

POLITIK TEMBAKAU DI INDONESIA

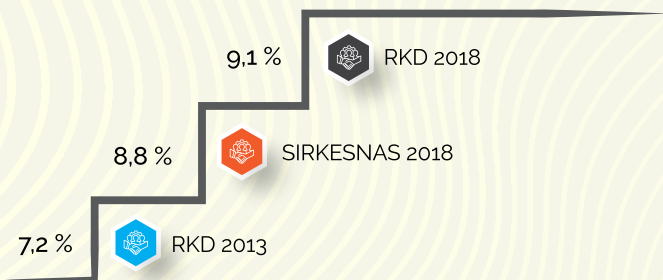
DONOR, ELITE POLITIK, DAN KEBIJAKAN
PENGENDALIAN TEMBAKAU

Edisi Pertama

Arie Kusuma Paksi | Nanik Prasetyoningsih | Dianita Sugiyo



Prevalensi Merokok Umur
10-18 Tahun 2007-2018



PERINGATAN



MEROKOK SEBABKAN KANKER TENGGOROKAN

PERINGATAN



MEROKOK SEBABKAN KANKER MULUT

PERINGATAN



MEROKOK SEBABKAN KANKER PARU-PARU DAN BROANKITIS KRONIS

POLITIK TEMBAKAU DI INDONESIA

**DONOR, ELITE POLITIK, DAN KEBIJAKAN
PENGENDALIAN TEMBAKAU**

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta

Lingkup Hak Cipta

Pasal 1 ayat 1

Hak Cipta adalah hak eksklusif pencipta yang timbul secara otomatis berdasarkan prinsip deklaratif setelah suatu ciptaan diwujudkan dalam bentuk nyata tanpa mengurangi pembatasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 9

1. Pencipta atau Pemegang Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 memiliki hak ekonomi untuk melakukan: (a) penerbitan Ciptaan; (b) Penggandaan Ciptaan dalam segala bentuknya; (c) penerjemahan Ciptaan; (d) pengadaptasian, pengarsenamen, atau pentransformasian Ciptaan; (e) Pendistribusian Ciptaan atau salinannya; (f) pertunjukan Ciptaan; (g) Pengumuman Ciptaan; (h) Komunikasi Ciptaan; dan (i) penyewaan Ciptaan.

Ketentuan Pidana

Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

POLITIK TEMBAKAU DI INDONESIA

DONOR, ELITE POLITIK, DAN KEBIJAKAN
PENGENDALIAN TEMBAKAU

Edisi Pertama

Arie Kusuma Paksi | Nanik Prasetyoningsih | Dianita Sugiyo



**Politik Tembakau di Indonesia;
Donor, Elite Politik, dan Kebijakan
Pengendalian Tembakau**

Penulis : **Arie Kusuma Paksi**
Nanik Prasetyoningsih
Dianita Sugiyo

Pewajah Sampul : **Muhammad Abtar Rozak**

Pewajah Isi : **Muhammad Abtar Rozak**

Cetakan Pertama, November 2019
Diterbitkan oleh PT. Leutika Nouvalitera
Jl. Sidomulyo No. 351, Bener, Tegalrejo,
Yogyakarta 55243
Telp. (0274) 5015594
www.leutikaprio.com
email: leutikaprio@hotmail.com
ISBN 978-602-371-777-4

Copyright © 2019
Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.
All rights reserved.

PRAKATA

Alhamdulillah, penelitian berjudul: Politik Tembakau di Indonesia; Donor, Elite Politik, dan Kebijakan Pengendalian Tembakau dapat diselesaikan tepat sesuai jadwal yang telah direncanakan.

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk berusaha menjelaskan bertujuan untuk dinamika politik yang ada di Indonesia terkait pengendalian tembakau dan dampaknya terhadap upaya "reformasi" yang dikampanyekan oleh donor agar supaya Indonesia mengikuti standar yang telah ditetapkan aktor internasional terkait dengan kebijakan pengendalian tembakau. Penelitian ini juga akan menjelaskan bagaimana kebijakan-kebijakan yang diambil elite terkait dengan pengendalian tembakau merupakan refleksi dari aliansi kekuasaan maupun bentuk dukungan politik terhadap kelompok-kelompok tertentu yang memiliki manfaat politik bagi penguasa.

Peneliti mengakui bahwa penelitian ini masih jauh dari sempurna, sehingga peneliti dengan rendah hati membuka diri untuk menerima masukan dan kritikan yang membina, agar ke depan dapat menghasilkan yang lebih baik dan sempurna.

Penelitian ini terlaksana dalam skema Penelitian Unggulan Prodi. Penelitian ini dapat terlaksana karena dibiayai oleh LP3M UMY selama 1 tahun. Oleh karena itu peneliti mengucapkan ribuan terima kasih kepada LP3M UMY.

Akhirnya, peneliti hanya dapat berdoa dan berharap, semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi seluruh masyarakat, khususnya pihak-pihak yang terkait seperti para pembuat kebijakan dan penghayat aliran kepercayaan.

Yogyakarta, 2019

Peneliti.

RINGKASAN

Penelitian ini mengkaji tentang politik tembakau di Indonesia yang melibatkan aktor internasional dan nasional. Dalam analisis akan disampaikan bagaimana hubungan antara donor dan elite (baik negara maupun non-negara) dan bagaimana relasi antara aktor tersebut melibatkan kekuasaan dan kekuatan struktur yang berdampak pada kebijakan tentang pengendalian rokok di Indonesia. Akibatnya kebijakan-kebijakan yang diambil negara hanya menguntungkan kelompok tertentu, sementara kelompok lain tidak yang memiliki akses dan struktur kekuasaan tidak mampu untuk mencapai kepentingannya.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dan data diperoleh melalui wawancara dan pengumpulan data tertulis (baik elektronik dan non-elektronik). Responden kunci yaitu dibagi menjadi tiga kategori yaitu: perwakilan donor; PIC TC dari MoH; and petani tembakau. Responden-responden ini akan direkrut dengan menggunakan pendekatan langsung dan dengan bola salju (snowball sampling). Hasil penelitian ini sangat penting dalam menjelaskan politisasi kebijakan pendengendalian tembakau di Indonesia yang melibatkan banyak aktor dan kepentingan. Oleh karena itu, hasil dari penelitian ini akan memberikan rekomendasi terkait bagaimana pendekatan yang perlu dilakukan oleh donor sehingga program-program terkait penanggulangan tembakau dapat tepat sasaran.

Kata Kunci: Politik Tembakau, Donor, Elite Politik, dan Kebijakan Pengendalian Tembakau

DAFTAR ISI

PRAKATA	v
RINGKASAN	vi
DAFTAR ISI	vii
PENDAHULUAN	viii
Donor dan Agenda Pengendalian Tembakau	1
A. Pendahuluan	1
B. Donor dan Agenda Pengendalian Tembakau	5
C. Konteks Pengendalian Tembakau di Indonesia	9
D. Pengendalian Iklan dalam Penurunan Prevalensi Rokok	22
E. Dinamika Hubungan Aktor : Level Nasional dan Lokal Daerah ..	30
F. Hambatan dalam Penerapan dan Koordinasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok	35
G. Peluang dan Tantangan Kedepan	39
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	41
DAFTAR PUSTAKA	44

PENDAHULUAN

Masalah pengendalian tembakau merupakan suatu isu yang menjadi perhatian global. Apalagi dampak kesehatan yang berhubungan dengan rokok masih menjadi tertinggi diseluruh dunia. Menurut penelitian yang dilakukan oleh salah satu organisasi kesehatan dunia, World Health Organization (WHO), kematian yang diakibatkan oleh penggunaan tembakau mencapai 6 juta orang per tahun, atau merupakan satu dari sepuluh penyebab kematian diseluruh dunia. Jumlah tersebut termasuk kematian lebih dari 600.000 orang per tahun yang bukan perokok tetapi meninggal akibat dari efek perokok pasif. Jika masalah ini tidak segera diatasi dengan baik maka diperkirakan pada abad ini jumlah korban akibat penggunaan tembakau menjadi 1 miliar orang (WHO, 2013).

Dalam beberapa dekade terakhir, masalah penggunaan tembakau bukan hanya terjadi di negara-negara dalam kategori industri saja. Bahkan hampir 80 persen dari total 1 miliar perokok di dunia hidup di negara-negara yang berpenghasilan rendah dan menengah disamping konsumsi tembakau secara global yang terus meningkat dari tahun ke tahun (WHO, 2013). Menariknya, hasil riset menunjukkan, penggunaan tembakau menurun di beberapa negara yang berpenghasilan tinggi dan menengah akan tetapi justru meningkat pesat di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Hal ini disebabkan para perokok di negara-negara penghasilan tinggi dan menengah berhenti atau mati tanpa digantikan oleh perokok baru dan perusahaan-perusahaan tembakau yang semakin memperluas pasar di negara-negara yang berpenghasilan rendah (Giovino et al., 2012).

Sebagaimana yang sudah banyak disampaikan oleh banyak publikasi (Centers for Disease Control and Prevention, 2010), asap rokok mengandung lebih dari 7.000 senyawa kimia, ratusan diantaranya beracun dan sebanyak 69 diantaranya menyebabkan kanker. Merokok juga meningkatkan resiko kehamilan yang merugikan seperti kehamilan ektopik, keguguran dan berat lahir rendah. Selain itu merokok juga memperburuk kondisi kesehatan bagi penderita diabetes dan peningkatan resiko penyakit mata yang menyebabkan kebutaan permanen.

Belum lagi, merokok juga menyebabkan kecanduan, terutama bagi remaja yang tubuhnya rentan terhadap nikotin.

Untuk mengantisipasi peningkatan penderita penyakit akibat penggunaan tembakau, berbagai negara dan organisasi lembaga swadaya masyarakat internasional (INGO) mencapai konsensus untuk memperkuat implementasi Konvensi Kerangka Kerja WHO tentang Pengendalian Tembakau (Framework Convention on Tobacco Control/FCTC) yang fokus pada pembatasan konsumsi rokok, membatasi produksi rokok bagi perusahaan lokal dan internasional, serta mendorong negara-negara untuk membuat kebijakan yang mendukung kampanye pengurangan tembakau sesuai dengan tujuan FCTC.

Masalahnya, kerangka kerja internasional melalui FCTC hanya berfokus pada kesepakatan dan perjanjian saja. Padahal aspek ekonomi politik sangat penting dalam melihat bagaimana perjanjian tersebut dilaksanakan di berbagai negara. Apalagi fakta membuktikan bahwa sampai saat ini alasan tembakau belum bisa dikontrol secara efektif oleh negara berpenghasilan rendah dan menengah dikarenakan aspek ekonomi politiknya yang tidak terlalu dipahami oleh para aktor internasional. Padahal aspek interaksi ekonomi dan politik menjadi kunci pokok kerangka kerja FCTC berhasil mencapai tujuannya. Misalnya, dalam penelitian yang dilakukan oleh Global Analysis Project Team (2000) diungkapkan bahwa pemahaman ekonomi politik sangat sentral dalam mengetahui bagaimana peta politik di level nasional dan siapa saja aktor yang penting dalam implementasi program FCTC yang berdampak pada strategi nasional dalam pengendalian tembakau. Kasus Thailand dan Zimbabwe membuktikan hal tersebut. Di Thailand, tekanan dari kelompok anti tembakau dan dukungan dari Kementerian Keuangan berhasil menekan kebijakan luar negeri Amerika Serikat yang berusaha melindungi kepentingan para pengusaha rokok dari negaranya. Kebijakan-kebijakan pro pengendalian tembakau juga berhasil dibuat. Berbeda halnya dengan kasus Zimbabwe, tidak banyak kebijakan pengendalian tembakau yang dihasilkan disebabkan oleh tiga hal: pertama, berbeda dengan di Thailand, Zimbabwe tidak memiliki organisasi anti tembakau yang mendorong dan sekaligus mendukung pemerintah dalam membuat kebijakan pengendalian tembakau.

Kedua, penghasilan dari tembakau yang cukup besar juga menyebabkan negara tidak tertarik untuk membuat kebijakan yang merugikan pendapatan nasional. Terakhir, Pemerintah Zimbabwe lebih fokus pada masalah-masalah kesehatan seperti, AIDS, malaria dan kecelakaan lalu lintas yang membuat sumberdaya negara sulit untuk fokus dalam permasalahan pengendalian tembakau. Dua studi kasus di atas dengan jelas menunjukkan bahwa kesuksesan implementasi kerangka internasional pengendalian tembakau bergantung pada kontestasi politik ditingkat lokal yang melibatkan banyak aktor dan kepentingan. Bahkan para aktor internasional itu sendiri adalah aktor yang memiliki kepentingan dalam mencapai tujuan dalam 'mengendalikan tembakau'. Hubungan antara aktor tersebut berdampak pada pembuatan kebijakan pengendalian tembakau dan implementasinya. Sehingga bisa diartikan bahwa, kebijakan pengendalian tembakau yang diimplementasikan di negara berpenghasilan rendah dan menengah tidak akan sama efektif. Karena pada negara-negara tersebut terdapat lingkungan kebijakan yang berbeda-beda. Ini membuktikan bahwa penggunaan pendekatan ekonomi politik sangat penting guna memetakan politik dan analisa pemangku kepentingan sehingga meningkatkan efektivitas pelaksanaan program pengendalian tembakau.

