



UNIVERSITAS
INDONESIA

Widyadarmas

SEKOLAH
KAJIAN
STRATEJIK
DAN GLOBAL



UNIVERSITAS INDONESIA
SEKOLAH KAJIAN STRATEJIK DAN GLOBAL
PUSAT KAJIAN JAMINAN SOSIAL

USULAN ROADMAP UPAYA PENGENDALIAN BELANJA ROKOK DARI DANA BANTUAN SOSIAL

Oleh:

Pusat Kajian Jaminan Sosial
Universitas Indonesia (PKJS-UI)

September 2019





USULAN ROADMAP UPAYA PENGENDALIAN BELANJA ROKOK DARI DANA BANTUAN SOSIAL

Teguh Dartanto, PhD

Fakultas Ekonomi dan Bisnis
Universitas Indonesia

Hasbullah Thabrany, DrPH

Pusat Kajian Jaminan Sosial
Universitas Indonesia

Suci Puspita Ratih, MPH

Pusat Kajian Jaminan Sosial
Universitas Indonesia
Jurusan Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Malang

Dr. Renny Nurhasana

Pusat Kajian Jaminan Sosial
Universitas Indonesia
Kajian Pengembangan Perkotaan
Sekolah Kajian Strategik dan Global
Universitas Indonesia

Aryana Satrya, PhD

Pusat Kajian Jaminan Sosial
Universitas Indonesia

Dwidjo Susilo, MPH

Pusat Kajian Jaminan Sosial
Universitas Indonesia

Faizal Moeis, SE

Fakultas Ekonomi dan Bisnis
Universitas Indonesia

KATA PENGANTAR

Bantuan sosial merupakan salah satu program yang diselenggarakan Pemerintah Indonesia dalam rangka meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). Program ini juga merupakan bagian dari upaya pemerintah untuk mempercepat pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/*Sustainable Development Goals* (SDGs). Melalui program bantuan sosial, diharapkan Indonesia mampu menurunkan kemiskinan dan meningkatkan kesejahteraan melalui bantuan tunai, bantuan pendidikan, bantuan iuran jaminan kesehatan, bantuan pangan, subsidi listrik, dan sebagainya. Namun dalam pelaksanaannya, program bantuan sosial masih mengalami beberapa hambatan, salah satunya adalah perilaku merokok keluarga penerima manfaat (KPM) yang mengakibatkan program bantuan sosial menjadi kurang efektif.

Beberapa penelitian yang dilakukan oleh Pusat Kajian Jaminan Sosial Universitas Indonesia (PKJS-UI) mengkonfirmasi tingginya perilaku merokok pada keluarga penerima dana bantuan sosial. Perilaku merokok anggota keluarga penerima dana bantuan sosial berdampak pada berkurangnya belanja untuk makanan bernutrisi dan kebutuhan penting lainnya. Hal ini dapat menghambat keluarga penerima manfaat keluar dari lingkaran kemiskinan. Bahkan dampak perilaku merokok dapat bersifat “herediter”. Artinya, dampak rokok yang dialami keluarga dapat mengakibatkan kemiskinan pada anak-anak keluarga tersebut di masa mendatang karena kondisi kesehatan yang tidak baik maupun karena tidak mampu mengenyam pendidikan yang layak.

Oleh karena itu, PKJS-UI menyusun dokumen *policy paper* ini sebagai usulan kepada pemangku kebijakan, khususnya kepada kementerian terkait, bahwa solusi untuk mengatasi persoalan ini perlu dikaji bersama. Dalam dokumen ini, PKJS-UI memberikan usulan solusi untuk mencegah eksternalitas negatif dana bantuan sosial berdasarkan kajian, diskusi, dan masukan dari para ahli. Semoga *policy paper* ini dapat digunakan sebagai acuan untuk melakukan upaya konkrit, agar tujuan program bantuan sosial dapat tercapai secara efektif.

