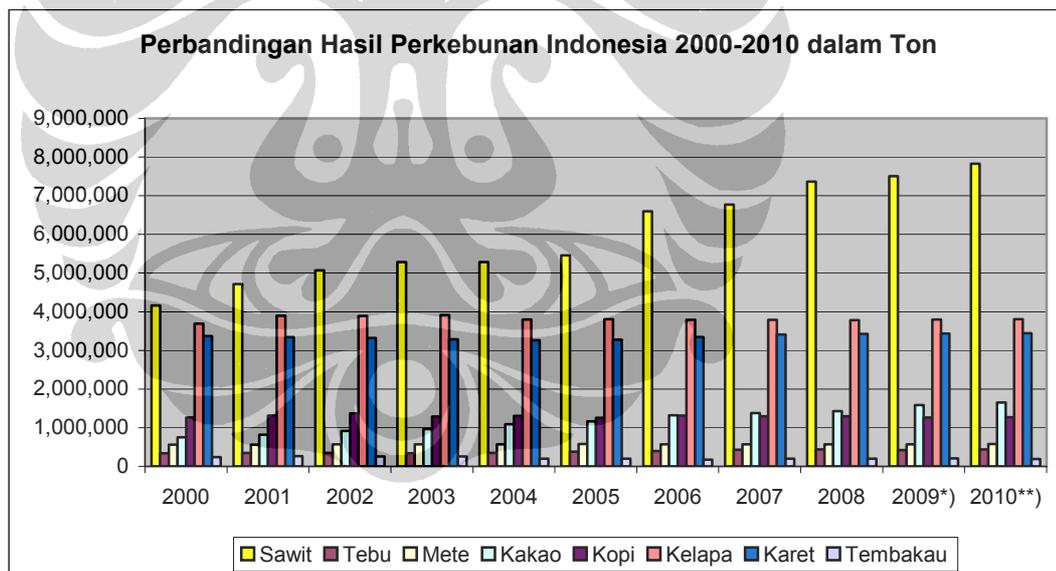
Di Indonesia lahan pertanian tembakau semakin hari semakin menyusut. Sebagaimana dijelaskan oleh pejabat di Kementerian Pertanian(B3) ²²², bahwa susutnya lahan pertanian tembakau sebagaimana terjadi di Ngawi karena petani beralih ke tanaman lain yaitu palawija(Bram, 2009; Karisma, 2010; Pos, 2009). Disamping karena beralihnya ke tanaman lain, susutnya lahan disebabkan karena industri rokok justru lebih banyak mengimpor daun tembakau dari negara lain(Bram, 2009; Perkebunan, 2011). Di Indonesia, lahan pertanian tembakau pada tahun 2000 adalah 0,82% dari luas lahan pertanian semusim atau 0,30% dari seluruh lahan pertanian. Proporsi ini menurun sejak awal tahun 1990-an. Berdasarkan data yang diambil dari Departemen Pertanian dan telah dikonfirmasi informan B3(P. P. K. Pertanian, 2010) maka dari tahun ke tahun lahan perkebunan

tembakau dibandingkan dengan lahan perkebunan lainnya dari tahun 2000-2010 adalah sebagai berikut(Perkebunan, 2011):



Gambar 5.3 Luas Perkebunan menurut Jenis Tanaman(Ha), 2000 - 2010

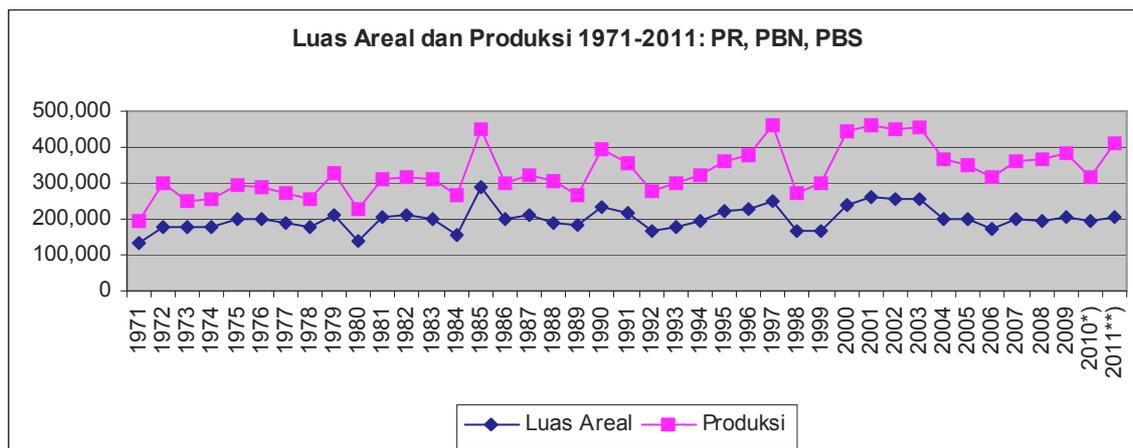
Sumber: Direktorat Jenderal Perkebunan; *) Sementara **) Estimasi



Gambar 5.4 Produksi Perkebunan menurut Jenis Tanaman (Ton), 2000-2010

Sumber Direktorat Jenderal Perkebunan; *) Sementara **) Estimasi

Sedangkan produksi tembakau berdasarkan pengusahaannya, baik Perkebunan Rakyat (PR), Perkebunan Besar Negara (PBN) dan Perkebunan Besar Swasta (PBS) adalah sebagai berikut("Kesejahteraan Petani Tembakau Terus Menurun Karena Impor," 2010):



Gambar 5. 5 Luas Areal Dan Produksi Perkebunan Tembakau Seluruh Indonesia Menurut Pengusahaan

Sumber: Direktorat Jenderal Perkebunan; *) Sementara **) Estimasi

Tabel 5. 10 Luas Areal Dan Produksi Tembakau Menurut Propinsi di Seluruh Indonesia PR, PBN dan PS 2007 - 2010

No.	Propinsi/Province	HEKTAR				TON			
		2007	2008	2009	2010*)	2007	2008	2009	2010*)
1	NAD	836	831	943	952	230	236	316	320
2	Sumatera Utara	3,709	2,367	3,317	3,330	1,844	1,307	3,239	3,541
3	Sumatera Barat	1,350	1,362	1,095	1,442	1,033	1,199	964	1,585
4	Jambi	219	80	138	136	170	25	48	56
5	Sumatera Selatan	112	46	52	125	13	13	33	96
6	Lampung	209	64	229	229	97	44	81	168
7	Jawa Barat	7,655	8,116	8,138	6,212	6,396	6,769	7,156	4,013
8	Jawa Tengah	41,186	36,777	42,159	37,345	29,679	25,329	31,211	26,561
9	DI. Yogyakarta	1,677	1,716	1,778	1,677	1,205	1,286	1,318	1,205
10	Jawa Timur	108,701	109,408	112,007	107,209	78,343	77,852	76,278	59,922
11	Bali	1,203	1,006	1,104	294	1,852	1,806	1,899	247
12	Nusa Tenggara Barat	28,671	31,384	29,759	31,323	42,793	51,006	51,353	22,649
13	NTT	261	261	291	291	38	32	42	42
14	Sulawesi Selatan	2,265	3,209	3,440	3,351	1,158	1,133	2,572	1,871
	Indonesia	198,054	196,627	204,450	193,916	164,851	168,037	176,510	122,276

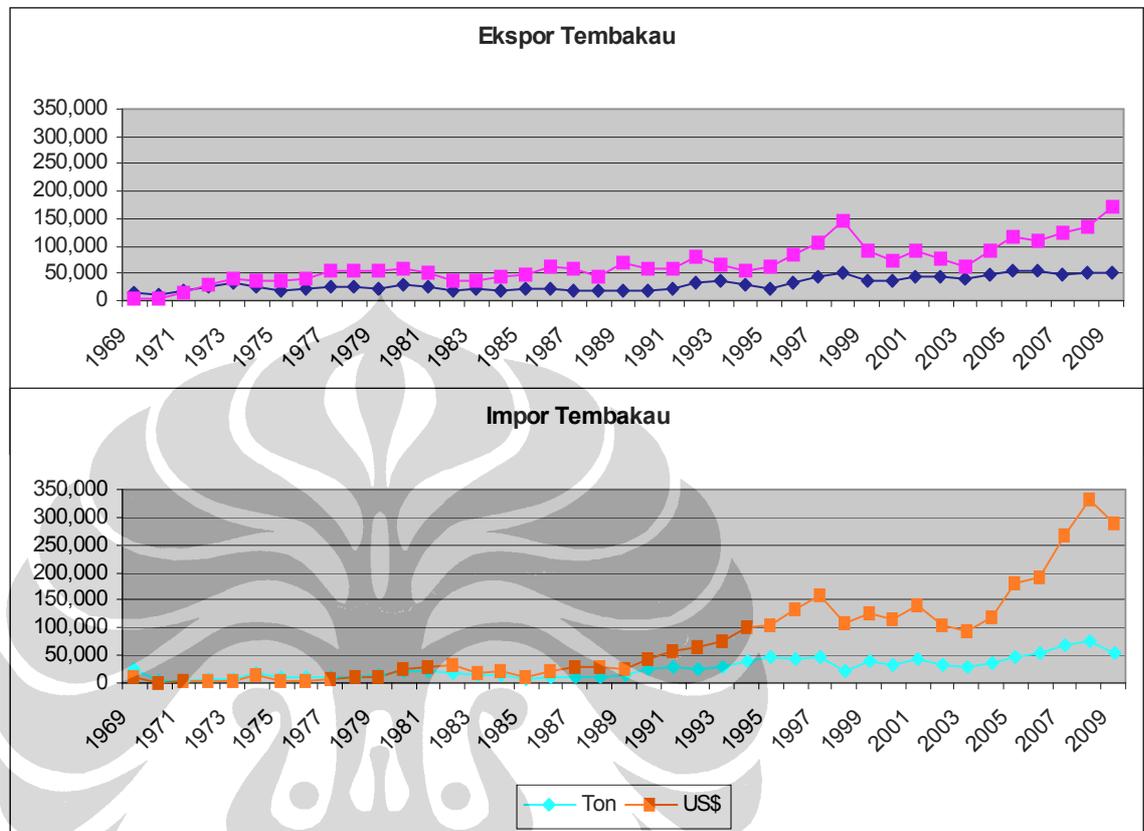
Sumber : Buku Statistik Perkebunan Tahun 2009 - 2011, Direktorat Jenderal Perkebunan

Keterangan : *) Angka Sementara -) Data tidak tersedia

Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa hanya daerah tertentu di Indonesia yang menghasilkan tembakau terbesar Jawa Timur, Jawa Tengah dan Nusa Tenggara Barat.

Dari seluruh tembakau yang dihasilkan, produksi perkebunan tembakau sebagian besar penggunaannya diserap untuk bahan baku dalam negeri, ada yang diekspor keluar negeri tapi jumlahnya sangat sedikit dan itupun tembakau khusus kebutuhan cerutu. Akan tetapi kecenderungan industri tembakau dalam negeri adalah justru mengimpor tembakau dari luar negeri, kebanyakan jenis Virginia sebagai bahan baku rokok putih(D. Pertanian, 2009).

Berikut data ekspor dan impor tembakau dari tahun 1969 hingga 2009, terlihat dalam data bahwa Indonesia telah ekspor Indonesia adalah net importir negatif sejak tahun 1993.



Gambar 5. 6 Ekspor Impor Tembakau dari 1969-2009

Sumber : Buku Statistik Perkebunan Tahun 2009 - 2011, Direktorat Jenderal Perkebunan

Keterangan : *) Angka Sementara -) Data tidak tersedia

Perkembangan volume ekspor dan impor tembakau primer selama periode tahun 1996 - 2009 relatif berfluktuatif namun cenderung meningkat masing-masing sebesar 4,29% dan 6,33% per tahun. Peningkatan volume ekspor tembakau primer pada tahun 2009 sebesar 3,73%. Total volume ekspor pada tahun 1996 sebesar 33,24 ribu ton dan pada tahun 2009 meningkat menjadi sebesar 52,14 ribu ton. Sedangkan total volume impor pada tahun 1996 sebesar 45,06 ribu ton dan pada tahun 2009 meningkat menjadi sebesar 53,20 ribu ton.

Dilihat dari harga ekspor dan impor terlihat bahwa pada periode 1996 - 2009, harga ekspor tembakau Indonesia jauh dibawah harga impor tembakau luar negeri. Pada tahun 2009, harga ekspor tembakau primer Indonesia mencapai US\$ 3.385 per ton, sementara harga impornya mencapai US\$ 5.455 per ton. Hal ini

menunjukkan bahwa kualitas tembakau primer di Indonesia lebih rendah dibandingkan dengan kualitas tembakau primer yang ada di luar negeri.

Tembakau impor yang masuk ke Indonesia berasal dari negara asal impor antara lain, Cina, Brazil, Amerika, Turki, Zimbabwe dan Yunani. Sedangkan Negara yang menjadi tujuan ekspor antara lain, Belgia, Jerman, Sri Lanka, Spanyol, Amerika, Rusia, Turki dan Belanda. Sementara ekspor ke negara ASEAN meliputi Malaysia, Filipina, Vietnam, Thailand dan Kamboja (Anugerah, 2010).

b. Pekerja di sektor Pertanian Tembakau

Dari besarnya angka tenaga kerja, pertanian masih tetap menjadi sektor andalan mata pencaharian bagi sebagian besar penduduk Indonesia. Besarnya angkatan kerja yang bekerja di sektor pertanian tentu saja memberatkan pertanian primer sehingga diperlukan upaya keras untuk mendorong perpindahan tenaga kerja pertanian primer ke sektor industri pertanian atau non pertanian. Jumlah tenaga kerja pertanian (pertanian, perikanan, dan kehutanan) berada pada kisaran 40% dari angkatan kerja nasional dan cenderung terus meningkat setiap tahunnya selama periode 2005-2009 (Ahsan, 2009).

Tabel 5. 11 Tenaga Kerja Pertanian

Tahun	Tenaga Kerja (*Orang		Total Tenaga Kerja (orang)	Pangsa Pertanian Terhadap Total (%)
	Pertanian**	Non Pertanian		
2005	41,309,776	52,648,611	93,958,387	43,97
2006	40,136,242	55,320,693	95,456,935	42,05
2007	41,206,474	58,723,743	99,930,217	43,66
2008	41,331,706	61,221,044	102,552,750	40,30
2009*	43,029,493	61,455,951	104,485,444	41,18

Keterangan: * angka sementara (Peb 2009), ** mencakup pertanian, perikanan dan kehutanan)

Sumber : Renstra Departemen Pertanian

Menurut laporan yang disampaikan oleh Tobacco Control Center Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia dalam laporannya yang berjudul "Fakta Tembakau dan Permasalahannya di Indonesia" (Ahsan, 2009) bahwa selama kurun waktu 1996-2007, jumlah petani tembakau berfluktuasi antara 400 ribu hingga 900 ribu orang. Jika dibandingkan dengan jumlah petani di sektor pertanian, maka

fluktuasi persentasenya berkisar antara 1,0% hingga 2,3%, sebagaimana tercantum dalam tabel berikut ini.

Tabel 5. 12 Proporsi Petani Tembakau terhadap Jumlah Pekerja di Sektor Pertanian Tahun 1996-2007

Tahun	Petani Tembakau ^a	Jumlah Pekerja di Sektor Pertanian (000) ^b	Jumlah semua pekerja (000) ^b	% Petani Tembakau terhadap Jumlah Pekerja di Sektor Pertanian	% Petani Tembakau terhadap seluruh pekerja
1996	668.844	37.720	85.701,80	1,8	0,8
1997	893.620	34.790	87.049,80	2,6	1,0
1998	400.215	39.415	87.672,40	1,0	0,5
1999	636.152	38.378	88.816,90	1,7	0,7
2000	665.292	40.667	89.837,70	1,6	0,7
2001	913.208	39.744	90.807,40	2,3	1,0
2002	808.897	40.634	91.647,2	2,0	0,9
2003	714.699	43.042	90.784,9	1,7	0,8
2004	693.551	40.608	93.722,0	1,7	0,7
2005	683.603	41.814	94.948,1	1,6	0,7
2006	512.338	42.323	95.177,1	1,2	0,5
2007	582.063	41.206	99.930,2	1,4	0,6

Sumber: a) Statistik Perkebunan Indonesia (*Tree Crop Estate Statistic of Indonesia*) 2007-2009: Tembakau/Tobacco, Departemen Pertanian, Direktorat Jenderal Perkebunan, 2008.
b) Keadaan Angkatan Kerja di Indonesia (Sakernas) 1996-2007, BPS, Jakarta

Selama sepuluh tahun terakhir (1997 – 2007) terjadi penurunan jumlah petani tembakau secara absolut maupun relatif terhadap jumlah seluruh pekerja, dari 894 ribu menjadi 582 ribu atau terjadi penurunan sebesar 35%. Proporsi petani tembakau terhadap pekerja sektor pertanian turun dari 2,6% menjadi 1,4%. Proporsi petani tembakau terhadap seluruh pekerja terjadi penurunan dari 1% menjadi 0,6%.

Hal penting lainnya yang perlu dipahami adalah bahwa petani tembakau di Indonesia pada umumnya bukan petani tembakau yang mencurahkan seluruh waktunya untuk bertani tembakau. Akan tetapi mereka melakukan kegiatan pertanian lain.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Keyser dan Juita (Keyser, 2005) menyatakan bahwa keuntungan yang diperoleh petani dari usaha tani tembakau Virginia di Jawa Tengah sekitar gunung Sindoro dan Sumbing sangat bervariasi. Perlu diingat bahwa penanaman tembakau dataran tinggi ini hanya ditanam di awal musim panas yaitu Maret hingga awal April, dalam bidang tanah antara 0,1-1ha, normalnya 0,25-0,4ha perpetani kelas rumah tangga. Panen dilakukan antara

bulan Juli dan berlanjut hingga akhir bulan September. Kualitas dan harga yang terbaik dari daun tembakau biasanya pada bulan September ini. Tembakau hasil panen diperam terlebih dulu sebelum dirajang dan dikeringkan dan kemudian dijual kepada pengepul. Pengepul melakukan negosiasi harga langsung dengan petani berdasarkan kualitas tembakau yang dihasilkan. Harga yang ditawarkan pengepul justru lebih baik ketimbang petani menjual langsung kepada pabrik. Harga yang ditawarkan tergantung kualitas dari tembakau tersebut bervariasi antara Rp20,000 hingga Rp40,000, dari kelas kualitas terbawah A hingga F kualitas terbaik yang disebut dengan Srintil.(Keyser, 2005)

Pengeluaran petani adalah untuk mendapatkan tanaman tembakau, petani bisa melakukan pembibitan sendiri dari biji, atau membeli hasil semaian dari pembibit lain. Harga tanaman semai Rp15,000-Rp30,000 per 1,000 tanaman. Ditambah dengan biaya lain seperti pupuk, obat-obatan dan biaya perawatan tanaman maka pendapatan dari hasil penjualan tersebut bervariasi antara Rp 4 juta hingga Rp 10 juta per ha, tergantung dari tingkat pengelolaan tembakau. Akan tetapi berdasarkan laporan dari Tobacco Control Center Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia halaman 38(Ahsan, 2009), menunjukkan adanya hasil penelitian lain usaha tani tembakau rakyat di Klaten tahun 2001 menunjukkan bahwa keuntungan petani tergantung dari jenis irigasi yang digunakan. Keuntungan petani bervariasi yaitu antara Rp 2 juta per ha per musim hingga Rp 3 juta per ha per musim. Jika satu musim tanam tembakau diperkirakan sekitar 4 bulan, maka keuntungan bersih petani tembakau rakyat per bulan bekisar antara Rp 500 ribu hingga Rp 750 ribu.

Tabel 5. 13 Analisis usaha tani tembakau Virginia di Jawa Tengah (Temanggung dan Klaten), 2005, dalam Rp (000)

	Tingkat manajemen pengelolaan tembakau*		
	Rendah	Menengah	Tinggi
Hasil panen (kg rajangan kering per ha)	600	950	1,200
Biaya Produksi (per ha)			
Biaya input (pupuk, obat dsb)	7,605	9,873	12,907
Total biaya variable	8,404	10,844	14,162
Total biaya produksi	9,029	11,571	14,911
Total biaya per ton	15,048	12,180	12,426
Pekerja			
Upah buruh non keluarga (hari/ha)	316	430	568
Upah buruh keluarga (hari/ha)	205	263	350
Total upah pekerja (hari/ha)	521	693	918

Keuntungan petani (per ha)			
Keuntungan kotor	4,766	9,471	10,822
Keuntungan bersih	4,141	8,745	10,073

Sumber: Smallholder Tobacco Growing in Indonesia: Costs and Profitability Compared with Other Agricultural Enterprises, 2005

c. Alternatif Tanaman Pengganti dan Alternatif Produksi Hasil Tembakau

Jika dilihat dari apa yang didapatkan oleh petani tembakau maka tanaman tembakau bukanlah tanaman yang dapat memberikan keuntungan yang maksimal. Masih banyak tanaman lain yang dapat memberikan keuntungan lebih dibandingkan dengan tembakau. Dalam laporannya lebih lanjut Tobacco Control Center Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia halaman 39 menjelaskan bahwa dibandingkan keuntungan tanaman tembakau dengan tanaman lain, tembakau bukan tanaman yang memberikan keuntungan paling besar, baik dataran rendah maupun dataran tinggi. Di dataran rendah, bawang merah, cabe merah, dan melon memberikan keuntungan lebih besar daripada tembakau, Sedangkan, di dataran tinggi, kentang dan cabe merah lebih menguntungkan untuk ditanam sebagai alternatif pengganti tembakau. (Ahsan, 2009)

Tabel 5. 14 Perbandingan Keuntungan Usaha tani Beberapa Tanaman Susstitusi Tembakau (Rp000 / hektar/musim)

Lokasi	Komoditas	Pengeluaran	Penerimaan	Keuntungan
Dataran Rendah dan Medium (0 – 900 mdpl)	1. Bawang Merah	21,140	90,000	68,860
	2. Melon	35,760	87,480	51,720
	3. Cabe Merah	19,590	35,000	15,410
	4. Tembakau	19,920	34,720	14,800
	5. Tomat	11,570	21,000	9,430
	6. Semangka	24,540	33,210	8,670
	7. Padi Sawah	3,930	10,940	7,010
	8. Jagung Hibrida	3,650	9,370	5,720
Dataran Tinggi (> 900 m dpl)	1. Kentang	29,590	79,330	49,740
	2. Cabe Merah	35,100	85,800	40,700
	3. Tembakau	27,800	67,900	40,100
	4. Tomat	57,600	25,030	32,570
	5. Wortel	14,240	32,400	18,160
	6. Kubis	7,070	16,870	9,800

Sumber: Rachmat, Muchjidin, 2009, *Pertanaman Tembakau di Indonesia dan Alternatif Substitusinya*, Makalah disampaikan dalam Seminar “Substitusi Pertanian Tembakau dalam Merespon Bahaya dan Hukum Merokok” Jakarta, 20 Mei 2009.

Akan tetapi sebagaimana dikemukakan oleh pejabat dikementerian pertanian, terkait tanaman pengganti dikatakan:

Tidak mudah mencari tanaman pengganti tembakau, karena agroklimat tanaman tembakau memerlukan lokasi yang sangat khusus, sehingga tanaman lain susah untuk ditanam didaerah dengan agroklimat khusus tersebut. (B3)

Berdasarkan penelitian yang sedang dilakukan bahwa kemungkinan tanaman tembakau dapat dimanfaatkan untuk industri selain rokok, seperti pemanfaatan untuk biodiesel, bireaktor, vaksin kanker (Felberbaum, 2010; O'Maille, Chappell, & Noel, 2006; Paddock, 2008; Reporter, 2011; Tremblay, Wang, Jevnikar, & Ma, 2010; Warren, 2010), demikian penelitian telah dilakukan oleh kementerian pertanian untuk mencari bentuk lain dari produksi tembakau selain rokok.

Saat ini kami sedang melakukan penelitian untuk mencari alternatif bagi produk selain rokok dari tembakau, kami sedang mencoba melakukan ekstraksi dari tanaman tembakau sebagai bahan baku parfum. (B3)

5.4.3.2 Industri

a. Industri Rokok Indonesia

Memang tidak dapat dipungkiri Indonesia dengan jumlah penduduknya yang sangat besar, berdasarkan sensus penduduk 2010 berjumlah 237,6 juta jiwa (Widiantoro, 2011), merupakan pangsa pasar yang baik bagi produk dari industri tembakau. Di Indonesia terdapat sedikitnya 3.800 pabrik rokok, dari kelas transnasional hingga kelas rumahan (Benny Dwi K, 2010). Jumlah tersebut merupakan jumlah terbesar diseluruh dunia (Benny Dwi K, 2010; Center, 2009). Tidaklah mengherankan apabila Indonesia dijuluki sebagai Negeri Rokok atau Negeri tembakau, bahkan Douglas Bettcher, direktur WHO, memberikan julukan khusus "Disney LAND for The Tobacco Industry" (Wahyuningsih, 2010).

Akan tetapi ketika jumlah tersebut dikonfirmasi dengan informan B2, keterangan yang didapat adalah di tahun 2011 jumlah pabrik rokok sudah sangat jauh berkurang.

Jumlah tersebut adalah jumlah di tahun 2006, diperkirakan saat ini jumlahnya telah berkurang, hanya sekitar 1900-an pabrik rokok, karena telah banyak industri rokok kecil yang gulung tikar. (B2)

Pertumbuhan pabrik rokok yang sedemikian banyaknya menunjukkan bahwa Indonesia merupakan target investasi yang menarik bagi industri rokok. Indonesia bagaikan magnet bagi perusahaan raksasa transnasional maupun perusahaan lokal (R. Online, 2009). Akan tetapi pasar rokok Indonesia termasuk unik karena 90% perokoknya adalah perokok kretek. Walaupun mayoritas perokok kretek,

pasar yang menjanjikan tersebut tetap mengundang pihak asing untuk berinvestasi rokok di Indonesia.

Indonesia merupakan pasar yang unik karena mayoritas perokok di Indonesia sebanyak $\pm 90\%$ adalah pengguna rokok kretek. Rokok kretek merupakan rokok dengan ramuan tambahan cengkeh.

Produksi rokok Indonesia pada tahun 2007 sebagaimana telah dikonfirmasi dengan informan B2, telah mencapai 231 milyar batang dan tahun 2008, naik menjadi 240 milyar batang, dan ditargetkan pada tahun 2015 mencapai 260 milyar batang (Perindustrian, 2009). Dengan produksi yang terus meningkat tersebut menjadikan Indonesia sebagai pasar terbesar nomor lima dari segi volumenya. Pemimpin pasar industri rokok Indonesia adalah perusahaan Transnational maupun perusahaan lokal skala atas. (Center, 2009).

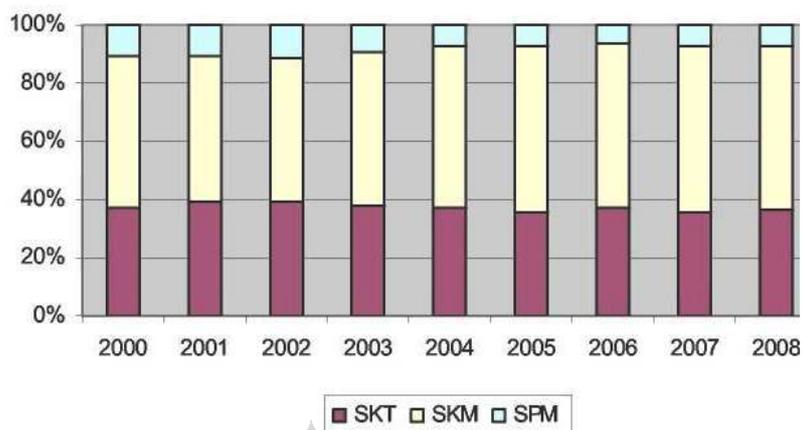
Tabel 5. 15 Perkembangan Produksi Rokok Nasional Tahun 2004 sampai dengan Tahun 2008

	Rokok Kretek (Milyar Batang)	Rokok Putih (milyar batang)	Total
2004	188.27	15.61	203.88
2005	205.01	15.46	220.47
2006	202.96	15.77	218.73
2007	214.6	16.4	231
2008*)	223	17	240

Sumber: Kementerian Perindustrian, 2009

Industri olahan tembakau memberikan dampak perekonomian yang sangat luas. Kita memiliki roadmap tembakau bahwa produksi telah ditetapkan, dan ada target khusus yang telah ditetapkan, kami bukan tidak peduli pada kesehatan, akan tetapi aspek kesehatan menjadi prioritas yang lebih dibanding aspek penerimaan dan tenaga kerja di tahun 2015-2020. (B2)

Perkembangan Pangsa Pasar Per Jenis Produk Tembakau berdasarkan jenisnya yaitu Sigaret Kretek Tangan (SKT), Sigaret Kretek Mesin (SKM) dan Sigaret Putih Mesin (SPM) dari tahun 2000-2008 dapat dilihat pada Gambar berikut (Perindustrian, 2009):



Gambar 5. 7 Perkembangan Pangsa Pasar Per Jenis Produk Tembakau

Sumber: Roadmap Tembakau, 2009

b. Pekerja Sektor Industri Rokok

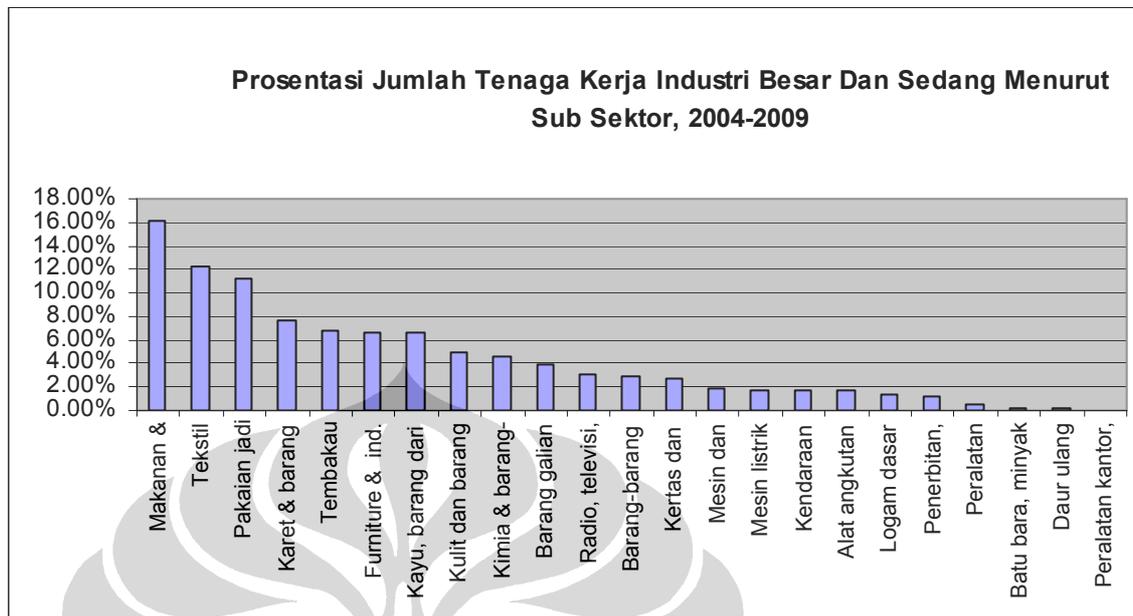
Berdasarkan data yang diambil dari BPS maka upah buruh industri tembakau termasuk rendah dibandingkan dengan upah buruh sektor lain. Lihat tabel berikut ini:

Tabel 5. 16 Rata-rata Upah Riil Per Bulan Buruh Industri di Bawah Mandor, 2005 - Triwulan II 2011 (IHK 1996=100)

(Dalam Ribuan Rupiah)

Sub Sektor	2010				2011	
	Maret	Juni	Sept	Des*)	Maret*)	Juni
Industri						
151-153 Bahan Makanan	259.528	257.884	272.945	267.641	300.849	295.372
154 Makanan Jadi	214.921	227.499	228.537	218.904	228.041	253.064
160 Tembakau atau Rokok	168.958	189.883	187.093	188.291	192.693	182.452
Makanan lainnya	277.490	266.518	277.143	275.731	253.801	255.914
171-174 Bahan Pakaian	211.472	214.792	253.867	248.884	228.832	190.416
181-182 Pakaian Jadi	255.914	256.420	268.371	268.102	273.885	274.876
Tekstil lainnya	278.236	259.824	261.975	259.153	270.962	259.843
201-202 Kayu olahan (Ind. Plywood)	252.141	274.742	249.040	244.141	243.378	237.645
361 Furniture	230.952	229.776	221.628	216.171	225.887	210.221
210 Kertas	331.807	339.868	384.292	379.273	347.505	278.312
221-222 Percetakan	278.600	273.149	255.244	252.242	253.597	265.822
251 Karet	272.175	265.548	277.079	278.558	275.301	280.944
252 Plastik	231.370	233.824	256.186	247.738	247.905	204.972
Kimia/Karet lainnya	340.641	334.966	329.670	323.489	314.065	305.590
263 Tanah liat	121.609	103.343	276.529	140.249	132.416	187.102
264 Semen atau Kapur	279.390	298.129	147.789	256.737	287.723	312.899
Mineral non logam lainnya	241.737	233.277	261.596	255.868	263.646	217.027
27-28 Logam	342.179	337.587	442.907	439.250	426.449	386.399
Industri lainnya	305.755	323.955	401.037	396.906	338.233	309.025
Total	249.946	254.760	281.130	276.794	269.414	253.336

Sumber: Website BPS, 2011



Gambar 5. 8 Prosentasi Pekerja Industri Besar dan Sedang Menurut Sub Sektor

Sumber: Data dari BPS Yang Diolah, 2011

Sedangkan apabila dibandingkan dengan seluruh sektor, menurut BPS, industri ini hanya menduduki peringkat ke-48 dari 66 sektor yang berkontribusi pada penyerapan tenaga kerja.

