

KEBIJAKAN KAWASAN TANPA ROKOK: PELUANG DAN HAMBATAN

SMOKING FREE AREA POLICY: OPPORTUNITIES AND THREATS

Juanita

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, Medan,
Sumatera Utara

ABSTRACK

Background: Currently, there are 1.2 billion smokers in the world, 80 percent of whom live in low-income countries and medium. Without prevention efforts in reducing cigarette consumption, the WHO predicts in 2025 the number of smokers will rise to 1.6 billion. Indonesia is the fifth in the world in the consumption of cigarettes, and a third in the number of smokers has a number of cigarette factories in the world. Objective: This paper aims to analyze the Smoking Free Area Policy currently how the opportunities and threat in implementation.

Methods: The study on the article of smoking free area policy in America and Indonesia

Results: Although the smoking problem in Indonesia is quite alarming, but the commitment of relevant government regulations cigarette still weak and ambiguous. It can be seen from the lack of regulations or laws that expressly and strictly regulates the cigarette. Regulatory control of cigarettes in various countries managed to protecting non-smokers, increase smoking cessation and reduce tobacco consumption. In Health Law No. 36/2009 expressly stated that the local government shall establish Smoking Free Area Policy (KTR) in the region. KTR is a room or arena are otherwise prohibited for production, sales, advertising, promotions, or the use of cigarettes. However, at present, of 497 districts / cities in Indonesia, only a minority (22 regencies / cities) which has implemented the relevant regulations KTR.

Conclusion: There is a variety of constraints at the national level in implementing the No Smoking Zone Policy to respond by local governments to implement local policies such as local regulations, it is mainly for areas that are not producing tobacco, clove and tobacco industry has, since the only areas will be impacted negative effects of smoking behavior of its citizens.

Keywords : smoking, smoking free policy

ABSTRAK

Latar belakang: Saat ini terdapat 1,2 miliar perokok di dunia, 80 persen di antaranya tinggal di negara-negara berpendapatan rendah dan sedang. Tanpa adanya upaya pencegahan dalam pengurangan konsumsi rokok, maka WHO memprediksi pada tahun 2025 jumlah perokok akan meningkat menjadi 1.6 miliar. Indonesia berada pada posisi kelima di dunia dalam konsumsi rokok, ketiga dalam jumlah perokok dan memiliki jumlah pabrik rokok terbanyak di dunia. Tujuannya adalah untuk menganalisis Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok yang ada saat ini bagaimana peluang dan hambatan penerapannya.

Metode: Kajian terhadap artikel kebijakan kawasan tanpa rokok yang ada di Amerika dan di Indonesia

Hasil: Walaupun permasalahan merokok di Indonesia cukup mengkhawatirkan, namun komitmen pemerintah terkait regulasi

rokok masih lemah dan bersifat mendua. Hal ini dapat dilihat dari belum adanya peraturan ataupun undang-undang yang tegas dan ketat mengatur soal rokok. Regulasi pengendalian rokok di berbagai negara berhasil melindungi mereka yang bukan perokok, meningkatkan penghentian merokok dan mengurangi konsumsi rokok.

Dalam UU Kesehatan Nomor 36/2009 secara tegas dinyatakan bahwa pemerintah daerah wajib menetapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di wilayahnya. KTR adalah ruangan atau arena yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi, ataupun penggunaan rokok. Namun, saat ini, dari 497 kabupaten/kota yang ada di Indonesia, hanya sebagian kecil (22 kabupaten/kota) yang telah menerapkan perda terkait KTR.

Kesimpulan: Adanya berbagai kendala di tingkat pusat dalam menerapkan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dapat direspon oleh pemerintah daerah dengan menerapkan kebijakan lokal berupa peraturan daerah, hal ini terutama bagi daerah yang bukan penghasil tembakau, cengkeh dan tidak mempunyai industri rokok, karena daerah hanya akan mendapat dampak negatif dari perilaku merokok warganya.

Kata kunci: merokok, kebijakan merokok

PENGANTAR

Permasalahan rokok masih menjadi isu yang menarik di Indonesia, walaupun jumlah perokok dan perokok muda yang semakin besar, namun pemerintah belum menganggap hal ini menjadi penting karena adanya tarik menarik kepentingan antara ekonomi dan kesehatan. Pada saat ini Peraturan Pemerintah terkait tembakau/rokok masih diperdebatkan. Regulasi masih menemui kendala pada tingkat nasional hendaknya dapat diatasi pada tingkat kabupaten/kota dengan menerapkan aturan lokal. Tulisan berikut mengulas bagaimana hambatan dan peluang penerapan regulasi kawasan tanpa rokok di daerah.

Analisa Situasi Merokok: Global dan Nasional

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa satu dari tiga orang dewasa di dunia sekitar 1.1 miliar orang berperilaku merokok, 80% diantaranya tinggal di negara-negara berpendapatan rendah dan sedang. Jumlah perokok yang besar, karena pertumbuhan penduduk dewasa dan peningkatan konsumsi. Upaya pencegahan tanpa adanya pengurang-

an konsumsi rokok, maka diperkirakan pada tahun 2025 jumlah perokok akan meningkat menjadi 1.6 miliar¹.

