

**PENGARUH EFEKTIVITAS REVISI PP NO 81 TAHUN 1999
TENTANG PENGAMANAN ROKOK BAGI KESEHATAN
DENGAN PP NO 19 TAHUN 2003
TERHADAP KESEHATAN MASYARAKAT**

Maria Rosarie Harni Triastuti¹

Abstract

In 1999, the Government published PP No. 81 /1999 on Cigarettes Security for Health which one of section (section 4) address the limitation of nicotine and tar of cigarettes in Indonesia. The set of policy problem were rising when there were pressures to change PP No. 81 /1999 with PP No. 19/2003. The policy change invited some protest from interest parties on public health. The analysis of this essay depict that the PP reflect that the government have no committmen on public health. The formulation process of this PP strongly influenced by cigarettes company and interest parties in cigarettes industry.

Kata kunci : *perubahan kebijakan, pendekatan supply dan demand, nilai ekonomi, nilai kesehatan*

Perubahan suatu kebijakan (*policy change*) berawal dari suatu kondisi atau situasi yang memperlmasalahkan keberadaan kebijakan tersebut. PP No 81 Tahun 1999 Tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan yang dirubah dengan PP No 38 Tahun 2000 dan diperbaharui/direvisi dengan PP No 19 Tahun 2003 menimbulkan polemik di masyarakat, baik di kalangan masyarakat anti rokok, pemerhati kesehatan masyarakat, departemen kesehatan, kalangan industri rokok, petani cengkeh dan tembakau, buruh pabrik rokok dan konsumen rokok Ada apa di balik polemik tersebut ?

SITUASI MASALAH

Bahaya merokok merupakan isu yang sangat krusial bagi kesehatan masyarakat. Data dari World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa kematian yang diakibatkan oleh rokok pada tahun 1950 di negara industri sebesar 0,3 juta orang, pada tahun 1976 mencapai 1,3 juta orang di negara industri dan 0,2 juta orang di negara berkembang, pada tahun 2000 mencapai 2,1

¹ Dosen Tetap di Jurusan Ilmu Administrasi Negara, FISIP, Universitas Katolik Parahyangan. Email : rossie@home.unpar.ac.id

juta orang di negara industri dan 2,1 juta orang di negara berkembang dan proyeksi pada tahun 2025-2030 akan mencapai 3 juta orang per tahun di negara industri dan 7 juta orang per tahun di negara berkembang (Kompas, 2003).

Jumlah ini menunjukkan trend/kecenderungan meningkat. Yang menarik adalah, dari data WHO tersebut *trend* jumlah kematian akibat merokok di negaranegara berkembang cenderung lebih tinggi dibandingkan *trend* di negara industri. Dalam kurun waktu 24 tahun terakhir, dari tahun 1976 sampai tahun 2000, persentase kenaikan jumlah kematian akibat merokok di negara berkembang mencapai 90%, sedangkan di negara industri 38%.

Ancaman utama yang diakibatkan oleh rokok adalah terjadinya stroke, kanker bibir dan mulut, meningkatkan resiko serangan jantung, kanker esophagus, penyakit paru onstruktif kronis, kanker hati, dan sebagainya. Dalam buku *The Fact About Drug Use* (Barry Stimmel MD, 1993) disebutkan asap rokok mengandung lebih dari 3.000 zat kimia, dari jumlah itu 43 di antaranya merupakan zat karsinogenik yang memicu kanker dengan tar, nikotin dan karbon monoksida sebagai tiga zat utamanya (Kompas, 2003).

Jumlah rokok yang diisap di Indonesia termasuk 5 besar dunia, yaitu 188 milyar. China menduduki peringkat pertama dengan jumlah rokok yang diisap 1.679 milyar, Amerika Serikat 480 milyar, Jepang 316 milyar dan Rusia 230 milyar (Kompas, 2003). WHO South East Asia Regional Office (SEARO) menyebutkan bahwa Indonesia menduduki rangking keempat jumlah perokok terbanyak di dunia. Pada tahun 1996, jumlah pria perokok umur 10 tahun ke atas di Indonesia sebesar 59% dari jumlah penduduk pria umur 10 tahun ke atas atau sebesar 45,92 juta orang dan wanita perokok umur 10 tahun ke atas sebesar 3,8% dari jumlah penduduk wanita umur 10 tahun ke atas atau sebesar 3,1 juta orang. Jumlah perokok pria dan wanita pada tahun tersebut sejumlah 49,02 juta atau sekitar 25% dari total jumlah penduduk Indonesia (Sitepoe, 2000).

Bagaimana dengan produksi rokok di Indonesia? Produksi rokok di Indonesia dari tabel 1 di bawah ini menunjukkan *trend* meningkat dari tahun ke tahun. Perkembangan dalam 5 tahun terakhir dari tahun 1985 sampai tahun 1990 menunjukkan persentase kenaikan produksi rokok di Indonesia sebesar 26%. Tembakau dan cengkeh diproduksi untuk memenuhi kebutuhan produksi rokok yang semakin meningkat. Tabel 2 menunjukkan jumlah produksi tembakau dan cengkeh di Indonesia dari tahun 1995 sampai tahun 1998.

Tabel 1
Produksi Rokok di Indonesia

Tahun	Produksi (milyar batang)
1968	14,8 milyar
1973/1974	50,6 milyar
1978/1979	69,2 milyar
1983/1984	96,2 milyar
1985/1986	108,2 milyar
1986/1987	117,6 milyar
1987/1988	134,3 milyar
1988/1989	141,1 milyar
1989/1990	143,9 milyar
1990/1991	146,9 milyar

Sumber : Bindar

Tabel 2
Produksi Tembakau dan Cengkeh Indonesia (dalam ton)

No	Tahun	Tembakau	Cengkeh
1	1995	140.169	90.007
2	1996	139.639	59.475
3	1997	139.783	58.884
4	1998	140.239	58.964

Sumber : Sitepoe, dari BPS

Situasi problematis terjadi ketika *trend* kematian akibat merokok berjalan seiring dengan *trend* kenaikan jumlah produksi rokok dan *trend* konsumsi rokok. Tidak bisa dipungkiri bahwa produksi rokok dapat mendatangkan devisa bagi negara (tahun 2002 negara mendapatkan 22,3 trilyun) dan membuka lapangan pekerjaan bagi banyak orang (di Indonesia industri rokok menyumbang 8% lapangan kerja). Akan tetapi jumlah penyakit yang diakibatkan oleh rokok dan jumlah kematian yang terjadi akibat dipicu dan disebabkan oleh asap rokok juga semakin meningkat.

Kekhawatiran berbagai pihak, seperti Departemen Kesehatan, Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI), Gerakan Nasional Penanggulangan Masalah Merokok (GNPMM) dan pemerhati masalah kesehatan masyarakat terhadap bahaya merokok semakin meningkat dan ada keinginan perlunya intervensi kebijakan yang dapat meredusir atau meminimalisir bahaya akibat rokok tersebut. Di sisi lain, kalangan industrialis rokok, buruh rokok dan petani tembakau serta

cengkeh khawatir jika kebijakan yang *sudah* dan *akan* dibuat pemerintah dapat mempengaruhi pola konsumsi masyarakat, sehingga menurunkan *demand* akan rokok, akibatnya produksi rokok berkurang, pendapatan pabrik berkurang, dan dapat berakibat pada penekanan upah buruh rokok bahkan pemutusan hubungan kerja, selain itu petani tembakau dan cengkeh ditekan untuk memproduksi tembakau dan cengkeh sesuai dengan kriteria yang ditentukan.

HASIL PEMECAHAN MASALAH TERDAHULU

World Health Organization (WHO) pada tahun 1986 mengeluarkan resolusi yang memuat 9 strategi dalam menerapkan pencegahan penyakit yang dipicu karena merokok Indonesia sebagai anggota WHO juga telah mengambil tindakan pencegahan penyakit yang dipicu karena merokok, antara lain menambahkan label bahaya merokok pada pembungkus rokok berdasarkan SK Menteri Kesehatan No 225/V/1991 tentang Pengawasan Produk Tembakau. Agaknya Surat Keputusan ini tidak cukup efektif untuk menanggulangi permasalahan bahaya merokok di Indonesia, karena WHO South East Asia Regional Office (SEARO) mencatat kematian akibat merokok di Indonesia pada tahun 1992 diperkirakan 192.000 orang (Berita Jakarta, 2003).

Pada tahun 1999, dikeluarkan PP No 81 Tahun 1999 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan dengan salah satu pasal (pasal 4) yang mempermasalahkan pembatasan kadar nikotin dan tar dalam rokok yang beredar di Indonesia (Sitepoe, 2000). Pernyataan dalam pasal 4 ayat 1 tersebut adalah "*Kadar kandungan nikotin dan tar pada setiap batang rokok yang beredar di wilayah Indonesia tidak boleh melebihi kadar kandungan nikotin 1,5 mg dan kadar kandungan tar 20 mg*"(PP81/1999). Reaksi masyarakat berkembang dengan adanya PP tersebut, pabrik rokok kecil, pabrik rokok besar dan serikat pekerja rokok tembakau makanan minuman Kabupaten Kudus melakukan protes, dukungan dari berbagai pihak terhadap PP tersebut dan berbagai kontroversi tentang kadar nikotin dan tar dalam PP tersebut (Suara Pembaruan, 1999; Kompas, 1999, 2000; Rakyat Merdeka, 2000; Media Indonesia, 2000).

