



PENELITIAN

**ANALISA KRITIS TERHADAP KEBIJAKAN INDONESIA
TIDAK MERATIFIKASI KONVENSI PENGENDALIAN
TEBAKAU DENGAN WHO**

Nadirah S.Sos, MA

**Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama)
Tahun 2020**

**LEMBAR PENGESAHAN
PROPOSAL PENELITIAN FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS PROF. DR. MOESTOPO (BERAGAMA)**

Judul Penelitian : **ANALISA KRITIS TERHADAP KEBIJAKAN
INDONESIA TIDAK MERATIFIKASI
KONVENSI PENGENDALIAN TEMBAKAU
DENGAN WHO**

Peneliti

a. Nama Lengkap : Nadirah S.Sos, MA
b. NIDN : 0305098306
c. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli
d. Fakultas : Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
e. Program Studi : Hubungan Internasional
f. Nomor HP : 081288001242
g. Alamat Email : nadirah@dsn.moestopo.ac.id

Jakarta Juli 2020

**Mengetahui,
KAPUSLITDIANMAS**

PENELITI

Yasef

Nadirah S.Sos, MA

**Menyetujui,
DEKAN**

Tanda Tangan dan Cap

Prof. Himsar Silaban

ANALISA KRITIS TERHADAP KEBIJAKAN INDONESIA TIDAK MERATIFIKASI KONVENSI PENGENDALIAN TEMBAKAU DENGAN WHO

Nadirah S.Sos, MA
nadirah@dsn.moestopo.ac.id

ABSTRAK :

Penelitian ini bertujuan untuk menilai seberapa efektifnya program MPOWER WHO untuk diterapkan di Indonesia, penelitian ini dilatarbelakangi oleh tingginya tingkat perokok di Indonesia. Manfaat penelitian ini dapat menyadarkan masyarakat Indonesia betapa tingginya tingkat perokok, dan dampak-dampak negatif yang akan terjadi dengan konsumsi rokok. Teori Efektivitas Program menjadi bahan kajian ini. Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif. Dan hasil yang didapatkan adalah peningkatan jumlah perokok di Indonesia selama tahun 2013-2018 berdasarkan hasil Riskesdas 2018, yang berarti program MPOWER WHO tidak efektif diterapkan di Indonesia.

Keyword : program MPOWER, WHO, Tingkat Perokok.

ABSTRACT :

This research aims to assess how effective the program MPOWER WHO to apply in Indonesia, this research is backed by the high level of smokers in Indonesia. The benefits of this research can realize the people of Indonesia how high the level of smokers, and the negative impacts that will occur with cigarette consumption. Program effectiveness theory becomes the material of this study. The research methods used are qualitative descriptive. And the result is an increase in the number of smokers in Indonesia during the year 2013-2018 based on the results Riskesdas 2018, which means the program MPOWER WHO is not effectively applied in Indonesia.

Keyword: MPOWER program, WHO, Smoker's level.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI	Error! Bookmark not defined.
TANDA PENGESAHAN SKRIPSI	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	iii
BAB I	7
PENDAHULUAN	7
A. LATAR BELAKANG	7
B. PERUMUSAN MASALAH	13
C. TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	14
C.1. TUJUAN PENELITIAN	14
C.2. MANFAAT PENELITIAN	14
D. TINJAUAN PUSTAKA	15
E. RERANGKA PEMIKIRAN	17
E.1. DEFINISI KONSEPTUAL	17
E.2. OPERASIONALISASI KONSEP	22
F. ASUMSI DAN HIPOTESIS	26
F.1. ASUMSI	26
F.2. HIPOTESIS	26

G. MODEL ANALISIS	27
H. METODE PENELITIAN.....	28
I. SISTEMATIKA PENULISAN	29
BAB II.....	31
PEMBAHASAN.....	31
A. INDONESIA SEBAGAI PRODUSEN ROKOK	31
A.1. PERAN TEMBAKAU DI INDONESIA	34
A.2. JENIS-JENIS TEMBAKAU DI INDONESIA	36
B. DAMPAK NEGATIF BAGI KESEHATAN YANG TIMBUL AKIBAT MEROKOK.....	42
B.1. KANKER	44
B.2. STROKE	46
B.3. GANGGUAN PADA SISTEM PERNAPASAN.....	47
C. DAMPAK NEGATIF BAGI PEREKONOMIAN AKIBAT TINGGINYA JUMLAH PEROKOK DI INDONESIA.....	49
C.1. DAMPAK EKONOMI BAGI NEGARA	49
C.2. DAMPAK EKONOMI BAGI PENGKONSUMSI ROKOK.....	55
D. TINGKAT PEROKOK DI INDONESIA TAHUN 2013-2018.....	59
BAB III	64
EFEKTIVITAS MPOWER DI INDONESIA.....	64
A. PROGRAM MPOWER DI INDONESIA	64
A.1. MONITOR PENGGUNAAN TEMBAKAU DAN PENCEGAHANNYA.	70
A.2. PROTEKSI BAGI PEROKOK PASIF TERHADAP ASAP TEMBAKAU.	73

A.3. OPTIMALKAN BANTUAN UNTUK PROGRAM BERHENTI MEROKOK	75
A.4. WASPADAKAN MASYARAKAT AKAN BAHAYA TEMBAKAU	78
A.5. ELIMINASI IKLAN, PROMOSI, DAN SPONSOR TERKAIT TEMBAKAU	80
A.6. RAIH KENAIKAN CUKAI TEMBAKAU.....	82
B. ALASAN INDONESIA TIDAK MERATIFIKASI FCTC	84
B.1. ALASAN EKONOMI.....	84
B.2. ALASAN TENAGA KERJA DAN LAPANGAN PEKERJAAN.....	86
B.3. ALASAN BUDAYA DAN SEJARAH	90
C. AKIBAT INDONESIA TIDAK MERATIFIKASI FCTC.....	92
BAB IV	95
PENUTUP	95
A. KESIMPULAN.....	95
B. REKOMENDASI.....	99
DAFTAR PUSTAKA	100

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Hubungan Internasional adalah cabang dari ilmu politik yang merupakan suatu studi tentang persoalan-persoalan luar negeri dan isu-isu global di antara Negara-Negara dalam sistem internasional, termasuk peran Negara, organisasi-organisasi antar pemerintah, organisasi-organisasi non pemerintah (NGO/LSM), dan perusahaan-perusahaan multinasional.

World Health Organization atau WHO adalah organisasi internasional non-pemerintah yang didirikan pada tanggal 7 April 1948 yang bermarkas di Jenewa, Swiss. WHO mempunyai tanggung jawab untuk memberikan arah dan kebijakan dalam penanganan kesehatan masyarakat dunia. WHO memiliki tujuan untuk mewujudkan kesehatan maksimal bagi seluruh masyarakat dunia. Untuk mencapai tujuannya, WHO aktif melakukan tugas-tugas yang di antaranya adalah bertindak, mengarahkan dan mengkoordinir kewenangan otoritas dalam upaya kesehatan internasional, membantu pemerintah dalam meningkatkan pelayanan kesehatan, berkerjasama dengan badan-badan khusus lain jika perlu, untuk mencegah terjadinya kerugian nyata terkait dengan kesehatan masyarakat dunia, membantu perkembangan kesehatan mental, terutama

yang mempengaruhi keselarasan hubungan antar manusia, mempromosikan dan melakukan riset dalam bidang kesehatan. Dan diantaranya adalah masalah tingginya konsumsi tembakau di Indonesia (WHO, 2019)

Berkaitan dengan tembakau, Indonesia termasuk kedalam negara-negara pengguna tembakau dengan tingkat prevalensi merokok yang cukup tinggi di dunia. Pada tahun 2009, jumlah perokok aktif di Indonesia terbanyak ketiga di dunia setelah Tiongkok dan India. Dan usia perokok pemula pun semakin lama semakin muda. Menurut The Asean Tobacco Control Atlas, jumlah perokok dewasa di Indonesia tertinggi dibanding 8 negara ASEAN lainnya. (Putisari, 2014)

The Global Adult Tobacco Survey (GATS) tahun 2015 menunjukkan jumlah perokok di Indonesia yang berusia 15 tahun ke atas, laki-laki mencapai 67% dan perempuan 3%. Data Global Youth Tobacco Survey (GYTS) 2014 menyebutkan 20,3% anak sekolah adalah perokok (Laki-laki 36%, perempuan 4.3%). Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan (Kemenkes) tahun 2013, prevalensi perokok usia 15 tahun ke atas mencapai 36,3%. Setiap tahun diperkirakan 7,9% kematian yang terjadi di Indonesia akibat penggunaan tembakau. Penggunaan tembakau akan meningkatkan risiko kematian yang diakibatkan dari penyakit-penyakit berupa kanker, penyakit jantung iskemik, penyakit paru obstruksi kronis (PPOK), dan stroke sebagai penyebab terbanyak. (Benny Prayogi, 2017)

Namun, bahaya penggunaan tembakau tidak hanya terbatas pada kanker paru, penyakit jantung, dan emfisema saja melainkan juga dapat menimbulkan eksaserbasi pada penyakit tidak menular, gangguan jiwa, dan masalah penyalahgunaan zat. Merokok juga menyebabkan kerugian ekonomi. Jumlah penduduk usia di atas 10 tahun yang tiap hari merokok sebanyak 48.400.332 jiwa. Rata-rata jumlah batang per hari yang dihisap sebanyak 12 batang. Jika 1 bungkus rokok kretek isi 12 batang seharga Rp.12.500, maka dalam sehari komunitas perokok tiap hari telah “membakar rupiah” sebesar Rp.605.004.150. Oleh karena itu, Indonesia merupakan salah satu negara yang difokuskan oleh Bloomberg Inisiatif dan WHO untuk Mengurangi Penggunaan Tembakau (Benny Prayogi, 2017)

WHO telah membentuk FCTC, FCTC adalah suatu konvensi atau treaty, yaitu suatu bentuk hukum internasional dalam pengendalian masalah tembakau, yang mempunyai kekuatan mengikat secara hukum (internationally legally binding instrument) bagi negara-negara yang meratifikasinya. Naskah FCTC dirancang sejak tahun 1999 dan selesai disusun oleh WHO pada bulan Februari 2003 setelah melalui enam kali pertemuan negosiasi internasional dan beberapa kali pertemuan-pertemuan regional.

WHO FCTC dibuka untuk ditandatangani pada 16 Juni hingga 22 Juni 2003 di Jenewa, dan setelah itu di Markas Besar Perserikatan Bangsa-Bangsa di New York, dari 30 Juni 2003 hingga 29 Juni 2004. Pada hari pertama, 28 negara anggota dan uni Eropa telah menandatangani Perjanjian,

dan Norwegia telah menyerahkan instrument ratifikasinya kepada sekretariat PBB pada hari yang sama sebagai bagian dari acara pembukaan penandatanganan perjanjian FCTC. Ketika perjanjian ditutup pada 29 Juni 2004, telah ada 168 negara yang menandatangani, menjadikannya salah satu perjanjian yang paling banyak dianut dalam sejarah. (history of who framework convention on tobacco control , 2010)

Tujuan dari Konvensi dan protokol-protokolnya adalah untuk melindungi generasi sekarang dan mendatang terhadap kerusakan kesehatan, konsekuensi sosial, lingkungan dan ekonomi karena konsumsi tembakau dan paparan kepada asap tembakau, dengan menyediakan suatu kerangka bagi upaya pengendalian tembakau untuk dilaksanakan oleh pihak-pihak terkait di tingkat nasional, regional dan internasional guna mengurangi secara berkelanjutan dan bermakna prevalensi penggunaan tembakau serta paparan terhadap asap rokok. (history of who framework convention on tobacco control , 2010)

Dari perjanjian FCTC yang telah berjalan, pada tahun 2008, untuk memperluas perlawanan terhadap penggunaan tembakau, WHO dengan Bloomberg Initiative bekerja sama membantu implementasi tersebut di tingkat negara khususnya negara yang berpenghasilan rendah atau menengah, untuk mengembangkan, menerapkan dan menegakkan kebijakan dan program pengendalian tembakau yang paling efektif, maka WHO dan Bloomberg Initiative telah memperkenalkan paket MPOWER, yang berupa tindakan teknis dan memaksimalkan sumber daya. MPOWER

telah dikembangkan untuk membantu negara membangun kapasitas mereka untuk mengimplementasikan ketentuan ini. Keberhasilan implementasi langkah-langkah ini pada akhirnya akan memainkan peran kunci dalam mengurangi beban di negara-negara yang telah meratifikasi perjanjian FCTC. (WHO, 2019)

MPOWER ini terdiri dari :

1. M : Memonitor penggunaan tembakau dan kebijakan pencegahannya.
2. P : Proteksi bagi perokok pasif terhadap asap tembakau.
3. O : Offering help (menawarkan bantuan) untuk berhenti merokok.
4. W : Warning (peringatkan) tentang bahaya tembakau.
5. E : Enforce (terapkan) larangan untuk iklan, promosi dan sponsor rokok.
6. R : Raise (naikkan) pajak produk tembakau.

Indonesia masih menjadi negara yang belum meratifikasi Kerangka Konvensi WHO tentang Pengendalian Tembakau atau FCTC, dan merupakan satu-satunya negara di Asia Tenggara yang sampai saat ini belum meratifikasi FCTC. Akan tetapi, Indonesia masih tetap bisa mengaksesi program-program yang dibuat dalam FCTC. Namun, walaupun telah mengadaptasi paket MPOWER yang dibentuk oleh WHO dalam FCTC untuk mengurangi penggunaan tembakau, belum ada langkah-langkah yang mencapai tingkat tertinggi. Langkah-langkah yang sudah dilakukan Indonesia masih terbatas pada monitoring dan pembatasan iklan

produk rokok. Dikarenakan adanya halangan dan alasan mengapa Indonesia belum meratifikasi, diantaranya faktor ekonomi, budaya, dan tenaga kerja.(WHO, 2019)

Akibat dari tidak diratifikasinya FCTC di Indonesia, perusahaan tembakau berskala multinasional bebas menggunakan taktik pemasarannya di Indonesia yang dilarang di negara lain. Ditambah, industri tembakau di Indonesia tidak diatur dengan baik dalam hal produksi dan pemasarannya, dan kepentingan industrinya tergambar dengan jelas di pemerintahan. Undang-undang tentang pelarangan iklan dan pemasaran tembakau sangat kurang, sehingga sponsor acara yang menargetkan kaum muda dan dewasa dari Perusahaan tembakau adalah praktik yang sangat umum di Indonesia. Peraturan yang membutuhkan peringatan kesehatan pada kemasan rokok lemah. Hukum yang berlaku. Tempat-tempat bebas rokok atau Kawasan tanpa rokok juga lemah dan sangat jarang ditegakkan. (Thabrany, 2012)

Seperti yang kita ketahui, di Indonesia, di antara sepuluh orang terkaya adalah pengusaha rokok. Dalam beberapa tahun, ada lebih dari tiga orang kaya yang mendapatkan kekayaan mereka dari menjual rokok. Ironinya adalah, 60% persen orang miskin di Indonesia telah menjadi kontributor signifikan bagi para pengusaha rokok tersebut. Orang-orang miskin di Indonesia menghabiskan lebih banyak uang rokok daripada untuk kesehatan dan pendidikan. Mereka terjebak dan kecanduan sehingga mereka sulit berhenti dari merokok. (Thabrany, 2012)

Industri, telah melihat pasar yang besar dan mendapatkan dukungan dari Pemerintah akhirnya terus memperluas pasar mereka sambil mencoba untuk memanfaatkan pendapatan rokok mereka ke industri yang lain untuk bisnis masa depan ketika aturan merokok menjadi lebih ketat. Menteri Keuangan sebelumnya dengan jelas mengatakan “prioritas kabinet ini adalah pertumbuhan ekonomi. Masalah kesehatan rokok akan dipertimbangkan setelah 2015”. Jadi, sangat terlihat bahwa pemerintah melindungi industri rokok. Di awal 2012, beberapa dari mereka mendekati Departemen Pendidikan untuk "Mendukung peningkatan kualitas dalam pendidikan" menggunakan nama Yayasan bernama sama dengan perusahaan rokok. Secara naif, orang-orang di Kementerian Pendidikan dan atau di negara lain Kementerian menganggap inisiatif itu sebagai ide brilian. (Thabrany, 2012)

B. PERUMUSAN MASALAH

World Health Organization (WHO) membuat strategi dalam mengatasi permasalahan yang diakibatkan oleh tembakau dalam enam paket intervensi “Cost-Effective” yang dinamakan dengan MPOWER, untuk pengendalian konsumsi tembakau. Indonesia dapat mengakses kebijakan MPOWER walaupun belum meratifikasi perjanjian FCTC, maka pertanyaan untuk perumusan masalah dalam pembahasan ini adalah **“Bagaimana efektivitas MPOWER WHO dalam menurunkan tingkat perokok di Indonesia tahun 2013-2018 ?”**

C. TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

C.1. TUJUAN PENELITIAN

1. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apa yang ditawarkan oleh WHO melalui intervensi kebijakan MPOWER.
2. Untuk mengetahui langkah-langkah apa saja yang sudah dilakukan MPOWER WHO di Indonesia dalam mengendalikan konsumsi tembakau.
3. Untuk mengetahui alasan mengapa Indonesia belum meratifikasi FCTC.
4. Untuk Mengetahui efektivitas MPOWER di Indonesia.
5. Untuk menjelaskan kepada publik mengenai adanya program yang dibentuk untuk mengendalikan tembakau.
6. Untuk menjelaskan tentang lemahnya regulasi terhadap rokok di Indonesia.

C.2. MANFAAT PENELITIAN

- a. Secara teoritis, Penelitian ini diharapkan dapat berkontribusi pada perkembangan studi hubungan internasional, khususnya dalam menganalisa kebijakan-kebijakan yang dibuat oleh sebuah organisasi internasional.
- b. Secara praktis, penelitian ini diharapkan dapat berguna untuk mengetahui peran apa saja yang dapat dilakukan oleh sebuah organisasi internasional dalam mengintervensi negara-negara anggotanya.