Merokok tidak saja berdampak buruk bagi kesehatan, tetapi juga pada perekonomian (negara dan rumah tangga). Dampak terhadap kesehatan dapat menyebabkan timbulnya berbagai penyakit bahkan kematian dini yang dapat dicegah^{2,3}. Perilaku merokok tidak hanya merugikan perokok, tetapi juga orang disekitarnya yang bukan perokok (perokok pasif). Sejumlah penelitian telah membuktikan penyakit-penyakit akibat rokok antara lain paru-paru, saluran pernapasan kronik, kardiovaskuler, ginjal, kanker mulut, tenggorok, lambung, kandung kemih, mulut rahim dan sumsum tulang^{4,5}. Perokok pasif dewasa mempunyai risiko lebih tinggi untuk terkena penyakit infeksi paru, gangguan pertumbuhan paru, dan kanker paru-paru^{6,7}. Kasus kanker paru-paru pada wanita Taiwan yang terpapar asap rokok meningkat sebesar 180% dalam kurun waktu 30 tahun dan kematian akibat kanker paru meningkat menjadi enam kali lipat⁸. Perokok pasif anak-anak mempunyai risiko lebih tinggi untuk menderita kejadian berat badan lahir rendah, bronkhitis dan pneumonia, infeksi rongga telinga, asma dan sindrom kematian mendadak^{9,10}.

Di Asia jumlah kasus kanker paru-paru akan mencapai 600.000 kasus per tahun, termasuk di Indonesia. Pada tahun 2004, Rumah Sakit Persahabatan Jakarta menangani 448 kasus keganasan toraks dan 63,7% pasiennya adalah perokok¹¹. WHO memprediksi, penyakit akibat tembakau akan menjadi masalah kesehatan utama dunia yang menyebabkan kematian 8,4 juta orang setiap tahun dan separuhnya terjadi di Asia. Kematian di Asia akan meningkat hampir empat kali lipat dari 1,1 juta tahun 1990 menjadi 4,2 juta tahun 2020¹².

Jumlah kematian akibat rokok pada tahun 2000 sebanyak 70% berasal dari negara maju dan 30% dari negara berkembang. Pada tahun 2020 komposisi ini akan berbalik menjadi 30% di negara maju dan 70% di negara berkembang¹³. Penurunan konsumsi rokok di negara maju karena semakin timbul kesadaran tentang dampak buruk merokok bagi kesehatan. Di negara berkembang terjadi peningkatan konsumsi rokok yang cukup besar. Hal ini merupakan fenomena umum, namun pertumbuhan jumlah perokok di Indonesia termasuk yang sangat tinggi dibandingkan negara manapun di dunia.

Data WHO tahun 2006 menempatkan Indonesia sebagai negara dengan konsumsi rokok kelima di dunia (178,3 miliar batang), setelah Cina (1.697,3 miliar batang), AS (463,5 miliar batang), Rusia (375

miliar batang), dan Jepang (299,1 miliar batang). Tahun 2008, jumlah perokok menempati posisi ketiga di dunia setelah Cina dan India, yaitu sebesar 65 juta perokok dan memiliki jumlah pabrik rokok terbanyak di dunia, yaitu 4.575 pabrik rokok^{14,15}. Suatu prestasi yang tidak membanggakan.

Beberapa studi menunjukkan bahwa individu dengan perilaku berisiko tinggi berhubungan dengan penggunaan biaya kesehatan yang tinggi dibandingkan dengan individu yang berperilaku risiko rendah^{16,17}. Demikian pula halnya dengan para perokok, akibat dari gaya hidup mereka dapat menjadi beban bagi negara.

Kajian tentang biaya kesehatan akibat merokok di beberapa negara telah dilakukan, seperti di Nederland, Amerika, Korea, Inggris dan Jepang. Biaya kesehatan perokok pria di Nederland lebih tinggi 40% dibandingkan dengan bukan perokok, di Korea menghabiskan sekitar \$2.269.42-4.580.25 (0,59-1,19% dari GDP), di Amerika Serikat \$ US72,2 miliar, dan di Inggris \$45.8 miliar^{18,19}. Para perokok juga menggunakan hari rawat di rumah sakit dan kunjungan ke dokter yang lebih besar dibandingkan dengan bukan perokok^{20,21}. Hasil studi Izumi²² di Jepang menyimpulkan bahwa *National Health Insurance* harus membayar biaya kesehatan yang lebih besar pada perokok dibandingkan dengan bukan perokok. Di Korea, beban biaya kesehatan yang harus ditanggung *Korean National Health Insurance* (KNHI) terkait dengan kebiasaan merokok meningkat sebesar 27% dari \$324.9 juta pada tahun 1999 menjadi \$413.7 juta pada tahun 2003. Biaya ini untuk penyakit kanker paru-paru (\$74.2 juta), stroke (\$65.3 juta), COPD (\$50.1 juta), CHD (\$49 juta) dan *stomach cancer* (\$30 juta)²³.