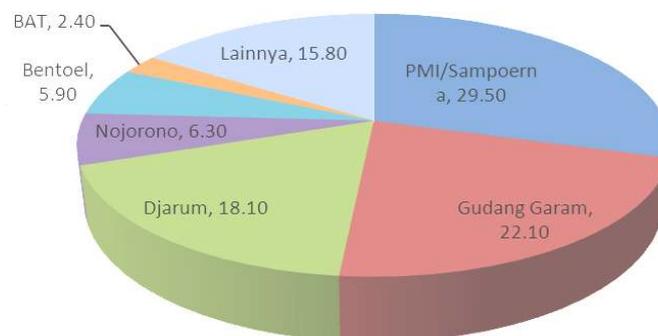
Kontribusi industri rokok terhadap total tenaga kerja sektor industri terus menurun secara tajam dari 28 persen pada era 1970-an menjadi kurang dari 6 persen saat ini, dan kontribusi pada total tenaga kerja tetap berada di bawah 1 persen sejak tahun 1970-an. Dibandingkan dengan jumlah pekerja pertanian di sektor pertanian, persentasenya berkisar antara 1% hingga 1,6%. Jika dibandingkan dengan pekerja seluruh sektor, maka persentasenya lebih kecil lagi yaitu antara 0,48% hingga 0,79%(Ahsan, 2009).

Jumlah perusahaan rokok berfluktuasi dari waktu ke waktu, tetapi distribusi secara geografis terus terkonsentrasi di 14 kabupaten sepanjang tahun 1960 dan 1990. Mayoritas perusahaan rokok ini berada di Jawa Tengah dan Jawa Timur, dimana diperkirakan perusahaan tembakau berkontribusi masing-masing 2,0 persen dan 2,9 persen dari total penyerapan tenaga kerja di daerah tersebut(Barber S, 2008).

c. Perusahaan Rokok di Indonesia: Lokal dan Transnational

Industri rokok dari yang awalnya hanya industri rumah tangga, kini berkembang menjadi industri skala luas. Kombinasi antara permintaan yang terus meningkat sebagai ditambah dengan zat adiktif yang terkandung didalamnya dengan teknologi produksi yang mutakhir, dan tentu saja teknik pemasaran yang sangat luar biasa canggihnya, berhasil mengantarkan rokok masuk ke dalam babak baru industri. Sejalan dengan semakin majunya teknologi, negara seolah-olah tanpa batas, konsumerisme dan gaya hidup melanda seluruh dunia, sehingga dalam upaya memenuhi kebutuhan tersebut industripun menjadi lintas batas. Perubahan gaya hidup, rayuan iklan yang demikian derasnya menargetkan rokok menjadi bagian dari gaya hidup dengan target kaum belia. Hal ini meupakan salah satu penyebab prevalensi perokok belia sangat meningkat. Disamping Indonesia dengan jumlah penduduk yang banyak, secara historis, merokok telah memiliki sejarah panjang di Indonesia, ditambah dengan lemahnya sektor hukum, sehingga menjadikan daya tarik industri asing masuk indonesia melalui akuisisi atau penguasaan saham. Akuisisi merupakan cara cerdas perusahaan transnasional masuk ke Indonesia sebagai akibat industri rokok termasuk daftar negatif penanaman modal, disamping itu dengan masuk melalui perusahaan lokal dan hanya dengan cara tersebut produk rokok dapat diterima dikalangan masyarakat yang 90% perokok kretek.

Hingga tahun 2008, pangsa pasar rokok diperebutkan oleh Industri rokok besar lokal maupun transnational juga industri rokok rumahan, yang tergambar dalam bagan berikut ini:



Gambar 5. 9 Pembagian pasar Industri Tembakau oleh Perusahaan-perusahaan Besar di Indonesia tahun 2008*

Sumber: Tobacco Industry Profile-Indonesia, 2009(Center, 2009)

Perusahaan lokal terbesar di Indonesia yang menguasai pasar kedua dan ketiga terbesar adalah Gudang Garam yang didirikan tahun 1958 dan Djarum yang didirikan tahun 1951, keduanya dijalankan oleh salah satu keluarga terkaya di Indonesia (Center, 2009):

PT Gudang Garam Tbk.

- PT Gudang Garam Tbk merupakan produsen rokok kretek terbesar di dunia. Akan tetapi Gudang Garam telah kehilangan pangsa pasar yang signifikan dari tahun 2005-2007 (kehilangan 25%) sebagai akibat di tahun 2006 terlalu fokus produk untuk masyarakat pedesaan sigaret kretek tangan yang daya belinya sangat rendah.
- Tahun 2008 saham Gudang Garam kembali meningkat dan perusahaan melaporkan kenaikan sebesar 8.29% dalam penjualan dibulan November 2008 dibandingkan tahun sebelumnya
- Usaha untuk meningkatkan pangsa pasarnya, Gudang Garam di tahun 2007 merilis rokok kretek yang *slim* yaitu Gudang Garam Surya Slims, disamping tetap mempertahankan strategi melalui sponsorship di bidang musik, dan olah raga, iklan di berbagai media: elektronik dan cetak, maupun luar ruang. Merek yang terkenal produksi Gudang Garam adalah Merah, Surya 16, and Surya International.
- Merupakan perusahaan terbuka dan sudah terdaftar dalam pasar bursa.
- Produsen rokok PT Gudang Garam Tbk (GGRM) sepanjang 2009 membukukan laba bersih Rp 3,4 triliun atau naik 83,8 persen dibanding sebelumnya Rp 1,88 triliun (Center, 2009).

PT Djarum (Lawrence & Collin, 2004; Monika Arnez- Universität Hamburg)

- PT Djarum merupakan perusahaan swasta yang dimiliki oleh keluarga Hartono. Karena Djarum bukan perusahaan terbuka, akses terhadap laporan keuangan PT Djarum tidaklah mudah.
- PT Djarum disamping memproduksi rokok kretek juga memproduksi cigarillos-cerutu dalam ukuran kecil dan cerutu, pada tahun 2008 untuk cerutu menguasai 52% pasar dan 11% untuk produk rokok kretek dari keseluruhan volume pasar.

- Pada tahun 1972 Djarum mulai mengeskpor produk rokoknya ke luar negeri. Perusahaan ini memiliki dan menjalankan pabrik di Brazil yang memasok kebutuhan pasar Amerika Selatan.
- Tiga tahun kemudian Djarum memasarkan Djarum Filter, merek pertamanya yang diproduksi menggunakan mesin, diikuti merek Djarum Super yang diperkenalkan pada tahun 1981. Saat ini Djarum dipimpin Budi Hartono dan Bambang Hartono, yang dua-duanya merupakan putra Oei.
- Selain dunia rokok, Djarum juga dikenal aktif terlibat dalam dunia olah raga bulu tangkis. Klub bulu tangkisnya, PB Djarum, telah menghasilkan pemain-pemain kelas dunia seperti Liem Swie King dan Alan Budikusuma. Disamping juga sponsorship di bidang musik dan sepakbola melalui merek Djarum Super.
- PT Djarum merupakan pabrik rokok pertama yang merilis rokok kretek dengan label mild dan citarasa(flavored).
- Laba tahun 2002 \$4.3 milyar
- Selain itu, sejak tahun 1998 perusahaan Djarum juga telah menguasai sebagian besar saham BCA. Disamping tahun 2001 mengakuisisi saham Salim Oleochemicals dan ditahun 2004: Djarum memulai kontrak 30 tahun untuk merenovasi 2 hotel di Jakarta.

Penetrasi pasar lokal oleh perusahaan transnasional telah dilakukan oleh tiga perusahaan asing yaitu Philip Morris International (PMI) dan British American Tobacco (BAT) - perusahaan tersebut menjual baik rokok kretek maupun rokok putih dan yang baru-baru ini terjadi adalah KT&G perusahaan rokok asal Korea Selatan membeli perusahaan lokal asal Surabaya. Ketiga perusahaan tersebut masuk kedalam pasar Indonesia melalui perusahaan lokal dengan cara mengakuisisi perusahaan lokal atau melalui pasar modal. Pada tahun 2005 PMI menjadi pemegang saham utama PT HM Sampoerna Tbk (Sampoerna) sedangkan tahun 2009 di bulan Juni BAT, melalui pasar modal membeli saham Bentoel Internasional Investama Tbk (Bentoel)(Bloomberg, 2009) dan di 2011 ini KT&G dengan Purwosari Makmur sebuah pabrik di Jawa Timur.

Berikut ini gambaran dari kehadiran perusahaan Transnasional di Indonesia:

- **Philip Morris Internasional (PMI)**

1. Philip Morris International (PMI) perusahaan rokok terkemuka di dunia yang menguasai 16% pasar dunia telah mengakuisisi saham mayoritas PT HM Sampoerna ditahun 2005 sebesar Rp 48 juta (\$ 5.2 juta USD).
2. Hanya dalam jangka waktu tiga tahun PMI mengambil alih Sampoerna, telah berhasil menggeser Gudang Garam dari tangga pertama pemimpin pasar rokok. Kurang lebih menguasai 29,5% pasar rokok Indonesia.
3. Di tahun 2010 penjualan meningkat menjadi 78.8 juta rokok meningkat sekitar 3,9%, dan laba bersih perusahaan tersebut adalah 6.4trilyun (\$12.5 juta USD) peningkatan laba 26.9% dari tahun 2009.
4. Dominasi penjualan Sampoerna untuk sigaret kretek tangan (SKT) merek Sampoerna Hijau dan Dji Sam Soe dan sigaret kretek mesin (SKM) a Mild, dan rokok putih Marlboro (PMI merek global). PMI sendiri mengakui pentingnya "merek warisan lokal" sebagai tambang keuntungan perusahaan. (Center, 2009; T.-F. Kids, 2011b).

- **British American Tobacco**

1. BAT beroperasi di Indonesia melalui dua perusahaan yaitu PT Bentoel Internasional Investama Tbk dan PT BAT Indonesia Tbk.
2. Bulan Juni 2009 PT BAT mengambilalih kepemilikan (saham 85%) dari Bentoel perusahaan rokok nomor empat di Indonesia, sehingga selain menjadi produsen rokok terkemuka, juga menguasai bisnis lainnya dari perusahaan induk termasuk perdagangan, industri manufaktur, konstruksi dan jasa pembangunan, dan memiliki taman rekreasi. Total nilai pembelian saham mayoritas adalah sebesar Rp5,5 trilyun atau USD 579juta)
3. Mengenai pembelian BAT's Bentoel, dalam artikel perdagangan industri tembakau di suatu media mengemukakan bahwa akuisisi akan "membantu BAT

... berkembang di negara di mana terdapat hanya sedikit batasan pada iklan dan tidak ada pembatasan atas penjualan kepada anak-anak sebagaimana kebijakan anti-merokok mendapatkan peraturan sangat ketat di Eropa dan Amerika Serikat"(Bloomberg, 2009).

4. Pada September 2009, BAT membeli saham publik yang tersisa di Bentoel membawa total kepemilikan perusahaan untuk 99,74%.
 5. Tahun 2010 perusahaan tersebut telah melakukan 100% merger baik aset maupun operasional dibawah bendera Bentoel.
 6. BAT melaporkan kepada investor bahwa pasar utama tujuannya di tahun 2008 adalah untuk mempromosikan Global Drive Brands (GDB) seperti Lucky Strike, Kent, Pall Mall dan Dunhill. Dalam BAT kawasan Asia Pasifik, volume rokok meningkat sebesar 5% dari tahun 2007 sampai Tahun 2008 (153 miliar batang). Lucky Strike dilaporkan sangat kuat di pasar Indonesia pada tahun 2008"(Center, 2009).
 7. Tahun 2010 dilaporkan peningkatan keuntungan dengan total penjualan 23 juta, peningkatan sebesar 14% dari penjualan tahun 2009.
- **PT Trisakti Purwosari Makmur/ KT&G**
 1. KT&G, merupakan perusahaan Korea Selatan yang menandatangani kesepakatan pada bulan July 2011 dengan membeli 60% saham perusahaan PT Purwosari sebesar Rp1.1 trilyun (\$132.6 juta USD).
 2. KT&G membeli saham Purwosari untuk mendapatkan keuntungan dari penjualan yang telah dilakukan perusahaan tersebut dalam pasar rokok kretek.
 3. Sebelum dibeli oleh KT&G, Purwosari menguasai pasar rokok Indonesia sebesar 0.3 dan menjual 511 juta batang di 2010.
 4. KT&G merupakan perusahaan yang berkembang pesat meraih pasar global dengan membuka pabrik baru di Turki, Iran dan Russia dan dengan mendistribusikan merek yang paling terkenal Esse. Esse merupakan rokok super slim yang dipasarkan sebagai wanita yang sadar kesehatan(T.-F. Kids, 2011b).

Ketika dikonfirmasi terkait laba yang dibukukan oleh perusahaan rokok skala internasional, informan PII mengatakan:

Yang kami jual rokok yang merupakan barang legal untuk diperjualbelikan, sehingga laba merupakan sesuatu yang wajar diperoleh dari hasil usaha kami.

5.4.3.3 Kemiskinan

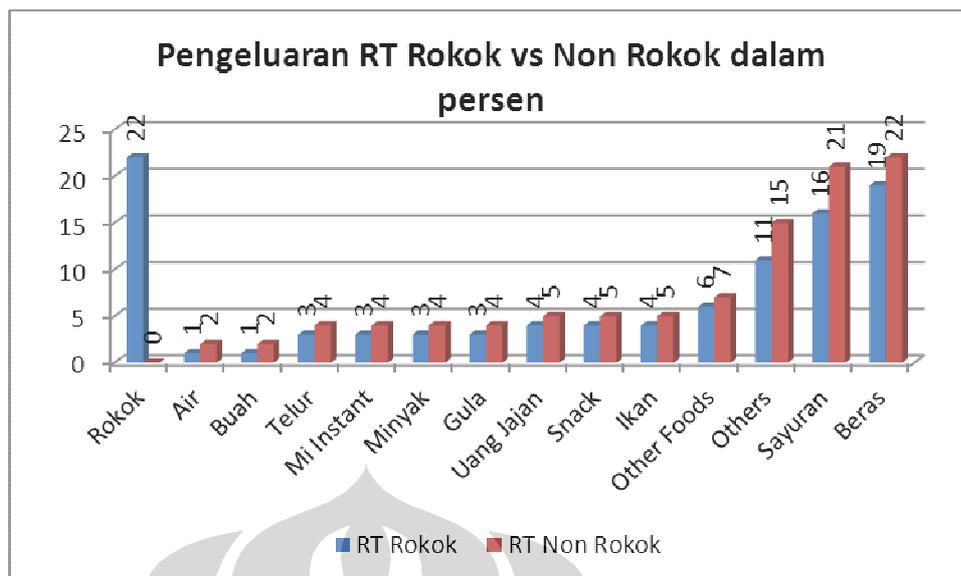
a. Kemiskinan dan Beban Ekonomi Sakit Akibat Rokok

Banyak penelitian di dunia telah membuktikan bahwa merokok tidak hanya merusak kesehatan, tetapi merusak ekonomi rumah tangga (de Beyer, et al., 2001; Efroymsen, et al., 2001; Mary Assunta, 2010; WHO, 2004b, 2004d). Alokasi anggaran rumah tangga untuk membeli makan, dan membayar uang sekolah setara atau lebih rendah dari pengeluaran untuk membeli rokok. Di Indonesia pengeluaran rokok menempati urutan kedua setelah belanja beras.

Dengan merokok berarti seseorang telah kehilangan begitu banyak peluang, peluang hilangnya pendapatannya karena mati atau sakit akibat rokok sehingga harus membayar biaya pengobatan, peluang kehilangan membeli makanan yang bergizi, juga peluang membiayai sekolah yang hilang karena dibelikan rokok.

Berdasarkan data BPS Maret 2010 di Indonesia penduduk miskin membelanjakan uangnya untuk rokok terbesar kedua setelah beras, yaitu sebesar 7,93 persen untuk penduduk miskin perkotaan dan di pedesaan sebesar 5,9 persen (BPS, 2010).

Sedangkan sebagaimana telah diteliti oleh Semba (Hellen Keller International, Jakarta) pada tahun 2006 (Best et al., 2008) di antara keluarga-keluarga miskin di daerah kumuh perkotaan di Indonesia, orang tua perokok mengalihkan uang rumah tangga dari makanan untuk tembakau. Relokasi anggaran RT dari makanan ke rokok telah memperburuk malnutrisi balita di Indonesia. Semba membandingkan pengeluaran rumah tangga dengan bapak perokok dan bapak bukan perokok berikut ini perbandingannya



Gambar 5. 10 Pengeluaran Perbulan Rumah Tangga

Sumber: *Paternal smoking and increased risk of child malnutrition among families in rural Indonesia, 2006*

b. Belanja Berobat Kelompok Rumah Tangga Perokok dan Bukan Rumah Tangga Perokok

Ada sekitar 1,5 juta orang dari rumah tangga perokok yang berobat untuk penyakit hipertensi dengan biaya yang dihabiskan mencapai Rp 219 milyar sebulan atau Rp 2,6 triliun lebih setahun. Rumah tangga perokok juga mengeluarkan belanja untuk berobat penyakit asma sebanyak Rp 1,1 triliun, penyakit TBC sebesar Rp 636 milyar, penyakit pernafasan lain Rp 4,3 triliun, dan penyakit jantung Rp 2,6 triliun.

Kerugian ekonomi total penduduk Indonesia dalam setahun akibat konsumsi produk-produk tembakau mencapai 338,75 Triliun Rupiah, atau lebih dari enam kali pendapatan cukai rokok Pemerintah yang hanya Rp 53,9 Triliun. Secara makro, terdapat kehilangan tahun produktif (DALYs Loss/ Disability Adjusted Life Years Loss) sebesar 13,066,230 (7,575,220 untuk laki-laki dan 5,490,990 untuk wanita) atau 25,5 % dari total DALYs Loss dalam tahun yang sama (51,250 DALYs Loss)(Thabrany, 2009).

Bandingkan dengan hasil penelitian Kemenkes oleh Litbang Kemenkes, ditahun 2010 sebesar, 22 triliun/tahun(Sedyaningsih, 2010), sekitar 34.92% dari PDB 2010 yang sebesar USD700 miliar.

Lebih lanjut dalam penelitiannya Thabrany et. al, juga mengemukakan dalam pengeluaran biaya berobat jalan Rumah Tangga Perokok dibandingkan dengan Rumah Tangga Bukan Perokok untuk penyakit Hipertensi, Asma, TBC, Penyakit saluran pernafasan lainnya, stroke dan jantung menunjukkan bahwa total belanja berobat jalan untuk RT Perokok sebesar Rp13,1 Trilyun setahun sedangkan belanja berobat untuk RT Bukan Perokok adalah Rp4,89 trilyun. Sebagai catatan, perlu diketahui juga bahwa belanja tersebut adalah belanja yang dikeluarkan oleh rumah tangga, belum termasuk belanja berobat yang ditanggung pemerintah, majikan, dan perusahaan asuransi kesehatan(Thabrany, 2009). Berikut tabel jumlah belanja Rumah Tangga Untuk Berobat Jalan berkaitan dengan penyakit akibat tembakau(Thabrany, 2009).

Tabel 5. 17 Jumlah Belanja Rumah Tangga Untuk Berobat Rawat Jalan Menurut Kelompok RumahTangga dan Beberapa Penyakit yang Terkait Tembakau, Tahun 2007

Jenis Penyakit	Kelompok Rumah Tangga (RT)	Jumlah penduduk yang berobat jalan	Rata-rata biaya berobat (Rp)	Jumlah biaya berobat per bulan (Rp milyar)	Jumlah biaya berobat per tahun (Rp milyar)
a	b	C	D	e=[(cxd)/1 milyar]	f=ex12
Hipertensi	RT Bukan Prokok	643,052	156,741	100,8	1,209,51
	RT Perokok	1,522,725	143,806	219,0	2,627,73
Asma	RT Bukan Prokok	257,522	105,922	27,3	327,33
	RT Perokok	881,263	104,803	92,4	1,108,31
TBC	RT Bukan Prokok	95,677	157,445	15,1	180,77
	RT Perokok	289,346	183,445	53,1	636,95
Penyakit Saluran Nafas lain	RT Bukan Prokok	1,462,807	79,206	115,9	1,390,35
	RT Perokok	4,218,358	85,059	358,8	4,305,71
Stroke	RT Bukan Prokok	86,658	308,316	26,7	320,62
	RT Perokok	222,501	237,825	52,9	635,00
Jantung	RT Bukan Prokok	529,654	170,236	90,2	1,081,99
	RT Perokok	1,612,584	134,442	216,8	2,601,59
JUMLAH	RT Bukan Prokok			407,54	4,890,53
	RT Perokok			1,092,07	13,104,81

Sumber: Laporan TCSCFakta Tembakau dan Permasalahannya di Indonesia

Demikian pula dalam pengeluaran untuk berobat rawat inap Thabrany et. al, mengemukakan dalam pengeluaran biaya berobat jalan Rumah Tangga Perokok dibandingkan dengan Rumah Tangga Bukan Perokok untuk penyakit Hipertensi, Asma, TBC, Penyakit saluran pernafasan lainnya, stroke dan jantung, secara keseluruhan, rumah tangga perokok mengeluarkan uang untuk berobat rawat inap mencapai Rp 4,8 triliun untuk beberapa penyakit yang terkait dengan konsumsi tembakau. Sementara rumah tangga bukan perokok menghabiskan Rp 1,69 triliun untuk biaya perawatan akibat penyakit-penyakit yang sama. Sehingga apabila berobat jalan dan berobat rawat inap dikalkulasikan secara keseluruhan maka belanja berobat rumah tangga perokok untuk mengobati berbagai penyakit yang terkait konsumsi rokok, jumlahnya mencapai Rp 17,9 triliun. Sedangkan Rumah tangga bukan perokok membelanjakan sebesar Rp 6,6 triliun untuk berobat penyakit yang sama. Belanja tersebut tidak termasuk belanja berobat dan rawat inap yang dibayarkan oleh majikan, perusahaan asuransi, maupun yang ditanggung pemerintah pada program Askeskin yang dimulai tahun 2005(Thabrany, 2009).

Tabel 5. 18 Jumlah Belanja Rumah Tangga untuk Berobat Rawat Inap Menurut Kelompok Rumah Tangga dan Beberapa Penyakit yang Terkait Tembakau, Tahun 2007

Jenis Penyakit	Kelompok Rumah Tangga (RT)	Jumlah penduduk yang dirawat inap	Rata-rata biaya Rawat Inap (Rp)	Total Biaya Rawat Inap Setahun (Rp Milyar)
A	b	C	d	[(cxd)/1 milyar]
Hipertensi	RT Bukan Prokok	99,554	5,046,960	502
	RT Perokok	264,126	4,164,677	1,100
	Jumlah	363,680		1,602
Asma	RT Bukan Prokok	39,731	2,100,442	83
	RT Perokok	103,181	2,516,951	260
	Jumlah	142,912		343
TB	RT Bukan Prokok	15,411	2,352,945	36
	RT Perokok	49,369	3,352,284	166
	Jumlah	64,781		202
Penyakit saluran nafas	RT Bukan Prokok	153,740	2,449,457	377
	RT Perokok	424,316	2,652,746	1,126
	Jumlah	578,056		1,502
Stroke	RT Bukan Prokok	24,373	5,413,292	132
	RT Perokok	77,844	5,165,926	402
	Jumlah	102,217		534
Jantung	RT Bukan Prokok	88,606	4,585,815	406

Jenis Penyakit	Kelompok Rumah Tangga (RT)	Jumlah penduduk yang dirawat inap	Rata-rata biaya Rawat Inap (Rp)	Total Biaya Rawat Inap Setahun (Rp Milyar)
	RT Perokok	262,665	4,249,548	1,116
	Jumlah	351,271		1,523
JUMLAH	RT Bukan Prokok			1,687
	RT Perokok			4,801

Sumber: Laporan TCSCFakta Tembakau dan Permasalahannya di Indonesia

5.4.3.4 Harga dan Cukai Untuk Membatasi Keterjangkauan

Undang-Undang yang mengatur tentang cukai pada saat ini adalah Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1995 Tentang Cukai dan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 Tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1995 Tentang Cukai.

Pengertian cukai berdasarkan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 adalah sebagai berikut “Cukai adalah pungutan negara yang dikenakan terhadap barang-barang tertentu yang mempunyai sifat atau karakteristik yang ditetapkan dalam undang-undang ini”

Maksud dari barang-barang tertentu yang mempunyai sifat atau karakteristik adalah barang yang :

1. konsumsinya perlu dikendalikan;
2. peredarannya perlu diawasi;
3. pemakaiannya dapat menimbulkan dampak negatif bagi masyarakat atau lingkungan hidup; atau
4. pemakaiannya perlu pembebanan pungutan negara demi keadilan dan keseimbangan, dikenai cukai berdasarkan undang-undang ini.

Barang barang yang mempunyai sifat dan karakteristik tersebut diatas dinamakan Barang Kena Cukai. Sedangkan sampai dengan saat ini, barang kena cukai (objek cukai) yang dipungut cukainya terdiri atas:

- etil alkohol atau etanol, dengan tidak mengindahkan bahan yang digunakan dan proses pembuatannya;
- minuman yang mengandung etil alkohol dalam kadar berapa pun, dengan tidak mengindahkan bahan yang digunakan dan proses pembuatannya, termasuk konsentrat yang mengandung etil alkohol;

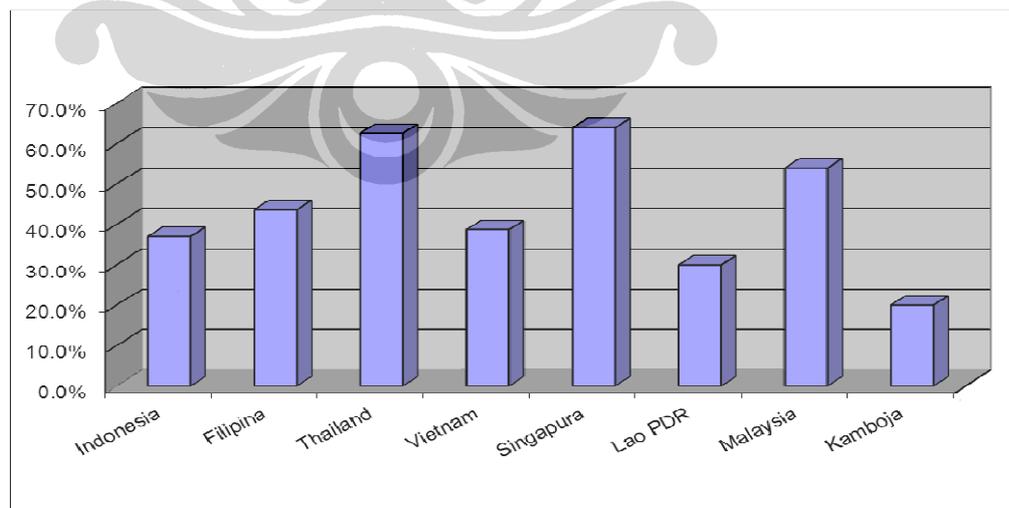
- hasil tembakau, yang meliputi sigaret, cerutu, rokok daun, tembakau iris, dan hasil pengolahan tembakau lainnya, dengan tidak mengindahkan digunakan atau tidak bahan pengganti atau bahan pembantu dalam pembuatannya (P. H. Indonesia, 1995-2010).

Penerimaan negara Indonesia dari pemasukan cukai rokok tahun 2009 dari produksi seluruh pabrik rokok berdasarkan tingkat produksi totalnya adalah Rp. 56,4 triliun dan target ditahun 2011 ini sebesar Rp. 58,1 trilyun. Jika kita melihat nilai yang disajikan maka akan terlihat sepertinya jumlahnya besar, akan tetapi nilai besar tersebut apabila kita bandingkan dengan penerimaan negara dari sumber lain yaitu sektor pajak PPN jumlahnya sebesar Rp. 700 trilliun (Benny Dwi K, 2010; Djumena, 2010).

Berikut pendapat dari informan terhadap cukai tembakau:

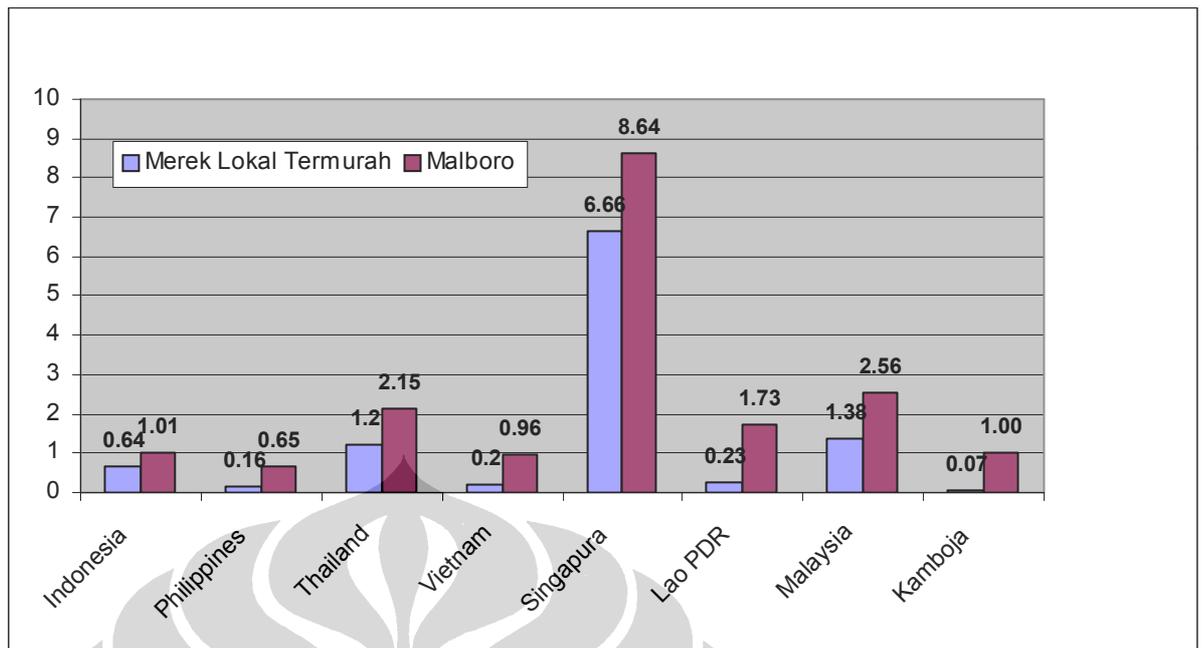
Kebijakan cukai tidak terencana dengan baik, tidak transparan dan lebih berorientasi pada upaya peningkatan pendapatan negara tanpa mempertimbangkan kemampuan industri rokok dan daya beli masyarakat ditambah dengan maraknya produksi dan peredaran rokok ilegal. (B2)

Tahun 2011 cukai rokok Indonesia rata-rata sekitar 45% (Aksan, 2011) masih berada dibawah Singapura sebesar 74% dan Thailand sebesar 70% (Markar, 2010; PMI, 2011; Sarntisart, 2006). Berikut ini adalah perbandingan cukai rokok antara Indonesia dengan negara di Asia Tenggara:



Gambar 5. 11 Perbandingan Harga Marlboro dan Rokok Termurah di Negara Asean 2008/2011

Sumber: Bloomberg Initiative, 2009 (E. M. Sunley, 2009)



Gambar 5. 12 Perbandingan Rokok dalam Dollar

*2011: Indonesia, Filiphina, Thailand, Vietnam

** 2008: Singapura, Lao PDR, Malaysia, Kamboja

Sumber: Bloomberg Initiative, 2009 (E. M. Sunley, 2009)

Saat ini perolehan dana dari cukai tembakau tersebut berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan No. 84/PMK.07/2008 tentang Penggunaan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau dan Sanksi Atas Penyalahgunaan Alokasi Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau, penggunaan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT) berdasarkan, pada Pasal 2 peraturan ini menyebutkan bahwa :

1. "Penggunaan dana bagi hasil cukai hasil tembakau sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66A ayat (1) Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1995 tentang Cukai sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007, digunakan untuk mendanai kegiatan :
 - a. Peningkatan kualitas bahan baku;
 - b. Pembinaan industri;
 - c. Pembinaan lingkungan sosial;
 - d. Sosialisasi ketentuan di bidang cukai; dan/atau
 - e. Pemberantasan barang kena cukai ilegal.

