



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA



World Health  
Organization



REVIEW OF EVIDENCE SERIES

# HEALTH AND ECONOMIC COSTS OF TOBACCO IN INDONESIA

Soewarta Kosen, Hasbullah Thabrany  
Nunik Kusumawardani, Santi Martini



LEMBAGA PENERBIT  
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN  
2017

# KONSUMSI TEMBAKAU DI INDONESIA

Dr. Nunik Kusumawardani, S.Km., M.Sc

Antara 1995 - 2013, perokok perempuan meningkat tujuh kali lipat, perokok anak meningkat sepuluh kali lipat. Mayoritas perempuan dan anak adalah perokok pasif. Perokok paling banyak di pedesaan. Tujuh dari sepuluh orang yang tidak lulus SD merokok. Belanja rumah tangga untuk rokok ketiga terbesar, melebihi untuk kesehatan dan pendidikan. Rokok membebani kelompok miskin.

- Jumlah perokok di Indonesia meningkat. Antara tahun 1995 sampai 2013: perokok pria meningkat dari 53,4% menjadi 66%; perokok perempuan meningkat tujuh kali lipat dari 1,7% menjadi 6,7%.
- Paparan asap rokok tinggi pada perempuan dan anak-anak. Perempuan memiliki risiko lebih tinggi menderita penyakit akibat paparan asap rokok.

- Jumlah perokok paling tinggi di pedesaan dan pada masyarakat dengan pendidikan rendah. Prevalensi perokok di pedesaan dua kali lebih tinggi dari di perkotaan. Tujuh dari sepuluh masyarakat yang tidak lulus Sekolah Dasar merokok.
- Jumlah perokok anak meningkat sepuluh kali lipat. Antara tahun 1995 sampai 2013, perokok usia 10-14 tahun meningkat dari 0,5% menjadi 4,8% dan perokok usia 15-19 tahun meningkat dari 13,7% menjadi 37,3%
- Rokok paling membebani kelompok miskin. Belanja rumah tangga untuk rokok menempati urutan ketiga paling tinggi setelah beras dan pangan.

Figure a.1. Prevalence of Smoking in Population aged 15+ in Indonesia during 1995 to 2013

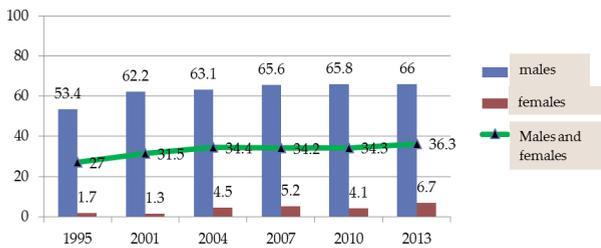


Figure c.2. Prevalence (%) of tobacco consumption by education background in Indonesian female population age 15+ during 1995 to 2013

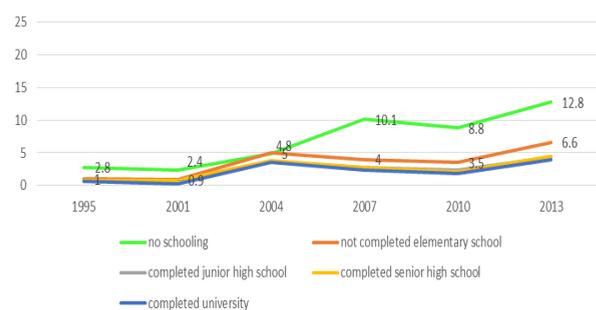


Figure a.4. Prevalence (%) of Passive Smokers (inside the house) by age groups, RISKESDAS 2013

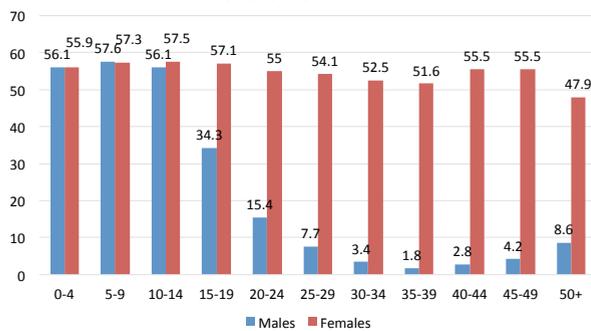
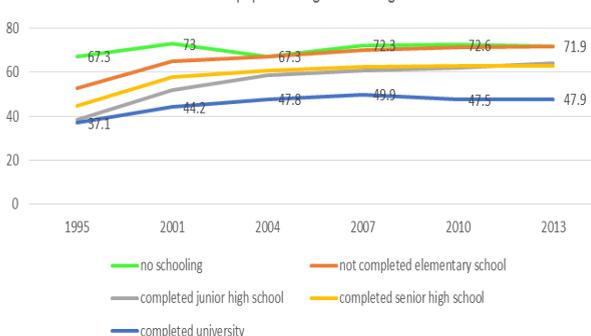