Hal sama juga terjadi di Indonesia, Studi Kosen²⁴ menemukan bahwa kematian terkait dengan konsumsi rokok mencapai 427.948 jiwa atau 22,6% dari total kematian, sementara jumlah kesakitan adalah 5.160.075 jiwa pada periode 2001. Total biaya konsumsi tembakau sebesar Rp127,4 triliun, yang digunakan untuk belanja rokok, biaya sakit terkait dengan rokok, kecacatan, dan kematian dini. Biaya pengobatan penyakit terkait rokok akan menjadi beban bagi negara dan rumah tangga. Apabila sistem jaminan kesehatan diberlakukan bagi seluruh penduduk, maka biaya penyakit-penyakit terkait konsumsi rokok akan menghabiskan sumber dana yang ada. Sumber pembiayaan kesehatan negara berasal dari pajak yang dibayar masyarakat. Para perokok akan membebankan biaya penyakit mereka kepada orang lain yang tidak merokok, hal ini akan sangat tidak adil dan merugikan.

Permasalahan merokok di Indonesia cukup besar, namun, komitmen pemerintah terkait regulasi rokok masih lemah dan bersifat mendua. Hal ini dapat dilihat dari belum adanya peraturan ataupun undang-undang yang tegas dan ketat mengatur soal rokok. Meski mengkampanyekan bahaya merokok dan setiap tahun memperingati hari tanpa tembakau sedunia, namun pemerintah tidak berdaya menghadapi imperium industri rokok. Hasil studi Kosen menunjukkan bahwa total biaya konsumsi tembakau meliputi biaya langsung, biaya tidak langsung, sakit dan kecacatan sebesar Rp167,1 triliun, sementara penerimaan negara dari cukai rokok sebesar Rp32,6 triliun, artinya, biaya rokok 5,1 kali lipat dari penerimaan cukai rokok.

Salah satu bentuk kepedulian WHO atas masalah penggunaan tembakau adalah ditetapkannya tanggal 31 Mei sebagai Hari Bebas Tembakau Sedunia (*World No Tobacco Day*) sejak tahun 1988 dan pada 27 Februari 2005 diresmikan *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC) sebagai perjanjian kesehatan masyarakat yang pertama di dunia dan merupakan payung hukum pengendalian rokok. Tujuannya untuk melindungi generasi muda sekarang dan mendatang dari kerusakan kesehatan, sosial, lingkungan dan konsekuensi ekonomi dari konsumsi tembakau serta terhadap paparan asap tembakau, Indonesia satu-satunya negara di Asia yang belum menandatangani dan meratifikasi FCTC.

Regulasi pengendalian tembakau diberbagai negara berhasil melindungi mereka yang bukan perokok, meningkatkan penghentian merokok dan mengurangi konsumsi rokok. *The Centers for Disease Control and Prevention*²⁵ menyimpulkan bahwa dengan pemberlakuan pelarangan merokok telah menurunkan prevalensi perokok dewasa dari 33,2% pada tahun 1980 menjadi 22,5% pada tahun 2002. Singapura yang telah memberlakukan pelarangan merokok di tempat-tempat umum dan pembatasan iklan rokok sejak tahun 1970, juga telah menunjukkan hasil penurunan prevalensi merokok penduduknya dari 23% pada tahun 1977 turun menjadi 19% pada tahun 1984 dan 13,6% pada tahun 1987. Hal yang sama terjadi di Italia, yang sejak tanggal 10 Januari 2005 memberlakukan larangan merokok ditempat umum telah menyebabkan penurunan konsumsi rokok sebesar 8% dan hal ini tidak berpengaruh pada kegiatan bisnis restoran^{26,27}. Menurunnya prevalensi merokok berarti pengeluaran rumah tangga untuk membeli rokok juga mengalami penurunan. Demikian pula bagi pemerintah, dapat mengurangi beban atas biaya kesehatan penduduknya akibat konsumsi rokok.

Tinjauan Empirik Tembakau dan Rokok

Tembakau merupakan daun tanaman *nicotana tabacum*. Jean Nicot (1530-1600) adalah orang yang pertama kali memperkenalkan manfaat zat yang terkandung dalam tembakau untuk tujuan pengobatan. Untuk mengenang penemuannya ini namanya diabadikan menjadi nama zat yang dikenal, yaitu nikotin^{28,29}. Bagi suku bangsa Indian, tembakau sangat erat kaitannya dengan ritual pengobatan dan upacara keagamaan. Hal ini disebabkan karena adanya anggapan bahwa tembakau merupakan sesajen favorit yang memiliki kekuatan mistis. Tanaman tembakau mulai ditanam di Eropa tahun 1492 dan sejak itu tanaman tembakau menyebar secara cepat ke seluruh dunia.

Di Inggris, para bangsawan memperkenalkan penggunaan tembakau dengan cara menghisap dari pipa. Kebiasaan ini semakin meluas dan berkembang dengan adanya anggapan bahwa merokok sebagai gaya hidup dan simbol kejantanan. Pada tahun 1604 Raja James I menulis *A Counterblaste to Tobacco*, yang berisi propaganda atas ketidaksukaannya pada kebiasaan penggunaan tembakau di masyarakat. Penggunaan tembakau bagi masyarakat beradab merupakan hal yang tidak pantas, tidak sehat dan tidak suci. Kebiasaan ini dapat dianggap melanggar hukum dan para perokok dapat dikenai hukum penggal kepala³⁰. Selain Inggris, Kerajaan Bhutan di Himalaya, merupakan negara yang pertama kali di dunia membuat aturan larangan merokok secara tertulis ditempat-tempat ibadah pada tahun 1729 dan tahun 2004 terbit larangan menjual tembakau.

