

KONSUMSI ROKOK RUMAH TANGGA MISKIN DI INDONESIA DAN PENYUSUNAN AGENDA KEBIJAKANNYA

CIGARETTE CONSUMPTION OF POOR FAMILY AND POLICY AGENDA IN INDONESIA

Chriswardani Suryawati¹, Lucia Ratna Kartikawulan¹, Ki Hariyadi²

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang

²Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: The number of smokers in Indonesia is ranked third in the world and the highest in ASEAN. The estimated number of deaths due to smoke from the 2004 Susenas data was 399,800 people equivalent to total economic loss of IDR 154.84 trillion (U.S. \$ 17.2 billion), or 4.5 times as much as the tax equivalents in 2005 (IDR 32.6 trillion). Indonesia has not yet ratified the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) but has issued various regulations related to tobacco control and the dangers of smoking. Cigarette consumption by poor households is high enough. This affects not only the consumption patterns of the households but also the health of the family. Objective: To obtain a description of poor households' health cost burden, patterns and factors that affect cigarette consumption by poor households in Indonesia in 2007 and to set the agenda of public health protection policies of the dangers of smoking.

Methods: The data used were the secondary data from the study of the Indonesia Family Life Survey (IFLS) conducted in 2007 covering 13 provinces, 13,995 households and 50,580 individual samples.

Results and Discussion: A total of 35.71% of poor households had a habit of smoking, and the types of cigarettes were factory-made cigarettes and home-made cigarettes (81.81% and 29.19%, respectively). The average cigarettes consumed were 9.72 bars per day. The average age of initiating to smoke was 18.89 years and 93.20% of poor households were still smoking up to this survey. Compared to the total expenditure of poor households, the average expenditure of cigarettes a month was IDR 86,496.96 (13.13%), while health expenditure was only IDR 7,440.87 (1.13%). The low expenditure on health, among others, were due to the presence of Jamkesmas that covered 51.48%. Cigarette demand model with multiple regression analysis showed that the price of cigarettes, per capita expenditure, food expenditure, and the age of initial smoking affected cigarette consumption.

Conclusions and suggestions: To make the policy of public protection on the dangers of smoking effective, the government should immediately formulate policy agendas: 1) increase cigarette tax as high as 50% of the price of cigarettes, 2) regulate restrictions on smoking areas in public places, 3) promote and campaign the dangers of smoking to health, especially for adolescents, including restrictions on cigarette advertising on various media 4) continue policy for cigarette tax revenue in all regions and increase allocation of funds for health, 5) facilitate the development of nicotine replacement treatments and make people easier to get the products, and 6) initiate to develop a Jamkesmas discourse that requires the poor households to maintain their health care such as not to smoke. It needs to further develop the understanding on public

protection policy agenda against the dangers of smoking that consists of perceiving public problem, defining the problem and raising support for making this public issue become the government agenda.

Keywords: tobacco consumption, policy agenda of tobacco control.

ABSTRAK

Latar Belakang: Jumlah perokok di Indonesia menduduki peringkat tiga terbesar di dunia dan tertinggi di ASEAN. Estimasi jumlah kematian karena merokok dari data Susenas 2004 sebesar 399.800 orang setara dengan *total economic loss* sebesar Rp 154,84 triliun (US\$ 17.2 milyar) atau setara 4.5 kali lipat cukai tahun 2005 (Rp 32,6 triliun). Indonesia belum meratifikasi *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC) tetapi di Indonesia telah terbit berbagai peraturan terkait pengendalian tembakau dan bahaya merokok. Konsumsi rokok Rumah Tangga (RT) miskin cukup tinggi. Hal ini tidak hanya berpengaruh pada pola konsumsi RT tetapi juga kesehatan keluarga. Tujuannya adalah memperoleh deskripsi beban biaya kesehatan RT miskin, pola dan faktor yang berpengaruh pada konsumsi rokok RT miskin di Indonesia tahun 2007 dan menyusun agenda kebijakan perlindungan kesehatan masyarakat dari bahaya rokok.

Metode: merupakan data sekunder dari penelitian Indonesia *Family Life Survei* (IFLS) yang dilaksanakan tahun 2007 mencakup 13 propinsi, 13.995 RT dan 50.580 sampel individu.

Hasil dan diskusi : Sebanyak 35,71% RT miskin mempunyai kebiasaan merokok, terbanyak sigaret (81,81%) dan rokok ramuan sendiri (29,19%). Rerata perhari 9,72 batang rokok, usia pertama kali merokok rata-rata 18,89 tahun dan 93,20% RT miskin masih merokok sampai survei dilakukan. Dibandingkan pengeluaran total RT miskin, rerata pengeluaran rokok sebulan Rp. 86.496,96 (13,13%) sedangkan pengeluaran kesehatan hanya Rp.7.440,87 (1,13%). Kecilnya pengeluaran kesehatan antara lain disebabkan adanya Jamkesmas yang mencakup 51,48%. Model *demand* rokok dengan analisis regresi berganda menunjukkan bahwa harga rokok, pengeluaran per kapita, pengeluaran pangan, umur awal merokok mempengaruhi konsumsi rokok.