Ironisnya, dalam banyak kasus (seperti yang dicontohkan dalam studi di Thailand dan Zimbabwe di atas), aspek ekonomi politik acapkali tidak menjadi fokus kajian dalam rangka untuk meningkatkan efektivitas intervensi internasional dalam isu pengendalian tembakau. Padahal pemahaman ekonomi politik di tingkat lokal akan sangat membantu para aktor untuk lebih memahami bagaimana persoalan pengendalian tembakau bukan hanya terkait kesehatan masyarakat, akan tetapi lebih kepada pertarungan kepentingan dan kekuasaan yang melibatkan banyak pihak (pemerintah nasional dan lokal, perusahaan tembakau, lembaga masyarakat dan seterusnya).

Perbedaan kekuasaan dan kepentingan antara aktor tersebut berdampak pada kebijakan tembakau dan implementasinya. Dengan menggunakan pendekatan ekonomi politik yang dikemukakan oleh (Hutchison, Hout, Hughes, & Robison, 2014), penelitian ini akan menganalisa bahwa analisa politik dan kepentingan sangat dibutuhkan dalam implementasi program internasional, khususnya dalam kasus pengendalian tembakau, dan ini menjadi kunci yang menentukan kebijakan pengaturan konsumsi dan produksi tembakau dalam lingkup internasional. Begitu pula dengan implementasi program yang tersebut di Indonesia, dimana aktor politik berasal dari berbagai unsur dan institusi baik nasional dan lokal, perusahaan tembakau, lembaga swadaya masyarakat. Bahkan lembaga-lembaga internasional, dalam konteks ekonomi politik, merupakan aktor yang memiliki kepentingan dan memiliki 'tujuan' yang ingin dicapai dalam program pengendalian tembakau. Perbedaan sumber-sumber kekuasaan antar para aktor tersebut berdampak pada kebijakan pengendalian tembakau yang akan condong mengakomodir kepentingan tertentu daripada kepentingan masyarakat umum. Secara spesifik, dalam penelitian ini, akan dianalisis bagaimana kebijakan pengendalian tembakau melalui kerangka kerja FCTC diimplementasikan di Indonesia. Analisa khususnya fokus pada peran berbagai aktor dan apa saja kepentingan yang ingin dicapai dari program pengendalian tembakau. Tujuannya untuk menjelaskan bahwa analisis ekonomi politik mutlak dilakukan. Sehingga, kedepan, sebelum implementasi kebijakan pengendalian tembakau, aktor internasional harus terlebih dahulu memetakan ekonomi politik ditingkat lokal sehingga program yang mereka kerjakan dapat mencapai target sesuai dengan yang diharapkan.

DONOR DAN AGENDA PENGENDALIAN TEMBAKAU

A. Pendahuluan

Fakta pengendalian tembakau di Indonesia sudah sangat memprihatinkan. Data Riskesdas menunjukkan pada 2018, angka prevalensi perokok pemula (usia 10-18 tahun), telah mencapai angka 9,1 persen. Hal ini jauh dari target RPJMN Jokowi-JK yang menargetkan angka tersebut turun menjadi 5,4 persen pada 2019. Alih-alih menurun, justru angka prevalensi perokok pemula meningkat hampir dua kali lipat.

Masalah pengendalian tembakau merupakan suatu isu yang menjadi perhatian global. Apalagi dampak kesehatan yang berhubungan dengan rokok masih menjadi tertinggi diseluruh dunia. Menurut penelitian yang dilakukan oleh salah satu organisasi kesehatan dunia, World Health Organization (WHO), kematian yang diakibatkan oleh penggunaan tembakau mencapai 6 juta orang per tahun, atau merupakan satu dari sepuluh penyebab kematian diseluruh dunia. Jumlah tersebut termasuk kematian lebih dari 600.000 orang per tahun yang bukan perokok tetapi meninggal akibat dari efek perokok pasif. Jika masalah ini tidak segera diatasi dengan baik maka diperkirakan pada abad ini jumlah korban akibat penggunaan tembakau menjadi 1 miliar orang (WHO, 2013).

Dalam beberapa decade terakhir, masalah penggunaan tembakau bukan hanya terjadi di negara-negara dalam kategori industry saja. Bahkan hampir 80 persen dari total 1 miliar perokok di dunia hidup di negara-negara yang berpenghasilan rendah dan menengah disamping konsumsi tembakau secara global yang terus meningkat dari tahun ketahun(WHO, 2013). Menariknya, hasil riset menunjukkan, penggunaan tembakau menurun di beberapa negara yang berpenghasilan tinggi dan menengah akan tetapi justru meningkat pesat di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah?. Hal ini disebabkan para perokok di negara-negara penghasilan tinggi dan menengah berhenti atau mati tanpa digantikan oleh perokok baru dan perusahaan-perusahaan tembakau yang semakin memperluas pasar di negara-negara yang berpenghasilan rendah (Giovino et al.,2012).

Sebagaimana yang sudah banyak disampaikan oleh banyak publikasi (Centers for Disease Control and Prevention, 2010), asap rokok mengandung lebih dari 7.000 senyawa kimia, ratusan diantaranya beracun dan sebanyak 69 diantaranya menyebabkan kanker. Merokok juga meningkatkan resiko kehamilan yang merugikan seperti kehamilan ektopik, keguguran dan berat lahir rendah. Selain itu merokok juga memperburuk kondisi kesehatan bagi penderita diabetes dan peningkatan resiko penyakit mata yang menyebabkan kebutaan permanen. Belum lagi, merokok juga menyebabkan kecanduan, terutama bagi remaja yang tubuhnya rentan terhadap nikotin.

Untuk mengantisipasi peningkatan penderita penyakit akibat penggunaan tembakau, berbagai negara dan organisasi lembaga swadaya masyarakat internasional (INGO) mencapai consensus untuk memperkuat implementasi Konvensi Kerangka Kerja WHO tentang Pengendalian Tembakau (Framework Convention on Tobacco Control/FCTC) yang fokus pada pembatasan konsumsi rokok, membatasi produksi rokok bagi perusahaan lokal dan internasional, serta mendorong negara-negara untuk membuat kebijakan yang mendukung kampanye pengurangan tembakau sesuai dengan tujuan FCTC. Masalahnya, kerangka kerja internasional melalui FCTC hanya berfokus pada kesepakatan dan perjanjian saja. Ada hal aspek ekonomi politik sangat penting dalam melihat bagaimana perjanjian tersebut dilaksanakan di berbagai negara. Apalagi fakta membuktikan bahwa sampai saat ini alasan tembakau belum bias dikontrol secara efektif oleh negara berpenghasilan rendah dan menengah dikarenakan aspek ekonomi politiknya yang tidak terlalu dipahami oleh para aktor internasional. Padahal aspek interaksi ekonomi dan politik menjadi kunci pokok kerangka kerja FCTC berhasil mencapai tujuannya. Misalnya, dalam penelitian yang dilakukan oleh Global Analysis Project Team (2000) diungkapkan bahwa pemahaman ekonomi politik sangat sentral dalam mengetahui bagaimana peta politik di level nasional dan siapa saja aktor yang penting dalam implementasi program FCTC yang berdampak pada strategi nasional dalam pengendalian tembakau. Kasus Thailand dan Zimbabwe membuktikan hal tersebut.

Di Thailand, tekanan dari kelompok anti tembakau dan dukungan dari Kementerian Keuangan berhasil menekan kebijakan luar negeri Amerika Serikat yang berusaha melindungi kepentingan para pengusaha rokok dari negaranya. Kebijakan-kebijakan pro pengendalian tembakau juga berhasil dibuat. Berbeda halnya dengan kasus Zimbabwe, tidak banyak kebijakan pengendalian tembakau yang dihasilkan disebabkan oleh tiga hal: pertama, berbeda dengan di Thailand, Zimbabwe tidak memiliki organisasi anti tembakau yang mendorong dan sekaligus mendukung pemerintah dalam membuat kebijakan pengendalian tembakau. Kedua, penghasilan dari tembakau yang cukup besar juga menyebabkan negara tidak tertarik untuk membuat kebijakan yang merugikan pendapatan nasional. Terakhir, Pemerintah Zimbawa lebih fokus pada masalah-masalah kesehatan seperti, AIDS, malaria dan kecelakaan lalu lintas yang membuat sumberdaya negara sulit untuk focus dalam permasalahan pengendalian tembakau.

Dua studi kasus di atas dengan jelas menunjukkan bahwa kesuksesan implementasi kerangka internasional pengendalian tembakau bergantung pada kontestasi politik ditingkat lokal yang melibatkan banyak aktor dan kepentingan. Bahkan para actor internasional itu sendiri adalah aktor yang memiliki kepentingan dalam mencapai tujuan dalam 'mengendalikan tembakau'. Hubungan antara actor tersebut berdampak pada pembuatan kebijakan pengendalian tembakau dan implementasinya. Sehingga bisa diartikan bahwa, kebijakan pengendalian tembakau yang diimplementasikan dinegara berpenghasilan rendah dan menengah tidak akan sama efektif. Karena pada negara-negara tersebut terdapat lingkungan kebijakan yang berbeda-beda. Ini membuktikan bahwa penggunaan pendekatan ekonomi politik sangat penting guna memetakan politik dan analisa pemangku kepentingan sehingga meningkatkan efektivitas pelaksanaan program pengendalian tembakau.

Ironisnya, dalam banyak kasus (seperti yang dicontohkan dalam studi di Thailand dan Zimbabwe di atas), aspek ekonomi politik acap kali tidak menjadi focus kajian dalam rangka untuk meningkatkan efektivitas intervensi internasional dalam isu pengendalian tembakau.

Padahal pemahaman ekonomi politik di tingkat local akan sangat membantu para actor untuk lebih memahami bagaimana persoalan pengendalian tembakau bukan hanya terkait kesehatan masyarakat, akan tetapi lebih dan kekuasaan yang melibatkan banyak pihak (pemerintah nasional dan lokal, perusahaan tembakau, lembaga masyarakat dan seterusnya). Perbedaan kekuasaan dan kepentingan antara actor tersebut berdampak pada kebijakan tembakau dan implementasinya.

Dengan menggunakan pendekatan ekonomi politik yang dikemukakan oleh (Hutchison, Hout, Hughes, & Robison, 2014), penelitian ini akan menganalisa bahwa analisa politik dan kepentingan sangat dibutuhkan dalam implementasi program internasional, khususnya dalam kasus pengendalian tembakau, dan ini menjadi kunci yang menentukan kebijakan pengaturan konsumsi dan produksi tembakau dalam lingkup internasional. Begitu pula dengan implementasi program yang tersebut di Indonesia, dimana actor politik berasal dari berbagai unsur dan institusi baik nasional dan lokal, perusahaan tembakau, lembaga swadaya masyarakat. Bahkan lembaga-lembaga internasional, dalam konteks ekonomi politik, merupakan aktor yang memiliki kepentingan dan memiliki 'tujuan' yang ingin dicapai dalam program pengendalian tembakau. Perbedaan sumber-sumber kekuasaan antar para actor tersebut berdampak pada kebijakan pengendalian tembakau yang akan condong mengakomodir kepentingan tertentu dari pada kepentingan masyarakat umum. Secara spesifik, dalam penelitian ini, akan dianalisis bagaimana kebijakan pengendalian tembakau melalui kerangka kerja FCTC diimplementasikan di Indonesia. Analisa khususnya fokus pada peran berbagai aktor dan apa saja kepentingan yang ingin dicapai dari program pengendalian tembakau. Tujuannya untuk menjelaskan bahwa analisis ekonomi politik mutlak dilakukan. Sehingga, kedepan, sebelum implementasi kebijakan pengendalian tembakau, actor internasional harus terlebih dahulu memetakan ekonomi politik ditingkat local sehingga program yang mereka kerjakan dapat mencapai target sesuai dengan yang diharapkan.

B. Donor dan Agenda Pengendalian Tembakau

Sebelum mendiskusikan lebih mendalam mengenai politik pengendalian tembakau di Indonesia, khususnya yang terkait donor, tujuan-tujuan yang hendak dicapai dan strategi implementasi yang dilakukan, pada bagian ini, akan dijelaskan terlebih dahulu sejarah tentang konvensi pengendalian tembakau di Indonesia dan apa yang hendak dicapai oleh kerangka kerjasama tersebut.

Salah satu misi WHO Tobacco Free Initiative adalah mempromosikan WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) sebagai landasan hukum internasional dalam memerangi tembakau. Potensi keuntungan tersebut masih bias berkali-kali lipat lebih besar di tahun-tahun mendatang. WHO terus gencar mengkampanyekan perang global melawan tembakau. Apalagi, Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), perjanjian internasional pengendalian tembakau yang bersifat menyeluruh (mengatur produksi, penjualan, distribusi, iklan, hingga perpajakan tembakau), telah diadopsi oleh Majelis Kesehatan Dunia pada tahun 2003 dan mulai diberlakukan di tahun 2005. FCTC yang bermula dari WHO Tobacco Free Initiative tahun 1998 menjelma menjadi salah satu perjanjian yang paling besar pengaruhnya dalam sejarah PBB. Tercatat 172 negara turut terlibat dalam FCTC.