D. TINJAUAN PUSTAKA

Referensi pertama yang menjadi sumber bacaan peneliti ambil dari peneliti mengambil rujukan dari data yang dipublikasikan oleh WHO dalam “*FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL*”. (WHO, 2003)

Penulis mengambil Referensi kedua dari karya tulis Benny Prayogi, seorang mahasiswa kedokteran di Lampung, dengan judul “**Peran dokter terhadap MPOWER sebagai upaya berhenti merokok di layanan kesehatan primer**” yang dibuat pada tahun 2017, dimana beliau membahas mengenai pentingnya peran seorang dokter atau praktisi kesehatan dalam melakukan konseling terhadap pasien pecandu rokok. (Benny Prayogi, 2017)

Pada referensi yang ketiga, penulis mengambil bahan bacaan dari buku Bunga Rampai “**Fakta tembakau dan permasalahannya di Indonesia**” yang diterbitkan oleh kementerian kesehatan RI yang bekerja sama dengan Tobacco Control Support Centre-IAKMI edisi kelima tahun 2014. (Nur Hadi Wiyono, 2014)

Referensi yang keempat, peneliti mengambil referensi dari buku yang diterbitkan oleh American Cancer Society yang berjudul *The Tobacco Atlas*, dalam buku ini sangat detail dijelaskan mengenai awal mula pertumbuhan perusahaan tembakau, cara pemasaran mereka, hingga

penyakit-penyakit apa saja yang bisa terjadi pada pengguna produk tembakau. (THE TOBACCO ATLAS, 2018)

Dalam referensi yang kelima, peneliti mengambil bahan rujukan dari jurnal yang dibuat oleh Muhammad Rizaldy Yusuf pada tahun 2016. Dalam jurnal ini penulis memberikan gambaran mengenai sejarah awal rokok di Indonesia. Serta menjelaskan dengan gamblang mengenai peran TCSC di Jawa Timur. (Yusuf, 2016)

Sebagai referensi yang keenam, peneliti banyak mendapatkan sumber bacaan dari website Tobacco Control Support Centre Indonesia, karena hingga saat ini, baru LSM ini yang aktif bergerak dalam mengkampanyekan bahaya penggunaan tembakau. (TCSC, 2019)

Sebagai referensi yang ketujuh, penulis mengambil bahan dari ‘Buku Kendali Tembakau Tani’, sebagai sumber dari jenis-jenis tembakau yang ada di Indonesia serta perannya bagi nasional. (Rachmat, 2012)

Pada referensi kedelapan, penulis mendapatkan bahan dari jurnal yang dibuat oleh Aditia Bagus Santoso, yang berjudul “Analisis Hukum Dampak Belum Diratifikasinya Kerangka Kerja Konvensi Pengendalian tembakau (FCTC) Bagi Indonesia” tentang faktor-faktor yang membuat Indonesia tidak meratifikasi FCTC (Aditia Bagus Santoso, 2014)

Di referensi kesembilan, penulis mengambil data dari riskesdas (riset Kesehatan dasar) untuk grafik dari jumlah pengkonsumsi rokok di Indonesia (KEMENTERIAN KESEHATAN RI, 2013)

Dan pada referensi yang kesepuluh, penulis mengambil bahan dari artikel karya Widyastuti Wibisana, tentang pengertian MPOWER yang berjudul “strategi global penggunaan tembakau” (Widyastuti Wibisana, 2008)

E. RERANGKA PEMIKIRAN

E.1. DEFINISI KONSEPTUAL

E.1.1. EFEKTIVITAS

Efektivitas berasal dari kata “efek” yang artinya hubungan sebab akibat, efektifitas dapat di pandang sebagai suatu sebab dari variable lain. Sementara Kata efektif berasal dari bahasa Inggris yaitu *effective* yang berarti berhasil atau sesuatu yang dilakukan berhasil dengan baik. Kamus ilmiah populer mendefinisikan efektifitas sebagai ketepatan penggunaan, hasil guna atau menunjang tujuan. Efektivitas merupakan unsur pokok untuk mencapai tujuan atau sasaran yang telah ditentukan di dalam setiap organisasi, kegiatan ataupun program. Disebut efektif apabila tercapai tujuan ataupun sasaran Efektifitas berarti bahwa, tujuan yang telah direncanakan sebelumnya dapat tercapai atau dengan kata lain, sasaran tercapai karena adanya proses.

Menurut Richard M. Steers, dalam bukunya yang berjudul “efektivitas organisasi” yang dikutip oleh Septiani Catur Wulandari, efektivitas adalah jangkauan usaha suatu program sebagai suatu sistem dengan sumber daya dan sarana tertentu untuk memenuhi tujuan dan

sasarannya tanpa melumpuhkan sumber daya serta tidak memberi tekanan yang tidak wajar dalam pelaksanaannya. (Wulandari, 2014)

Georgopolous dan Tannembaum yang dikutip oleh Septiani Catur Wulandari, mengemukakan bahwa “Efektivitas ditinjau dari sudut pencapaian tujuan, dimana keberhasilan suatu organisasi harus mempertimbangkan bukan saja sasaran organisasi tetapi juga mekanisme mempertahankan diri dalam mengejar sasaran. Dengan kata lain, penilaian efektivitas harus berkaitan dengan masalah sasaran atau tujuan. (Wulandari, 2014)

Sedangkan menurut Emerson yang dikutip oleh Soewarno Handayaniingrat dalam bukunya Pengantar Studi Ilmu Administrasi dan Manajemen, berpendapat bahwa efektivitas adalah pengukuran dalam arti tercapainya tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Mengukur efektivitas bukan hal yang sederhana, karena efektivitas harus dikaji dari beberapa sudut pandang, konteks yang mengikat dan tergantung pada siapa yang menilai dan menginterpretasikannya, namun dengan kesamaan pencapaian tujuan yang telah ditetapkan oleh organisasi terkait. (Handayaniingrat, 1994)

E.1.2 ORGANISASI INTERNASIONAL

Dalam membantu menjelaskan permasalahan yang terdapat di rumusan masalah, maka peneliti menggunakan teori Organisasi internasional. Organisasi Internasional menurut Karen Mingst yang dikutip oleh Ambarwati dalam bukunya pengantar ilmu hubungan internasional merupakan agensi-agensi atau badan internasional yang dibentuk oleh negara anggotanya, dalam hal kepentingan Bersama. Sementara menurut Clive Archer dalam buku yang sama menjelaskan organisasi internasional adalah suatu struktur formal, berkelanjutan yang dibentuk berdasarkan persetujuan anggotanya, baik itu pemerintah atau bukan, yang berjumlah paling tidak dua negara merdeka atau lebih dengan tujuan mengejar kepentingan Bersama. (Ambarwati, 2016)

Menurut A LeRoy Bennet yang dikutip dalam buku Ambarwati dengan judul yang sama, menerangkan bahwa Organisasi Internasional mempunyai dua peran utama, pertama, organisasi internasional memberi sarana kerjasama bagi anggotanya, kedua, organisasi internasional memberikan saluran komunikasi diantara anggotanya sehingga berbagai kemungkinan akomodasi bisa digunakan dan menyediakan akses yang mudah bila timbul sengketa antar anggota. (Ambarwati, 2016)

Dan jika dihubungkan dalam penelitian ini, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa WHO dengan kebijakan intervensi MPOWER dapat menjadi sarana atau forum yang bisa mengakomodir komunikasi terhadap negara-negara anggotanya, serta menjadi sarana kerjasama dikarenakan

adanya kepentingan Bersama diantara negara-negara anggotanya, yaitu untuk menekan penggunaan produk tembakau.

E.1.3 HUMAN SECURITY

Human Security dapat diartikan sebagai sebuah konsep, bagian dari disiplin ilmu Hubungan internasional, gagasan atau pun isu dunia. Banyak perdebatan yang timbul antar kalangan dalam mengartikan *Human Security*. Konsep *Human Security* pertama sekali berkembang sejalan dengan berdirinya Palang Merah Internasional (*International Red Cross*) pada 1896. Kemudian pada 1945 melalui Piagam PBB, konsep *human security* disahkan dan disusul oleh “Deklarasi Universal Hak-Hak Asasi Manusia” pada 1948.

Dalam buku Allan Collins, *Human security* di deskripsikan sebagai sebuah kondisi dimana masyarakat diberikan bantuan dari rasa trauma yang mengganggu perkembangan masyarakat. *Human Security* memiliki dua arti yaitu, yang pertama, keamanan dari seperti ancaman kronis kelaparan, penyakit dan penindasan. Dan yang kedua, berarti proteksi dari gangguan mendadak dan merugikan dalam pola kehidupan masyarakat, entah di dalam rumah, pekerjaan atau pun dalam masyarakat. UNDP membagi 7 cabang keamanan untuk memastikan bahwa Human security sangat diperlukan bagi warga negara yaitu keamanan ekonomi, makanan, kesehatan, lingkungan, individual, masyarakat, dan keamanan politik.

Menurut Barry Buzan dalam makalahnya yang berjudul *Human Security: What It Means, and What It Entails*, mengatakan bahwa:

“keamanan manusia merupakan satu konsep yang problematis, khususnya dijadikan sebagai bagian dari analisis atas keamanan internasional. Bentuk keamanan ini memiliki agenda yang berbeda yang menjadikan sebagai isu keamanan internasional dapat ditemukan dalam pemahaman keamanan militer-politik tradisional. Dalam konteks ini keamanan bagi suatu negara senantiasa berkaitan dengan kelangsungan hidup. Sementara itu, identitas merupakan kunci dari pemahaman keamanan bagi suatu bangsa”. (Nasution, 2014)

Dengan demikian, pada intinya untuk menghadapi kemajuan zaman, *Human security* sangatlah perlu diberikan perhatian lebih. Banyak warga negara di dunia yang selalu mendapat ancaman setiap harinya. Ancaman-ancaman tidaklah hanya sekedar dari ancaman eksternal melainkan banyak juga yang dari lingkup internal. Baik berupa ancaman militer seperti perang dan kekerasan maupun ancaman non-militer yang bentuk ancamannya lebih bermacam-macam, seperti kelaparan, ekonomi, lingkungan, pengungsi, penindasan, penyakit, SARA, kemiskinan, dan lain-lain. (Putri, UPN veteran Yogyakarta)

Terdapat 3 element yang termasuk dalam konsep *Human Security* yang berkaitan dengan masalah penggunaan tembakau yaitu :

- 1) **Keamanan Kesehatan (*Health Security*)** mengacu pada kebebasan individu dari berbagai penyakit dan melemahkan penyakit dan aksesnya kepada perawatan kesehatan.
- 2) **Keamanan Lingkungan (*Environmental Security*)** mengacu pada integritas tanah, udara, dan air, yang membuat manusia betah untuk tinggal/*habitable*.
- 3) **Keamanan Ekonomi (*Economic Security*)** mengacu pada kenikmatan individu atas pendapatan dasar/*basic income*, baik melalui pekerjaan yang menguntungkan atau dari jaring pengaman sosial. (Nasution, 2014)

E.2. OPERASIONALISASI KONSEP

E.2.1. HEALTH SECURITY

Isu keamanan merupakan salah satu fokus kajian yang biasa dibahas oleh mahasiswa, akademisi atau bahkan ahli Hubungan Internasional. Studi keamanan yang berfokus kepada konflik, perang dan segala sesuatu yang berhubungan dengan militer demi menciptakan kondisi dan rasa aman ini telah mengalami perkembangan yang besar. Salah satu faktor perkembangannya adalah dengan adanya pola interaksi negara-negara dan kondisi globalisasi dunia saat ini yang semakin mudah dan cepat. Memasuki era yang lebih maju, dan dengan tingginya tingkat keterhubungan antar negara memunculkan ancaman keamanan nasional maupun internasional yang baru. Dan salah satunya adalah Health Security.

Health Security merupakan ancaman keamanan yang dapat berupa penyakit menular atau tidak menular, dan yang terbaru adalah bioterorisme, yang dimana adanya serangan biologi, atau pelepasan virus, bakteri atau agen biologi lainnya secara sengaja yang dapat membuat korbannya menjadi sakit atau bahkan mati. Health Security dapat mempengaruhi stabilitas ketahanan nasional, karena ekonomi negara dan global dipengaruhi kesehatan masyarakat. Maka dari itu, isu kesehatan global menjadi perhatian dunia internasional. Meskipun isu kesehatan sebenarnya merupakan suatu permasalahan yang bersifat umum dan terikat erat dengan kondisi kesehatan individu secara internal, tapi mempunyai efek secara sosial yang tidak bisa dihindarkan. Karena masalah kesehatan telah menjadi ancaman yang serius bagi sistem kesehatan nasional dan masalah ini dapat mengakibatkan kerusakan besar bagi perekonomian dan kesejahteraan masyarakat. Salah satu contoh kerugian ekonomi yang dialami suatu negara akibat munculnya outbreak suatu pandemik adalah di Indonesia yang pernah mengalami hal tersebut saat menghadapi outbreak flu burung yang menanggung beban ekonomi mencapai RP. 4 Trilyun pada tahun 2004-2006. Adanya ancaman keamanan kesehatan global mengakibatkan dampak kerusakan terhadap pembangunan ekonomi dan stabilitas negara serta perdagangan barang dan jasa, pariwisata, dan stabilitas demografi.

Penulis memfokuskan pada isu health security, khususnya dalam gaya hidup yang tidak sehat dengan rokok, Sistem kesehatan yang lemah tidak hanya mengorbankan nyawa tetapi juga menimbulkan beberapa risiko

besar terhadap ekonomi dan keamanan global yang dihadapi saat ini. Karena angka penyakit diakibatkan mengkonsumsi rokok cukup tinggi, dan tingginya angka tersebut, tidak hanya untuk perokok aktif saja, namun juga perokok pasif.

Dan juga, sudah banyak warga negara Indonesia yang peduli tentang bahayanya merokok. Indonesia menempati posisi ke-5 konsumsi rokok tertinggi di dunia, Indonesia menghadapi beban kesehatan dan kematian yang cukup berat yang menempatkan lebih dari 220 juta penduduk kedalam resiko kesehatan dan beban ekonomi akibat konsumsi tembakau. Dan juga Selama bertahun-tahun pengendalian dampak tembakau memperoleh prioritas rendah dalam agenda kesehatan masyarakat di Indonesia.

Masyarakat tidak memiliki perlindungan hukum terhadap ancaman ketagihan nikotin serta dampak merugikan akibat konsumsi tembakau; sementara peraturan kawasan tanpa rokok di beberapa daerah tidak memberikan perlindungan 100% terhadap paparan asap rokok lain disamping tidak konsistennya pelaksanaan dan penegakan hukumnya.

Menurut Konstitusi WHO,

“kesehatan semua orang adalah fundamental bagi pencapaian perdamaian dan keamanan dan bergantung pada kerja sama sepenuhnya antara individu dan Negara.”

E.2.2 PROGRAM EFFECTIVENESS

Duncan yang dikutip Richard M. Steers dalam bukunya “Efektivitas Organisasi” (Steers, 1985) mengatakan aspek yang dapat digunakan untuk mengukur efektivitas, baik yang dilakukan oleh pemerintah, maupun perusahaan swasta terdiri dari tiga aspek, yaitu

a. Pencapaian Tujuan, adalah keseluruhan upaya pencapaian tujuan harus dipandang sebagai suatu proses. Oleh karena itu, agar pencapaian tujuan akhir semakin terjamin, diperlukan pentahapan, baik dalam arti pentahapan pencapaian bagian-bagiannya maupun pentahapan dalam arti periodisasinya. Pencapaian tujuan terdiri dari beberapa aktor, yaitu: Kurun waktu dan sasaran yang merupakan target kongkret.

b. Integrasi, yaitu pengukuran terhadap tingkat kemampuan suatu organisasi untuk mengadakan sosialisasi, pengembangan konsensus dan komunikasi dengan berbagai macam organisasi lainnya. Integrasi menyangkut proses sosialisasi.

c. Adaptasi, adalah kemampuan organisasi untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Untuk itu digunakan tolak ukur proses pengadaan dan pengisian tenaga kerja. (Steers, 1985)

Penulis menggunakan tiga variable diatas sebagai indikator keefektivan program MPOWER di indonesia.

F. ASUMSI DAN HIPOTESIS

F.1. ASUMSI

- a. Program MPOWER kurang efektif karena Indonesia tidak sepenuhnya mengadaptasi program ini.
- b. WHO membuat paket MPOWER karena bahaya rokok yang sudah sangat kritis. Indonesia merupakan negara ketiga yang paling banyak mengonsumsi tembakau, dibawah China dan India.
- c. Indonesia menolak meratifikasi framework tersebut karena ada beberapa pihak yang tidak ingin kepentingannya diganggu oleh kepentingan pihak lain, yaitu perusahaan rokok dan pemerintah Indonesia.

F.2. HIPOTESIS

Program MPOWER dinilai kurang efektif pelaksanaannya di Indonesia karena Indonesia belum meratifikasi FCTC sehingga produk rokok dari perusahaan luar negeri bebas masuk ke Indonesia. Selain itu hukum di Indonesia yang mengatur tentang pembatasan produk rokok dinilai kurang berjalan dengan baik karena adanya kepentingan pemerintah Indonesia dan para produsen rokok, serta kurangnya kesadaran penduduk Indonesia akan bahaya rokok.

G. MODEL ANALISIS

Unit Analisis

Efektivitas MPOWER di Indonesia tahun 2013-2018



FENOMENA YANG DITELITI

MPOWER sebagai program utama FCTC WHO yang mengurus penggunaan produk tembakau. Program ini dinilai efektif dalam menekan dampak bahaya rokok di negara-negara yang sudah meratifikasi FCTC.



PEMBAHASAN

- A. Indonesia sebagai produsen rokok
- B. Jumlah perokok di Indonesia tahun 2013-2018
- C. Dampak negatif bagi kesehatan yang timbul akibat merokok
- D. Dampak negatif bagi perekonomian akibat tingginya jumlah perokok di indonesia



EFEKTIVITAS MPOWER DI INDONESIA

1. Program MPOWER di Indonesia
2. Alasan Indonesia tidak meratifikasi FCTC
3. Akibat Indonesia tidak meratifikasi FCTC

H. METODE PENELITIAN

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan metode kualitatif dalam mencari dan mengolah data hingga dapat dijadikan sumber bacaan yang tepat. Menurut Lexy J. Moleong dalam buku *Metodologi Penelitian Kualitatif* adalah penelitian yang dimaksudkan untuk memahami fenomena penelitian yang dialami subjek penelitian, seperti perilaku, tindakan, dan lain lain. Dengan memanfaatkan metode-metode ilmiah (Moleong, 2004)

Bentuk penelitian ini bersifat deskriptif, yaitu penelitian yang memberikan gambaran atau uraian atas sebuah kejadian atau keadaan sejelas mungkin tanpa adanya perlakuan terhadap objek penelitian. Penelitian ini memiliki hubungan dengan keadaan yang terjadi, dan memiliki beberapa variable yang akan dijelaskan satu-persatu.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode pengambilan data berupa studi pustaka, melalui buku, jurnal, dan website-website yang berhubungan dengan penelitian. Adapun jenis data yang banyak peneliti gunakan adalah data sekunder yang banyak tersedia melalui publikasi, dan informasi.

I. SISTEMATIKA PENULISAN

Untuk memberikan kemudahan dalam memperoleh gambaran mengenai penelitian ini, maka peneliti memberikan gambaran dalam daftar sistematika penulisan sebagai berikut :

BAB I PENDAHULUAN

Disini peneliti memberikan gambaran mengenai latar belakang masalah yang akan diteliti, perumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian, tinjauan pustaka, kerangka teori, hipotesis dan asumsi, model analisis, model penelitian, sistematika penulisan skripsi.

BAB II PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti akan membahas sejarah singkat rokok, jenis-jenis tembakau yang dipakai untuk bahan baku rokok, penyakit-penyakit yang mengancam kesehatan masyarakat akibat merokok aktif maupun pasif, serta prevalensi perokok di Indonesia yang terus meningkat dari tahun ke tahun dan kerugian nasional akibat konsumsi rokok.

BAB III EFEKTIVITAS MPOWER DI INDONESIA

Disini peneliti akan menjelaskan kerangka kerja MPOWER secara umum, bagaimana aplikasinya dilapangan, dan mengapa Indonesia belum meratifikasi kerangka kerja tersebut hingga saat ini. Serta memberikan beberapa penjelasan dan indikator tentang efektif atau tidaknya kerangka kerja tersebut di Indonesia.

BAB IV PENUTUP

Disini peneliti akan memberikan beberapa kesimpulan dan penjelasan serta pendapat dan saran terhadap pembahasan yang telah dibahas.