5.4.4. FAKTOR POLITIK

5.4.4.1. Gangguan Terhadap Proses Pembentukan Kebijakan Pengendalian Dampak Tembakau

Dalam membentuk suatu kebijakan proses pembuatan kebijakan itu sendiri merupakan hal yang penting, karena dengan terganggunya proses menyebabkan pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau menjadi lemah, dan tidak sempurna. Dalam prosesnya keempat faktor kesehatan, ekonomi, kesehatan, dan politik merupakan faktor yang saling berinteraksi. Faktor yang paling menentukan dalam pembentukan kebijakan itu sendiri adalah faktor politik, tanpa komitmen dari pembentuk kebijakan maka kebijakan tidak akan pernah terwujud.

Jika dalam ilmu epidemiologi tradisional model penyakit menular yang dikenal dengan *Triad Epidemiologi* digambarkan rangkaian yang terdiri dari agen eksternal, host, lingkungan dan vektor, ketika terjadi interaksi diantara agen, host dan lingkungan yang dibawa oleh vektor maka akan terjadi penyakit. Contoh klasik contoh klasik dari sebuah vektor adalah nyamuk Anopheles. Seperti nyamuk menghisap darah dari orang yang terinfeksi (host), mengambil plasmodium parasit malaria (agen). Plasmodium tidak berbahaya bagi nyamuk. Namun, setelah disimpan dalam kelenjar ludah dan kemudian disuntikkan ke dalam manusia berikutnya, plasmodium tersebut dapat menyebabkan malaria pada manusia yang terinfeksi. Dengan demikian, nyamuk Anopheles berfungsi sebagai vektor untuk malaria (Source). Jika hal ini dikaitkan dengan faktor politik pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau maka agen, host, lingkungan dan vektor akan sangat mempengaruhi proses terbentuknya kebijakan itu sendiri. Yang dimaksud agen dalam pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau adalah tembakau, hostnya adalah perokok, lingkungan adalah lingkungan fisik dan non fisik sedangkan vektornya adalah industri rokok itu sendiri.

Dari kesemuanya yang paling mempengaruhi pembentukan kebijakan pengendalian tembakau adalah vektornya yaitu industri tembakau. Dengan modal kekuatan keuangan yang sangat besar, dapat melakukan berbagai macam daya upaya untuk mempengaruhi dan mengganggu proses pembuatan kebijakan pengendalian dampak tembakau itu sendiri. Bukti keterlibatan industri dalam

melemahkan dan membatalkan suatu kebijakan telah banyak terjadi di berbagai negara di dunia, tidak terkecuali di Indonesia, yang baru-baru saja terjadi adalah kasus hilangnya ayat tembakau dari UU Kesehatan nomor 36/2009 ("Hilangnya Ayat Tembakau Dilaporkan ke KPK," 2009).

Keterlibatan industri lainnya sebagaimana diungkapkan oleh informan

A4:

perusahaan Rokok menjadikan lobi politisi dan pejabat pemerintah sebagai bagian dari strategi yang dijalankan untuk mempengaruhi kebijakan publik. Demikian yang dilakukan oleh Michael J. Thompson, penyusun strategi khusus Indonesia yang mendapat dana dari Rothman Holding Ltd, dengan strategi sebagai berikut:

1. *perlunya menyatukan gabungan perusahaan rokok antara Gaprinco (pengusaha rokok putih) dan Gabri (pengusaha kretek) untuk memudahkan penyatuan gerakan;*
2. *melobi politisi dan pemerintah dengan menekankan ancaman ekonomi jika rokok dibatasi;*
3. *mencermati kegiatan WHO;*
4. *mensponsori kegiatan olahraga (bahkan juga catur), kegiatan sekolah, dan mode (fashion);*
5. *mengamati kelompok antirokok, termasuk Yayasan Jantung, Yayasan Kanker, Lembaga Konsumen, dan Kelompok Agama;*
6. *menjalin hubungan dengan media massa;*
7. *membayar pengacara untuk menghadapi kemungkinan litigasi;*
8. *membayar peneliti yang mendukung, termasuk membuktikan bahwa pencemaran asap rokok lebih kecil dibanding pencemaran oleh kendaraan bermotor di Jakarta;*
9. *mengembangkan metode beriklan; dan*
10. *membentuk kelompok pembela hak perokok*

Lebih lanjut informan A4 tersebut menjelaskan:

Llobi yang berhasil dilakukan untuk mempengaruhi kebijakan kontrol terhadap tembakau adalah masalah peringatan dengan gambar dan gambar harus berganti-ganti (rotasi), menjadi hanya berbentuk teks sederhana saja. Padahal di negara lain peringatan rokok sudah dalam berbagai macam bentuk gambar agar pengguna rokok bisa melihat akibat dari merokok, dan dapat memberikan efek jera.

Berdasarkan liputan khusus yang dilakukan Kompas, Aksi besar-besaran petani yang digalang APTI (Asosiasi Petani Tembakau Indonesia) bukan berjalan atas inisiatif murni para petani. Menurut isi dokumen yang diteken tanggal 5 Maret 2010 tersebut, dana aksi APTI juga mengalir dari pabrik rokok. Sungguh sangat mengherankan apabila gabungan dari petani selain turun ke jalan juga

melobi parlemen, melakukan kampanye pro-rokok yang digelar AMTI dan sekaligus menysasar masyarakat terdidik, dengan memasang sejumlah iklan yang menentang pengaturan konsumsi rokok di koran-koran nasional. Sedikitnya, kelompok ini memasang iklan setengah halaman, sebanyak dua kali di Harian Kompas, yang bernilai sekitar Rp 227,5 juta untuk sekali pasang.(Latief, 2010)

Lebih lanjut liputan khusus Kompas menemukan dokumen yang menyebutkan seluruh aksi menghabiskan dana hampir Rp 368 juta. Untuk menutup kebutuhan tersebut, empat pabrik rokok nasional yang punya gudang tembakau di Temanggung menyumbang, yaitu masing-masing Gudang Garam Rp 33 juta, Djarum (Rp 34 juta), Bentoel (Rp 5,5 juta) dan Nojorono (Rp 5,5 juta) atau total jendral Rp 78 juta. Di akhir aksi tercatat ada defisit anggaran sebesar Rp 12.495.000, yang kemudian ditalangi oleh Gudang Garam dan Djarum perwakilan Temanggung. Bahkan yang mengejutkan dalam dokumen disebutkan Kabupaten Temanggung sendiri menyumbang Rp 18 juta, yang paling mengejutkan adalah pengakuan dari sumber terpercaya Kompas.com juga menyebut, bahwa APTI juga kecipratan jatah dana bagi hasil cukai tembakau (DBHCT), yang semestinya digunakan untuk mendongkrak APBD kabupaten penghasil tembakau. Sedangkan aksi yang dilakukan oleh AMTI (Asosiasi Masyarakat Tembakau Indonesia) di dalam situsnya AMTI jelas-jelas disebut bahwa organisasi ini disokong penuh oleh raksasa industri rokok, PT HM Sampoerna Tbk.

Gangguan juga terjadi pada proses pembuatan Rancangan Undang-undangan, saat ini Baleg memiliki banyak versi RUU Pengendalian Tembakau, salah satunya adalah versi AMTI yang dirancang oleh team akademisi dari UGM.,

5.4.4.2. Persepsi Terhadap Dampak Tembakau sebagai Isu Kesehatan dan penting dituangkan dalam Kebijakan

Setiap kebijakan tidak lepas dari peran berbagai aktor. Aktor dalam kebijakan dapat berarti individu-individu atau kelompok-kelompok, dimana para pelaku ini terlibat dalam kondisi tertentu sebagai suatu *subsistem* kebijakan. Aktor dapat berupa 1) Aparatur yang dipilih (*elected official*) yaitu berupa eksekutif dan legislative; 2) Aparatur yang ditunjuk (*appointed official*), sebagai asisten birokrat, biasanya menjadi kunci dasar dan sentral figure dalam proses kebijakan atau subsistem kebijakan; 3) Kelompok-kelompok kepentingan (*interest group*),

Pemerintah dan politikus seringkali membutuhkan informasi yang disajikan oleh kelompok-kelompok kepentingan guna efektifitas pembuatan kebijakan atau untuk menyerang oposisi mereka; 4) Organisasi-organisasi penelitian (*research organization*), berupa Universitas, kelompok ahli atau konsultan kebijakan; 5) Media massa (*mass media*), sebagai jaringan hubungan yang krusial diantara Negara dan masyarakat sebagai media sosialisasi dan komunikasi melaporkan permasalahan yang dikombinasikan antara peran reporter dengan peran analis aktif sebagai advokasi solusi.

Penting untuk mengetahui persepsi dari para pelaku terkait kebijakan tembakau dalam memandang kebijakan tembakau ini, sehingga berikut ini merupakan ringkasan pendapat para aktor terhadap kebijakan tembakau (detail dapat dilihat dalam lampiran 3:

+ = mendukung
 +/- = ambivalen
 - = tidak mendukung

Tabel 5. 19 Tabel Persepsi Aktor Terhadap Isu Tembakau sebagai Isu Kesehatan

Institusi	Tembakau merupakan isu kesehatan masyarakat	Perlu dituangkan dalam kebijakan
<i>Birokrat</i>	+/-	+/-
<i>Politisi</i>	+/-	+/-
<i>Industri</i>	+	+/-
<i>Pro Tembakau</i>	+	+/-
<i>Anti Tembakau</i>	+	+/

Sumber: Wawancara langsung dan tidak langsung

5.4.4.3. Intervensi Efektif terhadap Faktor Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan

Berdasarkan hasil wawancara yang dikumpulkan dari para informan (A1, A2, A3, A4, B4, B2, B3, P11, P1) berikut ini ringkasan pandangan informan terhadap beberapa isu kebijakan yang perlu diintervensi oleh pemerintah.

Tabel 5. 20 Persepsi Terhadap Intervensi

	Pembatasan Umur	KTR	Label Kesehatan	Pembatasan iklan dan promosi
<i>Industri Rokok</i>	Ya	Ya	Ya	Ya
<i>Kemenkes</i>	Ya	Ya	Ya	Ya

	Pembatasan Umur	KTR	Label Kesehatan	Pembatasan iklan dan promosi
<i>Kementan</i>	Ya	Hanya tempat tertentu saja, tidak perlu semua tempat	Ya yang sekarang cukup	Tidak perlu
<i>Kemenperin</i>	Ya	Di tempat khusus	Cukup yang sudah ada, dengan gambar memberatkan industry rokok kecil	Jam tertentu
<i>Anti tembakau</i>	Ya	Ya	Ya	Ya

Sumber: Hasil Wawancara Langsung

5.4.4.4. **Kondisi Politik dan Komitmen Pemerintah Terhadap Kebijakan Terkait Pengendalian Tembakau**

a. **Kebijakan Yang Terkait Langsung Dengan Pengendalian Dampak Tembakau dari Masa ke Masa**

Kebijakan Nasional pengendalian dampak tembakau dimulai pada masa pemerintahan presiden Suharto sebagai bagian dari Undang-undang Kesehatan Nomor 23/1993. Mempelajari kebijakan Pengendalian dampak tembakau dari masa ke masa sangat penting untuk mengetahui konsistensi pemerintah terhadap masalah pengendalian dampak tembakau. Berikut ini kebijakan pengendalian dampak tembakau dari masa pemerintahan presiden Suharto hingga presiden Susilo Bambang Yudhoyono.

Tabel 5. 21 Kebijakan Pengendalian dampak tembakau dalam sejarah Perundang-undangan Indonesia

	Kepemimpinan Presiden	Masa Jabatan		Partai	Peraturan	Tentang	Pasal yang mengatur
1	Soeharto	22 Februari 1967	21 Mei 1998	Golkar	UU 23/1992 Catatan: Telah dicabut dengan UU 36/2009	Kesehatan	1.Zat adiktif adalah bahan yang penggunaannya dapat menimbulkan ketergantungan psikis; 2.Pengamanan penggunaan zat adiktif diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan; 3.Produksi, peredaran, dan penggunaan zat adiktif harus memenuhi standar dan persyaratan yang ditentukan.
					UU 24/1997	Periklanan	Pasal Pasal 42 ayat 2 huruf c Siaran iklan niaga dilarang memuat: iklan minuman keras dan sejenisnya, bahan/zat adiktif serta iklan yang menggambarkan penggunaan rokok;
2	Baharuddin Jusuf Habibie	21 Mei 1998	20 Oktober 1999	Golkar	UU 40/1999	Pers	Pasal 13 huruf c peragaan wujud rokok dan atau penggunaan rokok.
					PP 81/1999	Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan	Seluruh Pasal
3	Abdurrahman Wahid	20 Oktober 1999	23 Juli 2001	PKB	PP 38/2000	Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 1999 Tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan	1. Merubah Pasal 17 ayat (2) diubah, sehingga berbunyi sebagai berikut: "Pasal 17 (1) Iklan dan promosi rokok hanya dapat dilakukan oleh setiap orang yang memproduksi rokok dan atau yang memasukkan rokok dalam wilayah Indonesia. (2) Iklan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan di media elektronik, media cetak atau media luar ruangan." 2. Ketentuan Pasal 39 diubah, sehingga berbunyi sebagai berikut:

							<p>"Pasal 39</p> <p>(1) Setiap orang yang memproduksi atau yang memasukkan rokok putih buatan mesin ke dalam wilayah Indonesia yang telah ada pada saat ditetapkannya Peraturan Pemerintah ini harus menyesuaikan persyaratan batas kadar maksimum kandungan nikotin dan tar sesuai dengan ketentuan Peraturan Pemerintah ini paling lambat dalam waktu 2 (dua) tahun setelah Peraturan Pemerintah ini ditetapkan.</p> <p>(2) Setiap orang memproduksi rokok kretek buatan mesin dan buatan tangan yang telah ada pada saat ditetapkannya Peraturan Pemerintah ini harus menyesuaikan produksinya dengan persyaratan kadar maksimum kandungan nikotin dan tar sesuai dengan ketentuan Peraturan Pemerintah ini paling lambat:</p> <p>a. 7 (tujuh) tahun untuk setiap orang yang memproduksi rokok kretek buatan mesin;</p> <p>b. 10 (sepuluh) tahun untuk setiap orang yang memproduksi rokok kretek buatan tangan.</p> <p>(3) Untuk pelaksanaan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibentuk Lembaga Pengkajian Rokok yang merupakan Lembaga Non Pemerintah yang independen yang keanggotaannya terdiri dari wakil unsur Pemerintah, wakil organisasi profesi, pakar bidang rokok, wakil industri rokok, dan unsur lain yang terkait yang ditetapkan dengan Keputusan Presiden.</p> <p>(4) Setiap orang yang memproduksi rokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) selama masa peralihan baik sendiri maupun bersama-sama melakukan berbagai kegiatan berupa penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi, diversifikasi tanaman tembakau dan upaya lain yang dapat menghasilkan produk sesuai dengan Peraturan Pemerintah ini."</p>
4	Megawati Soekarnoputri	23 Juli 2001	20 Oktober 2004	PDIP	UU 32/2002	Penyiaran	<p>Pasal 46 ayat 3 huruf b dan c</p> <p>(3) Siaran iklan niaga dilarang melakukan</p> <p>b. promosi minuman keras atau sejenisnya dan bahan atau zat</p>

							adiktif;: c. promosi rokok yang memperagakan wujud rokok;
	PP 81/1999 dan perubahannya PP 38/2000 dicabut dengan PP 19/2003				PP 19/2003	Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan	Seluruh pasal 1.Kadar kandungan tar maksimum 20 mg, dan kandungan nikotin 1,5 mg; wajib diperiksa kadar tar dan nikotinnya dan wajib dicantumkan pada label; 2.Wajib mencantumkan peringatan kesehatan yang berbunyi : merokok dapat menyebabkan kanker, serangan jantung, impotensi dan gangguan kehamilan dan janin; 3.Iklan rokok hanya boleh ditayangkan di media cetak dan media luar ruang. 4.Iklan rokok tidak boleh : merangsang dan menyarankan orang untuk merokok, menggambarkan bahwa merokok memberikan manfaat kesehatan, memperagakan dan menggambarkan dalam bentuk gambar atau tulisan, ditujukan untuk ibu hamil dan anak-anak, mencantumkan bahwa produk ybs adalah rokok. 5.Dilarang memberikan rokok secara Cuma-Cuma; 6.Kawasan tanpa rokok, seperti : tempat-tempat kesehatan, proses belajar mengajar, arena kegiatan anak-anak, kegiatan ibadah dan angkutan umum
5	Susilo Bambang Yudhoyono	20 Oktober 2004	SEKARANG	Partai Demokrat	UU 36/2009	Kesehatan	Pasal 113 -116 Pasal 113 (1) Pengamanan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan. (2) Zat adiktif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi tembakau, produk yang mengandung tembakau, padat, cairan, dan gas yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi dirinya dan/atau masyarakat sekelilingnya. (3) Produksi, peredaran, dan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif harus memenuhi standar dan/atau persyaratan yang ditetapkan. Pasal 114 Setiap orang yang memproduksi atau memasukkan rokok ke wilayah Indonesia wajib mencantumkan peringatan kesehatan.

						<p>Pasal 115 (1) Kawasan tanpa rokok antara lain: a. fasilitas pelayanan kesehatan; b. tempat proses belajar mengajar; c. tempat anak bermain; d. tempat ibadah; e. angkutan umum; f. tempat kerja; dan g. tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan. (2) Pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya.</p> <p>Pasal 116 Ketentuan lebih lanjut mengenai pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.</p>
--	--	--	--	--	--	---

b. Lembaga Yang Terkait Dalam Pengendalian dampak tembakau

Kebijakan pengaturan pengendalian dampak tembakau merupakan kebijakan yang lintas departemen, berikut ini instansi yang terkait secara langsung maupun tidak langsung dengan kebijakan pengendalian dampak tembakau adalah:

Instansi Pemerintah:

1. Kementerian Koordinator bidang Kesejahteraan Sosial	10. Kementerian Koordinasi Ekonomi dan Keuangan
2. Kementerian Kesehatan	11. Kementerian Tenaga Kerja
3. Kementerian Pendidikan	12. Kementerian Pertanian
4. Kementerian Agama	13. Kementerian Perindustrian
5. Kementerian Dalam Negeri	14. Kementerian Perdagangan
6. Kementerian Luar Negeri	15. Kementerian Negara Pemberdayaan Wanita
7. Kementerian Lingkungan	16. Kementerian Hukum dan Hak Azasi Manusia
8. Kementerian Komunikasi Dan Informasi	17. Pemerintah Daerah
9. Kementerian Olah Raga	18. DPR/DPRD

Institusi non Pemerintah

1. Komnas Pengendalian Dampak Tembakau
2. Indonesia Tobacco Control Network (ITCN)

c. Komitmen Pemerintah terhadap Kebijakan Pengendalian Dampak Tembakau terhadap Kesehatan

i. Ratifikasi Terhadap Framework Convention on The Tobacco Control

Berbicara mengenai Pengendalian Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan tidak dapat dilepaskan dari Framework Convention on The Tobacco Control yang merupakan Konvensi Pertama yang dihasilkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia. Indonesia sebagai negara anggota di World Health Organization hingga detik ini penelitian dilakukan belum melakukan ratifikasi, sedangkan untuk penandatanganan karena Indonesia tidak menandatangani hingga batas akhir penandatanganan hingga 29 Juni 2004, maka untuk menjadi anggota dan dapat meratifikasi Konvensi tersebut Indonesia harus melakukan akses lebih dahulu yaitu dengan membuat kebijakan pengendalian tembakau yang sesuai dengan prinsip-prinsip yang terkandung di dalam FCTC.

Hal ini senada dengan yang dinyatakan oleh masyarakat anti tembakau:

Jika Indonesia menghendaki menjadi anggota, masih dapat dilakukan dengan akses. Akan tetapi persyaratannya Indonesia harus terlebih dahulu memiliki kebijakan yang mengatur tembakau sebagaimana ditetapkan oleh FCTC. (A1 dan A2)

Jika dilihat dari sejarah keterlibatan Indonesia dalam penyusunan FCTC ini Indonesia sangat aktif dalam setiap rapat Indonesia terlibat sangat aktif dalam penyusunan FCTC hal ini terbukti dari pengiriman delegasi maupun menjadi tuan rumah penyelenggaraan pertemuan persiapan yang diselenggarakan di Indonesia. Detail keterlibatan Indonesia dalam penyusunan FCTC dapat dilihat dalam Lampiran 5 (WHO):

Yang terjadi kemudian adalah Indonesia tidak menandatangani, berikut ini petikan pernyataan dari masyarakat Anti Tembakau:

Akan tetapi detik terakhir keberangkatan Menteri Kesehatan Ahmad Sujudi 1999-2004 ke New York untuk menandatangani Konvensi ini, ternyata keberangkatan beliau dibatalkan oleh Sekretariat Negara. (A1)

Sedangkan menurut informan A4,

keengganan pemerintah untuk meratifikasi FCTC juga merupakan keberhasilan industri tembakau dalam melobi pemerintah. Industri tembakau menyebut pembuat kebijakan dan pejabat pemerintah sebagai sekutu (ally).

ii. **Posisi Rancangan Undang-undang (RUU) Kebijakan Pengendalian Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan per 17 Juli 2011**

Berdasarkan teori sebagaimana dikemukakan oleh Walt dalam pembuatan kebijakan kesehatan bahwa dalam proses pembuatan kebijakan didahului dengan adanya identifikasi masalah¹. Kelompok Anti Tembakau (YLKI, TCSC/IAKMI, IFPPD, dan IDI, telah berhasil mengidentifikasi adanya permasalahan kesehatan sebagai akibat dari konsumsi produk tembakau. Studi-

¹ Walt merepresentasikan 4 tahap dalam proses kebijakan yaitu: ::

- Identifikasi masalah dan pengenalan isu
- Formulasi Kebijakan
- Implementasi Kebijakan
- Evaluasi Kebijakan

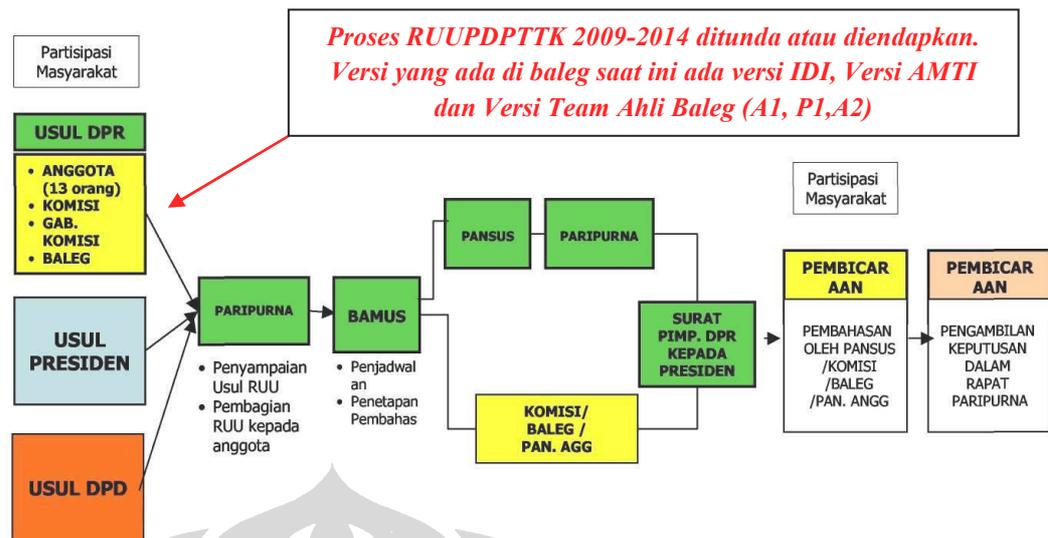
upaya untuk melindungi kesehatan masyarakat terhadap dampak merokok banyak dilakukan oleh pemerhati kesehatan, upaya lain adalah melakukan lobi ke parlemen untuk memasukkan RUU Pengendalian Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan untuk masuk kedalam Program Legislasi Nasional di tahun 2004-2009, adalah berkat jasa Forum Parlemen Indonesia Untuk Kependudukan Dan Pembangunan/Indonesian Forum of Parliamentarians On Population And Development (IFPPD) yang merupakan organisasi indepen (NGO), yang bergerak dalam masalah pembangunan di Indonesia, termasuk pembangunan kesehatan masyarakat Indonesia, mengusulkan Rancangan Undang-Undang Perlindungan Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan. Versi RUU usulan IFPPD ini dikenal dengan sebutan versi pengusul telah berhasil disetujui oleh 249 anggota pada waktu parlemen 2004-2009, akan tetapi sayangnya pada akhirnya pembahasannya tertunda.

Pada masa parlemen 2009-2014 dilakukan kembali pembahasan, akan tetapi sayangnya pemerintahan kita tidak mengenal sistem "*carry over*", sehingga pembahasan pada masa parlemen 2009-2014 harus dimulai dari awal lagi, dan dalam parlemen 2009-2014 judulnya tidak difokuskan lagi pada kesehatan. *(Berdasarkan hasil wawancara dengan Masyarakat Anti Tembakau-A1)*

Pada masa 2009-2014 pengusulan RUU tembakau ini dimulai dari awal lagi dengan merubah RUU yang disampaikan oleh IFPPD yang pada masa periode pemerintahan sebelumnya telah disepakati oleh 249 anggota.

Saat ini Baleg juga menerima RUU versi Aliansi Masyarakat Tembakau Indonesia, versi IDI, versi AMTI dan terakhir adalah versi Team Ahli Baleg. Demikian dikatakan informan (A1, A2, A4).

Berikut ilustrasi proses Rancangan Undang-Undang Pengendalian Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan di Dewan Perwakilan Rakyat, dari usulan hingga disahkan menjadi hukum positif. Proses ini merupakan gambaran sebagaimana dijelaskan oleh informan P1, sedangkan sumber gambar diperoleh dari website DPR.



Gambar 5. 13 Bagan Proses Penyusunan Legislasi

Sumber: Website DPR, www.dpr.go.id, dan keterangan informan, 2011

Selanjutnya, berikut ini merupakan pandangan fraksi-fraksi terhadap RUU Pengendalian Dampak Tembakau terhadap Kesehatan, jawaban dari masing-masing fraksi telah dikonfirmasi dengan informan P1:

Tabel 5. 22 Pendapat Fraksi Terhadap RUU Pengendalian Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan

No	Partai Politik	Perolehan Suara	Kursi Parlemen	Tanggapan terhadap RUU PDPTK
1	 Demokrat	20,85%	150	Perlu kajian mendalam
	 Golkar	14,45%	107	Ditangguhkan, diendapkan dan menunda karena persimpangan kesehatan dan ekonomi
	 PDIP	14,03%	95	Ditunda, ditangguhkan dan diendapkan dulu
	 PKS	7,88%	57	Diubah substansinya sehingga membela petani
	 PAN	6,01%	43	Ditunda pembahasannya
	 PPP	5,32%	37	Ditunda pembahasannya
	 PKB	4,94%	27	Setuju untuk ditunda hingga batas waktu yang ditentukan
	 Gerindra	4,46%	26	Ditunda pembahasannya
	 Hanura	3,77%	18	Ditunda pembahasannya
	Jumlah	100%	560	

Sumber: Seminar Mengungkap Selingkuh Politikus, Pemerintah dan Industri Tembakau di Indonesia, AJI, 2011

Berikut alasan dari masing-masing terhadap penundaan Rancangan Undang-undang Pengendalian Dampak Tembakau(Nugroho, 2011):

Tabel 5. 23 Alasan Fraksi Melakukan Penundaan RUU Pengendalian Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan

Alasan	Partai Yang menyatakan								
									
	Demokrat	Golkar	PDIP	PKS	PAN	PPP	PKB	Gerindra	Hanura
Terjadi gesekan dalam masyarakat yang peduli kesehatan karena efek rokok dan petani tembakau yang peduli pada petani.	√		√		√		√	√	
RUU yang akan dibuat hendaknya tidak hanya mengatur persoalan dampak produk tembakau, melainkan juga pengolahan tembakau mulai dari hulu sampai hilir.	√	√						√	
Judul dan isi RUU harus lebih sesuai dengan materi yang ada di dalamnya.				√					√
Perlu peninjauan kembali soal aspek filosofis, sosiologis, dan yuridis termasuk menjustifikasi pengendalian produk tembakau sebagai penyebab polusi, karena di sisi lain kendaraan bermotor juga melakukan hal yang sama.(Invernizzi et al., 2004; Today, 2004)									√
RUU haruslah memberikan pengaturan yang berimbang dan memperhatikan kepentingan industri kecil khususnya perokok.									√
Perlu peninjauan kembali terhadap pengaturan tentang pemeriksaan jenis dan kadar kandungan dan emisi produksi rokok.									√
Kompetisi antar negara berkembang dengan negara maju dalam kompetisi antara perusahaan tembakau dan produk olahan									√

Alasan	Partai Yang menyatakan								
									
	Demokrat	Golkar	PDIP	PKS	PAN	PPP	PKB	Gerindra	Hanura
tembakau dengan perusahaan farmasi, antara perusahaan rokok besar dan kecil.									
Pengaturan kawasan tanpa produk tembakau atau rokok harus memenuhi kualifikasi tertentu, seperti alat pengisap udara.									√
Perlu adanya sinkronisasi RUU Tembakau dengan peraturan perundang-undangan terkait seperti UU Cukai, UU Perlindungan Konsumen, UU Tenaga Kerja, UU Kesehatan, UU Perkebunan, dan UU Merek.									√
Perlu mengatur perlindungan terhadap petani tembakau dengan penelitian yang berkelanjutan, pembinaan dan budidaya, penanganan dan pemasaran tembakau.	√	√	√	√	√	√			
Dalam hal cukai dan fiskal, penerimaan negara, industri rokok memberikan pemasukan yang besar. Tahun 2010 mencapai 10 triliun dan fiskal sekitar Rp 66 triliun.	√	√	√			√	√		√
Perlu pengaturan terhadap ekspor dan impor produk tembakau. Karena adanya konsolidasi industri rokok global yang diwarnai oleh akuisisi perusahaan transnasional.		√	√			√	√		√
RUU juga harus memperhatikan kesempatan kerja, yang menurut data Kemenakertrans ada sekitar 7,5 juta tenaga kerja dari 3.800 pabrik rokok.			√	√			√		
Total alasan	4	4	5	3	2	3	4	2	9

iii. Posisi Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) tentang Tembakau sebagai zat adiktif terhadap kesehatan per 3 Agustus 2011

Rancangan Peraturan Pemerintah tentang tembakau sebagai zat adiktif merupakan pelaksanaan dari Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan yang menetapkan bahwa paling lambat satu tahun sejak tanggal pengundangan, dengan demikian pada tanggal 13 Oktober 2010 semua peraturan sebagai pelaksanaan Undang-Undang tentang Kesehatan harus sudah selesai, termasuk Rancangan Peraturan Pemerintah tentang Pengamanan Produk Tembakau sebagai Zat Adiktif bagi Kesehatan.

Akan tetapi proses pengesahan RPP tersebut hingga saat ini masih mengalami banyak hambatan dari berbagai pihak termasuk dari Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat (Menko Kesra) Agung Laksono yang menyatakan:

Pemerintah tidak akan mengesahkan RPP tersebut bila masih ada kelompok masyarakat yang dirugikan. , menurut dia, suatu peraturan tidak boleh menyenangkan salah satu kelompok. “Jadi, tidak mungkin dikeluarkan RPP itu kalau masih ada masyarakat menolak,” (Sihaloho & Pamela, 2011).