Perubahan dilakukan seiring dengan desakan dan tuntutan dan berbagai pihak, terutama dan pihak pengusaha rokok terhadap PP 81 Tahun 1999 tersebut, pada tanggal 7 Juni 2000 dikeluarkan PP No 38 Tahun 2000 sebagai PP Perubahan terhadap PP 81 Tahun 1999 antara lain merubah waktu penyesuaian produksi rokok dengan persyaratan kadar maksimum kandungan nikotin dan tar dan 5 tahun menjadi 7 tahun untuk produksi rokok industri besar dan 10 tahun untuk industri rokok kecil (pasal 39 ayat 2).

Belum genap 3 tahun sejak perubahan PP 81 Tahun 1999, pada tanggal 10 Maret 2003, pemerintah mengeluarkan PP No 19 Tahun 2003 Tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan. PP No 81 Tahun 1999 beserta perubahannya dengan PP No 38 Tahun 2000 dinyatakan tidak berlaku. Desakan yang semakin kuat dan pihak pengusaha rokok dan petani tembakau dan cengkeh telah melahirkan PP No 19 Tahun 2003 ini. Kadar kandungan tar dan nikotin sebagaimana diatur dalam PP 81/1999 ditiadakan, sehingga pasal 4 ayat 1 dalam PP19/2003 ini berbunyi "*Setiap orang yang memproduksi rokok wajib melakukan pemeriksaan kandungan kadar nikotin dan tar pada setiap hasil produksinya*"(PP19/2003)

Dengan adanya revisi PP tersebut, kadar nikotin dan tar menjadi tidak diperhatikan. *Fakta di lapangan* menunjukkan bahwa kadar tar beberapa rokok yang dijual di Indonesia lebih dari 50 mg (Kompas, 2003). Tabel 3 menunjukkan kandungan tar dan nikotin dalam 10 merk rokok dengan penjualan tertinggi di Indonesia. Rata-rata kandungan tar dari kesepuluh merk tersebut adalah sebesar 38 mg sedangkan rata-rata kandungan nikotinnya sebesar 2 mg.

Data dan Badan Pengawasan Obat dan Makanan (POM) pada tahun 2002, sekitar 500 ribu orang Indonesia menderita berbagai penyakit akibat rokok. Sedangkan data dari Survei Kesehatan Rumah Tangga 2002 menyebutkan, angka merokok aktif di Indonesia mencapai 75% atau 141 juta orang (Kompas, 2003). Jika *trend* bahaya merokok meningkat seiring dengan *trend* konsumsi rokok dan dua variabel ini meningkat seiring dengan produksi (kuantitas) dan kadar tar dan nikotin (kualitas) rokok, maka revisi PP 81/1999 (yang salah satu pasalnya mengatur tentang kadar tar dan nikotin tersebut) menjadi PP 19/2003 (yang tidak memberikan batasan maksimal kadar nikotin dan tar) akan berpengaruh terhadap *trend* dua variabel independent yang menyertainya yaitu konsumsi rokok dan bahaya akibat merokok

Tabel 3.
Sepuluh Merk Rokok dengan Penjualan Tertinggi di Indonesia

No	Merek Rokok	Perusahaan Rokok	Kandungan dalam Rokok	
			Tar (mg)	Nikotin (mg)
1	Gudang Garam Internasional (filter 12)	Gudang Garam	44,25	2.18
2	Dji Sam Soe	Sampoerna	52.9	2.81
3	Gudang Garam Surya (Filter 16)	Gudang Garam	42.0	2.16
4	Gudang Garam Surya (Filter 12)	Gudang Garam	41.8	2.10
5	Gudang Garam (12)	Gudang Garam	57.3	2.81
6	Djarum Coklat (12)	Djarum	50.2	2.99
7	Ardath Specials (Filter 12)	British American Tobacco (BAT) Indonesia	16.1	1.54
8	Djarum Super (Filter 12)	Djarum	40.95	2.46
9	Commodore Filter Long Size (Filter 20)	British American Tobacco (BAT) Indonesia	18.4	1.50
10	Sampoerna A Mild (Filter 16)	Sampoerna	15.18	1.01

Sumber : Sitepoe (2000)

LINGKUP DAN INTI MASALAH

a. Penilaian Hasil Kebijakan Terdahulu

PP 81/1999 dianggap sebagai kebijakan terdahulu sebelum dikeluarkannya PP Revisi No 19 Tahun 2003. Evaluasi terhadap PP 81/1999 tidak dilakukan secara komprehensif oleh pemerintah Indonesia dalam hal ini adalah Departemen Kesehatan (Depkes) dan Departemen Perindustrian dan Perdagangan (Deperindag). Evaluasi berkenaan dengan produksi informasi mengenai nilai atau manfaat hasil kebijakan. Ketika hasil kebijakan pada kenyataannya mempunyai nilai, hal ini karena hasil tersebut memberi sumbangan pada tujuan atau sasaran (Dunn, 2000).

Kinerja PP 81/1999 diukur dari apakah PP tersebut telah mencapai tujuan yang telah ditetapkan? Tujuan dari PP 81/1999 adalah mencegah penyakit akibat penggunaan rokok bagi individu dan masyarakat dengan :

1. Melindungi kesehatan masyarakat terhadap insiden penyakit yang fatal dan penyakit yang dapat menurunkan kualitas hidup akibat penggunaan rokok.
2. Melindungi penduduk usia produktif dan remaja dari dorongan lingkungan untuk penggunaan rokok dan ketergantungan terhadap rokok

3. Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat terhadap bahaya kesehatan terhadap penggunaan rokok.

Data dari Survey Kesehatan Rumah Tangga 2002 menyebutkan bahwa angka merokok aktif di Indonesia mencapai 75 % atau 141 juta orang. Jumlah ini mengalami kenaikan 188% dari jumlah perokok tahun 1996. Sungguh jumlah yang luar biasa. Menteri Kesehatan membeberkan angka 6,5 juta orang di Indonesia menderita penyakit akut akibat merokok (Republika, 2003). Antara lain berupa kanker paru-paru, jantung dan gangguan peredaran darah.

Harian Kompas, 21 Maret 2000 mengangkat berita 57.000 jiwa meninggal per tahun akibat merokok atau 158 jiwa meninggal setiap hari per tahun di Indonesia (Sitepoe, 2000). Angka kematian 57.000 jiwa/tahun diperhitungkan dari angka kematian kasar (Crude Death Rate = CDR). Dikatakan bahwa angka kematian akibat merokok adalah 3-4% dari CDR Pada tahun 1996 CDR adalah 7,5%, sehingga angka kematian merokok pada tahun 1996 adalah 4% dari 7,5% x 198,2 juta = kurang lebih 57.0000 jiwa.

Perwakilan WHO untuk Indonesia, Georg Petersen, mengatakan bahwa jumlah perokok di negara-negara maju pada masa-masa mendatang mulai menurun, tetapi sebaliknya naik di negara-negara berkembang. Usia perokok pun bergeser ke arah anak-anak muda. Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1986 yang diadakan oleh Departemen Kesehatan menunjukkan anak-anak perokok dalam umur 10-14 tahun mencapai 0,6% dan 15 - 19 tahun mencapai 13,2% dari total perokok di Indonesia. World Bank memperkirakan, dengan pola merokok saat ini, 500 juta orang terancam nyawanya. Lebih dari setengahnya adalah anak-anak dan remaja (Kompas, 2003).

Agaknya Departemen Kesehatan tidak cukup punya kekuatan untuk mengevaluasi kinerja serta dampak dari PP81/1999 tersebut terhadap kesehatan masyarakat, karena pada tanggal 10 Maret 2003 yang lalu pemerintah mengundangkan PP No 19 Tahun 2003 yang tidak membatasi takaran/jumlah maksimal kadar nikotin dan tar dalam pasal 4 ayat 1 PP 81/1999. Perubahan substansi kebijakan ini diindikasikan tidak melalui proses evaluasi kebijakan. Asumsi ini diperoleh karena *nilai* yang terkandung dalam dua PP tersebut berbeda. Nilai kesehatan dikorbankan untuk mencapai kepentingan yang lain, yaitu nilai ekonomi. Walaupun substansi tujuan kedua PP tersebut sama, akan tetapi telah terjadi *pergeseran nilai* dari PP 81/1999 ke PP 19/2003. Seharusnya evaluasi dilakukan dengan melihat hasil dari PP terdahulu dan meneliti hubungan antara jumlah kematian dan bahaya merokok dengan kadar tar dan nikotin tertentu.

b. Urgensi Situasi Masalah

Berdasarkan pemaparan di atas, sangat jelas tergambar bahwa terdapat posisi kerentanan kesehatan masyarakat akibat bahaya merokok. Fakta-fakta menunjukkan dampak negatif merokok lebih besar daripada dampak positifnya. World Health Organization (WHO) mengemukakan bahwa pada tahun 2002 terjadi kematian akibat merokok sebesar 4,2 juta jiwa, dengan komposisi di negara industri 2,1 juta jiwa, laki-laki 1,6 juta jiwa dan perempuan 0,5 juta jiwa; di negara berkembang sebesar 2,1 juta jiwa, laki-laki 1,8 juta jiwa dan perempuan 0,3 juta jiwa (Kompas, 2003). Proyeksi pada tahun 2025-2030, terdapat 10 juta orang meninggal akibat rokok dan 70%-nya berasal dari negara-negara berkembang termasuk Indonesia.

