

PERILAKU MEROKOK DAN PENGALAMAN REGULASI DI BERBAGAI NEGARA¹

Muhadjir Darwin²

Abstract

This paper elaborates smoking behavior and its implication to health as well as household welfare. The controversy of this behavior and its implication is explored: cigarette is demanding goods for many people, particularly men; cigarette industries also contribute a lot to job opportunities, household income, and government revenues, but the health consequences of smoking behavior exceed the benefits. In addition, most smokers in this country spend their limited income more for tobacco than for education and health, and hence affects negatively to their welfare. This paper than explores state regulations applied in many parts of the world since 16th centuries, and efforts to regulate smoking behavior in Indonesia, and their effectiveness to protect people from smoke hazards.

Keywords: smoking behavior, regulation, cigarette business, health implication

Pendahuluan

Merokok merupakan sebuah aktifitas yang sering kita jumpai pada masyarakat di mana pun di dunia, termasuk di Indonesia, dari yang muda sampai yang tua, laki-laki atau wanita, dan dari yang berpendidikan ataupun tidak. Hal tersebut dapat dipahami karena merokok sudah menjadi sebuah tradisi, bahkan bagian dari gaya hidup. Dengan penduduk dan jumlah perokok yang sangat besar, Indonesia adalah pasar rokok yang luar biasa menjanjikan bagi industri rokok dalam negeri maupun luar negeri. Kebiasaan merokok yang diperkenalkan oleh Belanda pada zaman penjajahan dulu telah lama mentradisi dan dipraktikkan oleh masyarakat Indonesia dalam intensitas dan

skala yang jauh lebih luas dibandingkan dengan di negara yang mengenalkan tradisi tersebut. Secara sosiologis, merokok dapat menjadi instrumen pergaulan sosial, simbol status bagi pelakunya, dan secara psikologis dapat menjadi instrumen bagi perokok untuk keluar dari kebosanan, stres, dan menjaga konsentrasi. Pada sisi lain, rokok dapat menimbulkan perasaan ketagihan dan zat-zat beracun yang terkandung dalam tembakau dapat mengganggu kesehatan penghirupnya.

Kebiasaan merokok sangat bervariasi, baik dalam hal motivasi maupun intensitasnya. *Pertama*, orang merokok sekadar mencoba saja, terpengaruh lingkungan, seperti kebiasaan orang tua, saudara, atau teman.

¹ Artikel ini dikembangkan dari Laporan Studi Kelayakan Penyusunan Perda Pembatasan Asap Rokok di Wilayah Kartamantul Daerah Istimewa Yogyakarta, Magister Studi Kebijakan, UGM, 2007. Selain oleh penulis, Laporan Studi Kelayakan disiapkan oleh Dr. Anna Marie Wattie, Drs. Mulyadi, M.P.P., dan Dr. Agus Heruanto Hadna. Tulisan ini juga memanfaatkan bahan dari Workshop Kelayakan Penyusunan Perda KTR di Kota Yogyakarta, Hotel Novotel, 13 Desember 2007

² Staf pengajar Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Gadjah Mada dan kepala Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

Kedua, merokok dipilih karena orang ingin mendapatkan akibat positif dari perilaku tersebut. Perokok merasa memperoleh kenikmatan ekstra jika dapat merokok setelah minum kopi atau makan. Perasaan serupa juga diperoleh dengan aktifitas memegang yang sangat spesifik pada perokok pipa. Mereka akan menghabiskan waktu untuk mengisi pipa dengan tembakau, sedangkan untuk menghisapnya hanya dibutuhkan waktu beberapa menit saja. Atau perokok lebih senang berlama-lama untuk memainkan rokoknya dengan jari-jarinya lama sebelum ia nyalakan dengan api. *Ketiga*, perilaku merokok juga dilakukan orang sebagai jalan keluar dari perasaan negatif yang dialaminya. Banyak orang menggunakan rokok untuk mengurangi perasaan negatif, misalnya bila ia marah, cemas, atau gelisah, rokok dianggap sebagai penyelamat. Mereka menggunakan rokok bila perasaan sedang tidak menentu.

Perilaku merokok yang semula hanya bersifat mencoba, baik untuk meraih manfaat positif atau untuk melarikan diri dari situasi perasaan yang negatif, menjadi tidak relevan ketika orang sudah ketagihan. Rokok mengandung nikotin yang menimbulkan perasaan ketagihan. Ketika perilaku merokok sudah menjadi adiksi, perokok tersebut akan menambah dosis rokok yang digunakan setiap saat setelah efek dari rokok yang dihisapnya berkurang. Mereka umumnya akan pergi keluar rumah membeli rokok walaupun di tengah malam karena khawatir tidak cukup tersedia rokok ketika mereka membutuhkannya. Para perokok adiktif ini menggunakan rokok sama sekali bukan untuk mengendalikan perasaan, tetapi karena benar-benar sudah menjadi kebiasaan rutinnya. Dapat dikatakan pada orang-orang tipe ini, merokok sudah

merupakan suatu perilaku yang bersifat otomatis, sering kali tanpa dipikirkan dan tanpa disadari. Ia menghidupkan api rokoknya segera setelah rokok yang terdahulu telah benar-benar habis.

Oleh karena itu, perilaku merokok sangat variatif menurut intensitasnya. Ketika masih mencoba, orang mungkin mengonsumsi rokok hanya pada saat diperlukan, misalnya ketika berada di tengah pertemuan, saat setelah makan atau minum kopi, atau pada saat merasa kesepian. Orang masih dikategorikan sebagai perokok ringan jika hanya menghabiskan sekitar 10 batang rokok dengan selang waktu 60 menit dari bangun pagi. Ketika orang sudah merasakan nikmatnya merokok, mereka akan menambah jumlah batang yang dihisap setiap harinya. Para perokok ringan akan naik peringkat menjadi perokok sedang ketika jumlah konsumsi rokoknya menjadi antara 11–21 batang dengan selang waktu 31–60 menit setelah bangun pagi. Perokok yang benar-benar adiktif terhadap rokok akan menghabiskan puntung rokok lebih banyak lagi. Mereka naik peringkat menjadi perokok berat apabila mengonsumsi sekitar 21-30 batang sehari dengan selang waktu sejak bangun pagi berkisar antara 6-30 menit, atau bahkan menjadi perokok sangat berat dengan konsumsi lebih dari 31 batang per hari dan selang merokoknya lima menit setelah bangun pagi.