BAB II

PEMBAHASAN

A. INDONESIA SEBAGAI PRODUSEN ROKOK

Indonesia menempati peringkat ke-5 sebagai produsen tembakau dunia dengan produksi tembakau sebesar 135.678 ton, atau sekitar 1.9% dari total produksi tembakau dunia. Produksi tembakau Indonesia meningkat dari 135.678 ton pada tahun 2010 menjadi 226.704 ton pada tahun 2012, namun di sisi lain impor tembakau juga meningkat dari 65,6 ribu ton tahun 2010 menjadi 106,5 ribu ton tahun 2011. Jumlah petani tembakau juga mengalami peningkatan dari 679,6 ribu orang di tahun 2010 menjadi 786,2 ribu orang di tahun 2012. Impor cengkeh sebagai bahan dasar rokok kretek meningkat sangat tajam dari 277 ton tahun 2010 menjadi menjadi 14.979 ton tahun 2011. Peningkatan ini mengindikasikan bahwa petani masih mendapatkan keuntungan dari tembakau, walaupun risiko untuk menanam tembakau sangat tinggi seperti gagal panen karena curah hujan yang tinggi atau karena hama. Serta mengindikasikan meningkatnya permintaan tembakau (Nur Hadi Wiyono, 2014, p. 43)

Tembakau merupakan salah satu tanaman perkebunan yang diusahakan masyarakat petani Indonesia terutama di Jawa. Sebagian besar hasil produksi tembakau petani dijual ke pabrik untuk dijadikan rokok. Sejarah pertanaman tembakau dan Industri rokok di Indonesia (Jawa) cukup panjang

sekitar 300 tahun lalu. Pembuatan rokok sigaret kretek, yaitu rokok yang menggunakan cengkeh dan bumbu/saus dilaporkan dimulai di Kudus Jawa tengah sekitar tahun 1880 an. Pertanaman tembakau tumbuh berkembang sejalan dengan tumbuhnya industri rokok. Sebagian besar (97,3 persen) pertanaman tembakau diusahakan oleh rakyat dan sisanya dikelola oleh Perkebunan Besar Negara. Di beberapa daerah sentra tembakau dan pabrik rokok, tembakau merupakan penyumbang utama pendapatan petani dan wilayah. (Rachmat, 2012, pp. 57-58)

Tembakau merupakan tanaman yang menghasilkan bahan penikmat, umumnya dikonsumsi untuk rokok. Kehadiran rokok yang sangat cepat di masyarakat pada akhirnya menjadi kontroversi. Di satu sisi merupakan sumber pendapatan dan lapangan kerja sebagian masyarakat, namun kehadiran rokok semakin ditentang oleh masyarakat karena akibat buruk yang ditimbulkannya bagi kesehatan dan lingkungan. Banyak bukti medis yang menunjukkan bahwa rokok dapat menyebabkan berbagai penyakit seperti kanker paru-paru, jantung, tekanan darah tinggi, impotensi, gangguan janin dan banyak lagi penyakit yang ditimbulkannya. Penentangan terhadap tembakau cukup kuat bermula terjadi di negara-negara maju terutama Amerika Serikat (AS) dan Uni Eropa (UE). Besarnya desakan kelompok anti tembakau menyebabkan pemerintah AS dan UE tidak lagi memberikan dukungan kepada pengembangan tembakau, baik secara politis, ekonomi (proteksi, subsidi, dll) maupun hukum (restriksi penggunaan tembakau). Sejalan dengan itu, produksi, konsumsi dan ekspor

produk tembakau dari AS dan UE menurun drastis selama dekade terakhir. (Rachmat, 2012, pp. 57-58)

Badan Kesehatan Dunia melaporkan bahwa rokok merupakan pembunuh nomor satu di dunia. Dalam laporan tahunannya, WHO menyatakan, dalam abad 20 sekitar 100 juta penduduk meninggal karena rokok dan apabila tidak ada upaya mengendalikan tembakau/rokok maka selama abad 21 sedikitnya satu milyar penduduk dunia akan mati sia sia, suatu peningkatan sebesar 10 kali lipat dibandingkan kematian akibat rokok pada abad 20. Saat ini setiap tahunnya sekitar 5,4 juta penduduk meninggal karena rokok dan pada tahun 2030 penduduk yang meninggal karena tembakau diprediksi akan meningkat menjadi 80 juta penduduk setiap tahunnya. Dari penduduk meninggal tersebut 80 persen akan terjadi di Negara berkembang. Tingkat kematian akibat tembakau jauh lebih tinggi dibandingkan kematian karena penyakit TBC, HIV/AIDS dan Malaria. Tembakau merupakan produk yang legal dan oleh karenanya telah dan akan membunuh banyak orang secara perlahan lahan, karena kurangnya perhatian, kurangnya komitmen politik, pengaruh iklan dan keserakahan industri rokok. (Rachmat, 2012, p. 58)

Namun pada sisi lain, perusahaan rokok juga secara gencar terus mempromosikan produk rokoknya melalui berbagai cara..Dalam dua dekade terakhir, perusahaan rokok Amerika dan multinasional berusaha menembus monopoli dan dominasi perusahaan rokok nasional di Jepang, Korea Selatan, Taiwan, China, Thailand, dan Indonesia. Dalam dekade

terakhir, Industri rokok multinasional telah mengalihkan pasarnya dari negara maju ke ke tiga negara Asia berpenduduk besar, yaitu China, India dan Indonesia. Hal ini terlihat dari terjadinya pergeseran dalam produksi, konsumsi, ekspor dan import dari dominasi negara maju ke negara sedang berkembang. Indonesia termasuk negara yang relatif longgar terhadap tembakau. (Rachmat, 2012, pp. 58-59). Dan dibawah ini adalah penjelasan tentang peran komoditas tembakau bagi Indonesia.

A.1. PERAN TEMBAKAU DI INDONESIA

Tembakau merupakan komoditi perdagangan penting di dunia, produk utama tembakau yang diperdagangkan adalah daun tembakau (un-manufacture tobacco) dan rokok (manufacture tobacco). Sebagai ilustrasi, dalam tahun 2007 nilai perdagangan tembakau yang dihitung dari nilai ekspor produk tembakau mencapai nilai US \$ 28,47 milyar dan nilai impor sebesar US \$ 29,34 milyar. Tanaman tembakau diproduksi di 142 negara yaitu di 18 negara maju dan 124 negara berkembang. Sementara itu di Indonesia, Luas pertanaman tembakau dalam tahun 2007 mencapai 187 ribu hektar. Dibandingkan dengan komoditas perkebunan lainnya seperti kelapa sawit, karet, dan tebu, peran tembakau relatif kecil. (Rachmat, 2012, pp. 59-60)

Peran komoditas tembakau yang cukup nyata dalam perekonomian nasional adalah sebagai sumber penerimaan negara dari cukai yang dari

tahun ke tahun terus meningkat. Dalam tahun 2001- 2008 penerimaan cukai tembakau meningkat dari 11,1 Trilyun menjadi sekitar 47,0 Trilyun, suatu peningkatan yang cukup besar yaitu rata-rata 53% per tahun. Penerimaan nilai cukai sebesar 47 Trilyun pada tahun 2008 merupakan nilai satu persen dari penerimaan total negara. Peningkatan cukai tersebut disebabkan oleh peningkatan produksi rokok, peningkatan harga jual eceran (HJE) rokok dan kebijakan tarif cukai hasil tembakau. (Rachmat, 2012, p. 60)

Dibidang produksi daun tembakau, luas pertanaman dan produksi tembakau Indonesia menunjukkan angka fluktuatif dengan kecenderungan peningkatan, terutama sampai dengan tahun 2001, setelah itu luas pertanaman dan produksi tembakau cenderung menurun mengikuti trend penurunan permintaan dunia. Dalam periode tahun 1971 sampai tahun 2001, produksi tembakau Indonesia menunjukkan angka peningkatan. Pada tahun 1971 produksi tembakau Indonesia sebesar 57,3 ribu ton meningkat menjadi 199,1 ribu ton di tahun 2001, atau peningkatan dengan laju 9,70 persen per tahun. Peningkatan produksi tersebut disebabkan karena adanya peningkatan luas pertanaman dan produktifitas usahatani tembakau. Dalam periode tahun 1971 – 2001 luas pertanaman tembakau meningkat dari 135,2 ribu hektar menjadi 260,7 ribu hektar atau peningkatan dengan laju sebesar 4,78 persen pertahun; dan produktifiyas usaha tani meningkat dari 42 kuintal per hektar menjadi 85 kuintal per hektar, atau peningkatan sebesar 4,11 persen per tahun. (Rachmat, 2012, pp. 60-62). Untuk

mengetahui tembakau jenis apa saja yang ada di Indonesia, penulis akan menjelaskannya pada bagian berikutnya.

A.2. JENIS-JENIS TEMBAKAU DI INDONESIA

Semua jenis tembakau yang dibudidayakan dan berkembang di Indonesia termasuk dalam species *Nicotiana tabacum* dan secara garis besar dikelompokkan menjadi dua kelompok besar yaitu tembakau introduksi, seperti tembakau Virginia, Burley, Oriental dan Cerutu; dan tembakau lokal seperti tembakau Madura, Temanggung, Weleri dan lain lain (Basuki, S dkk, 2005). Tembakau introduksi yang pertama kali berkembang di Indonesia adalah tembakau Cerutu, yang diusahakan sebagai komoditas ekspor dan ditanam di tiga daerah pengembangan yaitu Deli- Sumatera Utara, Klaten-Jawa Tengah dan Kabupaten Jember- Jawa Timur. Selanjutnya tembakau Virginia di introduksikan ke Indonesia (11 varietas) oleh PT BAT, terutama untuk memenuhi kebutuhan tembakau sigaret yang makin berkembang di Indonesia. Sedangkan tembakau lokal merupakan hasil proses adaptasi pada agroekologi yang berbeda beda, disertai seleksi alam dan campur tangan manusia dalam waktu yang lama. Yang pada akhirnya beradaptasi di setiap agroekologi dan daerah dan membentuk berbagai tipe tembakau berkarakter sesuai daerahnya masing-masing. (Rachmat, 2012, pp. 63-65)

Berdasarkan data dari Dijen Perkebunan 2007, luas pertanaman tembakau Indonesia mencapai 172,2 ribu hektar dan diusahakan menyebar di 17 propinsi di Indonesia. Areal pertanaman tembakau terbesar dijumpai di Jawa Timur (58,2 persen), menyusul Jawa Tengah (17,5 persen), Nusa Tenggara Barat (12,8 persen), Jawa Barat (4,2 persen), Sumatera Utara (1,8 persen) dan Sulawesi Selatan (2,0 persen). Daerah lain yang mengusahakan tembakau dalam luasan yang kecil (1000 ha atau kurang) adalah NAD, Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Bangka Belitung, Lampung, DI Yogyakarta, Bali dan NTT. Berbagai jenis dan nama tembakau dihasilkan sesuai dengan karakteristik daerah pertanaman, namun berdasarkan penggunaannya secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi lima kelompok yaitu: tembakau cerutu, tembakau sigaret, tembakau pipa, tembakau asepan, dan dan tembakau rajangan.

- a. Tembakau Cerutu, Daun tembakau cerutu digunakan untuk pembungkus dalam (omblad) dan pembungkus luar (dekblad) cerutu. Sementara untuk isi (filler) biasanya juga dicampur dengan tembakau asli bermutu tinggi dan tembakau impor dari Havana dan Brasil. Di Indonesia ada tiga sentra utama penghasil daun tembakau cerutu di Indonesia, yaitu: (1) Daerah Deli (Sumatera Utara) dengan produknya yang dikenal Tembakau Deli; (2) Daerah Besuki (Jawa Timur) dengan produknya yang dikenal dengan Tembakau Besuki; dan (3) Daerah Solo-Yogya dengan produknya yang dikenal dengan Tembakau Vorstenland.

Rokok cerutu merupakan komoditi ekspor yang cukup menjanjikan. Pasarannya cukup luas seperti Belanda, Belgia, Jerman, Cekoslovakia, Amerika, Eropa Timur dan Eropa Tengah serta ASEAN.

- b. Tembakau Sigaret, Untuk pembuatan rokok sigaret, baik rokok kretek maupun rokok putih, bahan baku utama umumnya digunakan tembakau virginia. Tembakau virginia banyak diusahakan oleh petani di banyak daerah karena mempunyai daya adaptasi yang baik dari segi jenis tanah dan iklim, meskipun variasi jenis tanah dan iklim tersebut sangat mempengaruhi kualitasnya. Makin berat tekstur tanah makin tinggi kadar nikotinnya. Kondisi iklim terutama situasi hujan berpengaruh besar terhadap mutu tembakau. Kondisi hujan pada saat panen akan menurunkan kualitas tembakau. Daerah produsen tembakau virginia bermutu tinggi adalah Jawa Tengah (Sragen, Sukoharjo, Klaten), DI Yogyakarta (Bantul, Sleman), Jaa Timur (mulai dari Mojokerto sampai Jember), Bali (Buleleng) dan NTB (Lombok Barat, Lombok Tengah, Lombok Timur, Kota Mataram).
- c. Tembakau Pipa, Pusat tembakau pipa di Indonesia adalah di Lumajang, Jawa Timur dan umumnya hasil produksi tembakau ini diekspor ke Eropah. Tembakau lumajang yang ditanam dilahan kering (*Lumajang vooroogst*) atau juga dikenal dengan nama jembel Putih, dan yang ditanam di lahan sawah (*naoogst*)

yang dikenal dengan Krungsung. Tembakau jenis pipa Lumajang bersifat spesifik, tembakau ini diolah dengan dijemur panas matahari.

- d. Tembakau Asepan, Tembakau asepan adalah tembakau yang dalam proses pengeringan daun dilakukan dengan diasap (*smoke-curing*), sehingga tembakau ini mempunyai warna gelap, daunnya tebal, berat, kuat dan berminyak. Di Indonesia, daerah produsen tembakau asepan adalah Jawa Tengah (Klaten, Boyolali) dan Jawa Timur (Ponorogo, Kediri, Jombang, Mojokerto, Tuban). Umumnya tembakau ini ditanam pada lahan kering (*vooroogst*). Dalam perdagangan tembakau asepan ini dikenal dengan tembakau *shag*. Krosok tembakau asepan dirajang halus, kemudian dikemas dalam kemasan warna biru kehitaman. Konsumen mengisapnya dengan cara dilinting dengan kertas rokok halus.
- e. Tembakau Rajangan, Jenis tembakau ini diusahakan oleh sebagian besar petani kecil di Jawa, Bali, Lombok, Sulsel dan lainnya. Disebut tembakau rajangan karena hasil produksinya dalam bentuk rajangan dan merupakan bahan baku rokok kretek. Disebut juga tembakau asli, karena jenis tembakau yang ditanam dikelompokkan tembakau lokal. Umumnya ditanam pada akhir musim hujan dan dipanen pada musim kemarau (*vooroogst*).

Dengan daya adaptasi yang luas, tanaman tembakau dapat diusahakan secara luas pada ketinggian kurang dari 25 meter sampai 1000 meter dari permukaan laut (dpl), ditanam di berbagai jenis lahan seperti di lahan sawah beririgasi, lahan tegalan dan pekarangan. Motivasi penanamannya juga beragam mulai dari sekedar sambilan untuk pemenuhan keluarga sendiri sampai sebagai sumber mata pencaharian utama rumah tangga. Tanaman tembakau umumnya diusahakan pada musim kemarau setelah padi. Waktu penanaman tersebut diatur sedemikian rupa agar pada saat pertumbuhan tanaman memperoleh cukup air dan pada saat panen terjadi pada musim kemarau (tidak ada hujan). Hal ini berkaitan dengan produktifitas daun dan mutu daun. Pada lahan sawah, pola tanam yang dilakukan petani umumnya padi–tembakau-palawija atau padi-tembakau-sayuran. Tanaman padi diusahakan pada musim hujan (Desember sampai Maret), diikuti tembakau (Mei sampai Agustus) dan palawija/sayuran setelahnya (September – November). Dengan demikian petani tembakau juga merangkap sebagai petani padi, petani palawija atau petani sayuran.

Tembakau merupakan produk kualitas, artinya mutu lebih penting dari jumlahnya. Mutu yang dikehendaki dari tembakau tergantung dari sifat sifat fisik dan kimianya. Sifat fisik antara lain bentuk, warna, elastisitas dan higrokopisitas. Sedangkan sifat kimia antara lain kandungan gula, pati, nikotin resin dan polifenol. Disamping itu sifat sensoris (rasa dan aroma) merupakan faktor yang menentukan. Tinggi rendahnya mutu tembakau pertama-tama ditentukan oleh perlakuan pengelolaannya di usaha tani yaitu

cara budidaya dan kondisi iklim terutama curah hujan. Tembakau yang baik dihasilkan pada kondisi iklim normal mengarah ke kering. Disamping itu mutu tembakau juga ditentukan oleh cara cara pengolahannya. Petani yang mengusahakan tembakau umumnya adalah petani kecil yang memiliki atau menggarap lahan sekitar 0,250 hektar. Beberapa petani yang relatif kaya mengusahakan lahan cukup luas dengan menyewa lahan petani untuk mengusahakan tanaman tembakau. Tanaman tembakau merupakan tanaman yang membutuhkan modal besar (lebih dari Rp 20 juta per hektar diluar sewa lahan), untuk itu di banyak daerah petani tembakau melakukan kemitraan dengan pabrik rokok atau eksportir. Melalui kemitraan petani memperoleh bantuan modal untuk memenuhi kebutuhan benih, pupuk, pestisida dan biaya pemeliharaan, disamping adanya jaminan pemasaran hasil produksi serta bantuan memperoleh bimbingan budidaya untuk menghasilkan produk bermutu dari pabrik atau eksportir. Dengan demikian pabrik rokok atau eksportir juga diuntungkan karena dapat memperoleh jaminan suplai bahan baku / produk bermutu dari petani.. Adanya ikatan yang terbangun dan jaminan pasar melalui kemitraan tersebut merupakan faktor penting kenapa petani cenderung terus menerus mengusahakan tembakau. Walaupun, seringkali kemitraan tersebut kurang menguntungkan petani karena harga jual produk petani seringkali ditentukan oleh pabrik rokok atau eksportir. Tanaman tembakau merupakan usahatani bernilai ekonomi tinggi dan berarti pula mempunyai tingkat resiko yang tinggi. Untuk menghasilkan produksi tinggi dan bermutu diperlukan keahlian dan

pengalaman khusus. Kondisi iklim yang berubah dan kesalahan dalam budidaya dapat berakibat produktifitas usahatani rendah dan mutu produk rendah, pada kondisi ini tidak jarang petani mengalami kerugian. (Rachmat, 2012, pp. 64-65)

Namun, dibalik sejarah dan perannya terhadap perekonomian di Indonesia, produk tembakau, khususnya rokok, juga dapat menimbulkan dampak negatif bagi penggunanya, dampak negatif bagi kesehatan dan ekonomi. Dan pada bagian berikutnya, penulis akan membahas kedua dampak negatif tersebut.