Konvensi kerangka kerja istilah tidak memiliki makna hukum khusus dalam hukum internasional, tetapi umumnya digunakan untuk menggambarkan perjanjian internasional yang fungsi utamanya adalah untuk membangun sistem pemerintahan dan struktur kelembagaan dasar di sekitar masalah tertentu. 2 Konvensi kerangka kerja biasanya diikuti oleh komitmen yang lebih spesifik dan pengaturan kelembagaan dalam bentuk protokol. Protokol adalah traktat selanjutnya yang mengikuti proses negosiasi, adopsi, dan ratifikasi yang serupa dengan traktat kerangka kerja awal. Selain protokol, badan pengatur perjanjian juga dapat membuat keputusan sementara dalam bentuk pedoman, yang merupakan perjanjian selanjutnya mengenai interpretasi perjanjian atau penerapan ketentuan-ketentuannya.

Meskipun pedoman bukanlah perjanjian independen seperti protokol, 1 dan bahasa pedoman mungkin tidak selalu wajib, pedoman memang memberikan kewajiban umum untuk negara-negara partisipatif, dan ketentuan spesifik pedoman dapat mendorong tindakan wajib.

Konvensi kerangka kerja dapat sangat bervariasi, seperti halnya implementasinya. Beberapa konvensi mengandung kewajiban dan mekanisme kelembagaan yang lebih rinci daripada yang lain. Mungkin konvensi kerangka kerja yang paling dikenal adalah Konvensi Kerangka Kerja PBB tentang Perubahan Iklim, yang mencakup persyaratan pelaporan, badan penasihat di bidang sains dan implementasi, dan dana keuangan untuk mendukung proyek-proyek terkait perjanjian. Konvensi Kerangka Kerja PBB tentang Perubahan Iklim diikuti oleh Protokol Kyoto, yang mengikat para pihaknya untuk mencapai target pengurangan emisi yang mengikat secara internasional.

Secara umum, konvensi kerangka kerja meliputi: • pernyataan tujuan dan prinsip panduan konvensi secara keseluruhan; • kewajiban dasar, termasuk komitmen untuk mengambil tindakan nasional untuk mengatasi masalah yang relevan, untuk bertukar informasi, untuk bekerja sama dalam penelitian ilmiah, dan untuk menyerahkan laporan berkala; • lembaga, termasuk konferensi reguler para pihak dan sekretariat (minimal), dan mungkin badan penasihat ilmiah, badan pelaksana, dan mekanisme keuangan; • proses untuk meninjau implementasi, mempromosikan kepatuhan, dan menyelesaikan perselisihan; dan • proses pembuatan hukum untuk penerapan komitmen yang lebih spesifik, biasanya dalam bentuk protokol dan pedoman.

WHO FCTC menekankan strategi pengurangan permintaan. Ketentuan pengurangan permintaan inti tercantum dalam pasal 6 sampai 14, sedangkan ketentuan pengurangan pasokan diatur dalam pasal 15 sampai 17. 62 Fitur baru perjanjian ini mencakup ketentuan yang membahas tanggung jawab industri tembakau (pasal 19), mekanisme untuk ilmiah dan kerja sama teknis dan pertukaran informasi (pasal 20 hingga 22), dan pentingnya partisipasi masyarakat sipil sebagai "penting dalam mencapai tujuan Konvensi dan protokolnya" (pasal 4.7).

Hebatnya, FCTC adalah yang terlemah dalam hal aspek lintas batas pengendalian tembakau. Tidak ada kewajiban mengikat terkait harga, tidak ada kesepakatan tentang sinkronisasi tingkat harga, dan tidak ada komitmen mengikat tentang iklan transnasional.

Rokok bebas pajak tetap sah, dan kata perdagangan tidak pernah muncul di FCTC. Terkait dengan harmonisasi harga, hanya ada sedikit perdebatan; hampir semua negara sepakat bahwa itu adalah hak kedaulatan negara untuk menentukan kebijakan fiskal mereka sendiri. Dengan demikian, FCTC jauh lebih sedikit sebagai alat hukum internasional daripada perjanjian antara negara untuk melembagakan hukum domestik berdasarkan nilai-nilai umum yang terkait dengan kontrol dan pencegahan penyakit yang berhubungan dengan tembakau. Di INB5, direktur jenderal WHO mengakui bahwa teks perjanjian itu jauh dari harapan semula; Namun, oleh INB6 Brundtland meminta negara-negara untuk mendukung rancangan yang dapat memerintahkan dukungan luas. Mereka berhasil FCTC adalah cerita dua sisi. Di satu sisi, FCTC adalah kisah tunggal dari upaya internasional untuk mengembangkan instrumen baru dalam tata kelola kesehatan global. Di sisi lain, FCTC terdiri dari hampir 200 cerita individu tentang bagaimana norma-norma hukum internasional baru dipahami, dinegosiasikan, dan diterjemahkan ke dalam undang-undang domestik. Untuk mengabadikan cerita ini, buku ini dibagi menjadi dua bagian. Bagian pertama menawarkan perspektif global tentang proses dan pemain yang mempengaruhi pengembangan dan implementasi perjanjian. Bab 2 berfokus pada sejarah ekspansi global industri tembakau, munculnya bukti yang menghubungkan penggunaan tembakau dengan kematian dan penyakit, dan proses melalui mana jaringan internasional awal di antara segelintir profesional kesehatan masyarakat berevolusi menjadi gerakan global yang berkomitmen pada gagasan tersebut. dari rezim hukum internasional untuk tembakau. Bab 3 berkonsentrasi pada negosiasi FCTC, pengadopsiannya oleh Majelis Kesehatan Dunia (WHA), dan pemberlakuannya.

Bab ini memberikan wawasan tentang perdebatan besar, mengeksplorasi pengaruh masyarakat sipil dan industri swasta, dan menganalisis hasil tekstual akhir. Bab 4 mengulas implementasi FCTC dalam dekade setelah adopsi oleh WHA. Bab ini membahas pelembagaan global rezim perjanjian, termasuk pembentukan Konferensi Para Pihak (COP) kepada WHO FCTC, yang kemudian menegosiasikan pedoman implementasi untuk banyak artikel dalam perjanjian dan meluncurkan negosiasi protokol pertama FCTC terkait dengan perdagangan ilegal produk tembakau — diadopsi secara resmi pada sesi kelima COP pada November 2012. Bab ini juga mengeksplorasi kontribusi pendanaan filantropis yang signifikan untuk pengembangan kapasitas yang relevan dengan FCTC dan advokasi kebijakan, dan mengevaluasi perubahan besar dalam kebijakan di negara-negara. Bab ini diakhiri dengan mempertimbangkan beberapa tantangan transnasional paling signifikan yang dihadapi FCTC saat memasuki dekade kedua.

C. Konteks Pengendalian Tembakau di Indonesia

Saat ini, rokok sebagai produk yang bersifat adiktif merupakan masalah mendasar yang harus diselesaikan bangsa ini karena Indonesia adalah Negara dengan prevalensi perokok tertinggi ketiga di dunia dibawah Cina dan India. Hasil Riset Kesehatan Dasar 2018 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan data perokok pemula usia 10–18 Tahun mengalami peningkatan secara signifikan menjadi 9,1% dari target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional pada angka 5,4% pada tahun 2019. Peningkatan prevalensi perokok pemula ini berdasarkan banyak penelitian sejalan dengan upaya Industri rokok menjadikan generasi muda sebagai target utama. WHO (World Health Organization) juga mengungkapkan data akibat dari konsumsi rokok di Indonesia yang menyebutkan bahwa konsumsi tembakau telah membunuh sebanyak 225.720 orang setiap tahunnya angka tersebut menyumbang 14,7% dari angka semua kematian yang berada di Indonesia.

Tidak hanya pada perokok pemula saja, bahaya rokok juga telah menyerang orang dewasa dan anak-anak sebagai bukti meningkatnya angka kesakitan dan kematian akibat rokok dan paparan asapnya yang dapat memberikan kerugian pada berbagai aspek, seperti:

- a. Kesehatan: Hasil Riskesdas tahun 2018 tersebut menunjukkan ada beberapa kenaikan angka prevalensi terhadap penyakit tidak menular (Non-Communicable Disease) seperti Kanker untuk usia ≥ 15 tahun 10,9‰ (2018) dari 7‰ (2013) dan Hipertensi untuk usia ≥ 18 tahun 43,1% (2018) dari angka 25,8% (2013);
- b. Ekonomi dan Kesejahteraan: Total macroeconomic loss akibat pembelanjaan dan konsumsi tempakau pada tahun 2013 sebesar Rp.378,75 triliun rupiah, mencakup:
 1. Pengeluaran masyarakat untuk membeli tembakau (138 triliun rupiah)
 2. Kehilangan tahun produktif karena kematian prematur, sakit dan disabilitas (235,4 triliun rupiah);
 3. Total biaya rawat jalan dan rawat inap karena penyakit terkait tembakau (5,35 triliun rupiah);

Jumlah kerugian ekonomi ini jauh lebih besar dari pendapatan cukai hasil tembakau sebesar Rp.103,02 triliun rupiah untuk tahun yang sama (2013). Tahun 2015 terjadi kenaikan signifikan kerugian ekonomi makro karena konsumsi produk tembakau (rokok) hingga mencapai angka Rp.691,61 triliun rupiah hampir dua kalilipat dari dua tahun sebelumnya.

- c. Lingkungan: Permasalahan lingkungan juga timbul akibat dari hasil pembakaran rokok yaitu puntung rokok, puntung rokok butuh waktu kurang lebih selama 10 tahun untuk terurai. Hal ini juga secara langsung dapat mencemari tanah dan air tanah karena puntung rokok yang secara langsung dan mengendap dalam tanah kurang lebih sekitar 10 tahun lamanya agar bisa terurai. Produksi rokok di Indonesia meningkat setiap tahunnya, sebagai gambaran pada tahun 2004 saja sudah mencapai 5,5 triliun rokok atau kurang lebih 10,5 juta per menit. Bila volume setiap 20 buah puntung rokok adalah 10 ml maka volume total untuk 5,5 triliun puntung rokok adalah 2.750.000.000 liter. Volume sebanyak ini akan mengisi penuh sekitar 1.100 kolam renang ukuran olimpiade.

Puntung rokok merupakan limbah dari rokok yang berupa sisa tembakau yang telah dibakar dan dihisap. Puntung rokok merupakan salah satu jenis limbah yang sangat mudah ditemukan di tempat-tempat umum dan hampir diseluruh dunia. Dilihat dari jumlahnya, puntung rokok menyumbang 32 persen sampah di pantai, sungai maupun perairan, dalam salah satu diskusi panel di ajang 15th World Conference on Tobacco or Health, di Suntec Convention Center Singapura. Menurut Novotny (2007) dalam penelitian yang dilakukan oleh Amriji aji dkk kandungan racun yang ada di setiap puntung rokok sangat mencemari perairan. Penelitian yang dilakukan terhadap 2 spesies ikan dari perairan air tawar maupun laut menunjukkan bahwa racun di tiap puntung yang terlarut dalam tiap 1 liter air kadarnya cukup untuk membunuh 1 ekor ikan kecil.

Indonesia merupakan salah satu negara penghasil tembakau di dunia, sekaligus pasar produk rokok yang terbesar. Banyaknya kasus kematian akibat rokok mendorong berbagai pihak mendesak pemerintah untuk melakukan pengendalian tembakau, melalui aksesinya FCTC (Framework Convention on Tobacco Control).

Badan Kesehatan Dunia (WHO) mendorong pemerintah Indonesia segera meratifikasi FCTC (Framework Convention on Tobacco Control), sebagai instrumen hukum yang komprehensif untuk mengendalikan tembakau. Dina Kania, selaku National Profesional Officer for Tobacco Free Initiative, WHO, mengatakan, akses FCTC diperlukan untuk memperkuat aturan yang telah ada mengenai pengendalian tembakau di Indonesia. FCTC memungkinkan perlindungan bagi kesehatan masyarakat, melalui pengendalian permintaan, harga dan cukai, kemasan dan pelabelan, iklan atau promosi dan sponsor rokok, serta perlindungan dari asap. Selain pengendalian permintaan, perlu juga dilakukan pengendalian penawaran, termasuk upaya melarang penjualan rokok pada anak dibawah umur.

Masalah kesehatan dan kematian akibat rokok, menjadi perhatian serius aktivis anti rokok di Indonesia. Hal ini dipengaruhi tingginya angka kematian akibat rokok, yaitu 6 juta orang di dunia setiap tahunnya, yang pada tahun 2030 diperkirakan mencapai 8 juta orang atau 1 kematian setiap 6 detik. Sementara di Indonesia, terdapat 600.000 kematian prematur setiap tahun akibat terpapar asap rokok, 430.000 menimpa orang dewasa, dimana 64 persen adalah perempuan dan 28 persen adalah anak-anak. Ketua Badan Khusus Pengendalian Tembakau, Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), Widyastuti Soerojo mengatakan, pengendalian tembakau khususnya rokok perlu disikapi serius oleh pemerintah, agar tidak semakin banyak anak usia remaja dan yang lebih muda lagi yang menjadi korban dari rokok. Semakin muda dia merokok semakin panjang dia akan merokok, dan semakin panjang waktunya bagi dia itu akumulasi zat-zatnya lebih banyak daripada dia mulai merokok misalnya umur 30, dia umur lebih muda maka dia lebih panjang, lebih panjang lebih menguntungkan buat industri rokok.