Implikasi Kesehatan dari Perilaku Merokok

Rokok mengandung 4.000 zat kimia berbahaya, minimum 69 penyebab kanker. Zat-zat kimia tersebut, antara lain, adalah nikotin (zat asiktif), karbon monoksida (dapat menyebabkan tubuh kekurangan oksigen), dan

TAR (kumpulan partikel padat penyebab kanker). Selain kanker, zat-zat berbahaya dalam rokok dapat menyebabkan gangguan pernapasan, stroke, impotensi, kemandulan, janin cacat, dan lain-lain. Asap rokok yang beredar di udara tidak hanya berbahaya bagi perokok aktif, tetapi juga bagi orang lain yang bukan perokok dan kebetulan berada dekat dengan perokok (perokok pasif). Hal ini bisa terjadi karena ketika orang merokok, hanya 25 persen asap yang masuk ke paru-paru perokok, 75 persen lainnya terbang ke udara terbuka dan dihisap oleh semua orang yang ada di tempat itu. Hanya dibutuhkan waktu 30 menit untuk membuat asap yang dihisap oleh perokok pasif tersebut meningkatkan jumlah *endothelial cellular debris* dalam darah. Zat-zat ini dapat meningkatkan stres oksidatif, kerusakan *endothelial*, dan *platelet adherence*. Dengan demikian, pemaparan asap rokok yang timbul dari kegiatan merokok (asap rokok sekunder atau *environmental tobacco smoke* = ETS) dapat menyebabkan atau meningkatkan risiko terkena penyakit yang sama bagi semua orang, baik perokok aktif maupun perokok pasif.

Rokok membunuh 1 dari 2 pengguna jangka panjang dan menimbulkan kematian dini (kehilangan 20-25 tahun produktif). Data 2006 menunjukkan terjadi 5 juta kematian per tahun karena rokok, yang secara ekonomi menimbulkan *annual global net loss* sebesar US\$ 200 miliar. Diperkirakan pada 2020 akan ada 8,4 juta kematian per tahun, 50 persen di antaranya berada di Asia dan pada 2030 angkanya meningkat menjadi 10 juta kematian per tahun, 70 persen di antaranya berada di negara berkembang. Di Indonesia, dengan menggunakan data Susenas 2001, estimasi jumlah kematian berhubungan dengan

tembakau adalah sebanyak 427.948 orang per tahun, atau 22,5 persen dari kematian total. Sementara itu, *total economic loss* akibat konsumsi adalah tembakau Rp127,4 triliun, yang berarti 7,5 kali lipat penerimaan cukai 2001 sebesar Rp16,5 triliun (Kosen, 2004).

Jumlah dan Perkembangan Perilaku Merokok

Dari sekitar 6,6 miliar penduduk dunia saat ini, 1,2 miliar di antaranya adalah perokok, 800 juta dari jumlah tersebut berada di negara berkembang. Di Indonesia sendiri diperkirakan 2 dari 3 laki-laki Indonesia (72 juta) adalah perokok aktif. Perokok perempuan hanya 4,5 persen dari total penduduk perempuan, atau sebanyak 4,8 juta sehingga total perokok Indonesia diperkirakan sebanyak 76,8 juta. Namun jika dihitung dengan jumlah perokok pasif, yaitu mereka yang tidak merokok, tetapi ikut menghisap asap rokok, jumlahnya dua kali lipat. Diperkirakan ada 150 juta penduduk Indonesia berisiko terpapar asap rokok orang lain, 81 persen remaja 13-15 tahun terpapar di tempat umum dan 43 juta (70 persen) anak 0-14 tahun terpapar asap rokok di rumah (Susenas 2001).

Lebih jauh lagi, angka perokok di Indonesia mempunyai kecenderungan naik karena di Indonesia terjadi peremajaan perilaku merokok. Jika dilihat data Susenas 1995, 2001, dan 2004, kecenderungan peremajaan tersebut sangat jelas. Awal merokok pada usia muda mengalami peningkatan dari waktu ke waktu. Seperti terlihat pada Grafik 1, umur mulai merokok pada kelompok usia muda, yaitu 5,9 tahun, 10-14 tahun, dan 15-19 tahun, mengalami peningkatan secara konsisten. Kecenderungan sebaliknya terjadi pada awal merokok usia dewasa (20 tahun ke atas).

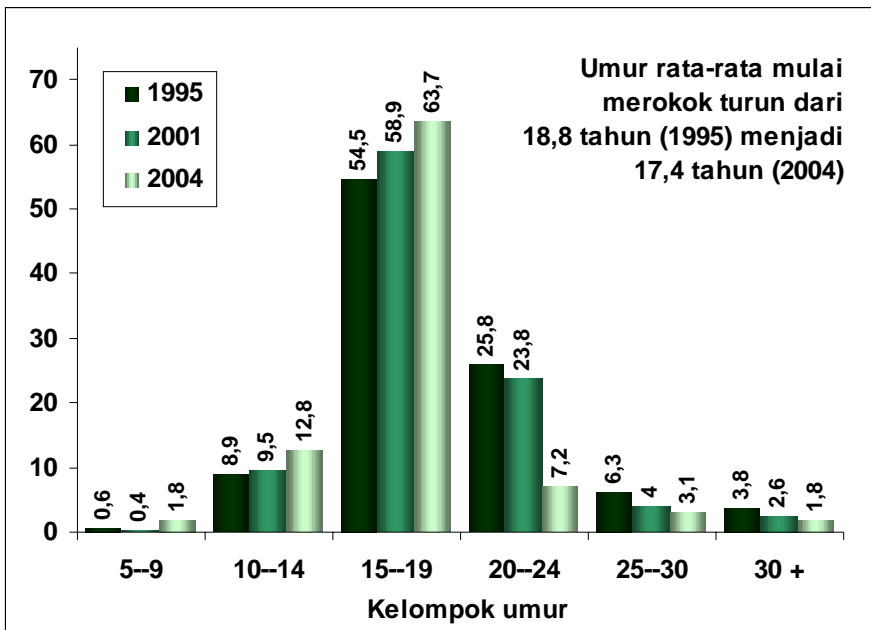
Data awal usia merokok yang cenderung lebih muda ini konsisten dengan data perkembangan proporsi perokok usia muda. Grafik 2 menggambarkan secara lebih spesifik peningkatan proporsi perokok pada penduduk usia 15 tahun ke bawah, baik laki-laki atau perempuan. Di sini tampak proporsi perokok usia 15 tahun ke bawah meningkat dari 27 persen pada 1995 menjadi 31,5 persen pada 2001, dan 34,4 persen pada 2004. Peningkatan tersebut, terjadi baik pada laki-laki atau perempuan. Jika pada 1995 terdapat remaja laki-laki berusia 15 tahun ke bawah yang sudah merokok, angka tersebut meningkat menjadi 62,2 persen pada 2001 dan 63 persen pada 2004. Perokok remaja perempuan memang jauh lebih kecil, tetapi angkanya juga meningkat secara konsisten dari 1,7 persen pada 1995 menjadi 4,5 persen pada 2004.