Figure c.1. Prevalence (%) of tobacco consumption by education background in Indonesian male population age 15+ during 1995 to 2013



## KESIMPULAN

- Secara umum, konsumsi tembakau cenderung meningkat dalam dua dekade terakhir (sejak tahun 1995 sampai dengan 2013)
- Kebiasaan konsumsi tembakau lebih banyak pada populasi di pedesaan, berlatar belakang pendidikan rendah, kuintil kepemilikan rendah, serta pada kelompok usia produktif.
- Pengeluaran masyarakat untuk konsumsi tembakau (rupiah) termasuk ke dalam ke 3 tertinggi untuk pengeluaran rata-rata per bulan per kapita, lebih tinggi dari pengeluaran untuk makanan bergizi.
- Persentase rata-rata pengeluaran per bulan per kapita untuk tembakau cenderung meningkat dari 5,3% pada tahun 1999 menjadi 6% pada tahun 2014, meskipun terjadi sedikit penurunan (4,9%) pada tahun 2007.
- Persentase rata-rata pengeluaran per bulan per kapita untuk tembakau pada kondisi terakhir di tahun 2014 masih dalam posisi tertinggi ke tiga setelah produk makanan kemasan dan sereal, serta lebih tinggi dari pengeluaran per kapita untuk sayuran dan buah serta makanan sumber protein



# ORANG NORMAL PASTI PERCAYA BAHAYA ROKOK

Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH, Dr.PH.

2

Buat orang normal, bukti-bukti ilmiah tentang bahaya tembakau, dalam bentuk rokok atau lainnya, sudah tidak terbantahkan. Pemerintah Amerika Serikat menelaah lebih dari 7.000 makalah ilmiah medis yang terbit sejak tahun 1964 sampai 2014 yang melaporkan bukti-bukti bahaya tembakau. Bukti ilmiah menunjukkan:

- Kematian prematur (kurang dari usia harapan hidup) akibat tembakau di Amerika selama 1964-2014 melebihi 20 juta orang. Jumlah kematian itu sudah terkendali akibat upaya kendali konsumsi tembakau secara komprehensif di Amerika yang telah menurunkan prevalensi perokok dari 48% penduduk dewasa di tahun 1965 menjadi 12% di tahun 2012 (US Surgeon General 2014).
- Penyakit yang berhubungan dengan konsumsi tembakau dapat dilihat dalam dua gambar ini (US Surgeon General, 2014).
- 5 (lima) juta orang mati tiap tahun disebabkan penyakit yang berhubungan dengan konsumsi tembakau (WHO, 2014).
- Lebih dari 600 orang mati tiap hari di Indonesia akibat penyakit yang berhubungan dengan konsumsi rokok (WHO, 2015).
- Tahun 2010, sebanyak 150 juta tahun produktif di seluruh dunia hilang disebabkan oleh konsumsi tembakau (US Surgeon General, 2014)
- Sekitar 80-90% Penyakit Obstruksi Paru Menahun disebabkan oleh konsumsi tembakau (US Surgeon General 2014).
- Sekitar 90% kanker paru berhubungan dengan konsumsi tembakau (US Surgeon General 2014)
- Perokok pasif memiliki risiko penyakit kardiovaskular 25% lebih tinggi dibanding perokok aktif (US Surgeon General 2014)
- Perokok memiliki risiko terkena diabetes mellitus tipe II 30-40% lebih tinggi dibanding bukan perokok (US Surgeon General 2014)

