



## RINGKASAN PENELITIAN

# Bantuan Sosial, Konsumsi Rokok, dan Indikator Sosial-Ekonomi Rumah Tangga di Indonesia

Teguh Dartanto<sup>1</sup>, Faizal Rahmanto Moeis<sup>2</sup>, Renny Nurhasana<sup>3</sup>,  
Aryana Satrya<sup>4</sup>, dan Hasbullah Thabrany<sup>5</sup>

## 1. PENDAHULUAN

Isu rokok selalu mendominasi agenda kebijakan kesehatan di Indonesia yang merupakan salah satu negara dengan prevalensi merokok tertinggi di Asia. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 melaporkan bahwa jumlah perokok aktif usia 15 tahun keatas mencapai 33,8% dari populasi Indonesia. Masalah lain yang cukup mengkhawatirkan adalah meningkatnya prevalensi merokok di kalangan generasi muda. Prevalensi merokok remaja usia 10-18 tahun telah meningkat dari 7,2% pada 2013, menjadi 8,8% pada 2016, dan 9,1% pada 2018. Peningkatan prevalensi merokok usia remaja sangat mengkhawatirkan karena mereka adalah generasi penerus bangsa. Lebih lanjut, data Susenas 2016 & 2017 menunjukkan prevalensi merokok kelompok berpendapatan rendah meningkat lebih cepat dibandingkan dengan desil yang lebih tinggi. Prevalensi merokok di tiga desil kelompok pengeluaran terendah meningkat sebesar 1,47, 0,66, dan 1,04% poin, sementara prevalensi merokok di tiga desil tertinggi hanya meningkat masing-masing 0,59, 0,24, dan -0,57% poin. Fakta ini menimbulkan beberapa pertanyaan antara lain: 1) Bagaimana penduduk berpendapatan rendah mendanai konsumsi rokok mereka? 2) Mengapa peningkatan prevalensi yang signifikan hanya terjadi pada tiga kuintil pertama?

Studi kami menduga adanya keterkaitan antara peningkatan konsumsi rokok kelompok 30% pendapatan terbawah dengan berbagai program-program bantuan sosial yang diberikan oleh pemerintah. Pemerintah berkomitmen untuk mendistribusikan bantuan sosial kepada 40% kelompok pendapatan terbawah yang masuk dalam kategori miskin, hampir miskin dan rentan miskin. Bantuan sosial yang diberikan oleh pemerintah antara lain Beras Sejahtera (Rastra), Program Indonesia Pintar (PIP), Kartu Indonesia Sehat (KIS), Bantuan Langsung Sementara Masyarakat (BLSM), Program Keluarga Harapan (PKH) dan kebijakan lainnya.

Secara konseptual, bantuan sosial akan meningkatkan pendapatan rumah tangga sehingga rumah tangga dapat mengonsumsi lebih banyak. Namun, peningkatan konsumsi tersebut tidak terkecuali untuk barang non-essensial seperti rokok. Apabila ini ditambah

<sup>1</sup> Departemen Ilmu Ekonomi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia (FEB UI)

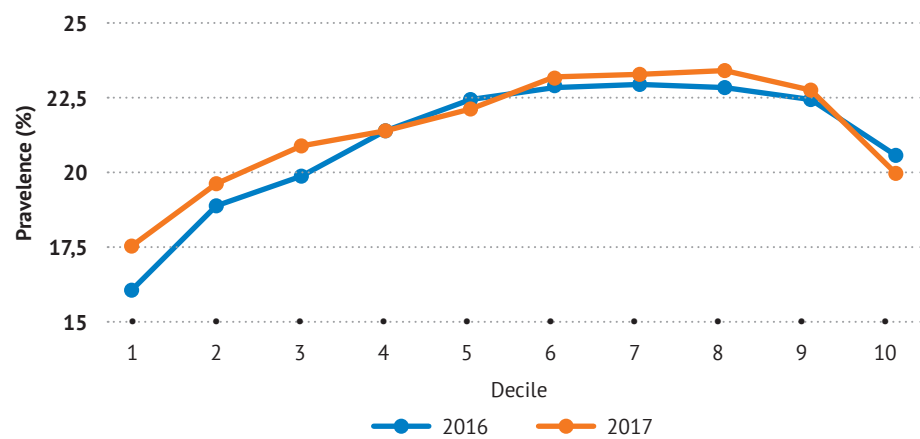
<sup>2</sup> Lembaga Penyelidikan Ekonomi dan Masyarakat (LPEM), FEB-UI