Hal ini dapat terjadi karena beberapa kemungkinan sebab. *Pertama*, lingkungan keluarga dan masyarakat cenderung sangat

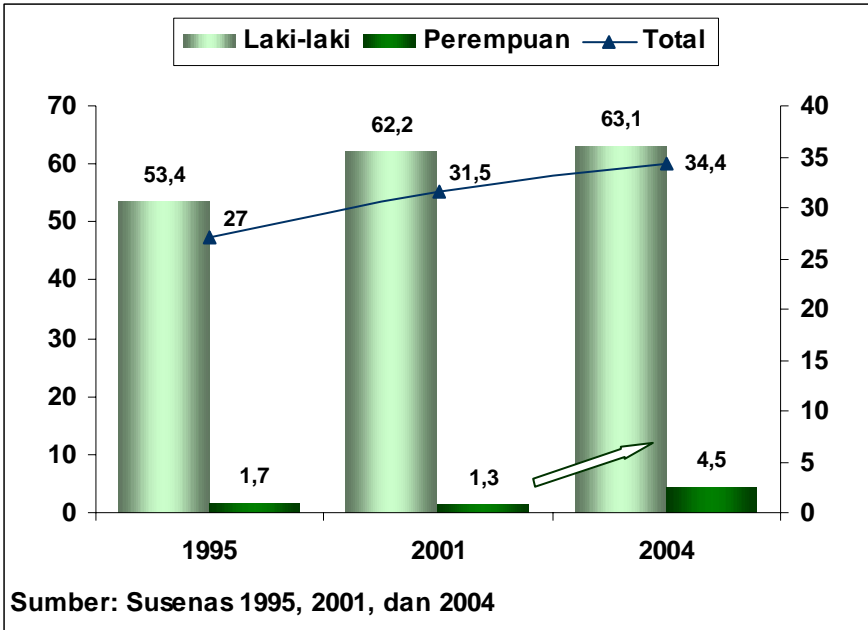
permisif terhadap perilaku merokok yang dilakukan anak-anak. *Kedua*, mungkin remaja menangkap perilaku merokok sebagai simbol keberanian atau kejantanan, seperti yang ditonjolkan dalam iklan-iklan rokok, dan perempuan mungkin menangkap perilaku ini sebagai simbol emansipasi perempuan: jika laki-laki boleh, kenapa perempuan tidak?

Jika dicermati lebih jauh, rokok ternyata telah dikonsumsi oleh sebagian penduduk usia anak-anak (5-9 tahun). Angkanya memang tidak besar (kurang dari 2 persen), tetapi proporsinya meningkat sangat tinggi (tiga kali lipat) dari 0,6 persen pada tahun 1995 menjadi 1,8 persen pada tahun 2004. Meskipun secara persentase angka 1,8 adalah kecil, kalau dilihat sebagai jumlah tidaklah kecil. Dengan perhitungan pada tahun 2004 ada 20,3 juta penduduk usia 5-9 tahun, itu berarti ada 364.788 ribu anak Indonesia yang sudah mulai merokok pada usia sangat belia. Di negara-negara lain, regulasi perilaku merokok

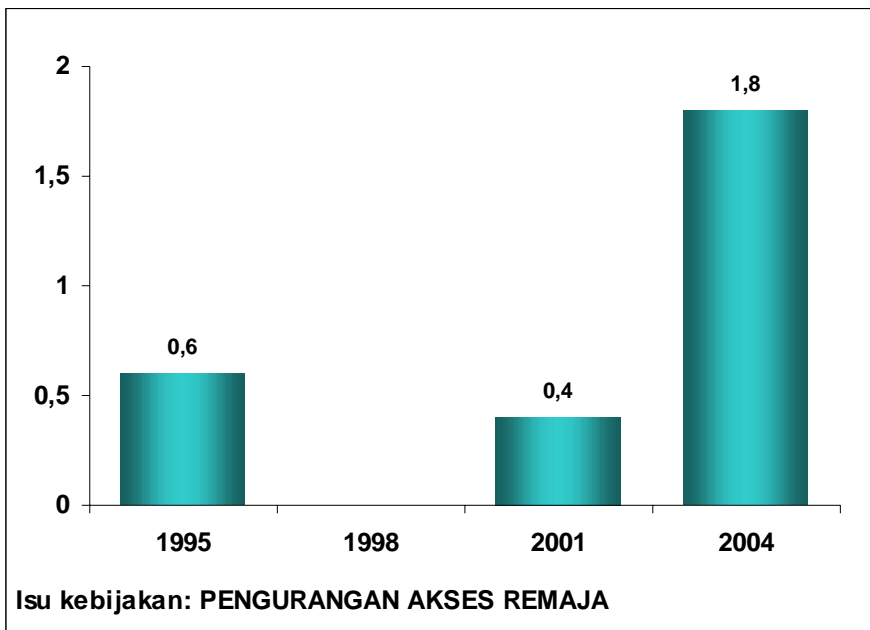
Grafik 1
Umur Mulai Merokok Penduduk 15 Tahun+



Grafik 2
Persentase Perokok Usia > 15 Tahun menurut Jenis Kelamin



Grafik 3
Peningkatan Tertinggi (> 4x lipat) Perokok Pemula Terjadi pada Kelompok Usia 5—9 Tahun



mengecualikan anak-anak dari konsumsi rokok dan regulasi perdagangan rokok sangat ketat membatasi akses anak-anak untuk membeli dan mengonsumsi rokok. Data adanya anak-anak yang telah menjadi perokok menunjukkan pasar rokok di Indonesia sangat liberal dan karenanya diperlukan adanya regulasi perdagangan dan perilaku merokok yang lebih tegas.