Figure 1.1A The health consequences causally linked to smoking

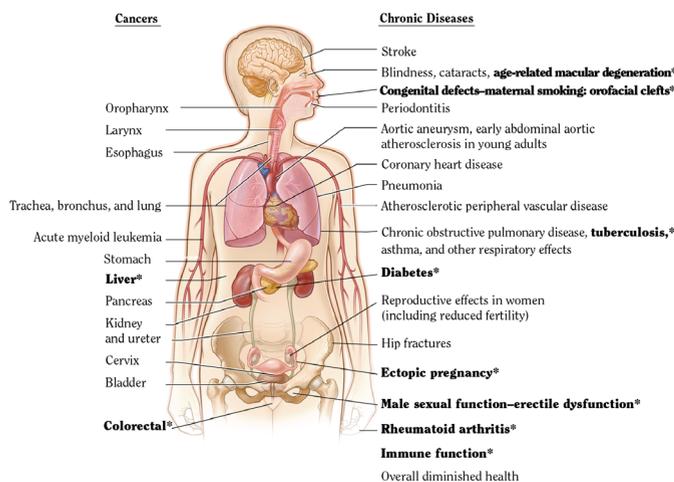
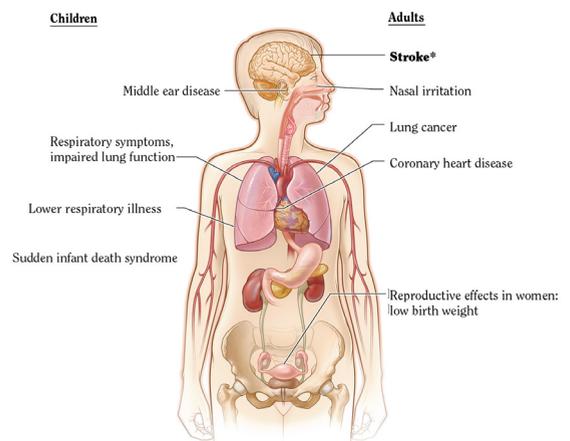


Figure 1.1B The health consequences causally linked to exposure to secondhand smoke



Unduh salinan digital buku melalui:



<http://bit.do/downloadbukuHECTI>

# DAMPAK KESEHATAN TERHADAP PEROKOK PASIF & LINGKUNGAN

Dr. Santi Martini, dr., M.Kes.

3

Selain masalah penggunaan tembakau pada perokok aktif, isu lain yang juga mengemuka adalah para perokok pasif. Perokok pasif atau perokok yang 'tidak merokok' didefinisikan sebagai kondisi dimana orang yang tidak merokok menghirup asap tembakau. Asap yang dihirup oleh orang yang tidak merokok yang mencemari ruangan dan ruang luar seringkali dianggap sebagai orang yang terdampak oleh asap rokok (secondhand smoke) atau asap tembakau yang berdampak terhadap lingkungan. Kondisi ini merupakan kombinasi dari asap yang dihirup oleh perokok dan asap sampingan yang mencemari lingkungan dari rokok yang dibakar (US Surgeon General, 2006).

Baru-baru ini, paparan asap terhadap tangan ke tiga dikenal sebagai sumber asap tembakau dan paparan nikotin, terutama pada lingkungan dalam ruangan yang tertutup. Paparan asap tangan ke tiga terjadi ketika komponen asap tembakau melekat pada permukaan. Komponen bahan kimia ini melekat pada debu, dilepaskan kembali ke udara atau bereaksi dengan bahan kimia lain di lingkungan (Gibbs et al, 2016)

Berbagai studi menunjukkan dampak kesehatan terhadap perokok pasif. WHO, IARC (International Agency for Research in Cancer), EPA (Environmental Protection Agency AS), dan berbagai studi ilmiah dan medis di dunia telah mendokumentasikan berbagai efek samping paparan asap tembakau lingkungan terhadap sistem pernafasan dan pembuluh darah, perannya sebagai substansi karsinogenik pada orang dewasa dan dampaknya terhadap kesehatan dan pertumbuhan anak.

Kandungan bahan beracun dalam asap sampingan jauh lebih tinggi dan bahan-bahan tersebut akan tertinggal selama beberapa jam bahkan setelah tidak ada lagi yang merokok, hal ini dikenal sebagai perokok tangan ke tiga. Rincian mengenai perbandingan bahan-bahan yang terdapat dalam asap utama dan asap samping terlihat dalam tabel berikut.