Kesimpulan dan saran: Untuk mengefektifkan kebijakan perlindungan masyarakat dari bahaya rokok maka pemerintah harus segera menyusun agenda kebijakan: 1). kenaikan cukai rokok karena cukai mencapai 50% dari harga jual rokok, 2). peraturan pembatasan area merokok di tempat-tempat umum, 3). promosi dan kampanye bahaya merokok terhadap kesehatan terutama untuk remaja termasuk pembatasan iklan rokok pada berbagai media 4). melanjutkan kebijakan bagi hasil cukai rokok pada semua daerah dan meningkatkan alokasi dananya untuk bidang kesehatan, 5) memfasilitasi pengembangan dan mem-

permudah mendapatkan produk *nicotine replacement treatments* 6). mulai mengembangkan wacana Jamkesmas yang mensyaratkan upaya RT miskin ikut menjaga kesehatannya antara lain tidak merokok. Perlu lebih mengembangkan pemahaman akan agenda kebijakan perlindungan masyarakat terhadap bahaya merokok yang terdiri dari persepsi masalah publik, pendefinisian masalah dan penggalangan dukungan untuk menjadikan isu publik menjadi agenda pemerintah.

Kata kunci : tobacco consumption, policy agenda of tobacco control.

PENGANTAR

Jumlah perokok dunia sebanyak 1.3 milyar orang dimana Indonesia menduduki peringkat nomor tiga terbesar. Lebih dari 60 juta penduduk Indonesia merokok. Rokok adalah produk berbahaya dan adiktif. Rokok mengandung 4000 zat kimia, 69 diantaranya adalah karsinogenik (pencetus kanker). Beberapa zat berbahaya yang terkandung dalam rokok yaitu: tar, sianida, arsen, formalin, karbonmonoksida dan nitrosamin. Rokok adalah penyebab kematian terbesar di dunia yang dapat dicegah. Satu dari sepuluh kematian orang dewasa disebabkan konsumsi rokok. Kematian akibat penyakit yang berhubungan dengan rokok tiap tahun mencapai 427.948 orang atau 1.172 orang per hari¹. Berdasarkan data susenas tahun 2004, estimasi jumlah kematian karena merokok 399.800 orang atau setara dengan *total economic loss* sebesar Rp154,84 T (US\$ 17.2Milyar) atau setara 4.5 kali lipat pendapatan cukai tahun 2005 sebesar Rp32,6 triliun².

Kerugian akibat rokok melebihi pendapatan cukai. Tahun 2005 cukai rokok sebesar Rp32,6 triliun tetapi biaya konsumsi rokok mencapai Rp167 triliun atau lima kali lipat. Cukai rokok dibayar perokok, bukan oleh industri rokok. Industri rokok juga diperkirakan menghidupi 1,78 juta petani di ladang tembakau dan cengkeh serta masih jutaan orang yang penghasilannya terkait dengan industri rokok³. Nilai cukai rokok tahun 2010 Rp59,3 trilyun. Bila dibandingkan dengan anggaran Kementerian Kesehatan (Kemenkes) tahun 2010 sebesar Rp20,8 trilyun maka anggaran Kemenkes hanya setengah dari hasil cukai rokok.

Sampai sekarang Indonesia belum meratifikasi *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC) tetapi disisi lain telah terbit berbagai peraturan terkait pengendalian tembakau dan bahaya mengkonsumsi rokok yaitu UU No. 24/1997 yang direvisi dengan UU No. 32/2002 tentang Penyiaran, UU No. 8/1999 tentang Perlindungan Konsumen, PP No. 81/1999 yang kemudian diubah dengan PP No. 38/2000 tentang pengamanan rokok bagi kesehatan serta beberapa keputusan beberapa gubernur/walikota tentang pengendalian rokok dan kawasan bebas rokok. Akhir tahun 2008 terbit fatwa Majelis Ulama Indonesia

(MUI) yang mengharamkan rokok bagi anak-anak dan ibu hamil⁴.

Kenyataannya perangkat peraturan tersebut masih belum menjamin masyarakat untuk bebas menikmati udara bersih bebas dari asap rokok. Peraturan yang ada masih bersifat parsial dan keberadaan regulasi yang bersifat komprehensif untuk mengatur dampak tembakau bagi kesehatan masih nihil serta tidak implementatif sedangkan disisi lain infrastruktur birokrasi menjadi penghalang utama untuk mengimplementasikan regulasi yang bersifat parsial⁴.

Jumlah penduduk miskin di Indonesia masih cukup tinggi, walaupun ada penurunan, tahun 2007 mencapai 37,17 juta jiwa (16,58%) dan turun menjadi 30,02 juta jiwa (12,49%) di tahun 2011⁵. Kemiskinan berkaitan dengan tingginya angka kesakitan dan angka kematian. Tingkat pendapatan yang sangat rendah, kesempatan untuk memperoleh berbagai fasilitas kesejahteraan sosial terbatas maka sulit memenuhi berbagai keperluan pangan bergizi dan tidak mampu melawan penyakit sehingga tingkat kematian bayi menjadi tinggi⁶.