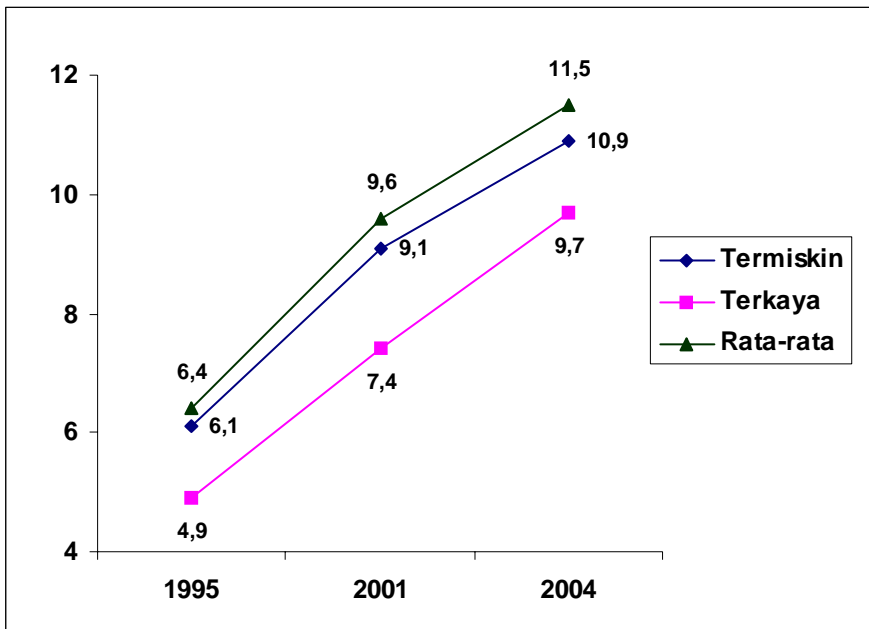
Dampak Ekonomi Perilaku Merokok

Perilaku merokok bukanlah perilaku gratis, tetapi membutuhkan ongkos bagi konsumen yang menikmatinya sehingga memengaruhi alokasi pengeluaran rumah tangga. Konsekuensi biaya dari kebiasaan merokok tidak menjadi persoalan bagi rumah tangga yang berkecukupan, tetapi tidak demikian halnya bagi rumah tangga miskin, padahal sebagian besar perokok Indonesia adalah keluarga miskin. Secara keseluruhan, proporsi

pengeluaran rumah tangga untuk tembakau dan sirih dari seluruh pengeluaran cenderung mengalami peningkatan. Namun peningkatan ini lebih membebani rumah tangga miskin karena proporsi tersebut lebih tinggi pada keluarga miskin dibandingkan dengan keluarga kaya. Orang kaya pada tahun 1995 hanya membelanjakan 4,9 persen dari total pengeluaran untuk rokok, sementara orang miskin rata-rata mengeluarkan 6,4 persen dari koceknya. Pada tahun 2004 angka bagi orang kaya meningkat menjadi 9,7 persen, sementara pada orang miskin menjadi 11,5 persen.

Peningkatan proporsi pengeluaran untuk rokok menciptakan *trade-off* terhadap pengeluaran untuk kebutuhan rumah tangga lain, terutama untuk kebutuhan pangan yang memengaruhi asupan gizi penduduk. Pada Grafik 4 kelihatan perkembangan konsumsi ketiga jenis komoditas, yaitu (1) tembakau dan sirih, (2) padi-padian dan umbi-umbian, dan (3)

Grafik 4
Persentase Pengeluaran Bulanan Rumah Tangga untuk Rokok dan Sirih menurut Kelompok Pendapatan



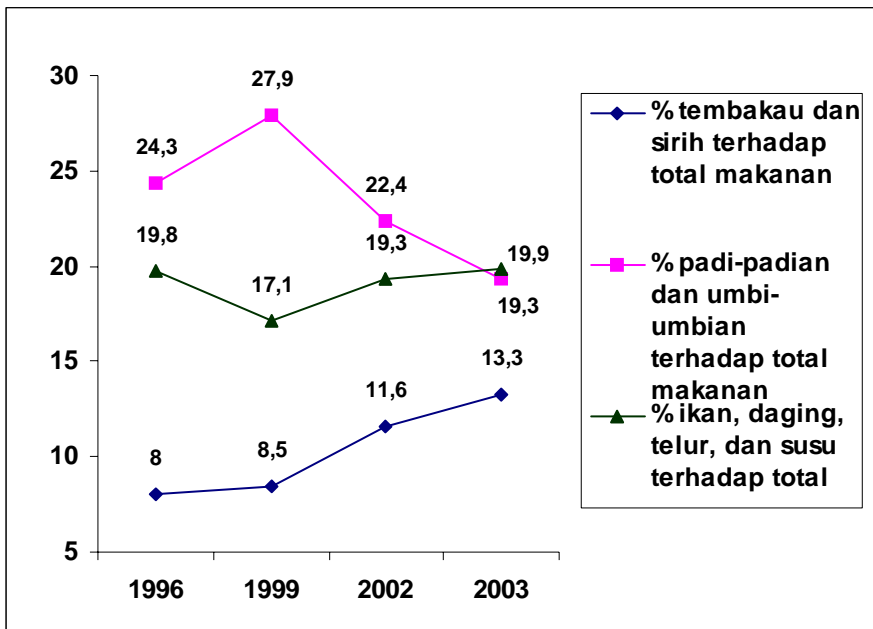
daging, ikan, telur, dan susu. Seperti diketahui di dalam tembakau tidak terdapat nutrisi karena yang ada hanyalah racun bagi tubuh, sementara dua jenis konsumsi tersebut terakhir jelas mengandung nutrisi yang diperlukan oleh tubuh; padi-padian dan umbi-umbian mengandung karbohidrat, sementara daging, ikan, telur, dan susu mengandung protein. Grafik 4 menunjukkan konsumsi terhadap barang beracun ini meningkat secara konsisten dalam 7 tahun (1996-2003), sementara konsumsi terhadap sumber protein menurun dan konsumsi terhadap sumber karbohidrat relatif konstan.

Selain proporsi konsumsi rumah tangga untuk tembakau mengurangi proporsi konsumsi bahan-makanan bergizi, konsumsi tersebut ternyata lebih tinggi dibandingkan dengan pengeluaran untuk pendidikan dan kesehatan, suatu jenis jasa yang penting bagi peningkatan kualitas SDM. Jika dari 1996-2003 konsumsi untuk tembakau dan sirih merokok

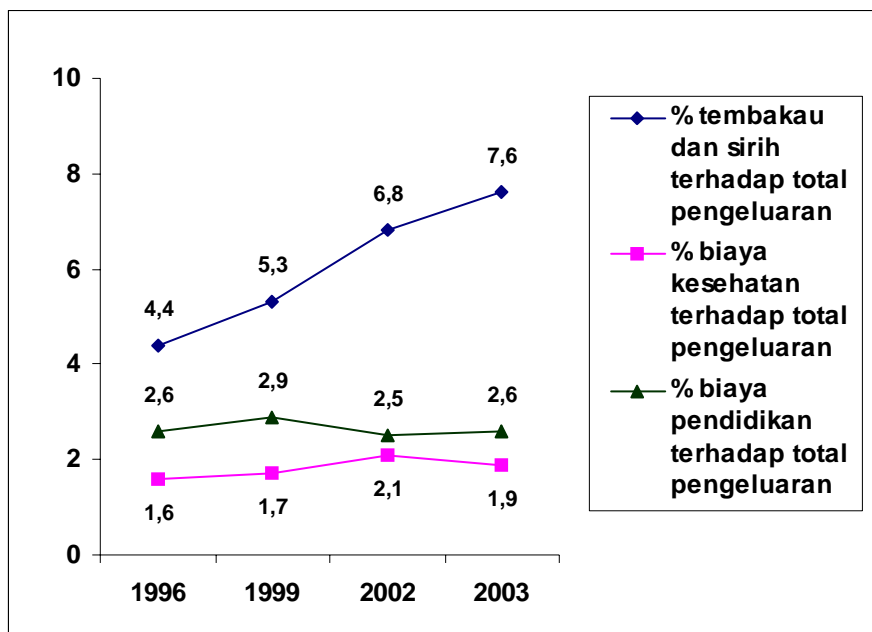
meningkat dari 4 persen menjadi 7 persen dari semua total pengeluaran, konsumsi untuk kedua jasa penting tersebut nyaris konstan pada angka yang jauh lebih rendah, yaitu 2,6 persen untuk pendidikan dan 1,9 persen untuk kesehatan. Realitas ini perlu menjadi perhatian bersama karena ini berarti rumah tangga miskin lebih mengedepankan konsumsi barang yang menimbulkan implikasi buruk bagi kesehatan dibandingkan dengan konsumsi barang yang dapat meningkatkan kecerdasan dan kesehatan.