## LEMBAR FAKTA TINJAUAN BUKTI

Bahan	Asap utama	Asap samping	Rasio Asap Utama/ Asap samping
Pembakaran tembakau	347 (20 sec)	411 (550 sec)	1,2
Jumlah partikel yang dihasilkan	10	3,5 x 10	3,5
Tar	20,8 10,2*	44,1 34,5*	2,1 3,4*
Nicotine	0,92 0,46*	1,69 1,27*	1,8 2,8*
Benzo(a)pyrene	3,5 x 10 <sup>-5</sup>	13,5 x 10 <sup>-5</sup>	3,7
Pyrene	13 x 10 <sup>-5</sup>	39 x 10 <sup>-5</sup>	3,0
Phenols	0,228	0,603	3,0
Ammonia	0,16	7,4	46
Nitrogen Oxide	0,014	0,051	3,6
Carbon Monoxide	19	88	4,7

Note: \*Cigarette with filter

Source: Tager (1984), Harvard Medical School and Beth Israel Hospital Boston

Source: Tager (1984), Harvard Medical School and Beth Israel Hospital Boston

Penelitian mengenai dampak paparan dari asap tembakau lingkungan terhadap risiko meningkatnya prevalensi kanker paru-paru dilakukan oleh Hirayama di Jepang pada tahun 1981. Subyek penelitian adalah para istri berusia di atas 40 tahun atau lebih yang tidak merokok. Mereka diamati selama 14 tahun dan kematian karena kanker dianalisis berdasarkan kebiasaan merokok suami-suami mereka. Hasilnya menunjukkan bahwa para istri, yang tidak merokok, dari suami-suami yang perokok lebih dari 20 batang rokok per hari memiliki risiko 2.05 kali lebih tinggi terkena kanker paru dibandingkan dengan para istri yang suaminya tidak merokok (Hirayama, 1981).

Hasil penelitian Hirayama ini mendapat perlawanan dari industri tembakau yang mengakibatkan mereka berupaya meningkatkan iklan rokok yang berupaya mendiskreditkan hasil penelitian tersebut. Namun studi berikutnya yang dilakukan di kawasan lain juga menunjukkan hasil yang sama dan semakin menegaskan fakta bahwa paparan terhadap asap rokok meningkatkan risiko terkena kanker paru-paru. Hasil penelitian mendorong dibuatnya peraturan mengenai kawasan tanpa asap rokok yang tidak hanya melindungi mereka yang tidak merokok dari paparan asap rokok, namun juga melindungi lingkungan yang memfasilitasi para perokok agar berhenti (Ong & Glanz, 2000).

Dipublikasi oleh	Tahun	Negara	RR	Confidence Interval
Hirayama	1981	Japan		
1-19 rokok per hari			1.61	1.09 – 2.39
≥20 rokok per hari			2.08	1.39 – 3.11
US Environmental protection Agency	1992	USA	1.19	1.01 – 1.39
National Research Council	1986	USA	1.34	1.18 – 1.53
Surgeon General	1986	USA	1.53	n.a
California Environmental Protection Agency	1997	USA	1.20	n.a
National Health and Medical Research Council	1997	Australia	1.32	1.10 – 1.69
Scientific Committee on Tobacco and Health	1998	UK	1.20 – 1.30	n.a

Target berikutnya yang juga terpapar asap rokok tangan kedua adalah ibu hamil. Beberapa studi menunjukkan bahwa paparan akan asap tembakau lingkungan menyebabkan berat badan bayi lahir rendah. Ada perbedaan yang signifikan antara berat badan dan panjang bayi yang baru lahir dari ibu-ibu yang merupakan perokok pasif dan mereka yang bukan perokok pasif. Bayi baru lahir dari ibu-ibu yang merupakan perokok pasif memiliki berat badan yang lebih rendah 35 gram (95% CI: 2-68 grams) dan panjang badan yang lebih pendek 0.261 cm (95% CI: 0.058-0.464 cm) dibandingkan dengan bayi-bayi yang ibunya bukan perokok pasif. Karenanya penting untuk merencanakan program efektif untuk mengurangi paparan asap rokok terhadap perempuan hamil sehingga efek samping terhadap kesehatan ibu dan bayi dapat dikurangi (Wahabi et al, 2013).