Perokok tidak saja membahayakan dirinya sendiri akan tetapi juga membahayakan orang-orang di sekitarnya atau sering disebut sebagai perokok pasif. *Sidestream smoke* atau asap samping sangat besar pengaruhnya bagi kesehatan perokok pasif, karena jumlahnya cukup banyak dan kadar bahan berbahaya yang dikandungnya cukup tinggi (Republika, 2003). Risiko kesehatan yang dihadapi perokok pasif hampir tidak ada bedanya dengan perokok aktif. Bahkan dalam beberapa penelitian resiko kesehatan perokok pasif lebih tinggi daripada perokok itu sendiri. Selama beberapa tahun terakhir, para ilmuwan telah membuktikan bahwa zat-zat kimia yang dikandung asap rokok dapat mempengaruhi orang-orang tidak merokok di sekitarnya. Asap rokok mengandung banyak zat-zat berbahaya (The Scottish Health Education Group), diantaranya :

1. Tar, mengandung bahan kimia yang beracun yang dapat merusak sel paru-paru dan menyebabkan kanker
2. Karbon Monoksida (CO), gas beracun yang dapat mengakibatkan berkurangnya kemampuan darah membawa oksigen
3. Nikotin, merupakan salah satu jenis obat perangsang yang dapat merusak jantung dan sirkulasi darah, nikotin membuat pemakainya kecanduan.

Jika kesehatan masyarakat terganggu akibat terkena bahaya merokok, maka produktivitas masyarakat akan menurun, kualitas hidup masyarakat menurun dan pajak yang diterima negara dari masyarakat menurun akibat rendahnya produktivitas. Direktur Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan (POM) Departemen Kesehatan, Wisnu Kaltim, mengutip laporan WHO bahwa berdasarkan data Mei 1997, estimasi angka kematian di seluruh dunia saat ini mencapai 3 juta

orang per tahun akibat merokok. Berarti 1 kematian setiap 10 detik dan 50% korban meninggal itu berusia produktif (Media Indonesia, 1997).

c. Kebutuhan Analisis

Intervensi kebijakan pemerintah terhadap bahaya rokok bagi kesehatan masyarakat perlu dianalisis secara komprehensif, sehingga kompleksitas dan dinamika permasalahan dalam persoalan bahaya merokok dapat didefinisikan secara jelas sekaligus dapat dilakukan estimasi/trend terhadap kecenderungan permasalahan yang ada.

Langkah ini dapat membantu mencari jalan atau solusi yang tepat dalam menangani permasalahan bahaya rokok bagi kesehatan. Pilihan dan alternatif alternatif kebijakan dapat dibuat, sehingga memungkinkan dipilihnya alternatif yang paling tepat dalam konteks dan *setting* kebijakan kesehatan, khususnya pengamanan rokok bagi kesehatan masyarakat. Bagaimanapun juga intervensi perlu dilakukan, namun apakah intervensi tersebut tepat atau justru menjadi obat yang salah dari suatu penyakit yang sudah parah? Untuk itu selanjutnya, tulisan ini akan mengulas permasalahan kebijakan yang ada, masa depan kebijakan dan aksi kebijakan yang perlu dilakukan sehubungan dengan hal di atas.

PERUMUSAN MASALAH

a. Pendekatan Analisis

Permasalahan kebijakan muncul ketika terdapat upaya untuk merevisi PP 81/1999 tersebut dengan dikeluarkannya PP No 19 tahun 2003 yang mengundang protes dan pihak-pihak yang berkepentingan terhadap kesehatan masyarakat. PP tersebut dianggap tidak menunjukkan adanya komitmen kesehatan dari pemerintah dan dalam proses perumusannya tidak terlepas dari pengaruh perusahaan rokok dan berbagai pihak yang berkepentingan dalam industri rokok. Pengaturan tentang kadar kandungan nikotin dan tar dalam PP revisi ini masuk ke dalam bab II, yang berbunyi "*Setiap orang yang memproduksi rokok wajib melakukan pemeriksaan kandungan kadar nikotin dan tar pada setiap hasil produksinya.*" Batasan kadar nikotin dan tar dihilangkan sehingga *semakin* menimbulkan kerawanan terhadap kesehatan masyarakat akan bahaya merokok

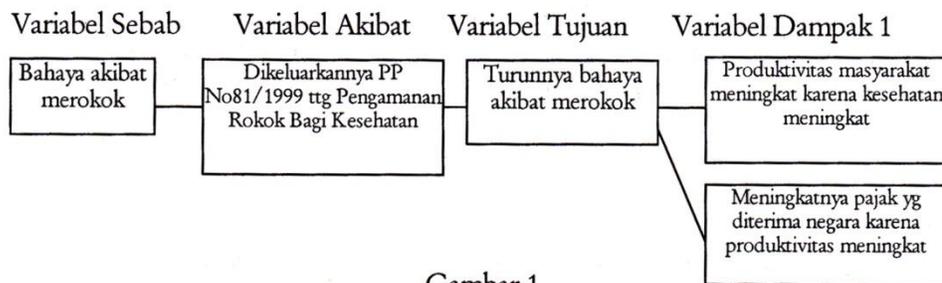
Revisi yang dilakukan pemerintah terhadap PP No 81/1999 menjadi PP No 19/2003 menunjukkan adanya *trade-off* kebijakan. Di satu sisi pemerintah ingin mengakomodasi kepentingan kesehatan masyarakat, namun di sisi lain pemerintah juga mengakomodasi kepentingan dari industri rokok. PP revisi dengan jelas menunjukkan keberpihakan pemerintah

pada industri rokok daripada kesehatan masyarakat. Padahal di seluruh dunia justru muncul gerakan pengendalian rokok dan penanggulangan dampaknya (Kompas, 2003), termasuk dari WHO *Convention on Tobacco Control* yang draf finalnya sudah selesai disusun. Data dari World Bank pada tahun 1990 menunjukkan bahwa saat cukai rokok yang diterima pemerintah Indonesia Rp 2,6 trilyun, kerugian ekonomi akibat rokok yang harus ditanggung rakyat sebesar Rp 14,5 trilyun.

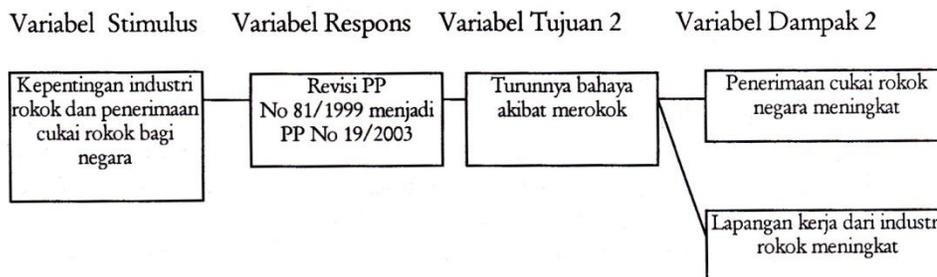
Tarik-menarik kepentingan ekonomi dan kesehatan telah membuahkan "kemenangan" pada industri rokok, sehingga revisi PP 81/1999 justru memberikan kerugian pada kesehatan masyarakat. Dan hasil proses kebijakan yang terjadi, muncul pertanyaan **apakah revisi PP No 81 Tahun 1999 menjadi PP No 19 Tahun 2003 efektif untuk mengurangi akibat merokok bagi kesehatan masyarakat ?** Tipologi masalah kesehatan masyarakat ini termasuk dalam masalah yang rumit (*ill-structured*) (Dunn, 2000) dengan karakteristik antara lain adanya konflik nilai dalam proses pengambilan keputusannya, yaitu antara nilai ekonomi dan sosial.

Policy Modelling

Model yang digunakan dalam analisis kebijakan revisi PP 81/1999 ini adalah model analitik yang akan dikembangkan dengan analisis hubungan kausal, yaitu pengaruh revisi PP terhadap kesehatan masyarakat. Model yang dapat menggambarkan realitas masalah kesehatan masyarakat dalam revisi PP 81/1999 menjadi PP 19/2003 ini adalah sebagai berikut :



Gambar 1
Model Kebijakan



Asumsi model

PP 81/1999 sebagai variabel independent (X1) berpengaruh terhadap peningkatan kesehatan masyarakat (Y1). Dalam perkembangannya X1 telah mengalami pergeseran menjadi X2 yaitu adanya PP revisi, sehingga efektivitas pencapaian tujuan utama (Y1) dipertanyakan akibat terjadi bias atau pergeseran *nilai* tujuan menjadi Y2 dan diharapkan memberikan dampak pada penerimaan cukai rokok di camping upaya untuk kesehatan masyarakat.

b. Pelaku Kebijakan

Pelaku utama dari PP No 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan Masyarakat ini adalah Departemen Kesehatan. Visi dan misi departemen kesehatan menjadi acuan utama dalam melaksanakan PP ini (*mission driven*) dibandingkan dengan acuan yang lebih didasarkan kepatuhan pada aturan (*rule driven*). Departemen Kesehatan bekerjasama dengan departemen lain seperti Departemen Perindustrian dan Perdagangan dan Departemen Pertanian memformulasikan kebijakan ini sebagai upaya perlindungan terhadap kerentanan kesehatan masyarakat akibat bahaya merokok. Proses legitimasi dan implementasi kebijakan juga berada dalam kontrol Departemen Kesehatan.