Aryana Satrya, PhD
Ketua PKJS-UI

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
PROGRAM PERLINDUNGAN SOSIAL DI INDONESIA	
A. Program Perlindungan Sosial di Indonesia	1
B. Program Keluarga Harapan (PKH).....	1
C. Upaya Perubahan Perilaku Penerima Manfaat	2
D. Sanksi bagi Peserta PKH	3
E. Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2).....	3
F. Cakupan dan Tantangan PKH	4
KONSUMSI ROKOK, KEMISKINAN, DAN BANTUAN SOSIAL	
A. Prevalensi Merokok di Indonesia	5
B. Konsumsi Rokok Berdampak pada <i>Stunting</i> dan Kemiskinan	6
C. Konsumsi Rokok pada Penerima Bantuan Sosial.....	7
D. Studi Terkait Konsumsi Rokok pada Rumah Tangga Miskin	12
E. Faktor Penyebab Tingginya Prevalensi Merokok pada Masyarakat Miskin.....	12
LANGKAH KE DEPAN	
A. Usulan Kebijakan.....	15
B. Solusi yang Ditawarkan	16
C. Solusi Pengendalian Belanja Rokok bagi Peserta Program Bantuan Sosial Lainnya	20
UMPAN BALIK HASIL PENELITIAN, DISKUSI TERFOKUS, DAN AUDIENSI	
A. Umpan Balik Hasil Penelitian	22
B. Umpan Balik Diskusi Terfokus.....	23
C. Umpan Balik Diskusi Audiensi	25
DAFTAR PUSTAKA	27

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Komponen Kepesertaan PKH	1
Gambar 2. Prevalensi Konsumsi Tembakau pada Kelompok Usia Dewasa & Remaja ...	5
Gambar 3. Komposisi Belanja Kebutuhan Sehari-hari Informan.....	9
Gambar 4. Ilustrasi Solusi Internal Pencegahan Konsumsi Rokok pada Keluarga Penerima Bantuan	16



"Harga rokok di Indonesia masih terjangkau oleh uang saku anak. Hal ini yang menjadi salah satu penyebab jumlah perokok anak naik di tahun 2018. Selain itu, rokok masih menjadi kebutuhan utama keluarga miskin. Rokok lebih dipilih untuk dikonsumsi dibandingkan dengan membeli bahan makanan pokok seperti beras, telur dan tempe".

PROGRAM PERLINDUNGAN SOSIAL DI INDONESIA

A. Program Perlindungan Sosial di Indonesia

Pemerintah Indonesia telah menyelenggarakan berbagai program bantuan sosial di berbagai bidang, seperti pendidikan, kesehatan, dan ekonomi. Program perlindungan sosial merupakan program pemerintah yang memegang peranan penting dalam upaya pengurangan kemiskinan serta pembangunan ekonomi di Indonesia. Secara umum, sistem perlindungan sosial di Indonesia mencakup program jaminan sosial dan bantuan sosial untuk berbagai kelompok usia, seperti Bantuan sosial Beras Sejahtera/Rastra (bantuan untuk keluarga), Program Keluarga Harapan (usia anak 0-5 tahun), Program Indonesia Pintar (usia sekolah 6-21 tahun), Asistensi Sosial Penyandang Disabilitas Berat (usia kerja/produktif 19-59 tahun), dan Asistensi Sosial Lanjut Usia/ASLUT untuk lansia (usia 60 tahun ke atas). Termasuk juga pemerintah memberikan bantuan bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI).

B. Program Keluarga Harapan (PKH)

Program keluarga Harapan (PKH) adalah program pemberian bantuan sosial bersyarat (*conditional cash transfer*) kepada keluarga dan/atau seseorang yang dikategorikan sebagai warga miskin dan rentan yang terdaftar dalam basis data terpadu program penanganan fakir miskin serta diolah oleh Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial (Kementerian Sosial, 2016). Sebagai sebuah program bantuan sosial bersyarat, PKH membuka akses keluarga miskin terutama ibu hamil dan anak untuk memanfaatkan berbagai fasilitas layanan kesehatan (faskes) dan fasilitas layanan pendidikan (fasdik) di sekitar mereka.



Gambar 1. Komponen Kepesertaan PKH

Sumber: Ilustrasi Penulis

Sasaran PKH merupakan keluarga miskin dan rentan yang terdaftar dalam Basis Data Terpadu Program Penanganan Fakir Miskin yang memiliki komponen kesehatan, komponen pendidikan, dan komponen kesejahteraan sosial (Kementerian Sosial, 2016). Tujuan program ini adalah meningkatkan taraf hidup Keluarga Penerima Manfaat (KPM) melalui akses layanan pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan sosial, mengurangi beban pengeluaran dan meningkatkan pendapatan keluarga miskin dan rentan, menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian keluarga dalam mengakses layanan kesehatan dan pendidikan serta kesejahteraan sosial, mengurangi kemiskinan dan kesenjangan serta mengenalkan manfaat produk dan jasa keuangan formal kepada KPM.