Produksi tembakau Indonesia pada tahun 2015 menurut data Kementerian Pertanian sebanyak 363.000 ton dengan produk rokok yang dihasilkan sebanyak 360 milyar batang per tahun 2014. Pengendalian tembakau menurut Widyastuti Soerojo, dipastikan tidak akan mempengaruhi petani tembakau, karena di negara produsen tembakau yang telah meratifikasi FCTC produksi tembakaunya malah meningkat.

Widyastuti mendorong pemerintah dan semua elemen masyarakat melakukan gerakan pengendalian tembakau, melalui inovasi pemanfaatan tembakau selain untuk produk rokok. Pengalihan pemanfaatan produk tembakau dapat tetap mendatangkan pendapatan bagi petani tembakau, karena tembakau dapat dimanfaatkan untuk produk selain rokok yang bermanfaat bagi masyarakat luas. Bisa saja untuk insectisida, pestisida organik, tapi itu sudah agak jarang karena dianggap memberikan polusi yang cukup besar untuk alam, tidak terlalu dianjurkan ke sana, industri rumah tangga oke tapi tidak untuk massal. Yang kedua untuk insulin, beberapa mengatakan untuk kosmetik, tapi yang pernah dicoba, diuji coba adalah untuk insulin. Kalau untuk membuat insulin tidak semudah yang kita perkirakan karena dia membutuhkan investasi biaya tinggi.

Upaya Pengendalian Tembakau yang diatur dalam FCTC antara lain: larangan iklan, promosi, pemberian sponsor pada industri produk tembakau terutama rokok; menyediakan ruang untuk merokok demi menghindari paparan asap rokok; mengatur pengemasan dan pelabelan dengan mendesain 30% dari permukaan bungkus rokok berupa pencantuman peringatan kesehatan; menekan negara – negara yang terlibat dalam FCTC untuk mencegah penyelundupan tembakau; mencegah penjualan tembakau bebas bea dan menekan pemerintah di negara – negara yang terlibat untuk meregulasi kebijakan cukai dan harga produk tembakau sebagai upaya untuk menekan konsumsi tembakau; mendorong industri produk tembakau untuk mengungkapkan kandungan yang terdapat dalam produk mereka; menekan negara anggota untuk bersedia mengikuti FCTC dibawah pengawasan WHO dengan bertanggung jawab, berkomitmen serta bersedia untuk menyediakan pendanaan dalam rangka menangani epidemi konsumsi tembakau di lingkup global. WHO mengklaim bahwa agenda ini adalah upaya untuk menegaskan penduduk di berbagai negara di dunia berhak untuk menikmati standar kesehatan yang tertinggi dengan cara menanggulangi epidemi konsumsi tembakau yang ada dalam skala global. Hal tersebut tentu berdampak pada negara negara agrikultur yang memiliki kebudayaan mengkonsumsi tembakau.

Pemain utama di tingkat global dalam agenda global pengendalian tembakau ini adalah Michael Bloomberg dengan organisasi yang dipimpinnya yakni Bloomberg Initiatives. Bloomberg Initiatives adalah lembaga yang didirikan oleh Michael Bloomberg untuk melakukan berbagai kegiatan filantropisnya dan memiliki fokus utama yakni pengendalian tembakau dalam lingkup global. Bloomberg merupakan mitra utama WHO dalam mendorong suksesnya agenda yang dikandung FCTC dan hal tersebut dapat dibuktikan dengan keterlibatan Bloomberg, misalnya dalam perekrutan Online untuk Ukraina pada tahun 2007 dan India pada tahun 2011. Dalam menjalankan agendanya, Bloomberg dan kelompoknya menggulirkan berbagai upaya mulai dari kolaborasi, penyediaan sumberdaya manusia, penyediaan alat hingga penyediaan dana. Dalam mendorong agenda FCTC, Bloomberg Initiatives tidak mendirikan basis-basis di berbagai negara namun melakukan gerakan dengan cara menyebarkan jaringan mereka dari berbagai komponen masyarakat suatu negara untuk mendorong lahir dan bergulirnya advokasi pengendalian tembakau di berbagai negara. Dalam praktiknya, sepaketerjang kelompok pengendalian tembakau yang diprakarsai oleh jaringan Bloomberg seringkali hanya melihat dari aspek kesehatan saja dan mengabaikan aspek sosial-budaya dari produk tembakau yang berusaha mereka tekan. Hal ini dapat dilihat dalam beberapa contoh kasus di negara-negara yang memiliki produk dan tradisi kebudayaan mengonsumsi tembakau yang khas seperti India. India dengan produk Bidis dan Indonesia dengan Kretek sebagai produk kebudayaan mengonsumsi tembakau. India dengan Bidis sebagai produk kebudayaan mengonsumsi tembakau kemudian menandai FCTC pada 10 September 2003 dan menerapkan isi FCTC terhitung sejak 5 Februari 2004. Dengan meratifikasi FCTC, India telah memosisikan Bidis sebagai produk kebudayaan mengonsumsi tembakau dalam pengawasan ketat dibawah kerangka kerja FCTC. Meskipun Indonesia tidak meratifikasi FCTC (Kemenperin, t.t), Indonesia tetap berada dalam lingkup advokasi pengendalian epidemic tembakau yang digalakkan oleh WHO. Advokasi pengendalian tembakau di Indonesia digalakkan berbagai pihak, salah satunya oleh TCSC (Tobacco Control Support Center).

Promosi WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) sebagai landasan hukum internasional dalam memerangi tembakau, masih menjadi salah satu misi WHO Tobacco Free Initiative hingga saat ini. Potensi keuntungan tersebut masih bias berkali-kali lipat lebih besar di tahun-tahun mendatang. WHO terus gencar mengampanyekan perang global melawantembakau. Apalagi, Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), perjanjian internasional pengendalian tembakau yang bersifat menyeluruh (mengatur produksi, penjualan, distribusi, iklan, hingga perpajakan tembakau), telah diadopsi oleh Majelis Kesehatan Dunia pada tahun 2003 dan mulai berlakunya di tahun 2005. FCTC yang bermula dari WHO Tobacco Free Initiative tahun 1998 menjelma menjadi salah satu perjanjian yang paling besar pengaruhnya dalam sejarah PBB. Tercatat 172 negara turut terlibat dalam FCTC.

Aktor Global Pengendalian Tembakau yang lain adalah organisasi global yang berasal dari Perancis yang bernama THE UNION. Menurut Ibu Diah Dewanti, Konsultan THE UNION untuk Indonesia, menyampaikan bahwa UNION memiliki visi dan misi yaitu melindungi semua orang dari penyakit yang terpapar karena paru-paru, seperti TB, paru-paru dan kanker paru-paru dan lain sebagainya semua penyakit yang berhubungan dengan paru-paru, nah kenapa ko Tobacco control salah satu factor resiko TB yang paling besar adalah rokok, termasuk juga kanker, penyakit paru-paru lain yaitu adalah salah satunya rokok, sehingga divisi dari penyakit TB dan penyakit Paru-paru lainnya kita mau masuk kedalam tobacco control ini jadi divisi tobacco control ini lebih kepada pengendalian rokok atau tembakau yang ada di Indonesia jadi kami mengikuti visi dan misi melindungi rakyat seluruh Negara Dunia yang mereka terpapar sakit di karenakan dari penyakit yang di akibatkan rokok itu. THE UNION berdiri pada tahun 2002, dan mulai melakukan invansi Gerakan tobacco control ke Indonesia pada tahun 2009. Pada tahun 2010 mulai menjalin kerjasama dengan Kementrian Kesehatan melalui Program TB.

Selanjutnya THE UNION sampai saat ini telah menjalin kerjasama dengan banyak organisasi mitra di Indonesia, antara lain: MTCC UMY, MTCC UM Magelang, UDAYANA CENTRAL, NO TC Bogor, dan masih banyak lagi. Adapun mitra dari pemerintahan, selain Kementerian Kesehatan RI, juga dengan Kementerian Keuangan, dan Pemerintah Daerah, saat ini THE UNION fokuskan Gerakan di Pulau Jawa, Sumatera dan Indonesia Timur, dan Indonesia Timur seperti Bali, Nusa Tenggara Timur, dan Sulawesi, Gerakan pertama di Makasar. Sebenarnya fokus Gerakan THE UNION melakukan upaya penurunan angka penderita TB di seluruh dunia, termasuk di Indonesia yaitu menurunkan angka penderita penyakit TB.

Tujuan THE UNION bermitra dengan Pemerintah adalah untuk mendorong Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah untuk membuat kebijakan. Melalui kebijakan, maka semua pihak akan terikat untuk melaksanakan kebijakan tersebut untuk melindungi masyarakat. Kampanye untuk meningkatkan kesadaran masyarakat juga dilakukan untuk meningkatkan kapasitas masyarakat dan kepedulian masyarakat mengenai hak atas kesehatan dan sekaligus masyarakat diedukasi untuk melakukan sosialisasi gaya hidup sehat. Selain itu juga, kegiatan THE UNION di Indonesia adalah untuk melindungi masyarakat, meningkatkan perekonomian masyarakat dengan cara melindungi kesehatan mereka, meningkatkan produktifitas kerja, dan perekonomian negra secara utuh.

THE UNION dalam melakukan Gerakan di Indonesia juga menjalin kerjasama dengan Donor Global yang juga sedang menjalankan program di Indonesia, antara lain dengan CONTROL TOBACCO FREE KIDS, dan WOLRD HEALTH ORGANISATION, dan terakhir juga bermitra dengan VITAL STRATEGIS, guna mendukung Pemerintah Indonesia untuk menetapkan serangkaian peraturan perundang-undangan, seperti undang-undang, peraturan pemerintah, keputusan presiden, hingga peraturan perundang-undangan di tingkat daerah seperti peraturan daerah, peraturan gubernur, peraturan bupati, dan peraturan walikota. Kebijakan Pemerintah Pusat akan menjadi paying bagi pemerintah daerah maupun CSO untuk bekerjasama untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap prokok, kepadakesehatantentunya, dan yang kedua juga perlindungan untuk warga masyarakat yang terpapar asap rokok.

Menurut Dr Rohani Budi Prihatin selaku Teknikal Asisten Daerah yang ditugaskan oleh THE UNION, sebenarnya ketika Kebijakan Pemerintah telah ditetapkan, maka harapannya kebijakan tersebut akan mengubah perilaku masyarakat. Jadi kata kunci yaitu, yang di ubah itu regulasinya agar dapat mengubah perilaku masyarakat. Kenapa regulasinya yang di ubah? Karena asumsinya perubahan regulasi aka ada perubahan perilaku di masyarakat, dan juga karena gerakan edukasi masyarakat tidak dapat mengubah perilaku masyarakat. Ekspetasi THE UNION mendasarkan pada road map pengendalian tembakau di tahun 2019, 70% kabupaten dan kota sudah menetapkan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok, akan tetapi sampai tahun 2019 baru sekitar 300 kabupaten/kota dari 516 kabupaten/kota seluruh Indonesia yang telah memiliki PERDA KTR. Akan tetapi dari 300 kabupaten/kota yang telah mempunyai PERDA KTR tersebut tidak semuanya bagus baik materi regulasinya maupun implementasinya. Misalnya, ada daerah yang hanya menetapkan KTR di dua Kawasan yaitu sekolah dan tempat pelayanan kesehatan, sementara tempat umum seperti stasiun, terminal, kantor-kantor pemerintah dan lain sebagainya tidak ditetapkan sebagai KTR. Padahal sebenarnya ada 7 tempat yang merupakan kawasan tanpa rokok semua.

Sejauh ini Gerakan pengendalian tembakau di Indonesia yang diinisiasi oleh THE UNION ada 4 pengendalian rokok di Indonesia; yaitu: (1) pengendalian dengan menetapkan Kawasan Tanpa Rokok, (2) pengendalian melalui peringatan kesehatan bergambar pada bungkus rokok, (3) kenaikan cukai; dan (4) pelarangan iklan rokok di media. Kenaikan cukai dan pelarangan iklan rokok di Indonesia merupakan upaya yang paling sulit dilaksanakan. Di Indonesia, pelarangan iklan rokok di media TV sangat sulit dilakukan, karena pihak pemilik TV atau industri penyiaran masih berdalih iklan rokok memberikan penghasilan yang besar bagi kehidupan mereka. Faktor lain yang mempengaruhi pengambil kebijakan enggan melakukan pengendalian tembakau yakni karena adanya tekanan dari industri rokok. Disamping juga tingkat pemahaman yang kurang baik, sehingga tidak menempatkan isu kesehatan menjadi prioritas pembangunan di daerah, karena bukan sebagai isu yang tidak menguntungkan secara politik (strategic political benefit).