Sejarah panjang tanaman tembakau di Indonesia dimulai sejak masuk dan diperkenalkan ke pulau Jawa sekitar tahun 1601 oleh bangsa Belanda, mereka mengimpor cerutu dan rokok ke Indonesia pada akhir tahun 1800, dan para elit lokal meniru kebiasaan merokok warga Belanda ini. Politik kolonial Belanda telah mengubah pandangan masyarakat Indonesia dari kebiasaan mengunyah sirih ke merokok. Merokok dihubungkan dengan simbol modern, pertanian dan pendidikan. Hingga saat ini kata merokok tetap merokok, diadaptasi dari kata kerja Belanda, roken^{31,32}.

Namun, ada sumber lain yang menyatakan bahwa tanaman tembakau dibawa oleh para pedagang Portugis pada tahun 1600. Hal ini dapat dilihat dari penggunaan kata tembakau di hampir seluruh wilayah Indonesia lebih dekat ke istilah *tabaco* yang berasal dari bahasa Portugis dibandingkan dengan kata *tabak* dari bahasa Belanda. Oleh karena itu, menurut Schlegel²⁶, tanaman tembakau masuk ke

Indonesia dibawa oleh para pedagang Portugis. Penyebaran tanaman tembakau sampai ke luar pulau Jawa, di Deli Sumatera Timur pada tahun 1864 oleh Nienhuys seorang warga negara Belanda, yang mengekspor tembakau Deli ke Eropa, sehingga pada tahun 1869 perusahaan pengelolaan tembakau pertama didirikan di wilayah Sumatera Timur.

Kebiasaan merokok telah dikenal penduduk Pulau Jawa pada akhir abad XVIII, bahkan pengeluaran seorang bujangan untuk membeli rokok menghabiskan hampir sekitar 25% dari total pengeluaran setiap harinya. Hal ini menggambarkan bahwa rokok sudah membudaya di Indonesia sejak zaman dahulu kala. Rokok selain dikonsumsi juga digunakan sebagai barang dagangan dan barang sesaji dalam acara ritual tertentu.

Industri rokok kretek di Indonesia berawal dari Kudus yang diperkenalkan dan dipopulerkan pertama kali oleh Haji Jamahri pada tahun 1880. Pada awalnya beliau menggunakan racikan minyak cengkeh dalam daun tembakau sebagai obat untuk mengurangi nyeri didadanya. Oleh karena manjur, timbul ide menggunakan cengkeh dan mencampurnya dengan tembakau dan digunakan dengan cara menghisap. Hasil temuannya ini merupakan cikal bakal industri rokok kretek di Indonesia. Perkembangan bisnis rokok dimulai oleh Nitisemito tahun 1906 dan pada 1908 resmi terdaftar dengan merek "Tjap Bal Tiga". Langkah ini menjadi tonggak tumbuhnya industri rokok kretek di Indonesia^{33,34}.

Kuatnya daya tarik dan dianggap sebagai lahan usaha yang menjanjikan, menyebabkan pertumbuhan industri rokok sangat fantastis. Industri rokok berkembang sangat pesat. Pada awalnya hanya merupakan usaha yang berskala rumah tangga. Perkembangannya, rokok mengalami transformasi lewat industrialisasi. Proses industrialisasi rokok dimulai dengan menggunakan mesin pelinting, hingga pada tahun 1968 PT. Bentoel dapat memproduksi 6.000 batang rokok per menit. Hal ini menjadi tonggak perkembangan industri rokok di Indonesia. Saat ini jumlah pabrik rokok di Indonesia merupakan yang terbanyak di dunia. Lemahnya peraturan pengendalian tembakau dan kuatnya peran industri rokok yang cukup besar sebagai penyumbang devisa negara, membuat pemerintah tidak berdaya dalam menghadapi kedigdayaan imperium industri rokok.

Sejarah Kebijakan Pengendalian Tembakau di Amerika

Secara umum, pertempuran melawan tembakau (rokok) di Amerika hampir sama dengan perkembangan kesehatan masyarakat. Pada awal abad 20, merokok dianggap sebagai kebiasaan yang buruk

dan tidak dapat diterima dikalangan masyarakat elit. Pada perkembangan waktu terjadi perubahan paradigma dalam memandang rokok. Rokok tidak lagi dianggap sebagai hal buruk, tetapi kebiasaan merokok semakin hari semakin meluas dan lebih penting lagi telah dapat diterima dan menjadi bagian dari gaya hidup. Adanya perubahan paradigma ini disebabkan karena kerasnya upaya industri tembakau mencitrakan dimedia massa bahwa rokok merupakan simbol kejantanan, dan kemudian menjadi ikon dalam pergaulan sosial, sehingga hal ini membuat konsumsi rokok terus meningkat dan mencapai puncaknya di tahun 1963^{34,35}.