<sup>3</sup> Pusat Kajian Jaminan Sosial, Universitas Indonesia (PKJS UI)

<sup>4</sup> PKJS UI dan Departemen Manajemen, FEB UI

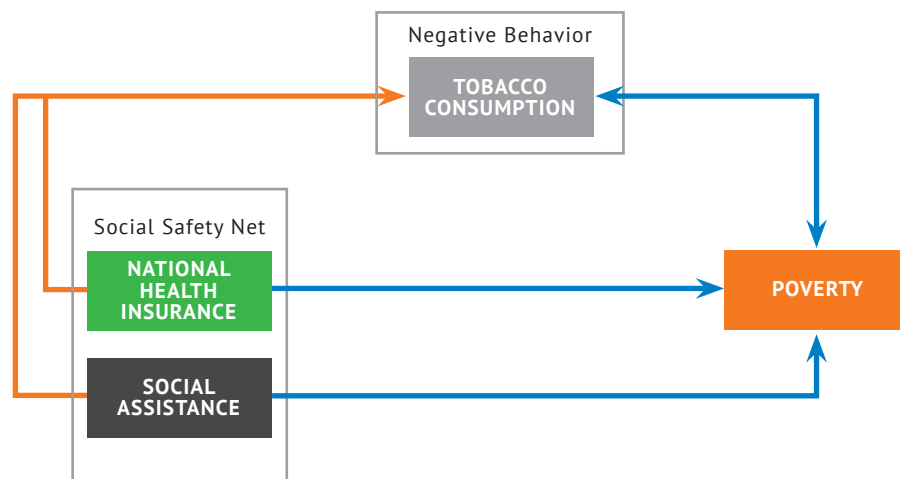
<sup>5</sup> ThinkWell

dengan fakta bahwa elastisitas *income* dari rokok tinggi yaitu 0,65 di Indonesia dan bahkan 0,9 untuk masyarakat berpendapatan rendah<sup>6</sup>, maka tambahan pendapatan dari bantuan sosial dapat digunakan untuk membiayai konsumsi rokok. Akibatnya, akan terjadi penurunan dari kondisi sosio-ekonomi keluarga tersebut. Dari sisi perokok, bantuan sosial menjadi *enabler* baginya untuk tetap mampu/meningkatkan alokasi pengeluarannya. Nantinya, hal ini akan berdampak pada kesehatan perokok maupun perubahan alokasi pengeluaran pada rumah tangga (mengurangi pengeluaran essential seperti nutrisi, pendidikan, dan kesehatan, dll). Kemudian, hal tersebut akan berdampak pada anggota rumah tangga lain dimana anggota rumah tangga lain akan menerima alokasi nutrisi, kesehatan, dan pendidikan yang lebih rendah. Hal ini akan berdampak pada kesehatan maupun pencapaian pendidikan anggota rumah tangga lain, terutama anak dari perokok. Apabila hipotesis ini benar, maka tujuan dari perlindungan sosial untuk meningkatkan kesejahteraan penerimanya menjadi kurang efektif karena penyalahgunaan dana bantuan untuk konsumsi rokok.



**Gambar 1.**  
 Prevalensi Merokok Per Desil Pengeluaran

Sumber: Perhitungan penulis berdasarkan data Susenas 2016 & 2017



**Gambar 2.**  
 Framework dari Bantuan Sosial dan Perilaku Merokok

Sumber: Penulis

Studi ini bertujuan untuk membuktikan secara empiris dampak bantuan sosial terhadap prevalensi merokok. Pertanyaan penelitian adalah sebagai berikut: 1) Apakah ada perbedaan indikator sosial-ekonomi di antara sesama penerima bansos yang merokok dan tidak merokok? 2) Apakah penerima bansos cenderung merokok dibandingkan dengan bukan penerima bansos? 3) Apakah penerima bansos memiliki pengeluaran dan konsumsi rokok lebih tinggi dibandingkan non-penerima bansos? Jika memang bantuan sosial berkorelasi dan bahkan menyebabkan peningkatan konsumsi rokok, maka perlu adanya upaya untuk memasukkan isu rokok dalam persyaratan penerima bantuan sosial. Kami berharap studi ini dapat meningkatkan kesadaran pembuat kebijakan mengenai isu-isu yang mungkin belum diperhitungkan dalam menyusun kebijakan bantuan sosial dan pengendalian tembakau.