Pengeluaran penduduk rumah tangga miskin untuk rokok yang tinggi ini menjadi hambatan signifikan untuk mengatasi kemiskinan di Indonesia. Sebuah kalkulasi sederhana berikut ini dapat memperjelas konsekuensi dimaksud. Diketahui tahun 2005 terdapat 60 juta keluarga miskin dan dari jumlah tersebut terdapat 15 juta kepala keluarga (laki-laki) miskin. Dari data Susenas diketahui 2 dari 3 laki-laki Indonesia adalah

Grafik 5
Indonesia: Perkembangan Tingkat Konsumsi Tembakau dan Makanan Pokok



Grafik 6
Indonesia: Perkembangan Tingkat Konsumsi Tembakau,
Biaya Kesehatan dan Pendidikan



perokok. Jika harga rokok batangan adalah Rp500,00 per batang dan diandaikan rata-rata konsumsi per orang adalah 10 batang per hari (ini perhitungan moderat karena perokok berat dapat menghabiskan 30 batang rokok per hari), maka jumlah uang yang dikeluarkan dari kocek keluarga miskin Indonesia per harinya adalah $\frac{2}{3} \times 15 \text{ juta} \times 10 \text{ bt} \times \text{Rp}500,00$ yang sama dengan Rp50 juta per hari. Jumlah ini sama dengan 10 ribu ton beras per hari, atau sama dengan Rp18 triliun per tahun. Uang sebanyak ini adalah lima kali melebihi dana pemerintah yang dikeluarkan untuk membantu orang miskin (JPKMM/ASKESKIN 2006) yang hanya sebesar Rp3,6 triliun (Irawan, 2004).

Bisnis Rokok dan Kebutuhan Regulasi

Rokok telah merupakan komoditas global yang sangat menguntungkan bagi produsen

rokok. Benda satu ini juga menjadi sumber pendapatan negara yang cukup signifikan melalui pajak yang dibayar produsen rokok kepada negara. Sering pula rokok menjadi sumber dana yang besar bagi kegiatan-kegiatan olahraga atau hiburan dan menjadi sumber pendapatan bagi petani tembakau, pedagang tembakau dan rokok, serta para buruh perusahaan rokok. Dengan demikian, rokok menjadi faktor penting yang menyumbang pembangunan ekonomi suatu negara.

Namun karena adanya implikasi negatif dari konsumsi rokok terhadap kesehatan masyarakat, regulasi pembatasan perilaku merokok sangat dibutuhkan. Secara empiris, kebutuhan adanya regulasi ini didukung oleh data dari WHO tahun 2001 yang menjelaskan 80 persen perokok di dunia ingin berhenti

merokok, tetapi hanya 2 persen yang berhasil tanpa bantuan. Data dari GYTS Indonesia juga menunjukkan 82 persen perokok remaja 13-15 th ingin berhenti dan 92 persen lainnya mencoba berhenti. Selanjutnya, data dari LDUI, WB, USAID, BKKR 1999 menunjukkan dari 8.084 remaja/dewasa muda 15-24 th¹⁾, yang pernah merokok 6,6 persen, sekarang merokok 46,1 persen, tahu bahaya merokok 97,3 persen, pernah merokok dan ingin berhenti 83,2 persen, dan mencoba rata-rata 2 kali 85,0 persen (Sarojo, 2007).

Berbagai negara telah melakukan regulasi, baik terhadap produksi dan pemasaran rokok maupun perilaku merokok para konsumen rokok. Peraturan yang ketat di negara-negara maju mempunyai implikasi terhadap strategi pemasaran para produsen rokoknya dengan melakukan ekspansi ke negara-negara yang masih longgar dalam regulasi rokok. Ekspansi industri rokok di Amerika secara besar-besaran ke dunia ketiga, termasuk ke Indonesia, pada gilirannya menjadi ancaman serius tidak hanya bagi industri rokok dalam negeri, tetapi juga bagi kesehatan masyarakat pada umumnya.

Regulasi rokok sebenarnya bukan hal baru. Di Eropa upaya pembatasan rokok sebenarnya telah dikenal sejak abad pertengahan. Kala itu Pope Urban VII (1590) pernah melarang siapa pun untuk merokok di dalam gereja maupun pada acara-acara di gereja. Sejak itu beberapa kota di Eropa pun memberlakukan pembatasan, seperti di Bavaria, Kursachsen, dan beberapa tempat di Austria pada akhir tahun 1600. Bahkan semasa Nazi berkuasa di Jerman diberlakukan aturan keras yang melarang merokok di universitas, kantor pos, kantor partai Nazi, rumah sakit, dan instalasi militer Nazi (Proctor, 1996, HTML, retrieved on 2007).

Salah satu negara yang menjadi pioner pengaturan rokok adalah Amerika Serikat, khususnya Minnesota. Sejak tahun 1975 negara bagian ini telah menetapkan *Minnesota Clean Indoor Air Act* untuk membatasi rokok di ruang publik, khususnya di rumah makan dan bar. Pakta ini kemudian diperluas pemberlakuannya ke seluruh bagian Minnesota berdasarkan *Freedom to Breathe Act* yang efektif mulai berlaku pada tahun 2007 ini. Kota berikut yang mengikuti jejak Minnesota adalah San Louis Obispo di California yang memperluas pembatasan merokok tidak hanya di rumah makan dan bar, tetapi juga di tempat-tempat fasilitas publik lainnya sejak tahun 1990. Data terakhir, bahkan menunjukkan lebih kurang 20 kota di California telah memberlakukan pembatasan rokok (*smoking ban*) di ruang publik dan untuk keseluruhan Amerika Serikat, jumlah negara bagian yang telah memberlakukan aturan ini ada 35 (www.no-smoke.org).