Meskipun terjadi peningkatan konsumsi rokok, upaya-upaya regulasi terkait pengendalian merokok terus dilakukan. Faktor penghambat pengurangan konsumsi rokok adalah: 1) merokok merupakan pilihan individu dan 2) akibat pilihan tersebut mereka akan menerima segala risiko yang ditimbulkan. Kalangan aktivis anti rokok menyadari bahwa mereka harus terus berkampanye untuk mengurangi konsumsi rokok dan mengalihkan perhatian mereka dari perokok aktif ke perokok pasif. Pengalihan ini bukannya tanpa perdebatan, terutama antara *equal right* and *right to choose* antara perokok dan bukan perokok yang kemudian menjadi baku debat.

Para pejabat pemerintahan pada tingkat negara bagian dan lokal dengan gigih berupaya membatasi merokok melalui beragam aturan dan tekanan publik, termasuk perorangan untuk melawan industri tembakau. Mereka yang melakukan tekanan publik terhadap industri rokok mendapat perlindungan hukum. Tindakan hukum di pengadilan pada awalnya dilakukan oleh industri tembakau, baik terhadap para aktivis pengendalian tembakau maupun pada para pasien yang sakit akibat merokok. Pasien bekas perokok yang melakukan tuntutan hukum pada perusahaan tembakau, selalu kalah melawan industri rokok. Mereka berkelit bahwa adanya peringatan bahaya merokok dibungkus rokok, berarti perokok telah bersedia menanggung risiko akibat merokok, dan itu adalah pilihan, merokok atau tidak. Perkembangan selanjutnya, hal sebaliknya terjadi. Pasien yang sakit akibat merokok, berhasil memenangkan tuntutan mereka, yaitu perusahaan tembakau memberi kompensasi. Pekerja yang menjadi perokok pasif ditempatkan mereka bekerja dan sakit akibat menghirup asap rokok orang lain mendapat kompensasi dari majikan mereka. Bahkan, perusahaan asuransi kesehatan memperoleh kompensasi dari perusahaan rokok atas biaya kesehatan akibat merokok³⁶.

Pengurangan konsumsi rokok, pemerintah juga mengeluarkan undang undang bahwa korban bukan perokok yang tidak bersalah harus dilindungi dan

mereka juga mempunyai hak untuk bebas dari ketidaknyamanan. Semua orang berhak untuk menghirup udara bersih bebas asap rokok, harus ada aturan untuk menjamin tegaknya peraturan tersebut. Gerakan udara bebas asap rokok ini yang semula dianggap aneh dan saat ini telah menjadi aturan nasional.

Kebijakan pengendalian rokok berfokus pada strategi advokasi di negara bagian dan pada tingkat lokal. Pada tingkat nasional, upaya mengurangi rokok berjalan lambat karena mengandalkan pada himbuan, sedangkan pada tingkat lokal berjalan cepat, karena dilakukan dengan cara meningkatkan pajak dan larangan merokok di tempat umum. Pajak rokok merupakan dilema, karena disatu pihak pajak rokok menjadi pembenar sebagai denda bagi perilaku hidup tidak sehat, tetapi disisi lain negara sangat tergantung pada penerimaan pajak rokok. Beberapa negara bagian memberlakukan pembatasan rokok, tetapi ditingkat lokal kampanye anti rokok relatif berhasil karena mampu menargetkan masyarakat yang menerima kampanye anti rokok dan upaya mereka yang memberi perhatian pada efektivitas pengorganisasian kampanye.

Kebijakan pembatasan merokok yang dimulai pada tingkat lokal relatif berhasil. Semakin banyak negara bagian yang memberlakukan larangan merokok di restoran, bar, dan ruang publik lainnya. Pada akhir 1980-an, ada 44 negara bagian dan 400 kota memberlakukan larangan merokok diruang publik secara ketat. Keberhasilan ini karena masyarakat menerima informasi yang akurat tentang bahaya merokok, sehingga tidak ada penolakan masyarakat. Industri rokok menolak kampanye anti rokok ini di tempat-tempat khusus orang dewasa, seperti bar, restoran, atau *pub* karena dianggap melanggar hak pemilik usaha.

Pada berbagai negara rokok mulai menjadi barang yang sedapat mungkin dihindari. Selain denda yang besar, merokok sembarangan diruang publik juga dihadapkan pada hak asasi perokok pasif. Perokok pasif dapat melakukan tuntutan ke pengadilan jika perokok aktif dapat merugikan kesehatan publik. Di Jerman, sejak beberapa tahun lalu mulai diberlakukan larangan merokok di tempat umum. Di Swiss, perihal rokok masih cukup toleran, tetapi di tempat kerja, larangan merokok diberlakukan secara ketat.

Penerapan Kawasan Tanpa Rokok di Indonesia, Lesson learned dari Amerika

Di negara maju aturan larangan merokok semakin meluas. Di Indonesia, menimbulkan pro dan kontra. Pemerintah menghadapi dilema dan bersifat menunda dalam menghadapi persoalan rokok, antara ke-

sehatan dan ekonomi. Rokok memberikan sumbangan cukup besar bagi pendapatan pemerintah, melalui cukai rokok, Pajak Penambahan Nilai (PPN) serta Pajak Penghasilan (PPH).