## 2. METODOLOGI

Riset ini menggunakan data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2016 dan 2017 dan data *Indonesia Family Life Survey* (IFLS) gelombang 4 dan 5 untuk melakukan analisis panel perilaku merokok akibat menerima bantuan sosial. Untuk analisis keterkaitan antara perilaku merokok dan indikator sosioekonomi, kami menggunakan *t-test* perbedaan dua rata-rata dan metode *Propensity Score Matching* (PSM). Sedangkan, untuk menjawab pertanyaan apakah ada keterkaitan antara bantuan sosial dan perilaku merokok, kami menggunakan analisa ekonometrika regresi logit. Sedangkan regresi tobit digunakan untuk mencari keterkaitan antara bantuan sosial dengan jumlah pengeluaran dan konsumsi jumlah batang rokok. Terakhir, analisis panel IFLS dan regresi multinomial logit digunakan untuk melihat dinamika penerima bantuan sosial dengan perilaku merokok.<sup>7</sup>

## 3. ANALISIS KONDISI SOSIO-EKONOMI DAN PERILAKU MEROKOK DARI PENERIMA BANTUAN SOSIAL

Berdasarkan uji beda dua rata-rata dengan *t-test* dan juga PSM (Tabel 1 dan Tabel 2), kami menemukan beberapa hal penting antara lain:

1. Keluarga penerima bantuan sosial dan merokok **memiliki konsumsi kalori, protein, lemak dan karbohidrat yang jauh lebih rendah** dibandingkan keluarga penerima bantuan sosial tetapi tidak merokok.
2. Keluarga penerima bantuan sosial dan merokok **memiliki anak (usia dibawah 15 tahun) dengan capaian pendidikan yang jauh lebih rendah dan memiliki anak putus sekolah yang lebih tinggi** dibandingkan keluarga penerima bantuan sosial tetapi tidak merokok.
3. Keluarga penerima bantuan sosial dan merokok **memiliki anak usia di bawah 15 tahun yang sering sakit** dibandingkan dengan keluarga penerima bantuan sosial yang bukan perokok.
4. Estimasi dari masing-masing kelompok pendapatan (Q1 (Termiskin), Q2, Q3, Q4 dan Q5 (Terkaya)), kami menemukan pola yang konsisten dimana penerima bansos yang merokok cenderung memiliki indikator sosial ekonomi yang lebih rendah dibandingkan dengan penerima bansos yang bukan perokok.
5. Estimasi PSM dengan memasukkan beberapa kovariat, studi ini menemukan hasil konsisten dengan penemuan dengan metode uji beda rata-rata. Hasil serupa juga ditemukan ketika menggunakan data Susenas 2016.

<sup>7</sup> Metode uji beda rata-rata, PSM dan Analisa panel data merupakan *second best choice* karena keterbatasan sumberdaya, sehingga penelitian ini menggunakan data sekunder Susenas dan IFLS. Metode RCT (*Randomized Control Trial*) merupakan metodologi terbaik untuk menguji apakah bantuan sosial akan meningkatkan konsumsi rokok.

**Tabel 1.**  
Perbandingan Indikator Sosioekonomi antara Perokok dan Non-Perokok dari Penerima Salah Satu Bantuan Sosial Tahun 2017

Indikator	Menerima Salah Satu Bantuan Sosial						
	Total		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
	Non-Perokok vs Perokok		Non-Perokok vs Perokok	Non-Perokok vs Perokok	Non-Perokok vs Perokok	Non-Perokok vs Perokok	Non-Perokok vs Perokok
	Selisih	PSM	Selisih	Selisih	Selisih	Selisih	Selisih
Kalori per Kapita (Kkal/Kapita)	1652.00***	1430.01***	980.57***	1858.42***	2113.22***	1589.99***	727.23***
Protein per Kapita (Gram/Kapita)	72.50***	58.67***	33.39***	67.62***	74.14***	79.78***	80.97***
Lemak per Kapita (Gram/Kapita)	60.92***	47.56***	35.14***	59.93***	64.16***	61.47***	43.69***
Karbohidrat per Kapita (Gram/Kapita)	144.49***	137.99***	92.92***	200.25***	242.51***	119.32***	-61.56***
Rata-Rata Lama Sakit (Hari)	0.383***	0.392***	0.348***	0.366***	0.365***	0.461***	0.389***
Rata-Rata Rawat Inap (Hari)	0.117***	0.097***	0.030***	0.061***	0.081***	0.188***	0.282***
Rata-Rata Lama Sakit ART Berusia <15 Tahun (Hari)	-0.074***	-0.053***	-0.078***	-0.055***	-0.048**	-0.090***	-0.123***
Rata-Rata Rawat Inap ART Berusia <15 Tahun (Hari)	-0.001	0.003	-0.006	-0.016*	0.016	0.011	-0.018
Tahun Sekolah ART Berusia <15 Tahun (Hari)	0.380***	0.35***	0.350***	0.410***	0.402***	0.439***	0.430***
Jumlah ART Berusia < 15 Tahun Putus Sekolah (Anak)	-0.005***	-0.005***	-0.007***	-0.006***	-0.007***	-0.004***	-0.001**
Pengeluaran Pendidikan per Kapita (Rupiah/Kapita)	2765.11***	1852.53***	417.72***	477.20***	837.77***	2255.16***	11594.03***
Pengeluaran Kesehatan per Kapita (Rupiah/Kapita)	6732.51***	6388.1***	655.75***	1901.44***	3476.22***	9103.88***	21229.06***