Empat area penting dalam pengendalian rokok menurut Dr Rohani Budi Prihatin yang dapat di terima di kalangan pemerintah daerah hanya KTR, mengingat hamper sudah sekitar 300 Perda KTR telah ditetapkan oleh pemerintah daerah. Sedangkan yang paling silut adalah melakukan pelarangan iklan rokok. Iklan rokok di televise sampai saat ini masih ada di 14 Negara, salah satunya Indonesia, selain Somalia, Zimbabwe, Afrika, negara-negara di Asia. Pengendalian sulit yang kedua adalah menaikkan cukai rokok. Indonesia di tahun 2019, cukai rokok rata rata baru antara 49-52%, sementara di Negara Negara lain itu hamper 70%. Misalnya Rokok Gudang Garam asal di Indonesia, di Singapura harga per bungkus dijual Rp. 120.000 dikenai cukai rokok sebesar 80% atau sebesar Rp. 100.000 per bungkus. sedangkan di negara asalnya, Indonesia, rokok Gudang Garam dijual dengan harga Rp. 18.000 dikenai cukai rokok sebesar 50% atau sekitar Rp. 8000 perbungkus. Justeru Negara yang memproduksi rokok Gudang Garam mendapatkan income dari penjualan rokok lebih rendah dari negara yang mengimpor rokok Indonesia.

Pemerintah Singapura sangat sadar akan kesehatan masyarakatnya, mereka mengambil keuntungan yang paling tinggi karena instrumen paling pokok dalam pengendalian rokok adalah dari harga cukai, semakin harganya mahal, semakin tingkat konsumsinya rendah, caranya sederhana, dan masyarakat Singapura sadar bahwa kuntungan merokok juga tidak ada. Lain lagi di Inggris, walaupun angka perokok masih rendah yaitu sekitar 20%, tapi Pemerintah Inggris sudah melakukan upaya-upaya strategis untuk mengurangi jumlah perokok. Sementara Pemerintah Indonesia dengan jumlah perokok 36,4% dari 264 juta penduduk atau sebesar 76 juta penduduk Indonesia perokok. Industry rokok adalah industri yang sederhana saja, seolah tutup mata terhadap faktai ni, karena industry rokok mendapatkan uang sekitar Rp. 346 triliun pertahun, dan Pemerintah mendapatkan jatah Rp. 156 triliun per tahun.

Kementrian Kesehatan di tahun 2019 mengklaim capaian pengendalian tembakau di Indonesia, salah satunya yaitu: 308 kabupaten/kota telah memiliki peraturan mengenai KTR baik dalam bentuk Peraturan Daerah, Peraturan Gubernur, Peraturan Bupati, dan Peraturan Walikota.

Akan tetapi penetapan KTR, belum dibarengi dengan upaya penegakan hukum, sehingga kedepan Pemerintah akan melakukan upaya untuk mendorong peningkatan implementasi regulasi KTR. Kementerian Kesehatan berusaha memperkecil gap dengan Pemerintah Daerah dengan menjalankan strategi bekerjasama dengan Aliansi Bupati/Walikota Peduli KTR. Selain itu juga bermitra dengan LSM-LSM local untuk melakukan Gerakan pengendalian tembakau.

Geliat pengendalian tembakau secara intensif dilakukan di seluruh jajaran pemerintahan di Daerah istimewa Yogyakarta, baik dari level Pemerintah Provinsi hingga Pemerintah Kabupaten/Kota. Pemerintah Provinsi beserta 1 Kota dan 4 Kabupaten di DIY semuanya telah memiliki regulasi tentang Kawasan Tanpa Rokok.

Di Gunung Kidul, KTR diatur dalam Perda No 7 Tahun 2015. Implementasinya dilaksanakan lintas sektor. Di beberapa tempat yang komit terhadap kawasan KTR itu bias berjalan dengan baik, kemungkinan sudah 85 % capaiannya untuk di Kawasan pendidikan dan kesehatan baik milik swasta maupun pemerintah. Implementasi KTR di Kawasan Pendidikan dan kesehatan pemerintahan saat ini sudah mencapai 100% seperti di RSUD Wonosari sudah ada Satgas KTR bekerjasama dengan Petugas SATPOL Pamong Praja menegakkan KTR di Kawasan RSUD Wonosari. Dinas Kesehatan melakukan sosialisasi KTR dengan membagikan brosur, poster atau leaflet di sekolah-sekolah dari tingkat PAUD sampai SLTA di Gunung Kidul untuk dipasang. Implementasi KTR menjadi semakin baik, dengan adanya Instruksi Presiden No 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat untuk Hidup Sehat, sebagai upaya untuk mengurangi penderita penyakit tidak menular, seperti hipertensi, diabetes. Kampanye Perilaku hidup sehat (PHBS) harus terus dilakukan, setelah ada keputusan bersama 4 menteri terkait dengan sekolah sehat sekarang sedang dirintis lomba sekolah sehat tingkat Kabupaten dan Provinsi dan tingkat nasional. Salah satu sarana untuk mewujudkan sekolah sehat itu adalah mewujudkan amanat dari Instruksi Presiden No 1 Tahun 2017 dan Perda No 7 Tahun 2015 untuk dilaksanakan baik di lingkungan masyarakat maupun lingkungan sekolah sebagai tempat kegiatan proses belajar mengajar.

Di Gunung kidul setiap Desa diwajibkan melalui PUSKESMAS setiap tahun membentuk KTR di setiap padukuhan, artinya di setiap Padukuhan itu punya komitmen dimana harus merokok yang dimana tidak harus merokok. PUSKESMAS melakukan evaluasi setiap tahun pelaksanaan KTR di tiap-tiap Padukuhan. Pembentukan KTR di tiap- tiap pedukuhan dimaksudkan untuk mengurangi kasus penyakit tidak menular, dan Gerakan tidak merokok di rumah merupakan salah satu intervensi untuk melakukan upaya pencegahan dan pengurangan kejadian penyakit tidak menular meningkat.

Di Bantul, menindaklanjuti pengendalian tembakau telah ada regulasinya yaitu Peraturan Bupati Nomor 18 Tahun 2016. Tentang Peraturan Bupati itu tentang Kawasan Sehat Bebas Asap Rokok. Peraturan Bupati itu Pemerintah Kabupaten Bantul tersebut pada prinsipnya tidak melarang merokok, akan tetapi mengatur tempat-tempat yang boleh ada asap rokok dan tempat tempat yang tidak boleh ada asap rokok. Menurut Peraturan Bupati tersebut ada 9 kawasan yang bebas dari asap rokok, yang pertama adalah "rumah", yang ini yang agak beda dengan kabupaten/kota lain, karena rumah tidak menjadi salah satu KTR. Sampai saat ini Dinkes melakukan sosialisasi program pengendalian tembakau kemasayarakat, sekolah, membuat program dusun bebas asap rokok. Kepala dinas juga menginstruksikan kesekolah-sekolah. Dinkes juga bekerjasama dengan LSM untuk mendampingi dusun-dusun (misalnya dengan Rumah Zakat Baznas) dari pendampingan hingga deklarasi. Ada juga beberapa lomba bebas asap rokok – jika undangan tentang penyuluhan masyarakat cenderung tidak hadir. Namun tiap dusun deklarasi berbeda: tidak boleh merokok dirumah dan tidak boleh merokok berbeda-beda antar dusun.

Namun sampai saat ini Dinkes belum bisa memonitor bagaimana progressnya hingga saat ini. Dalam Pergub ada pasal yang menulis bahwa diperlukan tim pemantau tapi saat ini di Bantul belum terbentuk. Mulai 2018 sudah dimulai proses pembentukan tapi masih pengajuan di bagian hukum tapi hingga saat ini ada tarik ulur soal posisi sekda. Harapannya bulan April ada SK Bupati tentang Tim Pemantau. Target dinkes ada pada indikator 10. Jika program pengendalian tembakau dikelola oleh Dinkes sendiri ada semangat tapi tidak terlalu besar. Apalagi Dinkes posisinya hanya sebagai regulator dan tidak langsung mendampingi.

Selain rumah, akan dikembangkan dusun bebas asap rokok. Sampai saat inihanya 25 dusun bebas asap rokok dari total 933 dusun. Kemudian lanjut ke program kecamatan bebas asap rokok. Kerjasama dengan Rumah Zakat Baznas juga meningkatkan jumlah kelompok masyarakat yang ikut program pengendalian tembakau. Sampai sekarang Dinkes hanya bekerjasama dengan Klinik Baznas dalam pengendalian tembakau. Karena Baznas juga konsenkegiatanpreventif dan promotif: deklarasi beberapa dusun bebas rokok.

Dari perspektif pegiat pengendalian tembakau, seperti yang disampaikan oleh I Made dari UDAYANA CENTRAL Bali dan Azas Tigor Nainggolan dari FAKTA Jakarta, menyatakan bahwa selama regulasi Nasional mengenai pengendalian tembakau belum ada, maka upaya strategis yang harus dilakukan adalah memperkuat daerah-daerah untuk konsen pada pengendalian tembakau dan memperluas daerah-daerah semakin banyak regulasi tentang KTR, dan juga membantu mengimplementasikan regulasi KTR didaerah-daerah. Menurut Azas Tigor Nainggolan, FAKTA telah melakukan advokasi kebijakan pengendalian tembakau di beberapa daerah di Indonesia, antara lain di Sulawesi Tenggara, Solo Raya, Kabupaten Bekasi. Sedangkan UDAYANA CENTRAL berkonsentrasi melakukan advokasi kebijakan di Bali. UDAYANA CENTRAL memang berfokus pada upaya kesehatan masyarakat di Bali, dan dalam hal ini terkait dengan implementasi KTR di wilayah Bali. Dari banyak hal yang sudah dilakukan UDAYANA CENTRAL, upaya kesehatan masyarakat telah naik secara umum, terutama dalam mengendalikan area merokok di Kawasan publik di Bali.

Bagi daerah-daerah yang memiliki regulasi KTR, baik UDAYANA CENTRAL dan FAKTA mengorganisir kesadaran guna meningkatkan tingkat kesadaran masyarakat mengenai bahaya rokok, sebagai langkah awal pengendalian rokok di daerah. Advokasi membangun kesadaran masyarakat dilakukan secara terus menerus, hingga pada akhirnya akan mempengaruhi Pemerintah Daerah untuk menetapkan Regulasi KTR.

Baik UDAYANA CENTRAL maupun FAKTA menjalin kerjasama dengan berbagai Pemerintah Daerah dan LSM-LSM local dalam melakukan upaya kesehatan masyarakat atau pengendalian tembakau. Komunikasi dan kegiatan koordinasi kontinu terus dilakukan untuk saling mendukung kebijakan di tiap daerah. Kerjasama ini sangat memberikan dampak dalam pencapaian tujuan organisasi, dan kebijakan KTR yang diterapkan secara massif dapat menimbulkan efek yang lebih luas terhadap masyarakat.

D. Pengendalian iklan dalam Penurunan Prevalensi Rokok

Iklan rokok menjadi salah satu factor resiko meningkatnya prevalensi atau angka kejadian merokok di Indonesia. Olehkarena itu, pelarangan iklan ini menjadi hal yang sangat penting untuk dilakukan, agar masyarakat, terutama kalangan anak-anak, tidak dapat terpapar pada tawaran atau marketing dari produk rokok ini.

Dasar Hukum Pemblokiran Iklan Produk Tembakau (Rokok) dan E-Cigarette atau Electronic Nicotine Delivery System (ENDS)

1. Undang-undang Dasar Republik Indonesia 1945, Pasal:
 - a. Pasal 28B ayat (2): "Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan kembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi;
 - b. Pasal 28D ayat (1): "setiap orang berhak atas pengakuan, jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama dihadapan hukum;
 - c. Pasal 28I ayat (4): "Perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggung jawab negara, terutama pemerintah.
 - d. Pasal 28J ayat (2): "Dalam menjalankan hak dan kebebasan, setiap orang wajib tunduk kepada pembatasan yang ditetapkan dengan undang-undang dengan maksud semata-mata untuk menjamin pengakuan serta penghormatan atas hak dan kebebasan orang lain dan untuk memenuhi tuntutan yang adil sesuai dengan pertimbangan moral, nilai-nilai agama, keamanan, dan ketertiban umum dalam suatu masyarakat demokratis.
2. Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPdt), Pasal 2: Anak yang ada dalam kandungan seorang perempuan dianggap telah lahir, bilamana kepentingan si anak menghendaknya.

Mati sewaktu dilahirkannya, dianggaplah ia tak pernah telah ada.