Oleh karena itu, sangat penting dilakukan kajian menyeluruh tentang substansi dan proses kebijakan PP No 19 Tahun 2003 ini, dengan Departemen Kesehatan selaku aktor kunci dan *stakeholder* kebijakan seperti perusahaan/pabrik rokok, konsumen rokok, dan pihak-pihak lain seperti buruh rokok, petani cengkeh dan tembakau, perokok pasif, masyarakat pemerhati kesehatan masyarakat, dan sebagainya.

c. Tujuan dan Sasaran Kebijakan

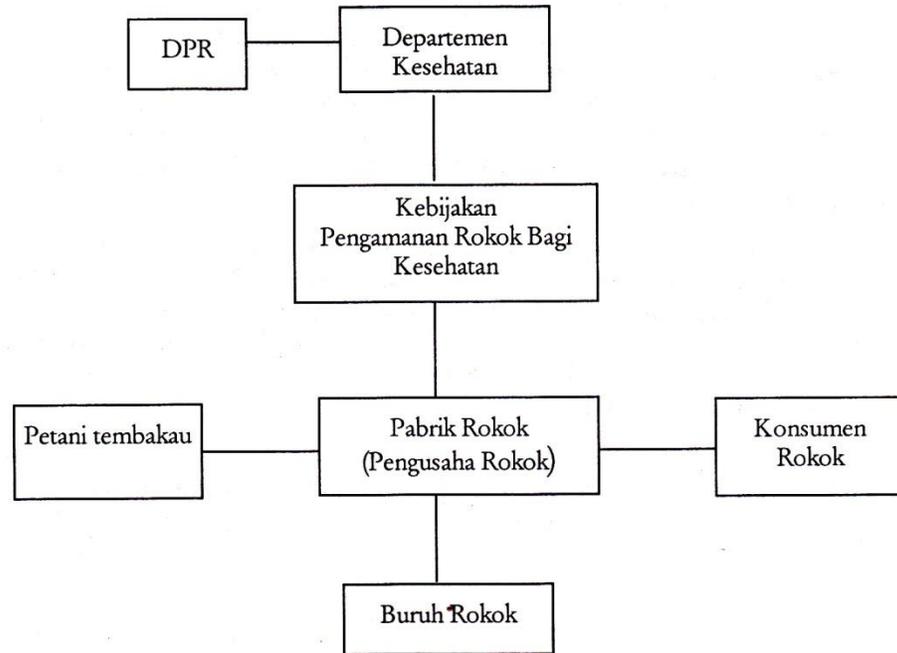
Tujuan dari PP No 19 Tahun 2003 adalah (1) melindungi kesehatan dari bahaya akibat merokok, (2) membudayakan hidup sehat, (3) menekan perokok pemula dan (4) melindungi kesehatan perokok pasif. Perlu diketahui bahwa *prevalensi* perokok aktif di Indonesia meningkat dengan sangat cepat dalam dua dekade terakhir. Data Survei Kesehatan Nasional Tahun 2001 menunjukkan bahwa 54,5% laki-laki dan 1,2% perempuan Indonesia berusia lebih dari 10 tahun merupakan perokok aktif. Sekitar 28,3% perokok tergolong dalam sosial ekonomi rendah, di mana mereka membelanjakan rata-rata 15-16% pendapatan dalam satu bulan untuk membeli rokok. Tingkat kematian akibat kebiasaan merokok di Indonesia telah mencapai 57.000 orang setiap tahunnya (Penjelasan PP19/2003).

Oleh karena itu pengamanan rokok bagi kesehatan perlu dilaksanakan dengan pemberian informasi tentang kandungan kadar nikotin dan tar yang ada pada setiap batang rokok, pencantuman peringatan pada label, pengaturan produksi dan penjualan rokok pada tempat umum, sarana kesehatan, tempat kerja dan tempat yang secara spesifik sebagai tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah dan angkutan umum.

Sasaran dari kebijakan ini adalah kesehatan konsumen rokok dan masyarakat pada umumnya. Pemerintah menargetkan dalam kurun waktu selama 10 tahun dari tahun 2000 sampai 2010 terjadi penurunan konsumsi rokok setidaknya 1 % setahun dan jumlah perokok pada anak-anak, wanita dan kelompok miskin turun masing-masing setidaknya 1% setahun.

Sasaran dari kebijakan pengamanan rokok bagi kesehatan ditujukan untuk melindungi konsumen rokok dan masyarakat pada umumnya, namun dalam PP 19/2003 ini terdapat 2 sasaran yaitu sasaran langsung yaitu pada pengusaha rokok dan sasaran tidak langsung melalui konsumen rokok. Pengusaha dan pabrik rokok menjadi media pencapaian tujuan kebijakan PP 19/2003 ini. Apakah upaya ini akan efektif?

Gambar 2 menjelaskan sasaran kebijakan, yang menimbulkan hubungan interdependensi antara satu aktor dengan aktor lainnya, yaitu pengusaha (pabrik rokok), konsumen rokok, petani tembakau dan cengkeh serta buruh rokok. Konsumen rokok dan masyarakat merupakan *target group* dan menjadi salah satu *stakeholder* dari kebijakan-kebijakan pemerintah yang ditujukan untuk menangani rokok. Dampak sasaran dari PP 19/2003 dapat bergeser dari satu aktor ke lain aktor tergantung dari kekuatan (*bargaining power*) yang dimiliki oleh masing-masing aktor. Dari gambar dapat diketahui bahwa *bargaining power* terbesar dimiliki oleh pengusaha (pabrik rokok), hal ini terbukti dengan dimenangkannya *nilai ekonomi* rokok sebagai penyumbang pendapatan negara dari tahun ke tahun yang semakin meningkat, daripada nilai kesehatan masyarakat akibat merokok. Jumlah pendapatan cukai rokok pada tahun 2000 dapat dilihat dari tabel 4.



Gambar 2
Tujuan dan Sasaran Kebijakan

Tabel 4.
Jumlah produksi dan pendapatan cukai rokok tahun 2000

Jenis rokok	Rokok kretek	Rokok putih
Jumlah perusahaan	799	16
Produksi	206,68 milyar batang	232,46 milyar batang
Cukai	Rp 12,46 trilyun	Rp 1,31 trilyun

Sumber : Kompas (2002)

Dengan jumlah sebesar Rp 12,46 trilyun rupiah untuk rokok kretek pada tahun 2000 tersebut, tentunya bagi pemerintah jumlah ini sangat menguntungkan pemasukan negara, sehingga pengusaha rokok mendapatkan posisi yang penting dalam pembuatan maupun implementasi kebijakan yang berkaitan dengan perokokan.

d. Ukuran Efektivitas

Untuk mengetahui ukuran efektivitas, maka terlebih dahulu perlu diketahui tujuan yang ingin atau akan dicapai melalui PP No 19 Tahun 2003 tersebut. Dalam penjelasan PP 19/2003 disebutkan tujuan yang ingin dicapai adalah :

1. Melindungi kesehatan dari bahaya akibat merokok

2. Membudayakan hidup sehat
3. Menekan perokok pemula
4. Melindungi kesehatan perokok pasif

Tujuan dari PP sebelumnya, yaitu PP No 81 Tahun 1999 juga sama. Namun yang menjadi permasalahan adalah *substansi* kebijakan yang berbeda akibat intervensi dari pihak pengusaha dan pabrik rokok terhadap PP tersebut. Tidak ada atau dihilangkannya batasan maksimal kadar nikotin dan tar dalam rokok disinyalir akan menimbulkan kerawanan kesehatan masyarakat dari bahaya merokok. Oleh karena itu pertanyaannya menjadi, apakah PP No 19 Tahun 2003 ini mampu mencapai tujuan yang diharapkan (ditetapkan)?

Ukuran pertama adalah apakah masyarakat terlindungi dari bahaya akibat merokok? Apakah budaya hidup sehat telah tumbuh di masyarakat? Apakah jumlah perokok pemula menurun? Dan apakah perokok pasif sudah terlindungi? Untuk mengetahui secara pasti, dapat dilakukan analisis biaya manfaat (Cost Benefit Analysis) baik ekonomi maupun sosial dan analisis biaya efektivitas (Cost Benefit Effectiveness).

Dengan analisis CBA dapat diketahui berapa besar biaya ekonomi yang digunakan untuk memproduksi rokok yang rendah kadar tar dan nikotinnya, ataupun biaya untuk menemukan varietas-varietas baru tembakau dan cengkeh yang memenuhi standar kesehatan. Dalam upaya ini Departemen Perindustrian dan Perdagangan serta Departemen Pertanian memainkan peranan penting. Manfaat ekonomi dapat diketahui dari peningkatan produktivitas akibat pengurangan jumlah orang merokok atau terhindar dari bahaya merokok. Untuk manfaat ekonomi ini cukup sulit menghitungnya.

Analisis CBA sosial dapat diperhitungkan dari biaya sosial akibat konsumsi merokok masyarakat dan manfaat sosial dapat diketahui dari peningkatan kualitas hidup masyarakat akibat konsumsi rokok yang semakin menurun dan meningkatnya kualitas hidup masyarakat.