Semakin meningkatnya kesadaran publik Amerika terhadap bahaya rokok ini, antara lain, dipicu ketika pada tahun 1998, Jaksa Agung Negara Bagian Minnesota memaksa tujuh industri rokok terkemuka di Amerika Serikat, yakni *Philip Morris Incorporated*, *RJ Reynold Tobacco Company*, *British American Tobacco (BAT)*, *Brown Williamson*, *The Liggett Group*, *The Tobacco Institute* and *The Council for Tobacco Research*, dan *Lorillard Tobacco Company* untuk menyerahkan sejumlah dokumen dan membukanya kepada publik tentang segala hal yang berkaitan dengan strategi mereka menaikkan produksi rokoknya setiap tahun. Diduga ada beberapa hal yang dirahasiakan oleh industri-industri rokok ini, terutama upaya penipuan kadar dalam sebuah rokok yang bisa membahayakan kesehatan

pemakai (perokok aktif) maupun yang secara tidak sengaja menghisapnya (perokok pasif). Terbongkarnya rahasia industri rokok ini menyadarkan publik Amerika terhadap bahaya rokok dan sejak itu dikeluarkan sejumlah aturan di beberapa negara bagian yang berupaya membatasi ruang gerak untuk merokok sehingga cukup banyak merugikan industri rokok di Amerika. Sayangnya, aturan bagi kalangan industri rokok Amerika ini hanya diberlakukan di dalam negeri dan tidak diperlakukan terhadap ekspansi bisnis mereka di negara lain (www.seatca.org).

Kota lain, yakni New York, adalah salah satu contoh kota yang juga telah memberlakukan pembatasan bagi perokok. Pengaturan ini tertera dalam *Clean Indoor Air Act* yang efektif mulai berlaku Juli 2003. Di dalam peraturan ini tercantum beberapa tempat orang tidak boleh bebas merokok (*smoking restrictions*). Kendati disebut *indoor* dalam definisinya pembatasan ruang bebas rokok termasuk *outdoor*. Ruang-ruang dimaksud berjumlah 18, yakni tempat-tempat kerja, bar, tempat penjualan bahan makanan (*food service establishment*), ruang tertutup yang terbuka untuk publik, misalnya kolam renang, di dalam alat transportasi umum, ruang tunggu terminal termasuk *ticketing*, pusat kegiatan remaja, fasilitas untuk perawatan dan pelayanan anak-anak, tempat penitipan anak, *group homes for children*, lembaga publik untuk anak-anak, fasilitas yang disediakan oleh pemerintah setempat untuk kegiatan anak dan remaja, sekolah baik milik swasta maupun pemerintah, rumah sakit dan fasilitas kesehatan untuk masyarakat lainnya, tempat komersial yang dimanfaatkan untuk aktivitas perdagangan atau kegiatan amal, *indoor areas*, kebun binatang, dan *bingo facilities*. Di wilayah bebas rokok ini pemerintah mewajibkan pemilik

atau pengelola ruang tersebut memasang tanda "No Smoking". Sebaliknya, peraturan ini juga mengatur tempat yang diperbolehkan untuk merokok, yakni rumah atau kendaraan pribadi, kamar hotel/motel yang disewa secara personal, tempat penjualan rokok eceran, *membership associations*, *cigar bars*, tempat renang terbuka di luar ruang, dan ruang atau gedung yang secara sengaja sedang dimanfaatkan untuk promosi produk rokok. Pelaksana yang menjadi *leading sector* dari peraturan ini adalah Dinas Kesehatan dengan cabang-cabang di bawahnya. Setiap pelanggaran terhadap peraturan ini dapat dikenakan denda maksimal US 2.000 dolar (www.no-smoke.org).

Pembatasan dan pengaturan merokok kemudian mulai menyebar di banyak negara Eropa Barat. Salah satunya yang cukup awal mengeluarkan peraturan pembatasan rokok di tempat-tempat bekerja adalah Irlandia yang mulai menerapkannya pada Maret 2004 [*Tobacco Smoking (Prohibition) Regulations*, 2003]. Hal ini diikuti kemudian oleh Italia dan Swedia mulai awal 2005. Negara-negara di Eropa yang mulai memberlakukan aturan merokok di tempat umum pada tahun 2007 ini adalah Inggris dan Denmark, sedangkan yang mulai memberlakukannya pada tahun 2008 mendatang adalah Perancis, Belanda, dan Rumania. Peraturan-peraturan rokok di negara Eropa Barat tersebut umumnya mengatur pembatasan orang merokok di tempat umum, seperti rumah makan, bar, dan tempat-tempat kerja. Sedangkan satu-satunya negara di dunia ini yang melarang peredaran dan penjualan rokok dan tembakau secara bebas adalah Bhutan sejak tahun 2005. Untuk Tokyo, pengaturan dilarang merokok juga

diberlakukan di sejumlah jalan-jalan umum di ibukota Jepang ini sejak 2002.

Negara di Eropa yang juga cukup getol mengatur rokok adalah Skotlandia yang pada tahun 2005 mengeluarkan *The Smoking, Health and Social Care Act* dan berlaku efektif sejak 2006. Di dalam peraturan ini ditentukan sejumlah ruang yang *non-smoking*, yakni rumah makan, bar dan gedung publik, pusat perdagangan, hotel, perpustakaan, arsip, museum dan galeri, bioskop, gedung konser dan teater, *bingo halls*, *game* dan *casino*, *hall* untuk tari, diskotek dan tempat lain untuk *entertainment*, *hall* atau tempat lain untuk kegiatan sosial dan rekreasi serta eksebis, toilet umum, klub malam, kantor, pabrik dan tempat kerja dengan lebih dari satu orang pekerja, institusi pendidikan, rumah perlindungan, rumah sakit, tempat penitipan dan pengasuhan anak dan orang tua, tempat ibadah, transportasi umum dan terminal, kendaraan operasional yang memuat lebih dari satu orang, dan telepon umum. Sebagai perkecualian adalah rumah tinggal pribadi, ruang pribadi orang dewasa, *adult hospices*, ruang yang didesain di rumah sakit *psychiatric*, kamar tidur hotel, ruang wawancara, *ball hostels*, instalasi pengeboran lepas pantai, dan kendaraan pribadi.

Kawasan Asia juga mempunyai beberapa pengalaman sukses dalam regulasi perilaku merokok. Negara Singapura misalnya, telah mulai melakukan pembatasan terhadap perilaku merokok di tempat-tempat umum. Larangan itu dilakukan secara bertahap, tetapi konsisten. Tahun 1970 larangan merokok diterapkan di bus umum, bioskop, dan gedung teater. Kemudian secara bertahap larangan diperluas ke lift, rumah sakit, rumah jompo, rumah makan dan *ice skating*, bus pribadi,

taksi, salon dengan AC, bank, semua ruang ber-AC, dan akhirnya nyaris di semua ruang publik, terdapat larangan merokok. Ada sejumlah faktor yang membuat Singapura berhasil menerapkan regulasi pembatasan perilaku merokok, seperti adanya dukungan dan kolaborasi antardepartemen, serta pemerintah banyak melakukan konsultasi dengan LSM dan masyarakat. Pemerintah melakukan edukasi terus-menerus tentang bahaya asap rokok lingkungan. Kerja sama dengan media massa dilakukan dengan serius dan menghindari adanya ambiguitas dalam substansi peraturan maupun penegakan hukumnya. Pemerintah menerapkan hukuman "yang berat" (bagi individu maupun kelompok bisnis yang membangkang). Pelaksanaan peraturan didukung oleh infrastruktur yang tepat untuk penegakan hukum. Masyarakat dimobilisasi untuk memonitor pelanggaran dan dilakukan telaah secara berkala dengan menetapkan indikator proses dan dampak dan melakukan penambahan daftar lokasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) secara teratur.