Paparan terhadap asap tembakau lingkungan memiliki dampak kesehatan yang sama kepada para perokok. Berbagai permasalahan kesehatan muncul karena asap tembakau lingkungan. Tidak hanya kelainan fisik, paparan asap rokok juga menimbulkan stress. Hal ini terlihat pada penelitian yang dilakukan di Korea, dimana subyek penelilitannya adalah warga Korea berusia di atas 19 tahun. Hasilnya menunjukkan bahwa ada korelasi antara asap tembakau lingkungan dan tingkat stress. Seseorang yang terpapar asap tembakau lingkungan memiliki risiko tinggi mengalami stress bila dibandingkan dengan mereka yang tak terpapar asap tembakau lingkungan. Dampak terbesar dari paparan asap tembakau lingkungan dalam bentuk stress adalah pada mereka yang tidak pernah merokok sebelumnya, dimana jumlahnya 1.42 kali lebih besar (95% CI: 1.30 to 1.56) dibandingkan dengan perokok aktif. Paparan terhadap asap rokok di rumah dan di tempat kerja menyebabkan stress pada yang bukan perokok sebesar 1.56 kali lebih besar (95% CI: 1.06 to 2.34). karenanya peraturan yang konsisten terkait dengan kawasan tanpa rokok dibutuhkan untuk mencapai lingkungan yang lebih sehat dan mengurangi risiko stress (Kim et al, 2015).

Unduh salinan digital buku melalui:



<http://bit.do/downloadbukuHECTI>

# BIAYA EKONOMI TEMBAKAU

Dr. Soewarta Kosen, MPH, Dr.Ph

4

**T**embakau adalah satu-satunya penyebab kematian yang dapat dicegah. Konsumsi tembakau di Indonesia meningkat dengan pesat dalam tigapuluh tahun terakhir karena beberapa faktor misalnya tingginya angka pertumbuhan penduduk, harga rokok yang relative murah, pemasaran dari industry tembakau yang luas dan intensif, serta kurangnya pengetahuan masyarakat akan bahaya yang ditimbulkan tembakau.

## METODE ESTIMASI

### Pendekatan Biaya Kesakitan

Konsekuensi ekonomi dari kesakitan terdiri dari:

- Biaya yang ditimbulkan karena penyakit, dan biaya tidak langsung lainnya
- Nilai kerugian produksi karena berkurangnya atau hilangnya jam kerja.

Pendekatan ini tidak termasuk dampaknya terhadap kesejahteraan dan waktu senggang. Tidak juga menangkap dampak dinamika jangka panjang penyakit terhadap perubahan dalam komposisi demografi atau berkurangnya sumberdaya karena telah berinvestasi dalam pembentukan modal keuangan dan SDM. Karenanya, metode ini memberikan hanya estimasi yang statis dan parsial dari total dampak makroekonomi penyakit.

Dampak ekonomi dari merokok mendatangnya dampak buruk terhadap masyarakat, baik karena jumlah kematian yang tinggi dan tahun-tahun produktif yang hilang dan karena beban keuangan yang ditanggung oleh perokok, keluarga mereka, penyedia jasa kesehatan, penyedia layanan asuransi maupun pemberi kerja.

Biaya perekonomian dari kebiasaan merokok terdiri dari biaya langsung dan tidak langsung. Biaya langsung terdiri dari barang atau jasa yang melibatkan transaksi moneter. Biaya tidak langsung adalah kerugian meskipun tidak dalam bentuk kerugian keuangan tapi ada kerugian dalam hal sumberdaya lain. Biaya tidak langsung termasuk kerugian waktu karena sakit dan disabilitas, dan nilai nyawa yang hilang karena penyakit yang berhubungan dengan merokok.

### Biaya Langsung dari Merokok

#### Biaya Perawatan Kesehatan (belanja kesehatan)

Biaya perawatan kesehatan termasuk perawatan di rumah sakit, pengobatan, dan layanan lain yang diberikan oleh penyedia jasa kesehatan karena perawatan penyakit yang berkaitan dengan merokok. Biaya lain termasuk peralatan dan perlengkapan kesehatan. Dalam analisis, kami menggunakan Keputusan Menteri Kesehatan No. 59/2014 mengenai tarif standard asuransi kesehatan nasional.

#### Biaya Non-Kesehatan

Biaya non kesehatan yang disebabkan oleh merokok termasuk transportasi ke layanan kesehatan, perawatan yang diberikan oleh layanan kesehatan misalnya anggota keluarga yang merawat perokok yang sakit, kerugian harta beda karena kebakaran yang disebabkan oleh merokok.

### Biaya Tidak Langsung dari merokok

#### Biaya Morbiditas dan Sisabilitas

Biaya morbiditas merupakan biaya tidak langsung yang merupakan nilai kerugian produktifitas orang yang sakit atau menjadi disabilitas karena penyakit yang berhubungan dengan merokok. Orang yang sakit mungkin tidak bisa bekerja melakukan pekerjaan mereka atau bahkan melakukan kegiatan rumah tangga dan perawatan anak. Biaya morbiditas diperkirakan dengan menentukan berapa yang mampu dihasilkan orang tersebut (dengan melakukan pekerjaan berupah) dan juga memperkirakan nilai untuk produksi rumah tangga yang hilang.