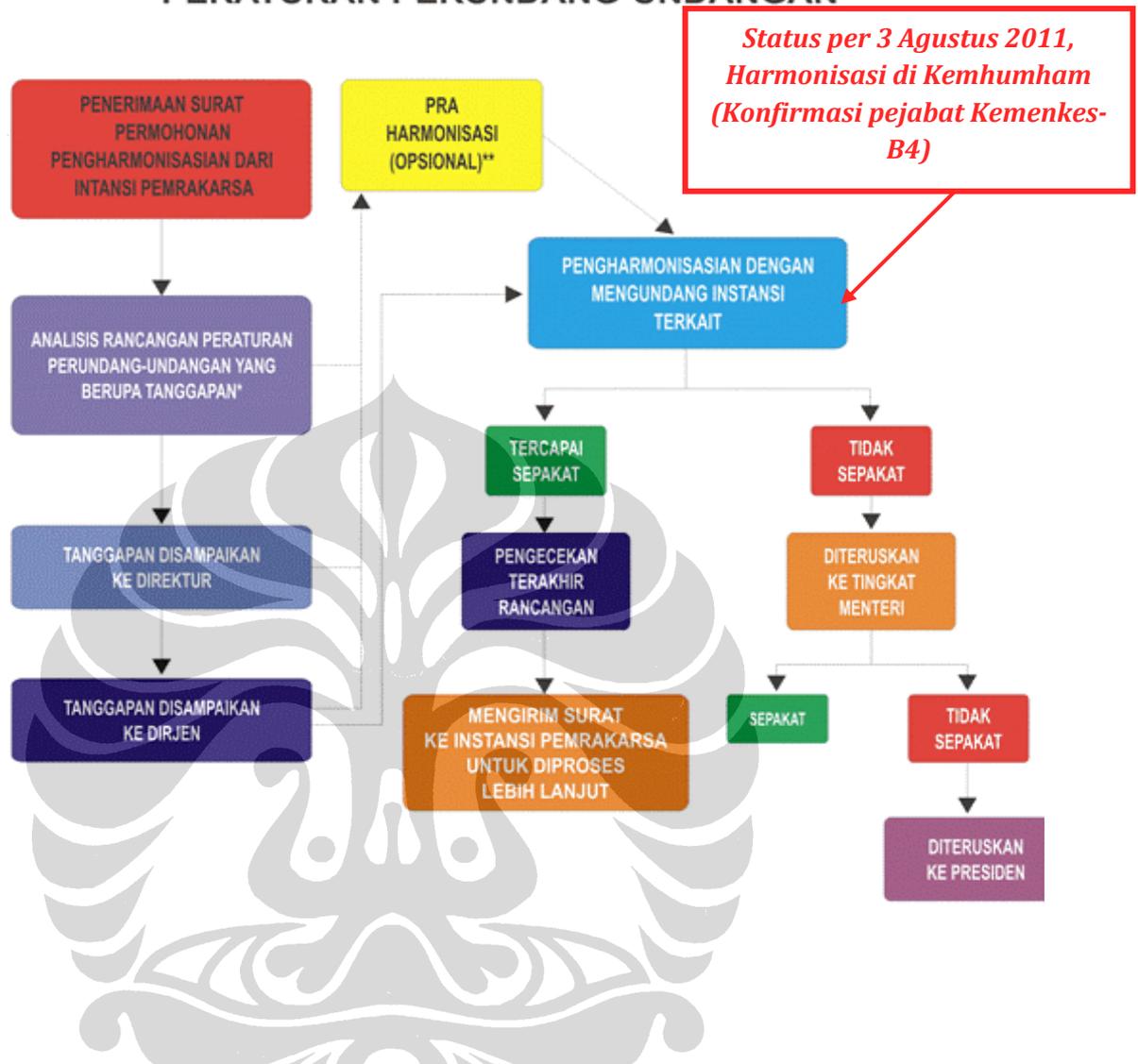
Status RPP Tembakau sebagaimana dikatakan oleh Menhumham Patrialis Akbar yang dikutip dari Kompas.com: 8 April 2011, mengatakan bahwa,

“ Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) tentang Pengamanan Produk Tembakau sebagai Zat Adiktif bagi Kesehatan masih dalam proses harmonisasi. RPP tersebut belum selesai, masih dalam harmonisasi antar institusi pemerintah, yakni antara Kementerian Perdagangan, Kementerian Kesehatan, dan Kementerian Hukum dan HAM,”(ANT, 2011).

Demikian konfirmasi terakhir yang diperoleh pertanggal 3 Agustus 2011, yang telah mendapatkan konfirmasi dari pejabat di Kemenkes menyatakan bahwa:

Statusnya tetap, masih dalam proses harmonisasi Kemhumham.(B4, A4)

PROSES PENGHARMONISASIAN PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN



Gambar 5. 14 Bagan Proses Harmonisasi RPP

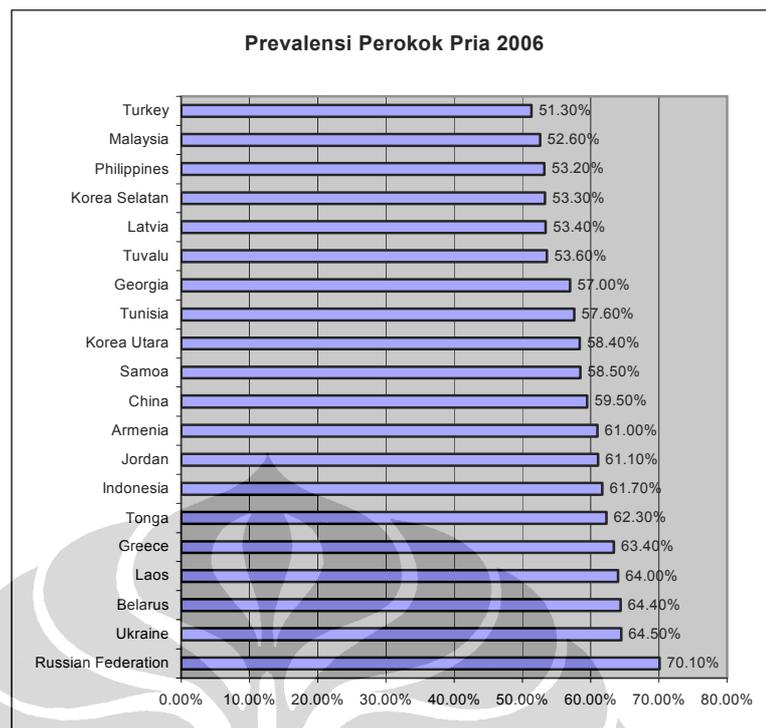
Sumber: Website Kemhumham, www.kemenkumham.go.id

5.4.5. PERBANDINGAN INDONESIA DENGAN NEGARA-NEGARA LAIN

Pentingnya mengetahui perbandingan dengan negara lain dalam rangka untuk membandingkan keadaan yang berlaku di negara lain, baik dalam prevalensi, kebijakan, pertanian dan perekonomian.

5.4.6.1. Prevalensi Perokok Dewasa Perbandingan Indonesia dan Negara Lain

Berikut ini merupakan perbandingan prevalensi perokok pria Indonesia dengan negara lain, berdasarkan data yang diperoleh dari WHO ini Prevalensi perokok pria Indonesia menempati urutan kedua.



Gambar 5. 15 Prevalensi Perokok %Pria

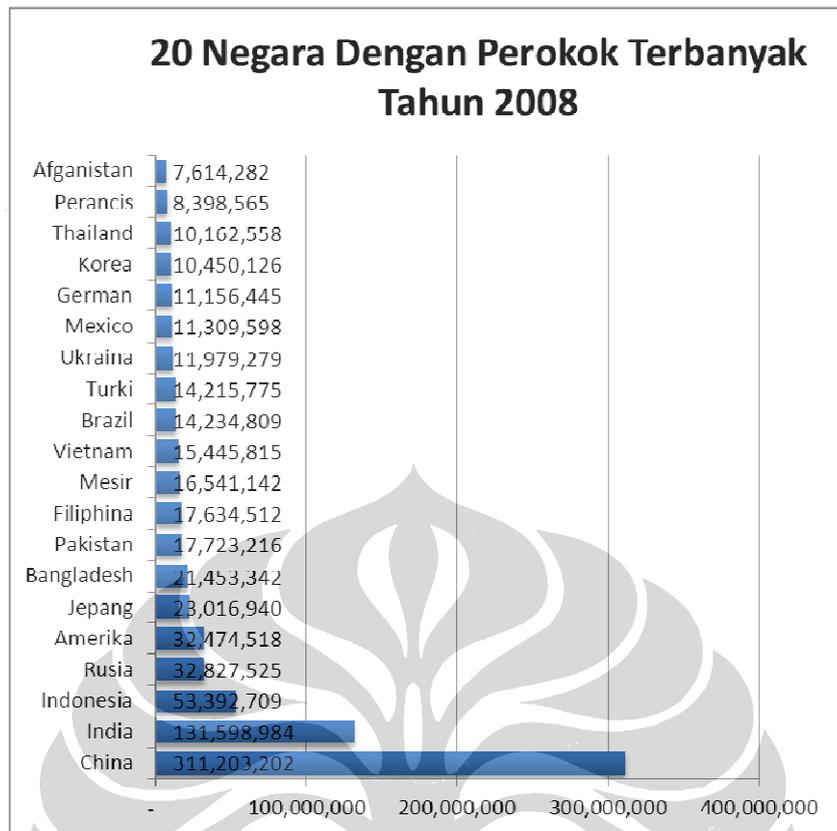
Sumber: WHO dan berbagai sumber

Apabila dikaitkan dengan prevalensi seluruh perokok maka di tahun 2011 ini sebesar 34,7% dikalikan dengan jumlah penduduk 240 juta maka di tahun 2011 ini jumlah perokok pria Indonesia sebesar kurang lebih 83 juta orang. Berikut ini gambaran perbandingan di tahun 2008.



Gambar 5. 16 Konsumsi Rokok Dalam Setahun

Sumber: WHO Atlas Third Edition



Gambar 5. 17 Jumlah Perokok di Dunia tahun 2008

Sumber: Tobacco Atlas, <http://www.tobaccoatlas.org/males.html?iss=02&country=ch>

5.4.6.2. Prevalensi Perokok Remaja

Berikut ini gambaran perokok remaja dunia (CDC, 2008a; B. P. D. P. Kesehatan, 2010; Tsung O, 1999; WHO, 2011).

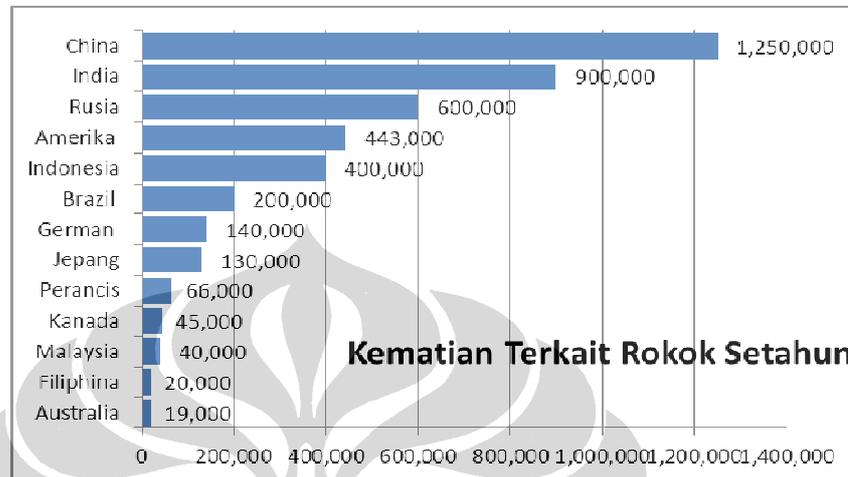


Gambar 5. 18 Prevalensi Perokok Remaja

Sumber: Diambil dari berbagai sumber

5.4.6.3. Mortalitas

Berikut ini perbandingan kematian rokok antara Indonesia dengan negara lain (CDC, 2011a; Health, 2009; News, 2009; SNUS, 2009a; Viprasys, 2009).

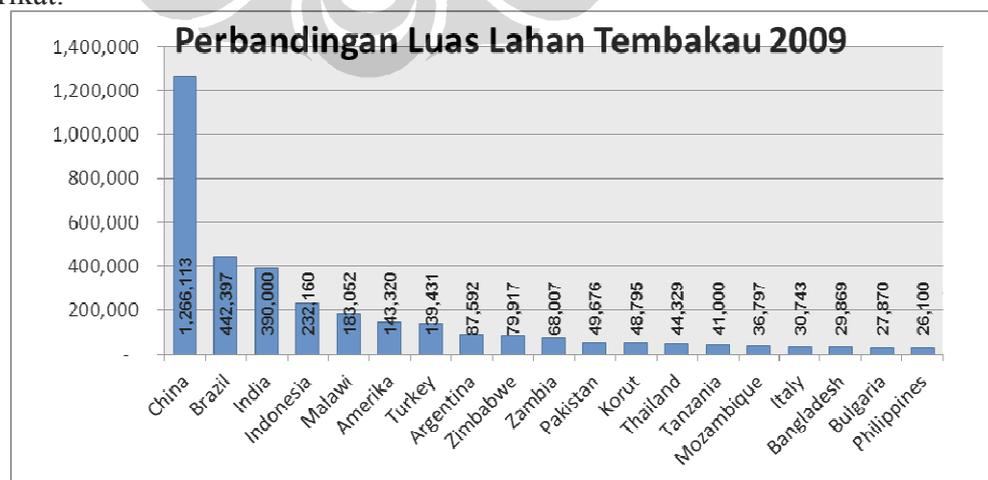


Gambar 5. 19 Jumlah Kematian Akibat Merokok Dalam Setahun

Sumber: Dikutip dari berbagai sumber.

5.4.6.4. Pertanian Tembakau

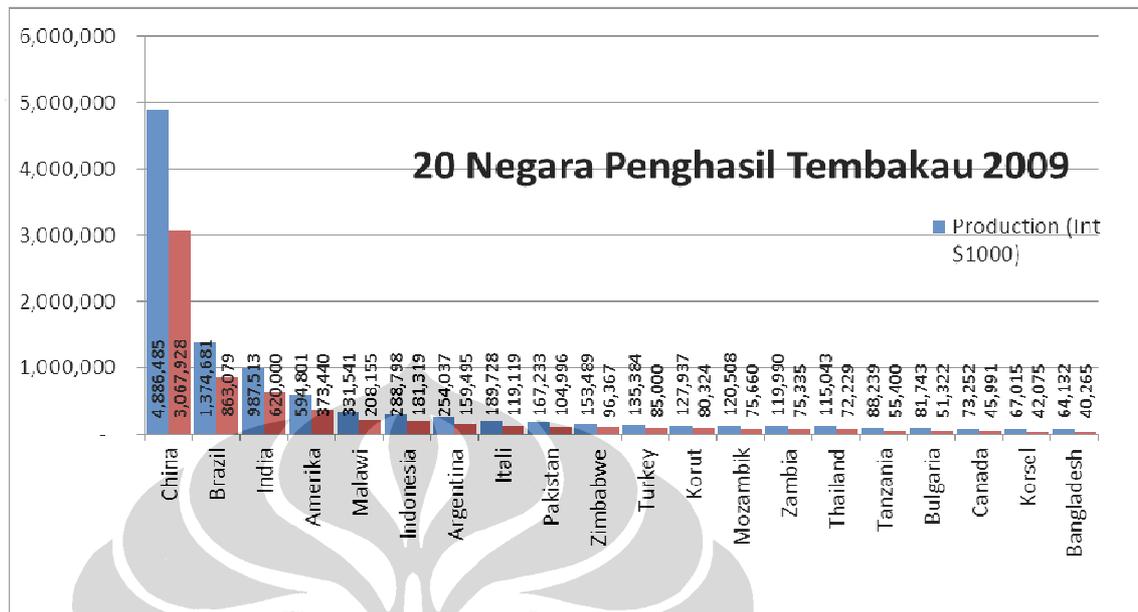
Kepentingan perlindungan kesehatan masyarakat terhadap dampak buruk konsumsi tembakau kerap kali berbenturan dengan kepentingan sektor pertanian. Lahan pertanian tembakau di Indonesia menyumbang sekitar 4,4% dari jumlah lahan pertanian di dunia yang diperuntukkan bagi tanaman tembakau dan menghasilkan 2,3% dari seluruh produksi tembakau dunia; Sebanyak 65% tembakau dunia diproduksi oleh 4 negara: Cina, Brazil, India dan Amerika Serikat.



Gambar 5. 20 Perbandingan Luas Areal Tembakau Dunia 2008

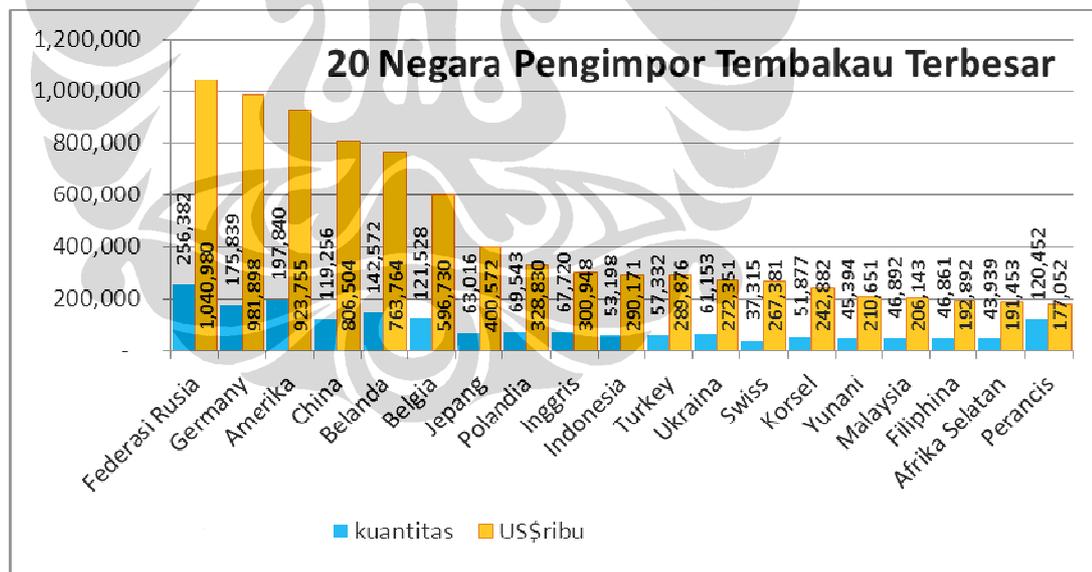
Sumber: FAO Statistik, <http://faostat.fao.org/site/567/DesktopDefault.aspx?PageID=567#ancor>

Sedangkan berikut ini merupakan perbandingan hasil produksi ton/ha dan harga/ton sektor pertanian tembakau Indonesia dengan dengan negara lain dalam.



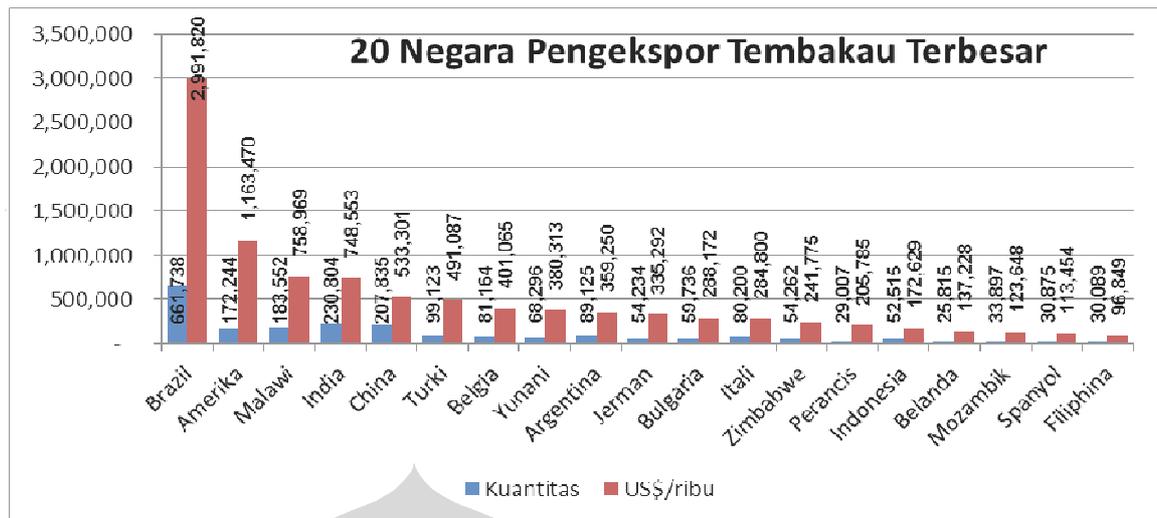
Gambar 5. 21 Negara Penghasil Tembakau Terbesar 2009

Sumber: FAOStat, <http://faostat.fao.org/default.aspx>



Gambar 5. 22 Negara Pengimpor Tembakau Terbesar 2009

Sumber: FAO Statistik, <http://faostat.fao.org/site/567/DesktopDefault.aspx?PageID=567#ancor>



Gambar 5. 23 Negara Pengekspor Tembakau Terbesar 2009

Sumber: FAO Statistik,
<http://faostat.fao.org/site/567/DesktopDefault.aspx?PageID=567#ancor>

Tabel 5. 24 Biaya Sakit Akibat Rokok

Negara	Biaya Sakit Akibat rokok
Cina-2000	Biaya langsung 14 juta RMB (1.7 juta USD) per tahun, dihitung berdasarkan 3.1% pengeluaran biaya kesehatan tahun 2000. Biaya tidak langsung 172 juta RMB per year (21 juta USD) pertahun(Centre, 2010b).
Hong Kong-1998	Biaya perokok aktif tahun 1998 mencapai US\$532 juta dan untuk perokok pasif biayanya mencapai US\$ 156 juta.
Australia	Biaya yang hilang akibat rokok mencapai 2,1%-3,4% dari PDB,
Brazil	Antara 1996 dan 2005, lebih dari 1 juta orang masuk rumah sakit karena konsumsi rokok. Biaya yang dihabiskan sekira 1.1 juta BRL (500 juta USD), atau 1.6% biaya rumah sakit 1996-2005(Centre, 2010a).
Thailand	Tahun 2006, biaya langsung terkait 3 penyakit terkait tembakau - kanker paru, COPD dan serangan jantung biayanya berkisar 9.86 juta baht (240 juta USD)—0.48% dari PDB.
Amerika Serikat	Mencapai 6%-8% pengeluaran pengobatan pribadi(Warner, Hodgson, & Carroll, 1999).
India	INR27,761 Crore (US \$6.5juta)("Smoking — the costs," 2008).
EU/EFTA	€97.7 juta, dengan rincian biaya sakit langsung akibat rokok adalah €49.83 juta, dan biaya sakit tidak langsung €47.87 juta(Partnership, 2011)
Taiwan	Biaya akibat rokok menghabiskan 68% total belanja medis penduduk usia 35 tahun ke atas
Indonesia	338,75 Triliun Rupiah, atau lebih dari enam kali pendapatan cukai rokok Pemerintah yang hanya Rp 53,9 Triliun

Sumber: diambil dari berbagai macam sumber

5.4.6.5. Hukum

Tabel 5. 25 Perbandingan Hukum

	Filiphina	Amerika*	Cina	India	Brazil	Indonesia	Australia*	Jepang
Kawasan Bebas Rokok		Amerika diserahkan pada negara bagiannya	China Diserahkan pada wilayahnya		Brasil Diserahkan pada wilayahnya	Perda	Australia diserahkan pada negara bagiannya	Jepang diserahkan pada prefektur nya
Fasilitas Kesehatan	Ya			Ya		Ya		
Fasilitas pendidikan kecuali universitas	Ya			Ya		Ya		
Universitas	Ya			Ya		Ya		
Fasilitas Pemerintah	Ya			Ya		Ya/Tidak		
Kantor Indoor	Tidak			Ya		Ya/Tidak		
Rumah Makan	Tidak			Tidak		Ya/Tidak		
Pub Dan Bar	Tidak			Tidak		Tidak		
Transportasi Umum	Ya		Ya	Ya	Ya	Ya/Tidak		
Hukum nasional mengenakan denda untuk merokok	Ya		Ya	Ya	Ya	Tidak		
Denda yang dikenakan pada perokok	Ya		Ya	Ya	Tidak	Ya/Tidak		
Peringatan kesehatan pada label	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
Total prosentasi yang disyaratkan untuk peringatan kesehatan depan dan belakang secara gabungan	45	50*	30	20	50	Tulisan saja	60	30
<i>Depan saja</i>	30	50*	30	40	0	tidak disyaratkan	30	30
<i>Belakang saja</i>	60	50*	30	0	100	tidak disyaratkan	90	30
Apakah hukum memerintahkan bahwa peringatan harus ditempatkan ditempat yang paling utama dari kemasan	Ya	Ya*	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Ya	Tidak

	Filiphina	Amerika*	Cina	India	Brazil	Indonesia	Australia*	Jepang
Apakah hukum memerintahkan penggunaan font, ukuran font dan warna untuk peringatan paket	Ya	Ya*	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya
Apakah peringatan kesehatan dirotasi pada paket	Ya	Ya*	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya
Apakah peringatan kesehatan pada paket yang ditulis dalam bahasa utama dari negara ybs	Ya	Ya*	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
Apakah hukum mengharuskan bahwa peringatan kesehatan pada paket tidak terhalang dengan cara apapun, termasuk dengan tanda-tanda yang diperlukan seperti label cukai	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya
Apakah peringatan kesehatan pada paket termasuk foto atau grafik	Tidak	Ya*	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Apakah peringatan kesehatan muncul pada masing-masing paket dan setiap kemasan luar dan pelabelan yang digunakan dalam penjualan eceran	Ya	Ya*	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
Apakah undang-undang tentang peringatan kesehatan berlaku untuk produk dalam negeri atau impor, dan toko bebas bea	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Ya
Apakah peraturan mengenai peringatan kesehatan tidak menghapus atau mengurangi tanggung jawab dari industri tembakau	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Apakah peringatan kesehatan pada paket menggambarkan efek berbahaya dari penggunaan tembakau pada kesehatan	Ya	Ya*	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
Apakah hukum memerintahkan peringatan kesehatan tertentu pada bungkus rokok	Ya	Ya*	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
Berapa banyak peringatan kesehatan tertentu yang disetujui oleh hukum	4	9*	3	2	10	1	14	8
Apakah hukum mensyaratkan atau menetapkan denda untuk pelanggaran tentang peringatan kesehatan pada paket	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Tidak, kecuali perda rokok	Ya	Ya
Apakah ada hukum yang mensyaratkan bahwa kemasan rokok dan pelabelan tidak menggunakan istilah-istilah menyesatkan yang menyiratkan produk ini kurang berbahaya dibandingkan produk	Ya	Ya*	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Tidak

	Filiphina	Amerika*	Cina	India	Brazil	Indonesia	Australia*	Jepang
sejenis lainnya, seperti "rendah tar", "ringan", "ultra-ringan", atau "sangat ringan"								
Apakah ada peraturan yang mengharuskan bahwa kemasan rokok dan pelabelan tidak menggunakan tanda figuratif atau lainnya, termasuk warna atau angka, sebagai pengganti untuk istilah menyesatkan yang dilarang	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Tidak
Apakah ada hukum yang mengharuskan bahwa kemasan rokok dan pelabelan tidak menggunakan deskriptor yang menggambarkan rasa	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Ya	Tidak
Apakah mandat hukum kemasan polos (mis. melarang penggunaan logo, warna, gambar atau informasi promosi merek pada kemasan selain nama merek dan nama produk yang ditampilkan dalam warna standar dan gaya font)	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
TV nasional dan radio	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Tidak*
TV dan radio internasional	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Tidak
Majalah dan surat kabar lokal	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Internasional majalah dan surat kabar	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Billboard dan iklan luar ruangan	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Ya	Tidak*
Pusat penjualan internet	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Langsung lainnya larangan	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Promosi diskon	Tidak	Tidak	Tidak	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Ya
Penampilan merek tembakau di TV dan / atau film (penempatan produk)	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Tidak
Penampilan produk-produk tembakau di TV dan / atau film	Tidak	Tidak	Tidak	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Acara yang disponsori	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Larangan lainnya	Tidak	Tidak	Tidak	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak

BAB 6

PEMBAHASAN

Dalam menjawab pertanyaan penelitian faktor-faktor yang mempengaruhi kebijakan pengendalian dampak tembakau maka berikut ini analisis terhadap masing-masing faktor-faktor tersebut.

6.1. ANALISIS TERHADAP FAKTOR KESEHATAN

Sebagaimana dijabarkan dalam bab 5 Hasil, maka diketahui prevalensi perokok Indonesia dari tahun ketahun terus meningkat. Dan bila prevalensi tersebut dibandingkan dengan negara lain Indonesia menduduki tempat ketiga dengan jumlah populasi perokok terbesar setelah China dan India. Rokok sebagaimana telah banyak dilakukan penelitian baik di dalam maupun luar negeri merupakan faktor resiko dari berbagai macam penyakit terkait rokok, seperti penyakit terkait pembuluh darah, kanker dan penyakit paru kronik (COPD). Penyakit lainnya seperti impotensi, dan ketidak suburan, penyakit terkait syaraf dan emosional seperti bipolar, alzheimer dan lain sebagainya sebagaimana telah dijelaskan dalam tinjauan pustaka bab 2. Bagi wanita hamil resiko melahirkan cacat dan bayi dengan berat badan rendah, intelegensia rendah serta malnutrisi bagi bayi yang dilahirkan dari seorang ibu perokok, menambah panjang daftar efek negatif rokok. Juga yang penting untuk disadari bagi remaja merokok akan menurun intelegensianya (Aloise-Young, Cruickshank, & Chavez, 2002; Frearson, Barrett, & Eysenck, 1988; Hackshaw, Rodeck, & Boniface, 2011; Mortensen, Michaelsen, Sanders, & Reinisch, 2005; Salber, MacMahon, & Welsh, 1962; Shiono, Klebanoff, & Berendes, 1986; Trinidad, Unger, Chou, & Anderson Johnson, 2004; Trinidad, Unger, Chou, Azen, & Johnson, 2004). Disamping itu berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Drug Watch International bahwa alkohol dan produk tembakau merupakan pintu masuk menjadi pecandu narkoba(International, 2001)

Sebagaimana telah banyak dilakukan bahwa di Amerika Serikat menunjukkan bahwa perokok memiliki risiko 20 kali lebih besar mati akibat kanker paru pada penduduk umur setengah baya dibandingkan dengan mereka yang tidak merokok. Perokok juga menghadapi risiko 3 (tiga) kali lebih besar

untuk mati pada umur tersebut karena penyakit pembuluh darah, termasuk serangan jantung, stroke, penyakit nadi dan pembuluh darah lainnya. Akan tetapi di i negara berkembang, seperti di Indonesia, dimana usia harapan hidup masih rendah dan masih tingginya penyakit menular, efek rokok sebagai penyebab kematian prematur dapat tertutupi oleh penyebab lain seperti mati karena penyakit infeksi atau mati sebelum gejala penyakit akibat rokok dapat terdeteksi(Peto, et al., 1996).

Data yang mengejutkan terkait kematian dimana rokok adalah faktor resikonya, Indonesia menempati urutan ketujuh terbesar dalam jumlah kematian yang disebabkan oleh kanker yakni sebanyak 188.100 orang dan terbanyak adalah kelompok kanker Trachea, bronchus dan paru yakni sebesar 31.590 atau 16.8%. Sedangkan kematian yang disebabkan oleh penyakit sistem pembuluh darah di Indonesia berjumlah 468.700 orang atau menempati urutan 6 (enam) terbesar dari seluruh negara-negara kelompok WHO dan terbesar adalah *Ischaemic heart* (47,0%), *Cerebrovasculair* (26,4%) dan hipertensi (8.41%). Kematian yang disebabkan penyakit sistem pernafasan adalah penyakit *Chronic obstructive pulmonary* (COPD) yakni sebanyak 73.100 atau 66,6%, sedangkan Asma 13.690 atau 13,7%(Thabrany, 2009). Dimana penyakit pembuluh darah: kardiovaskular atau jantung iskemik dan stroke serta penyakit pernapasan COPD: pneunomia dan asma, merupakan dua yang terbesar, dan telah terjadi peningkatan hampir mencapai empat kali dari 9,7% menjadi 31,9% (Thabrany, 2009).

Efek negatif rokok tidak hanya pada penggunanya saja, asap rokok yang dihembuskan oleh perokok berdampak sama buruknya bagi si bukan perokok, atau orang yang berada disekitarnya dikenal sebagai perokok pasif. Sehingga dapat dibayangkan efek multiplikasi dari sebatang asap rokok yang dihisap oleh perokok yang dihirup oleh orang banyak disekitarnya.

Efek yang mengerikan sekaligus mematikan yang merupakan *silent killer* tersebut lebih sering tidak disadari karena sayangnya mati akibat rokok tidak pernah menggemparkan seperti kematian akibat HIV ataupun flu burung, atau mati akibat kecelakaan, sehingga kematian akibat rokok tidak pernah menjadi berita utama dalam reportase berita. Kematian akibat rokok merupakan penyebab kematian nomor satu dibandingkan kematian akibat HIV/AIDS sekalipun. Jumlah kematian di Indonesia akibat rokok ada sekitar 400ribu pertahun, menempatkan

Indonesia di posisi kelima setelah China, India, Rusia dan Amerika (WHO, 2008). Suatu peringkat yang memprihatinkan. Dikala hak sehat merupakan hak asasi manusia, kematian sakit akibat rokok demikian besarnya.