Untuk memberikan bantuan biaya kesehatan bagi masyarakat miskin (maskin) maka pada tahun 2005 - 2007 diluncurkan program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) berupa jaminan pelayanan kesehatan gratis RJTP, RJI dan Ranap di kelas III disarana kesehatan pemerintah dan swasta yang ditunjuk dengan melibatkan PT. Askes (perse-ro) sebagai pihak pengelola dana. Pada awal tahun 2008 kebijakan Askeskin dilanjutkan dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang secara umum sama dengan Askeskin dengan perubahan beberapa hal untuk meningkatkan efektivitas program. Jaminan kesehatan tersebut diharapkan dapat meningkatkan akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

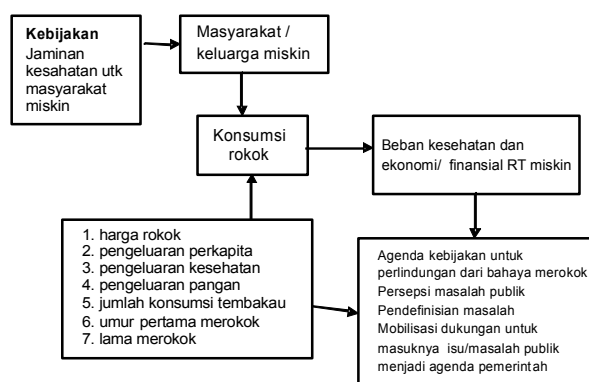
Pada masyarakat miskin besarnya konsumsi rokok akan menyerap persentase yang lebih besar pada pendapatan rumah tangganya dibanding kelompok yang tidak miskin. Banyak faktor mengapa seseorang mengkonsumsi (membeli) rokok yaitu untuk mengetahui variabel apakah yang berpengaruh pada konsumsi rokok pada masyarakat miskin di Indonesia supaya dapat dijadikan masukan pengambil kebijakan dalam rangka mengurangi konsumsi rokok dengan memanfaatkan data sekunder (*Indonesia Family Life Survey*) IFLS 4 tahun 2007. Mengatasi bahaya merokok dikalangan masyarakat pada umumnya dan rumah tangga miskin pada khususnya perlu disusun agenda kebijakan perlindungan kesehatan masyarakat terhadap bahaya merokok.

Tujuan penelitian ini adalah 1) deskripsi pola pengeluaran (belanja) rumah tangga di Indonesia ta-

hun 2007, 2) deskripsi pola konsumsi rokok pada rumah tangga miskin di Indonesia tahun 2007, 3) deskripsi beban biaya kesehatan rumah tangga miskin di Indonesia tahun 2007, 4) menganalisis faktor/variabel apakah yang berpengaruh pada jumlah rokok yang dikonsumsi rumah tangga miskin di Indonesia tahun 2007, dan 5) menyusun agenda kebijakan perlindungan kesehatan bagi masyarakat dari bahaya merokok.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan pemerintah dan berbagai pihak terkait yang menaruh perhatian pada masalah rokok dan kebijakannya serta masalah jaminan kesehatan bagi rumah tangga miskin, agar didapat pemikiran tentang perlunya agenda kebijakan perlindungan kesehatan masyarakat dari bahaya merokok. Kerangka konsep bisa dilihat pada Gambar 1 :



Gambar 1. Kerangka Konsep

Penelitian ini adalah penelitian observasional dengan metode penelitian survei. Setelah hasil penelitian diperoleh akan dilakukan penyusunan agenda kebijakan untuk perlindungan kesehatan bagi masyarakat dari bahaya merokok.

Penelitian ini mempergunakan data sekunder dari *Indonesia Family Life Survei* (IFLS) ke empat tahun 2007 kerjasama RAND Corp, Santa Monica (USA) dengan Pusat Penelitian Kependudukan & Kebijakan (PPKK) Universitas Gadjah Mada. IFLS merupakan satu-satunya survei aspek kehidupan rumah tangga skala besar di Indonesia yang bersifat longitudinal dilakukan pada 13 propinsi Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI. Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Sumatra Utara, Sumatra Barat, Sumatra Selatan dan Lampung⁶. Populasi tiga belas propinsi ini mencakup sekitar 83 % jumlah penduduk Indonesia. IFLS4 dilakukan pada tahun

2007 pada 13.995 sampel rumah tangga dan 50.580 sampel individu dengan *recontact rate* sebesar 92,4% dibandingkan IFLS 3 pada tahun 2000⁷.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Konsumsi Rokok Rumah Tangga Miskin:

Berdasarkan data sekunder IFLS4 tahun 2007 diperoleh hasil sebanyak 51,48% rumah tangga miskin mempunyai jaminan kesehatan (kartu sehat/SKTM/ Askeskin). Garis kemiskinan diukur menurut versi BPS tahun 2007 sebesar Rp166.697,-/ kapita / bulan⁸.