#### Biaya Mortalitas

Kemungkinan perokok meninggal karena beberapa jenis penyakit yang terkait dengan kebiasaan merokok akan meningkat. Nilai hilangnya nyawa dikenal sebagai biaya mortalitas. Satu ukuran yang digunakan untuk mengikut nilai kehidupan yang dibuat berdasarkan nilai moneter human capital, yang menghargai nyawa berdasarkan apa yang dihasilkan oleh individu atau pendekatan keinginan untuk membayar, yang menghargai nyawa berdasarkan apa yang mereka berani tanggung untuk menghindari penyakit atau kematian.

Ukuran lain yang digunakan adalah nilai kerugian akibat hilangnya nyawa terlalu dini atau tahun kemungkinan kerugian hidup (years of potential life lost (YPLL)). YPLL menunjukkan jumlah tahun seseorang akan hidup bila

mereka tidak meninggal karena penyakit akibat merokok. YPLL ditentukan oleh jumlah tahun dalam harapan hidup yang tersisa saat meninggal dunia.

## DALYs Loss

*Disability Adjusted Life Years (DALYs) Loss* (Murray and Lopez, 1997) atau Hilangnya Hidup dalam Tahun karena Disabilitas memasukkan dampak penyakit akibat merokok dan disabilitas dan kematian dini, dalam hal ini aspek kualitatif dan kuantitatif penyakit, dengan menggabungkan keduanya ke dalam satu tindakan.

**Tabel Hilangnya Tahun Produktif total (*Disability Adjusted Life Years/DALYs Loss* karena penyakit yang disebabkan oleh tembakau berdasarkan jenis kelamin, Indonesia 2015)**

PENYAKIT	Total
1) Mouth and oropharynx cancers	29,160
2) Esophagus cancer	11,150
3) Stomach cancer	65,500
4) Colorectal cancer	52,340
5) Kidney cancer	85,300
6) Liver cancer	77,220
7) Pancreas cancer	5,410
8) Trachea, bronchus and lung cancers	394,510
9) Larynx cancer	3,880
10) Cervix uteri cancer	425,970
11) Bladder cancer	18,100
12) Acute Myeloid Leukemia	47,090
13) Coronary Heart Disease	368,220
14) Cerebrovascular Disease/Stroke	1,288,410
15) Abdominal Aortic Aneurysm	184,400
16) COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)	491,390
17) Pneumonia	252,660
18) Tuberculosis	637,140
19) Asthma	192,460
20) Acute Upper Respiratory Infection	265,600
21) Diabetes Mellitus	86,740
22) Cataract	7,860
23) Peptic Ulcer	38,360
24) Ectopic Pregnancy	236,451
25) Low Birth Weight	2,733,110
26) Stillbirth	0
27) Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)	310,370
28) Oro-facial Cleft	15,340
29) Periodontal Disease	6,640
30) Female Infertility	89,050
31) Male Erectile Dysfunction	107,000
32) Low bone density and Hip Fractures	2,510
33) Rheumatoid Arthritis	29,250
<b>TOTAL DALYs LOSS in 2015:</b>	<b>8,558,601</b>

Total kehilangan tahun produktif karena morbiditas, disabilitas dan kematian dini pada tahun 2015 adalah 8,558,601 DALYs. Dimana PDB per kapita Indonesia pada tahun 2015 (IMF): US\$ 3,362.00; kerugian makroekonomi adalah US\$ 28,774,016,560.00 (28.7 miliar US Dollars) atau sama dengan Rp 374.06 triliun Rupiah (US \$ 1 ~ Rp 13.000).

Belanja kesehatan termasuk biaya rumah sakit (layanan rawat inap) berdasarkan Tarik standard Asuransi Kesehatan Nasional pada RS Kelas B (Wilayah 1) dan layanan rawat jalan di layanan kesehatan primer dan sekunder. Belanja kesehatan total (rawat inap) karena penyakit yang disebabkan oleh tembakau pada tahun 2015 Rp 13.670.500.000.000.