B. DAMPAK NEGATIF BAGI KESEHATAN YANG TIMBUL AKIBAT MEROKOK

Produk Tembakau sebenarnya merupakan penyebab tunggal kematian utama yang dapat dicegah. Konsumsi tembakau merupakan hal yang umum karena harganya yang relatif terjangkau, pemasaran yang tersebar luas dan agresif, kurangnya pengetahuan masyarakat akan bahaya yang ditimbulkan, serta inkonsistensi kebijakan publik terhadap penggunaan tembakau. Pada tahun 2013 diperkirakan terdapat 1.741.727 kematian dan 240.618 diantaranya disebabkan oleh penyakit terkait tembakau. Umumnya penyakit yang terkait dengan tembakau memerlukan waktu lama (15 – 20 tahun) setelah perilaku merokok dimulai, sehingga penyakit terkait tembakau dan jumlah kematian di masa mendatang dapat terus meningkat. Tembakau

dapat menyebabkan berbagai penyakit, seperti kanker, stroke, penyakit jantung koroner, gangguan organ pernafasan dan gangguan pembuluh darah. (Kosen, 2014, p. 31)

Tidak diragukan bahwa membatasi penggunaan tembakau adalah salah satunya cara paling efektif untuk menyelamatkan hidup dan meningkatkan keseluruhan kesejahteraan. Merokok tembakau menyebabkan paparan campuran yang mematikan lebih dari 7000 bahan kimia beracun, termasuk setidaknya 70 karsinogen yang dikenal dapat merusak hampir setiap sistem organ dalam tubuh manusia. Bahaya dari tembakau mulai sebelum kelahiran, seperti wanita hamil yang merokok melahirkan bayi yang berisiko lebih tinggi mengalami kelainan bawaan, kanker, penyakit paru-paru, dan kematian mendadak. Resiko yang diidentifikasi dari merokok termasuk gagal ginjal, iskemia usus, dan penyakit jantung hipertensi. Resiko kematian dan penyakit akibat tembakau meningkat bersamaan dengan jumlah rokok yang dihisap, tetapi kerusakan sudah dimulai dari awal mengkonsumsinya. (THE TOBACCO ATLAS, 2018, p. 24)

B.1. KANKER

Kanker paru-paru sekarang menjadi penyebab utama kematian akibat kanker di dunia. Terutama di kalangan pria, dan sekarang juga menjadi penyebab utama kematian akibat kanker di antara wanita, melebihi kanker payudara. (THE TOBACCO ATLAS, 2018, p. 24)

Merokok dan penggunaan produk tembakau tanpa asap juga meningkatkan risiko kanker pada tenggorokan (pharynx dan larynx) dan esofagus, dimana organ-organ ini masih berhubungan erat dengan saluran pernafasan dan paru-paru. Operasi pengangkatan larynx yang mengalami kanker memunculkan kemungkinan tracheostomy, dibuatnya lubang di leher dan pipa angin yang membantu pasien bernafas. Radiasi dan kemoterapi untuk kanker tenggorokan menimbulkan efek yang merusak dan amat melumpuhkan, termasuk hilangnya kemampuan mengecap rasa, menurunkan produksi saliva dan meningkatkan mucus tenggorokan, menjadikannya sangat sakit dan sulit untuk makan. (WHO, 2019)

Selain kanker paru-paru dan saluran pernafasan, penggunaan tembakau (baik yang dihisap maupun yang tanpa asap) dapat menyebabkan kanker pada area mulut. Di banyak negara, kemungkinan selamat setelah diagnosis kanker mulut lebih dari lima tahun sangat rendah. Mereka yang selamat dari kanker mulut biasanya mengalami kerusakan wajah dan kehilangan kemampuan berbicara, menelan ataupun mengunyah. Penggunaan tembakau juga meningkatkan penyakit periodontal, penyakit peradangan kronis yang membuat gusi memburuk dan menghancurkan

tulang rahang, dan akhirnya menanggalkan gigi. Merokok dan penggunaan produk-produk tembakau tanpa asap akan membuat kondisi kimiawi mulut terganggu, menimbulkan plak berlebih dan membuat gigi menguning, dan menyebabkan bau mulut. (WHO, 2019)

Penggunaan tembakau diketahui menyebabkan timbulnya lebih dari 10 jenis kanker. Dengan setiap embusan rokok, racun dan karsinogen masuk ke dalam tubuh. Dari banyak jenis bahan kimia yang ada dari rokok tembakau setidaknya 70 diantaranya menyebabkan kanker. Perokok memiliki risiko lebih tinggi mengalami acute myeloid leukemia; kanker nasal dan rongga sinus paranasal, ginjal, hati, pankreas, ovarium dan kanker pada saluran urin bawah (termasuk kandung kemih, ureter dan renal pelvis). Studi terkini juga menunjukkan hubungan antara merokok dan peningkatan risiko kanker payudara, terutama di kalangan perokok berat dan perempuan yang mulai merokok sebelum kehamilan pertama mereka. Merokok juga diketahui meningkatkan risiko kanker serviks pada perempuan yang terinfeksi human papillomavirus. Risiko kanker ini biasanya meningkat seiring dengan semakin intensif dan tinggi durasi merokok, karena paparan terhadap racun dan karsinogen. Mereka yang melanjutkan kebiasaan merokok setelah diagnosis kanker akan semakin memperburuk penyakit, karena racun dalam asap tembakau dapat memengaruhi kondisi biologis sel, yang menimbulkan pertumbuhan tumor lagi; mengganggu keefektifan obat anti kanker; dan meningkatkan risiko penyakit komplikasi. (WHO, 2019)

B.2. STROKE

Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf yang muncul mendadak (silent disease), progresif dan cepat. Gangguan fungsi syaraf pada penyakit Stroke disebabkan karena gangguan peredaran darah. Pada penyakit Stroke apapun sel-sel saraf di daerah yang terkena otak dapat menjadi kekurangan oksigen dan kematian sel. Oleh karena itu penyakit stroke dapat menyebabkan penurunan fungsi tubuh seperti fungsi bicara, memori dan gerakan organ tubuh yang dikendalikan oleh bagian otak yang terkena. Faktor risiko penyakit stroke adalah merokok, hipertensi serta diabetes mellitus. Gangguan penyakit stroke dapat menurun dengan standar hidup yang lebih tinggi. (Indirawati Tjahja Notohartoyo, 2019)

Tidak diragukan lagi jika merokok menjadi pemicu stroke, karena banyaknya zat beracun dalam rokok yang menjadi toksin dalam tubuh manusia. Nikotin hanya salah satunya, zat lainnya yaitu tar, karbon monoksida, dan hydrogen sianida merupakan zat pemicu penyakit kardiovaskular. National stroke Institute di Amerika mengatakan resiko stroke meningkat 2 kali lebih tinggi dibandingkan bukan perokok. (Lingga, 2013, pp. 1-2)

Rokok mengandung partikel dari zat-zat diatas yang reaktif jika teroksidasi dan akan menyebabkan radikal bebas yang sangat berbahaya, dampak yang ditimbulkan inilah yang menyebabkan kerusakan pembuluh darah, menurunkan imunitas tubuh, serta melemahkan kerja jantung dan

paru-paru. Contohnya nikotin, ia meningkatkan pembentukan plak pada pembuluh darah dan serta menurunkan kadar O₂ dalam darah dan meningkatkan jumlah karbon dioksida dan dialirkan ke otak hingga otak menyebabkan deficit O₂. (Lingga, 2013, pp. 38-39)

B.3. GANGGUAN PADA SISTEM PERNAPASAN

Penyakit kardiovaskular adalah penyebab utama kematian di dunia terutama di negara maju. Di berbagai negara, kematian akibat Penyakit kardiovaskular jauh melebihi jumlah kematian akibat kanker. Dan dari penyakit kardio vascular yang terjadi, Sebagian besarnya diakibatkan oleh rokok. Rokok dan penyakit kardio vaskular seperti tidak dapat dipisahkan. Merokok dapat menyebabkan penyakit paru obstruktif kronis (PPOK). 80-90% kasus PPOK disebabkan oleh rokok. PPOK merupakan penyakit peradangan jalur pernapasan dan alveolus karena iritasi kimia, yang disebabkan oleh partikel dan gas yang ada dalam asap tembakau. Kemudian dari peradangan tersebut, terjadi penyempitan bronkus dan bronkiolus yang diakibatkan hiper responsif dari jalur pernapasan, dan akhirnya menimbulkan kerusakan paru-paru, dan emfisema. Penurunan fungsi paru yang terjadi akibat merokok, berkaitan dengan meningkatnya penyakit asma dan bronkitis kronis dari perokok aktif, dan resiko tersebut juga berlaku bagi para bagi perokok pasif. (Dr. M. S. Bhatia, 2008)

konsumsi rokok, juga dapat mengakibatkan penyakit pembuluh darah seperti penyakit jantung kronis (PJK), angina, kematian jantung mendadak (SCD), stroke, penyakit pada pembuluh darah arteri dan disfungsi seksual. Jadi merokok mempengaruhi seluruh sistem pembuluh darah. Merokok memiliki efek toksik langsung pada pembuluh darah. Serta mengurangi tingkat kepadatan HIGH DENSITY LIPOPROTEIN (HDL) atau kolesterol baik, HDL berfungsi untuk menyalurkan kolesterol dari arteri dan jaringan, menuju ke liver dan organ-organ lain seperti ovarium, kelenjar adrenal dan testis. Kolesterol yang disalurkan ini akan di ekskresi (dikeluarkan) ke kelenjar empedu dan usus. Beberapa yang lain akan disalurkan untuk sintesis hormon steroid. Sementara itu, LOW DENSITY LIPOPROTEIN (LDL) adalah lawan dari HDL, fungsi utama dari LDL adalah membawa kolesterol ke jaringan dan arteri. Namun ketika kolesterol yang dibawa terlalu banyak, akan menyebabkan banyak masalah. Semakin tinggi tingkat kolesterol LDL, besar kemungkinan seseorang terkena penyakit jantung. Sebaliknya semakin tinggi tingkat HDL seseorang, semakin kecil kemungkinan terkena penyakit jantung. (Dr. M. S. Bhatia, 2008)

Perokok memiliki 2,87 kali risiko terkena penyakit jantung koroner (PJK) lebih besar dibandingkan dengan bukan perokok. Dalam sebuah penelitian, individu yang merokok lebih dari 40 batang per hari mengalami peningkatan 9 kali lipat risiko PJK dibandingkan dengan mereka yang tidak pernah merokok. Zat karbon monoksida yang terkandung dalam nikotin

rokok dapat mengikis persediaan oksigen menuju pembuluh darah jantung, yang mengakibatkan jantung kesulitan memompa darah dengan normal. Jika darah yang dipompa tersendat sendat dan berjumlah sangat sedikit maka akan memicu serangan jantung mendadak. Gejalanya seperti dada sesak, nyeri dan berat, cepat lelah ketika berjalan jauh, detak jantung cepat, mudah kelelahan, serta mudah dehidrasi. (Dr. M. S. Bhatia, 2008)

Dari penjelasan diatas, kita dapat mengetahui jika mengkonsumsi rokok akan menimbulkan dampak negatif bagi Kesehatan, yang tentunya juga akan berdampak buruk pada kehidupan sehari-hari kita, mulai dari produktifitas kerja hingga aktifitas fisik. Dan dampak negatif yang timbul akibat rokok tersebut, tentu saja akan membawa beban ekonomi, tidak hanya bagi diri sendiri, namun juga beban ekonomi bagi negara dan pengeluaran rumah tangga, dan pada bagian berikutnya, penulis akan menjelaskan beban ekonomi yang terjadi akibat konsumsi rokok.

C. DAMPAK NEGATIF BAGI PEREKONOMIAN AKIBAT TINGGINYA JUMLAH PEROKOK DI INDONESIA

C.1. DAMPAK EKONOMI BAGI NEGARA

Dampak negatif yang terjadi pada sektor kesehatan, ternyata juga menimbulkan dampak pada sektor ekonomi, yang jika terjadi secara massive, akan menjadi beban selain bagi masyarakat, juga menjadi beban negara, dikarenakan penyakit dan kematian premature oleh rokok tersebut,

menjadi sebab berkurangnya tahun produktif kerja. Untuk memperkirakan beban dari penyakit tersebut, Soewarta Kosen menggunakan metode *Global Burden of Disease* dengan ukuran DALY (Disability Adjusted Life Year). Metode DALY merupakan ukuran yang mengkombinasikan usia produktif yang hilang karena kematian premature dan sakit/cacat. (Kosen, Dampak Kesehatan dan Ekonomi Perilaku Merokok di Indoneia, 2008)

Nama Penyakit	Jumlah Kasus	Jumlah Kasus Meninggal	YLL	YLD	DALYs Loss
Neoplasma					
1. Kanker mulut dan oropharynx	16.200	37.872	73.300	11.040	744.040
2. Kanker Lambung	14.190	49.000	65.140	5.210	70.350
3. Kanker Hati	9.970	59.191	957.610	4.510	962.120
4. Kanker Pancreas	3.800	5.790	48.980	1.270	50.250
5. Kanker Trachea, bronchus dan paru	30.180	45.583	666.120	6.940	673.060
B. Penyakit Jantung dan Pemb. Darah					
1. Penyakit Jantung Koroner	249.080	26.815	263.830	5.560	269.390
2. Stroke	192.250	136.707	1.462.470	298.350	1.760.820
C. Penyakit Saluran Pernapasan					
1. PPOK	274.130	34.995	319.490	617.890	937.380
2. Bronchitis, Emphysema	529.320	3.847	62.000	552.130	614.130
Total		399.800	3.846.373	1.502.900	5.411.904

GAMBAR II.1

(KOSEN, DAMPAK KESEHATAN DAN EKONOMI PERILAKU MEROKOK DI
INDONEIA, 2008, PP. 208-209)

Sebagai contoh pada gambar II.1 diatas, pada tahun 2005, terjadi kematian sekitar 399.800 orang dikarenakan penyakit yang terkait dengan rokok, angka tersebut kurang lebih adalah 26% dari kematian di Indonesia yang berjumlah 1.539.288 jiwa. Total tahun produktif yang hilang pada tahun 2005 terkait rokok sebesar 3.846.373 DALY. Dan total tahun produktif yang hilang akibat sakit/cacat atau disabilitas terkait rokok adalah 1.502.900 DALY. Jumlah tahun produktif yang hilang selama 2005 karena penyakit akibat tembakau adalah 5.411.904 DALY. Dan jika dihitung dengan pendapatan per kapita per tahun pada 2005 sebesar US\$ 900.00 maka total biaya yang hilang adalah US\$ 4.870.713.600,- (44 trilyun rupiah) Total biaya pelayanan medis karena penanganan penyakit terkait tembakau pada tahun 2005 mencapai hampir 2 trilyun rupiah (US\$ 218,7 M) meliputi penyakit-penyakit yang timbul akibat rokok seperti Bronkhitis, Emfisema, Penyakit Paru Obstruktif Kronik, Penyakit Jantung Coroner, Stroke. (Kosen, Dampak Kesehatan dan Ekonomi Perilaku Merokok di Indoneia, 2008, pp. 208-209)

Pada penelitian yang lain di tahun 2010 tercatat terdapat 12,7% kematian yang disebabkan oleh penyakit yang terkait dengan kebiasaan merokok. Dari total 190.260 jiwa yang meninggal karena penyakit terkait kebiasaan merokok, sejumlah 100.680 di antaranya adalah laki-laki dan 89.580 di antaranya adalah perempuan. (Abdillah Ahsan SE.MSE., 2012, p. 29)

Data tahun 2010 menginformasikan adanya kerugian ekonomi sebagai akibat dari hilangnya waktu produktif terkait meningkatnya kematian, kesakitan, dan disabilitas sebagai akibat dari kebiasaan merokok. Kerugian tersebut tercatat senilai Rp.105,3 Triliun. Sementara itu, biaya rawat inap akibat penyakit terkait merokok terhitung sebesar Rp. 1,85 Triliun dan biaya rawat jalan terkait merokok adalah sebesar Rp.0,26 Triliun. Secara makroekonomi, diperkirakan total kerugian terkait konsumsi rokok adalah sebesar Rp. 245,4 Triliun. Di sisi lain, penerimaan cukai hasil tembakau pada tahun 2012 adalah sebesar Rp. 56 Triliun. Artinya, kerugian makroekonomi terkait konsumsi rokok 4 kali lebih besar dari penerimaan cukai hasil tembakau. Penghitungan beban makroekonomi terkait konsumsi rokok mempertegas kerugian yang ditimbulkan oleh konsumsi rokok. (Abdillah Ahsan SE.MSE., 2012, p. 29)

Kerugian yang ditimbulkan akibat merokok mencapai 600 triliun rupiah per tahun atau setara dengan seperempat Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara. Angka ini dihitung berdasarkan total kehilangan tahun produktif (morbiditas, disabilitas dan kematian dini), belanja kesehatan dan belanja rokok. Lebih lanjut, dampak langsung akibat rokok sebagian besar ditanggung oleh negara melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Saat ini BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara program JKN mengalami defisit. Dan salah satu penyebab defisit adalah membengkaknya biaya pelayanan penyakit kronis yang disebabkan oleh rokok. Pada 2017 biaya pelayanan kesehatan untuk penyakit kronis akibat rokok mencapai 18

triliun rupiah atau menghabiskan 30 persen dari total biaya perawatan Kesehatan. (Adrian Chrisnahutama, Juni 2019, pp. 2-3)

Sementara itu, di negara-negara di mana kontrol tembakau sudah baik, biaya perawatan kesehatan yang berkaitan dengan merokok sekitar 6-15% dari biaya perawatan secara keseluruhan.

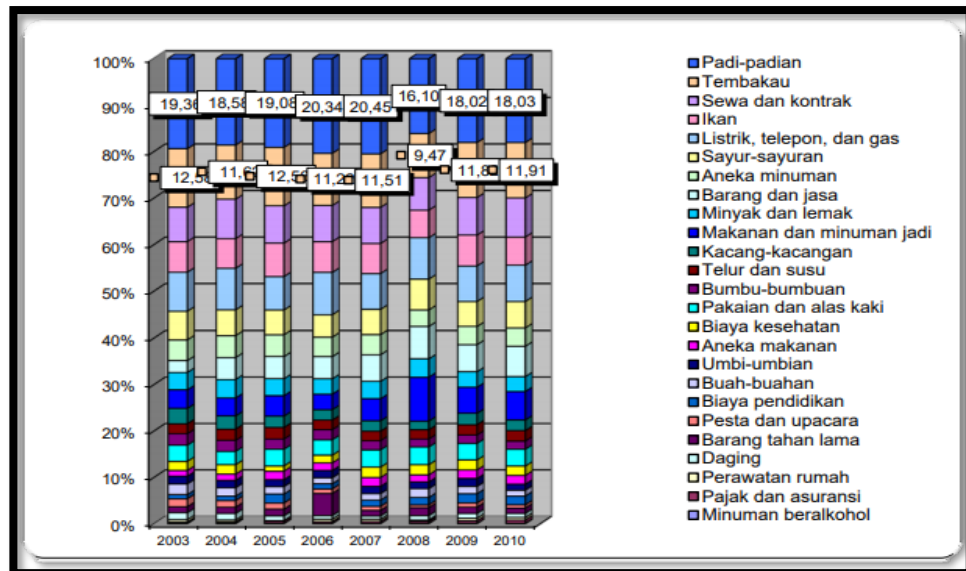


GAMBAR II.2 (ADRIAN CHRISNAHUTAMA, JUNI 2019, PP. 2-3)

Jika dilihat pada gambar II.2 diatas, profil peserta JKN yang ditabulasikan melalui data Susenas, maka jumlah peserta JKN yang merokok mengalami peningkatan dari 10% pada 2015 menjadi 45% pada 2017. Meskipun disebabkan karena kepesertaan yang terus meningkat setiap tahunnya, namun jumlah peserta yang merokok juga semakin

meningkat. Akibatnya, terdapat indikasi bahwa sebenarnya peserta yang menderita penyakit kronis akibat rokok dan menggunakan fasilitas JKN merupakan perokok. Di sisi pembiayaan kesehatan, saat ini pemerintah sedang berupaya untuk menutup beban defisit JKN melalui penggunaan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) melalui Peraturan Menteri Keuangan Nomor 222/PMK.07/2017. Namun, kebijakan ini lebih mencerminkan kebijakan ala “pemadam kebakaran” dibandingkan sebagai kebijakan ala perencana kebijakan publik karena belum menyangar inti dari permasalahan pembiayaan kesehatan dan kaitannya dengan konsumsi rokok. (Adrian Chrisnahunata, Juni 2019, pp. 2-3)

C.2. DAMPAK EKONOMI BAGI PENGGONSUMSI ROKOK



GAMBAR II.3 (ABDILLAH AHSAN SE.MSE., 2012, P. 27)

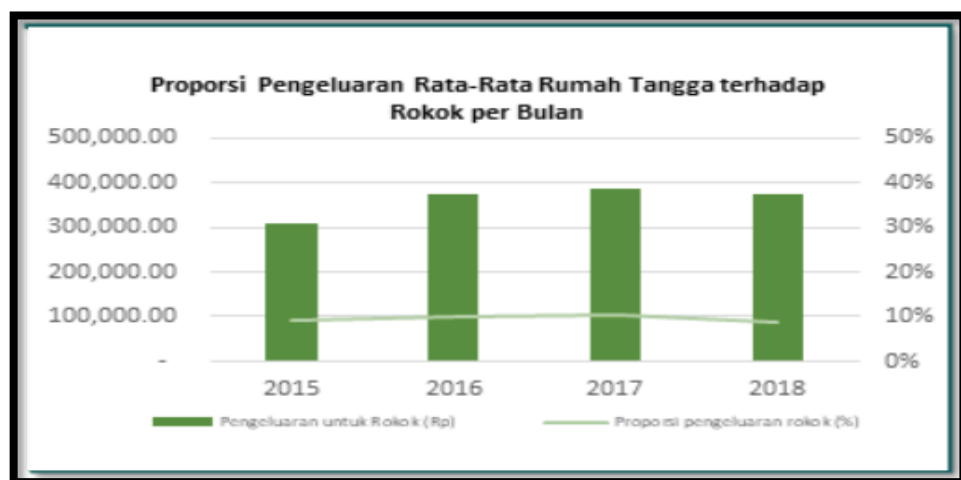
Pada gambar II.3 diatas, digambarkan dalam kurun waktu tahun 2003-2010, persentase pengeluaran rumah tangga yang termasuk dalam kelompok pendapatan termiskin untuk rokok tetap menempati urutan kedua, setelah pengeluaran untuk makanan pokok. Pada tahun 2003, pengeluaran rumah tangga termiskin untuk rokok sebesar 12,5%. Sementara pada tahun 2010, pengeluaran rumah tangga termiskin untuk rokok adalah sebesar 11,91%. Hal ini memprihatinkan karena persentase pengeluaran rumah tangga termiskin untuk rokok mengalahkan persentase pengeluaran untuk kebutuhan dasar utama, yaitu makanan bergizi, kesehatan, dan pendidikan.