Peraturan terkait dengan rokok, yang dikeluarkan pemerintah pertama kali adalah Peraturan Pemerintah No.81/1999 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan. PP ini dikeluarkan pada masa Presiden Habibie, dan mencakup aspek yang berkaitan dengan pengaturan iklan rokok, peringatan kesehatan, pembatasan kadar nikotin dan tar, penyampaian kepada masyarakat tentang isi produk tembakau, sanksi dan hukuman, pengaturan otoritas serta peran masyarakat dalam kawasan bebas asap rokok. Sebelum sempat diimplementasikan, PP ini telah direvisi menjadi PP No. 32/2000 oleh Presiden Abdurrahman Wahid. PP Nomor 32/2000 direvisi kembali pada masa pemerintahan Presiden Megawati dengan menerbitkan PP No. 19/2003. Kuatnya lobi industri rokok menyebabkan PP ini keluar dan industri rokok semakin membuktikan keberadaannya.

Undang-Undang Kesehatan No. 23/1992 yang diamandemen menjadi UU No. 36/2009 telah mencantumkan tentang pengamanan zat adiktif. Dalam pasal 113 ayat (2) dinyatakan secara tegas bahwa tembakau merupakan zat yang bersifat adiktif. Zat adiktif yang dimaksud meliputi tembakau, produk yang mengandung tembakau, padat, cairan, dan gas yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi dirinya dan/atau masyarakat sekelilingnya. Tembakau mengandung nikotin dengan kadar yang cukup besar. Nikotin tergolong zat adiktif, sehingga rokok tembakau dapat menimbulkan ketergantungan psikologis, fisik dan toleransi serta sulit menghentikannya. PP tentang pengamanan produk tembakau sebagai zat adiktif bagi kesehatan menuai kontroversi.

Selain itu, dalam pasal 115 (ayat 2) ditegaskan bahwa pemerintah daerah wajib menetapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) diwilayahnya. KTR adalah ruangan atau arena yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi, ataupun penggunaan rokok. Saat ini, dari 497 kabupaten/kota yang ada di Indonesia, hanya sebagian kecil yang sudah menerapkan perda terkait KTR, yaitu antara lain DKI Jakarta, Bogor, Bandung, Cirebon, Palembang, Surabaya, D.I.Yogyakarta, Bangli dan Padang Panjang. Sementara pada tingkat provinsi, DKI Jakarta, Sumatera Selatan, Sumatera Barat, Bali, Kalimantan Barat, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, D.I.Yogyakarta, Sulawesi Selatan, NTB dan NTT.

Kawasan bebas asap rokok bertujuan melindungi kesehatan masyarakat bukan perokok dengan melarang merokok diruangan atau area yang dinyatakan bebas asap rokok, meliputi: 1) fasilitas pelayanan kesehatan, 2) tempat proses belajar mengajar, 3) tempat anak bermain, 4) tempat ibadah, 5) angkutan umum, 6) tempat kerja dan 7) tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan (pasal 115 UU Kesehatan tahun 2009). Area bebas rokok harus menjadi norma dimasyarakat. Alasan pengembangan KTR adalah 1) melindungi anak-anak dan bukan perokok dari risiko bahaya rokok bagi kesehatan, 2) mencegah rasa tidak nyaman, bau dan kotoran dari ruang merokok, 3) membantu mengembangkan iklim opini bahwa tidak merokok adalah perilaku yang lebih normal, dan 4) mengurangi konsumsi rokok dengan menciptakan lingkungan yang mendorong perokok untuk mengurangi rokok bahkan berhenti sama sekali dari merokok³⁶.

Semakin ketatnya aturan merokok pada tingkat global dan dibanyak negara, berdampak pada kelangsungan hidup industri rokok di negara tersebut, sehingga penjualan rokok ikut turun. Kondisi tersebut, para investor rokok kemudian beralih melirik pasar Asia Tenggara, terutama Indonesia. Jika pemerintah pusat dan daerah tidak bersikap tegas, akan menyebabkan kita menjadi sasaran pangsa pasar yang menggiurkan bagi produsen rokok. Negara Indonesia dianggap surga bagi para perokok dan industri rokok.

Fox³⁷ mengemukakan prinsip-prinsip Etika yang dapat diterapkan dalam membingkai kebijakan pengendalian rokok, yaitu: 1) Kebaikan (*beneficence*). Kebijakan pengendalian tembakau bertujuan mengurangi kesakitan dan kematian yang berkaitan dengan tembakau. Tujuan ini dapat dianggap sebagai upaya untuk berbuat baik. Oleh karena itu, prinsip kebaikan yang merupakan tindakan untuk kepentingan orang lain dapat dilihat sebagai prinsip etika utama dalam kebijakan pengendalian tembakau, 2) Bersifat tidak mencelakakan (*non-maleficence*). Prinsip tidak mencelakakan untuk memastikan bahwa risiko dan konsekuensi yang tidak diinginkan dapat diminimalkan ketika mengembangkan program dan kebijakan, 3) Keadilan (*justice*). Efek konsumsi tembakau tidak sama dirasakan oleh semua penduduk. Ada kesenjangan dalam konsumsi tembakau yang signifikan dan perlu diperhatikan. Para perokok yang menjadi korban adiksi nikotin rokok perlu dilindungi dari ketidaktahuan akan dampak negatif konsumsi rokok dengan kebijakan yang melindunginya, 4) Transparansi (*transparency*). Kebijakan pengendalian tembakau harus bersifat transparansi dalam menjelaskan