3. Undang Undang Nomor 32 Tahun 2002 tentang Penyiaran: Pasal 46 ayat (3) huruf:
 - a. Huruf b: promosi minuman keras atau sejenisnya dan bahan atau zat adiktif;

- b. Huruf c: promosi rokok yang memperagakan wujud rokok;
 - c. Huruf e: eksploitasi anak di bawah umur 18 (delapan belas) tahun.
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Pasal:
- a. Pasal 4: "Setiap orang berhak atas kesehatan";
 - b. Pasal 6: "Setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan";
 - c. Pasal 11: "Setiap orang berkewajiban berperilaku hidup sehat untuk mewujudkan, mempertahankan, dan memajukan kesehatan yang setinggi-tingginya";
 - d. Pasal 12: "Setiap orang berkewajiban menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan bagi orang lain yang menjadi tanggung jawabnya";
 - e. Pasal 14 ayat (1): "Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat";
 - f. Pasal 17: "Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya";
 - g. Pasal 46: "Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat";
 - h. Pasal 47: "Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan";
 - i. Pasal 48 (1) huruf p: "Penyelenggaraan upaya kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 dilaksanakan melalui kegiatan pengamanan zat adiktif";

- j. Pasal 62 ayat (2): "Pencegahan penyakit merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/ atau masyarakat untuk menghindari atau mengurangi risiko, masalah, dan dampak buruk akibat penyakit";
 - k. Pasal 81 Ayat (1): "Upaya kesehatan olahraga lebih mengutamakan pendekatan preventif dan promotif, tanpa mengabaikan pendekatan kuratif dan rehabilitative";
 - l. Pasal 113 Ayat:
 - 1) Ayat (1): " Pengamanan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan";
 - 2) Ayat (2): " Zat adiktif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi tembakau, produk yang mengandung tembakau, padat, cairan, dan gas yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi dirinya dan/atau masyarakat sekelilingnya";
 - m. Pasal 116: "Ketentuan lebih lanjut mengenai pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah".
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, Pasal:
- a. Pasal 20: Negara, Pemerintah, Pemerintah Daerah, Masyarakat, Keluarga, dan Orang Tua atau Wali berkewajiban dan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan Perlindungan Anak;
 - b. Pasal 21, ayat:
 - 1) Ayat (1): Negara, Pemerintah, dan Pemerintah Daerah berkewajiban dan bertanggung jawab menghormati pemenuhan Hak Anak tanpa membedakan suku, agama, ras, golongan, jenis kelamin, etnik, budaya dan bahasa, status hukum, urutan kelahiran, dan kondisi fisik dan/atau mental;

- 2) Untuk menjamin pemenuhan Hak Anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), negara berkewajiban untuk memenuhi, melindungi, dan menghormati Hak Anak;
- c. Pasal 44, ayat:
 - 1) Ayat (1): ""Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang komprehensif bagi Anak agar setiap Anak memperoleh derajat kesehatan yang optimal sejak dalam kandungan.
 - 2) Ayat (3): "Upaya kesehatan yang komprehensif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, baik untuk pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan".
 - d. Pasal 45B, ayat (1): Pasal 45B (1) Pemerintah, Pemerintah Daerah, Masyarakat, dan Orang Tua wajib melindungi Anak dari perbuatan yang mengganggu kesehatan dan tumbuh kembang Anak;
 - e. Pasal 46 Negara: Pemerintah, Pemerintah Daerah, Keluarga, dan Orang Tua wajib mengusahakan agar Anak yang lahir terhindar dari penyakit yang mengancam kelangsungan hidup dan/atau menimbulkan kecacatan.";
 - f. Pasal 59 ayat (2), huruf:
 - 1) Huruf d: "Anak yang dieksploitasi secara ekonomi dan/atau seksual";
 - 2) Huruf e: "Anak yang menjadi korban penyalahgunaan narkoba, alkohol, psikotropika, dan zat adiktif lainnya";
 - g. Pasal 67 Perlindungan khusus bagi Anak yang menjadi korban penyalahgunaan narkoba, alkohol, psikotropika, dan zat adiktif lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (2) huruf e dan Anak yang terlibat dalam produksi dan distribusinya dilakukan melalui upaya pengawasan, pencegahan, perawatan, dan rehabilitasi.
 - h. Pasal 76A huruf a: "Setiap orang dilarang memperlakukan Anak secara diskriminatif yang mengakibatkan Anak mengalami

kerugian, baik materiil maupun moril sehingga menghambat fungsi sosialnya;"

- i. Pasal 76I: "Setiap Orang dilarang menempatkan, membiarkan, melakukan, menyuruh melakukan, atau turut serta melakukan eksploitasi secara ekonomi dan/atau seksual terhadap Anak";
 - j. Pasal 76J ayat: Ayat (2): "Setiap Orang dilarang dengan sengaja menempatkan, membiarkan, melibatkan, menyuruh melibatkan Anak dalam penyalahgunaan, serta produksi dan distribusi alkohol dan zat adiktif lainnya;
 - k. Pasal 8g ayat (2): "Setiap orang yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76J ayat (2), dipidana dengan pidana penjara paling singkat 2 (dua) tahun dan paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling sedikit Rp20.000.000,00 (dua puluh juta rupiah) dan denda paling banyak Rp200.000.000,00 (dua ratus juta rupiah).
6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi Dan Transaksi Elektronik:
- a. Pasal 3: "Pemanfaatan Teknologi Informasi dan Transaksi Elektronik dilaksanakan berdasarkan asas kepastian hukum, manfaat, kehati-hatian, iktikad baik, dan kebebasan memilih teknologi atau netral teknologi";
 - b. Pasal 26 ayat (4): "Setiap Penyelenggara Sistem Elektronik wajib menyediakan mekanisme penghapusan Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik yang sudah tidak relevan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan";
 - c. Pasal 40 ayat
 - 1) Ayat (2a): "Pemerintah wajib melakukan pencegahan penyebarluasan dan penggunaan Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik yang memiliki muatan yang dilarang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan";

- 2) Ayat (2b): "Dalam melakukan pencegahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2a), Pemerintah berwenang melakukan keputusan akses dan/atau memerintahkan kepada Penyelenggara Sistem Elektronik untuk melakukan keputusan akses terhadap Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik yang memiliki muatan yang melanggar hukum.
7. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 109 Tahun 2012 Tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan, Pasal:
 - a. Pasal 2 ayat (1): "Penyelenggaraan pengamanan penggunaan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan";
 - b. Pasal 26 ayat:
 - 1) Ayat (1): "Pemerintah melakukan pengendalian Iklan Produk Tembakau";
 - 2) Ayat (2): "Pengendalian Iklan Produk Tembakau sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada media cetak, media penyiaran, media teknologi informasi, dan/atau media luar ruang".
 - c. Pasal 27: "Pengendalian Iklan Produk Tembakau sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26, antara lain dilakukan sebagai berikut:
 - 1) Huruf c: "tidak memperagakan, menggunakan, dan/atau menampilkan wujud atau bentuk Rokok atau sebutan lain yang dapat diasosiasikan dengan merek Produk Tembakau";
 - 2) Huruf d: "tidak mencantumkan nama produk yang bersangkutan adalah Rokok";
 - 3) Huruf e: "tidak menggambarkan atau menyarankan bahwa merokok memberikan manfaat bagi kesehatan";

- 4) Huruf g: "tidak merangsang atau menyarankan orang untuk merokok";
 - 5) Huruf i: "tidak ditujukan terhadap anak, remaja, dan/atau wanita hamil";
- d. Pasal 30: "Selain pengendalian Iklan Produk Tembakau sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27, iklan di media teknologi informasi harus memenuhi ketentuan situs merek dagang Produk Tembakau yang menerapkan verifikasi umur untuk membatasi akses hanya kepada orang berusia 18 (delapan belas) tahun ke atas";
 - e. Pasal 33: "Ketentuan lebih lanjut mengenai Iklan Produk Tembakau diatur dengan peraturan instansi yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang penyiaran";
 - f. Pasal 35 ayat (1): "Pemerintah melakukan pengendalian Promosi Produk Tembakau";
 - g. Pasal 36 ayat (1): "Setiap orang yang memproduksi dan/atau mengimpor Produk Tembakau yang mensponsori suatu kegiatan lembaga dan/atau perorangan hanya dapat dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a) tidak menggunakan nama merek dagang dan logo Produk Tembakau termasuk brand image Produk Tembakau; dan;
 - b) Tidak bertujuan untuk mempromosikan Produk Tembakau.
8. Surat Edaran Menteri Komunikasi Dan Informatika Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2016 Tentang Penyediaan Layanan Aplikasi Dan/Atau Konten Melalui Internet (Over The Top), Angka 5: "Penyediaan Layanan Aplikasi Dan/Atau Konten Melalui Internet (Over The Top)"; Poin:
 - a. 5.5. Kewajiban Penyedia Layanan Over The Top, yaitu:
 - 1) 5.5.1: "menaati ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang larangan praktek monopoli dan persaingan usaha tidak sehat, perdagangan, perlindungan konsumen, hak atas kekayaan intelektual, penyiaran, perfilman, periklanan,

- pornografi, anti terorisme, perpajakan; dan ketentuan peraturan perundang-undangan terkait lainnya”;
- 2) 5.5.3: "melakukan filtering konten sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan”;
 - 3) 5.5.4: "melakukan mekanisme sensor sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan”;
- b. 5.6 Penyedia Layanan Over The Top dilarang menyediakan layanan yang memiliki muatan:
- 1) 5.6.3: "mendorong khalayak umum melakukan tindakan melawan hukum, kekerasan, penyalahgunaan narkoba, psikotropika, dan zat adiktif lainnya, merendahkan harkat dan martabat manusia, melanggar kesusilaan dan pornografi, perjudian, penghinaan, pemerasan atau ancaman, pencemaran nama baik, ucapan kebencian (hate speech), pelanggaran hak atas kekayaan intelektual; dan/atau”;
 - 2) 5.6.4: "bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan”;

B. Dinamika Hubungan Aktor : Level Nasional dan Lokal Daerah

Pencapaian Program Kawasan Tanpa Rokok di Level Nasional dan Sub Nasional

Keberhasilan pelaksanaan program tobacco control sangat tergantung pada kerjasama antar pihak, baik pemerintah pusat, daerah, ataupun dengan lembaga swadaya masyarakat (LSM) yg lain. Menurut sumber dari informan Kemenkes, dengan adanya konsistensi Lembaga swadaya masyarakat (LSM) dalam keikutsertaan kegiatan-kegiatan pengendalian tembakau merupakan energi positif bagi sektor-sektor yang bekerja dengan visi pengendalian tembakau. Selain itu, keterlibatan antar sektor atau bagian di dalam Kemenkes juga merupakan hal yang positif untuk mendukung keberhasilan suatu program. Dalam hal pengendalian tembakau, bagian dari Kemenkes yang banyak terlibat adalah dari Direktorat PTM dan Promkes, didukung juga oleh Puskomlik (Pusat Komunikasi Publik). Konsep kerjasama lintas sektor ini juga diterapkan dalam konsep road map atau rencana pengembangan tobacco control for England (Department of Health, State for Health, 2011). Dalam road map tersebut disampaikan beberapa kunci aksi dalam kegiatan lintas sektor tobacco control, terutama peran yang diambil pemerintah, antara lain;

1. Mempublikasikan strategi marketing tobacco control dalam periode 3 tahunan;
2. Bekerjasama dengan remaja/ pemuda untuk mendorong gaya hidup sehat, termasuk tidak menggunakan produk tembakau;
3. Memberikan edukasi kepada masyarakat tentang bahaya penggunaan rokok;
4. Memotivasi perokok untuk mulai berhenti merokok;
5. Mendorong masyarakat untuk tidak melihat merokok sebagai sebuah norma;

6. Mendorong untuk menginisiasi rumah bebas asap rokok dan mobil keluarga bebas rokok;
7. Bekerjasama dengan professional kesehatan dan layanan sosial untuk mendorong perokok dalam program berhenti merokok dan menyediakan

Selain kerjasama antar bagian atau Direktorat di lingkungan Kemenkes, kegiatan pengendalian tembakau ini juga merupakan kolaborasi Bersama antara pemerintah daerah dan pemerintah pusat. Sinergisitas antar bagian di tiap level inilah yang akhirnya meningkatkan keberhasilan dari sebuah tujuan.

"...demikian juga saya ga bisa ngeklaim bahwa keberhasilan 308 kabupaten kota itu adalah oleh kerjanya Kemenkes aja, enggak. Itu kolaborasi kerja kita semua, antara teman teman NGO, akademisi dan orang daerah. Jadi saya pikir kolaborasi itu ya keberhasilan bersama, tidak ada keberhasilan sendiri-sendiri, karena ga ada satupun yang bisa di kerjain sendirian jadi semuanya tetep kolaborasi dengan pihak pihak yang ada di daerah " (Responden Kemenkes).

Konsep kerjasama multi sektor (*multisector approach-MSA*), merupakan pendekatan kerjasama yang melibatkan kolaborasi dari berbagai *stake holders*, seperti pemerintah, pihak swasta, maupun *civil society* atau publik yang ada bersama berbagai sektor yang ada, seperti sektor kesehatan, ekonomi, lingkungan, dan lain-lain, untuk mencapai tujuan bersama (Salunke and Lal, 2017). Kerjasama lintas sektor ini memberikan kemungkinan untuk berkolaborasi dalam berbagi pengetahuan, kepakaran, jangkauan jaringan, dan sumber daya lain yang terjadi dari interaksi berbagai pihak dalam sebuah kolaborasi (Salunke and Lal, 2017). Terlebih lagi, dalam upaya pengendalian tembakau (*tobacco control*), penerapan atau aplikasi Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), memerlukan upaya pendekatan lintas sektor, yang akan memperluas cakupan pendekatan yang terintegrasi dalam konteks health and development, yang hal ini dapat dilakukan melalui pendekatan-

pendekatan yang berkaitan atau berafiliasi dengan upaya advokasi bidang ketahanan pangan (misalnya program food security), kegiatan atau program berwawasan lingkungan, maupun aktivitas program berbasis pendekatan hak azasi manusia dan Pendidikan (Reddy et al., no date).