Dampak Regulasi terhadap Kesehatan

Pembatasan perilaku merokok di sejumlah negara ternyata berhasil melindungi mereka yang tidak merokok (*second-hand smoker*). Sebagai contoh, di Kota Pueblo-Colorado, 18 bulan sejak peraturan diterapkan, jumlah mereka yang terkena serangan jantung telah menurun sebesar 27 persen sebagaimana yang tercatat di rumah sakit kota itu. Menurut penelitian *The American Heart Association*, penurunan 27 persen terutama dirasakan pada kelompok perokok pasif. Demikian halnya kadar nikotin dalam darah dan fungsi paru-paru dari mereka yang bekerja di bar setelah

diperbandingkan dengan kondisi sebelum diberlakukannya peraturan menunjukkan peningkatan yang berarti (www.americanheart.org). Di Skotlandia, sejak peraturan rokok diterapkan telah terjadi penurunan angka penderita serangan jantung sekitar 14 persen hingga 17 persen. Dampak pengurangan rokok ini juga terasa pada harga rokok, misalnya di Irlandia harga rokok jatuh hingga 16 persen dan di Inggris jatuh 11 persen. Pembatasan rokok ini menurut sejumlah laporan tidak mengurangi konsumen yang ingin mengunjungi bar dan rumah makan, bahkan sebaliknya angkanya justru menunjukkan peningkatan.

Pelaksanaan kebijakan 100 persen KTR dan penegakan hukum yang efektif menurunkan polusi asap rokok dengan segera. Di Irlandia, *Total Suspended Particulate* di bar turun 83 persen setelah implementasi, kadar karbon monoksida pegawai bar yang tidak merokok turun 45 persen, konsentrasi Cotinine pada pegawai industri jasa turun 69 persen. Di California dan Skotlandia, beberapa bulan setelah implementasi, pegawai bar melaporkan pengurangan keluhan saluran napas. Di Amerika dan Italia, kasus serangan jantung yang masuk rumah sakit menurun 20 persen setelah implementasi UU KTR (Soerojo, 2007).

Regulasi di Indonesia dan Negara Asean lain

Indonesia termasuk negara yang belum melakukan regulasi bisnis dan perilaku merokok secara serius. Cukai rokok di Indonesia adalah termasuk yang rendah di dunia, yakni rata-rata hanya 31,5 persen dari harga jual. Bandingkan misalnya di Thailand yang mencapai 79 persen dan di Singapura 85 persen. Negara lain di dunia ini umumnya

menerapkan angka cukai antara 75 hingga 85 persen (www.seatca.org). Rendahnya cukai mengakibatkan rendahnya harga rokok sehingga kelompok yang selama ini sudah rentan dan miskin secara sosial ekonomi pun mampu membeli rokok. Dampak yang terasa adalah pada tingkat kesehatan mereka sehingga tidak mengejutkan apabila angka kematian akibat rokok di Indonesia justru berasal dari kelompok miskin.

Ketidakkampuan menaikkan cukai rokok di Indonesia bukanlah sebuah ketidak-sengajaan, tetapi adalah sebuah politik ekonomi tingkat tinggi. Data menunjukkan cukai rokok telah memberi kontribusi pada pendapatan negara pada tahun 2006 lalu sebesar Rp38,5 triliun dan diharapkan meningkat pada tahun 2007 ini menjadi Rp42 triliun. Ketergantungan yang cukup besar pada sektor ini menyebabkan negara pun tidak berkeinginan untuk meratifikasi *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC).

Indonesia juga tidak melakukan kontrol secara serius terhadap iklan rokok. Indonesia tidak seperti negara-negara ASEAN lain, seperti Laos, Malaysia, Filipina, Vietnam, dan Thailand, yang melakukan kontrol ketat terhadap iklan rokok. Banyak kegiatan besar di Indonesia, misalnya musik, olahraga, dan bahkan pendidikan, mendapat sponsor penyelenggaraan yang berasal dari merk rokok terkenal. Hal ini perlu menjadi perhatian karena sebagian besar kelompok target acara-acara tersebut adalah kelompok remaja yang sangat rentan terhadap godaan merokok. Tidak heran jika mereka inilah yang menjadi penerus dari generasi perokok terdahulu.

Sekarang sejumlah daerah telah membuat perda untuk membatasi perilaku merokok di tempat umum. DKI Jakarta, Kota Bogor, dan

Kabupaten Cirebon adalah daerah-daerah di Indonesia yang telah mempunyai perda, di dalamnya diatur perilaku rokok dan sudah diimplementasikan. Daerah Istimewa Yogyakarta sudah mempunyai perda, tetapi belum diimplementasikan karena belum ada peraturan pelaksanaan pada tingkat kota dan kabupaten di wilayah D.I. Yogyakarta. Sementara itu, Pemerintah Kota Surabaya juga mempunyai keinginan membuat regulasi, tetapi masih terhenti pada tingkat Raperda.

Magister Studi Kebijakan, Universitas Gadjah Mada, pada 2007 melakukan kajian implementasi kebijakan regulasi rokok di DKI Jakarta, kajian proses formulasi kebijakan pembatasan perilaku merokok di Yogyakarta, dan studi fisibilitas perda pembahasan merokok untuk kawasan kota Yogyakarta dan sekitarnya. Dari kajian ini, diperoleh sejumlah temuan sebagai berikut. Hasil kajian di Jakarta mengindikasikan bahwa aturan hukum yang mengatur mengenai pembatasan asap rokok dicakup dalam perda pengendalian pencemaran udara. Artinya, aturan tersebut kurang memiliki fokus dan daya dorong yang kuat untuk membatasi asap rokok di Jakarta karena isu asap rokok hanya menjadi bagian dari cakupan isu yang lebih besar, yaitu pencemaran udara. Sementara itu, dalam pelaksanaannya, perda ini mengalami hambatan dalam penegakannya karena pemahaman masyarakat yang utuh mengenai arti penting aturan hukum tersebut dan berbagai infrastruktur penegakan aturan tersebut juga kurang siap.