Apabila dilihat dari prevalensinya usia rata-rata perokok Indonesia adalah 16,7 tahun, dapat dibayangkan usia yang sangat belia, mereka mencoba merokok pertama pada saat usia yang sangat muda dimana belum cukup informasi yang dipahami terhadap produk yang digunakan, memiliki dampak yang buruk bagi kesehatan, yang dimengerti hanyalah teman merokok sayapun harus merokok (Ng, et al., 2007).

Tidak ada satupun produk rokok yang aman bagi kesehatan, intervensi kebijakan perlu dilakukan oleh pemerintah, demi untuk melindungi wanita, wanita hamil, pria dewasa perokok, dari sakit, mati prematur, akibat tembakau. Intervensi juga harus dilakukan secepatnya oleh pemerintah demi untuk melindungi generasi muda, anak-anak dan remaja yang merupakan generasi penerus bangsa. Mereka adalah sumber daya yang penting di masa yang akan datang, sehingga kesehatan mereka harus dijaga dari dampak buruk tembakau. Intervensi harus dilakukan apabila pemerintah Indonesia menginginkan generasi penerus yang sehat dan cerdas sehingga mampu bersaing dengan bangsa lain.

Intervensi harus juga dilakukan untuk memberikan perlindungan kepada perokok pasif yang berada dalam lingkungan orang merokok, terutama wanita hamil dan anak-anak yang justru terbesarnya adalah terpapar di dalam rumah. Kesemua intervensi ini harus diwujudkan dalam satu kebijakan Nasional.

Bahwa faktor kesehatan merupakan faktor utama untuk mendapatkan manusia Indonesia yang sehat, dan cerdas. Bahwa rokok mengandung zat berbahaya bagi kesehatan, dan menyebabkan kecanduan dan berakibat fatal kematian, merupakan hal yang tidak dapat dibantah lagi. Mati akibat tembakau merupakan kematian yang dapat dicegah, pencegahan tersebut dapat dilakukan dengan membatasinya konsumsinya. Pencegahan dari kematian dan kesakitan, melindungi generasi muda penerus bangsa dari bahaya kematian dan kesehatan merupakan faktor utama dari HARUS segera dibentuknya kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan.

Apabila dikaitkan dengan informasi yang diterima dari berbagai informan, bahwa pada prinsipnya menyetujui bahwa tembakau merupakan isu kesehatan,

yang perlu untuk diatur konsumsinya. Walaupun terdapat informan yang tidak sepenuhnya menyetujui akan tetapi lebih banyak informan yang menyetujui, tembakau merupakan isu kesehatan yang penting untuk diatur konsumsinya. Penting untuk memberikan informasi yang berbasis bukti kepada informan yang ambivalen untuk merubah persepsi terhadap perlindungan kesehatan masyarakat dari dampak buruk konsumsi rokok. Sehingga cita-cita untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya dan melindungi generasi mendatang akan dapat segera terealisasi. Sehingga faktor kesehatan merupakan faktor yang mempengaruhi pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan.

6.2. ANALISIS TERHADAP FAKTOR EKONOMI

Untuk menganalisis Faktor Ekonomi, analisis ini dibagi menjadi dua yaitu analisis dari ekonomi tembakau itu sendiri serta produksinya dan serta analisis ekonomi kesehatan akibat tembakau.

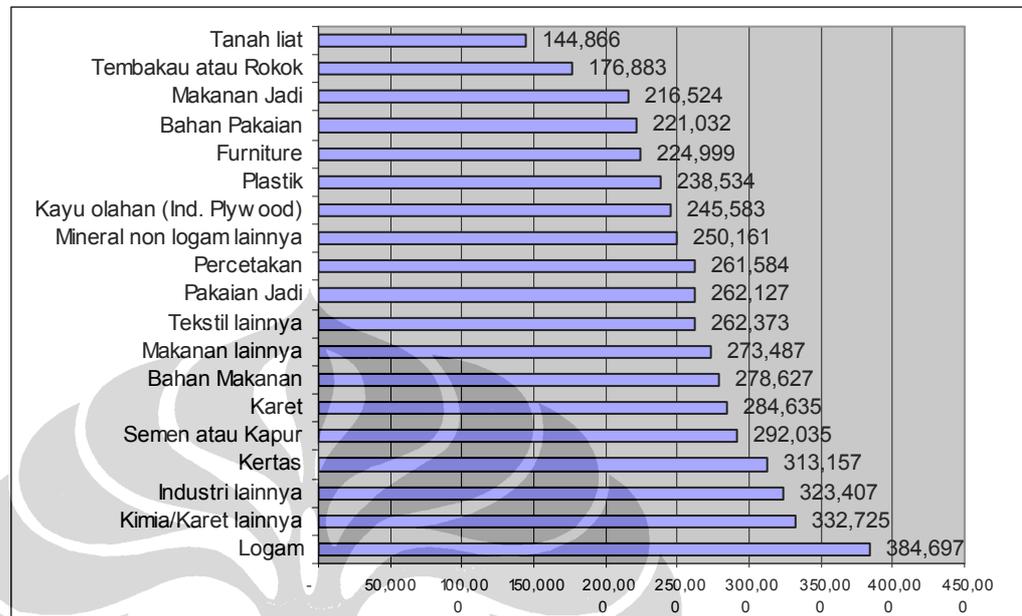
Apabila dilihat dari produksi tanaman di Indonesia berdasarkan data yang diperoleh dari departemen pertanian, pertama bahwa tembakau apabila dibandingkan dengan tanaman perkebunan lain sudah bukan merupakan tanaman utama perkebunan di Indonesia. Kedua secara total lahan dan produksi juga sudah bukan merupakan tanaman utama dari Kementerian Pertanian dan dari tahun ketahun telah mengalami penyusutan. Ketiga adalah tidak semua daerah di Indonesia merupakan sentra tembakau, atau secara agroklimat cocok ditanami dengan tanaman tembakau. Dari seluruh daerah produksi, hampir seluruh (96%) produksi tembakau berasal dari tiga propinsi: Jawa Timur, Jawa Tengah dan Nusa Tenggara Barat. Keempat merupakan hal yang paling penting adalah besarnya nilai impor tembakau saat ini Indonesia telah menjadi negara net importir, walaupun total produksi termasuk dalam lima besar produsen tembakau, dilihat dari total impor dan ekspor 2000-2008, perbedaan kuantitas eximnya adalah sebesar kurang lebih 3%, sedang nilainya sebesar 45%. Impor tembakau juga merupakan salah satu penyebab gulung tikarnya perusahaan menengah kebawah. Kelima dari segi petani, bahwa kebanyakan petani tembakau hanya sekedar buruh tembakau, bukan pemilik lahan. Keenam pendapatan petani tembakau yang minim. Ketujuh, bahwa di Indonesia petani tembakau tidak tergantung dengan

pertanian tembakau, karena disamping bisa ditanam secara tumpang sari, bisa dirotasi dengan tanaman lain atau tumpang sari. Apabila hendak memajukan pertanian tembakau Indonesia, hendaknya ditujukan untuk berorientasi ekspor, dan peningkatan penelitian untuk menggunakan produk tembakau menjadi lebih berguna ketimbang merokok misalnya untuk bahan biodiesel (Felberbaum, 2010; Reporter, 2011; Warren, 2010), atau mencari pengganti tanaman alternatif (Altman Dg Fau - Levine, Levine Dw Fau - Howard, Howard G Fau - Hamilton, & Hamilton; Jones, Austin, Beach, & Altman, 2008). Akan tetapi terlepas dari semua itu pengaturan perkebunan tembakau hendaknya diatur tersendiri dalam UU tersendiri menyangkut pertanian/perkebunan. Adalah tugas dari Kementerian Pertanian untuk dapat mengangkat harkat dan martabat petani tembakau serta meningkatkan produksi yang berorientasi ekspor dengan membuat rencana dan kebijakan yang dapat mendorong peningkatan pendapatan petani, serta meningkatkan kualitas dan produksi tembakau agar dapat bersaing di pasar global. Sehingga dapat dikatakan bahwa sektor pertanian tembakau bukan faktor yang mempengaruhi secara langsung dan perlu diatur dalam kebijakan pengendalian dampak tembakau.

Sedangkan faktor ekonomi khususnya mengenai industri tembakau, dikembalikan kepada tujuan utama pengendalian tembakau adalah pengendalian konsumsinya, bukan larangan terhadap industri untuk berhenti berproduksi. Bahwa larangan konsumsi tentu saja secara tidak langsung akan mempengaruhi produksi, akan tetapi hasil tidak serta merta, contoh China dan Brazil walaupun kedua negara tersebut telah menandatangani FCTC, memiliki kebijakan terkait rokok, akan tetapi China dan Brazil hingga detik ini masih merupakan negara produsen tembakau terbesar, dan China masih merupakan negara pengonsumsi tembakau terbesar.

Jika dilihat dari jumlah tenaga kerja sektor industri, bahwa sektor industri tembakau hanya menyerap kurang dari 1% dari seluruh tenaga kerja sektor industri yang ada di Indonesia (Barber S, 2008). Dari perspektif nasional, baik pertanian tembakau maupun industri tembakau hanya menyumbangkan sebagian kecil dari total seluruh pekerja di Indonesia. Sifat dari pekerjaan sektor tembakau tidak bersifat nasional karena hanya berada di wilayah tertentu seperti Jawa Tengah dan Jawa Timur seluruh.

Sedangkan upah yang dihasilkan oleh industri tembakau kedua terendah dari sektor lainnya, hanya sebesar Rp176,883, perbulan dibandingkan dengan sektor tertinggi Rp384,697 perbulan.



Gambar 6. 1 Upah rata-rata 2009-Pertengahan Tahun 2011

Sumber data: BPS, 2011

Sehingga tugas dari kementerian perindustrian dan ketenagakerjaan untuk mengatasi kendala sektor pekerja dan industri rokok, harus melakukan inovasi dari sekarang untuk melakukan diversifikasi usaha bagi pabrik rokok, membuka lapangan pekerjaan dan meningkatkan upah buruh pabrik rokok.

Sedangkan jika dilihat dari pasar rokok itu sendiri, di Indonesia saat ini 3 dari 5 perusahaan rokok utama Indonesia telah dikuasai oleh asing, perusahaan asing yang baru masuk pasar Indonesia dengan membeli pabrik rokok di Surabaya adalah perusahaan Korea Tobacco and Ginseng (KT&G. Penguasaan pabrik rokok oleh asing merupakan hal yang merugikan bagi Indonesia. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh pemerintah Canada(Canada, 2010) perusahaan transnasional mendapatkan keuntungan yang sangat besar dan keuntungan yang ditanggung ini akan lari ke perusahaan principalnya. Industri rokok dinegara asalnya sendiri omzet yang dihasilkan semakin kecil dibandingkan dengan omzet dari operasinya di negara lain. Dari penjualan luar negerinya perusahaan transnasional lebih banyak memperoleh keuntungan. Demikian pengakuan PMI yang mengakui bahwa "merek lokal" sebagai tambang pemasukan perusahaan.

Sehingga persepsi bahwa pabrik rokok sekarang ini menguntungkan bagi negara tempat melakukan usaha, adalah sama sekali tidak benar, justru sebaliknya kita dirugikan. Revenue perusahaan rokok bisa lebih tinggi hingga setara dengan PDB suatu negara, sehingga dapat dibayangkan sedemikian besar keuntungan yang didapatkan. Dengan masuknya perusahaan transnasional disamping dengan larinya keuntungan pada perusahaan principalnya, adalah penetrasi pasar rokok kretek yang disusupi oleh rokok putih, sebagaimana diketahui bahwa pasar rokok Indonesia adalah unik dimana 90% adalah perokok kretek, adanya penetrasi perusahaan tersebut disamping juga tetap memelihara produk "warisan" tersebut adalah untuk memasarkan produknya sendiri rokok putih.

Di sisi lain kehadiran raksasa ekonomi industri rokok di Indonesia mematikan industri rokok dalam negeri, jumlah pabrik rokok di Indonesia jauh berkurang dari tahun 2008 yang berjumlah sekitar 3600 perusahaan besar hingga kelas rumah tangga, di tahun 2011 menyusut menjadi 1657(BPS, 2011) perusahaan, tapi belum termasuk kelas rumahan, dimana komposisinya adalah 90% perusahaan kecil yang hanya menguasai pasar sebesar 10%, sedangkan perusahaan besar yang jumlahnya hanya 10 persen menguasai pasar 90%(Maradona, 2010). Lebih lanjut dapat dikatakan bahwa berkurangnya perusahaan rokok di Indonesia telah berlangsung lama akibat persaingan usaha antara industri rokok besar dan industri skala menengah kecil. Sehingga berkurangnya pabrik rokok tidak ada kaitannya dengan kebijakan pengendalian dampak tembakau, karena hingga kini kebijakan pengendalian dampak tembakau sama sekali belum ditetapkan.

Lebih lanjut faktor ekonomi rokok apabila dikaitkan dengan beban ekonomi keluarga miskin, maka proporsi pengeluaran untuk rokok pada keluarga miskin ternyata lebih besar daripada kelompok keluarga terkaya. Pada keluarga miskin pengeluaran untuk rokok sebesar 12,5%, sementara kelompok keluarga terkaya hanya 9,3% dari pendapatan. Sementara pengeluaran untuk rokok pada keluarga miskin jauh lebih besar dibanding pengeluaran untuk makanan bergizi, pendidikan dan kesehatan. Pengeluaran untuk rokok 15 kali lipat dari pengeluaran untuk daging, 8 kali lipat dari pengeluaran untuk telur dan susu, 8 kali lipat dari pengeluaran untuk kesehatan, dan 6 kali lipat dari pengeluaran untuk

pendidikan(BPS, 2010; Sujatno, 2011). Sehingga rokok justru berperan dalam semakin memiskinkan rakyat miskin.

Dari penelitian Semba (Hellen Keller International, Jakarta) pada tahun 2006 (Best, et al., 2008) menunjukkan bahwa kebiasaan merokok kepala keluarga miskin perkotaan di Indonesia memicu malnutrisi (gizi buruk) pada balita. Dengan demikian, apabila konsumsi rokok diatur melalui kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan justru akan membantu mengurangi kemiskinan dan memperbaiki kesehatan serta status gizi di kalangan masyarakat miskin(BPS, 2010).

Di sisi lain beban ekonomi sebagai akibat sakit karena tembakau penting sekali untuk diperhitungkan juga karena sebagaimana dikutip dari Thabrany et al bahwa beban rumah sakit keluarga perokok lebih besar 2,5 kali dibandingkan bukan RT bukan perokok. Dan lebih buruk lagi lebih banyak rumah tangga perokok dibandingkan dengan RT bukan perokok. Sehingga dapat dibayangkan beban ekonomi bagi RT perokok sangatlah besar. Lebih lanjut apabila beban tersebut ditanggung oleh masyarakat miskin yang biaya pengobatannya ditanggung oleh beban kesehatan model asuransi bagi kaum miskin, atau asuransi sosial model Jamkesmas, akan sangat membebani keuangan negara. Sehingga perlu dipikirkan juga selain pengendalian konsumsi rokoknya, insentif apa yang dapat diberikan kepada peserta asuransi model Askekin atau Jamkesmas untuk mendorong pesertanya berhenti merokok agar tidak menyalahi prinsip universal coverage.

Rokok memang merupakan barang legal dikonsumsi, akan tetapi sebagaimana diatur oleh UU 11/1995 dan perubahannya UU nomor 39 tahun 2007, bahwa rokok adalah benda yang dikenakan cukai karena konsumsinya harus dikendalikan, peredarannya harus diawasi dan pemakainnya menimbulkan dampak negatif bagi masyarakat atau lingkungan hidup. Definisi dari perundang-undang tersebut sangat jelas. Menjadi salah satu landasan pentingnya pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau untuk mendukung, pengendalian konsumsi. Sehingga cukai rokok juga merupakan faktor yang mempengaruhi pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan. Hal ini didukung juga oleh berbagai penelitian bahwa harga dan cukai rokok sangat dibutuhkan dalam membantu mengurangi akses terhadap rokok bagi

remaja dan orang miskin. Hal ini telah terbukti dari berbagai studi yang dilakukan (Boonn, 2009; Chaloupka, et al., 2002; Evans & Farrelly, 1998; Hu, et al., 2010; Hu T-w, 2008; WHO, 2003).

Sehingga hasil analisis dari faktor ekonomi dapat dikatakan bahwa faktor yang mempengaruhi pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau dari faktor ekonomi dilakukan sebagai salah satu upaya untuk melakukan intervensi bagi keluarga miskin untuk tidak membelanjakan uangnya untuk belanja rokok, dengan jalan membatasi keterjangkauan dengan meningkatkan harga rokok dan cukai, kedua adalah penjualan rokok tidak boleh dilakukan secara parsial merupakan satu kesatuan utuh dalam kemasan berisi minimum 12 batang. Ketiga pengaturan bentuk segala iklan rokok, promosi dan sponsorship.

Sedangkan untuk masalah tenaga kerja harus diatur tersendiri oleh Kementerian Ketenagakerjaan agar upah buruh meningkat, dan mulai dirintis solusi pelatihan buruh rokok di bidang lainnya. Bagi kementerian Perindustrian dan Perdagangan, solusi melindungi pabrik rokok kecil sangat diperlukan, dan mendorong pabrik besar untuk meningkatkan ekspor dan mengurangi bahan baku rokok dengan impor.

6.3. ANALISIS TERHADAP FAKTOR HUKUM

Faktor hukum penting peranannya dalam pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan. Faktor hukum memberikan dasar hukum yang dapat dijadikan dasar pertimbangan bagi perwujudan kebijakan tersebut kedalam hukum positif Indonesia, yang dapat dijadikan pertimbangan sebagai dasar hukum adalah:

- Deklarasi Universal Hak Dasar Manusia (Universal Declaration of Human Right) 1948 pasal 25 dan Konstitusi WHO bagian Pembukaan menyebutkan bahwa salah satu hak dasar manusia adalah untuk mendapatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
- Ketetapan MPR Nomor XVII/MPRRI/1998 dan UU No.39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia semakin menggambarkan perubahan paradigma bahwa kesehatan sekarang ini semata-mata bukan lagi menjadi urusan pribadi yang terkait dengan nasib atau karunia Tuhan yang tidak ada hubungannya dengan tanggung jawab negara, melainkan suatu Hak Hukum (*legal rights*).

- Hak untuk hidup sehat masyarakat Indonesia juga telah dijamin oleh Undang-undang Dasar sebagai hak asak manusia hal ini sebagaimana ditetapkan dalam Pasal 28 H ayat (1) UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang berbunyi:

Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Hak dasar ini tidak boleh dilanggar oleh siapa pun dan harus dijunjung tinggi dan dihormati agar setiap orang dapat menikmati kehidupannya dengan sejahtera.

- Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia Nomor IV/MPR/1999 tentang Garis-Garis Besar Haluan Negara Tahun 1999-2004 salah satu program pembangunan nasional adalah ***meningkatkan mutu sumber daya manusia dan lingkungan yang saling mendukung dengan pendekatan paradigma sehat***, yang dijabarkan lebih lanjut dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (UU No. 25/2000) dalam program kesehatan dan kesejahteraan khususnya **Lingkungan Sehat** yaitu melalui
 - a. Program tersebut bertujuan untuk ***mewujudkan mutu lingkungan hidup yang sehat yang mendukung tumbuh kembang anak dan remaja, memenuhi kebutuhan dasar untuk hidup sehat***, dan memungkinkan interaksi sosial, serta melindungi masyarakat dari ancaman bahaya yang berasal dari lingkungan sehingga ***tercapai derajat kesehatan individu***, keluarga, dan masyarakat yang optimal.
 - b. Lingkungan yang diharapkan adalah kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat fisik, mental, sosial dan spiritual. Lingkungan tersebut mencakup unsur fisik, biologis, dan psikososial. Berbagai aspek lingkungan yang salah satunya adalah perubahan kualitas udara karena polusi, dan paparan terhadap bahan berbahaya lainnya.
 - c. Kegiatan pokok yang tercakup dalam program lingkungan sehat adalah (1) meningkatnya promosi hygiene dan sanitasi di tingkat individu, keluarga dan masyarakat; (2) meningkatnya mutu lingkungan perumahan dan permukiman termasuk pengungsian; (3) meningkatkan hygiene dan sanitasi tempat-tempat umum dan pengelolaan makanan;

(4) meningkatkan kesehatan dan keselamatan kerja; **(5) meningkatkan wilayah/kawasan sehat termasuk kawasan bebas rokok.**

- d. Disamping program lingkungan sehat dalam UU No. 25/2000 juga diprogramkan perilaku sehat dan pemberdayaan masyarakat yang tujuan umumnya adalah memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat dalam bidang kesehatan untuk memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatannya sendiri dan lingkungannya menuju masyarakat yang sehat, mandiri dan produktif. Hal ini ditempuh melalui peningkatan pengetahuan, sikap positif, perilaku dan peran aktif individu, keluarga dan masyarakat sesuai dengan sosial budaya setempat. Sasaran program khusus ini diantaranya adalah menurunnya prevalensi perokok, penyalahgunaan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (NAPZA), serta meningkatnya lingkungan sehat bebas rokok, dan bebas NAPZA di sekolah, tempat kerja, dan tempat-tempat umum; dan untuk mencapai lingkungan bebas rokok dan napza maka dilakukan dengan meningkatkan upaya anti tembakau dan NAPZA.
- Selain Kesehatan merupakan hak asasi, berkaitan dengan tanggung jawab negara dalam bidang kesehatan sebagaimana tercantum dalam Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, di dalam Bab IV pasal 14-20 disebutkan mengenai Tanggung Jawab Pemerintah untuk merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi dalam upaya untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Sedangkan bentuk yang paling tepat dalam mewujudkan kebijakan ini adalah Undang-undang berdasarkan ketentuan Undang-Undang nomor 12/2011 tentang Pembentukan Undang-undang Peraturan Perundang-undangan. Berdasarkan penjabaran diatas kesehatan merupakan hak asasi manusia yang dijamin oleh Undang-undang Dasar 1945 dan merupakan pemenuhan kebutuhan hukum masyarakat selaras dengan Ketetapan MPR Nomor XVII/MPRRI/1998 dan UU No.39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia yang menjadikan hak sehat adalah hak hukum masyarakat, demikian bab II pasal 6 (1) huruf b, dan bab III pasal 10 dari UU nomor 12/2011 menjadi terpenuhi yang berbunyi:

Materi muatan Peraturan Perundang-undangan harus mencerminkan asas:

(b) *Kemanusiaan*

persyaratan peraturan yang berbentuk Undang-undang apabila mengatur ketentuan lebih lanjut dari UUD'45 dan merupakan pemenuhan kebutuhan hukum masyarakat.

Hukum positif yang berlaku saat ini di Indonesia terkait dengan tembakau adalah Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 1999 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan, yang kemudian diubah dengan PP No. 38 Tahun 2000, dan selanjutnya dicabut dan diganti dengan PP No. 19 Tahun 2003. Kendati Pemerintah telah melakukan pengaturan, namun jika dikaji lebih jauh sebenarnya substansi yang diatur dinilai belum memadai dan belum memuaskan, terlebih apabila dibandingkan dengan ayat-ayat yang terkandung dalam kebijakan negara lain yang telah berdasar pada FCTC, berdasarkan perbandingan yang dilakukan antara PP 19/2003 tersebut, dirasakan masih banyak kekurangannya, perbandingan antar negara menunjukkan bahwa masih banyak hal yang belum diatur.

Hal yang belum masih belum sempurna diatur dalam PP 19/2003 adalah yang mencakup hal terpenting dalam pengaturan kebijakan adalah:

- **Harga dan Cukai rokok dalam rangka mengurangi keterjangkauan**
Tarif cukai seharusnya mencapai 2/3 dari harga jual eceran.
Harga rokok di Indonesia masih lebih murah dibanding negara tetangga, Malaysia.
- **Kemasan, Label dan Peringatan Kesehatan**
Akan sangat berarti terutama bagi perokok pemula untuk secara visual mendapat gambaran akibat merokok. Perokok pemula tidak cukup bekal pengetahuan terhadap dampak buruk rokok. Sebaiknya peringatan kesehatan dilakukan secara berganti-ganti, meliputi sedikitnya 30% (secara ideal adalah 50% atau lebih) dari luas tampilan utama dan mencantumkan gambar atau pictogram, serta mencegah kemasan dan label yang salah, menyesatkan atau menipu.
- **Kawasan Terbatas Rokok**
Secara umum telah ada pengaturan kawasan terbatas rokok akan tetapi permasalahan lebih kepada "*law enforcementnya*". Demikian halnya dengan Perda KTR yang belum merata disemua daerah hanya diwilayah tertentu saja.

- **Iklan, promosi dan sponsorship dari industri rokok**, perlu aturan main yang jelas karena iklan merupakan gerbang utama bagi perokok pemula memasuki gerbang untuk menjadi pecandu rokok. Semua media iklan masih diperkenankan di Indonesia untuk iklan rokok, hanya pada media elektronik dibatasi pada jam tertentu. Perusahaan yang mampu beriklan adalah perusahaan rokok besar yang telah memiliki segmen pasar tersendiri, yang otomatis loyal karena kecanduan. Sehingga iklan rokok lebih ditujukan kepada perokok pemula. Sebaiknya iklan di media elektronik dilarang total, media lain dapat dilakukan pengurangan dan pembatasan penayangan secara bertahap.
- **Pembatasan akses rokok**. Pembatasan usia yang mengakses rokok, menjual rokok penting untuk dibatasi. Akan tetapi kendala dari pengaturan ini adalah "*law enforcementnya*"
- **Sanksi Pidana** ketentuan yang berlaku saat ini tidak memiliki sanksi hukum sehingga pelaksanaannya tidak efektif dan efisien. Jika berbentuk Undang-undang maka kebijakan ini dapat memberikan sanksi pidana kepada pelanggarnya.

Apabila dikaji dari pembentukannya, Peraturan Pemerintah 19/2003 dibentuk berdasarkan mandat Pasal 44 UU No. 23/1992 tentang Kesehatan. Akan tetapi setelah diterbitkannya UU Kesehatan Baru nomor 36 tahun 2009, maka UU Kesehatan no 23/1992 dinyatakan tidak berlaku sehingga seharusnya secara struktural PP 19/2003 pun dinyatakan tidak berlaku walau tidak secara tegas dicabut, dan dalam UU Kesehatan 36/2009 masih disebutkan bahwa seluruh ketentuan pelaksana dari UU no. 23/1992 masih berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan undang-undang, akan tetapi dilihat dari meningkatnya jumlah perokok dan kesakitan dan kematian PP tersebut sudah tidak efektif lagi dan tidak memiliki sanksi hukum.

Pembatasan kawasan rokok telah diatur dalam peraturan daerah. Akan tetapi perda tersebut sangat tergantung dari peran pemerintah daerah dalam memberlakukan kebijakan ini. Hanya pada daerah tertentu yang memiliki perda rokok, baru di 14 wilayah saja. Sedangkan masih lebih banyak yang daerah yang belum memiliki perda kawasan terbatas rokok, karena Indonesia terdiri dari 33 propinsi, 364 kabupaten dan 88 kota. Jadi total 14 wilayah tersebut baru mencakup 2,88% dari seluruh wilayah propinsi, kabupaten dan kota.

Disamping itu keberadaan perda rokok itu masih mengacu kepada kebijakan undang-undang kesehatan lama nomor 23/1992 yang telah dicabut dengan UU nomor 36/2009 tentang kesehatan. Sehingga secara hukum perda-perda tersebut juga belum memiliki payung hukum terhadap pembentukannya.

Oleh karena itu RUU Pengendalian Dampak Tembakau terhadap Kesehatan penting untuk segera dibentuk dalam rangka sebagai landasan bagi kebijakan terkait tembakau, khususnya bagi peraturan pelaksanaannya dan perda yang saat ini berlaku tanpa dasar hukum yang kuat.

Merupakan hal yang sangat baik bahwa didalam UU no. 28/2009 tentang pajak dan retribusi daerah sebagaimana dijelaskan dalam pasal 31 bahwa 50% bahwa dialokasikan paling sedikit 50% (lima puluh persen) untuk mendanai pelayanan kesehatan masyarakat dan penegakan hukum oleh aparat yang berwenang.

Jika dilihat dari masa pemerintahan kepresidenan dari Suharto hingga Susilo Bambang Yudhono (SBY) dimasa pemerintahan presiden SBY, kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan justru mengalami kemandekan. Pada masa pemerintahan SBY babak pertama 2004-2009, RUU Pengendalian dampak tembakau telah masuk dalam daftar Prolegnas akan tetapi tidak dituntaskan. Sehingga dalam masa pemerintahan SBY babak 2, 2009-2014 masih dalam tahap pembahasan dan nampaknya pengesahan masih panjang (Alie, 2009).

6.4. ANALISIS TERHADAP FAKTOR POLITIK

6.4.1. Gangguan Terhadap Proses Pembentukan Kebijakan Pengendalian Dampak Tembakau

Dalam proses pembuatan kebijakan Pengendalian Dampak Tembakau, gangguan yang datang dari pihak industri untuk mempengaruhi proses sangat kuat, berbagai macam cara dilakukan oleh industri untuk sebisa mungkin menggagalkan jika tidak meminimalkan.

Agar pembentukkan berjalan lancar maka industri sebagai vektor dari proses pembentukan kebijakan pengendalian tembakau hendaknya dibatasi ruang geraknya untuk tidak mempengaruhi sistem legislasi di Indonesia. Sistem

pembuatan kebijakan yang transparan dan terbuka hendaknya diterapkan dalam pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan.

6.4.2. Persepsi Aktor Terhadap Kebijakan

Salah satu penghambat dalam perbaikan kebijakan pengendalian dampak tembakau adalah persepsi aktor terhadap kebijakan pengendalian dampak tembakau itu sendiri. Terutama persepsi dari pembuat kebijakan itu sendiri (Lihat tabel 5.20). Dari proporsi partai yang duduk dalam keanggotaan DPR, persepsi negatif tidak saja dari partai kecil tapi hampir merata terhadap seluruh partai. Persepsi negatif yang merata diseluruh partai tersebut menimbulkan pertanyaan dimanakah tingkat kepedulian wakil rakyat terhadap faktor kesehatan terkait tembakau ini.

Berikut ini analisis terhadap persepsi anggota fraksi sebagaimana tercantum dalam hasil tabel 5.23.