Sedangkan analisis biaya efektivitas diperhitungkan dari biaya yang harus dikeluarkan oleh masyarakat, pengusaha rokok dan pemerintah dalam upaya menurunkan akibat bahaya merokok dan efektivitas diukur dari pelayanan yang lebih baik akibat biaya yang telah dikeluarkan tersebut. Analisis-analisis tersebut memungkinkan dilakukan dengan adanya penelitian khusus.

e. Potensi pemecahan

Pendekatan yang digunakan oleh pemerintah dalam upaya menekan bahaya merokok bagi kesehatan merupakan pendekatan *supply*, yaitu dengan memberikan beberapa tekanan dan

pengaturan pada pengusaha dan pabrik rokok melalui PP No 19 Tahun 2003, seperti pencantuman informasi tentang kandungan kadar nikotin dan tar rokok (pasal 6 ayat 1), tulisan peringatan kesehatan berupa "*merokok dapat menyebabkan kanker, serangan jantung, impotensi, gangguan kehamilan dan janin*" (pasal 8 ayat 2), tidak boleh menggunakan bahan tambahan yang tidak memenuhi persyaratan kesehatan (pasal 11 ayat 1) dan iklan di media elektronik hanya dapat dilakukan pada pukul 21.30 sampai pukul 05.00 waktu setempat (pasal 16 ayat 3). Pemerintah juga menentukan kawasan-kawasan yang dinyatakan sebagai bebas rokok (pasal 22). Pendekatan *demand* agaknya lebih sulit dilakukan karena harus merubah pola hidup masyarakat secara keseluruhan. Kesadaran untuk berhenti merokok biasanya merupakan kesadaran individual bukan kesadaran kolektif.

Solusi yang tersedia saat ini adalah adanya instrumen perpajakan melalui cukai rokok. Cukai rokok dapat ditinggikan sebagai upaya untuk mengendalikan konsumsi rokok. Cukai rokok di Indonesia memberikan kontribusi yang cukup signifikan dalam perolehan APBN (lihat tabel 5 di bawah ini), namun nilainya masih kecil dibandingkan dengan penerimaan cukai rokok yang diperoleh negara lain di kawasan ASEAN. Misalnya Singapura membebaskan cukai rokok sebesar 73%, Malaysia 33%, Thailand 70%, Filipina 63%, China 40%, Vietnam 40%, sedangkan Indonesia hanya 30%. (Swar).

Tabel 5.
Penerimaan Cukai Rokok di Indonesia

Tahun	Penerimaan
2000	10,27 trilyun
2001	17,60 trilyun
2002	22,30 trilyun
2003*	27,00 trilyun

Sumber : dari berbagai sumber. *= Target penerimaan

Wakil Ketua Komisi VII DPR, Sanusi Tambunan dan Ketua Sub Komisi Kesehatan, Komisi VII DPR, Mariani Baramulih, memperkirakan jika cukai rokok dinaikkan sebesar 100%, maka kenaikan harga rokok rata-rata hanya 36%, tetapi mampu menurunkan tingkat konsumsi sebesar 19%, pendapatan negara dan cukai rokok akan meningkat 63% yang merupakan kenaikan pendapatan pajak pemerintah sebesar 0,4% dari GNP (Kompas, 2003). Cukai yang tinggi akan menyebabkan pengusaha atau pabrik rokok membebaskan kenaikan harga pada konsumen (atau menekan harga dari petani cengkeh dan tembakau), sehingga dapat mengurangi

jumlah perokok akibat tidak mampu membeli, khususnya dari penduduk berpenghasilan rendah dan perokok anak dan remaja.

Selain itu terdapat solusi non-ekonomi seperti sosialisasi dan kampanye anti rokok, yang didukung dengan adanya program-program menyeluruh untuk mengurangi pola konsumsi merokok di masyarakat dengan strategi keras (pembatasan, sangsi, denda) dan strategi lunak (sosialisasi, program perlindungan konsumen, dll)

ALTERNATIF KEBIJAKAN

a. Deskripsi Alternatif

Alternatif kebijakan untuk penanganan masalah pengamanan rokok bagi kesehatan haruslah didasarkan pada dua pendekatan secara komprehensif, yang pertama adalah *pendekatan supply*, yang dilakukan dengan meningkatkan persentase cukai rokok dan yang kedua adalah *pendekatan demand*, dilakukan dengan melakukan sosialisasi serta kampanye bahaya merokok untuk meningkatkan kesadaran konsumen akan bahaya rokok dalam jangka menengah dan panjang.

Alternatif pertama meningkatkan persentase cukai rokok. Instrumen ekonomi digunakan untuk mencapai tujuan sosial dan kesehatan masyarakat dan nantinya dapat memberikan kontribusi pada tujuan ekonomi. Hipotesis yang diajukan dari alternatif ini adalah :

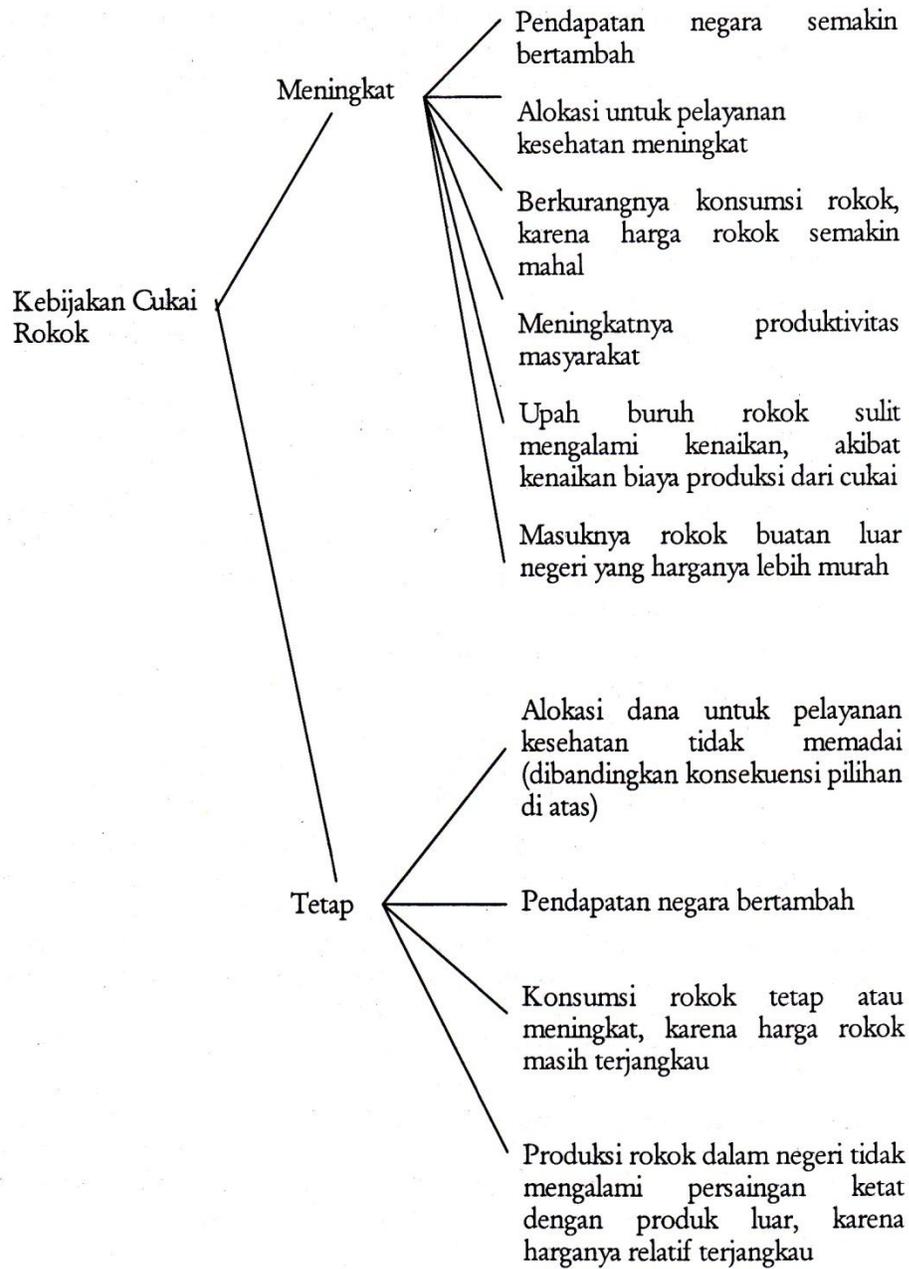
Ho : Jika % cukai rokok tetap atau tidak meningkat, maka konsumsi rokok masyarakat tetap atau meningkat, sehingga bahaya akibat merokok tetap ada bahkan meningkat.

Ha : Jika % cukai rokok ditingkatkan, maka konsumsi rokok masyarakat berkurang, sehingga bahaya akibat merokok pun menurun.

Dari skema di bawah, kebijakan cukai rokok sebagai instrumen ekonomi dapat digunakan untuk mencapai tujuan-tujuan sosial, kesehatan dan ekonomi itu sendiri. Jika alternatif menaikkan cukai rokok yang dipilih, maka ada konsekuensi-konsekuensi tertentu baik yang diinginkan maupun yang tidak diinginkan, yang timbul akibat intervensi kebijakan, seperti berkurangnya konsumsi rokok terutama dan pendapatan rendah, anak-anak dan remaja (+) dan membanjirnya produk-produk rokok dari luar dengan harga rokok yang lebih murah atau terjangkau.