Catatan: Nilai positif artinya bukan perokok memiliki indikator yang lebih baik dibandingkan perokok. \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1

Sumber: Diestimasi Penulis

**Tabel 2.**  
Ringkasan Perbedaan Indikator Sosioekonomi antara Perokok dan Non-Perokok dari Penerima Bantuan Sosial di Tahun 2017

Indikator	Total	Satu Bansos	Ranstra	PKH	PIP (PBI BPJSK)	KIS	KKS
	Non-Perokok vs Perokok	Non-Perokok vs Perokok	Non-Perokok vs Perokok	Non-Perokok vs Perokok	Non-Perokok vs Perokok	Non-Perokok vs Perokok	Non-Perokok vs Perokok
	Selisih	Selisih	Selisih	Selisih	Selisih	Selisih	Selisih
	Selisih	Selisih	Selisih	Selisih	Selisih	Selisih	Selisih
Kalori per Kapita (Kkal/Kapita)	1632.57***	1652.00***	1812.21***	740.92***	460.66***	1686.47***	1401.99***
Protein per Kapita (Gram/Kapita)	81.80***	72.50***	67.99***	32.79***	25.39***	75.72***	54.82***
Lemak per Kapita (Gram/Kapita)	68.28***	60.92***	55.05***	34.45***	27.92***	64.89***	46.38***
Karbohidrat per Kapita (Gram/Kapita)	116.00***	144.49***	196.87***	39.84**	-5.21	141.31***	144.11***
Rata-Rata Lama Sakit (Hari)	0.290***	0.383***	0.472***	0.266***	0.105***	0.388***	0.483***
Rata-Rata Rawat Inap (Hari)	0.113***	0.117***	0.112***	0.070***	0.050***	0.123***	0.079***
Rata-Rata Lama Sakit ART Berusia <15 Tahun (Hari)	-0.073***	-0.074***	-0.056***	-0.089***	-0.037**	-0.081***	-0.107***
Rata-Rata Rawat Inap ART Berusia <15 Tahun (Hari)	0.010***	-0.001	-0.01	-0.036**	0	0	-0.005
Tahun Sekolah ART Berusia <15 Tahun (Tahun)	0.383***	0.380***	0.420***	0.332***	0.348***	0.348***	0.370***
Jumlah ART Berusia < 15 Tahun Putus Sekolah (Anak)	-0.005***	-0.005***	-0.006***	-0.008***	-0.004***	-0.006***	-0.006***
Pengeluaran Pendidikan per Kapita (Rupiah/Kapita)	8584.79***	2765.11***	309.21**	2749.47***	3203.58***	3369.36***	1008.66***
Pengeluaran Kesehatan per Kapita (Rupiah/Kapita)	9562.63***	6732.51***	6020.17***	1520.13**	2372.80***	6857.75**	4680.54***

Catatan: Nilai positif artinya bukan perokok memiliki indikator yang lebih baik dibandingkan perokok. \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1

Sumber: Diestimasi Penulis

Tabel 1 dan 2 telah membuktikan bahwa keluarga penerima bansos dan perokok memiliki kondisi sosioekonomi lebih buruk dibandingkan penerima bansos dan non-perokok. Apakah bantuan sosial berkorelasi dengan perilaku merokok? Dengan menggunakan metode regresi logistik, studi ini menunjukkan bahwa penerima bantuan sosial berkorelasi positif dengan perilaku merokok, dimana efek tertinggi terjadi pada penerima PKH. PKH yang didistribusikan secara tunai meningkatkan pendapatan rumah tangga secara langsung sehingga rumah tangga dapat menggunakan untuk membeli rokok. Penerima Bansos memiliki kecenderungan merokok lebih tinggi jika dibandingkan dengan bukan penerima Bansos. Penerima PKH memiliki peluang 11 persen poin lebih tinggi untuk merokok dibandingkan bukan penerima PKH. Pola ini konsisten untuk masing-masing kategori bantuan sosial, kelompok pendapatan, dan data Susenas 2016.