Dari komposisi pengeluaran (belanja) rumah tangga miskin dan non miskin tahun 2007 pada Tabel 1 dapat diketahui bahwa pengeluaran untuk rokok mencapai sepuluh kali pengeluaran kesehatan baik pada rumah tangga miskin maupun non miskin. Pada tahun 2007 pengeluaran rumah tangga miskin untuk rokok sebulan rata-rata Rp86.496,96 (13,13% dari total pengeluaran rumah tangga). Pengeluaran untuk rokok sebulan pada rumah tangga non miskin rata-rata Rp97.245,24 (1,45% dari total pengeluaran rumah tangga).

Konsumsi rokok rumah tangga miskin yang tidak mempunyai jaminan kesehatan rata-rata per bulan sebesar Rp89.971,94 (maks.Rp.1.285.714) sedangkan yang tidak mempunyai jaminan kesehatan rata-rata per bulan Rp94.369,58 (maks. Rp3.171.429,00). Yuanita⁹ mengolah data Susenas tahun 2001 dan 2004 menyebutkan bahwa rata-rata konsumsi rokok/tembakau rumah tangga miskin per bulan yang mempunyai kartu sehat tahun 2001 sebesar Rp26.347,96 dan naik menjadi Rp56.011,04 di tahun 2004⁹.

Tabel 1 Deskripsi Pola Pengeluaran Rumah Tangga Miskin (1 bulan) Tahun 2007

Pola Pengeluaran RT	Miskin	Non Miskin
1. Pengeluaran pangan		
Mean	444.829,1	1.305.176
SD	275.759,7	4.226.271
Min	0	0
Max	1.781.143	15.900.000
2. Pengeluaran Non pangan		
Mean	213.851,9	5.378.423
SD	199.019,5	44.700.000
Min	0	0
Max	1.980.333	126.000.000
3. Pengeluaran utk rokok		
Mean	86.496,96	97.245,24
SD	137.084,6	148.445,8
Min	0	0
Max	2.914.286	3.171.429
4. Pengeluaran Total		
Mean	658.680,9	6.683.599
SD	399.275,8	4.770.000
Min	0	167.285,7
Max	3.419.572	142.000.000

Sumber data : IFLS 4 tahun 2007

Tabel 2 tentang pola konsumsi rokok dapat diketahui bahwa 35,71% rumah tangga miskin mengkonsumsi merokok, terbanyak mereka merokok sigaret yaitu 81,81% dan rokok buatan sendiri (meramu sendiri) 29,19%. Susenas 2004 menyebutkan 65,41% responden miskin dan mendapat kartu sehat mempunyai kebiasaan merokok (perokok)⁹. Data IFLS 2007 menyebutkan rerata jumlah batang rokok yang mereka konsumsi sehari mencapai 9,72 batang. Yuanita⁹ mengolah data Susenas 2001 menemukan 10,17 batang/hari dan tahun 2004 turun sedikit menjadi 9,74 batang/hari. Rerata usia pertama kali merokok 18,89 tahun. Hal ini tidak berbeda jauh dengan

temuan usia pertama maskin merokok adalah 18,28 tahun di tahun 2001 dan di tahun 2004 menjadi lebih muda yaitu 17,28 tahun. Marsh dan Mc. Kay¹⁰ menjelaskan bahwa merokok lebih besar prevalensinya pada masyarakat miskin di Inggris, mereka mengalami ketagihan merokok dan mengalami kesulitan ekonomi karena meningkatnya konsumsi tembakau/rokok¹⁰.

Biaya Kesehatan Rumah Tangga Miskin

Pada tahun 2007 ketika program Askeskin diberlakukan cakupan kepesertaan sekitar 66,13%. Sebanyak 18,39% masyarakat miskin (maskin) per-

Tabel 2 Pola Konsumsi Rokok Rumah Tangga Miskin Tahun 2007

Pola Merokok RT Miskin	Jumlah (%)
1. % apakah mempunyai kebiasaan mengkonsumsi tembakau	
a. Ya	35,71
b. Tidak	64,29
2. % apakah kebiasaan merokok tersebut mengunyah tembakau.	
a. Ya	3,90
b. Tidak	96,10
3. % Apakah kebiasaan merokok tsb menggunakan pipa.	
a. Ya	
b. Tidak	
4. % Apakah kebiasaan merokok tsb dgn rokok lintingan sendiri	
a. Ya	29,19
b. Tidak	70,81
5. % Apakah merokok rokok sigaret / kretek	
a. Ya	81,81
b. Tidak	18,19
6. Berapa banyak / batang rokok sigaret yang dikonsumsi per hari	
a. Mean	9,72
b. SD	6,54
c. Min	0
d. Max	80
7. Berapa ons tembakau yang dikonsumsi per hari sebelum berhenti merokok	
a. Mean	2,52
b. SD	1,34
c. Min	1
d. Max	9
8. Pada usia berapa mulai kebiasaan merokok	
a. Mean	18,89
b. SD	7,299
c. Min	15
d. Max	73
9. Apakah saat ini kebiasaan merokok tersebut masih dilakukan	
a. Ya	93,20
b. Tidak	6,80
10. Pada usia berapa berhenti merokok	
a. Mean	18,88
b. SD	7,30
c. Min	15
d. Max	73
11. Jumlah Rp belanja rokok per hari	
a. Mean	4.491,55
b. SD	3.520,50
c. Min	0
d. Max	60.000
12. Jumlah Rp belanja rokok per minggu	
a. Mean	21.692,26
b. SD	20.034,36
c. Min	0
d. Max	178.500