Terjadi gesekan dalam masyarakat yang peduli kesehatan karena efek rokok dan petani tembakau yang peduli pada petani.	Berdasarkan kajian yang telah dilakukan bahwa sebetulnya tidak perlu terjadi gesekan antara kesehatan dan pertanian, jika dipahami esensi pengendalian dampak tembakau adalah untuk mengatur konsumsi, bukan untuk mengatut petani. Bahwa petani merupakan pihak yang harusnya paling dilindungi tidak dibantah lagi, akan tetapi pengaturan keberpihakan terhadap petani justru harus diatur dalam kebijakan lain agar posisi petani lebih kuat. Petani memiliki hak untuk menanam apa yang diinginkan, akan tetapi justru tugas pemerintah yang harus dapat menyalurkan produk yang ditanam petani tersebut. Impor tembakau yang dilakukan justru yang membuat hasil pertanian tidak dapat diserap oleh pasar.
RUU yang akan dibuat hendaknya tidak hanya mengatur persoalan dampak produk tembakau, melainkan juga pengolahan tembakau mulai dari hulu sampai hilir.	Esensi kebijakan tembakau adalah kesehatan, sehingga yang diatur adalah bagaimana mengendalikan konsumsinya, agar terjadi penurunan prevalensi, termasuk mengendalikan keterjangkauan produk dari masyarakat miskin dan anak-anak. Kebijakan lain terkait pertanian, ketenagakerjaan dan industri diatur dalam kebijakan lain.
Judul dan isi RUU harus lebih sesuai dengan materi yang ada di dalamnya.	Sangat setuju, sehingga tidak perlu ada pencampur adukkan antara sektor terkait

	kesehatan dan sektor lain yang tidak terkait kesehatan
Perlu peninjauan kembali soal aspek filosofis, sosiologis, dan yuridis termasuk menjustifikasi pengendalian produk tembakau sebagai penyebab polusi, karena di sisi lain kendaraan bermotor juga melakukan hal yang sama.	Paparan diatas merupakan bentuk justifikasi dari kenapa pengendalian dampak tembakau sudah sedemikian pentingnya. Disamping dari hasil penelitian kandungan asap rokok lebih berbahaya dari kandungan polusi(Invernizzi, et al., 2004; Today, 2004). Polusi buruk akibatnya bagi kesehatan, sehingga polusi juga perlu diatur dalam kebijakan tersendiri. Apabila kedua hal tersebut diatur, kawasan lingkungan sehat bebas dari asap rokok dan polusi akan terwujud.
RUU haruslah memberikan pengaturan yang berimbang dan memperhatikan kepentingan industri kecil khususnya perokok.	Yang merupakan hak asasi adalah hak sehat, mendapatkan lingkungan yang sehat. Ketika hak asasi tersebut tidak dipenuhi maka dapat mengancam kesehatan dan keselamatan jiwa orang banyak. Kebalikannya ketika merokok tidak dipenuhi haknya maka tidak akan mengancam jiwa perokok tersebut, sehingga merokok bukanlah hak asasi. Industri rokok justru harus diatur keberadaanya, saat ini yang menguasai pasar adalah industri rokok transnasional dan sebagian nasional besar saja. Keberadaan industri besar yang harusnya diatur untuk melindungi pabrik rokok kecil. Gulung tikarnya perusahaan kecil telah berlangsung lama, diutamakan terjadi karena impor tembakau dan munculnya gurita transnasional
Perlu peninjauan kembali terhadap pengaturan tentang pemeriksaan jenis dan kadar kandungan dan emisi produksi rokok.	Setuju, penelitian telah dilakukan oleh banyak pihak termasuk WHO, bahwa asap rokok mengandung 4000 zat, banyak diantaranya merupakan zat untuk keperluan industri dan dapat menyebabkan kanker. Pemerintah Amerika Serikat telah berhasil memaksa Industri rokoknya untuk mengeluarkan kandungan zat yang ada dalam rokok, jumlah yang dipublikasikan oleh pabrik rokok itu mencapai 599 jenis.
Kompetisi antar negara berkembang dengan negara maju dalam kompetisi antara perusahaan tembakau dan produk olahan tembakau dengan perusahaan farmasi, antara perusahaan rokok besar dan kecil.	Bahwa orang sakit merupakan satu keuntungan bagi industri farmasi, karena akan menjual obat segala macam penyakit terkait tembakau. Industri farmasi tentu saja akan membiarkan orang-orang jatuh sakit daripada berjuang untuk menghentikan orang tersebut berhenti merokok. Tugas pemerintah untuk melindungi usaha kecil
Pengaturan kawasan tanpa produk tembakau atau rokok harus memenuhi kualifikasi tertentu, seperti alat	Penyediaan alat penghisap udara, akan membebani pemilik gedung. Larangan total merokok dalam gedung merupakan solusi yang

pengisap udara.	paling baik bagi kesehatan pekerja dalam gedung. Kandungan Tar dapat bertahan di jok dan sofa selama berbulan-bulan. Sehingga keberadaan alat penghisap udara tidaklah efektif.
Perlu adanya sinkronisasi RUU Tembakau dengan peraturan perundang-undangan terkait seperti UU Cukai, UU Perlindungan Konsumen, UU Tenaga Kerja, UU Kesehatan, UU Perkebunan, dan UU Merek.	Setuju
Perlu mengatur perlindungan terhadap petani tembakau dengan penelitian yang berkelanjutan, pembinaan dan budidaya, penanganan dan pemasaran tembakau.	Diatur dalam kebijakan yang tersendiri
Dalam hal cukai dan fiskal, penerimaan negara, industri rokok memberikan pemasukan yang besar. Tahun 2010 mencapai 10 triliun dan fiskal sekitar Rp 66 triliun.	Jumlah yang keliatan besar harus secara proporsional dibandingkan dengan jumlah total pengeluaran sakit/mati akibat tembakau. 338.7 trilyun setara dengan 6xpendapatan cukai rokok 2007
Perlu pengaturan terhadap ekspor dan impor produk tembakau. Karena adanya konsolidasi industri rokok global yang diwarnai oleh akuisisi perusahaan transnasional.	Tugas pemerintah untuk mengatur secara proporsional dalam kebijakan yang terpisah dengan pengendalian dampak tembakau
RUU juga harus memperhatikan kesempatan kerja, yang menurut data Kemenakertrans ada sekitar 7,5 juta tenaga kerja dari 3.800 pabrik rokok.	Tugas pemerintah untuk mencari solusi. Kebijakan pengendalian dampak tembakau tidak akan serta merta menurunkan jumlah perokok. Sehingga jika direncanakan dengan baik alternatif transisi peralihan industri rokok pada industri lain dapat berjalan dengan baik.

Dari hal tersebut diatas, maka jika faktornya karena ketidaktahuan terhadap dampak tembakau maka perlu segera dibangun persepsi yang positif perlu dibangun di kalangan pembentuk kebijakan tersebut, bahwa pengendalian dampak tembakau merupakan faktor kesehatan yang sangat penting. Sebagaimana dijelaskan dalam analisis ekonomi, hukum dan kesehatan, berdasarkan bukti-bukti pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan tidak mempengaruhi pertanian dan perindustrian. Lihat juga perbandingan antara Indonesia dan negara lain bahwa China, India dan Brasil telah meratifikasi FCTC dan telah menjalankan ketentuan yang disyaratkan oleh FCTC hingga saat ini, Cina tetap sebagai negara produsen tembakau terbesar dan pengeskor tembakau nomor lima

di dunia. Brazil lebih fantastis walau produksinya nomor dua setelah China akan tetapi nilai dan kuantitas eksportnya nomor satu didunia, demikian halnya dengan India berhasil menjadi pengeksport tembakau nomor empat dunia. Sehingga benturan ekonomis tidak perlu lagi dijadikan alasan sebagai ditundanya pengaturan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan.

Jika faktornya ketidakpedulian, sudah saatnya untuk menjadi peduli mengingat dampak yang ditimbulkan akan sangat besar, memang tidak instant kelihatan pada saat ini akan tetapi jangka panjang. Sudah saatnya untuk peduli terhadap perlindungan generasi mendatang bangsa Indonesia, yang merupakan aset bangsa, penerus pembangunan bangsa Indonesia.

DPR adalah institusi pembentuk kebijakan, sebagaimana disebutkan dalam UUD'45 pasal 20 yang berbunyi:

Dewan Perwakilan Rakyat memegang kekuasaan membentuk Undang-undang.

Jelas bahwa DPR bukan membuat melainkan membentuk, apa yang menjadi aspirasi rakyat kemudian dibentuk untuk menjadi suatu kebijakan. Sehingga apa yang diinginkan rakyat sebagaimana terekam dalam hasil survey YLKI sebagaimana telah dikonfirmasi (informan A5), bahwa rakyat sangat mendukung terhadap dilakukannya pengendalian tembakau. Hal ini seharusnya dapat dijadikan aspirasi bagi pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan (YLKI, 2011).

6.4.3. Komitmen Pemerintah Terhadap Pembentukan Kebijakan Pengendalian Tembakau

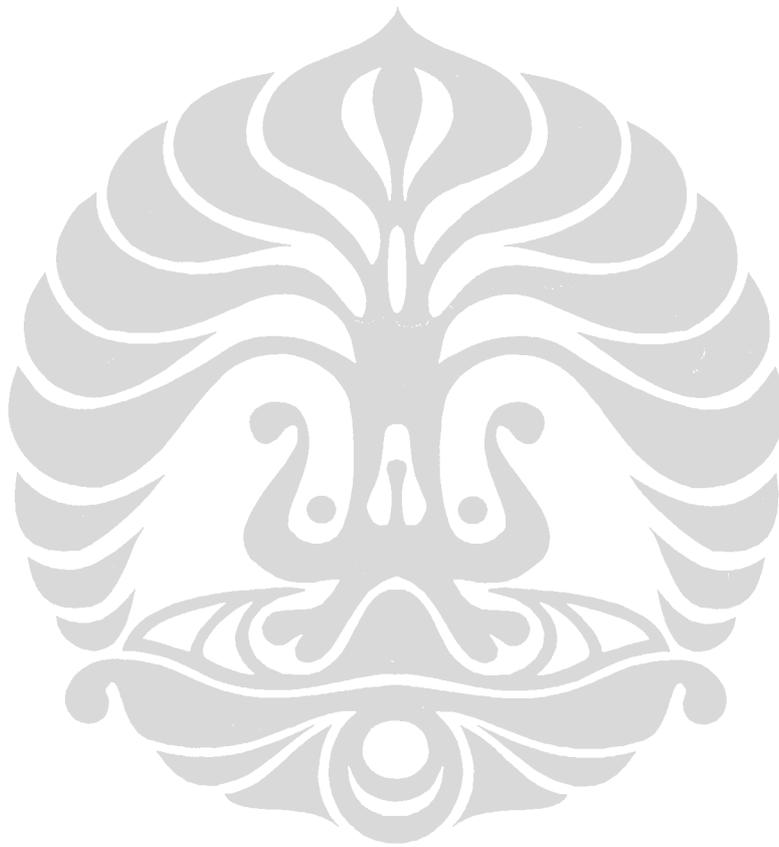
Puncak dari segala permasalahan pembentukan Kebijakan Pengendalian Tembakau adalah komitmen pemerintah. Dengan adanya komitmen pemerintah semua pengendalian dampak tembakau bagi kesehatan akan dapat terlaksana. Akan sangatlah sulit apabila pemerintah tidak mau berkomitmen terhadap penurunan jumlah perokok di Indonesia.

Berdasarkan hasil analisis terhadap faktor komitmen pemerintah, keengganan pemerintah tercermin dari tindakan-tindakan yang dilakukan yaitu:

1. Tidak menandatangani sekaligus tidak meratifikasi hingga batas yang ditetapkan. Padahal dari awal pembentukan Indonesia terlibat sangat aktif, di akhir pada saat hendak ditandatangani dibatalkan. Cara ketiga yang dapat dilakukan pun tidak dilakukan yaitu melakukan akses, hingga detik ini. Sehingga kedudukan Indonesia di dunia Internasional saat ini belum sejajar dengan negara lain dan tidak mendapatkan hak-hak sebagai anggota FCTC, akan tetapi sejajar dengan negara-negara yang secara politik Internasional, ekonomi dan sosial jauh berada dibawah Indonesia seperti Zimbabwe dan Tajikistan (Lihat lampiran 1).
2. Ketidakjelasan status dari RUU dan RPP tembakau yang hingga detik ini tidak ada kelanjutannya. RUU semua fraksi sepakat untuk diendapkan hingga batas waktu yang tidak ditentukan sedangkan RPP masih dalam taraf harmonisasi di Kementerian Hukum dan HAM.
3. Ketidaktegasan komitmen pemerintah tercermin juga dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah (RJPM) 2010-2014 sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Presiden nomor 5 tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2010-2014, dimana tetap menjadikan tembakau sebagai target pertumbuhan industri di daerah bersama-sama dengan industri makanan dan minuman dan ditargetkan mencapai 6,79% pertahun. Dalam RPJM 2010-2014 Kementerian Pertanian tetap menjadikan tembakau sebagai komoditas unggulan yang bukan berorientasi pada peningkatan ekspor tapi hanya kepada pemenuhan konsumsi dalam negeri saja.
4. Disamping itu dalam roadmap industri rokok yang dikeluarkan oleh Kementerian Perindustrian tahun 2007-2020, Pemerintah RI memutuskan untuk tetap berpedoman pada roadmap industri hasil tembakau (IHT); yang diatur dalam Permenperin No.117/M-IND/PER/2009 sebagai turunan dari peraturan Presiden nomor 28 tahun 2008 tentang Kebijakan Industri Nasional. Dalam roadmap tersebut, menargetkan peningkatan produksi rokok dari 220 miliar batang pada 2007 menjadi 240 miliar batang pada 2010 hingga 2015, dan terus meningkat menjadi 260 miliar batang pada 2015 hingga 2020, yang menjadikan industri tembakau tetap sebagai industri prioritas. Secara

hirarki perundang-undangan Roadmap kedudukannya jauh dibawah Undang-undang akan tetapi roadmap selalu dijadikan sebagai dasar bagi penundaan dibentuknya kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan.

Jika dilihat dari masa pemerintahan presiden Suharto hingga presiden Susilo Bambang Yudhono, kevakuman dalam memberikan perlindungan kesehatan dari dampak konsumsi tembakau justru berada ditangan presiden Susilo Bambang, baik periode pemerintahan satu maupun kedua.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. KESIMPULAN

1. Produk tembakau secara khusus rokok tidak dapat dibantah lagi merupakan produk yang dikonsumsi yang dapat membahayakan kesehatan baik si perokok itu sendiri maupun orang lain yang berada dalam lingkungannya, oleh karena itu rokok sangat perlu diatur konsumsinya.
2. Kesehatan merupakan faktor utama yang mempengaruhi untuk dibentuknya kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan, hal ini guna mencegah terus meningkatnya prevalensi jumlah perokok di Indonesia baik pria, wanita dan remaja bahkan anak-anak. Pergeseran prevalensi usia perokok yang makin belia, merupakan hal yang harus dipertimbangkan dalam melindungi generasi muda dan mendatang bangsa Indonesia. Bahwa harus disadari prevalensi perokok yang tinggi ini lebih lanjut akan diikuti dengan meningkatnya jumlah tingkat kesakitan dan kematian akibat konsumsi tembakau. Oleh karena itu faktor kesehatan harus dipertimbangkan sebagai faktor utama dalam pembentukan kebijakan pengendalian tembakau.
3. Ekonomi merupakan faktor yang memperkuat perlu dibentuknya kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan, yaitu khususnya ekonomi yang terkait langsung dengan beban ekonomi sakit atau mati akibat konsumsi tembakau, dan beban ekonomi yang mengakibatkan malnutrisi pada keluarga miskin akibat belanja rokok. Hal lain yang perlu diatur terkait dengan ekonomi adalah Harga dan Cukai tembakau, distribusi termasuk ekspor dan impor, iklan, promosi dan sponsor. Pertimbangan terhadap faktor ekonomi lainnya seperti pertanian tembakau, sebaiknya diatur dalam kebijakan tersendiri. Demikian pula halnya di dalam rangka melindungi industri dalam negeri, penetrasi pasar oleh perusahaan Transnational harus dibatasi, demikian pula pengadaan tembakau, harus mendorong peningkatan produksi tembakau dalam negeri.
4. Dasar hukum pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau telah kita miliki, yaitu Declaration of Human Rights 1948, Pembukaan

Konstitusi WHO, UUD'45, Ketetapan MPR Nomor XVII/MPRRI/1998 dan UU No.39 Tahun 1999, Ketetapan MPR Nomor IV/MPR/1999, UU 25 Tahun 2000 dan UU 12/2011, sehingga tidak ada alasan lain kecuali untuk segera menetapkan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan sebagai wujud perlindungan hak hukum kesehatan masyarakat dari dampak buruk rokok. Hak hukum tersebut merupakan faktor yang nyata perlu untuk segera diwujudkan sebagai hukum positif, dengan bentuk formal Undang-undang. Bahwa pembentukan kebijakan pengendalian tembakau agar lebih komprehensif disesuaikan dengan mengadopsi nilai-nilai yang terkandung dalam FCTC yang berfungsi sebagai payung bagi pengaturan pelaksana dibawahnya termasuk kebijakan Kawasan Terbatas Rokok yang pelaksanaannya diatur oleh peraturan daerah dan juga sebagai proses akses terhadap FCTC sehingga Indonesia dapat menjadi anggotanya.

5. Keengganan dari kalangan politisi melakukan wawancara menunjukkan bahwa topik rokok merupakan topik yang tidak nyaman untuk dibicarakan bagi kalangan politisi.
6. Bahwa ketiga faktor diatas tidak akan terwujud apabila tidak diwadahi oleh para aktor pembentuk kebijakan. Persepsi menyeluruh terhadap permasalahan tembakau sangat diperlukan bagi para aktor pembentuk kebijakan. Apabila pembentuk kebijakan telah memahami ketiga faktor yang mempengaruhi kebijakan secara mendalam, maka tidak akan ada lagi persepsi negatif terhadap pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan. Sehingga kebutuhan masyarakat terhadap perlindungan kesehatan dari dampak buruk tembakau akan dapat ditampung untuk kemudian diwujudkan dalam bentuk kebijakan yang berlaku secara nasional.
7. Pembentukan kebijakan yang dilakukan tidak akan menjadi formal dan berlaku efektif secara nasional apabila tidak diikuti dengan komitmen pemerintah untuk mengesahkan kebijakan tersebut ke dalam hukum Nasional. POLITICAL WILL yang kuat dari pemerintah untuk segera mewujudkannya dan mengesahkan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan kedalam Hukum Nasional Indonesia

sesegera mungkin merupakan faktor penentu dari keseluruhan faktor yang mempengaruhi tersebut.

8. Harapan yang tinggi terhadap pemerintah untuk berpihak kepada rakyat dalam mewujudkan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia serta melindungi generasi muda dan generasi mendatang Indonesia dengan mengesahkan kebijakan pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan secara nasional.

7.2. SARAN/REKOMENDASI

Berdasarkan analisis hasil penelitian, maka berikut ini saran/rekomendasi yang perlu dilakukan dalam mencapai perbaikan:

1. Membuat/Mengesahkan Undang-Undang pengendalian dampak konsumsi tembakau terhadap kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melindungi pihak-pihak yang tidak/belum dapat mengambil tindakan sendiri, mengurangi prevalensi perokok, sakit/mati akibat tembakau, lebih lanjut untuk mengurangi kemiskinan dan kebodohan.
2. Undang-undang tersebut merupakan payung hukum bagi perundang-undangan dibawahnya termasuk Peraturan Pemerintah dan Peraturan Daerah, menjadi satu kesatuan yang komprehensif tidak bersifat parsial.
3. Agar kebijakan efektif dalam mencapai penurunan prevalensi perokok di Indonesia kebijakan harus setidaknya mengandung:
 - a. Pengaturan Harga Cukai Rokok
 - b. Penerapan Kawasan Tanpa Rokok
 - c. Pembatasan usia perokok
 - d. Pengendalian periklanan, promosi dan pemberian sponsor tembakau/rokok,
 - e. Perlindungan konsumen tembakau/rokok;
 - f. Peringatan Kesehatan dengan gambar
 - g. Penegakan hukum dan ketentuan sanksi pidana.
4. Peningkatan koordinasi antar lembaga, karena sifat pengaturan tembakau yang lintas sektoral dalam hal ini yang paling berperan adalah Kementerian Kesehatan, Kementerian Perindustrian dan Kementerian

Pertanian untuk secara bersama-sama mengatur masalah tembakau termasuk dengan aktor pembentuk kebijakan DPR. Jika diperlukan Menteri Koordinator yang melakukan koordinasi secara langsung.

5. Melakukan kajian yang lebih mendalam agar biaya yang muncul akibat produktivitas yang hilang karena sakit dan produktivitas yang hilang karena mati dan biaya perawatan akibat rokok agar diketahui dengan pasti beban negara, beban individu dibandingkan dengan penerimaan sektor cukai.
5. Kementerian Pertanian membuat kebijakan tersendiri terkait peningkatan harkat dan martabat petani tembakau di Indonesia. Disamping melakukan penelitian tanaman alternatif pengganti tembakau dan pengembangan fungsi alternatif tembakau disamping rokok.
6. Kementerian Perindustrian mendorong industri untuk melakukan ekspor dan mulai memikirkan melakukan diversifikasi usaha.
7. Keterbukaan sistem dalam pembentukan perundang-undangan agar campur tangan para *lobbyist* rokok dapat diminimalkan.
8. Peningkatan edukasi bagi pemuda, kalangan usia belia terhadap bahaya merokok, dana dari edukasi ini sebaiknya diwujudkan dari dana cukai rokok.

DAFTAR REFERENSI:

- 2, M. A. T. (2011). Wawancara Mendalam dengan pejabat di DPR dan pejabat masyarakat anti tembakau. Jakarta.
- Achadi, A. (2010). *Pengendalian Masalah Merokok di Indonesia Diperlukan Kearifan Semua Pihak Untuk Menyepakati Regulasi yang Komprehensif dan Kuat*. Universitas of Indonesia, Depok.
- Aditama, T. Y. (2011). *Non Communicable Disease Control Program in Indonesia*. Paper presented at the Regional Meeting on Health and Developmental Challenges of Noncommunicable Diseases (NCDs), Jakarta, 1-4 March 2011.
- Ahsan, A. e. a. (2009). Bab 3 Pertanian Tembakau Dan Cengkeh. In A. A. A. S. K. N. H. Wiyono (Ed.), *Fakta Tembakau dan Permasalahannya di Indonesia*. Jakarta: Tobacco Control Center Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia.
- Ait-Khaled N Fau - Enarson, D., Enarson D Fau - Bousquet, J., & Bousquet, J. (2001). Chronic respiratory diseases in developing countries: the burden and strategies for prevention and management. *Bulletin World Health Organization*, 79(10)(0042-9686 (Print)), 971-979.
- Aksan, A. (2011). Mengungkap Selingkuh Politikus, Pemerintah dan Industri Tembakau di Indonesia Aliensi Jurnalis Indonesia.
- Alberg Aj Fau - Samet, J. M., & Samet, J. M. (2003). Epidemiology of Lung Cancer. *Chest*(0012-3692 (Print)).
- Alcaide, J., Altet, M. N., Plans, P., Parrón, I., Folguera, L., Saltó, E., et al. (1996). Cigarette smoking as a risk factor for tuberculosis in young adults: A casecontrol study. *Tubercle and Lung Disease*, 77(2), 112-116.
- Alie, M. (2009). *Payung Hukum Pengusahaan Tembakau Di Indonesia*. Temanggung: Dewan Perwakilan Rakyat Indonesia.
- Aloise-Young, P. A., Cruickshank, C., & Chavez, E. L. (2002). Cigarette Smoking and Perceived Health in School Dropouts: A Comparison of Mexican American and Non-Hispanic White Adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(6), 497-507.
- Altman Dg Fau - Levine, D. W., Levine Dw Fau - Howard, G., Howard G Fau - Hamilton, H., & Hamilton, H. Tobacco Farmers And Diversification: Opportunities And Barriers. (0964-4563 (Print)).
- Ambrose, J. A., & Barua, R. S. (2004). The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: An update. *Journal of the American College of Cardiology*, 43(10), 1731-1737.
- Aminuddin, M. (2010). Bocah Merokok dan Bicara Cabul Ibu SW Diduga Alami Depresi *detik.com*. Retrieved from <http://www.lintasberita.com/go/1016844>
- Amos, A. (1996). Women and smoking. *British Medical Bulletin*, 52(1), 74-89.
- ANT. (2011). RPP Tembakau Masih Proses Harmonisasi. *Kompas.com*. Retrieved from <http://kesehatan.kompas.com/read/2010/04/08/00000852/RPP.Tembakau.Masih.Proses.Harmonisasi>
- Anugerah, A. (2010). Tembakau Virginia Impor Masih Tinggi, Produksi NTB Diharapkan Jadi Solusi. *Harian Umum Suara NTB*. Retrieved from <http://www.suarantb.com/2010/04/21/wilayah/Mataram/detil2.html>
- APACT. (2010). *9th APACT Conference Statement on Indonesia: Asia Pacific Conference on Tobacco or Health*.
- ASH. (2009). *Tobacco and the developing world: Action on Smoking and Health*.
- ASH. (2011). *The UK Tobacco Industry*. London: Action on Smoking on Health.
- Asplund, K., Nasic, S., Janlert, U., & Stegmayr, B. (2003). Smokeless Tobacco as a Possible Risk Factor for Stroke in Men: A Nested Case-Control Study. *Stroke*, 34(7), 1754-1759.
- Association, A. H. Cigarette Smoking and Cardiovascular Diseases. Retrieved from <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4545>

- Australia, T. i. (2011). International Comparisons Of Prevalence Of Smoking *A Comprehensive Online Resources*, from <http://www.tobaccoaustralia.org.au/chapter-1-prevalence/1-13-international-comparisons-of-prevalence-of-sm>
- Ayanian, J. Z., & Cleary, P. D. (1999). Perceived Risks of Heart Disease and Cancer Among Cigarette Smokers. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 281(11), 1019-1021.
- Bank, W. *Tobacco Control in Developing Countries 2* (No. ISBN 0192632469).
- Bank, W. (2006). *Understanding Socio-economic and Political Factors to Impact Policy Change* (No. Report No. 36442 - GLB): The World Bank Social Development Department.
- Barber S, A. S., Ahsan A, Setyonaluri D. (2008). *Tobacco Economics in Indonesia*: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2010). Abnormal Psychology: An Integrative Approach. p. 396. Available from http://books.google.co.id/books?id=Mo_q4zFVNo4C&pg=PP1&lpg=PP1&dq=Abnormal+Psychology:+An+Integrative+Approach+By+David+H.+Barlow,+V.+Mark+Durand&source=bl&ots=x5GFtFosTx&sig=92PWzGwyE4KWk7ZnPpXWIRY7sM4&hl=en&ei=MPHaToaiLobqrQfT3_T7DQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=4&ved=0CDgQ6AEwAw#v=onepage&q=Abnormal%20Psychology%3A%20An%20Integrative%20Approach%20By%20David%20H.%20Barlow%2C%20V.%20Mark%20Durand&f=false
- Bataviase. (2011). Perokok Indonesia Terbanyak di Dunia. Retrieved 23 february 2011, 2011, from <http://bataviase.co.id/node/559817>
- Bates, C., Connolly, G., & Jarvis, M. (2007). *Tobacco additives: Cigarette engineering and nicotine addiction*
- Bayi Umur Dua Tahun Kecanduan Rokok. (2009, 14 April 2009). *Kompas.com*.
- Benedict, I. C. N. a. O. C. O. (2009). Elevated Cadmium Levels in Blood of the Urban Population in Enuhu State Nigeria. *World Applied Sciences Journal*, 7(10), 1255-1262.
- Benenati, A. (2010). Tobacco industry leads industry lobby attempt to skew policy-making : new evidence. from <http://preventtobacco.wordpress.com/2010/01/29/tobacco-industry-leads-industry-lobby-attempt-to-skew-policy-making-new-evidence/>
- Benny Dwi K, R. (2010, 14 Januari 2010). Wah Pabrik Rokok di Indonesia Terbanyak di Dunia. *Kompas.com*.
- Benowitz, N. L. (1999). The biology of nicotine dependence: From the 1988 Surgeon General's Report to the present and into the future. *Nicotine & Tobacco Research*, 1(Suppl 2), S159-S163.
- Benowitz, N. L. (2010). Nicotine Addiction. *The New England Journal Of Medicine*, 362(24), 2295-2303.
- Bentoel, P. (2010). Sejarah. 2010, from <http://bentoel.co.id/id/about-us/history/>
- Best, C. M., Sun, K., de Pee, S., Sari, M., Bloem, M. W., & Semba, R. D. (2008). Paternal smoking and increased risk of child malnutrition among families in rural Indonesia. *Tobacco Control*, 17(1), 38-45.
- Blecher E, v. W. C. (2008). *An Analysis of Cigarette Affordability*: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
- Bloomberg. (2009). British American to Acquire Bentoel for \$494 Million. from <http://www.xak.com/main/newsshow.asp?id=97877>
- Boffetta, P., Jayaprakash, V., Yang, P., Asomaning, K., Muscat, J. E., Schwartz, A. G., et al. (2010). Tobacco Smoking As A Risk Factor Of Bronchioloalveolar Carcinoma Of The Lung: Pooled Analysis Of Seven Case-Control Studies In The International Lung Cancer Consortium (ILCCO). *Cancer Causes Control*.

- Bollyky, T. J., & Gostin, L. O. (2011). The United States' Engagement in Global Tobacco Control: Proposals for Comprehensive Funding and Strategies. *Journal of the American Medical Association, Vol. 304, No. 23, pp. 2637-38, 2010.*
- Boonn, A. (2009). Raising Cigarette Taxes Reduces Smoking, Especially Among Kids (And The Cigarette Companies Know It). In T.-F. K. Organization (Ed.), *Campaign for Tobacco-Free Kids.*
- Borio, G. (2010). The Tobacco Timeline. Retrieved February 11, 2011, 2011, from http://www.tobacco.org/resources/history/Tobacco_History.html
- Bottorff, J. L., McKeown, S. B., Carey, J., Haines, R., Okoli, C., Johnson, K. C., et al. (2010). Young Women's Responses To Smoking And Breast Cancer Risk Information. *Health Educ Res, 25(4), 668-677.*
- Boyle, P., Maisonneuve, P., Bueno de Mesquita, B., Ghadirian, P., Howe, G. R., Zatonski, W., et al. (1996). Cigarette Smoking And Pancreas Cancer: A Case-Control Study Of The Search Programme Of The IARC. *International Journal of Cancer, 67(1), 63-71.*
- BPS. (2010). Jumlah Penduduk Miskin di Indonesia Pada Maret 2010 Mencapai 31,02 Juta Orang., 25 January 2011, from <http://www.bps.go.id/index.php?news=776>
- BPS. (2011). Jumlah Perusahaan Menurut SubSektor , 2001-2009. Retrieved 15 November 2011, 2011, from http://www.bps.go.id/tab_sub/view.php?tabel=1&daftar=1&id_subyek=09¬a_b=2
- Bram. (2009). Lahan Tembakau Di Ngawi Berkurang. Retrieved Februari 18, 2011, 2011, from <http://www.lawupos.net/871/lahan-tembakau-di-ngawi-berkurang/>
- Braverman, M. T., & Aaro, L. E. (2004). Adolescent Smoking and Exposure to Tobacco Marketing Under a Tobacco Advertising Ban: Findings From 2 Norwegian National Samples. *Am J Public Health, 94(7), 1230-1238.*
- BRK. (2011). Kt&G Buys Indonesian Tobacco Firm *Daily*,
- Bungin, B. (2010). *Analisis Data Penelitian Kualitatif: Pemahaman Filosofis dan Metodologis ke Arah Penguasaan Model Aplikasi* (4 ed.). Jakarta: Prenada Media Group.
- Buse, K. (2008). Addressing The Theoretical, Practical And Ethical Challenges Inherent In Prospective Health Policy Analysis. *Health Policy and Planning, 23(5), 351-360.*
- Buse, K. e. a. (2007). *How can the analysis of power and process in policy-making improve health outcomes?* London: Overseas Development Institution.
- Calogero, A., Polosa, R., Perdichizzi, A., Guarino, F., La Vignera, S., Scarfia, A., et al. (2009). Cigarette Smoke Extract Immobilizes Human Spermatozoa And Induces Sperm Apoptosis. [Article]. *Reproductive BioMedicine Online, 19(4), 564-571.*
- Canada, P. f. a. S.-F. (2010). *The Tobacco Market: The Global Tobacco Economy.* Ontario: Physicians for a Smoke-Free Canada.
- Cancer, I. A. F. R. O. (2002). *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: World Health Organization-*
- Cancer, I. A. F. R. O. (2004). *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans.* Lyon: WORLD HEALTH ORGANIZATION.
- Carmichael, R. (2010). New Cambodia Law Aims to Raise Awareness About Tobacco Dangers. Retrieved 12 Maret 2010, 2010
- CDC. (2008a). *Global Youth Tobacco Surveillance, 2000-2007.*
- CDC. (2008b). Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses. *Morbidity and Mortality Weekly Report Morbidity and Mortality Weekly Report 2008;57(45):1226-8.* Retrieved 12 Maret 2011, 2011
- CDC. (2010). Health Effects of Secondhand Smoke. from http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/health_effects/

- CDC. (2011a). Smoking & Tobacco Use. from Smoking & Tobacco Use
- CDC. (2011b). Tobacco-Related Mortality. from http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/tobacco_related_mortality/
- CDC. (2011c). Tobacco Controls Have Public Health Impact. *CDC Features* Retrieved 16 Juli 2011, 2011, from <http://www.cdc.gov/features/tobaccocontrols/>
- Center, T. F. (2009). *Tobacco Industry Profile-Indonesia*: Tobacco Free Center.
- Centre, T. F. (2010a). *Brazil Tobacco Burden Facts*: Tobacco Free Centre.
- Centre, T. F. (2010b). *China Tobacco Burden Facts*: Tobacco Free Centre.
- Centre, T. F. (2010c). *The Global Tobacco Epidemic*: Tobacco Free Centre.
- Chaloupka, F. J., Cummings, K. M., Morley, C., & Horan, J. (2002). Tax, Price And Cigarette Smoking: Evidence From The Tobacco Documents And Implications For Tobacco Company Marketing Strategies. *Tobacco Control*, 11(suppl 1), i62-i72.
- Chitanondh, H. (2000). *Tobacco Globalization, Trade Liberalization And Health Care*. Budapest.
- Chung-Yol Lee, M. M., & Stanton A. Glantz, P. (2001). *The Tobacco Industry's Successful Efforts to Control Tobacco Policy Making in Switzerland*: Division of Adolescent Medicine Department of Pediatrics Institute for Health Policy Studies School of Medicine University of California, San Francisco San Francisco CA 94143.
- Cigarette Magazine Advertisements Still Target Youth. (2001). *J Am Dent Assoc*, 132(10), 1374-a-.
- Cipasang, Y. R. (2011). Ini Sikap Sampoerna soal Regulasi Produk Tembakau. *Peristiwa*, 29 Jul 2011 Retrieved from <http://jurnalparlemen.com/news/2011/08/ini-sikap-sampoerna-soal-regulasi-produk-tembakau->
- Communications, C. o. (2006). Children, Adolescents, and Advertising. *Pediatrics*, 118(6), 2563-2569.
- Couch, F. J., Cerhan, J. R., Vierkant, R. A., Grabrick, D. M., Therneau, T. M., Pankratz, V. S., et al. (2001). Cigarette Smoking Increases Risk for Breast Cancer in High-Risk Breast Cancer Families. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 10(4), 327-332.
- Critchley, J. A., & Capewell, S. (2003). Mortality Risk Reduction Associated With Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 290(1), 86-97.
- Cundiff, R. H., & Markunas, P. C. (1955). Determination of Nicotine, Nornicotine, and Total Alkaloids in Tobacco. *Analytical Chemistry*, 27(10), 1650-1653.
- de Beyer, J., Lovelace, C., & Yürekli, A. (2001). Poverty and Tobacco. *Tobacco Control*, 10(3), 210-211.
- Djumena, E. (2010). Pemerintah Akan Naikkan Cukai Rokok. *Daily*. Retrieved from <http://bisniskeuangan.kompas.com/read/2010/10/21/11533864/Pemerintah.Akan.Naikkan.Cukai.Rokok>
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality In Relation To Smoking: 50 Years' Observations On Male British Doctors. *Bmj*, 328(7455), 1519.
- DPR-RI. (2011). RUU Pengendalian Dampak Produk Tembakau Ditentukan Kamis Depan. Retrieved July 30, 2011, 2011, from <http://www.dpr.go.id/id/berita/baleg/2011/jul/05/2891/ruu-pengendalian-dampak-produk-tembakau-ditentukan-kamis-depan->
- Drope, J., & Chapman, S. (2001). Tobacco industry efforts at discrediting scientific knowledge of environmental tobacco smoke: a review of internal industry documents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(8), 588-594.