**Tabel 3.**  
Regresi Logit dari Perilaku Merokok 2017

No. Variables	Regresi Logit					
	Koef	MFx (%)	Koef	MFx (%)	Koef	MFx (%)
1 Penerima Rastra (1 = Penerima; 0 = Non-Penerima)	0,302*** (0,001)	6,8***				
2 Penerima PIP (1 = Penerima; 0 = Non-Penerima)		0,422*** (0,001)	9,5***			
3 Penerima KKS (1 = Penerima; 0 = Non-Penerima)			0,304*** (0,001)	6,9***		
4 Penerima PKH (1 = Penerima; 0 = Non-Penerima)			0,524*** (0,001)	11,8***		
5 Penerima BPJS Kesehatan PBI (1 = Penerima; 0 = Non-Penerima)			0,108*** (0,001)	2,4***		
6 Penerima Salah Satu Bantuan Sosial (1 = Penerima; 0 = Non-Penerima)				0,252*** (0,001)	5,7***	
7 Variabel Sosio-Ekonomi	YA	YA	YA	YA	YA	YA
8 Variabel Demografi	YA	YA	YA	YA	YA	YA
9 Variabel Regional	YA	YA	YA	YA	YA	YA
Observasi	67.487.588	67.487.588	67.487.588	67.487.588	67.487.588	67.487.588

Standard error di dalam kurung, \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1  
Sumber: Diestimasi Penulis

Setelah menganalisis probabilitas penerima bantuan sosial dan perilaku merokok pada rumah tangga, studi ini juga melihat apakah bantuan sosial juga mempengaruhi intensitas merokok. Proksi dari intensitas merokok adalah konsumsi/kuantitas batang rokok. Tabel 4 menunjukkan terdapat asosiasi positif antara menerima bantuan sosial dengan konsumsi batang rokok per kapita (konsisten untuk setiap bantuan sosial, kelompok pendapatan (quintile), dan dengan data Susenas 2016). Hal ini menunjukkan bahwa rumah tangga yang menerima bantuan sosial akan cenderung memiliki konsumsi batang rokok lebih tinggi. Penerima PKH memiliki konsumsi 3,5 batang/kapita per minggu lebih tinggi jika dibandingkan dengan bukan penerima PKH, sedangkan keluarga penerima Beras Sejahtera (Rastra) mengkonsumsi 4,5 batang rokok/kapita/minggu dibandingkan dengan keluarga bukan penerima Rastra.

**Tabel 4.**  
Regresi Tobit dari Konsumsi Batang Rokok Per Kapita Per Minggu 2017

No. Variables	Regresi Tobit					
	Batang Rokok Per Kapita	Batang Rokok Per Kapita	Batang Rokok Per Kapita	Batang Rokok Per Kapita	Batang Rokok Per Kapita	Batang Rokok Per Kapita
1 Penerima Rastra (1 = Penerima; 0 = Non-Penerima)	4,523*** (0,00913)					
2 Penerima PIP (1 = Penerima; 0 = Non-Penerima)		2,548*** (0,0136)				
3 Penerima KKS (1 = Penerima; 0 = Non-Penerima)			2,885*** (0,0117)			
4 Penerima PKH (1 = Penerima; 0 = Non-Penerima)				3,507*** (0,0170)		
5 Penerima BPJS Kesehatan PBI (1 = Penerima; 0 = Non-Penerima)					0,777*** (0,00837)	
6 Penerima Salah Satu Bantuan Sosial (1 = Penerima; 0 = Non-Penerima)						3,391*** (0,00889)
7 Variabel Sosio-Ekonomi	YA	YA	YA	YA	YA	YA
8 Variabel Demografi	YA	YA	YA	YA	YA	YA
9 Variabel Regional	YA	YA	YA	YA	YA	YA
Observasi	67.487.588	67.487.588	67.487.588	67.487.588	67.487.588	67.487.588