Surabaya yang tengah dalam proses merancang perda menghadapi hambatan politis yang cukup serius karena perbedaan cara pandang antara lembaga eksekutif dan legislatif. Pihak eksekutif, dalam hal ini Dinas

Kesehatan, menginginkan adanya perda yang berdiri sendiri mengatur perilaku merokok dengan Dinas Kesehatan sebagai *leading sector*-nya. Sementara itu, pihak DPRD tidak setuju jika raperda pembatasan asap rokok harus menjadi perda sendiri sehingga sampai sekarang raperda tersebut belum disahkan.

Sementara itu, yang terjadi di Yogyakarta adalah telah ada perda tingkat provinsi, yaitu Perda No. 5 Tahun 2007 ini yang diberi label Perda Pengendalian Pencemaran Udara (PPU). Pasal 11 tentang Pencegahan Pencemaran Sumber Orang Merokok berbunyi: (Ayat 1) Setiap orang dilarang merokok di kawasan dilarang merokok; (Ayat 2) Penetapan kawasan dilarang merokok sebagaimana dimaksud ayat 1 diatur dengan Peraturan Gubernur dan/atau Bupati/Walikota sesuai kewenangannya. Hingga saat paper ini ditulis (1 tahun setelah perda tersebut keluar) belum ada peraturan implementasi di tingkat kabupaten/kota di wilayah D.I. Yogyakarta. Padahal dari survei cepat yang dilakukan MSK-UGM terlihat adanya dukungan publik terhadap raperda tersebut. Baik dari survey, FGD, dan wawancara terdapat bukti yang kuat bahwa masyarakat Yogyakarta, LSM, Pemerintah Kota Yogyakarta, dan DPRD mendukung formulasi pembatasan asap rokok. Mereka menyadari arti penting udara yang bersih yang terbebas asap rokok. Namun masih belum jelas, seberapa jauh keinginan atau harapan tersebut dapat terealisasi dalam waktu dekat.

Secara keseluruhan belum ditemukan di satu daerah pun di Indonesia yang telah menerapkan peraturan pembatasan perilaku merokok secara efektif. Indonesia masih merupakan tempat berbisnis rokok yang sangat menjanjikan bagi para industrialis rokok, menjadi surga bagi para perokok aktif karena

mereka bebas merokok di tempat-tempat umum, dan bagi mereka yang bukan perokok, mereka harus mau bersabar; hak asasi mereka untuk terbebas dari asap rokok masih sulit untuk terlindungi, karena para pembuat dan implementor kebijakan belum secara serius menegakkan peraturan.

Penutup

Rokok adalah komoditas ekonomi yang memberi keuntungan bagi industrialis, pada saat yang sama menciptakan kesempatan kerja di masyarakat dan menjadi salah satu sumber pendapatan negara. Namun harus disadari pula konsumsi rokok menimbulkan eksternalitas negatif di masyarakat, yaitu terganggunya kesehatan, baik perokok aktif maupun perokok pasif yang jumlahnya sangat besar. Dengan demikian, terdapat *economic loss* yang besar juga dari adanya bisnis dan konsumsi rokok. Implikasi ekonomi dan kesehatan dari perilaku merokok ini menjadi lebih penting diperhatikan para pengambil kebijakan di Indonesia karena sebagian besar konsumen rokok di negara ini adalah penduduk miskin. Perilaku merokok mereka telah menimbulkan *trade-off* besar, yaitu berkurangnya konsumsi untuk kebutuhan yang lebih pokok, seperti pangan, kesehatan, dan pendidikan.

Kecenderungan kepada kebiasaan merokok cenderung meluas di Indonesia seperti terlihat dari semakin mudanya awal usia merokok dan bertambahnya perokok perempuan. Ini berarti implikasi ekonomi dan kesehatan dari perilaku merokok akan semakin besar jika tidak ada upaya-upaya serius untuk

melakukan sosialisasi tentang bahaya rokok, kontrol yang ketat terhadap pemasaran dan iklan rokok, dan pembatasan yang tegas terhadap perilaku merokok di tempat-tempat publik.

Regulasi merokok mempunyai sejarah yang sangat panjang dan ada bukti empiris regulasi yang ketat terhadap rokok telah mengurangi akibat buruk dari perilaku ini pada tingkat yang signifikan. Namun sayangnya, regulasi rokok belum berlangsung secara efektif di Indonesia. Dengan alasan rokok mempunyai kontribusi positif terhadap perekonomian masyarakat, pemerintah terlalu longgar dalam mengatur bisnis dan perilaku merokok masyarakat. Bea cukai rokok ditentukan sangat rendah sehingga harga rokok di Indonesia menjadi yang termurah di dunia. Rokok dapat dijual di mana saja, dijangkau oleh siapa pun, termasuk anak-anak. Meskipun ada batasan tertentu tentang substansi iklan rokok, pada kenyataannya iklan rokok begitu semarak di media massa, dipampang besar di banyak tempat strategis, atau diiklankan di banyak kegiatan olahraga. Selain itu, belum ada undang-undang yang mengatur perilaku merokok. Di tingkat lokal, hanya sedikit pemda yang telah mempunyai perda pembatasan merokok, dan jika ada, pelaksanaan di lapangan sangat lemah sehingga dampak regulasi itu belum tampak.

Ke depan perlu ada kesungguhan pemerintah untuk mengatur atau membatasi bisnis merokok, pemasaran dan iklan rokok, serta perilaku merokok. Hanya dengan cara seperti ini, masyarakat akan lebih terlindungi dari peredaran barang beracun ini.

Daftar Pustaka

- "Casino Management and Policymakers Support Smoke-free Casinos and Smoke-free Gaming" dalam www.no-smoke.org.
- Irawan, Puguh B. 2004. "Kemiskinan, Pola Konsumsi & Kecenderungan Merokok", makalah Seminar Rokok dan Kemiskinan, Mei di Jakarta.
- Kosen, S. 2004. *An Economic Analysis of Tobacco Use in Indonesia*. Jakarta: National Institute of Health Research & Development.
- Proctor, Robert N. 1996. *The anti-tobacco campaign of the Nazis: a little known aspect of public health in Germany, 1933-1945*. Pennsylvania State University. HTML. Retrieved on 2007-03-07.
- Soerojo, Widyastuti. 2007. "Legislasi Kawasan Tanpa Rokok: Perbandingan Regulasi di Berbagai Negara", Workshop Kelayakan Penyusunan PERDA Kawasan Tanpa Rokok di Kota Yogyakarta.
- "The ASEAN Tobacco Control Report Card" dalam www.seatca.org.
- "Tobacco Industry Tactics: A Perfect Deception, Corporate Social Responsibility Activities in ASEAN" dalam www.seatca.org.
- Universitas Indonesia. Lembaga Demografi. 1999. *Indonesian Baseline Survey on Young Adult Reproductive Welfare*. Jakarta: In Collaboration with the World Bank, USAID and BKKBN.
- "Validity of New Second-hand smoke Study Questioned" dalam www.americanheart.org.