Hal ini sekaligus menjadi indikasi bahwa harga rokok yang berlaku saat ini demikian terjangkau oleh rumah tangga termiskin. (Abdillah Ahsan SE.MSE., 2012, p. 27)

Konsumsi rokok oleh rumah tangga yang masuk dalam kelompok pendapatan termiskin, selain berakibat buruk bagi kesehatan, juga berdampak buruk bagi pemenuhan kebutuhan dasar lainnya. Pengeluaran yang seharusnya dapat dialokasikan untuk memenuhi kebutuhan dasar lain malah digunakan untuk membeli rokok. Padahal dengan jumlah pengeluaran yang sama, rumah tangga bisa membeli kebutuhan lain yang lebih bermanfaat bagi kesehatan. Sebagai akibatnya, terdapat 'kesempatan yang hilang' akibat konsumsi rokok di rumah tangga termiskin ini. Jika dilakukan simulasi penghitungan, pengeluaran per bulan untuk rokok pada rumah tangga termiskin dalam satu bulan, sama dengan 13 kali pengeluaran untuk daging yang hanya 0,9% dari total pengeluaran; 5 kali pengeluaran untuk susu dan telur yang hanya 2,25% dari total pengeluaran; 2 kali pengeluaran untuk ikan yang hanya 6,06% dari total pengeluaran, 6 kali pengeluaran untuk pendidikan yang sebesar 1,88%, dan 6 kali lebih besar dari pengeluaran untuk kesehatan yang sebesar 2,02% dari total pengeluaran per bulannya. Konsumsi rokok menyebabkan rumah tangga kehilangan kesempatan untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar lain yang lebih penting. (Abdillah Ahsan SE.MSE., 2012, p. 28)

Konsumsi rokok rumah tangga di Indonesia dapat dikatakan lebih tinggi daripada konsumsi barang primer lainnya. Perkumpulan Prakarsa

(2019) menyatakan bahwa pada 2015 rokok adalah pengeluaran rumah tangga terbesar kedua setelah beras dan tiga hingga lima kali lebih banyak daripada pendidikan. Sedangkan menurut Kementerian Kesehatan (2018), konsumsi rokok lebih tinggi daripada konsumsi telur dan susu. Lebih lanjut, berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) menunjukkan bahwa rata-rata pengeluaran rumah tangga terhadap rokok per bulan mencapai 10 persen dari pengeluaran total konsumsi rumah tangga, hampir setara dengan konsumsi makanan pokok yang sebesar 11 persen. (Adrian Chrisnahutama, Juni 2019, pp. 2-3)



GAMBAR II.4 (ADRIAN CHRISNAHUTAMA, JUNI 2019, PP. 2-3)

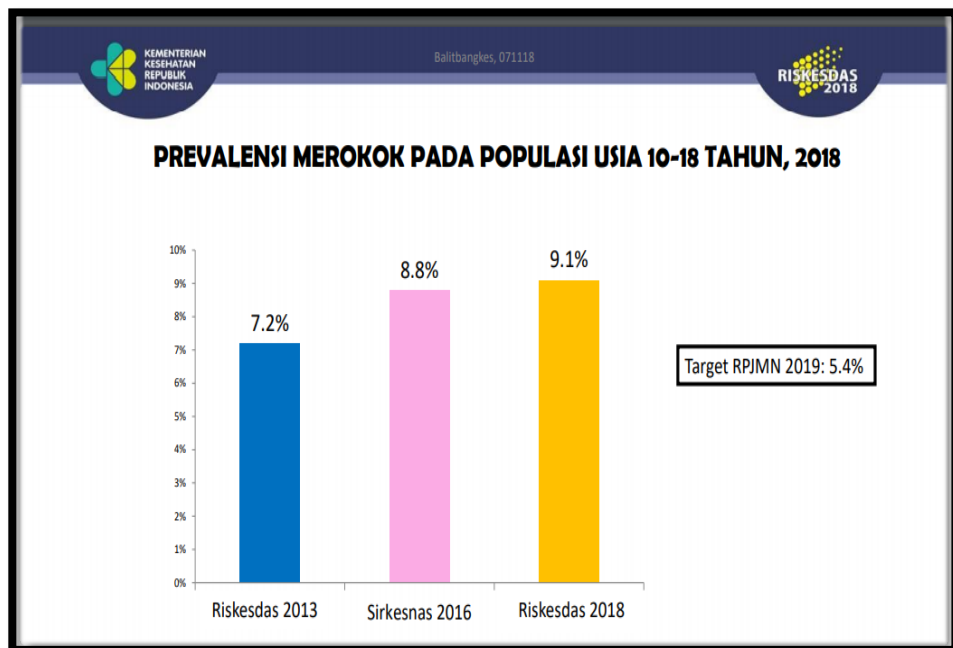
Tingginya pengeluaran rokok rumah tangga yang terdapat pada gambar II.4 mengakibatkan proporsi untuk konsumsi kebutuhan primer

lainnya menjadi rendah. Hal ini dapat mempengaruhi kemampuan rumah tangga untuk mendukung tumbuh kembang anak termasuk tidak tercukupinya kebutuhan gizi dan nutrisinya. Studi yang dilakukan oleh Pusat Kajian Jaminan Sosial Universitas Indonesia (PKJS-UI) mengklaim bahwa pengeluaran untuk konsumsi rokok menyebabkan kebutuhan gizi dan nutrisi anak tidak tercukupi sehingga lebih berisiko mengalami stunting. Stunting merupakan kondisi dimana tinggi badan anak lebih rendah daripada rata-rata seusianya. Stunting berkaitan dengan rendahnya intelegensi sehingga akan mempengaruhi produktivitas di masa depan. (Adrian Chrisnahunata, Juni 2019, pp. 2-3)

Dari semua permasalahan yang timbul, sebetulnya Indonesia bisa mengurangi dampak yang terjadi di Indonesia, baik dari segi Kesehatan, maupun ekonomi, yaitu ratifikasi FCTC dan program MPOWER. Yang bertujuan untuk mengurangi konsumsi tembakau global. Namun, karena berbagai alasan, Indonesia belum meratifikasi FCTC, padahal Indonesia termasuk ke dalam negara-negara yang Menyusun regulasi-regulasi yang ada dalam FCTC. Penulis akan membahas mengenai apa itu FCTC, MPOWER, dan program mereka miliki, serta alasan dampak yang akan timbul jika Indonesia tidak kunjung meratifikasi FCTC tersebut.

D. TINGKAT PEROKOK DI INDONESIA TAHUN 2013-2018

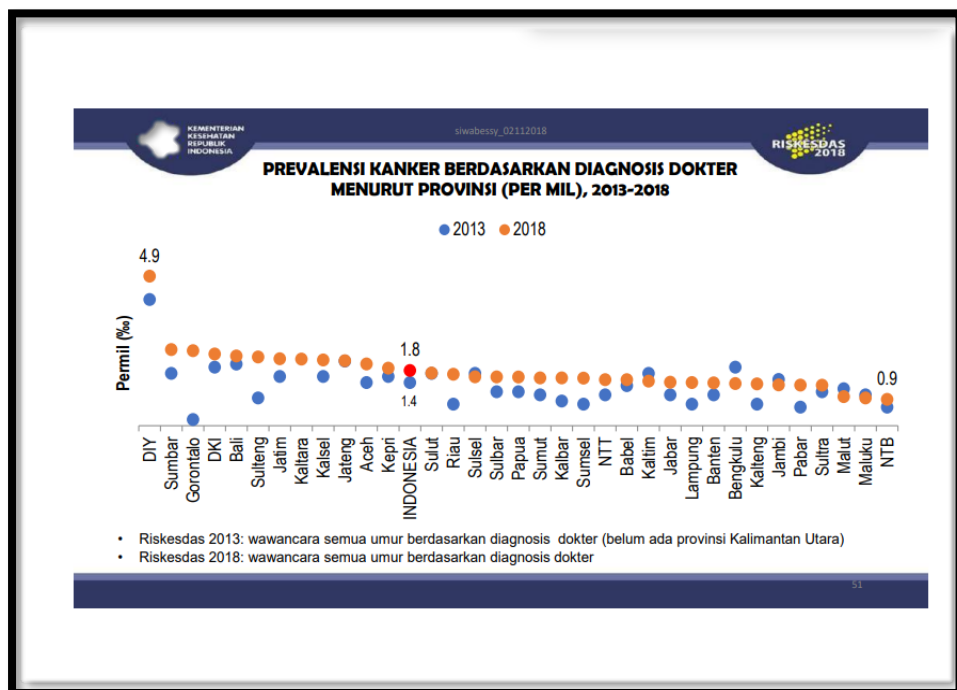
Secara global terjadi peningkatan konsumsi rokok terutama di negara berkembang, Diperkirakan saat ini jumlah perokok di seluruh dunia mencapai 1,3 milyar orang. Meskipun bahaya rokok sudah banyak diinformasikan namun jumlah perokok khususnya di Indonesia tidak menurun, bahkan ada kecenderungan meningkat setiap tahun. Pada tahun 2009, jumlah perokok aktif di Indonesia terbanyak ketiga di dunia setelah Tiongkok dan India. Selain jumlah perokok yang meningkat, usia perokok pemula pun semakin lama menjadi semakin muda. Menurut The Asean Tobacco Control Atlas 2013 jumlah perokok dewasa di Indonesia merupakan yang tertinggi dibanding 8 negara ASEAN lainnya. (Putisari, 2014)



GAMBAR II.5 (KEMENTERIAN KESEHATAN, 2018, P. 125)

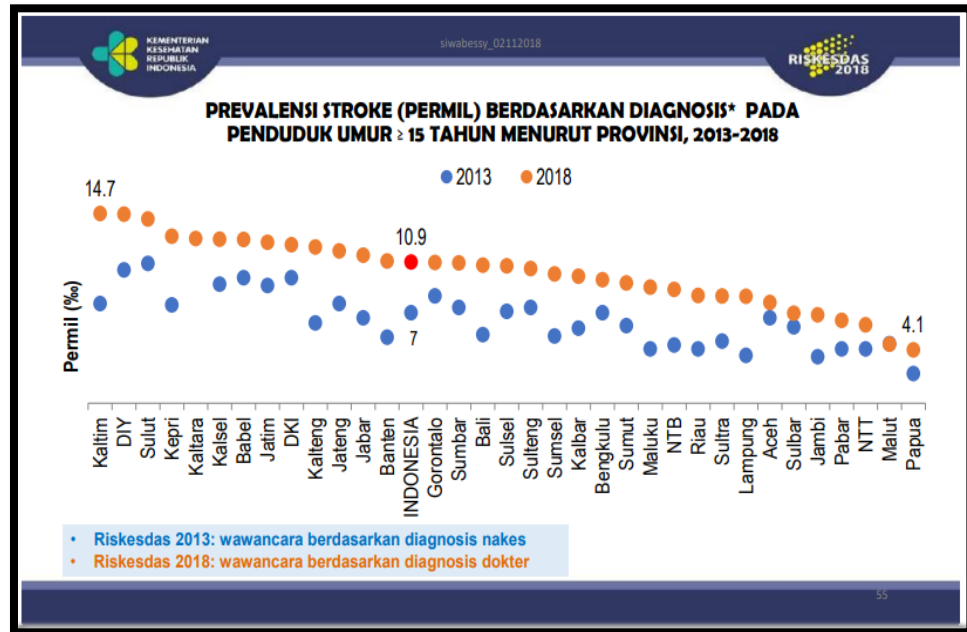
Pada gambar grafik batang II.5 diatas yang diambil dari Riskesdas 2018 menunjukkan adanya peningkatan jumlah perokok pada usia remaja 10-18 tahun yang semula ditahun 2013 7.2%, meningkat di tahun 2018 hingga 9.1%, berarti dalam kurun waktu 5 tahun telah meningkat 1.9%, semakin menjauhi target RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) yang seharusnya 5.4%. (Kementerian Kesehatan, 2018). Dari grafik diatas, dapat disimpulkan jika jumlah perokok di Indonesia cenderung meningkat dari tahun ke tahun, (Kementerian Kesehatan, 2018)

Peningkatan tersebut juga disertai oleh peningkatan prevalensi dampak negatif akibat rokok yang berupa penyakit tidak menular, seperti penyakit kanker dan stroke.



GAMBAR II.6 (KEMENTERIAN KESEHATAN, 2018, P. 51)

Dapat terlihat pada gambar II.6, peningkatan prevalensi kanker yang terjadi di tahun 2013-2018. terjadi peningkatan prevalensi yang cukup tinggi di seluruh wilayah Indonesia, ditunjukkan oleh titik oranye yang mewakili tahun 2018 yang berada diatas titik biru yang mewakili tahun 2013. (Kementerian Kesehatan, 2018)



GAMBAR II.7 (KEMENTERIAN KESEHATAN, 2018, P. 55)

Pada gambar II.7, terjadi pola yang sama pada prevalensi penyakit stroke, dimana titik oranye yang mewakili tahun 2018 berada diatas titik biru yang mewakili tahun 2013, dan itu berarti, terjadi peningkatan pada kedua penyakit tidak menular di rentang waktu tersebut.

Peningkatan jumlah perokok tersebut, seharusnya bisa diatasi dengan Langkah-langkah yang preventif, yaitu dengan meratifikasi FCTC dan menjalankan program MPOWER di Indonesia, sehingga angka perokok bisa berkurang dan tidak menambah besar dampak negatif yang akan

ditanggung oleh Indonesia. Dan pada bab berikutnya, penulis akan menjelaskan tentang program MPOWER dan alasan mengapa Indonesia belum mau meratifikasi FCTC secara penuh, serta akibat yang akan Indonesia terima terkait hal tersebut.

BAB III

EFEKTIVITAS MPOWER DI INDONESIA

A. PROGRAM MPOWER DI INDONESIA

WHO telah membentuk FCTC, FCTC adalah suatu konvensi atau treaty, yaitu suatu bentuk hukum internasional dalam pengendalian masalah tembakau, yang mempunyai kekuatan mengikat secara hukum (internationally legally binding instrument) bagi negara-negara yang meratifikasinya. Naskah FCTC dirancang sejak tahun 1999 dan selesai disusun oleh WHO pada bulan Februari 2003 setelah melalui enam kali pertemuan negosiasi internasional dan beberapa kali pertemuan-pertemuan regional. (history of who framework convention on tobacco control , 2010)

WHO FCTC dibuka untuk ditandatangani pada 16 Juni hingga 22 Juni 2003 di Jenewa, dan setelah itu di Markas Besar Perserikatan Bangsa-Bangsa di New York, dari 30 Juni 2003 hingga 29 Juni 2004. Pada hari pertama, 28 negara anggota dan uni Eropa telah menandatangani Perjanjian, dan Norwegia telah menyerahkan instrument ratifikasinya kepada sekretariat PBB pada hari yang sama sebagai bagian dari acara pembukaan penandatanganan perjanjian FCTC. Ketika perjanjian ditutup pada 29 Juni 2004, telah ada 168 negara yang menandatanganinya, menjadikannya salah

satu perjanjian yang paling banyak dianut dalam sejarah. (history of who framework convention on tobacco control , 2010)

Tujuan dari Konvensi dan protokol-protokolnya adalah untuk melindungi generasi sekarang dan mendatang terhadap kerusakan kesehatan, konsekuensi sosial, lingkungan dan ekonomi karena konsumsi tembakau dan paparan kepada asap tembakau, dengan menyediakan suatu kerangka bagi upaya pengendalian tembakau untuk dilaksanakan oleh pihak-pihak terkait di tingkat nasional, regional dan internasional guna mengurangi secara berkelanjutan dan bermakna prevalensi penggunaan tembakau serta paparan terhadap asap rokok.