Sumber data : IFLS 4 tahun 2007

nah melakukan pengobatan sendiri (beli obat/ jamu) dalam kurun waktu sebulan terakhir. Untuk satu kali berobat sendiri rata-rata biaya yang harus dikeluarkan sebesar Rp27.890,73 (maksimal Rp1.000.000,00).

Sebanyak 15,14% maskin pernah memanfaatkan pelayanan rawat jalan tetapi yang memanfaatkan jaminan kesehatan (surat miskin/ Askeskin) untuk rawat jalan hanya sebesar 13,84%. Sarana pelayanan yang mereka manfaatkan dengan urutan terbesar yaitu puskesmas (31,70%), bidan dan paramedis (33,63%) dan dokter praktek (17,34%). Untuk sekali rawat jalan rata-rata biaya yang harus dibayarkan (termasuk resep) mencapai Rp 33.152,94 (maksimal Rp900.000,00).

Sejumlah 8,75% maskin pernah diminta untuk rawat inap selama satu tahun terakhir, tetapi hanya 20,31% yang memanfaatkan pelayanan rawat inap. Sarana pelayanan rawat inap terbanyak yaitu rumah sakit pemerintah (45,75%), rumah sakit swasta (22,87%) dan puskesmas dengan perawatan (tempat tidur) sebesar 13,18%. Rata-rata biaya untuk sekali rawat inap (dewasa) termasuk resep yang dibeli sendiri dan darah mencapai Rp.21.758.127,- (maksimal Rp100.000.000,00).

Dari deskripsi singkat angka kesakitan, besarnya biaya kesehatan rumah tangga miskin baik pengobatan sendiri, rawat jalan maupun rawat inap disisi lain konsumsi rokok sangat tinggi mencapai 9,72 batang/hari, sedangkan cakupan jaminan kesehatan dan pemanfaatannya masih rendah, maka dapat diketahui bahwa masalah rokok dan kesehatan rumah tangga miskin perlu mendapatkan perhatian segera dari berbagai pihak terutama pemerintah. Yuanita dkk¹¹ menemukan ada peningkatan yang bermakna status merokok kepala rumah tangga miskin yang medapat subsidi kesehatan (Kartu Sehat/SKTM) tahun 2001 dan tahun 2004. Bila dibandingkan dengan pengeluaran non makanan maka

pada tahun 2001 maskin yang dijamin kesehatannya dengan Kartu Sehat/SKTM mengalokasikan pengeluaran rumah tangga mereka untuk tembakau/rokok sebesar 31,20% dibandingkan 25,75% yang tidak mendapat jaminan kesehatan. Konsumsi tembakau/rokok dibandingkan dengan pengeluaran kesehatan hasilnya 1,84% (mendapat jaminan kesehatan) dibandingkan 1,23% (tidak mendapat jaminan kesehatan)¹¹.

Variabel yang Berpengaruh Pada Konsumsi Rokok Masyarakat Miskin

Model *demand* (pembelian) rokok dengan analisis regresi berganda menunjukkan bahwa harga rokok, pengeluaran per kapita, pengeluaran pangan (pengeluaran substitusi), umur awal merokok mempengaruhi konsumsi rokok. Pengeluaran kesehatan, jumlah konsumsi tembakau dan lama merokok tidak berpengaruh terhadap jumlah konsumsi rokok.

Di Indonesia harga rokok dikenal relatif sangat murah dibandingkan dengan negara-negara lain terutama di Amerika dan Eropa. Uang Rp6.000,00 sudah mendapatkan satu pak rokok sigaret kretek yang berisi sepuluh batang. Menaikkan cukai rokok setinggi-tingginya akan berakibat harga rokok menjadi lebih mahal. Jha and Chalopka¹² menyatakan bahwa kenaikan harga rokok sebesar 10% akan menurunkan konsumsi rokok sebesar 4% di negara dengan pendapatan tinggi sedangkan di negara berpendapatan sedang dan rendah akan menurunkan konsumsi rokok sebesar 8%. Pajak/cukai rokok mencakup hampir dua pertiga dari harga jual rokok di negara berpendapatan tinggi dan mencakup hampir 50% harga jual rokok di negara berpendapatan rendah dan sedang¹².