hubungan di dalam kerangka kerja yang tepat dan mengungkapkan hubungan yang adil dengan semua mitra kolaboratif, 5) Kebenaran (*truthfulness*). Prinsip kebenaran sangat penting dalam kebijakan pengendalian tembakau. Kebenaran tentang bahaya tembakau yang telah nyata dan terbukti secara ilmiah harus diungkapkan, dan 6) Menghormati otonomi (*respect for autonomy*). Prinsip otonomi dalam kebijakan pengendalian tembakau menghormati otonomi semua individu, baik perokok maupun bukan perokok. Untuk perokok kebijakan ditujukan untuk mengatur tempat yang diperbolehkan untuk merokok. Sebaliknya, hak bukan perokok untuk tidak terpapar asap rokok juga harus dilindungi.

Problem Penerapan Kawasan Tanpa Rokok

Kebijakan terkait rokok yang ada saat ini adalah pemerintah lebih mementingkan aspek ekonomi dibandingkan aspek kesehatan. Cara pandang seperti ini disebut sebagai kebijakan yang bersifat *myopik*, tidak melihat jauh ke depan dampak dari kebijakan yang ada saat ini. Pada jangka pendek, penerimaan dari cukai rokok merupakan sumber devisa pemerintah, namun, untuk jangka panjang, konsumsi rokok, akan berdampak pada timbulnya berbagai penyakit dan akan menjadi beban bagi negara untuk biaya pengobatan.

Roadmap Industri Hasil Tembakau (RIHT) untuk jangka pendek lebih bertumpu kepada pengembangan kesempatan kerja, penerimaan negara, dan pemeliharaan kesehatan, untuk jangka menengah, prioritas pada penerimaan negara, aspek kesehatan, dan penerimaan tenaga kerja; pada jangka panjang (2015-2020), baru prioritas ke kesehatan, penyerapan tenaga kerja, dan penerimaan negara.

Perilaku merokok sudah menjadi hal yang biasa dan sulit dipisahkan dalam sendi kehidupan masyarakat, hal ini terutama karena selama ini tidak adanya pengaturan tentang merokok, sehingga penerapan KTR akan mendapat penolakan bagi para perokok.

Prospek Penerapan Kawasan Tanpa Rokok

Masih lemahnya aturan pengendalian rokok pada tingkat nasional hendaknya dapat direspon oleh pemerintah daerah (kabupaten/kota) untuk memberlakukan peraturan pada tingkat lokal, Perda Kawasan Tanpa Rokok (KTR) pada dasarnya bukan melarang merokok dan menghentikan produksi tembakau di Indonesia yang dapat mengancam petani tembakau, tetapi lebih kepada melindungi masyarakat dari bahaya merokok, memberikan pemahaman kepada perokok untuk merokok ditempat tertentu dan mencegah perokok baru.

Penerapan peraturan yang berasal dari tingkat lokal lebih mudah dan dapat diterima masyarakat dibandingkan dengan tingkat nasional. Larangan merokok diruang publik pada tingkat lokal dapat memengaruhi persepsi penduduk terhadap norma merokok di masyarakat

KESIMPULAN

Adanya tarik menarik kepentingan dalam menetapkan kebijakan rokok ditingkat pusat, dapat disikapi oleh pemerintah daerah kabupaten/kota dengan membuat perda Kawasan Tanpa Rokok. Penetapan Kawasan Tanpa Rokok diberbagai tatanan dapat diwujudkan melalui penggalangan komitmen bersama untuk melaksanakannya. Peran lintas sektor sangatlah penting untuk menentukan keberhasilan dari penetapan Kawasan Tanpa Rokok sebagai salah satu upaya penanggulangan bahaya rokok.