FCTC atau Framework Convention on Tobacco Control merupakan perjanjian internasional tentang kesehatan masyarakat yang dibahas dan disepakati oleh Negara-negara anggota Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Bertujuan untuk melindungi generasi masa kini dan masa mendatang dari dampak konsumsi rokok dan paparan asap rokok. FCTC diinisiasi oleh Negara-negara berkembang, seperti Amerika Latin, India, Thailand hingga Indonesia. Karena konsumsi rokok menjadi masalah global dan jika tidak diatasi, diperkirakan 1 Milyar penduduk dunia akan meninggal pada akhir abad 21 dengan 70% di antaranya terjadi di negara berkembang Setelah 4 tahun dibahas intensif oleh seluruh Negara-negara anggota WHO, akhirnya FCTC disepakati dalam sidang kesehatan sedunia pada tanggal 21 Mei 2003. Seharusnya Indonesia ikut menandatangani FCTC saat itu. Namun ketika Menteri Kesehatan sudah di bandara

menunggu penerbangan ke New York, diminta kembali oleh Presiden sehingga Indonesia batal menandatangani FCTC. (FCTC Indonesia, 2015)

FCTC terdiri dari 11 bab dan 38 pasal yang mengatur tentang pengendalian permintaan konsumsi rokok dan pengendalian pasokan rokok. Di dalamnya juga mengatur tentang paparan asap rokok orang lain, iklan promosi dan sponsor rokok, harga dan cukai rokok, kemasan dan pelabelan, kandungan produk tembakau, edukasi dan kesadaran publik, berhenti merokok, perdagangan ilegal rokok hingga penjualan rokok pada anak di bawah umur. Sampai Januari 2015, sudah 187 negara yang menandatangani FCTC dan menyisakan 9 negara yang belum, yaitu Andora, Eritria, Liechtenstein, Malawi, Monako, Somalia, Republik Dominika, Sudan Selatan dan satu-satunya Negara dari Asia yaitu Indonesia. Penandatanganan FCTC di Indonesia dapat dilakukan dengan menerbitkan Peraturan Presiden atau melalui Undang-undang Non Program Legislasi Nasional di DPR. (FCTC Indonesia, 2015)

Dari perjanjian FCTC yang telah berjalan, pada tahun 2008, untuk memperluas perlawanan terhadap penggunaan tembakau, WHO bekerja sama dengan Bloomberg Initiative membantu implementasi tersebut di tingkat negara khususnya negara yang berpenghasilan rendah atau menengah, untuk mengembangkan, menerapkan dan menegakkan kebijakan dan program pengendalian tembakau yang paling efektif, maka WHO dan *Bloomberg Initiative* telah memperkenalkan paket MPOWER, yang berupa tindakan teknis dan memaksimalkan sumber daya. MPOWER

telah dikembangkan untuk membantu negara membangun kapasitas mereka untuk mengimplementasikan ketentuan ini. Keberhasilan implementasi langkah-langkah ini pada akhirnya akan memainkan peran kunci dalam mengurangi beban di negara-negara yang telah meratifikasi perjanjian FCTC. (WHO, 2019)

MPOWER ini terdiri dari :

1. M : Memonitor penggunaan tembakau dan kebijakan pencegahannya. seperti pengaturan tentang kandungan kadar nikotin dan tar; persyaratan produksi dan penjualan rokok, persyaratan iklan dan promosi rokok; serta penetapan kawasan tanpa rokok.
2. P : Proteksi terhadap asap tembakau. Mengatur tempat-tempat yang dilarang untuk merokok, untuk memberikan perlindungan bagi para perokok pasif.
3. O : Offering help (menawarkan bantuan) untuk berhenti mengkonsumsi tembakau dari berbagai layanan kesehatan.
4. W : Warning (peringatkan) tentang bahaya tembakau. Seperti peringatan akan bahaya rokok.
5. E : Enforce (terapkan) larangan untuk iklan, promosi dan sponsor produk tembakau.
6. R : Raise (naikkan) pajak produk tembakau. (Widyastuti Wibisana, 2008)

Indonesia adalah negara pengguna tembakau dengan beban tinggi menerapkan beberapa langkah pembelian terbaik (MPOWER) untuk mengurangi penggunaan tembakau, namun belum ada satupun yang mencapai tingkat pencapaian tertinggi. Dalam konteks penerapan langkah-langkah MPOWER di Indonesia, WHO telah memberikan bantuan teknis untuk menggabungkan praktik-praktik terbaik untuk pengendalian tembakau melalui undang-undang pengendalian tembakau yang ada. WHO telah terlibat dalam dialog kebijakan multi-menteri dan kompilasi bukti lokal untuk mendukung diskusi nasional Indonesia untuk mengaksesi Konvensi Kerangka Kerja WHO tentang Pengendalian Tembakau. Indonesia terus menjadi negara yang belum menjadi Pihak pada Kerangka Konvensi WHO tentang Pengendalian Tembakau (WHO FCTC). (WHO, Prakarsa Bebas Tembakau (Tobacco Free Initiative), 2015)

Di Indonesia, kemajuan dalam mengimplementasikan langkah-langkah pembelian terbaik yang disarankan (MPOWER) untuk mengurangi penggunaan tembakau pada tingkat pencapaian tertinggi dinilai lambat. Tujuan keseluruhan WHO sebagai bagian dari *Bloomberg Initiative* untuk Mengurangi Penggunaan Tembakau di Indonesia adalah mendukung pemerintah untuk memperkuat kapasitas negara untuk pengendalian tembakau guna menetapkan kebijakan pengendalian tembakau multisektoral yang berkelanjutan yang berdampak langsung pada epidemi tembakau. (WHO, Prakarsa Bebas Tembakau (Tobacco Free Initiative), 2015)

Di Indonesia WHO memberikan bantuan teknis untuk menggabungkan praktik terbaik untuk pengendalian tembakau melalui undang-undang pengendalian tembakau yang ada, untuk mendukung peraturan yang lebih kuat yang sesuai dengan ketentuan MPOWER dan WHO FCTC. WHO juga bekerja sama dengan pemerintah dan mitra masyarakat sipil untuk meningkatkan kesadaran publik dan pemerintah tentang campur tangan industri tembakau dalam kebijakan pengendalian tembakau. Pada bulan Desember 2014, menanggapi permintaan pemerintah yang mendesak, WHO memberikan bantuan teknis dalam mengembangkan argumen untuk Menteri Kesehatan terhadap rancangan undang-undang tembakau yang disponsori oleh industri tembakau. (WHO, Prakarsa Bebas Tembakau (Tobacco Free Initiative), 2015)

WHO juga bekerja untuk meningkatkan kapasitas teknis dan administrasi Kementerian Keuangan Indonesia untuk mengangkat masalah kenaikan pajak, memantau pasar tembakau dan meningkatkan kepatuhan pajak. Indonesia adalah ketua Forum Pajak ASEAN dan WHO saat ini bekerja dengan Kementerian Keuangan untuk mengeksplorasi potensi harmonisasi pajak tembakau di seluruh kawasan. WHO juga bekerja erat dengan Kelompok Bank Dunia untuk reformasi pajak ekonomi makro jangka panjang untuk mendukung pengendalian tembakau di Indonesia. (WHO, Prakarsa Bebas Tembakau (Tobacco Free Initiative), 2015)

Pemerintah menggunakan langkah-langkah pengendalian tembakau dalam Konvensi Kerangka Kerja WHO tentang Pengendalian Tembakau

(WHO FCTC) untuk mengurangi prevalensi penggunaan tembakau dan paparan terhadap asap tembakau. Dengan menerapkan langkah-langkah ini, pemerintah mengurangi beban berat penyakit dan kematian yang disebabkan oleh penggunaan atau paparan tembakau. (WHO, Prakarsa Bebas Tembakau (Tobacco Free Initiative), 2015)

A.1. MONITOR PENGGUNAAN TEMBAKAU DAN PENCEGAHANNYA.

Sistem monitoring penggunaan tembakau yang kuat di perlukan baik dalam perumusan maupun evaluasi kebijakan pengendalian tembakau. Sistem monitoring yang baik ini harus mampu memantau setidaknya 3 indikator yaitu prevalensi penggunaan tembakau melalui survey, dampak implementasi kebijakan pengendalian tembakau, serta kebijakn iklan, promosi dan perkembangan industri rokok. Data yang didapatkan dari hasil monitoring ini selain dapat digunakan dalam perumusan kebijakan oleh pemerintah, dapat juga digunakan oleh masyarakat, pemuka agama dan tokoh masyarakat dalam mengembangkan kegiatan pengendalian konsumsi tembakau. (Widyastuti Wibisana, 2008)

Di Indonesia, data yang ada menunjukkan penggunaan tembakau sangat meningkat dalam tiga dekade terakhir. Berdasarkan Susenas 2004, prevalensi perokok pada oran dewasa usia 15 tahun keatas adalah 63,1% pada laki-laki (meningkat 1,4% dari tahun 2001) dan 4,5% pada wanita

(lebih dari 3 kali lipat prevalensi tahun 2001 yakni sebesar 1,3%) dengan prevalensi merokok secara keseluruhan telah meningkat dari 31,5% (2001) menjadi 34,4% pada tahun. Pada kelompok anak usia 13-15 tahun, data Global Youth Tobacco Survey (GYTS) pada tahun 2006 menyebutkan bahwa sebesar 13,7% anak usia 13-15 tahun di Jawa adalah pengguna tembakau. Angka yang lebih tinggi didapat di Sumatera yaitu sebesar 22,8% anak usia 13-15 tahun adalah pengguna tembakau, artinya setiap 1 dari 5 anak usia 13-15 tahun di wilayah ini mengkonsumsi tembakau atau rokok setiap harinya. Saat ini regulasi pengendalian tembakau atau secara spesifik pengendalian masalah merokok di Indonesia ada dalam bentuk Peraturan Pemerintah (PP) No. 19 tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan Strategi Global Pengendalian Tembakau 1999 dan PP No. 38 Tahun 2000. Dicantumkan secara spesifik dalam PP No.19 Tahun 2003, bahwa peraturan pemerintah ini bertujuan untuk mencegah penyakit akibat rokok baik bagi individu perokok maupun bagi masyarakat. Hal-hal yang diatur dalam peraturan ini meliputi pengaturan tentang kandungan kadar nikotin dan tar; persyaratan produksi dan penjualan rokok, persyaratan iklan dan promosi rokok; serta penetapan kawasan tanpa rokok. (Widyastuti Wibisana, 2008)

Melalui pengawasan dan pemantauan tembakau, WHO mendorong penggunaan standar dan protokol ilmiah dan berbasis bukti untuk survei tembakau. WHO mendukung Pemerintah Indonesia untuk mengidentifikasi strategi spesifik untuk penggunaan bukti dalam kebijakan dan program

pengendalian tembakau dan untuk mengimplementasikan kebijakan MPOWER yang efektif untuk melindungi kesehatan dan memerangi epidemi tembakau. Dengan dukungan dari Yayasan CDC dan Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Amerika Serikat (CDC), Indonesia melakukan Survei Tembakau Dewasa Global pada tahun 2011 yang memberikan angka tembakau representatif nasional yang mendukung perencanaan strategi pengendalian tembakau nasional berbasis bukti. Indonesia juga mengadakan Global Youth Tobacco Survey pada tahun 2004, 2006, 2009 dan 2014. (WHO, Prakarsa Bebas Tembakau (Tobacco Free Initiative), 2015)

WHO telah mendukung berbagai proposal legislatif untuk memperkuat pengawasan terhadap tembakau dan menutup celah dalam peraturan pengawasan tembakau Indonesia. Selama beberapa tahun terakhir, WHO telah memberikan bantuan teknis kepada Departemen Kesehatan untuk merevisi undang-undang sehubungan dengan: penggunaan deskriptor yang menyesatkan; mengembangkan peraturan tentang pemantauan produk tembakau, peringatan kesehatan bergambar; implementasi kebijakan bebas-rokok; dan melarang iklan dan promosi tembakau. WHO mendorong penerapan undang-undang bebas-rokok yang lebih kuat dan memberikan komentar dan saran tentang peningkatan undang-undang pengendalian tembakau, peraturan produk, peringatan dan perpajakan. Bekerja sama dengan Badan Nasional untuk Administrasi Makanan dan Obat-obatan dan Kementerian Kesehatan, WHO mendukung peraturan tentang e-rokok dan

aditif tembakau. (WHO, Prakarsa Bebas Tembakau (Tobacco Free Initiative), 2015)

A.2. PROTEKSI BAGI PEROKOK PASIF TERHADAP ASAP TEMBAKAU.

Rokok tidak hanya berbahaya bagi penggunanya tetapi juga membahayakan bagi orang yang berada di sekitarnya. Perokok pasif dewasa dapat menderita berbagai penyakit kronis seperti stroke, kanker paru (risiko terkena 20-30%) penyakit jantung koroner (risiko terkena meningkat 25-30%) dan lain-lain. Pada anak-anak asap rokok juga meningkatkan risiko penyakit asma, tumor otak, Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) serta gangguan saluran napas bagian bawah. International Labour Organization melaporkan bahwa setidaknya 200.000 orang pekerja meninggal setiap tahunnya karena terpapar asap rokok di tempat kerja. Di Amerika Serikat, 3400 kematian karena kanker paru adalah perokok pasif. Jumlah lebih besar terjadi pada penderita penyakit jantung, 46,000 pasien yang meninggal karena penyakit jantung adalah perokok pasif. (Widyastuti Wibisana, 2008)

Hal yang sangat ironis adalah lebih dari separuh negara di dunia, dengan jumlah penduduk mencakup 2/3 populasi dunia, belum memberi perhatian yang cukup mengenai masalah ini dengan masih mengizinkan orang merokok di dalam gedung ataupun di tempat kerja.

Larangan untuk merokok di dalam ruangan ataupun di tempat kerja yang ditetapkan di berbagai negara telah terbukti mampu menurunkan prevalensi penggunaan tembakau di negara tersebut. Di berbagai negara industri, penetapan kawasan tanpa rokok di tempat kerja mengurangi 29% konsumsi tembakau dan juga mengurangi prevalensi perokok sebesar 4%. Penelitian lain di Irlandia menyebutkan penetapan kawasan tanpa rokok pada tahun 2004 telah mengurangi konsentrasi nikotin di udara pada ruangan tertutup sebesar 83%.

Larangan total merokok di dalam ruangan merupakan satu-satunya cara yang efektif untuk melindungi perokok pasif dari bahaya asap rokok. Tidak ada level aman bagi paparan terhadap asap rokok. Walaupun disediakan ventilasi dan/ atau penyaring udara, dampak paparan terhadap asap rokok tidak dapat dikurangi. Perlindungan yang efektif bagi perokok pasif dari paparan terhadap asap rokok hanyalah dengan menetapkan kawasan/ lingkungan yang 100% bebas dari asap rokok. Namun, implementasi peraturan penetapan kawasan tanpa rokok harus diawali dengan edukasi publik terlebih dahulu sehingga timbul kesadaran dari masyarakat, terutama dari perokok itu sendiri untuk mendukung terbentuknya kawasan tanpa rokok untuk perlindungan perokok pasif. (Widyastuti Wibisana, 2008)

Kawasan tanpa rokok, sebenarnya sudah ada didalam Peraturan Pemerintah (PP) No. 19 tahun 2003 bagian keenam, pasal 22 hingga pasal 25. Di pasal 22, secara jelas tertera jika "Tempat umum, sarana kesehatan, tempat kerja dan tempat yang secara spesifik sebagai tempat proses belajar

mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah dan angkutan umum dinyatakan sebagai kawasan tanpa rokok”. Dan pasal diatas, diperkuat oleh pasal 25, yang berbunyi “Pemerintah Daerah wajib mewujudkan kawasan tanpa rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22, di wilayahnya”. Berarti, pemerintah daerah diwajibkan memberikan fasilitas tersebut sebagai perlindungan terhadap warga daerahnya, (BPK, 2017)

A.3. OPTIMALKAN BANTUAN UNTUK PROGRAM BERHENTI MEROKOK

Perokok merupakan korban ketagihan nikotin yang terkandung dalam rokok. Tiga dari empat pengguna tembakau menyatakan ingin berhenti namun sebagaimana layaknya orang yang terikat pada zat adiktif, berhenti merokok bukanlah suatu hal yang mudah sehingga membutuhkan dukungan dari orang-orang di sekitarnya. (Widyastuti Wibisana, 2008)

Dari berbagai pengalaman di dunia, World Health Organization mengajukan tiga bentuk bantuan dukungan berhenti merokok yang meliputi layanan konsultasi ataupun klinik bantuan berhenti merokok di tempat pelayanan kesehatan primer; layanan bantuan lewat telepon yang murah dan mudah diakses (Quitline); serta terapi farmakologis yang murah dengan pengawasan dokter.

Suatu studi pada dokter Puskesmas di wilayah Yogyakarta menunjukkan bahwa hanya 8,2% dokter laki-laki dan 1,6% dokter

perempuan yang selalu menanyakan apakah pasiennya merokok atau tidak. Sebagian besar hanya menanyakan status merokok pada pasiennya bila pasien datang dengan keluhan gangguan pernafasan (85,4% dokter laki-laki dan 89,6% dokter perempuan). Penelitian yang sama juga menyebutkan bahwa hanya 29,5% dokter laki-laki dan 44,1% dokter perempuan di Puskesmas yang menasehati pasiennya yang merokok untuk berhenti. Padahal pelayanan konsultasi berhenti merokok yang terintegrasi di pelayanan kesehatan primer oleh tenaga kesehatan pada setiap kunjungan dapat mendorong perokok untuk berhenti. Selain itu layanan bantuan berhenti merokok melalui telepon juga menunjukkan hasil yang efektif dalam menurunkan prevalensi merokok dan juga memperkenalkan terapi pengganti nikotin bagi yang membutuhkannya. Farmakoterapi bagi orang yang ingin berhenti merokok dapat berupa terapi pengganti nikotin, obat antidepressan seperti bupropion ataupun vareniklin yang bekerja pada reseptor nikotin di otak dan mencegah pengeluaran dopamin yang memblokir sensasi kenikmatan yang dialami saat orang merokok. Biaya dan dampak dari berbagai metode bantuan berhenti merokok diatas bervariasi dari orang ke orang. Oleh karena itu hendaknya setiap usaha bantuan berhenti merokok disesuaikan dengan kondisi setempat serta minat dan kebutuhan masing-masing individu. (Widyastuti Wibisana, 2008)

Dalam meningkatkan efektifitas dan efisiensi, program berhenti merokok dapat diintegrasikan dengan sistem pelayanan kesehatan. Pada saat ini program berhenti merokok yang telah terbukti paling efektif untuk

membantu menghentikan kebiasaan rokok adalah kombinasi intervensi konseling berhenti merokok dan penggunaan farmakoterapi seperti penggunaan nikotin pengganti (Nicotine Replacement Therapy atau NRT) dan obat-obatan lainnya. Dua komponen ini memiliki kontribusi yang sama terhadap keberhasilan upaya berhenti merokok. Sebagai seorang dokter, dari 6 strategi yang ada pada strategi MPOWER, strategi ke-3 merupakan salah satu strategi yang paling mungkin dilakukan. Membantu perokok untuk berhenti merokok dalam bentuk memberi nasihat ataupun konseling dengan pendekatan 5A, yaitu asking, assess, advise, assist, dan arrange follow-up. (Benny Prayogi, 2017)

Asking atau menanyakan tentang penggunaan tembakau. Assessing atau menilai stadium perubahan dan ketergantungan nikotin. Advise atau menganjurkan. Setiap perokok memang sudah seharusnya dianjurkan untuk berhenti merokok secara nyata dan tidak ambigu. Anjuran perlu disampaikan dalam bentuk dukungan dan tidak konfrontatif agar tidak mengganggu hubungan dokter-pasien. Assist atau membantu. Baik membantu dalam bentuk pelayanan telekomunikasi (Quitlines) ataupun dukungan farmakoterapi. Arrange follow-up atau kegiatan memantau dan mengevaluasi upaya berhenti merokok oleh mantan perokok. Terdapat bukti yang jelas bahwa follow-up adalah cara yang efektif dalam meningkatkan daya dorong berhenti. Sebaiknya follow-up dilakukan dalam minggu pertama memulai berhenti dan sekitar satu bulan setelah berhenti. Kegiatan ini tidak hanya dapat dilakukan oleh dokter, melainkan dapat juga dilakukan

oleh perawat atau farmasi (pada pasien yang menggunakan terapi pengganti nikotin). (Benny Prayogi, 2017)

A.4. WASPADAKAN MASYARAKAT AKAN BAHAYA TEMBAKAU

Walaupun informasi mengenai bahaya tembakau bagi kesehatan telah sering didengungkan namun hanya sebagian kecil perokok yang mengerti apa saja sebenarnya bahaya rokok bagi kesehatan. Karena itulah peringatan kesehatan wajib dicantumkan pada setiap kemasan produk tembakau dalam bentuk gambar untuk memastikan pesan yang disampaikan mengenai pada masyarakat secara keseluruhan, tanpa memandang apakah orang itu berpendidikan rendah atau tinggi. Di dalam FCTC, pesan kesehatan yang dianjurkan adalah berupa gambar dengan area minimal sepertiga permukaan kemasan produk tembakau dengan pergantian gambar secara periodik. (Widyastuti Wibisana, 2008)

Saat ini baru 15 negara di dunia, mencakup 6% populasi dunia, yang mencantumkan pesan kesehatan berupa gambar pada kemasan produk tembakau. Pengalaman di berbagai negara ini menunjukkan bahwa pesan kesehatan berupa gambar efektif untuk menyadarkan masyarakat khususnya pengguna tembakau akan bahaya penggunaan tembakau dan mendorong mereka untuk berhenti.