Pengeluaran per kapita yang mencerminkan kemampuan rumah tangga untuk belanja kebutuhan sehari-hari berpengaruh pada jumlah konsumsi rokok.

Tabel 3 Variabel yang Berpengaruh Pada Jumlah Konsumsi Rokok Rumah Tangga Miskin di Indonesia Tahun 2007

Source	SS	df	MS	Number of obs	= 2677
Model	57009.825	7	8144.26072	F(7, 2669)	= 113.98
Residual	190707.188	2669	71.4526744	Prob > F	= 0.0000
				R-squared	= 0.2301
				Adj R-squared	= 0.2281
Total	247717.013	2676	92.5698853	Root MSE	= 8.453

Jml rokok dikonsumsi	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Harga rokok	-.0008358	.0000753	-11.10	0.000	-.0009835 -.0006881
Pengeluaran / kap	-.0000115	5.02e-06	-2.28	0.022	-.0000213 -1.62e-06
Pengeluaran kes	-1.64e-06	6.22e-06	-0.26	0.792	-.0000138 .0000106
Pengeluaran pangan	9.00e-06	7.13e-07	12.63	0.000	7.60e-06 .0000104
Jml tembakau	-.0165968	.025552	-0.65	0.516	-.0667005 .033507
Umur awal merokok	.2356159	.0120997	19.47	0.000	.2118902 .2593417
Lama merokok	-.0046994	.0121057	-0.39	0.698	-.0284369 .0190382
Konstanta	5.705274	.5627758	10.14	0.000	4.601753 6.808795

Kendala seseorang merokok adalah ketersediaan pendapatan untuk membeli rokok. Pada kelompok rumah tangga miskin yang telah mempunyai kebiasaan merokok walaupun terbatas kemampuan membayarnya tetap akan berusaha untuk membeli rokok tersebut. Dalam kondisi seperti ini dilihat dari jenis barang belanja rumah tangga pasti ada yang dikorbankan karena kebutuhan mereka untuk membeli rokok.

Pengeluaran pangan juga berpengaruh pada konsumsi rokok dan bersifat positif. Data IFLS pengeluaran rumah tangga untuk rokok dimasukkan dalam pengeluaran pangan. Meningkatnya pengeluaran pangan yang berarti menurunnya pengeluaran non pangan yang terdiri pengeluaran untuk pakaian, perumahan, pendidikan, kesehatan dan lainnya. Pada struktur pengeluaran rumah tangga miskin persentase pengeluaran pangan sangat besar, mencapai 70% dari total belanja rumah tangga.

Umur awal merokok dan lama merokok berpengaruh pada konsumsi rokok menunjukkan bahwa semakin lama merokok dan semakin muda seseorang merokok maka akan semakin meningkatkan kebiasaan merokoknya dan semakin sulit dihilangkan kebiasaan buruk ini.

Sejak tahun 1988 setiap tanggal 31 Mei ditetapkan sebagai Hari Bebas Tembakau Sedunia dan tanggal 27 Februari 2005 diresmikan *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC). Tujuan didirikannya FCTC yaitu perlindungan generasi sekarang dan mendatang dari kerusakan kesehatan sosial, lingkungan dan ekonomi akibat konsumsi tembakau dan paparan asap tembakau. Sebanyak 168 negara anggota WHO sudah menandatangani tetapi ada tiga negara penghasil tembakau terbesar yang tidak meratifikasi FCTC yaitu Indonesia, Rusia, dan Zimbabwe. Diperkirakan belum bersedianya Indonesia menandatangani FCTC karena keuntungan ekonomi yang diakibatkan oleh produksi dan perniagaan terkait tembakau dan rokok².

Berbeda dengan Indonesia yang menyantuni biaya kesehatan pada semua masyarakat miskin tidak peduli apakah mereka berperilaku sehat atau tidak, di Mexico pemberian subsidi bagi rumah tangga miskin memberlakukan syarat khusus bagi penerimanya, yaitu salah satunya harus berperilaku sehat antara lain tidak merokok dan minum alkohol¹³. Kebijakan tersebut ideal sekali, karena tidak adil memberikan jaminan kesehatan sementara mereka sendiri tidak peduli dengan kesehatannya. Di dalam slogan “kesehatan adalah hak setiap manusia” terkandung makna “memelihara kesehatan adalah kewajiban kita semua”. Pesan terakhir ini yang belum banyak dikemas oleh Kementerian

Kesehatan, yang ditonjolkan masih “hak”. Kebijakan tersebut kemungkinan dapat diterapkan juga di Indonesia dengan mempergunakan dasar data survei Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang setiap tahunnya dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota, walau cakupan surveinya masih sangat terbatas sesuai dengan kemampuan anggaran.

Diperlukan upaya yang terus menerus dalam mengkampanyekan dan bahaya merokok dan berbagai aspek negatif dari merokok lewat berbagai media promosi, iklan dan label peringatan bahaya merokok, pemberlakuan aturan pembatasan area merokok ditempat-tempat umum serta meningkatkan kemudahan/akses untuk mendapatkan bahan/barang *Nicotine Replacement Treatments* (NRT). Semua itu adalah beberapa langkah yang cukup efektif untuk menurunkan prevalensi merokok. Jadi intervensi yang lebih efektif ada pada sisi *demand* atau sisi konsumen dan masyarakat.