- Duncan, W. R., Webster, B. J., & Switky, B. (2002). In World Politics in the 21st Century.
- E K Tong, S. A. G. (2004). ARTIST (Asian regional tobacco industry scientist team): Philip Morris' attempt to exert a scientific and regulatory agenda on Asia. *Tobacco Control*, 13((Suppl II)), ii118-ii124.
- Efroymsen, D., Ahmed, S., Townsend, J., Alam, S. M., Dey, A. R., Saha, R., et al. (2001). Hungry For Tobacco: An Analysis Of The Economic Impact Of Tobacco Consumption On The Poor In Bangladesh. *Tobacco Control*, 10(3), 212-217.
- Elbendary, M. A., El-Gamal, O. M., & Salem, K. A. (2009). Analysis of Risk Factors for Organic Erectile Dysfunction in Egyptian Patients Under the Age of 40 Years. *Journal of Andrology*, 30(5), 520-524.
- Elinder, C. G., Kjellström, T., Lind, B., Linnman, L., Piscator, M., & Sundstedt, K. (1983). Cadmium exposure from smoking cigarettes: Variations with time and country where purchased. *Environmental Research*, 32(1), 220-227.
- Etzel, C. J., Amos, C. I., & Spitz, M. R. (2003). Risk for Smoking-Related Cancer among Relatives of Lung Cancer Patients. *Cancer Research*, 63(23), 8531-8535.
- Evans, W. N., & Farrelly, M. C. (1998). The Compensating Behavior of Smokers: Taxes, Tar, and Nicotine. *RAND Journal of Economics*, 29(3), 578 - 595.
- FCA. (2011). *Ratification by country and region*: Framework Convention Alliance.
- Felberbaum, M. (2010). Scientists Look To Tobacco as a Potential Biofuel *Daily*. Retrieved from http://www.msnbc.msn.com/id/36054169/ns/technology_and_science-science/t/scientists-look-tobacco-potential-biofuel/
- Fisher, L., & Colditz, G. A. (1999). Tobacco industry advertising and adolescent smoking (United States). *Cancer Causes and Control*, 10(6), 639-639.
- Florence, C. S., Adams, E. K., & Ayadi, M. F. (2007). Pediatric Health Care Costs Attributable to Exposure to Second-Hand Smoke: An Exploratory Analysis. [Article]. *Journal of Health Care Finance*, 34(1), 36-43.
- Foundation, K. F. (2010). Male Prevalence of Smoking (Percent of Adults) 2006. Retrieved 11 April 2011, 2011, from <http://www.globalhealthfacts.org/data/topic/map.aspx?ind=51>
- Francisco, U. o. C.-S. (2010, February 2). Cigarette Smoking a Risk Factor for Alzheimer's Disease, Study Shows. *ScienceDaily*, from <http://www.sciencedaily.com/releases/2010/02/100201093039.htm>
- Frearson, W., Barrett, P., & Eysenck, H. J. (1988). Intelligence, Reaction Time And The Effects Of Smoking. *Personality and Individual Differences*, 9(3), 497-517.
- Fred Monardi, P., and Stanitoni A. Glant:, PhD. (1998). Are Tobacco Industry Campaign Contributions Influencing State Legislative Behavior? *American Journal of Public Health*, 88(6), 918-923.
- Gades, N. M. (2005). Association between Smoking and Erectile Dysfunction: A Population-based Study. *American Journal of Epidemiology*, 161(4), 346-351.
- Garcia Am Fau - Ramon-Bou, N., Ramon-Bou N Fau - Porta, M., & Porta, M. (2010). Isolated And Joint Effects Of Tobacco And Alcohol Consumption On Risk Of Alzheimer's Disease. (1875-8908 (Electronic)).
- Gerard Hastings, K. A. *The Influence Of The Tobacco Industry On European Tobacco-Control Policy*: PAHO.
- Gilmore, A., Collin, J., & Townsend, J. (2007). Transnational tobacco company influence on tax policy during privatization of a state monopoly: British American tobacco and Uzbekistan. *American Journal of Public Health*, 97(11).
- Guindon G E, B. D. (2003). *Past, current and future trends in tobacco use* Washington: World Bank.

- Hackshaw, A., Rodeck, C., & Boniface, S. (2011). Maternal Smoking In Pregnancy And Birth Defects: A Systematic Review Based On 173 687 Malformed Cases And 11.7 Million Controls. *Human Reproduction Update*.
- Haglund, M. (2010). Women And Tobacco: A Fatal Attraction. *Bull World Health Organ* 88(563), 563.
- Hammond, E. C., & Horn, D. (1958). Smoking And Death Rates—Report On Forty-Four Months Of Follow-Up Of 187,783 Men. *Journal of the American Medical Association*, 166(11), 1294-1308.
- Hanewinkel, R., Isensee, B., Sargent, J. D., & Morgenstern, M. (2011). Cigarette Advertising and Teen Smoking Initiation. *Pediatrics*, 127(2), e271-e278.
- HARRIS, W. I. R. a. J. (2000). Towards A Global Ruling Class? Globalization and the Transnational Capitalist Class. *Science & Society*, 64(1), 11-5411.
- He, J., Reynolds, K., Chen, J., Chen, C. S., Wu, X., Duan, X., et al. (2007). Cigarette Smoking and Erectile Dysfunction among Chinese Men without Clinical Vascular Disease. *American Journal of Epidemiology*, 166(7), 803-809.
- Health, M. o. (2009). Precautions and Prevention from http://www.brasil.gov.br/sobre/health/precautions-and-prevention/smoking-habits-1/br_model1?set_language=en
- Henningfield, A. M. G. F. K. J. E. (2003). *Background Paper on the Neurobiology of Nicotine Addiction*. Paper presented at the Nicotine Addiction Workshop. Retrieved from <http://www.dcp2.org/file/44/WP30.pdf>
- Henningfield, J. E., Cohen, C., & Slade, J. D. (1991). Is Nicotine More Addictive Than Cocaine? *British Journal of Addiction*, 86(5), 565-569.
- Hilangnya Ayat Tembakau Dilaporkan ke KPK. (2009). *Daily*. Retrieved from <http://kesehatan.kompas.com/read/2009/10/30/08554863/Hilangnya.Ayat.Tembakau.Dilaporkan.ke.KPK>
- Hill, G., Millar, W., & Connelly, J. (2003). "The Great Debate" 1: Smoking, Lung Cancer, And Cancer Epidemiology. *Can Bull Med Hist*, 20(2), 367-386.
- Hill, R. D. a. A. B. (1950). Smoking and Carcinoma of the Lung. *British Medical Journal*, 2(4682), 739-748.
- Hoffmann, D., & Wynder, E. L. (1986). Chemical constituents and bioactivity of tobacco smoke. *IARC scientific publications*(74), 145-165.
- Hosseini, S. J. F. (2011). A Confirmatory Factor Analysis on Strategies to Attract Public_Private Partnership in Developing Agricultural Biotechnology of Iran. *American Journal of Scientific Research*, 38, 79-87.
- Hu, T.-w., Mao, Z., Shi, J., & Chen, W. (2010). The Role Of Taxation In Tobacco Control And Its Potential Economic Impact In China. *Tobacco Control*, 19(1), 58-64.
- Hu T-w, M. Z., Shi J, Chen W. (2008). *Tobacco Taxation and Its Potential Impact in China*.
- Huncharek, M., Haddock, K. S., Reid, R., & Kupelnick, B. (2010). Smoking as a Risk Factor for Prostate Cancer: A Meta-Analysis of 24 Prospective Cohort Studies. *Am J Public Health*, 100(4), 693-701.
- Hunkar, D. (2010). Global Tobacco Industry: Cigarette Cos. Go Their Separate Ways in Battling Regulation Retrieved 14 Desember 2011, 2011
- Iglesias, R., Jha, P., Pinto, M., da Costa e Silva, V. L., & Godinho, J. (2007). *Tobacco Control in Brazil: The World Bank Health, Nutrition, and Population Department*.
- Indonesia, K. B. (2011). WHO: Jumlah Perokok Ri Terbesar Ketiga Di Dunia. Retrieved 23 Februari 2011, from <http://health.detik.com/read/2011/01/24/174759/1553470/763/22-kota-dan-kabupaten-sudah-terapkan-kawasan-tanpa-rokok>
- Lembaran Negara dan Tambahan Lembaran Negara 1950-2010 (1995-2010).

- International, D. W. (2001). *Alcohol And Tobacco: Two Dangerous Gateway Drugs* Drug Watch International.
- Invernizzi, G., Ruprecht, A., Mazza, R., Rossetti, E., Sasco, A., Nardini, S., et al. (2004). Particulate matter from tobacco versus diesel car exhaust: an educational perspective. *Tobacco Control*, 13(3), 219-221.
- Jacobs, M. (1992 rev. 1997). History & Economics of Tobacco. In M. D. o. P. Health (Ed.), *Cambridge Department of Human Service Programs*. Massachusetts: Cambridge Department of Human Service Programs.
- Jemal, A., Thun, M. J., Ries, L. A. G., Howe, H. L., Weir, H. K., Center, M. M., et al. (2008). Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975–2005, Featuring Trends in Lung Cancer, Tobacco Use, and Tobacco Control. *Journal of the National Cancer Institute*, 100(23), 1672-1694.
- Jerzynska, J., Stelmach, I., & Grzelewski, T. (2010). High Exposure to Passive Tobacco Smoking and the Development of Asthma in an Adult Patient Who Had Never Smoked. *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*, 182
- Jha, P., & Chaloupka, F. J. (1999). *Curbing The Epidemic : Governments And The Economics Of Tobacco Control* World Bank.
- Jingjing, H. (2009). Shanghai To Impose Wider Ban On Smoking In Public Venues Retrieved 7 Desember 2011, 2011, from http://news.xinhuanet.com/english/2009-12/11/content_12629545.htm
- Johnson, J. G., Cohen, P., Pine, D. S., Klein, D. F., Kasen, S., & Brook, J. S. (2000). Association Between Cigarette Smoking and Anxiety Disorders During Adolescence and Early Adulthood. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 284(18), 2348-2351.
- Johnson, J. L. E., Danice K., Pederson, Linda L., Lowry, Richard. (2009). Associations of Trying to Lose Weight, Weight Control Behaviors, and Current Cigarette Use Among US High School Students. *Journal of School Health American School Health Association*, 79(8), 355-360.
- Jones, A. S., Austin, W. D., Beach, R. H., & Altman, D. G. (2008). Tobacco Farmers and Tobacco Manufacturers: Implications for Tobacco Control in Tobacco-Growing Developing Countries. [Article]. *Journal of Public Health Policy*, 29(4), 406-423.
- Kanamori, Y., & Malone, R. (2011). Conveying misinformation: Top-ranked Japanese books on tobacco. *Tobacco Induced Diseases*, 9(1), 3.
- Karisma, N. W. (2010, 04 Juli 2010). Petani Terdesak Tembakau Impor. *Republika.co.id*. Retrieved from <http://www.republika.co.id/berita/breaking-news/ekonomi/10/07/04/123089-petani-terdesak-tembakau-impor>
- Kartajaya, H. (2005). *4-G Marketing: A 90 Year Journey of Creating Everlasting Brands* (2 ed.). Jakarta: MarkPlus&Co.
- Kelley, T. F. (1965). Polonium-210 Content of Mainstream Cigarette Smoke. *Science*, 149(3683), 537-538.
- Kenyon Rainier, S. (1990). Transnational tobacco companies and health in underdeveloped countries: Recommendations for avoiding a smoking epidemic. *Social Science & Medicine*, 30(2), 227-235.
- Kesehatan, B. P. D. P. (2010). Riset Kesehatan Dasar Riskesdas 2010. from Kementerian Kesehatan RI:
- Kesehatan, P. P. K. (2011). Wawancara Mendalam Terkait Pengendalian Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan. Jakarta.
- Kesejahteraan Petani Tembakau Terus Menurun Karena Impor. (2010). *Kisah Seputar Kehidupan Masyarakat Indonesia* Retrieved 8 Maret 2011, from <http://akuindonesiana.wordpress.com/2010/07/31/kesejahteraan-petani-tembakau-terus-menurun-karena-impor/>
- Keyser, J. C. d. J., Nila Ratna (2005). *Smallholder Tobacco Growing in Indonesia: Costs and Profitability Compared with Other Agricultural Enterprises*.

- Kids, T.-F. (2011a). Explore Tobacco Control Laws from Around the WorldSearch a growing list of 34. from <http://www.tobaccocontrollaws.org/>
- Kids, T.-F. (2011b). *The Indonesia Tobacco Market: Foreign Tobacco Company Growth*.
- Kids, T. F. *How Tobacco Companies Fight Tobacco Control*.
- Kitada, M., Hata, Y., & Ukae, S. (2011). Has the Japanese hotel industry progressed in tobacco control since the implementation of its Health Promotion Law in 2003? *Tobacco Control*.
- Kolappan, C., & Gopi, P. G. (2002). Tobacco smoking and pulmonary tuberculosis. *Thorax*, 57(11), 964-966.
- Korman, M. G., Hansky, J., Eaves, E. R., & Schmidt, G. T. (1983). Influence of cigarette smoking on healing and relapse in duodenal ulcer disease. *Gastroenterology*, 85(4), 871-874.
- Kubincová, A. E. N. Š. L. (2010). Particulate Matter Investigation In Indoor Environment. *Global NEST Journal*, 12, 20-26.
- Latief, M. (2010). Demo Petani dan Aliran Dana Pabrik Rokok. *Kompas.com*. Retrieved from <http://www.kompas.com/tembakau/tulisan2.html>
- Lavis, J., Oxman, A., Lewin, S., & Fretheim, A. (2009). Support Tools For Evidence-Informed Health Policymaking (STP). *Health Research Policy and Systems*, 7(Suppl 1), I1.
- Lawrence, S., & Collin, J. (2004). Competing With Kreteks: Transnational Tobacco Companies, Globalisation, And Indonesia. *Tobacco Control*, 13(suppl 2), ii96-ii103.
- Lewin, F., Norell, S. E., Johansson, H., Gustavsson, P., Wennerberg, J., Biörklund, A., et al. (1998). Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer*, 82(7), 1367-1375.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., et al. (2004). Epidemiology/Risk Factors of Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 35-39.
- Lin, Y., Tamakoshi, A., Kawamura, T., Inaba, Y., Kikuchi, S., Motohashi, Y., et al. (2002). A prospective cohort study of cigarette smoking and pancreatic cancer in Japan. *Cancer Causes and Control*, 13(3), 249-254.
- Linnoila, R. I. (2010). From nicotine to breast cancer, implications of cholinergic receptor pathway. *J Natl Cancer Inst*, 102(17), 1298-1299.
- Lovato, C., Linn, G., Stead, L., & Best, A. (2003). Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- Lowe, C. R. (1956). An Association Between Smoking and Respiratory Tuberculosis. *Bmj*, 2(5001), 1081-1086.
- Lowenfels, A. B., Maisonneuve, P., Whitcomb, D. C., Lerch, M. M., & DiMagno, E. P. (2001). Cigarette Smoking as a Risk Factor for Pancreatic Cancer in Patients With Hereditary Pancreatitis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 286(2), 169-170.
- Luty, J. (2002). Nicotine addiction and smoking cessation treatments. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(1), 42-48.
- Mackay, J. (2002). *The tobacco atlas / Judith Mackay and Michael Eriksen*. Geneva., Switzerland :: World Health Organization.
- Mackay, J., & Eriksen, M. (2005). Geneva: World Health Organization.
- Mackay, J. a. C., John. (1996). Tobacco And The Developing World. *British Medical Bulletin*, 52(1), 206-221.
- Mackay, O. S. M. E. H. R. J. (2009). The Tobacco Atlas. *American Cancer Society* from <http://tobaccoatlas.org/typesoftobacco.html>

- Mallis, A., Jelastopulu, E., Mastronikolis, N. S., Naxakis, S. S., Kourousis, C., & Papadas, T. A. (2010). Laryngeal Cancer And Passive Smoking: The Neglected Factor? *Eur Arch Otorhinolaryngol*.
- Mannino, D. M., Klevens, R. M., & Flanders, W. D. (1994). Cigarette Smoking: An Independent Risk Factor for Impotence? *American Journal of Epidemiology*, 140(11), 1003-1008.
- Maradona, S. (2010). Perusahaan Rokok Kecil 'KO' Dipukul Perusahaan Rokok Raksasa. *Daily*. Retrieved from <http://www.republika.co.id/berita/ekonomi/bisnis/11/06/08/lmgq9d-perusahaan-rokok-kecil-ko-dipukul-perusahaan-rokok-raksasa>
- Markar, M. M. (2010). Filipinos Face Tobacco Tax Hike. *Daily*. Retrieved from http://www.atimes.com/atimes/Southeast_Asia/LH12Ae01.html
- Markou, A., Koob, G. F., & Henningfield, J. E. (2003). *Background Paper on the Neurobiology of Nicotine Addiction*. Paper presented at the Nicotine Addiction Workshop. Retrieved from <http://www.dcp2.org/file/44/WP30.pdf>
- Mary Assunta. (2010). Asia Pacific: Tobacco and Poverty.
- Mckay, J. (1998). *The Global Tobacco Epidemic. The Next 25 Years*.
- Medicine, T. I. o. (2010). Promoting Cardiovascular Health in the Developing World A Critical Challenge to Achieve Global Health
- Millett, C. (2006). Smoking And Erectile Dysfunction: Findings From A Representative Sample Of Australian Men. *Tobacco Control*, 15(2), 136-139.
- MMWR. (1995). *Trends in Smoking Initiation Among Adolescents and Young Adults -- United States, 1980-1989* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention
- MMWR. (1998-1999). *Youth Tobacco Surveillance --- United States, 1998--1999* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention
- Moleong, L. J. (2005). *Metodologi Penelitian Kualitatif, Edisi Revisi*. Bandung: P.T. Remaja Rosdakarya.
- Monika Arnez- Universität Hamburg, D. Tobacco and Kretek: Indonesian Drugs in Historical Change. *Austrian Journal of South-East Asian Studies*, 49-69.
- Mortensen, E. L., Michaelsen, K. F., Sanders, S. A., & Reinisch, J. M. (2005). A Dose-Response Relationship Between Maternal Smoking During Late Pregnancy And Adult Intelligence In Male Offspring. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 19(1), 4-11.
- Muggli, M. E., Hurt, R. D., & Blanke, D. D. (2003). Science for hire: A tobacco industry strategy to influence public opinion on secondhand smoke. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(3), 303-314.
- Nawawi, I. (2009). *Public Policy: Analisis, Strategi Advokasi Teori dan Praktek* (Pertama ed. Vol. Pertama): ITS Press.
- Nelson, J. P. (2003). *Youth Smoking Prevalence In Developed And Developing Countries: The Effect Of Advertising Bans*. Pennsylvania: Pennsylvania State University.
- Nerenberg, J. (2010). South Korea Braces for Sidewalk Smoking Ban Retrieved from <http://vox.fastcompany.com/1677189/south-korea-braces-for-healthy-city-makeover>
- Network, C. H. A. L. (2003). *Healthy Public Policy: Assessing the Impact of Law and Policy on Human Rights and HIV Prevention and Care*: Canadian HIV/AIDS Legal Network.
- News, B. (2002). Smoking ban on Tokyo's streets. Retrieved 19 Juli 2011, 2011, from <http://news.bbc.co.uk/2/hi/asia-pacific/2292007.stm>
- News, B. (2009). China's Cigarette Threat. Retrieved from <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/216998.stm>
- Ng, N., Weinehall, L., & Öhman, A. (2007). 'If I Don't Smoke, I'm Not A Real Man'— Indonesian Teenage Boys' Views About Smoking. *Health Education Research*, 22(6), 794-804.

- Nichter, M., Padmawati, S., Danardono, M., Ng, N., Prabandari, Y., & Nichter, M. (2009). Reading culture from tobacco advertisements in Indonesia. *Tobacco Control, 18*(2), 98-107.
- Nishino, Y., Inoue, M., Tsuji, I., Wakai, K., Nagata, C., Mizoue, T., et al. (2006). Tobacco Smoking and Gastric Cancer Risk: An Evaluation Based on a Systematic Review of Epidemiologic Evidence among the Japanese Population. *Japanese Journal of Clinical Oncology, 36*(12), 800-807.
- Nojorono, P. (2010). Rokok Kretek. Retrieved 13 Maret 2010, 2010, from <http://nojorono.wordpress.com/artikel/>
- Nugroho, I. D. (2011). 13 Alasan DPR Mengendapkan RUU PDPTK. *Daily, 28 Jul 2011* Retrieved from <http://jurnalparlemen.com/news/2011/07/13-alasan-dpr-mengendapkan-ruu-pdptk>
- Nurmayanti, & Fitra, S. (2011). KT&G Corp Beli 60% Saham Perusahaan Rokok Lokal. *Indonesian Finance Today*. Retrieved from <http://www.indonesiainancetoday.com/read/11578/KTG-Corp-Beli-60-Saham-Perusahaan-Rokok-Lokal>
- O'Maille, P. E., Chappell, J., & Noel, J. P. (2006). Biosynthetic potential of sesquiterpene synthases: alternative products of tobacco 5-epi-aristolochene synthase. *Arch Biochem Biophys., 448*(1-2), 73-82.
- Online, J. T. (2010). Kanagawa enforces first antismoking code. *Daily*. Retrieved from <http://www.japantimes.co.jp/text/nn20100402a5.html>
- Online, R. (2009). Bahaya Invasi Rokok Asing. *Breaking News - Nasional* Retrieved from <http://www.republika.co.id/berita/breaking-news/nasional/09/06/20/57463-bahaya-invasi-rokok-asing>
- Orth, S. R., Ritz, E., & Schrier, R. W. (1997). The renal risks of smoking. *Kidney Int, 51*(6), 1669-1677.
- Orth, S. R., Stockmann, A., Conradt, C., Ritz, E., Ferro, M., Kreuzer, W., et al. (1998). Smoking as a risk factor for end-stage renal failure in men with primary renal disease. *Kidney Int, 54*(3), 926-931.
- Ott, A., Slooter, A. J. C., Hofman, A., Harskamp, F. v., Witteman, J. C. M., Broeckhoven, C. V., et al. (1998). Smoking And Risk Of Dementia And Alzheimer's Disease In A Population-Based Cohort Study: The Rotterdam Study. *The Lancet, 351*(9119), 1840-1843.
- Owusu-Dabo, E., Lewis, S., McNeill, A., Anderson, S., Gilmore, A., & Britton, J. (2009). Smoking in Ghana: a review of tobacco industry activity. *Tobacco Control, 18*(3), 206-211.
- Paddock, C. (2008). Tobacco Used To Make Cancer Vaccine. Retrieved 30 Juni 2011, 2011, from <http://www.medicalnewstoday.com/articles/115826.php>
- Partnership, S. F. (2011). The cost of tobacco use. Retrieved December 22, 2011, 2011, from <http://www.smokefreepartnership.eu/The-cost-of-tobacco-use>
- Patience, M. (2011). China To Ban Smoking In Public Places *BBC News*. Retrieved from <http://www.bbc.co.uk/news/world-asia-pacific-12844671>
- Pechmann, C. Changing Adolescent Smoking Prevalence: Impact of Advertising Interventions. *Smoking and Tobacco Control Monograph, 14*, 172-182.
- Perindustrian, D. J. I. A. D. K. D. (2009). Roadmap Industri Pengolahan Tembakau
- Perkebunan, D. J. (2011). Buku Statistik Perkebunan Tahun 2009 - 2011, Direktorat Jenderal Perkebunan. Retrieved 7 Maret 2011, 2011, from http://www.deptan.go.id/infoeksekutif/bun/isi_infoekse_bun.htm
- Pershagen, G. (1996). Smokeless tobacco. *British Medical Bulletin, 52*(1), 50-57.
- Pertanian, D. (2009). *Rancangan Rencana Strategis Kementerian Pertanian Tahun 2010-2014*. Jakarta: Departemen Pertanian.
- Pertanian, P. P. K. (2010). Wawancara Mendalam Terkait Pengendalian Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan. Jakarta.

- Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M., Heath, C., & Doll, R. (1996). Mortality From Smoking Worldwide. *British Medical Bulletin*, 52(1), 12-21.
- PMI. (2011). Tobacco Taxation from http://www.pmi.com/eng/tobacco_regulation/tobacco_taxation/pages/tobacco_taxation.aspx
- Pomerleau, O. F., Downey, K. K., Stelson, F. W., & Pomerleau, C. S. (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse*, 7(3), 373-378.
- Pos, L. (2009). Lahan Tembakau Di Ngawi Berkurang. *Daily*. Retrieved from <http://www.lawupos.net/871/lahan-tembakau-di-ngawi-berkurang/>
- Prabhat Jha, F. J. C., James Moore, Vendhan Gajalakshmi, Prakash C. Gupta, Richard Peck, Samira Asma, and Witold Zatonski. (2003). Tobacco Addiction. In B. J. Jamison DT, Measham AR, et al. (Ed.), *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Washington (DC): World Bank; 2006.
- Project, I. (2011a). Tobacco Control Policies-India. Retrieved 12 Juli 2011, 2011, from <http://www.itcproject.org/countries/india>
- Project, I. (2011b). Tobacco Control Policies-Malaysia. Retrieved 12 Juli 2011, 2011, from <http://www.itcproject.org/countries/malaysia>
- Project, I. (2011c). Tobacco Control Policies-United States of America. Retrieved 12 Juli 2011, 2011, from <http://www.itcproject.org/countries/unitedstates>
- PROKHOROV, A. V., & ALEXANDROV, A. A. (1994). Prevention of adolescent smoking in Russia. *The European Journal of Public Health*, 4(3), 169-174.
- Puentes-Markides, C. (2007). Policy Analysis and Decision Making with Emphasis on Chronic Non-communicable Diseases, *The Analysis of Public Problems*. Barbados: PAHO/WHO.
- Reporter, D. M. (2011). Tobacco Could Be Good For You: Modified Cigarette Plant Used To Create Hiv Drug In Landmark Trial. Retrieved from <http://www.dailymail.co.uk/health/article-2017195/GM-tobacco-GOOD-Plant-used-create-HIV-drug-landmark-trial.html#ixzz1gwke0gTI>
- REYNOLDS, C. (1999). Tobacco advertising in Indonesia: "the defining characteristics for success". *Tobacco Control*, 8(1), 85-88.
- Ross, H., & Chaloupka, F. J. (2006). Economic Policies For Tobacco Control In Developing Countries. *Salud Publica Mex*, 48 Suppl 1, S113-120.
- S. Jane Henley, M. J. T., Ann Chao, Eugenia E. Calle. (2004). Association Between Exclusive Pipe Smoking and Mortality From Cancer and Other Diseases. *Journal of the National Cancer Institute*, , 96(11), 853-861.
- Saffer, H., & Chaloupka, F. (1999). Tobacco Advertising: Economic Theory and International Evidence. *National Bureau of Economic Research Working Paper Series, No. 6958*.
- Salber, E. J., MacMahon, B., & Welsh, B. (1962). Smoking Habits Of High School Students Related To Intelligence And Achievement. *Pediatrics*, 29(5), 780-787.
- Saloojee Y Fau - Dagli, E., & Dagli, E. (2000). Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. (0042-9686 (Print)).
- Samet, J. M., Avila-Tang, E., Boffetta, P., Hannan, L. M., Olivo-Marston, S., Thun, M. J., et al. (2009). Lung Cancer in Never Smokers: Clinical Epidemiology and Environmental Risk Factors. *Clinical Cancer Research*, 15(18), 5626-5645.
- Samet, J. M., & Burke, T. A. (2001). Turning Science Into Junk: The Tobacco Industry and Passive Smoking. *Am J Public Health*, 91(11), 1742-1744.
- Sarntisart, I. (2006). *Asean Regional Summary Report: Afta And Tobacco*. Bangkok: Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA) Under The Collaborative Funding Program for Tobacco Control Research.
- Schoendorf, K. C., & Kiely, J. L. (1992). Relationship of Sudden Infant Death Syndrome to Maternal Smoking During and After Pregnancy. *Pediatrics*, 90(6), 905-908.

- School, U. M. (2007). Inhaling From Just 1 Cigarette Can Lead To Nicotine Addiction. In T. U. o. M. M. School (Ed.). Massachusetts
- School, U. o. M. M. (2007). Inhaling From Just 1 Cigarette Can Lead To Nicotine Addiction. from <http://www.umassmed.edu/content.aspx?id=40422>
- Seatca. (2011). *Innovative Financing from Tobacco Taxation for Health Promotion* WHO-SEATCA.
- Sedyaningsih, E. R. (2010). Biaya Akibat Rokok Sekitar Rp 22 Triliun *Daily*. Retrieved from <http://majalah.tempointeraktif.com/id/arsip/2010/03/01/WAW/mbm.20100301.WAW132876.id.html>
- Shabsigh, R., Fishman, I. J., Schum, C., & Kay Dunn, J. (1991). Cigarette smoking and othervascular risk factors in vasculogenic impotence. *Urology*, 38(3), 227-231.
- Shafey O, Dolwick S, & GE, G. (Eds.). (2003). *Tobacco Control Country Profiles 2003*. Atlanta, GA: American Cancer Society.
- Shah, A. (2010). Health Issues. *Social, Political, Economic and Environmental Issues That Affect Us All* Retrieved 28 December 2010, from <http://www.globalissues.org/issue/587/health-issues>
- Shiono, P. H., Klebanoff, M. A., & Berendes, H. W. (1986). Congenital Malformations And Maternal Smoking During Pregnancy. *Teratology*, 34(1), 65-71.
- Sihaloho, h., & Pamela, d. a. (2011). RPP Tembakau Terancam Dihentikan *Daily*. Retrieved from <http://gresnews.com/ch/National/cl/Desa-Petani/id/2114578/read/1/RPP-Tembakau-Terancam-Dihentikan>
- Silverman, D. T., Dunn, J. A., Hoover, R. N., Schiffman, M., Lillemoe, K. D., Schoenberg, J. B., et al. (1994). Cigarette Smoking and Pancreas Cancer: a Case—Control Study Based on Direct Interviews. *Journal of the National Cancer Institute*, 86(20), 1510-1516.
- Smith, K. E., Fooks, G., Collin, J., Weishaar, H., Mandal, S., & Gilmore, A. B. (2010). “Working the System”—British American Tobacco's Influence on the European Union Treaty and Its Implications for Policy: An Analysis of Internal Tobacco Industry Documents. *PLoS Med*, 7(1), e1000202.
- Smoking — the costs. (2008). Retrieved December 22, 2011, 2011, from <http://www.seconhandsmokekills.in/smokefree/costofsmoking.html>
- SNUS. (2009a). Snus News & Other Tobacco Products from <http://snus-news.blogspot.com/2009/08/in-process-indonesia-will-they-ratify.html>
- SNUS. (2009b). South Korea - Smoking Ban Just About Everywhere By End Of 2009. *Snus News & Other Tobacco Products* Retrieved from <http://snus-news.blogspot.com/2009/04/in-process-smoking-ban-just-about.html>
- Society, A. C. *The History of Tobacco*: World Health Organisation.
- Society, A. C. (2005). *American Cancer Society*. Atlanta.
- Source, S. O. Epidemiologic Triad. Retrieved 2012, 2012, from <https://onlinecourses.science.psu.edu/stat507/book/export/html/25>
- Spira, A., Beane, J., Shah, V., Liu, G., Schembri, F., Yang, X., et al. (2004). Effects of cigarette smoke on the human airway epithelial cell transcriptome. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(27), 10143-10148.
- Spiro, S. G., Tanner, N. T., Silvestri, G. A., Janes, S. M., Lim, E., Vansteenkiste, J. F., et al. (2010). Lung cancer: progress in diagnosis, staging and therapy. *Respirology*, 15(1), 44-50.
- Stanciu, C., & Bennett, J. R. (1972). Smoking and Gastro-oesophageal Reflux. *Bmj*, 3(5830), 793-795.
- Sturgis, E. M., & Cinciripini, P. M. (2007). Trends in head and neck cancer incidence in relation to smoking prevalence. *Cancer*, 110(7), 1429-1435.