Standard error di dalam kurung, \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1  
Sumber: Diestimasi Penulis

Terakhir, untuk memperkuat argumen bahwa menerima bantuan sosial akan meningkatkan probabilitas merokok (tidak hanya korelasi), kami menambah analisis panel data IFLS dan analisa *multinomial logistic*. Tabel 5 menunjukkan bahwa apabila seseorang bukan penerima bantuan sosial di tahun 2007 dan menjadi penerima bantuan sosial di tahun 2014, maka seseorang akan memiliki peningkatan peluang menjadi perokok sebesar 1,02 persen poin jika dibandingkan dengan bukan penerima Bansos di tahun 2007 dan 2014. Kelompok ini juga cenderung tidak berhenti merokok pada tahun 2014 sebesar 0,93 persen poin atau terus-menerus merokok sebesar 3,75 persen.

Penerima bantuan sosial di tahun 2007 dan 2014 memiliki efek marginal untuk bertahan sebagai perokok paling tinggi dibandingkan dengan kelompok lainnya. Sedangkan pernah menjadi penerima Bansos di tahun 2007 dan berhenti menjadi penerima Bansos di tahun 2014 memiliki efek marginal tertinggi untuk merubah perilaku dari non-perokok menjadi perokok. Analisis panel menyimpulkan bahwa menerima bantuan sosial menyebabkan perilaku merokok.

**Tabel 3.**  
**Regresi Multinomial Logit dari Dinamika Perilaku Merokok 2007-2014**

No.	Variables	Multinomial Logit (Basis = Non-Perokok di 2007 dan 2014)					
		Non-Perokok di 2007 dan Perokok di 2014	MFX (%)	Perokok di 2007 Non-Perokok di 2014	MFX (%)	Perokok di 2007 dan 2014	MFX (%)
1	Bansos - Bansos (1 =Penerima Bantuan Sosial di 2007 dan 2014; 0 = Lainnya)	0,268*** (0,0953)	0,73*	-0,0981 (0,0938)	-0,75**	0,306*** (0,0424)	5,94***
2	Bansos – NonBansos (1 = Penerima Bantuan Sosial di 2007 dan Tidak Menerima di 2014; 0 = Lainnya)	0,412*** (0,117)	1,33***	0,0624 (0,125)	-0,13	0,271*** (0,0569)	4,89***
3	NonBansos - Bansos (1 = Tidak Menerima Bantuan Sosial di 2007 dan Penerima di 2014; 0 = Lainnya)	0,303*** (0,110)	1,02**	-0,175 (0,116)	-0,93**	0,195*** (0,0506)	3,75***
4	Variabel Sosio-Ekonomi	YA	YA	YA			
5	Variabel Demografi	YA	YA	YA			
6	Variabel Regional	YA	YA	YA			
Observasi				22.271			

Standard error di dalam kurung, \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1

Sumber: Diestimasi Penulis

## KESIMPULAN

Isu pengendalian tembakau masih menjadi isu penting dalam kebijakan kesehatan di Indonesia dimana prevalensi merokok kelompok muda terus meningkat. Di sisi lain, prevalensi merokok di kalangan kelompok berpendapatan rendah (desil 1 sampai 4) juga meningkat lebih cepat dibandingkan desil lebih tinggi dari tahun 2016 ke 2017. Perilaku merokok di kalangan pendapatan rendah mengakibatkan kelompok ini mengurangi pengeluaran yang sifatnya produktif untuk investasi masa depan misalnya makanan bergizi, pendidikan dan kesehatan. Studi yang kami lakukan membuktikan bahwa penerima bantuan sosial yang perokok akan memiliki indikator sosio-ekonomi lebih rendah dibandingkan penerima bansos non-perokok. Perilaku merokok dari penerima Bansos mengurangi efektivitas program-program bantuan sosial untuk mencapai target dari program tersebut.

Kami berharap bahwa temuan ini dapat meningkatkan kesadaran dari pembuat kebijakan untuk mempertimbangkan isu berkaitan dengan bantuan sosial dan pengendalian rokok. Studi ini menyarankan adanya perbaikan dari desain dan persyaratan penerima bantuan sosial (*revising conditionalities of eligibility*). Pembuatan klausa tertentu untuk menghindari perilaku merokok atau menghargai perilaku tidak merokok, terutama bantuan sosial terkait generasi muda seperti Program Indonesia Pintar (PIP) dan PKH.