Belanja kesehatan total (rawat jalan) dengan asumsi hanya 1 kunjungan per kasus pada tahun 2015: Rp 53.446.700.000. Konsumsi rokok rata-rata per orang per hari pada tahun 2015 adalah 12,3 batang atau 369 batang per bulan. Bila rata-rata harga per batang adalah Rp 700, maka total belanja per kapita untuk membeli rokok pada satu bulan adalah Rp 258.300. atau dalam satu tahun Rp 3.099.600. Diperkirakan bahwa pada tahun 2015, total belanja orang Indonesia untuk membeli rokok (36.3 % dari 185.605.000 perokok aktif @ Rp 3.099.600.) adalah Rp 208.834.356.700.000.

Karenanya kerugian makro ekonomi pada tahun 2015 adalah sekitar Rp 596,61 triliun (sama dengan 45.9 miliar US dolar) termasuk: belanja rokok (208,83 Triliun Rupiah), *Disability Adjusted Life Years (DALYs) Loss* atau kerugian masa produktif karena morbiditas, disabilitas dan kematian dini (374,06 triliun Rupiah), total belanja karena penyakit yang disebabkan oleh tembakau (13,67 triliun Rupiah untuk layanan rawat inap dan 53,44 miliar Rupiah untuk rawat jalan).

Unduh salinan digital buku melalui:



<http://bit.do/downloadbukuHECTI>

## Kesimpulan

# IMPLIKASI DAN REKOMENDASI

## DISKUSI

**A**nalisis menunjukkan bahwa prevalensi perokok aktif sangat tinggi di kalangan populasi yang miskin (pendapatan rendah, kurang pendidikan, dan hidup di daerah pedesaan), karenanya kelompok populasi ini sangat terdampak akan kebiasaan buruk merokok.

Sebagai faktor risiko, tembakau bertanggungjawab atas lebih dari 30 penyakit (sebagian besar penyakit tidak menular). Data dari penyedia asuransi kesehatan nasional (BPJS Kesehatan) menunjukkan beban yang tinggi dari penyakit tidak menular yang disebabkan oleh tembakau yang memengaruhi kemampuan finansial penyedia jasa asuransi.

Karena nikotin pada tembakau bersifat adiktif, belanja tembakau pada rumah tangga mengalahkan keperluan keluarga lain misalnya pendidikan dan makanan bergizi untuk anak-anak mereka; dan menimbulkan permasalahan sosial dan kesehatan keluarga. Situasi ini semakin memperburuk kemiskinan keluarga miskin.

Semakin meningkatnya jumlah perokok aktif di kalangan kaum muda akan membahayakan kualitas hidup generasi masa depan dan memengaruhi bonus demografi yang diharapkan di Indonesia.

Sama halnya dengan heroin dan kokain, nikotin memengaruhi sistem saraf pusat melalui sistem limbik, memperburuk kondisi adiktif para perokok.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Second Edition, WHO 2004, mengelompokkan tembakau sebagai penyebab kelainan mental dan perilaku karena penggunaan bahan-bahan psikoaktif: Tembakau (F17).

UU Kesehatan No. 36/2009 juga telah mengatur mengenai keamanan penggunaan bahan adiktif yang termasuk di dalamnya penggunaan tembakau dan produk-produk yang mengandung tembakau, yang diikuti oleh Peraturan Pemerintah No.109/2012, mengenai penggunaan tembakau dan dampaknya terhadap kesehatan.

Melihat pentingnya tembakau sebagai salah satu risiko terhadap kesehatan warga Indonesia, pemantauan distribusi dan intensitas penggunaan tembakau menjadilah penting dalam mengidentifikasi beberapa aksi prioritas dan mengevaluasi kemajuan upaya pengendalian tembakau.

## IMPLIKASI KEBIJAKAN

Epidemi penggunaan tembakau menimbulkan penyakit akibat penggunaan tembakau yang memengaruhi kesejahteraan warga miskin dan semakin memperparah beban makro ekonomi Negara. Tingginya penyakit dan kematian akibat merokok (lebih dari 230,000 kematian pada tahun 2015) akan terus terjadi di masa yang akan datang; kecuali kita melakukan perbaikan pelaksanaan upaya pengendalian tembakau.

Indonesia harus mempercepat upaya perbaikan status kesehatan populasi termasuk mengendalikan salah satu faktor risiko dalam hal ini penggunaan tembakau sehingga bisa menahan laju pertumbuhan epidemic Penyakit Tidak Menular.