- Su, Y., Han, W., Giraldo, C., De Li, Y., & Block, E. R. (1998). Effect of Cigarette Smoke Extract on Nitric Oxide Synthase in Pulmonary Artery Endothelial Cells. *American Journal of Respiratory Cell and Molecular Biology*, 19(5), 819-825.
- Subarsono, A. (2010). *Analisis Kebijakan Publik: Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Subramanian, J., & Govindan, R. (2010). Lung cancer in 'Never-smokers': a unique entity. *Oncology (Williston Park)*, 24(1), 29-35.
- Sujatno, A. (2011). Gizi buruk dan Konsumsi Tembakau. from <http://www.ylki.or.id/gizi-buruk-dan-konsumsi-tembakau.html>
- Sunley, E. B. (2009). *Taxation of Cigarettes in the Bloomberg Initiative Countries*: World Lung Foundation.
- Sunley, E. M. (2009). *Taxation of Cigarettes in the Bloomberg Initiative Countries: Overview of Policy Issues and Proposals for Reform*.
- Suprpto, H. (2010). Kisah Djarum, Dari Rokok Jadi Terkaya Dunia. *Daily*, 2 Maret 2011. Retrieved from http://bisnis.vivanews.com/news/read/136472-djarum_dari_perusahaan_kecil_jadi_terbesar
- Tang, L., Lim, W. Y., Eng, P., Leong, S. S., Lim, T. K., Ng, A. W., et al. (2010). Lung cancer in Chinese women: evidence for an interaction between tobacco smoking and exposure to inhalants in the indoor environment. *Environ Health Perspect*, 118(9), 1257-1260.
- Taufik, Y. L. N. E. R. (Ed.). (2010). *Outlook Komoditas Pertanian Perkebunan*: Pusat Data Dan Informasi Pertanian Kementerian Pertanian 2010.
- Taunuzi, I. (2010, 24 Juni 2010). Heboh Balita Perokok: Ardi Hantamkan Kepala Ke Tembok Kalau Dilarang Merokok. *Tribunnews.com*, p. National.
- Tbk, P. G. G. (2010). Perjalanan Gudang Garam. Retrieved 13 Maret 2010, 2010, from <http://www.gudanggaramtbk.com/ina/milestone/>
- Tercyak, K. P., Goldman, P., Smith, A., & Audrain, J. (2002). Interacting Effects of Depression and Tobacco Advertising Receptivity on Adolescent Smoking. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(2), 145-154.
- Thabrany, H. D., Triasih; Sumartono, Wasis; Kosen, Soewarta. (2009). Bab 2 Risiko Sakit dan Belanja Kesehatan Rumah Tangga Perokok dan Bukan Perokok. In H. D. Thabrany, Triasih; Sumartono, Wasis; Kosen, Soewarta (Ed.), *Fakta Tembakau dan Permasalahannya di Indonesia* (pp. 3). Jakarta: Tobacco Control Center Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia.
- Theis Rp Fau - Dolwick Grieb, S. M., Dolwick Grieb Sm Fau - Burr, D., Burr D Fau - Siddiqui, T., Siddiqui T Fau - Asal, N. R., & Asal, N. R. (2010). Smoking, Environmental Tobacco Smoke, And Risk Of Renal Cell Cancer: A Population-Based Case-Control Study. (1471-2407 (Electronic)).
- Thomsen, S. F., & Sorensen, L. T. (2010). Smoking and Skin Disease. *Skin Therapy Lett*, 15(6), 4-7.
- TobaccoControlLaws.org. (2011). Explore Tobacco Control Laws from Around the World-Philippines. Retrieved 12 Maret 2011, 2011, from <http://www.tobaccocontrolaws.org/country/Philippines>
- Tobacco Atlas. (2010). Retrieved May 31, 2011, from <http://www.tobaccoatlas.org/consumption.html>
- Today, M. N. (2004). Cigarette smoke produces 10 times more air pollution than diesel car exhaust. *Daily*. Retrieved from <<http://www.medicalnewstoday.com/releases/12481.php>>
- Townsend, J. (1996). Price and consumption of tobacco. *British Medical Bulletin*, 52(1), 132-142.
- Tredaniel J Fau - Boffetta, P., Boffetta P Fau - Buiatti, E., Buiatti E Fau - Saracci, R., Saracci R Fau - Hirsch, A., & Hirsch, A. (1997). Tobacco Smoking And Gastric Cancer: Review And Meta-Analysis. (0020-7136 (Print)), 565-573.

- Tremblay, R., Wang, D., Jevnikar, A. M., & Ma, S. (2010). Tobacco, a highly efficient green bioreactor for production of therapeutic proteins. *Biotechnology Advances*, 28(2), 214-221.
- Trinidad, D. R., Unger, J. B., Chou, C.-P., & Anderson Johnson, C. (2004). The Protective Association Of Emotional Intelligence With Psychosocial Smoking Risk Factors For Adolescents. *Personality and Individual Differences*, 36(4), 945-954.
- Trinidad, D. R., Unger, J. B., Chou, C.-P., Azen, S. P., & Johnson, C. A. (2004). Emotional Intelligence And Smoking Risk Factors In Adolescents: Interactions On Smoking Intentions. *Journal of Adolescent Health*, 34(1), 46-55.
- Tsung O, C. (1999). Teenage smoking in China. *Journal of Adolescence*, 22(5), 607-620.
- Turner, M. C., Chen, Y., Krewski, D., Calle, E. E., & Thun, M. J. (2007). Chronic Obstructive Pulmonary Disease Is Associated with Lung Cancer Mortality in a Prospective Study of Never Smokers. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 176(3), 285-290.
- U.S. Department of Health and Human Services, E. P. A. (1993). Respiratory Health Effects Of Passive Smoking: Lung Cancer And Other Disorders. *Tobacco Control*, 2(1), 71.
- Utomo, T. W. W. (2008). Analisis Kebijakan Publik. Retrieved 12 Maret 2011, from <http://www.slideshare.net/triwidodowutomo/kebijakan-publik>
- Ventura, S. J., Hamilton, B. E., Mathews, T. J., & Chandra, A. (2003). Trends and Variations in Smoking During Pregnancy and Low Birth Weight: Evidence From the Birth Certificate, 1990–2000. *Pediatrics*, 111(Supplement 1), 1176-1180.
- Vineis, P., Airoidi, L., Veglia, F., Olgiati, L., Pastorelli, R., Autrup, H., et al. (2005). Environmental Tobacco Smoke And Risk Of Respiratory Cancer And Chronic Obstructive Pulmonary Disease In Former Smokers And Never Smokers In The Epic Prospective Study. *Bmj*, 330(7486), 277.
- Viprasys. (2009). Smoking Deaths Worldwide from <http://www.viprasys.org/vb/f80/smoking-deaths-worldwide-120413/>
- Wahyuningsih, M. (2010). WHO: Indonesia Ibarat Disney Land Bagi Industri Rokok. *Detik Health*,
- Wahyuningsih, M. (2011). Kenapa Jumlah Perokok Indonesia Masih Tertinggi Ketiga di Dunia? *Detik Health*. Retrieved from <http://health.detik.com/read/2011/05/31/123820/1650812/763/kenapa-jumlah-perokok-indonesia-masih-tertinggi-ketiga-di-dunia?1993306763>
- Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming The Health Sector In Developing Countries: The Central Role Of Policy Analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353-370.
- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R., & Gilson, L. (2008). 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*, 23(5), 308-317.
- Warner, K. E., Hodgson, T. A., & Carroll, C. E. (1999). Medical costs of smoking in the United States: estimates, their validity, and their implications. *Tobacco Control*, 8(3), 290-300.
- Warren, G. (2010). Tobacco could help save lives, UC Davis team says. *Dailly*. Retrieved from <http://www.news10.net/news/story.aspx?storyid=82743&catid=2>
- Wechsler, B., & Backoff, R. W. (1986). Policy Making and Administration in State Agencies: Strategic Management Approaches. *Public Administration Review*, Vol. 46, (4 (Jul. - Aug., 1986)), 321-327
- WHO. Documentation of WHO Framework Convention on Tobacco Control. Retrieved 16 Maret 2011, 2011, from <http://apps.who.int/gb/fctc/>
- WHO. The History of The WHO Framework Convention on Tobacco Control. from <http://www.who.int/fctc/about/history/en/index.html>
- WHO. (2002). *The History of Tobacco*.

- Who Framework Convention On Tobacco Control (2003).
- WHO. (2004a). Politics. from <http://www.who.int/tobacco/en/atlas24.pdf>
- WHO. (2004b). *Tobacco And Poverty A Vicious Circle*.
- WHO. (2004c). *The Tobacco Atlas*
- WHO. (2004d). *Tobacco Increases The Poverty Of Individuals And Families*.
- WHO. (2005). *Tobacco Use Cambodia*.
- WHO. (2008). *WHO REPORT on The Global TOBACCO Epidemic, 2008: The MPOWER Package*: World Health Organization.
- WHO. (2009a). Brazil and tobacco use: a hard nut to crack. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 805-884. Retrieved from <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/11/09-031109/en/index.html>
- WHO. (2009b). *Implementing Smoke-Free Environments*.
- WHO. (2009c). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing Smoke-Free Environments*.
- WHO. (2011). *WHO Report On The Global Tobacco Epidemic, 2011*: World Health Organization.
- WHO/WPRO. (2002, 2002-05-28). "Smoking Statistics". World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. from http://www.wpro.who.int/media_centre/fact_sheets/fs_20020528.htm
- Wicaksono, S. (2011). DPR Tunda RUU Tembakau. *News*. Retrieved from <http://suaramerdeka.com/v1/index.php/read/news/2011/07/13/90860>
- Widiantoro, W. (2011, 10 Januari 2011). Lonjakan Penduduk Mengkhawatirkan. *Kompas*, p. 1.
- Wilson, N., Weerasekera, D., Edwards, R., Thomson, G., Devlin, M., & Gifford, H. (2010). Characteristics of smoker support for increasing a dedicated tobacco tax: National survey data from New Zealand. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(2), 168-173.
- Wynder, E. L. (1997). Tobacco As A Cause Of Lung Cancer: Some Reflections. *American Journal of Epidemiology*, 146(2), 687-694.
- Yeoh, E. K. The Art and Science of Making Healthcare Policy Decisions. In H. K. C. U. School of PublicHealth and Primary Care (Ed.), *School of PublicHealth and Primary Care, Hong Kong Chinese University*. Hong Kong.
- YLKI. (2011). 87% Masyarakat Indonesia Mendukung Kebijakan Pengendalian Tembakau. *Pengendalian Tembakau*. Retrieved from <http://www.ylki.or.id/87-masyarakat-indonesia-mendukung-kebijakan-pengendalian-tembakau.html>
- Zhang, P., Husten, C., & Giovino, G. (2000). Effect Of The Tobacco Price Support Program On Cigarette Consumption In The United States: An Updated Model. *Am J Public Health*, 90(5), 746-750.

Lampiran 1 Negara Non FCTC:

Negara yang Menandatangani tapi Belum Meratifikasi	Negara-negara yang tidak Menandatangani Sekaligus Bukan Pihak Dari FCTC
1. Argentina	1. Andorra
2. Cuba	2. Dominican Republic
3. Czech Republic	3. Eritrea
4. El Salvador	4. Indonesia
5. Ethiopia	5. Liechtenstein
6. Haiti	6. Malawi
7. Morocco	7. Monaco
8. Mozambique	8. Somalia
9. Switzerland	9. Tajikistan
10. United States of America	10. Uzbekistan
	11. Zimbabwe

(Negara-negara tersebut diatas yang tidak menandatangani hingga batas akhir tanggal 29 Juni, 2004 masih dapat menjadi anggota FCTC melalui cara akses, yang memiliki konsekwensi yang sama dengan ratifikasi)

Lampiran 2 Persepsi Aktor Terhadap Pengendalian Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan

No	Institusi	Pendapat
1	Birokrat	Berdasarkan RJPM masalah rokok bagi kesehatan baru akan diatur tahun 2014. Sehingga fokus baru dilakukan sesuai dengan RJPM tersebut. Sangat penting agar dapat melindungi generasi muda dari bahaya akibat merokok seperti penyakit Jantung, Stroke, Kanker, Hipertensi dan lainnya, "Gencarnya iklan, promosi dan sponsor rokok berdampak pada semakin meningkatnya prevalensi merokok pada anak-anak. Kita ingin menyelamatkan generasi muda. Perokok pemula yaitu anak SD dan SMP sudah merokok di mana-mana. Itu pasti mempengaruhi kesehatan mereka. Inilah yang kita khawatirkan ke depan
2	<i>Politisi</i>	Indonesia tidak boleh latah dan ikut-ikutan negara lain yang meratifikasi konvensi PBB mengenai tembakau. Sebab, negara-negara tersebut melakukan demikian karena tidak punya tembakau. RUU tembakau sangat kentara ada intervensi asing. Sebab, nantinya, semua produk tembakau dan cengkeh Indonesia akan berada di bawah standar internasional. (F-Golkar)

		<p>"Dengan kondisi saat ini, para petani tembakau sudah cukup baik. Merokok itu urusan pribadi. Dalam iklan-iklan rokok juga sangat jelas bahwa merokok dapat merusak kesehatan. Jadi, tidak usah ada RPP dan RUU tembakau segala".(F-Golkar)</p> <p>RUU ini tidak mengorbankan terhadap para petani tembakau yang notabene merupakan sumber kehidupan utama. Karena itu, hendaknya tidak masuk kedalam kebijakan-kebijakan yang sifatnya merugikan kepada satu produksi dalam negeri. Tetapi di sisi lain, jangan sampai dampak yang bertentangan dengan kesehatan tidak diatur dalam RUU ini yang justru akan membahayakan negeri dan bangsa. Cukai yang dihasilkan dari rokok ini sangatlah besar, namun perlu dipastikan apakah cukai yang masuk kepada negara ini seimbang dengan dampak kesehatan yang ditimbulkan (F-PKS)(DPR-RI, 2011)</p> <p>"Memahami bahwa subyek yang diatur dalam RUU ini mengandung kepentingan yang berbeda-beda. Maka menjadi mutlak bahwa sebuah RUU harus mampu menjembatani berbagai kepentingan yang ada". (F-PG) (DPR-RI, 2011)</p> <p>RUU ini memang melibatkan banyak aspek terutama aspek ekonomi yang menyangkut masalah pekerja, masalah penghasilan petani, cukai nasional, perlindungan petani, kesehatan dan masalah hak orang untuk hidup di lingkungan sehat. (F-PAN) (DPR-RI, 2011)</p>
	Industri	<p>Saya setuju bahwa rokok tidak baik bagi kesehatan, perlu diatur dalam kebijakan yang tentu saja tidak merugikan industri. (Industri)</p> <p>Misal: Pembatasan iklan tetap harus memberikan hak bagi produsen untuk berkomunikasi mengenai produk kami yang legal kepada perokok dewasa. Ini sebagaimana diamanatkan dalam peraturan perundangan yang berlaku, dan keputusan Mahkamah Konstitusi pada tahun 2009.</p>
3	Anti Tembakau	<p>Harus diatur, karena menyangkut kepentingan kesehatan masyarakat yang harus diintervensi terutama perokok pemula, anak-anak sebagai generasi yang akan datang, orang miskin dan perokok pasif.</p> <p>"Bagaimana bisa produk yang begitu berbahaya ini diproduksi, dipromosikan dan juga diperjualbelikan secara bebas. Jadi memang harus ada peraturan yang mengaturnya," ujar Laksmiati A Hanafiah, dari Komnas Pengendalian Tembakau dalam acara diskusi Ikatan Dokter Indonesia (IDI).</p> <p>Sudah ada 70.000 penelitian yang menunjukkan bahwa rokok bisa membahayakan kesehatan, serta bisa meningkatkan faktor risiko dari suatu penyakit.</p> <p>Konsumen harus dilindungi dari bahaya rokok.</p>
	Pro Tembakau	<p>Lahirnya RUU dan RPP tentang tembakau sangat mendiskriminasikan kepentingan agro industri dan produk olahan tembakau. Pasalnya, sektor industri tembakau merupakan struktur penyangga industri nasional. "Industri ini memberikan kontribusi APBN yang sangat besar. Maka, sektor ini harus kami selamatkan (P1).(Wicaksono, 2011), telah dikonfirmasi pada pejabat di lingkungan pro tembakau.</p>

Lampiran 3 Intervensi Kebijakan

1	Industri	<p>Pernyataan industri^(Cipasang, 2011) yang dimuat dalam Jurnal Parlemen ini telah dikonfirmasi langsung dengan salah satu pejabat di industri tembakau:</p> <p>Pertama, ketentuan mengenai usia minimum seseorang terkait rokok. Ini mencakup larangan bagi anak untuk mengonsumsi maupun membeli rokok. Mencakup pula pendidikan wajib bagi anak di sekolah-sekolah mengenai bahaya merokok. Pendidikan soal ini dapat dimasukkan dalam kurikulum khusus.</p> <p>Kedua, pembatasan merokok di tempat umum. Hal ini perlu diatur guna menjaga kesehatan lingkungan. Namun demikian, orang yang merokok juga perlu dihargai.</p> <p>Ketiga, pencantuman peringatan kesehatan yang lebih besar.</p> <p>Keempat, pembatasan yang lebih ketat bagi promosi dan iklan produk tembakau. Tetapi tidak menghilangkan hak produsen untuk berkomunikasi kepada konsumen.</p>
2	Pejabat di KemenKes	<p>A. Meningkatkan kesadaran konsumen tembakau akan bahaya atau risiko dari konsumsi tembakau. Intervensi ini dilakukan melalui :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Peringatan kesehatan yang lebih tegas dan memberi pengaruh kepada cara berpikir konsumen, yaitu dalam bentuk peringatan tertulis dan bergambar, baik di media masa ataupun di kemasan rokok. ○ Pencantuman kadar nikotin dan tar pada kemasan rokok, dengan catatan bahwa sebenarnya bahaya tetap ada seberapa pun rendah kadarnya ○ Larangan mencantumkan informasi yang menyesatkan, seperti penamaan “mild”, “light” dll <p>B. Pencegahan konsumsi tembakau oleh kaum muda (remaja dan anak2), serta kaum perempuan. Intervensinya berupa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pengendalian iklan, promosi dan sponsorship ○ Larangan penjualan kepada anak2 dan ibu hamil ○ Advokasi dan informasi kepada generasi muda dan masyarakat luas <p>C. Pencegahan dampak buruk bagi masyarakat luas, melalui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Penetapan kawasan tanpa rokok ○ Pencegahan bahaya lebih lanjut, melalui: ○ Larangan penambahan bahan tambahan yang berbahaya bagi kesehatan
	Pejabat di Kementerian Pertanian	Pembatasan umur merokok, dan edukasi merokok bagi kalangan muda. Peraturan yang telah ada masih cukup mengakomodir
	Pejabat di Kementerian Perindustrian	Pembatasan umur merokok, dan edukasi merokok bagi kalangan muda. Sebagaimana ditetapkan oleh RJPM untuk bidang kesehatan baru dimulai 2014.
	Masyarakat anti tembakau	<i>Kebijakan tembakau harus diatur secara menyeluruh. Karena jika hanya diatur sebagian-sebagian maka target melindungi masyarakat dari bahaya merokok tidak efektif. Seluruh ketentuan yang ada dalam FCTC sebaiknya diadopsi kedalam hukum nasional.</i>

Lampiran 4 Partisipasi Indonesia dalam Pertemuan FCTC

Intergovernmental Negotiating Body 1	16-21 October 2000 A/FCTC/INB1/DIV/2 Rev. Ketua Delegasi Mr N. Wisnumurti, Ambassador Extraordinary and Plenipotentiary Permanent Representative Permanent Mission Geneva
Persiapan INB 2	Indonesia menjadi tuan rumah penyelenggaraan Persiapan INB2 preparatory meeting untuk wilayah Asia Tenggara yang diselenggarakan di Jakarta tanggal 5-6 April 2001.
Intergovernmental Negotiating Body 2	30 April - 5 May 2001 Ketua Delegasi Mr N. Wisnumurti; Ambassador Permanent Representative Geneva disertai dengan Anggota Delegasi Mr S. Sutoyo, Deputy Permanent Representative Geneva; Ms M. Djamaluddin, Permanent Secretary National Agency of Drug and Food Control Mrs L.H. Rustam; Minister Counsellor Permanent Mission Geneva
Intergovernmental Negotiating Body 3	22-28 November 2001 Ketua Delegasi Mr N. Wisnumurti, Ambassador Permanent Representative dengan disertai Anggota Delegasi: Dr M. Djamaluddin, Permanent Secretary National Agency of Drug and Food Control; Mr N. Chasbullah, Director for Custom Department of Finance; Mrs L.H. Rustam, Minister Counsellor Permanent Mission Geneva; Mr A.P. Sarwono, First Secretary Permanent Mission Geneva
Intergovernmental Negotiating Body 4	18-23 March 2002 Ketua Delegasi Mr N. Wisnumurti, Ambassador Permanent Representative Geneva, dengan Anggota Delegasi: Dr M. Djamaluddin Permanent Secretary National Agency of Drug and Food Control Mr D. Kasri Deputy Permanent Representative Geneva: Mr A. Achadi Senior Adviser Ministry of Health: Mr D. Djusan Director Directorate General of Custom and Excise Ministry of Finance: Mr Y. Rohman Director of Agro Directorate General of Chemical Agriculture and Forestry Based Industry Ministry of Industry and Trade: Mrs L.H. Rustam Minister Counsellor Permanent Mission Geneva : Mr A.P. Sarwono First Secretary Permanent Mission Geneva
Regional Committee for the South-East Asia Region	10 September 2002 yang juga menekankan pentingnya FCTC, disamping masalah lainnya.
Intergovernmental Negotiating Body 5	14-25 October 2002 Mr N. Wisnumurti Ambassador Permanent Representative Geneva Anggota Delegasi

	<p>Mr A. Achadi Senior Adviser to the Minister of Health on Health Services to Vulnerable Communities Ministry of Health</p> <p>Mr D. Kasri Ambassador Deputy Permanent Representative Geneva</p> <p>Dr D.S. Rum Head Bureau of International Cooperation National Agency of Drug and Food Control</p> <p>Mr D. Djusan Director for Excise Directorate General of Custom and Excise Ministry of Finance</p> <p>Mr I. Wiranataatmadja Minister Counsellor Permanent Mission Geneva</p> <p>Mr A.P. Sarwono First Secretary Permanent Mission Geneva</p> <p>Mr S. Said Customs Attaché Permanent Mission of Indonesia to the European Community Brussels</p> <p>Ms G. Judawati Permanent Mission Geneva</p>
<p>Intergovernmental Negotiating 6 Indonesia bersama India terpilih mewakili kawasan SEARO duduk dalam <i>drafting committee</i>, yang beranggotakan 20 (dua puluh) negara. <i>Drafting committee</i> inilah yang membuat rumusan final draft naskah FCTC yang kemudian diajukan dalam Sidang WHA untuk disahkan.</p>	<p>17-28 February 2003</p> <p>Ketua Delegasi</p> <p>Mr N. Wisnumurti Ambassador Permanent Representative Geneva</p> <p>Anggota Delegasi</p> <p>Mr A. Achadi Senior Adviser to the Minister of Health on Health Services to Vulnerable Communities Ministry of Health</p> <p>Mr D. Kasri Ambassador Deputy Permanent Representative Geneva</p> <p>Mr. Z. Arifin Director General of Chemical Industry, Agro, and Forest Product, Ministry of Trade and Industry</p> <p>Dr D.S. Rum Head Bureau of International Cooperation National Agency of Drug and Food Control</p> <p>Mr. E. Mantik Director for Duties Directorate General of Customs and Excise Ministry of Finance</p> <p>MR I. Wiranataatmadja Minister Counsellor Permanent Mission Geneva</p> <p>Mr. A Sapsor Attaché (Commerce and Industry) Permanent Mission Geneva</p> <p>Mr. A.P. Sarwono Fist Secretary Permanent Mission Geneva</p> <p>Dr I.M Sholichin Indonesian National Standards</p>
<p>The Jakarta Consultation on Effective Collaboration between Health and Financial Sectors for Tobacco Control</p>	<p>Kemudian di Jakarta tanggal 3 dan 4 Desember 2003 yang diselenggarakan oleh WHO dan World Bank. Pertemuan regional ini dihadiri oleh Menteri Keuangan dan Kesehatan dari Negara-negara Asia Tenggara</p>

Lampiran 5 Pedoman Wawancara

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM	
No. Sampel	:
Instansi Dinas	:
Alamat	:
Telp / Hp	:
Waktu	:

Latar Belakang Responden	
Nama Responden	:
Usia Responden L/P	: Jenis Kelamin:
Pendidikan Terakhir	:
Jabatan	:
Lama bekerja	:

Selamat pagi/siang/sore

Saya Patricia Soetjipto, saat ini saya sedang menyusun tugas akhir dalam rangka penyelesaian studi pada Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia – Peminatan Kebijakan & Hukum Kesehatan, topik tugas akhir yang sedang saya lakukan adalah mengenai ***Analisis Pembuatan Kebijakan Pengendalian Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan.***

Untuk itu, saya mohon kesediaan bapak/ ibu untuk membantu memberikan informasi sehubungan dengan penyusunan tugas akhir ini. Untuk kenyamanan bapak/ibu, semua data yang terkumpul hanya digunakan untuk keperluan pendidikan saja. Demikian, terima kasih atas bantuannya.

DAFTAR PERTANYAAN

A. PERAN KELEMBAGAAN

1. Apakah peran institusi Bapak/Ibu dalam Pengendalian Dampak Tembakau Terhadap Kesehatan?
2. Bagaimana posisi institusi bapak/ibu dalam mendukung terciptanya kesehatan rakyat, dari efek negatif konsumsi tembakau?

B. PERSEPSI

1. Persepsi Faktor Kebijakan Tembakau
Bagaimana pendapat bapak/ibu sebagai pejabat/pengurus/ketua di organisasi bapak/ibu memandang faktor kebijakan pengendalian tembakau terhadap kesehatan? Apakah faktor kebijakan pengendalian tembakau merupakan hal yang sangat penting sehingga mendesak untuk dilakukan pengaturan dalam hukum positif Indonesia? Mohon dijelaskan jika ya, dan alasannya atau jika tidak, dan alasannya.

C. INTERVENSI KEBIJAKAN

1. Jika perlu diatur dalam hukum Nasional hal-hal apa sajakah yang perlu diintervensi?
2. Jika diatur dalam hukum positif Indonesia siapa saja yang akan terkena dampak? Sejauh mana dampak ini akan berpengaruh terhadap institusi bapak/ibu
3. Menurut bapak/ibu Instansi mana yang terlibat dalam pengendalian dampak tembakau?
4. Apakah ada anggaran khusus dari instansi bapak dalam rangka pengendalian dampak tembakau terhadap kesehatan? Berapa besar?
5. Menurut bapak/ibu siapakah yang merupakan stakeholder dalam pengendalian tembakau ini?
6. Bagaimana kebijakan Indonesia dibandingkan dengan kebijakan negara lain?
7. Apakah menurut Bpk/Ibu/Saudara kebijakan yang ada saat ini yaitu PP nomor 19 tahun 2003 telah cukup mengatur mengenai pengendalian

dampak tembakau khususnya untuk memberikan perlindungan kesehatan bagi masyarakat?

8. Jika menurut Bpk/Ibu/ peraturan tersebut belum cukup mengatur, apakah sebaiknya peraturan tersebut di revisi atau sebaiknya dibuat suatu kebijakan baru?
9. Apakah Indonesia perlu untuk meratifikasi Konvensi tersebut?
10. Adalah alasan khusus Indonesia belum meratifikasi Konvensi ini?
- 11.

D. ASPEK KESEHATAN

1. Jika dibandingkan dengan aspek ekonomi, manakah yang terlebih dahulu menjadi prioritas, aspek ekonomi atau aspek kesehatan? Alasannya?
2. Bagaimana pendapat bapak/ibu, tembakau merupakan zat adiktif yang membahayakan kesehatan?
3. Dalam rangka mengedukasi masyarakat bagaimana pendapat bapak terhadap kebijakan ini mewajibkan Produsen Produk Tembakau mencantumkan dalam kemasannya kandungan dan emisi dari produknya?
4. Bagaimana menurut pendapat Bapak/Ibu jika produk dari tembakau tidak menggunakan informasi yang menyesatkan seperti "Light" dan "Mild"?
5. Bagaimana menurut Bapak/Ibu pencantuman gambar akibat konsumsi tembakau perlu dicakup dalam kebijakan ini? Seperti apa? Mohon dijelaskan
6. Bagaimana menurut Bapak/Ibu pembatasan terhadap usia untuk dapat mengakses rokok usia harus dibatasi?

E. ASPEK EKONOMI

1. Seberapa pentingkah peranan industri tembakau dalam perekonomian Indonesia? Siapa saja yang diuntungkan oleh Industri Tembakau?
2. Jika aspek ekonomi sedemikian pentingnya, apakah aspek kesehatan tetap akan dipertimbangkan? Bagaimana prioritasnya?
3. Dari sisi petani apakah tembakau merupakan tanaman yang memberikan keuntungan secara ekonomis?

4. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sarah Barber dkk, menyatakan bahwa industri tembakau tidak memberikan kontribusi terhadap petani, benarkah demikian?
5. Bagaimana menurut pendapat Bapak, apabila cukai dan harga rokok dinaikkan akan memberikan dampak positif bagi pengendalian konsumsi tembakau?

F. IKLAN DAN SPONSORSHIP

6. Bagaimana pendapat bapak/Ibu mengenai larangan sponsorship, promosi dan iklan dari industri tembakau?
7. Bagaimana dengan pemberian insentif secara langsung misal pembagian rokok gratis? Apakah praktek-praktek seperti itu sebaiknya dilarang?
8. Bagaimana dengan pelarangan penjualan secara keteng, apakah bapak/ibu menyetujui pelarangan penjualan rokok secara ketengan? Mohon penjelasan.
9. Pembatasan akses usia perokok, bagaimana pandangan bapak/ibu terhadap memberikan batasan umur bagi kaum muda yang mengakses rokok, harus berumur sekurang-kurangnya 17 tahun?

G. ASPEK POLITIK

1. Apakah RJPM yang ditetapkan merupakan salah satu penghalang bagi pembentukan kebijakan pengendalian dampak tembakau. Sebagaimana diketahui di dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah (RJPM) 2010-2014 sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Presiden nomor 5 tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2010-2014, menjadikan tembakau sebagai target pertumbuhan industri di daerah bersama-sama dengan industri makanan dan minuman dan ditargetkan mencapai 6,79% pertahun. Dalam RPJM 2010-2014 Kementerian Pertanian tetap menjadikan tembakau sebagai komoditas unggulan yang bukan berorientasi pada peningkatan ekspor tapi hanya kepada pemenuhan konsumsi dalam negeri saja. Disamping itu dalam *roadmap* industri rokok yang dikeluarkan oleh Kementerian Perindustrian

tahun 2007-2020, Pemerintah RI memutuskan untuk tetap berpedoman pada roadmap industri hasil tembakau (IHT); yang diatur dalam Permenperin No.117/M-IND/PER/2009 sebagai turunan dari peraturan Presiden nomor 28 tahun 2008 tentang Kebijakan Industri Nasional. Dalam roadmap tersebut, menargetkan peningkatan produksi rokok dari 220 miliar batang pada 2007 menjadi 240 miliar batang pada 2010 hingga 2015, dan terus meningkat menjadi 260 miliar batang pada 2015 hingga 2020, yang menjadikan industri tembakau tetap sebagai industri prioritas. Apakah hal tersebut nantinya tidak terjadi pertentangan?

H. ASPEK PENDIDIKAN:

Adanya hak konsumen dan masyarakat untuk mendapatkan informasi yang berarti untuk memperoleh informasi yang berarti tentang:

- a. Bahaya dari penggunaan tembakau.
- b. Tembakau memiliki karakteristik yang adiktif bagi penggunanya.
- c. Bagaimana dengan pendidikan khusus tentang bahaya merokok di sekolah-sekolah?