Kerjasama lintas sektor ini juga diperlukan di tataran pemerintah daerah, agar dukungan dari sebuah kebijakan dapat diusung Bersama dari banyak elemen. Seperti kutipan dari hasil wawancara berikut:

"...tapi itukan berkaitan dengan berbagai macam sektor oleh karena itu sampai saat ini yang paling konsen terhadap rokok ya Dinas kesehatan di dukung sama Dinas P3AP2KP yang terkait tadi mengusung tentang kebijakan wilayah layak anak." (Responden Pemerintah daerah Kabupaten Sleman).

Selain itu, kinerja hubungan kerjasama antar pemerintah di pusat dengan pemerintah daerah diharapkan dapat mencapai sebuah penyesuaian atau sinkronisasi. Sehingga ketercapaian program akan dapat lebih simultan dan lebih mudah. Kebijakan politik untuk pengaturan kawasan tanpa rokok atau kebijakan dalam tobacco control ini juga mengalami peningkatan di England, seperti dilaporkan dalam *action on smoking and health*, bahwa kebijakan pengendalian tembakau menduduki prioritas tinggi dari tahun 2014 (17%) meningkat menjadi 27% di tahun 2016 (Action on smoking and health, 2016). Peningkatan prioritas kebijakan ini menunjukkan kepedulian *policy holders* terhadap perlindungan masyarakat terhadap penyakit tidak menular (PTM).

Hal tersebut seperti yang disampaikan responden pada kutipan berikut:

"Iya kalau di Isu Rokok ya, kalau dari kementrian kesehatan yang namanya standar indikator pekerja kan harus di penuhi seluruh wilayah mereka punya Dinas Kesehatan tingkat Provinsi kalau disini DIY nah oleh karena itu yang sebenarnya punya kewenangan untuk komunikasi intensif itu melalui pemerintah provinsi, kami hanya bertanggung jawab utamanya pada Bupati, tapi secara program kita jelas mendukung isu nasional tadi,

koordinasinya bagaimana? ya kita koordinasinya selalu berkomunikasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi melalui forum-forum koordinasi melalui pertemuan-pertemuan khusus membahas isu rokok juga ada nah itulah yang kita lakukan komunikasinya..." (Responden Pemerintah Kabupaten Sleman).

Ikatan kondisi kerjasama atau kolaborasi ini menjadi penting untuk dikerjakan Bersama. Pada level pemerintah daerah, seperti halnya Pemerintah daerah Bantul, dengan adanya regulasi berupa Peraturan Bupati Bantul nomor 18 tahun 2016, membuat implementasi kawasan tanpa rokok (KTR) di Bantul menyoar hingga lingkungan rumah sebagai salah satu area KTR nya.

Selain upaya penegakkan, upaya pemberian informasi atau sosialisasi kepada masyarakat juga merupakan hal yang penting. Pihak Dinas Kesehatan Gunung Kidul juga mengadakan sosialisasi KTR, salah satunya dengan membuat media-media sosialisasi, contohnya *leaflet*, untuk disebar ke seluruh layanan pendidikan, dari tingkat Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) hingga Sekolah menengah Atas (SMA). Kebijakan-kebijakan di tingkat nasional, seperti kebijakan tentang Gerakan Masyarakat Hidup sehat (Germas) yang ada dalam Instruksi Presiden nomer 1 tahun 2017, serta kebijakan adanya Keputusan Bersama oleh empat kementerian tentang sekolah sehat, akan memperkuat pelaksanaan penerapan KTR di lingkungan masyarakat.

Pada wilayah Kota Yogyakarta dan Kabupaten Kulon Progo, kerjasama pemerintah daerah dengan pihak lain juga dirasakan memberikan dampak yang positif, terutama dalam proses legislasi regulasi KTR.

"Sebetulnya itu yang sangat positif, jadi kalau kita membangun apapun dengan masyarakat kita tidak sendiri, orang sendiri itu lemah apapun fisik apapun itu, sehingga kita harus bisa menggandeng, kolaborasi membuat kekuatan di situ lah kita denah, tapi kalau sendiri tidak bisa, adanya MTCC, adanya organisasi-organisasi masyarakat, itu merupakan suatu kekuatan kami untuk membuat kebijakan, itu kekuatan kami untuk melaksanakan, tanpa adanya itu ya gak bisa apa-apa" (Responden Pemda Kota Yogyakarta).

“Ya itukan salah satu contoh ya, yang lainnya saya lupa, sebetulnya banyak MTCC itu memberikan masukan-masukan tapi karena khususnya sudah 2 tahun 3 tahun yang lalu kan saya juga lupa tapi pada prinsipnya pembuatan PERDA KTR ini terus terang yang paling banyak memback up adalah MTCC...” (Responden Pemda Kota Yogyakarta).

Data-data tersebut mengindikasikan, keterlibatan pihak masyarakat, LSM dan Lembaga Pendidikan atau universitas, sangat diperlukan pihak pemerintah daerah dalam upaya legislasi dan implementasi kebijakan KTR. Pihak-pihak tersebut dapat memberikan dukungan dan sumbangan pemikiran terhadap pelaksanaan ataupun inisiasi kebijakan KTR di setiap pemerintah daerah. Koordinasi yang dibangun tiap Lembaga tersebut dengan pihak Pemerintah Pusat akan menjembatani kinerja hubungan atau relasi pemerintah daerah dan pemerintah pusat.

F. Hambatan Dalam Penerapan dan Koordinasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok

Sejauh ini, terkadang masih ditemui hambatan seperti adanya perbedaan prioritas pelaksanaan program kesehatan antara pemerintah daerah dan pemerintah pusat, menurut salah satu sumber dari Kemenkes. Hal itu dijumpai dengan kolaborasi Kementerian Kesehatan dengan Aliansi Bupati dan Walikota peduli KTR. Aliansi ini memiliki tujuan dalam mendorong advokasi bagi para pemerintah daerah untuk dapat berkonsolidasi dan berkoordinasi mewujudkan kesuksesan program KTR. Aliansi ini dipimpin oleh seorang Bupati (Bupati Kulon Progo), yang dalam menjalankan tugasnya berkoordinasi dengan bupati dan walikota di seluruh Indonesia.

Hambatan lain adalah tidak populernya program pengendalian tembakau di mata donor. Program lain seperti pengendalian kanker atau program Yayasan jantung, akan dapat menarik perhatian donor dibandingkan kegiatan preventif seperti penanggulangan tembakau. Kegiatan-kegiatan yang populer dan menarik perhatian Donor untuk

didanai biasanya memiliki dampak hasil yang dapat dilihat dalam waktu dekat. Lain halnya dengan kegiatan pengendalian tembakau, yang hasilnya dilihat dalam jangka waktu yang lama. Seperti tingkat penurunan prevalensi merokok yang dipengaruhi oleh adanya kebijakan atau regulasi yang ada di setiap daerah atau kabupaten.

Selain hambatan tersebut di atas, kondisi peta politik di Indonesia juga secara tidak langsung mempengaruhi pihak-pihak yang memiliki kepentingan untuk bertindak dengan pertimbangan-pertimbangan yang berafiliasi pada visi dan misi organisasi politiknya. Padahal, untuk upaya untuk dapat mereduksi hambatan-hambatan pada permasalahan ekonomi dan kesehatan yang berkaitan dengan penggunaan atau konsumsi rokok, diperlukan upaya mewujudkan kebijakan-kebijakan berbasis tobacco control yang komprehensif (Cohen et al., 2000).

Hal itu seperti dikutip dari pernyataan responden berikut:

"Kalau dari pusat ke lintas kementerian itu yang berat ya. Tentu karena ada beberapa kementerian yang di pilih dari partai politik, tentu mereka mengusung partai politiknya itu. Mungkin yang akan agak sulit kita ketahui, saya tidak bisa mengatakan bahwa mereka menerima sumbangan dari partai politik, dengan notabene itu terpampang jelas. Itu boleh kok, secara jelas secara undang-undang, partainya memang di bolehkan mendapatkan itu. Kita nggak bisa bilang kalau itu tidak akan mempengaruhi juga, tidak bisa bilang. Mana ada orang mau menyumbang kalau dia tidak ada tujuan, pasti ada tujuan di baliknya. Kalau mau kita harus mengubah Undang-undang itu" (Responden Kemenkes).

Adanya intervensi dari industri tembakau ini akan mempengaruhi tokoh-tokoh kunci dalam mengambil kebijakan. Di tingkat global, aksi industri ini juga menasar organisasi kesehatan dunia (WHO), dengan tujuan untuk mengurangi peran WHO dalam upaya pengendalian rokok atau tembakau (World Health Organisation, 2008). Dalam salah satu klausul Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), sudah diatur salah satu klausul, bahwa dalam rangka menghindarkan diri dari intervensi industri tembakau, maka seharusnya ada kebijakan yang mengatur agar pihak pemerintah daerah, karyawan, maupun konsultan tidak berafiliasi dengan industry

rokok (The Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2012).

“Karna kebijakan itu kan mengamankan bukan secara politik praktisnya, tapi secara politik kebijakannya. Mungkin ga di hentikan, banyak bantuan di hentikan. Iklan rokok di hentikan, semua berimbas pada iklim politik yaitu yang di luar kewenangan kami. Secara ekonomi jelas iklan rokok jelas kontribusinya lebih kecil di bandingkan dampak kesehatannya. Tapi kan yang mereka lihat saat ini, uang ini besar, sedangkan dampak kesehatan tidak terlihat...” (Responden Pemerintah Kabupaten Sleman).

Hambatan lain dalam program KTR ini adalah program monitoring dan evaluasi yang belum berjalan optimal. Seperti halnya di Kabupaten Bantul, setelah dikembangkannya daerah atau desa bebas asap rokok, monitoring yang memadai belum dapat diwujudkan, sehingga Dinas Kesehatan belum dapat memonitor progress atau kemajuan program tersebut hingga saat ini. Dalam upaya penegakkan KTR ini, Pemerintah Daerah Bantul dibantu oleh Muhammadiyah Tobacco Control center (MTCC) Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan Quit Tobacco Indonesia (QTI) Universitas Gadjah Mada.

Seperti halnya yang disampaikan pihak pemerintah Kota Yogyakarta, bahwa program monitoring regulasi itu penting sekali, untuk mengukur dan mengetahui seberapa jauh sebuah aturan dapat diimplementasikan. Tingkat kepatuhan dalam suatu regulasi, dapat ditingkatkan dengan proses monitoring yang baik, dan juga adanya perluasan area cakupan kebijakan, agar perlindungan dari paparan asap rokok dapat ditingkatkan (David T. Levy, Raymond G. Boyle, 2015).

“Ya saran saya ya harus misalnya dari mentrinya harus mengevaluasi yang di capai. Kalau PERDA ini tidak laksanakan ya mubazir kan, artinya daerah yang punya PERDA dengan tidak sedangkan tidak di implementasikan ya sama saja.” (Responden Pemkot Yogyakarta).

Dalam hal ini, Kementerian dalam Negeri yang memiliki wewenang mengatur dan mengkoordinasi seluruh pemerintah daerah di Indonesia, sudah seharusnya menerapkan upaya monitoring yang dapat dikerjakan bersama dengan Kementerian Kesehatan. Hal ini sejalan dengan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri nomer 440/7468/Bangda tentang Penerapan regulasi Kawasan Tanpa Rokok di Daerah.

"...dewan justru harusnya mengawasi eksekutif. Kelemahannya saat ini belum melihat, belum mengevaluasi, belum memantau, pelaksanaan pekerjaan PERDA ini oleh eksekutif. Ini belum pernah saya di panggil." (Responden Pemkot Yogyakarta).

"Harapan saya kedepan satu, mudah mudahan ada dorongan, dukungan kekuatan pengawasan yang bagus baik itu dari vertikal maupun dari dewan apapun suatu produk yang namanya tidak ada pengawas ya jalannya kurang greget karena kembali kemanusia itu kan manusia harus ada pemacunya, mungkin itu masukan ke provinsi, tapi yang jadi pengawas itu tidak harus melihat dirinya sendiri, misalnya gubernur belum melaksanakan PERDA tapi ya Gubernur bisa mengawasi dalam membuat PERDA kan gitu nah itu di awasi GUBERNUR.

Harapan terhadap jaringan bisa melebar semakin luas, sehingga semakin banyak tidak hanya dari unsur kesehatan." (Responden Pemkot Yogyakarta).

Data tersebut menunjukkan peranan Lembaga Legislatif, dalam hal ini Dewan Perwakilan rakyat Daerah (DPRD), dalam mengawasi kinerja Lembaga Eksekutif adalah hal yang penting dalam keberhasilan program implementasi KTR. Kebijakan atau policy yang sudah dibuat oleh pihak pemerintah daerah ataupun nasional, hendaknya dikoordinasikan dengan pihak pelaksana atau dalam tataran yang lebih kecil misalnya diteruskan koordinasinya oleh lingkup pemerintahan yang lebih kecil, seperti pihak pemerintah kecamatan, terutama dalam mengkoordinasikan imlementasi dari aturan-aturan yang sudah ada (Victoria Health, 2014). Selain itu, pengawasan atau monitoring terhadap kebijakan yang sudah berlaku,

harus dilakukan secara konsisten dan terstruktur, agar tingkat kepatuhan dapat ditingkatkan. Perluasan area cakupan bebas rokok juga perlu ditingkatkan, terutama dalam upaya monitoring proses implementasinya, agar tingkat paparan asap rokok dapat diminimalkan (David T. Levy, Raymond G. Boyle, 2015).