Pada 7 Februari 2008, WHO meluncurkan MPOWER (Monitor, Protect, Offer help, Warn, Enforce, Raise taxes) sebuah paket enam kebijakan pengendalian tembakau yang penting dan efektif. Strategi-strategi MPOWER termasuk menaikkan pajak dan harga melarang iklan, promosi dan sponsorship, melindungi warga dari paparan asap tangan kedua, memberikan peringatan kepada semua orang akan bahayanya merokok, menawarkan bantuan kepada mereka yang mau berhenti merokok dan secara seksama memantau kebijakan epidemic dan pencegahan.

Komitmen pemerintah, masyarakat sipil, termasuk ormas dan sektor swasta dalam melaksanakan kebijakan pengendalian tembakau seperti yang diuraikan dalam MPOWER sangat dibutuhkan untuk menruankan konsumsi tembakau, mengurangi beban ekonomi dan kesehatan akibat penyakit yang ditimbulkan oleh tembakau dan mencegah kematian dini.

Bukti-bukti menunjukkan bahwa kita tidak dapat menghambat peningkatan prevalensi penggunaan tembakau terutama di kalangan kaum muda; yang akan mendatangkan dampak negative. Karenanya kita perlu melaksanakan dan melanjutkan upaya-upaya pengendalian tembakau yang efektif.

Estimasi Kerugian makro ekonomi dengan jelas menunjukkan bahwa dampak ekonomi konsumsi tembakau cenderung merugikan upaya pemerintah meningkatkan kesehatan masyarakat dan melaksanakan pembangunan. Pemerintah di berbagai tataran dan sektor swasta harus memiliki pandangan, komitmen, arahan dan aksi yang sama untuk mempercepat pencapaian ekonomi tanpa mengorbankan masalah kesehatan masyarakat.

## Kesimpulan

Situasi ini menunjukkan perlunya koordinasi yang lebih baik antara pemerintah pusat dan daerah dalam melaksanakan pengendalian dan menahan laju peningkatan penggunaan tembakau.

Menurut system pemerintah yang terdesentralisasi, pemerintah daerah memiliki kewenangan dalam mencegah dampak ekonomi dan sosial yang negative dari konsumsi tembakau dengan dukungan yang kuat dari pemerintah pusat. Kepemimpinan yang lebih kuat dan memihak pada kesehatan dibutuhkan baik di pemerintah pusat dan daerah untuk mendukung program pencegahan dampak berbahaya dari konsumsi tembakau.

## REKOMENDASI

- Ada kebutuhan mendesak dalam melawan pemasaran industri tembakau dengan memperkuat pengendalian tembakau melalui kampanye media di tingkat nasional, mencegah inisiasi penggunaan tembakau oleh generasi muda dan populasi perempuan dan mendapatkan pemahaman masyarakat akan bahaya dan dampak adiktif dari segala bentuk merokok.
- Meningkatkan rata-rata cukai rokok dari maksimal 57% (menurut UU saat ini).
- Memberikan akses layanan berhenti merokok dalam pengaturan strategis, misalnya sekolah, tempat kerja, tempat umum, fasilitas layanan kesehatan, dan kelompok masyarakat. ; membuat layanan 'quit line' (hot line telepon), termasuk fasilitas konseling bagi para perokok aktif, terutama perempuan dan anak-anak muda; dengan memberikan bantuan dan layanan di fasilitas tingkat akar rumput.
- Memperluas dan memperkuat regulasi kawasan bebas asap rokok di tempat umum serta menjaga agar peraturan yang ada saat ini tetap berlaku seperti di tempat layanan kesehatan, pendidikan, fasilitas transportasi maupun taman bermain.
- Mendapatkan sumberdaya tambahan untuk upaya-upaya pengendalian tembakau, misalnya menggunakan dana cukai tembakau lokal/daerah.
- Membangun Dewan Promosi Kesehatan untuk mengelola dana cukai tembakau daerah dan menggunakannya untuk meningkatkan promosi gaya hidup sehat di tingkat nasional dan daerah, dan melaksanakan intervensi pengendalian tembakau yang efektif, termasuk yang diatur dalam panduan WHO's MPOWER (Monitor, Protect, Offer Help, Warn, Enforce, Raise taxes)
- Meningkatkan investasi pada penelitian pada isu yang berkaitan dengan merokok pada bidang ekonomi, sosial, antropologis, kesehatan, pertanian dan perdagangan untuk menunjukkan bukti yang kuat dalam mendukung proses advokasi antar sektor maupun mendapatkan program intervensi yang lebih efektif, inovatif dan spesifik.

Unduh salinan digital melalui:



<http://bit.do/downloadbukuHECTI>