Jika diurai dalam elemen-elemen konsekuensi alternatif kebijakan, maka akan ditemukan berbagai unsur yang dapat berpengaruh terhadap konsekuensi yang diinginkan, misalnya pola konsumsi rokok masyarakat yang sulit untuk dirubah, hal ini akan berpengaruh terhadap konsekuensi alternatif kenaikan cukai rokok, yaitu masyarakat tetap membeli rokok walaupun harganya mahal. Hal-hal seperti ini perlu dicermati oleh pengambil keputusan (*decision maker*).

Skema 1
Skema Alternatif 1



Trend regresi linier dari cukai rokok tahun 2000-2003, dapat digunakan untuk melakukan estimasi berapa besar cukai rokok yang diperoleh negara pada tahun-tahun mendatang. Dari persamaan diperoleh nilai $a = 19,3$ dan nilai $b = (\sum XiYi) / \sum Xi^2 = 11,1$. Sehingga persamaan garis trendnya adalah $Y = 19,3 + 11,1X$. Ramalan perolehan cukai rokok pada tahun 2004 adalah $Y = 19,3 + 11,1(3) = 52,6$ trilyun, sedangkan pada tahun 2005 adalah $Y = 19,3 + 11,1(4) = 63,7$ trilyun. Sungguh suatu jumlah yang menggiurkan bagi negara. Akan tetapi perlu diingat bahwa kerugian akibat rokok dari studi WHO di Indonesia tahun 1990 adalah sebanyak 14,5 trilyun berupa beban biaya pengobatan, kecacatan dan penurunan produktivitas. Jumlah ini 5,5 kali lipat dari jumlah cukai yang diterima, yaitu 2,6 trilyun. Pada tahun 2002 diperkirakan kerugian akibat rokok sebesar 90 trilyun atau 4 kali lipat dari jumlah cukai yang diterima. Jika alternatif menaikkan cukai rokok dilakukan pemerintah, maka kerugian akibat rokok dapat ditekan akibat menurunnya konsumsi rokok.

Tabel 6
Trend regresi linier pendapatan negara dari cukai rokok
(Alternatif 1-2 : Tidak adanya kenaikan cukai rokok)

Tahun	X	Y (trilyun)	XY	X ²
2000	-1	10,27	-10,27	1
2001	0	17,60	0	0
2002	1	22,30	22,30	1
2003	2	27,00	54,00	4
Jumlah	2	77,17	66,03	6
		($\sum Yi$)	($\sum XiYi$)	($\sum Xi^2$)
Rata2	0,5	19,3		

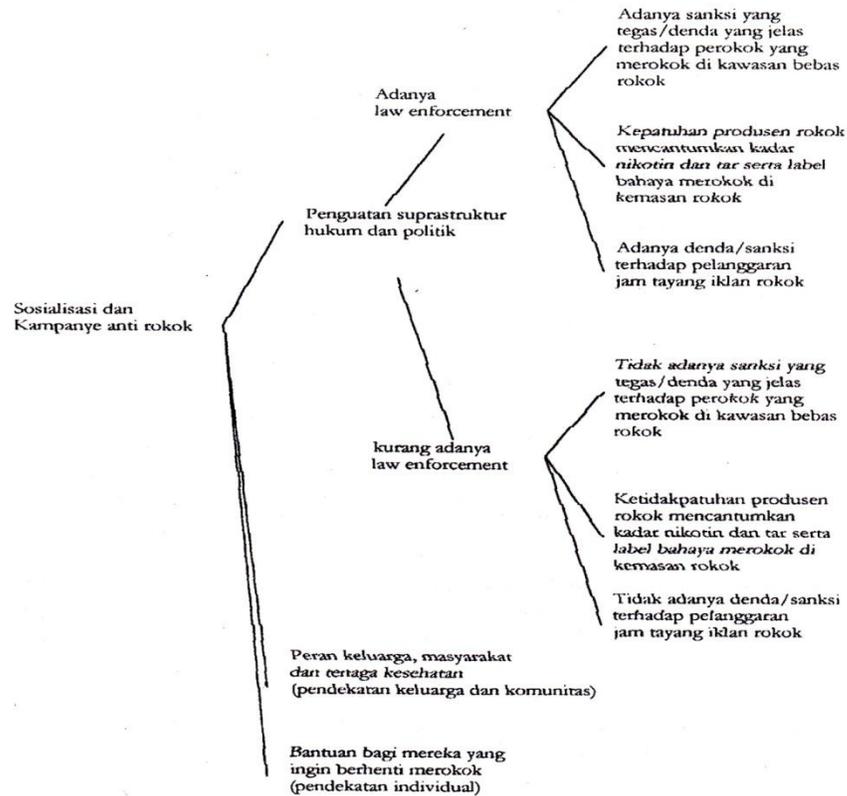
Jika cukai rokok dinaikkan sebesar 100%, maka diperkirakan pada tahun 2004 perolehan cukai sebesar $52,6 \times 100\% + 52,6 = 105,2$ trilyun. Jumlah sebesar ini selain dapat digunakan untuk pendapatan negara juga dapat dialokasikan untuk pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Jika kebijakan tidak menaikkan cukai yang dipilih, maka konsekuensi ekonomi dan sosial-kesehatan yang diperoleh misalnya, meningkatnya pendapatan negara tetapi tidak setinggi jika cukai dinaikkan, alokasi dana untuk pelayanan kesehatan tidak banyak dan konsumsi rokok masyarakat tetap bahkan mengalami kenaikan.

Alternatif ketiga yaitu melakukan sosialisasi dan kampanye bahaya merokok bagi kesehatan. Alternatif ini seperti strategi jemput bola, menggunakan pendekatan demand. Alternatif ini harus didukung secara komprehensif, bukan saja meningkatkan kesadaran

konsumen akan bahaya merokok, akan tetapi perlu dukungan suprastruktur dan infrastruktur yang ada, seperti UU yang mengatur tentang rokok atau anti rokok (PP dapat digunakan untuk meregulasi akan tetapi *law enforcementnya* lemah dibandingkan UU)peran dari produsen rokok dalam memberikan informasi kandungan tar dan nikotin dalam rokok, informasi tentang bahaya merokok dalam kemasan rokok, peran dari keluarga dan masyarakat umum dan peran dari petugas kesehatan. Aditama (2003) mengemukakan bahwa secara umum, tanpa intervensi dan pengaruh apa pun juga ada sekitar 1% perokok yang berhasil berhenti merokok. Bila ada petugas kesehatan, dokter atau perawat menganjurkan berhenti merokok, maka angka keberhasilan berhenti dapat naik sampai 5 %. Dan jika petugas kesehatan menggunakan segala metode untuk membantu seseorang berhenti merokok, maka angka keberhasilannya naik lagi sampai 50-60%. Skema yang dapat menggambarkan deskripsi alternatif kedua ini adalah :

Skema 2
Deskripsi Alternatif 2



b. Perbandingan Konsekuensi

Perbandingan konsekuensi-konsekuensi utama dan alternatif-alternatif kebijakan yang ditawarkan dan kebijakan yang dipermasalahkan dalam tulisan ini dapat dilihat dari tabel di bawah ini

Tabel 7
Perbandingan Konsekuensi Kebijakan dan Alternatif Kebijakan

Menaikkan Cukai Rokok (Alternatif 1)	Tidak Menaikkan Cukai Rokok (Alternatif 2)	Sosialisasi dan Kampanye Anti Rokok secara Intensif dan Komprehensif (Alternatif 3)	Tidak adanya batasan maksimal kadar tar dan nikotin rokok (sorotan dalam PP 19/2003) (Kebijakan yang berlaku)
1. Meningkatnya pendapatan negara dari cukai rokok (+)	1. Pendapatan negara meningkat tetapi tidak sebesar alternatif 1 (+)	1. Pemberian batas maksimal kadar nikotin dan tar, dan pelanggarannya dikenakan denda (+)	1. Tidak adanya batasan maksimal nikotin dan tar (-)
2. Alokasi dana untuk pelayanan kesehatan meningkat (+)	2. Alokasi dana untuk pelayanan kesehatan meningkat (+)	2. Adanya sanksi/denda terhadap pelanggaran informasi kandungan tar dan nikotin serta informasi bahaya merokok (+)	2. Sanksi dan atau denda tidak tegas, karena <i>barquining power</i> produsen rokok cukup besar (-)
3. Berkurangnya konsumsi rokok, karena harga rokok semakin mahal (+)	3. Konsumsi rokok meningkat (-)	3. Adanya sanksi dan atau denda terhadap pelanggaran jam tayang iklan rokok (+)	3. Tidak adanya sanksi dan atau denda terhadap pelanggaran jam tayang iklan rokok (-)
4. Meningkatnya produktivitas masyarakat (+)	4. Produktivitas tidak mengalami peningkatan yang cukup berarti (-)	4. Adanya sanksi dan atau denda yang tegas dan jelas terhadap perokok di kawasan bebas rokok, sehingga orang-orang yang tidak merokok terlindungi (+)	4. Tidak adanya sanksi dan atau denda yang tegas dan jelas terhadap perokok di kawasan bebas rokok, sehingga orang-orang yang tidak merokok tidak terlindungi (-)
5. Upah buruh rokok sulit mengalami kenaikan, akibat kenaikan biaya produksi dari cukai (-)	5. Biaya produksi dapat ditekan (+)	5. Peran aktif keluarga, masyarakat dan pekerja kesehatan (+)	5. Peran masyarakat dalam pengamanan rokok bagi kesehatan (+)
6. Masuknya rokok buatan luar negeri yang harganya lebih murah (-)	6. Harga rokok bersaing dengan rokok luar negeri (+)	6. Bantuan bagi mereka yang ingin berhenti merokok (pendekatan individual) (+)	6. Bantuan bagi mereka yang ingin berhenti merokok (pendekatan individual) (+)
7. Petani tembakau dan cengkeh semakin ditekan produsen rokok dengan pembebanan kenaikan cukai pada petani (-)	7. Berkurangnya tekanan pada petani tembakau (beban tidak sebesar alternatif 1) (+ dan -)	7. Produksi tembakau dan cengkeh rakyat yang berkadar nikotin dan tar tinggi terganggu (tidak mampu memenuhi kriteria) (+ dan -)	