Mengurangi penjualan rokok dan tembakau bukan kebijakan yang efektif dalam mengurangi konsumsi tembakau karena kehadiran perusahaan rokok/pengolahan tembakau akan memberikan lapangan pekerjaan dan mendatangkan pajak/cukai bagi pemerintah. Tetapi harus dipahami bahwa kebijakan pengendalian rokok/tembakau yang komprehensif tidak akan berpengaruh besar pada kegiatan perekonomian apalagi bila tembakau/rokok bukan merupakan bidang usaha yang amat penting disuatu negara¹².

Penyusunan Agenda Kebijakan Kesehatan

Menurut Dunn¹⁴ proses kebijakan publik terdiri dari lima tahap yaitu: 1) penyusunan agenda kebijakan, 2) formulasi kebijakan, 3) pembuatan kebijakan dan pengambilan keputusan, 4) implementasi kebijakan, dan 5) evaluasi kebijakan. Tahap penyusunan agenda meliputi: 1) persepsi masalah publik, yaitu bagaimana isu masalah publik dipersepsikan oleh masyarakat, pentingkah, seriuskah, atau biasa-biasa saja, 2) pendefinisian masalah, yaitu adanya pembatasan masalah yang dilakukan oleh publik. Meskipun dimasyarakat banyak terdapat isu dan persepsi yang berbeda namun ranah masalah pada fase ini sudah dapat diidentifikasi, 3) mobilisasi dukungan untuk masuknya isu/masalah publik menjadi agenda pemerintah. Kekuatan politik dibutuhkan dari masing-masing kelompok kepentingan. Kelompok yang paling memiliki kekuasaan atau kelompok yang memiliki kemampuan untuk mempengaruhi pihak lainlah yang isu, pembatasan dan definisinya dipakai sebagai acuan ketika masuk agenda pemerintah¹⁴.

Beberapa hal yang dapat dipetakan dalam penyusunan agenda kebijakan tentang perlindungan

kesehatan masyarakat terhadap bahaya merokok yang disusun tidak hanya terfokus pada masyarakat miskin tetapi masyarakat secara keseluruhan, mencakup persepsi masalah publik, pendefinisian masalah dan mobilisasi dukungan publik sebagai berikut:

Persepsi masalah publik: 1) kalangan kesehatan memahami bahaya merokok bagi perokok aktif dan pasif (penyakit, disabilitas, *economic burden*), kesehatan adalah hak sekaligus kewajiban (untuk memelihara kesehatan) setiap warga masyarakat, Jamkesmas diberikan pada orang yang tidak memelihara kesehatan (perilaku kesehatan buruk misal merokok) dan terbukanya teknologi pengembangan *Nicotine Replacement Treatment* (NRT), 2) masyarakat perokok menganggap merokok adalah hak individu yaitu suatu bentuk kesenangan yang tak merugikan orang lain mengapa ada yang campur tangan, untuk beli rokok memakai uang sendiri, yang merokok juga sehat dan umurnya panjang. Masyarakat umum mempunyai persepsi bahwa semua yang miskin berhak mendapatkan jaminan kesehatan tanpa pengecualian/persyaratan, fatwa Majelis Ulama Indonesia (MUI) masih diperdebatkan, pemberlakuan KTR tidak jelas sanksinya. sosialisasi KTR sangat kurang dan fakta industri rokok menguasai berbagai kegiatan perekonomian, 3) swasta/pabrik rokok, perdagangan dan pertanian tembakau dan cengkeh, mempunyai persepsi bahwa memproduksi rokok untuk memenuhi keperluan masyarakat (perokok), sudah memenuhi kewajiban (bayar cukai, pajak). Mereka mempunyai persepsi telah berjasa memberikan lapangan kerja dan meningkatkan ekonomi masyarakat mulai petani tembakau dan cengkeh, pabrik rokok, perdagangan rokok sampai kepada penjual eceran. Mereka dianggap berperan dalam perekonomian negara karena "*core business*" mereka adalah pabrik rokok tetapi menggurita dalam usaha-usaha lain dalam perekonomian nasional, 4) pemerintah: cukai rokok telah menyumbang pendapatan nasional sekitar 5 % dari APBN belum termasuk pajak dan penyerapan tenaga kerja dari industri rokok sehingga menyumbang perkembangan ekonomi nasional. Pengambil kebijakan masih belum memahami bahaya merokok terhadap kesehatan. Lebih dari empat puluh tahun sektor ekonomi menjadi "*mainstream*" pembangunan nasional dan sektor kesehatan belum menjadi hal yang dianggap penting.