Peringatan yang wajib diberikan pada setiap kemasan rokok, telah tertuang di peraturan pemerintah no 19 tahun 2003, dimana terdapat pada pasal Pasal 8, yang berbunyi :

1. Peringatan kesehatan pada setiap label harus berbentuk tulisan.
2. Tulisan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) berupa “merokok dapat menyebabkan kanker, serangan jantung, impotensi dan gangguan kehamilan dan janin”.

Serta Pasal 9, yang berbunyi :

1. Tulisan peringatan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) dicantumkan dengan jelas pada label di bagian kemasan yang mudah dilihat dan dibaca.
2. Tulisan peringatan kesehatan dicantumkan pada salah satu sisi lebar setiap kemasan rokok, dibuat kotak dengan garis pinggir 1 (satu) mm, warna kontras antara warna dasar dan tulisan, ukuran tulisan sekurang-kurangnya 3 (tiga) mm, sehingga dapat jelas dibaca.

Dan juga terdapat dalam Pasal 18, yang berbunyi

1. Setiap iklan pada media elektronik, media cetak dan media luar ruang harus mencantumkan peringatan bahaya merokok bagi kesehatan.
 2. Pencantuman peringatan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) harus ditulis dengan huruf yang jelas sehingga mudah dibaca, dan dalam ukuran yang proporsional disesuaikan dengan ukuran iklan tersebut.
- (BPK, 2017)

A.5. ELIMINASI IKLAN, PROMOSI, DAN SPONSOR TERKAIT TEMBAKAU

Iklan Rokok, yang diterbitkan secara massive, dapat mengembangkan pemikiran jika merokok adalah sebuah “gaya hidup”. Iklan memiliki dampak yang sangat nyata dalam meningkatkan jumlah perokok Indonesia dan juga global, terutama remaja-remaja yang masih sangat fokus pada pembentukan identitas dan mencari jati diri mereka, dan mereka adalah target bagi perusahaan tembakau di Indonesia, untuk mendapatkan keuntungan dimasa depan. Lebih secara signifikan, karena kurangnya informasi kesehatan dan pemerintah Indonesia yang secara eksplisit mendukung industri tembakau, ada wacana tentang rokok, dimana dengan intensitas iklan yang tinggi, maka perusahaan rokok berusaha mempromosikan image rokok menjadi positif di mata publik. (Reynolds, 1999, pp. 85-88)

Sponsor olahraga memberikan kesempatan untuk "iklan terselubung" yang secara aktif menciptakan image "keakraban dan kedekatan" antara tembakau dan para penggemar olahraga, yang dimana banyak di antara mereka adalah anak-anak dan remaja. Semua Perusahaan tembakau di Indonesia mensponsori acara olahraga. Seperti Djarum mensponsori konser jazz, Bulutangkis, dan tinju. BAT Indonesia mensponsori Bulutangkis, serta mobil dan balap sepeda motor. Sampoerna mensponsori kompetisi bola basket dan kompetisi sepak bola. Serta acara budaya dan juga termasuk konser KOOL and The Gang.

Setiap tahunnya industri tembakau menghabiskan 10 milyar dolar Amerika untuk mempromosikan produk mereka. Walaupun mereka mengklaim bahwa promosi ini tidak ditujukan untuk meningkatkan penjualan produk mereka namun pada kenyataannya iklan, promosi dan sponsorship dari industri tembakau telah meningkatkan prevalensi pengguna tembakau. Hal ini dibuktikan dengan menurunnya prevalensi pengguna tembakau di negara-negara dengan larangan total iklan produk tembakau sebesar 9 kali lipat negara-negara tanpa larangan iklan produk tembakau. Penelitian lain menunjukkan larangan iklan, promosi dan sponsor terkait tembakau menunjukkan efek penurunan konsumsi tembakau sampai 16% pada semua golongan pendidikan dan pendapatan. (Widyastuti Wibisana, 2008)

Dengan kenyataan yang ada bahwa sebagian besar acara yang menarik perhatian publik di negara ini disponsori oleh industri tembakau, jelaslah bahwa peran serta semua pihak diperlukan dalam larangan total iklan dan promosi produk tembakau. Selain peraturan yang masih memungkinkan industri tembakau untuk berpromosi harus diubah, pandangan masyarakat yang menganggap tidak akan ada acara-acara olahraga maupun konser musik bila tidak ada industri rokok juga perlu diluruskan. (Widyastuti Wibisana, 2008)

A.6. RAIH KENAIKAN CUKAI TEMBAKAU

Kenaikan harga tembakau melalui kenaikan pajak merupakan upaya paling efektif untuk mengurangi konsumsi dan mendorong orang berhenti merokok. Peningkatan 70% harga produk tembakau dapat mencegah hingga seperempat kematian terkait tembakau di dunia. Kenaikan pajak juga akan langsung meningkatkan pemasukan negara, yang dapat digunakan untuk upaya pengendalian tembakau dan program kesehatan serta program sosial penting lainnya. (Widyastuti Wibisana, 2008)

Peningkatan pajak tembakau tidak mengurangi pemasukan negara dari pajak. Kenaikan pajak telah terbukti menurunkan konsumsi tembakau sebanyak 4% di negara-negara maju; sedangkan kenaikan pajak sekitar 7% menurunkan konsumsi tembakau yang mencapai 8% di negara-negara berpendapatan menengah dan rendah.

Sejak Januari 2008, cukai tembakau di Indonesia diatur dengan UU No. 39 tahun 2007 dan Peraturan Menteri Keuangan (PMK) No. 134/PMK.04/2007. Peraturan ini menetapkan pajak cukai ad valorem yang berkisar antara 15-36% untuk kretek dan rokok putih buatan mesin dan 0-18% untuk kretek buatan tangan. Penurunan cukai ad valorem tersebut diimbangi dengan kenaikan pajak khusus menjadi Rp. 35,- /batang untuk semua jenis rokok kecuali kretek buatan tangan ukuran kecil yang dikenakan Rp. 30,- /batang serta pajak maksimal yang dikenakan pada produk tembakau adalah sebesar 57%. (Widyastuti Wibisana, 2008)

WHO mendukung Pemerintah Indonesia dalam membangun kapasitas pengendalian tembakau nasional yang kuat dan efektif, termasuk membangun infrastruktur yang efektif untuk program pengendalian tembakau nasional, pelatihan dan pendidikan. Karena industri tembakau memiliki kehadiran yang kuat di negara tersebut, WHO mendukung upaya pemerintah untuk menetralkan taktik dan kegiatan industri tembakau serta untuk melawan upaya industri untuk mengganggu undang-undang nasional dan proses akses WHO FCTC.

WHO telah menyoroti celah yang ada saat ini tentang regulasi pengendalian tembakau di Indonesia, menjabarkan ketentuan mengenai e-rokok, dan merekomendasikan agar pemerintah Indonesia mendukung akses negara tersebut ke Konvensi Kerangka Kerja WHO tentang Pengendalian Tembakau. WHO telah menyelenggarakan lokakarya pelatihan untuk pemangku kepentingan pemerintah dan non-pemerintah tentang ekonomi pengendalian tembakau, perpajakan, perdagangan dan Kesehatan, berhenti merokok, kebijakan bebas-rokok. Dan untuk pembuat kebijakan daerah diantaranya Langkah-langkah MPOWER, serta penganggaran dan manajemen pengendalian tembakau. WHO juga memberikan saran teknis kepada Kementerian Kesehatan mengenai e-rokok dan memberikan rekomendasi untuk mengatur atau melarangnya. (WHO, Prakarsa Bebas Tembakau (Tobacco Free Initiative), 2015)

B. ALASAN INDONESIA TIDAK MERATIFIKASI FCTC

Indonesia menjadi satu-satunya negara di Asia Pasifik yang belum meratifikasi FCTC. Amerika Serikat juga termasuk juga termasuk negara yang enggan meratifikasi konvensi tersebut karena mempunyai kepentingan ekonomi dengan tembakau sebagai bahan dasarnya. Produksi tembakau telah menjadi industri yang berkembang pesat dan menghasilkan pendapatan yang besar bagi Amerika Serikat. Dan berikut ini adalah alasan-alasan kenapa Indonesia belum meratifikasi FCTC. (Aditia Bagus Santoso, 2014, pp. 686-687)

B.1. ALASAN EKONOMI

Indonesia merupakan negara dengan status sebagai negara produsen tembakau terbesar di dunia, bahkan pada tahun 2007, Indonesia berada pada peringkat ke-6 sebagai negara produsen daun tembakau terbesar di dunia. Kontribusi industri tembakau dan rokok dapat dilihat dari dua sisi. Pertama kontribusi terhadap produk domestic bruto (PDB). Kedua, dari sisi penerimaan negara melalui cukai rokok. (Aditia Bagus Santoso, 2014, pp. 686-687)

Oleh karena itu, peran komoditas tembakau yang cukup nyata dalam perekonomian nasional adalah sebagai sumber penerimaan negara dan cukai. Nilai penerimaan dari cukai terus meningkat dari tahun ke tahun, yaitu dari 11.1 trilyun rupiah pada tahun 2001, menjadi sekitar 51 trilyun

rupiah di tahun 2008, dan 60,7 trilyun pada tahun 2011, itu merupakan peningkatan yang sangat besar. (Aditia Bagus Santoso, 2014, pp. 686-687)

Penerimaan negara dari cukai tembakau terbilang besar dibandingkan dengan penerimaan dari sektor sumber daya alam nonmigas seperti pertambangan umum, kehutanan, perikanan, dan pertambangan panas bumi. Nilai pendapatan cukai 60,7 trilyun hampir lima kali lipat dari pendapatan diluar migas yang sebesar 12,9 trilyun rupiah. Bahkan penerimaan cukai hampir separuh dari seluruh pendapatan negara yang diperoleh dari migas. (Aditia Bagus Santoso, 2014, pp. 686-687)

Salah satu contoh kenapa ekonomi dijadikan alasan untuk tidak meratifikasi FCTC, adalah akuisisi yang dilakukan oleh dua perusahaan raksasa tembakau, yang pertama adalah Philip Morris International (PMI). Pada 2009, PMI menjadi pemegang saham mayoritas (97,95%) perusahaan Sampoerna, yang merupakan perusahaan rokok terbesar kedua, setelah gudang garam. Investasi ini dilaporkan sebagai salah satu investasi asing terbesar dalam sejarah Indonesia. Akuisisi yang dilakukan PMI Sampoerna US \$5.2 miliar membuat PMI menjadi pemimpin pasar dalam waktu 3 tahun, membuat mereka mendapatkan laba bersih sebesar US \$128, US \$249 dan US \$268 juta di 2005, 2006 dan 2007, masing-masing. Pada Juni 2009, Sampoerna memiliki bagian 27% dari pasar Rokok Indonesia, melebihi gudang garam (22%) dan Djarum (21%). (Richard D Hurt, 2011, p. 3)

Perusahaan yang kedua yang mengakuisisi Indonesia adalah British American Tobacco. Pada bulan Juni 2009, BAT mengakuisisi 85% saham dari Bentoel, Perusahaan tembakau terbesar keempat di Indonesia, seharga US \$494 juta. Pada September 2009, BAT membeli saham Bentoel yang tersisa dan sekarang memiliki 99,74% dari Company. (Richard D Hurt, 2011, p. 4)

B.2. ALASAN TENAGA KERJA DAN LAPANGAN PEKERJAAN

Bisnis tembakau merupakan bisnis besar yang melibatkan berbagai aktor diberbagai negara. Berdasarkan data *International Labour Organization* (ILO) di Indonesia terdapat 24 juta jiwa yang bergantung pada industri hasil tembakau. Petani merupakan salah satu pihak yang paling berperan penting dan dianggap pihak yang paling lemah di rantai makanan industry tembakau. (Aditia Bagus Santoso, 2014, p. 687)

Selain akan hilangnya lapangan pekerjaan bagi ribuan industri kecil dan menengah yang hidup dari tembakau, pembangunan sosial dan ekonomi nasional juga akan terhenti. Industri kecil dan menengah tidak hanya menghidupi jutaan masyarakat yang terlibat dalam mata rantai industry, melainkan juga secara tidak langsung menggerakkan perekonomian nasional secara keseluruhan.

Ratifikasi FCTC Akan dianggap akan memusnahkan Lapangan Pekerjaan. Setidaknya ada 3.800 pabrik rokok termasuk kelas rumahan. 3000 pabrik rokok berada di 2 provinsi, yaitu Jawa Tengah dan Jawa Timur.

Dua provinsi tersebut sekaligus menjadi 2 daerah penghasil rokok terbesar di Indonesia. Dapat di bayangkan berapa banyaknya jumlah buruh yang bekerja di pabrik rokok. Tak hanya itu, petani tembakau juga menggantungkan hidupnya dengan bertani tembakau. Selain itu, tembakau yang di hasilkan di Indonesia sangat berkualitas. Tembakau yang di hasilkan petani di Indonesia juga di ekspor ke luar negeri. Hal ini berarti pertanian tembakau di Indonesia sangat berkembang dan di unggulkan. Jika FCTC diratifikasi, bisa dipastikan mereka akan kehilangan mata pencahariannya. Klaim bahwa industri rokok telah memberikan kontribusi ekonomi yang dominan dan menyerap jutaan tenaga kerja belum didasarkan pada data yang akurat. (Stephanie Apsari Putri, 2014)

Alasan ini juga sempat dijadikan alasan para komunitas kretek di Indonesia untuk mencegah Indonesia meratifikasi FCTC. Hal pertama yang dilakukan Komunitas Kretek dalam melakukan resistensi untuk mempertahankan kemerdekaan kretek ialah dengan melawan terjadinya ratifikasi FCTC. Ratifikasi FCTC yang dianggap sebagai isu yang sangat hangat di Indonesia jika diberlakukan maka ada banyak faktor yang akan mengalami kerugian, mulai dari industri kretek sebagai produsen, serta para petani tembakau, petani cengkeh, buruh linting dan pedagang asongan yang terlibat dalam industri tersebut. Pembatasan jumlah produksi dan dilakukannya standarisasi produk tembakau dapat mengancam keberlangsungan industri rokok rumahan tak mampu melakukannya, bahkan telah banyak yang gulung tikar. Hasil panen para petani tembakau

dan petani cengkeh tidak dapat diserap secara maksimal oleh industri kretek nasional karena diberlakukannya pembatasan tersebut, bahkan kalah bersaing dengan tembakau impor yang sedang gandrung dikirim ke Indonesia. Buruh linting pun terancam kehilangan lapangan pekerjaan karena jika diberlakukannya pembatasan dan standarisasi, maka produk tembakau akan banyak dilakukan oleh mesin (Sigaret Kretek Mesin) dan tidak lagi dilakukan secara manual oleh tangan-tangan buruh linting (Sigaret Kretek Tangan). Belum lagi jika menyinggung soal buruh panggul, para perajang tembakau dan pencacah cengkeh. Nilai lapangan pekerjaan yang disediakan oleh sektor kretek masih belum dapat digantikan dengan usaha bidang lainnya. Pemerintah sebagai pemegang kebijakan tertinggi di Indonesia juga akan mengalami kerugian. Diketahui bahwa pemasukan pendapatan negara paling besar berasal dari cukai rokok dan jika FCTC diberlakukan maka pemasukan tersebut akan berkurang, sedangkan dari sektor lainnya tidak ada yang mampu menyamai angka nominal jumlah pajak yang disumbangkan untuk pendapatan negara. Para pengkretek sebagai konsumen pun turut mengalami kerugian. Selain pembatasan produksi, pembatasan ruang gerak merokok pun gencar dilakukan. Banyaknya Kawasan Tanpa Rokok yang tidak diimbangi dengan tersedianya Ruang Boleh Merokok membuat para perokok dan pengkretek tidak bisa melakukan aktivitas merokoknya dengan nyaman.. (Sianturi, 2014, pp. 158-159)

Perlawanan Komunitas Kretek terhadap ratifikasi FCTC pertama kali dimulai dengan penggugatan kebijakan UU tentang Kesehatan tahun 2009 kepada pemerintah serta melakukan aksi protes di jalan; melakukan sosialisasi kepada para petani tembakau dan perekrutan jaringan yang lebih besar melalui koalisi yang terbentuk, serta melakukan penyebaran wacana kepada masyarakat lewat publikasi artikel, video Mat Kretek, kultwit di jejaring sosial Twitter, gambar-gambar bernada perlawanan, penerbitan buku Membunuh Indonesia, serta penyebaran pamflet, selebaran, stiker yang dilakukan saat beraksi di jalan. Kedua, Komunitas Kretek mempertahankan hak-hak pengkretek. Sebagai komunitas yang berbasis pada kepentingan konsumen, Komunitas Kretek tak lupa untuk memperhatikan kepentingan konsumen. Tidak hanya melakukan perlawanan terhadap ratifikasi FCTC, namun Komunitas Kretek juga melindungi hak-hak pengkretek yang telah banyak diberangus oleh regulasi yang diberlakukan. Para pengkretek mengalami diskriminasi, baik dalam hal mengakses kawasan boleh merokok, perolehan beasiswa, perolehan lapangan pekerjaan, terancam tidak mendapatkan layanan Jamkesmas dan juga diharuskan untuk membayar pajak ganda, sampai terdapat seruan untuk tidak memilih caleg yang merokok. Melihat terjadinya diskriminasi ini, Komunitas Kretek melakukan berbagai upaya untuk tetap menjadikan para pengkretek memiliki hak yang sama dengan masyarakat Indonesia lainnya. Beberapa upaya yang dilakukannya yakni melakukan gugatan kebijakan kepada pemerintah tentang UU Kesehatan tahun 2009 mengenai Kawasan

Tanpa Rokok yang berhasil berubah sesuai dengan gugatan yang diajukan oleh Komunitas Kretek; membuka kanal pengaduan diskriminasi perokok; serta melakukan survei tandingan mengenai Kawasan Boleh Merokok di 12 kota besar di Indonesia yang berujung pada ditampungnya apresiasi masyarakat mengenai aspek-aspek yang menjadi indikator kawasan tersebut disebut sebagai Kawasan Boleh Merokok yang nyaman. (Sianturi, 2014, p. 159)

B.3. ALASAN BUDAYA DAN SEJARAH

Kretek merupakan rokok tradisional yang dibuat dari tembakau, kuncup cengkeh, dan bumbu “saus”, baik yang dibuat tradisional oleh tangan maupun oleh mesin. Jenis rokok ini merupakan satu-satunya yang diproduksi di dunia oleh Indonesia. Dan jenis rokok ini pun menggunakan tembakau dengan kualitas terbaik yang hanya dapat dihasilkan yang hanya dapat dihasilkan di daerah tertentu di Indonesia. Sehingga dapat dilihat bahwa kretek menjadi budaya Indonesia. (Aditia Bagus Santoso, 2014)

Tidak hanya kontribusinya kepada pendapatan negara. Dinamika sosial budaya ekonomi masyarakat Indonesia pun tidak terlepas dari peran kretek. Kretek menjadi entitas harta karun bagi para pencari kekayaan di seluruh dunia karena nilai ekonomi dan budayanya yang sangat tinggi. (Aditia Bagus Santoso, 2014, p. 687)