c. Ekses Luar dan Eksternalitas

Alternatif pertama yaitu kebijakan menaikkan cukai rokok mempunyai ekse luar dan eksternalitas positif, yaitu bekerjanya instrumen sosial dan kesehatan mengikuti instrumen ekonomi yaitu meningkatnya produktivitas masyarakat akibat kecenderungan menurunnya konsumsi masyarakat akan rokok akibat harga yang cukup mahal, selain terhindar dari berbagai penyakit, kinerja orang meningkat sehingga memberikan kontribusi positif bagi lingkungannya. Eksternalitas negatif yang timbul yaitu konsumsi rokok masyarakat tetap tinggi karena membanjirnya produk rokok luar negeri dengan harga terjangkau dan rendah kadar nikotin serta tarunya.

Alternatif kedua yaitu tidak menaikkan cukai rokok atau dengan kata lain kebijakan cukai rokok tetap, maka konsekuensi positif dan negatif akan menyertai kebijakan ini seperti meningkatnya pendapatan negara tetapi tidak sebesar jika tarif cukai dinaikkan dan konsumsi merokok masyarakat tetap tinggi. Eksternalitas positif yang diharapkan juga tidak sebesar eksternalitas positif alternatif pertama. Alternatif kebijakan ini cenderung tidak dapat menghasilkan hasil yang optimal baik dari nilai kesehatan masyarakat maupun nilai ekonomi.

Sedangkan dari alternatif ketiga, yaitu sosialisasi dan kampanye anti rokok dengan adanya *law enforcement* yang kuat terdapat eksternalitas positif terlindunginya masyarakat atau orang-orang yang tidak merokok (perokok pasif) dan bahaya asap samping perokok, eksternalitas negatifnya berupa kolusi antara produsen rokok dengan penegak hukum Indonesia (yang kita tahu masih sangat lemah). Nuansa ini akhirnya mengembalikan posisi pemerintah dan pengusaha dalam posisi yang kuat dan terbentuk *aliansi strategis* di antara kedua aktor kebijakan ini, sedangkan aktor utama lain dalam kebijakan yaitu masyarakat dan konsumen rokok terabaikan.

d. Kendala dan Kelayakan Politis.

Alternatif kebijakan kenaikan cukai rokok, bukan merupakan kebijakan populer bagi pengusaha atau produsen rokok dan diikuti oleh buruh rokok dan petani tembakau serta cengkeh. Secara politis, alternatif kebijakan ini tidak diminati dan kurang mendapatkan dukungan terutama dari pihak produsen. Terbukti pada bulan Oktober 2002, ketika pemerintah melalui Keputusan Menteri Keuangan (KMK) No 449 / **KMK** .04 / 2002 menetapkan kenaikan tarif cukai dan harga dasar hasil tembakau atau HJE untuk masing-masing jenis Sigaret Kretek Mesin (SKM) dan Sigaret Putih Mesin (SPM), industri rokok mengeluh (Kompas, 2002). Dan sisi konsumen, penulis berasumsi bahwa alternatif kebijakan ini memang tidak cukup populer, akan

tetapi cukup efektif untuk mengurangi jumlah perokok terutama dari kalangan pendapatan rendah, anak-anak dan remaja.

Alternatif kebijakan kedua tidak begitu banyak mendapatkan halangan dan kendala politis, akan tetapi hasilnya tidak maksimal, karena pemerintah seperti tidak melakukan apa-apa (*do nothing*). Alternatif kebijakan sosialisasi dan kampanye anti rokok disertai *law enforcement* yang kuat tidak menimbulkan kendala dan halangan politis yang cukup kuat dibandingkan alternatif pertama. Namun jika suprastrukturnya tidak berfungsi, maka hasil yang dicapai pun tidak dapat maksimal.

REKOMENDASI KEBIJAKAN

a. Kriteria Usulan Alternatif

Lalu mana dari alternatif-akematif kebijakan tersebut yang dianggap terbaik dan mengapa? Untuk menjawab pertanyaan ini perlu dilakukan pilihan berdasarkan kriteria keputusan. Kriteria keputusan dimaksudkan secara eksplisit sebagai nilai-nilai yang dinyatakan yang melandasi rekomendasi untuk tindakan (Dunn, 2000). Kriteria usulan alternatif didasarkan pada *technical feasibility, political viability, economic and financial possibility dan administrative operability* (Bardach dalam Patton, 1993).

Berdasarkan seleksi alternatif kebijakan di tabel 8, maka nilai terbesar diperoleh alternatif 3 yaitu sosialisasi dan kampanye anti rokok (nilai 78), diikuti alternatif 1 yaitu menaikkan cukai rokok (nilai 68), yang ketiga pemberlakuan kebijakan PP 19/2003 (nilai 61), dan yang terakhir kebijakan tidak menaikkan cukai rokok (nilai 51).

Pembobotan kriteria terbesar diberikan pada kriteria *technical feasibility*, karena analisis ini dilakukan untuk mengetahui efektivitas kebijakan yang diberlakukan, sub kriteria efektivitas, yaitu kriteria ketercapaian tujuan masuk dalam kriteria teknik. Oleh karena itu kriteria ini mendapatkan pembobotan 4. Pembobotan 3 diberikan pada kriteria *political viability*, karena kebijakan ini mempunyai misi kesehatan, sehingga menjawab tuntutan dan kebutuhan masyarakat atau tidak dalam bidang kesehatan. Pembobotan 2 diberikan kepada *administrative operability*, yaitu ketersediaan sarana dan prasarana serta kemampuan pemerintah dalam menjalankan kebijakan, dan pembobotan 1 diberikan pada kriteria *economic and financial*

Dan kriteria efektivitas alternatif 1 mendapatkan nilai terbesar, sama dengan nilai yang diperoleh alternatif 3, tetapi kebijakan ini sangat tidak populer, sehingga mendapatkan kendala dan halangan politis yang besar dibandingkan dengan alternatif ketiga. Selain itu kurang sesuai

dengan nilai-nilai dalam masyarakat, karena misi dari kebijakan ini lebih condong pada nilai ekonomi daripada nilai kesehatan dan sosial (walaupun dalam prakteknya nilai-nilai sosial dan kesehatan tercapai dengan pencapaian nilai ekonomi).

Tabel 8
Kriteria Usulan Alternatif

Alternatif kebijakan /Kriteria Alternatif		Menaikkan Cukai Rokok (1)	Tidak Menaikkan Cukai Rokok (2)	Sosialisasi dan Kampanye Anti Rokok (3)	Kebijakan PP 19/2003 (4)
Technical feasibility	Efektivitas (tujuan tercapai?)	12 (4)	4 (4)	12 (4)	8 (4)
	Adekuasi (mampu memecahkan persoalan?)	8 (4)	4 (4)	12 (4)	8 (4)
Economic and Financial Possibility	Efisiensi ekonomi tercapai atau tidak?	3 (1)	2 (1)	2 (1)	1 (1)
	Efektivitas biaya tercapai atau tidak?	3 (1)	2 (1)	2 (1)	1 (1)
	Menguntungkan atau tidak?	3 (1)	2 (1)	2 (1)	3 (1)
Administrative Operability	Komitmen institusi terhadap program kebijakan	4 (2)	2 (2)	4 (2)	2 (2)
	Kapabilitas staf dan keuangan dalam implementasi	4 (2)	4 (2)	4 (2)	4 (2)
	Ketersediaan dukungan sarana dan prasarana	4 (2)	4 (2)	12 (4)	4 (2)
Political Viability	Dapat diterima aktor kebijakan dan stakeholder?	6 (3)	6 (3)	12 (4)	6 (3)
	Kesesuaian dengan nilai-nilai dalam masyarakat	6 (3)	6 (3)	9 (3)	6 (3)
	Responsif terhadap kebutuhan masyarakat	6 (3)	6 (3)	9 (3)	6 (3)
	Terjadi pemerataan pelayanan	3 (3)	3 (3)	6 (3)	6 (3)
	Legal, tidak bertentangan dengan per-UU yang berlaku	6 (3)	6 (3)	6 (3)	6 (3)
Total		68	51	78	61