G. Peluang dan Tantangan Kedepan

Soedibyo Markus, Koordinator Program Nasional Indonesia Institute for Social Development, (Rabu, 29 Mei 2019), menyatakan bahwa saat ini Presiden Indonesia terpilih seharusnya dapat membuat kebijakan pro terhadap pengendalian tembakau, dengan pertimbangan bahwa hal tersebut merupakan bentuk perlindungan negara terhadap semua kalangan, tanpa terkecuali, sebagai bentuk Protection for All. Sebuah langkah proteksi negara kepada warga negaranya, termasuk terhadap kelompok rentan seperti anak-anak dan perempuan. Hal ini merupakan tanggung jawab negara yang harus ditunaikan.

Capaian pengendalian tembakau menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2013, sampai dengan tahun 2024 adalah menetapkan kebijakan untuk mencapai : A. penurunan prevalensi perokok 10% pada tahun 2024 dibanding prevalensi perokok pada tahun 2013. B. perubahan norma social terhadap kebiasaan merokok. C. penurunan prevalensi mortalitas 10% empat penyakit tidak menular terbesar yaitu penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, diabetes, dan penyakit paru obstruksi kronik.

Dukungan bagi masyarakat untuk berhenti merokok harus tetap dilaksanakan bahkan ditingkatkan dengan memanfaatkan jejaring pengendalian tembakau di Indonesia. harapannya di masa yang akan datang akan terjadi penurunan prevalensi berbagai penyakit tidak menular yang disebabkan oleh kebiasaan merokok dan paparan asap rokok. Tujuan makronya adalah pencapaian target penurunan angka kemiskinan strktural.

Pengendalian tembakau merupakan suatu Gerakan yang kompleks, melibatkan banyak entitas, sehingga upaya terintegrasi dalam pengendalian dampak konsumsi rokok untuk menurunkan factor risiko penyalit tidak menular harus dilakukan. Kampanye yang dilakukan jejearing hendaknya menuju kearah perubahan normasosial terhdap kebiasaan merokok, agar perilaku tidak merokok bias melembaga dan menjadi norma social masyarakat.

Upaya yang dilakukan adalah melakukan pembentukan peraturan daerah tentang Kawasan tanpa rokok, sehingga pada tahun 2024 nanti semua kabupaten/kota memiliki dan menerapkan peraturan atau kebijakan KTR dan melaksanakan penegakan hukumnya.

Pada tataran kebijakan di level nasional, efektivitas pelaksanaan peringatan kesehatan berbentuk gambar dan tulisan di semua bungkus rokok harus dikontrol dan dievaluasi secara periodik gambar diganti, dan memperbesar luas gambar, peringatan kesehatan berbentuk gambar dan tulisan pada kemasan depan dan belakang pembungkus rokok ditargetkan mencapai 75%, dan pada akhirnya pada tahun 2024, kemasan rokok menjadi bungkus rokok polos (plain packaging).

Pengembangan jejaring pengendalian dampak konsumsi rokok dan peningkatan upaya pengendalian dampak konsumsi rokok harus dikembangkan sampai ke daerah-daerah, sehingga kinerjanya menjadi semakin optimal dengan melalui koordinasi dan komunikasi secara berkala. Penetapan fokus Gerakan jejaring juga perlu mendapat perhatian, bahwa edukasi masyarakat akan bahaya rokok adalah tanggungjawab bersama. Upaya peningkatan kesadaran masyarakat terutama pada generasi muda, perokok pemula, dan program berhenti merokok sudah harus menjadi prioritas. Kemenkes dalam hal ini dapat memfasilitasi Gerakan pengendalian dampak tembakau yang dilakukan jejaring pengendalian tembakau, sehingga kampanye-kampanye kesadaran bahaya rokok bagi kesehatan, kampanye tidak merokok di dalam rumah dan mobil pribadi menjadi intensif.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Tembakau merupakan faktor besar dalam kasus kematian yang dapat dicegah (preventable death), khususnya penyakit tidak menular. Tembakau mengandung nikotin yang sangat adiktif, menimbulkan kecanduan yang sulit dihentikan pada konsemennya. Dan rokok merupakan pengantar nikotin yang juga diikuti oleh berbagai racun kimia yang berpotensi kuat untuk merusak kesehatan (Aliansi Pengendalian Tembakau Indonesia, 2013). Fakta di Indonesia, upaya pengendalian tembakau demi melindungi kesehatan masyarakat mendapatkan tanggapan dingin dari para pejabat dan politisi yang masih menganggap industri rokok adalah sumber penghasilan yang besar bagi negara. Di sisi lain masyarakat perokok sendiri tidak memahami bahwa hakikatnya para perokok sebenarnya telah menjadi korban industri rokok (Aliansi Pengendalian Tembakau Indonesia, 2013).

Selama ini program pengendalian tembakau telah dilakukan dengan prioritas strategi pengembangan regulasi baik di tingkat nasional maupun lokal (daerah), supaya terbentuk upaya pengendalian tembakau yang komprehensif sehingga dapat melindungi masyarakat dan agar tujuan pengendalian tembakau di Indonesia dapat cepat tercapai. Paling tidak sampai dengan tahun 2018 ini sudah diterbitkan serangkaian regulasi pengendalian tembakau baik di tingkat nasional maupun lokal. Di tingkat nasional, Pemerintah telah menetapkan Undang-Undang nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan yang terbaru adanya ketentuan Peringatan Kesehatan Bergambar dalam Peraturan pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 dan implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 tahun 2013 tentang Pencantuman Peringatan Kesehatan dan Informasi Kesehatan Pada kemasan Produk Tembakau. Kedua jenis peraturan terakhir ini yang harus dilaksanakan oleh industri rokok untuk mencantumkan Peringatan Kesehatan Bergambar di kemasan rokok, sebagai langkah progresif Pemerintah untuk menggantikan kebijakan tahun 1991, mengenai "peringatan kesehatan" tertulis dalam kemasan rokok (Andrew Rosser, 2015).

Fakta pengendalian tembakau di Indonesia sudah sangat memprihatinkan. Data Riskesdas menunjukkan pada 2018, angka prevalensi perokok pemula (usia 10-18 tahun), telah mencapai angka 9,1 persen. Hal ini jauh dari target RPJMN Jokowi-JK yang menargetkan angka tersebut turun menjadi 5,4 persen pada 2019. Alih-alih menurun, justru angka prevalensi perokok pemula meningkat hampir dua kali lipat. Masalah pengendalian tembakau merupakan suatu isu yang menjadi perhatian global. Apalagi dampak kesehatan yang berhubungan dengan rokok masih menjadi tertinggi diseluruh dunia. Menurut penelitian yang dilakukan oleh salah satu organisasi kesehatan dunia, World Health Organization (WHO), kematian yang diakibatkan oleh penggunaan tembakau mencapai 6 juta orang per tahun, atau merupakan satu dari sepuluh penyebab kematian diseluruh dunia. Jumlah tersebut termasuk kematian lebih dari 600.000 orang per tahun yang bukan perokok tetapi meninggal akibat dari efek perokok pasif. Jika masalah ini tidak segera diatasi dengan baik maka diperkirakan pada abad ini jumlah korban akibat penggunaan tembakau menjadi 1 miliar orang (WHO, 2013).

Agar implementasi kerangka internasional pengendalian tembakau bisa berjalan dengan sukses, hal ini bergantung pada kontestasi politik ditingkat lokal yang melibatkan banyak aktor dan kepentingan. Bahkan para aktor internasional itu sendiri adalah aktor yang memiliki kepentingan dalam mencapai tujuan dalam 'mengendalikan tembakau'. Hubungan antara aktor tersebut berdampak pada pembuatan kebijakan pengendalian tembakau dan implementasinya. Sehingga bisa diartikan bahwa, kebijakan pengendalian tembakau yang diimplementasikan dinegara berpenghasilan rendah dan menengah tidak akan sama efektif. Karena pada negara-negara tersebut terdapat lingkungan kebijakan yang berbeda-beda. Ini membuktikan bahwa penggunaan pendekatan ekonomi politik sangat penting guna memetakan politik dan analisa pemangku kepentingan sehingga meningkatkan efektivitas pelaksanaan program pengendalian tembakau.

Kebijakan-kebijakan yang diambil elite terkait dengan pengendalian tembakau merupakan refleksi dari aliansi kekuasaan maupun bentuk dukungan politik terhadap kelompok-kelompok tertentu yang memiliki manfaat politik bagi penguasa. Dampaknya, kebijakan-kebijakan yang diambil pemerintah mencerminkan kepentingan kelompok tertentu. Sementara itu, demi memenangkan kepentingan politiknya, para aktor tersebut akan menggunakan berbagai macam strategi politik. Akibatnya, perbedaan kekuasaan dan posisi struktur menyebabkan kebijakan pengendalian tembakau hanya akan menguntungkan kelompok tertentu daripada seluruh kelompok masyarakat.

Secara singkat dapat disimpulkan bahwa ekonomi politik domestik Indonesia secara nasional dan secara lokal di daerah-daerah mempengaruhi kesuksesan implementasi Politik Tembakau di Indonesia; Kebijakan Pengendalian Tembakau di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Action on smoking and health (2016) Cutting Down: The Reality of budget cuts to local tobacco control.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the surgeon general. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>
- Cohen, J. E. et al. (2000) 'Political ideology and tobacco control', pp. 263–267.
- David T. Levy, Raymond G. Boyle, and D. B. A. (2015) 'The Role of Public Policies in Reducing Smoking: The Minnesota SimSmoke Tobacco Policy Model', *American Journal of Preventive Medicine*, 43, pp. 1–15. doi: 10.1016/j.amepre.2012.07.037.The.
- Department of Health, State for Health, E. (2011) *Healthy Lives , Healthy People : A Tobacco Control Plan for England*.
- Giovino, G. A., Mirza, S. A., Samet, J. M., Gupta, P. C., Jarvis, M. J., Bhala, N., . . . Group, G. C. (2012). Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *Lancet*, 380(9842), 668-679. doi:10.1016/S0140-6736(12)61085-x.
- Global Analysis Project Team. (2000). Political economy of tobacco control in low-income and middle-income countries: lessons from Thailand and Zimbabwe. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(7). 913-919.
- Hutchison, J., Hout, W., Hughes, C., & Robison, R. (2014). *Political economy and the aid industry in Asia*. London: Palgrave Macmillan.

- Muhammad Rizaldy Yusuf, Investigasi Advokasi Pengendalian Tembakau di Indonesia: Studi Kasus TCSC Jawa Timur, *Jurnal Analisis Hubungan Internasional*, Vol. 5 No. 2, Juni 2016: 438-449. <http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-jahie6b5f4d1e3full.pdf>.
- Reddy, K. S. et al. (no date) 'Integrating tobacco control into health and development agendas', pp. 281-286. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050419.
- Salunke, S. and Lal, D. K. (2017) 'Multisectoral Approach for Promoting Public Health', pp. 163-168. doi: 10.4103/ijph.IJPH.
- The Union Against Tuberculosis and Lung Disease (2012) tobacco industry interference.
- Victoria Health (2014) Preventing tobacco use Local government action guide.
- WHO. (2013). *Report on the global tobacco epidemic*. Geneva: WHO.
- World Health Organisation (2008) Tobacco Industry Interference with Tobacco Control.

POLITIK TEMBAKAU DI INDONESIA

DONOR, ELITE POLITIK, DAN KEBIJAKAN PENGENDALIAN TEMBAKAU

Buku ini disusun dengan tujuan untuk menjelaskan dinamika politik yang ada di Indonesia terkait dengan pengendalian tembakau dan dampak terhadap upaya "reformasi" yang dikampanyekan oleh donor agar supaya Indonesia mengikuti standar yang telah ditetapkan aktor internasional terkait dengan kebijakan pengendalian tembakau.

Dan juga buku ini menganalisis bagaimana hubungan antara donor dan elite (baik negara maupun non-negara) dan bagaimana relasi antara aktor yang melibatkan kekuasaan dan kekuatan struktur yang berdampak pada kebijakan tentang pengendalian rokok di Indonesia. Dalam buku ini disampaikan beberapa hal. Pertama, Donor dan Agenda Pengendalian Tembakau. Kedua, Politik tembakau di Indonesia : Dominasi dan kontestasi kepentingan. Ketiga, Konteks pengendalian tembakau di Indonesia. Keempat, Dinamika hubungan aktor : level nasional dan lokal daerah. Kelima, Hambatan dalam penerapan dan koordinasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Keenam, Peluang dan tantangan kedepan.

Besar harapan kami buku ini dapat bermanfaat bagi seluruh masyarakat, khususnya pihak-pihak yang terkait seperti para pembuat kebijakan dan penghayat aliran kepercayaan.

Edisi Pertama

Arie Kusuma Paksi | Nanik Prasetyoningsih | Dianita Sugiyo

Diterbitkan oleh



 leutikaprio

Jl. Sidomulyo No. 351, Bener,
Tegalrejo, Yogyakarta 55243
Telp. (0274) 5015594

ISBN 978-602-371-777-4



9 786023 717774