Kretek dianggap akan hilang seiring banyaknya aturan yang melarang produksi, konsumsi, dan peredaran rokok kretek di Indonesia

maupun mancanegara. Dengan tidak diratifikasinya FCTC, kretek masih menjadi salah satu kebudayaan yang dapat diproduksi. Sehingga walau kretek tidak dapat bersaing lagi di tingkat internasional akibat ratifikasi FCTC, kretek masih dapat bersaing di tingkat nasional. (Aditia Bagus Santoso, 2014, p. 692)

Komunitas Kretek juga melakukan perlawanan terhadap FCTC, dengan mempertahankan kretek sebagai cagar budaya Indonesia. Hal terakhir yang dilakukan Komunitas Kretek dalam mempertahankan kemerdekaan kretek ialah dengan menjadikan dan mempertahankan kretek sebagai cagar budaya Indonesia. Eksistensi kretek di Indonesia tak hanya bernilai ekonomi tinggi, namun sarat akan unsur budaya dan sejarah bangsa. Usaha terakhir Komunitas Kretek ini menekankan bahwa sekalipun masyarakat Indonesia tidak semuanya merokok dan suka terhadap produk rokok, namun bukan berarti kretek sebagai produk asli Indonesia dapat dibiarkan ‘musnah’ karena kampanye-kampanye anti rokok serta regulasi dan kebijakan yang ada. Unsur budaya yang kuat yang terdapat dalam kretek inilah yang dijadikan argumen oleh Komunitas Kretek untuk tetap mempertahankan kretek sebagai salah satu cagar budaya yang ada, setelah sebelumnya banyak kebudayaan dan olahan asli Indonesia yang dicaplok hak miliknya oleh bangsa lain. Untuk itu Komunitas Kretek melakukan upaya penyebaran wacana kretek sebagai salah satu cagar budaya bangsa melalui publikasi artikel, forum, video Mat Kretek, resensi film dokumenter “Mereka yang Melampaui Waktu”, gambar-gambar kretek yang bertema

kebudayaan; mengadakan lomba nyethe serta menjadikan 3 Oktober sebagai Hari Kretek Nasional. Dilakukannya hal ini oleh Komunitas Kretek agar referensi masyarakat Indonesia akan pentingnya kretek bagi kebudayaan lokal Indonesia semakin kuat. (Sianturi, 2014, pp. 159-160)

C. AKIBAT INDONESIA TIDAK MERATIFIKASI FCTC

Konsumsi produk tembakau di Indonesia dinilai tinggi dan terus meningkat di berbagai kalangan masyarakat. Hal ini tentu mengancam kesehatan dan kualitas sumber daya manusia Indonesia. Sebagai negara yang belum meratifikasi FCTC, terdapat beberapa kerugian yang dialami oleh Indonesia, yaitu :

- a) Target market, saat ini Indonesia merupakan target market atau tujuan utama pemasaran industri rokok multi nasional yang berisiko merusak kesehatan generasi bangsa dan kualitas sumber daya manusia (SDM) Indonesia. (Yuska, 2014) Diduga bahwa seluruh kegiatan pemasaran industri rokok merupakan rangkaian sistematis yang bertujuan untuk merekrut anak menjadi perokok pemula. Materi iklan rokok yang mengasosiasikan merokok dengan citra keren, gaul, percaya diri, dan macho, menunjukkan dengan jelas segmentasi pasar yang dituju, yaitu anak dan remaja. Ini adalah konsekuensi logis bagi sebuah industri yang produknya menyebabkan kematian separuh dari penggunaannya sehingga menjadi sangat penting bagi industri rokok untuk mencari perokok

pengganti agar industrinya terus berlanjut, yang tidak lain adalah anak dan remaja. Saat ini sudah tidak ada lagi ruang yang aman bagi anak dan remaja dari segala sesuatu hal yang berkaitan dengan rokok. Mereka terpapar dengan iklan-iklan rokok dimanapun mereka berada, di sekitar sekolah, di sepanjang perjalanan menuju sekolah, di warung-warung sekitar rumah mereka, di taman-taman, di mall-mall, di tempat mereka berolah raga, di tempat rekreasi. Pemasaran yang dilakukan berbentuk Iklan Langsung seperti billboard atau reklame, iklan di televisi, iklan langsung media cetak, serta sponsorship berbagai kegiatan seperti music, olahraga, hingga seni dan budaya (Salim, 2013, pp. 58-65)

- b) konsumsi rokok di Indonesia akan semakin meningkat, harga yang murah, kemudahan dalam mendapatkannya, masyarakat yang tidak kunjung sadar dan acuh terhadap bahaya tembakau, akan menjadi penyebab meningkatnya konsumsi rokok, terutama di kalangan kelompok rentan seperti anak-anak, ibu hamil dan penduduk miskin. Hal ini akan meningkatkan angka kesakitan dan kematian terkait penyakit akibat konsumsi rokok yang jika terjadi secara masif, dapat mengancam keamanan nasional dari segi Kesehatan dan ekonomi. Dan hal itu tidak hanya akan berdampak kepada perokok aktif, namun juga akan memberikan dampak pada para perokok pasif.
- c) Indonesia tidak memiliki kesempatan untuk mengikuti Conference of Party, yaitu konferensi negara-negara yang telah meratifikasi FCTC untuk memperjuangkan kepentingannya dan terlibat dalam negosiasi penerapan panduan dan protokol FCTC. Walaupun Indonesia termasuk negara-negara

yang awalnya Menyusun kebijakan dan regulasi FCTC, namun bukan tidak mungkin di kemudian hari Indonesia malah menjadi negara yang ditolak untuk hadir dalam Conference of Party dari FCTC, atau bahkan konferensi-konferensi lainnya yang diadakan WHO. Dan mungkin juga, WHO akan menetapkan sanksi bagi negara-negara anggotanya, namun tidak meratifikasi FCTC.

- d) Dari sisi politik internasional, Indonesia kehilangan harkat dan martabat sebagai negara yang melindungi dan bertanggung jawab meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Hal ini juga dapat berdampak pada sektor-sektor yang lain, tidak menutup kemungkinan jika Indonesia akan menjadi negara rating destinasi wisata yang rendah, dikarenakan lingkungannya yang dinilai tidak sehat. Dan WHO juga bisa mempersempit bantuan-bantuan yang datang untuk Indonesia jika bantuan tersebut terkait penyakit akibat rokok. (Yuska, 2014, p. 6)

BAB IV

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Indonesia merupakan negara dengan jumlah perokok yang cukup tinggi, menempati urutan ketiga dibawah China dan India. Dan angka perokok ini terus meningkat dari tahun ke tahun. Peningkatan ini juga akan diiringi dengan peningkatan dampak negatif yang timbul akibat rokok, seperti dampak negatif bagi kesehatan, serta dampak negatif bagi ekonomi masyarakat yang merokok hingga ke level negara. Merokok dapat menimbulkan penyakit kanker, stroke, gangguan pernapasan, dan dampak negatif Kesehatan lainnya. Serta dapat memberikan dampak negatif bagi ekonomi keluarga perokok tersebut, dimana biaya yang seharusnya diperuntukkan untuk Pendidikan ataupun kebutuhan pokok, harus “dibakar” untuk kebutuhan rokok serta biaya pengobatan akibat dari rokok. Dampak ekonomi ini, juga bisa berdampak bagi negara dengan tingkat perokok yang tinggi, yaitu biaya yang harus dikeluarkan untuk biaya rawat, biaya obat, serta alat-alat Kesehatan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dipakai untuk mengobati para perokok yang terkena dampaknya. Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan jumlah perokok tersebut, diantaranya adalah harga rokok yang sangat murah, iklan rokok yang tayang secara masif, baik di media elektronik maupun di media lainnya, kurangnya

pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang bahaya rokok, serta tidak diratifikasinya FCTC dan tidak dijalankannya program MPOWER.

Banyak faktor-faktor yang melatarbelakangi Indonesia untuk tidak meratifikasi FCTC, walaupun sebetulnya Indonesia adalah salah satu negara yang turut berperan serta untuk membuat dan merumuskan kebijakan-kebijakan serta regulasi yang ada didalam FCTC. Namun hingga hari ini, Indonesia masih saja menjadi negara yang belum meratifikasi FCTC. Diantaranya faktor ekonomi, perusahaan rokok dinilai sebagai penyumbang cukai dan pemasukan yang besar kontribusinya bagi negara, sehingga Indonesia tidak ingin kehilangan pendapatannya, padahal jika kita melihat lebih dalam, biaya kesehatan yang timbul, lebih besar dari pendapatan yang didapat Indonesia dari rokok. Yang kedua adalah faktor lapangan pekerjaan dan tenaga kerja, Indonesia menilai jika FCTC diratifikasi, akan banyak orang yang bekerja di industri rokok kehilangan pekerjaannya, dan yang terakhir adalah alasan sejarah dan budaya, para petani dan aktivis kretek menilai jika FCTC diratifikasi, akan merugikan para petani dan produsen rokok kretek rumahan, bahkan bisa menghilangkan mata pencaharian mereka.

Berdasarkan teori Duncan yang dikutip Richard M. Steers dalam bukunya “Efektivitas Organisasi” (Steers, 1985), mengatakan aspek yang

dapat digunakan untuk mengukur efektivitas, baik yang dilakukan oleh pemerintah, maupun perusahaan swasta terdiri dari tiga aspek, yaitu

a. Pencapaian Tujuan, Pencapaian tujuan terdiri dari beberapa aktor, yaitu: Kurun waktu dan sasaran yang merupakan target kongkret. Dalam hal pencapaian tujuan dengan rentang waktu 2013-2018, penulis menilai program MPOWER yang ditawarkan WHO gagal untuk mencapai tujuan, dikarenakan tidak adanya dukungan dari pemerintah baik dalam bentuk ratifikasi FCTC, maupun regulasi yang jelas dan benar-benar diterapkan di Indonesia, dan ketidakefektifan ini juga didukung dari fakta lapangan yang menunjukkan bahwa jumlah perokok semakin meningkat dari tahun ke tahun, yang berarti program ini tidak tepat sasaran.

b. Integrasi, yaitu pengukuran terhadap tingkat kemampuan suatu organisasi untuk mengadakan sosialisasi, pengembangan konsensus dan komunikasi, dalam hal ini penulis menilai WHO gagal dalam mengintegrasikan institusi dan programnya di negara Indonesia, dibuktikan dengan tidak adanya wujud nyata dari sosialisasi dan komunikasi WHO dengan lembaga-lembaga anti-rokok di Indonesia, ditambah Indonesia yang masih juga tidak meratifikasi FCTC, hal ini diperkuat dengan aturan hukum Indonesia, dimana hukum nasional lebih tinggi dari hukum internasional.

c. Adaptasi, adalah kemampuan organisasi untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Dalam hal ini juga penulis menilai WHO gagal

dalam beradaptasi dengan Indonesia, terbukti dengan tidak adanya dukungan dari pemerintah Indonesia untuk membiarkan WHO menjalankan aksi dan regulasi dari program MPOWER, serta ketidakmampuan WHO untuk beradaptasi dengan hukum-hukum atau regulasi di Indonesia.

Sehingga berdasarkan tiga variable diatas, dapat disimpulkan jika program MPOWER TIDAK EFEKTIF diterapkan di Indonesia, dikarenakan pemerintah yang masih mendukung industri tembakau, tidak adanya regulasi yang jelas, tidak adanya sanksi yang tegas terhadap pelanggaran-pelanggaran terkait rokok, seperti merokok di Kawasan yang sudah ditetapkan sebagai Kawasan tanpa rokok (KTR), merokok di kendaraan umum, serta dikarenakan murahnya harga rokok, dan tidak adanya edukasi yang terorganisir untuk menyampaikan pada masyarakat bahwa rokok berbahaya dan cepat atau lambat akan memberikan dampak negatif. Dan kesimpulan diatas didukung juga oleh hasil yang ditunjukkan oleh riskesdas pada tahun 2018 yang menunjukkan adanya peningkatan jumlah perokok pada usia remaja 10-18 tahun yang semula ditahun 2013 7.2%, meningkat di tahun 2018 hingga 9.1%, berarti dalam kurun waktu 5 tahun telah meningkat 1.9%, semakin menjauhi target RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) yang seharusnya 5.4%. (Kementerian Kesehatan, 2018).

B. REKOMENDASI

Indonesia sudah sebaiknya menyadari akan bahaya yang ditimbulkan oleh rokok. Dan Indonesia sebagai negara yang merumuskan kebijakan dan regulasi FCTC, sudah saatnya meratifikasi dan menjalankan program MPOWER yang ditawarkan WHO. Dikarenakan jumlah perokok yang akan terus meningkat dari tahun ke tahun, sehingga dampak yang ditimbulkan, juga pasti akan meningkat. Meratifikasi FCTC selain akan mengurangi jumlah perokok dan dampak negatif yang timbul, juga akan melindungi Indonesia dari masuknya produk-produk tembakau asing, sehingga Indonesia terhindar dari target pemasaran industri rokok, dan Indonesia tidak kehilangan wibawanya dimata internasional, terlebih negara-negara yang sudah lebih dulu meratifikasi FCTC, karena Indonesia dianggap tidak peduli terhadap Kesehatan penduduknya.

DAFTAR PUSTAKA

BUKU

1. Drope, J., & Schluger, N. W. (Eds.). (2018). *The tobacco atlas*. American cancer society.
2. Lingga, L. (2013). *All About Stroke*. Elex Media Komputindo.
3. Soewarno, H. (1994). *Pengantar Studi Ilmu Administrasi dan Manajemen*. Jakarta: CV Haji Masagung.
4. Steers, R. M. (1985). *Efektivitas Organisasi (terjemahan)*. Penerbit Erlangga, Jakarta.
5. Wardoyo, B. (2015). *Perkembangan, Paradigma, dan Konsep Keamanan Internasional & Relevansinya untuk Indonesia*. Nugra Media.

JURNAL DAN ARTIKEL

1. Ahsan, A. (2012). *Bunga Rampai Fakta Tembakau, dan Permasalahannya di Indonesia*. Tahun 2012.
2. Ahsan, A., Wiyono, N. H., & Aninditya, F. (2012). *Beban Konsumsi Rokok, Kebijakan Cukai dan Pengentasan Kemiskinan*. Scientific Articles. Depok: Demographic Institute, Faculty of Economic, Universitas Indonesia.

3. Anisa, N. (2014). *PERAN UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (UNICEF) TERHADAP PENGEMBANGAN PENDIDIKAN DAN KESEHATAN ANAK MELALUI PAUD-HI DI SULAWESI SELATAN*. Skripsi diterbitkan http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/12845/SKRIPSI_NURUL_ANISA.pdf.
4. Bhatia, M. (2008). *Tobacco use: Health and behavior-RC Jiloha*. *Indian Journal of Psychiatry*, 50(1), 75.
5. Chrisnahutama, A., Djamhari, E. A., Ramdlaningrum, H., Maftuchan, A., & Thaariq, R. M. (2019). *Policy Brief 14-Cukai Rokok Tinggi: Menuju Indonesia Sehat Badan dan Sehat Fiskal*.
6. Hurt, R. D., Ebbert, J. O., Achadi, A., & Croghan, I. T. (2012). *Roadmap to a tobacco epidemic: transnational tobacco companies invade Indonesia*. *Tobacco control*, 21(3), 306-312.
7. Kemenkes, R. I. (2018). *Hasil utama RISKESDAS 2018*. Online) [http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/materi_rakorpop_2018/Hasil% 20Risksedas, 202018](http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Risksedas,202018).
8. Kosen, S. (2019). *Dampak Kesehatan dan Ekonomi Perilaku Merokok Di Indonesia*.
9. Moelong, L. J. (2006). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosyda arya.

10. Notohartojo, I. T., & Suratri, M. A. (2016). *Periodontitis dan Penyakit Stroke di Indonesia (Risksdas 2013)*. Jurnal Biotek Medisiana Indonesia, 5(1), 1-8.
11. Prayogi, B., Angraini, D. I., & Cania, E. (2017). *Peran Dokter terhadap MPOWER sebagai Upaya Berhenti Merokok di Layanan Kesehatan Primer*. Jurnal Majority, 7(1), 135-139.
12. Priyono, J., Paulus, D. H., & Putri, S. A. (2014). *Framework Convention On Tobacco Control sebagai Upaya Perlindungan Kesehatan dalam Konteks Gatt*. Diponegoro Law Review, 3(2), 19118.
13. Putisari, Hapsari, D, Khadijah, Tarigan, I. (2014) *Fakta Tembakau dan permasalahannya di Indonesia* BAB 1, konsumsi tembakau. IAKMI, Tobacco Control and Support Center.
14. Rachmat, M. (2012). *Pertanaman Tembakau Indonesia dan Alternatif Substitusinya*.
15. Reynolds, C. (1999). *Tobacco advertising in Indonesia: "the defining characteristics for success"*. Tobacco Control, 8(1), 85-88.
16. Salim, A. D. (2013). *Imc: Promosi, iklan dan sponsor rokok strategi perusahaan menggiring remaja untuk merokok*.
17. Santoso, A. B., Edorita, W., & Diana, L. (2014). *Analisis Hukum Dampak Belum diratifikasi kerangka kerja konvensi pengendalian*

- tembakau (Framework Convention on Tobacco Control) Bagi Indonesia*. *Fiat Justisia Jurnal Ilmu Hukum*, 8(4).
18. Sianturi, S. R. M. (2014). *Resistensi Komunitas Kretek Dalam Mempertahankan Kesejahteraan Kretek di Indonesia*. *Jurnal Kajian Komunikasi*, 2(2), 155-160.
19. Thabrany, H., & Sarnantio, P. (2012). *Indonesia: The Heaven for Cigarette Companies and the Hell for the People*. Faculty of Public Health Universitas Indonesia.
20. Wibisana, W., Christiani, Y., Maramis, A., Solichin, J., & Indradjaya, S. (2008). *Strategi Global Pengendalian Tembakau*. *Indonesian Journal of Cancer*, 2(2).
21. Wijaya, C. (2019). *Analisis Hukum Penolakan Akses Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) Terhadap Industri Hasil Tembakau di Indonesia*.
22. Yuska, N., & Waluyo, T. J. (2014). *Kepentingan Indonesia Tidak Meratifikasi Framework Convention On Tobacco Control (FCTC)*. *Jurnal Online Mahasiswa (JOM) Bidang Ilmu Sosial dan Ilmu Politik*, 1(2), 1-10.
23. Yusuf, M. R. (2016). *Investigasi Advokasi Pengendalian Tembakau di Indonesia: Studi Kasus TCSC Jawa Timur*. *Jurnal Analisis Hubungan Internasional*, 5(2), 439.

PUBLIKASI ELEKTRONIK

1. BPK RI (2017) *Peraturan Pemerintah (PP) No. 19 tahun 2003*.
<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/52180/pp-no-19-tahun-2003>
2. FCTC Indonesia (2015, April)
https://www.fctcuntukindonesia.org/master_content/detail/apa-itu-fctc
3. Infodatin (2014) *Perilaku Merokok Masyarakat Indonesia*,
<https://pusdatin.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-info-datin.html>
4. Kementerian Kesehatan RI (2018) *Hasil Utama Riskesdas 2018*,
http://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf
5. WHO Int (2015, November) *Prakarsa Bebas Tembakau (Tobacco Free Initiative)*,
<https://www.who.int/tobacco/about/partners/bloomberg/idn/en/>
6. WHO (2010, March 1) *History of WHO Framework Convention on Tobacco Control*,
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563925_eng.pdf