Keterangan :
 Nilai 3 = Baik
 Nilai 2 = Sedang
 Nilai 1 = Buruk

Pembobotan :
 Bobot Tertinggi = (4)
 Bobot Tinggi = (3)
 Bobot Sedang = (2)
 Bobot Rendah = (1)

b. Deskripsi Alternatif Terpilih

Berdasarkan kriteria seleksi alternatif kebijakan, yang terpilih adalah kebijakan sosialisasi dan kampanye anti rokok. Kebijakan ini mempunyai nilai tertinggi dalam bobot tertinggi yaitu 12. Hal ini menunjukkan bahwa alternatif kebijakan ini mampu memenuhi kriteria efektivitas pencapaian tujuan seperti yang dipermasalahkan dalam bagian depan paper ini. Alternatif ini seperti yang telah dikemukakan di depan merupakan strategi jempot bola, menggunakan pendekatan *demand*. Alternatif ini harus didukung secara komprehensif, bukan saja meningkatkan kesadaran konsumen akan bahaya merokok, akan tetapi perlu dukungan suprastruktur dan infrastruktur yang ada, seperti UU yang mengatur tentang rokok atau anti rokok (PP dapat digunakan untuk meregulasi akan tetapi *law enforcementnya* lemah dibandingkan UU), peran dan produsen rokok dalam memberikan informasi kandungan tar dan nikotin dalam rokok, informasi tentang bahaya merokok dalam kemasan rokok, peran dari keluarga dan masyarakat umum dan peran dari petugas kesehatan.

Oleh karena itu komponen terpenting dari alternatif kebijakan ini adalah komitmen dari institusi pelaksana dan kuatnya penegakan *law enforcement* terhadap pelanggaran klausul-klausul upaya pencapaian tujuan yaitu perlindungan kesehatan masyarakat akibat bahaya merokok. Kebijakan sosialisasi dan kampanye anti rokok ini sebagian besar sudah tercakup dalam PP 19/2003 namun alternatif ketiga ini merupakan *kebijakan PP 19/2003 plus*, yaitu plus penegakan hukum dan adanya klausul pembatasan kadar nikotin dan tar.

c. Garis Besar Strategi Pelaksanaan

Garis besar strategi pelaksanaan dari alternatif kebijakan ini adalah melalui penentuan kadar maksimal nikotin dan tar yang terkandung dalam rokok. PP 81/1999 sebenarnya sudah menerapkan strategi ini, akan tetapi mengalami revisi. Oleh karena itu strategi alternatif kebijakan yang pertama memerlukan ketegasan pemerintah dalam mengantisipasi dan mengurangi bahaya merokok dengan memberikan batasan tersebut, yaitu untuk nikotin 1,5 mg dan tar 2 mg. Penerapan strategi pertama ini memerlukan proses yang cukup panjang, karena di pihak pabrik perlu menyesuaikan diri dengan penggunaan mesin penghitung kadar nikotin dan tar dalam rokok sebelum dan sesudah dibakar, mesin yang dapat membantu pengolahan nikotin dan tar sehingga sesuai dengan kriteria yang diinginkan; di pihak petani rakyat, lebih lama lagi, karena inovasi penemuan varietas tembakau yang rendah kadar hiktinnya membutuhkan waktu

panjang. Pemberlakuan waktu adaptasi untuk industri rokok kretek 10 tahun dan rokok putih 7 tahun.

Strategi kedua adalah penentuan besaran denda yang sangsi yang tegas dan jelas bagi pelanggaran informasi kadar nikotin dan tar, informasi bahaya akibat merokok, pelanggaran jam iklan dan materi iklan rokok bagi produsen rokok, serta bagi perokok yang merokok di kawasan bebas rokok. Strategi ini membutuhkan dukungan penegakan hukum yang konsisten.

Strategi ketiga yaitu mengembangkan program-program sosialisasi bahaya merokok dan kampanye anti rokok. Hal ini dilakukan dengan bekerjasama dengan instansi-instansi kesehatan, departemen-departemen lain, seperti pertanian, perdagangan dan perindustrian, pendidikan, dengan masyarakat dan lembaga-lembaga swadaya masyarakat yang peduli dengan masalah kesehatan masyarakat.

d. Rencana Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi dapat dilakukan setelah 3 bulan pertama pemberlakuan kebijakan, terutama dilakukan pada pabrik rokok yang tidak atau belum mencantumkan kadar kandungan nikotin dan tar, dan belum atau tidak memberikan informasi tentang bahaya merokok di kemasan rokok. Selain itu jam tayang serta materi iklan rokok di televisi dapat dipantau terus menerus.

Implementasi program-program sosialisasi dan kampanye anti rokok dapat dipantau dalam waktu triwulanan, 6 bulan atau 1 tahun tergantung dari kondisi kesiapan pelaksana program dan faktor budaya masyarakat yang bersangkutan. Kesadaran seseorang untuk berhenti merokok tidak didapatkan dalam waktu yang singkat, apalagi jika lingkungan sekitar perokok tetap memungkinkan perokok meneruskan aktivitas merokoknya. Untuk itu monitoring dan evaluasi secara menyeluruh perlu dilakukan baik dari strategi pengendalian dan pengetatan (*restriction*) maupun dari strategi sosialisasi.

e. Keterbatasan dan Akibat Tak Terduga

Keterbatasan dari alternatif kebijakan ini adalah ketidaksiapan suprastruktur hukum dan politik dalam mendukung program. Alternatif kebijakan sosialisasi dan kampanye anti rokok membutuhkan kemampuan aparat yang tangguh dan teguh pada komitmen yang dijalkannya. Oleh karena itu *bargaining power* departemen kesehatan perlu diperkuat dalam koridor misi kesehatannya yang murni, tanpa adanya infiltrasi kepentingan lain dalam misi tersebut. Namun kondisi saat ini justru menunjukkan hal yang berbeda, departemen kesehatan kurang mampu berunjuk gigi mengupayakan kebijakan bahaya rokok terbaik bagi masyarakat.

Selain itu bisa terjadi tumpang tindih (*overlapping*) kebijakan antar bidang, misalnya kebijakan untuk menyejahterakan petani tembakau dan buruh rokok dengan kebijakan melindungi masyarakat dari bahaya merokok, antara kebijakan mendapatkan cukai rokok dengan kebijakan penanganan kesehatan akibat merokok.

DAFTAR LITERATUR

Dunn, William N. 2000. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Edisi Kedua. Yogyakarta:Gadjah Mada University Press.

Hill, Michael. 1993. *The Policy Process, A Reader*. Harvester Wheatsheaf.

Hogwood, Brian W and Lewis A. Gunn. 1984. *Policy Analysis for The Real World*. Oxford University Press .

Patton, Carl V and David S. Sawicki. 1993. *Basic Methods of Policy Analysis and Planning*. Prentice Hall.

Sitepoe, Mangku. 2000. *Kekhususan Rokok Indonesia*. Grasindo

Theodolou, Stella Z and Matthew A. Cahn. 1995. *Public Policy The Essential Readings*. Prentice Hall.

Peraturan Pemerintah :

PP No 81 Tahun 1999 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan

PP No 38 Tahun 2000 tentang Perubahan PP No 81 Tahun 1999

PP No 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan (Revisi PP 81/1999)

Media cetak :

Kompas. PP No 81 Tahun 1999 Ancam Pabrik Rokok Kecil. (24 November 1999).

----- . Pemerintah Dituntut Laksanakan PP Tentang Pengamanan Rokok. (21Maret 2000).

----- . Industri Rokok Keluhkan Kenaikan Cukai dan HJE. (26 Oktober 2002).

----- . Tunda Revisi PP Pengamanan Rokok. (8 Maret 2003).

----- . Demi Cukai Rokok Tak Lagi Dibatasi Nikotinnya. (10 Maret 2003).

----- . Pemerintah Tak Punya Komitmen Kesehatan. (11 Maret 2003).

----- . Memang Tak Mudah Perjuangkan Kesehatan. (12 Maret 2003).

----- . Rokok, "Quo Vadis". (16 Maret 2003).

----- . Pembatasan Rokok : Menyehatkan Penduduk dan Ekonomi. (19 Maret 2003).

Media Indonesia. Jumlah Perokok Wanita dan Anak-Anak Meningkat. (28 Mei 1997).

----- . Jika PP Pengamanan Rokok Dicabut YLKI Lakukan Class Action. (5 April 2000).

Rakyat Merdeka. Prihatin Soal Rokok. (19 Maret 2000).

Republika. Resiko Kesehatan Bagi Perokok Pasif. (3 Juni 2003).

----- . Menkes Imbau Film Tanpa Adegan Merokok. (5 Juni 2003).

Suara Pembaruan. Kontroversi PP No 81 Tahun 1999 Tentang Kadar Tembakau. (13 Desember 1999).

Internet :

<http://www.angelfire.com/il/Nalaprahaya/rokok.htm>, Ekonomi, Rokok dan Konsekuensinya

http://www.antirokokorid/product_index.htm, The Scottish Health Education Gropu

<http://www.swara.net>, Rokok Habiskan 4% Pendapatan Masyarakat

<http://www.mediaindonesia.com>, Rokok Sebabkan 57 Ribu Orang Meninggal Per Tahun

<http://www.beritajakarta.com>, Sehari Tanpa Tembakau

Halaman Lampiran

Lampiran 1

Zat-zat kimia berbahaya dalam rokok