Pendefinisian masalah meliputi: a) rokok, tembakau: diperlukan lebih banyak lagi kajian kerugian dan kemanfaatannya lewat hasil kajian dan penelitian yang obyektif, b) aspek kesehatan dari aktivitas merokok, c) aspek sosial budaya dari aktivitas merokok, d). aspek ekonomi dari rokok, perusahaan pem-

buat, *lingkage* pasar termasuk tata niaganya dan bahan baku pertanian, dan e) aspek sosial politik dari rokok dan industri rokok.

Mobilisasi dukungan untuk masuknya isu/masalah publik menjadi agenda pemerintah terdiri dari: 1) praktisi kesehatan termasuk *provider* pelayanan kesehatan dan profesi kesehatan, 2) akademisi dan peneliti kesehatan, 3) sekolah dan perguruan tinggi yang telah dan akan menerapkan "*tobacco free school/campus*", 4) instansi pemerintah dan perusahaan yang menerapkan KTR, 5) LSM penggiat kesehatan, 6) organisasi wanita, 7) Pemerintah daerah, dan 8) DPR/ DPRD.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kebijakan perlindungan kesehatan masyarakat dari bahaya rokok di Indonesia masih belum berhasil, masih diperlukan upaya dari sisi *demand* maupun *supply* yang mengutamakan peran pemerintah dan didukung segenap komponen masyarakat. Untuk mengefektifkan kebijakan perlindungan masyarakat dari bahaya rokok maka pemerintah harus segera menyusun agenda kebijakan: 1) kebijakan kenaikan cukai rokok karena cukai mencapai 50% dari harga jual rokok, 2) peraturan pembatasan area merokok ditempat-tempat umum kawasan tanpa rokok, 3) kebijakan promosi dan kampanye bahaya merokok terhadap kesehatan terutama untuk remaja termasuk pembatasan iklan rokok pada berbagai media, 4) melanjutkan kebijakan bagi hasil cukai rokok pada semua daerah dan meningkatkan alokasi dananya untuk bidang kesehatan, 5) memfasilitasi pengembangan dan mempermudah mendapatkan produk *nicotine replacement treatments*, dan 6) mengembangkan wacana kebijakan Jamkesmas yang mensyaratkan upaya rumah tangga miskin ikut menjaga kesehatannya antara lain tidak merokok. Kebijakan perlindungan kesehatan masyarakat terhadap bahaya merokok perlu mengembangkan pemahaman akan agenda kebijakan yang terdiri dari persepsi masalah publik, pendefinisian masalah dan penggalangan dukungan untuk menjadikan isu publik menjadi agenda pemerintah.

REFERENSI

1. Departemen Kesehatan, Fakta Tembakau Indonesia: Data Empiris untuk Strategi Nasional Penanggulangan Masalah Tembakau, 2004
2. Soerojo W, Epidemi Tembakau di Indonesia dan "Tobacco Free Campus TCSC-IAKMI UNDIP, Seminar Nasional Tobacco Free Campus di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Semarang, 2008.

3. IAKMI fact sheet, Fakta Tembakau di Indonesia
4. Abadi, T. Potret Penyembah Industri Rokok Versus Perlindungan Hak-Hak Publik, Seminar Nasional Tobacco Free Campus di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Semarang, 2008.
5. Salim, Emil. Pembangunan Ekonomi dan pemerataan, Idayu, Jakarta, 1980.
6. www.rand.org/labor/FLS/IFLS/study.html, Diakses tanggal 2 Februari 2012.
7. Strauss J, Kathleen Beegle, A. Dwiyanto et al. Indonesian Living Standards, Three Years After the Crisis, Evidence from Indonesia Family Life Survey An Executive Summary, Rand Corp, Santa Monica USA, 2002.
8. Badan Pusat Statistik, Statistik Indonesia, 2010.
9. Yuanita, Policy of Health Subsidy Provision and Cigarette Expenditure on the Poor in Indonesia: analysis of Susenas data of 2001 and 2004, papers on Postgraduate Forum on Health Policy and Management, 1st – 2nd July 2009, venue United Nation University International Institute for Global Health and Universiti Kebangsaan Malaysia, Kuala Lumpur, 2009.
10. Marsh A, Mc Kay S, Poor Smokers, PSI Publication, London, Policy Studies Institute, Tobacco Policy must not Increase Poverty : Say Report, BMJ, 1994: 08:737.
11. Yuanita, Yayi S. Prabandari, Ali Ghufro Mukti dan Laksono Trisnantoro, Kebijakan Subsidi Kesehatan bagi Keluarga Miskin dan Konsumsi Rokok di Indonesia tahun 2001 dan 2004, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 2012;15(2).
12. Jha, Prabhat and Frank J. Chaloupka, The Economics of Global Tobacco Control, British Medical Journal 2000;321.
13. Gertler PJ, Boyce S, an Experiment in Incentives Based Welfare : the Impact of PROGRESA on Health in Mexico, 2001, www.ifpri.org/thames/progres/pdf/Gertler_health.pdf, (Diakses tanggal 3 Maret 2011).
14. Dunn W, Pengantar Analisis Kebijakan Publik, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2003.