REFERENSI

1. World Bank, *Curbing the Epidemic: Government and the Economic of Tobacco Control*, Washington, 1999.
2. Taylor P, *The Smoking Ring: Tobacco, Money and Multinational Politics*, New American Library, New York, 1985.
3. Glantz SA, Preventing tobacco use: the youth access trap, *American Journal of Public Health*, 1996;86(2):156-157.
4. Shinton R, Beevers G, Meta Analysis of Relation between Cigarette Smoking and Stroke. *BMJ*, 1989;298:789-94.
5. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I, Mortality in Relation to Smoking : 40 years Observations on Male British Doctors, *BMJ*, 1994;309:901-11
6. Enstrom JE, Kabat GC, Environmental Tobacco Smoke and Tobacco Related Mortality in a Prospective Study of Californians, 1960-98, *BMJ*, 2003;326:1057.
7. WHO, Protection from exposure to second-hand tobacco smoke, *Policy Recommendations*, 2007.
8. Department of Health Taiwan, *Vital Statistics in Taiwan*, Taipei, Taiwan: Department of Health, Executive Yuan, Taiwan, 2002.
9. WHO, Protection from exposure to second-hand tobacco smoke, *Policy Recommendations*, 2007.
10. Achadi A, Kebijakan Penanggulangan Masalah Merokok. Workshop Inovasi dalam Promosi Kesehatan: Penggunaan Instrumen Hukum sebagai Kebijakan Meningkatkan Status Kesehatan Masyarakat, Program Studi IKM, Program Pascasarjana UGM bekerjasama dengan Dinkes Propinsi D.I. Yogyakarta tanggal 9 April 2005.
11. Januar, Sebanyak 80 persen Kanker Paru Berhubungan dengan Rokok http://www.gatra.com/2006-12-01/versi_cetak.php?id=99288, Diakses tanggal 10 Agustus 2008
12. World Bank, *Curbing the Epidemic: Government and the Economic of Tobacco Control*, Washington, 1999.
13. Departemen Kesehatan, *Fakta Tembakau Indonesia. Data Empiris untuk Startegi Nasional Penanggulangan Masalah Tembakau*, 2004.
14. WHO, *MPOWER Upaya Pengendalian Konsumsi Tembakau*, 2008.
15. Departemen Perindustrian Direktorat Jenderal Industri Agro dan Kimia, *Roadmap Industri Pengolahan Tembakau*. Disampaikan pada Lokakarya Nasional Ekonomi Tembakau, Jakarta, 2009.
16. Yen LT, Edington DW, Witting P, Associations between Health Risk Appraisal Scores and Employee Medical Claims Costs in a Manufacturing Company, *American Journal of Health Promotion*, 1996;6:46-54.
17. Goetzel RZ, Anderson DR, Witmer RW, Ozminkowski RJ, Dunn RL, Wasserman J, Research Committee, The Relationship between Modifiable Health Risks And Health Care Expenditures, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1998;40:843-854.
18. Barendregt JJ, Bonneux L, Van Der Maas PJ, The Health Care Costs of Smoking, *The New England Journal of Medicine*, 1997;337(15)
19. Orme, M.E., Hogue, S.L., Kennedy, L.M., Paine, A., Godfrey, C. 2001. Development of the Health and Economic Consequences of Smoking Interactive Model. *Tobacco Control*. Vol. 10(1):55-61.
20. Vogt TM, Schweitzer S, Medical Costs of Cigarette Smoking in a Health Maintenance Organization, *Journal of Epidemiology*, 1985;122(6):1060-1066.
21. Jee SH, Kim IS, Suh I, The effect of smoking on health service utilization, *Yonsei Med J*, 1993;34(3):223-33.
22. Izumi Y, Tsuji I, Ohkubo T, Kuwahara A, Nishino Y, Hisamichi S, Impact of Smoking Habit on Medical Care Use and Its Costs: A Prospective Observation of National Health Insurance Beneficiaries in Japan, *Int J Epidemiol*; 2001;30: 616 |621

23. Lee SY, Jee SH, Yun JE, Kim SY, Lee J, Samet JM, Kim IS, Medical Expenditure of National Health Insurance Attributable to Smoking among the Korean Population, *J Prev Med Public Health*, 2007;40(3):227-232.
24. Tobacco Control Support Center, IAKMI bekerjasama dengan Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA) dan WHO Indonesia, *Profil Tembakau Indonesia*, 2008.
25. Marlow ML, Tobacco Control Programs and Tobacco Consumption. *Cato Journal*, 2006;26(3).
26. Siegel M, Carol J, Jordan J, Hobart R, Schoenmarklin S, Du Melle F, Fisher P, Pre-emption in Tobacco Control: Review of An Emerging Public Health Problem, *Journal of the American Medical Association*, 1997; 278:858-863.
27. Gallus P, Zuccaro P, Colombo G, Apolone R, Pacifici S, Garattin, La Vecchia C, Effects of New Smoking Regulations in Italy. *Annals of Oncology*, 2006;17:346–347.
28. Mc Kim WA, *Drug and Behavior* (2 nd ed), Prentice Hall. Englewood Cliffs, New Jersey, 1991.
29. Ray O, Ksir C, *Drug, Society and Human Behavior* (8 th ed), WCB Mc Graw Hill, Boston, 1999.
30. Sukendro S, *Filosofi Rokok Sehat Tanpa Berhenti Merokok*, Pinus Book Publisher, Yogyakarta, 2007.
31. Reid D, Effects of Health Publicity on Prevalence of Smoking. *BMJ* 1994;309:1441.
32. Arnez M, *Tobacco and Kretek: Indonesian Drugs in Historical Change*. ASEAS, 2009.
33. Muchtar, *Matikan Rokok Hidupkan Semangat: Jalan Menuju Hidup Sehat Sehat Bermakna*, Amanah Publishing House, Bandung, 2005.
34. Jaya M, *Pembunuh Berbahaya Itu Bernama Rokok*, Penerbit Riz'ma, Yogyakarta, 2009.
35. Bluhm WT, Heineman RA, *Ethics and Public Policy Method and Cases*, Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2007.
36. Crofton J, Simpson D, *Tembakau: Ancaman Global*, PT Elex Media Komputindo, Kompas Gramedia, Jakarta, 2009.
37. Fox BJ, Framing Tobacco Control Efforts Within an Ethical Context, *Tobacco Control*, 2005;14(ii):ii38–ii44.