C. Upaya Perubahan Perilaku Penerima Manfaat

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah bantuan tunai dengan syarat pemenuhan kondisionalitas. Dalam pelaksanaannya, Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH memiliki kewajiban yang harus dipenuhi yaitu memeriksakan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan protokol, seperti: 1) pemeriksaan kesehatan bagi ibu hamil/menyusui bagi ibu balita usia 0 (nol) sampai dengan 6 (enam) tahun; 2) mengikuti kegiatan belajar dengan tingkat kehadiran paling sedikit 85% (delapan puluh lima persen) dari hari belajar efektif bagi anak usia sekolah wajib belajar 12 (dua belas) tahun; 3) mengikuti kegiatan di bidang kesejahteraan sosial sesuai dengan kebutuhan bagi warga lanjut usia 60 (enam puluh) tahun ke atas dan/atau penyandang disabilitas berat. Apabila KPM tidak memenuhi kewajiban tersebut, maka akan dikenakan sanksi berupa penangguhan atau penghentian Bantuan Sosial PKH.



Upaya perubahan perilaku penerima manfaat dapat dilakukan dengan mengadakan Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2). Pertemuan ini meliputi proses belajar secara terstruktur untuk memperkuat perubahan perilaku pada KPM dan peningkatan pengetahuan serta pemahaman mengenai pentingnya pendidikan, kesehatan, serta pengelolaan keuangan bagi keluarga. Dengan demikian KPM diharapkan dapat mengenali permasalahan serta risiko yang akan dihadapi.

D. Sanksi bagi Peserta PKH

Setiap peserta PKH memiliki kewajiban yang harus dilaksanakan dan sanksi akan dikenakan apabila terjadi pelanggaran berupa penangguhan dan pembatalan bantuan sosial PKH. Kondisi dan sanksi yang akan diberikan kepada para peserta PKH ketika terjadi pelanggaran adalah sebagai berikut (Kementerian Sosial, 2016):

1. Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen kehadiran pada fasilitas layanan kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial secara rutin setiap bulannya sesuai protokol yang berlaku maka akan dikenai sanksi berupa pengurangan nominal bantuan 10% pada setiap tahapan penyaluran.
2. Apabila tiga bulan berturut-turut seluruh anggota keluarga tidak memenuhi komitmen kehadiran pada fasilitas kesehatan dan/atau pendidikan sesuai protokol yang berlaku maka akan dikenai sanksi berupa pengurangan nominal bantuan 100% (tidak mendapatkan bantuan) namun masih tercatat sebagai peserta PKH.
3. Selama enam bulan berturut-turut seluruh anggota keluarga tidak memenuhi komitmen kehadiran pada fasilitas kesehatan dan/atau pendidikan sesuai protokol yang berlaku maka akan dikenai sanksi dikeluarkan dari kepesertaan PKH secara permanen serta tidak dapat diajukan kembali sebagai peserta PKH.
4. Tiga kali siklus penyaluran bantuan berturut-turut atau selama sembilan bulan peserta PKH tidak mengambil bantuan maka akan dikenai sanksi berupa dikeluarkan dari kepesertaan PKH serta tidak dapat diajukan kembali sebagai peserta PKH.
5. Terbukti tidak memenuhi kriteria sebagai peserta PKH maka akan dikenai sanksi dikeluarkan dari kepesertaan PKH serta tidak dapat diajukan kembali sebagai peserta PKH.

E. Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)

Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) merupakan proses belajar terstruktur untuk memperkuat terjadi perubahan perilaku pada Keluarga Penerima Manfaat (KPM) yang dilaksanakan setiap 1 bulan sekali dan disampaikan pendamping PKH.

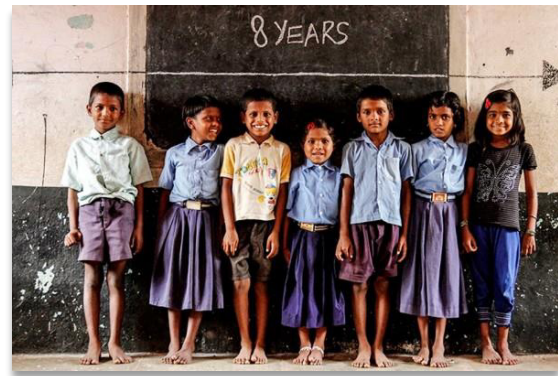


Pertemuan ini bertujuan meningkatkan pengetahuan pengasuhan anak, mendukung pendidikan anak di sekolah, meningkatkan pengetahuan praktis pengelolaan keuangan keluarga, meningkatkan kesadaran kesehatan terutama 1.000 hari pertama kehidupan, meningkatkan kesadaran pencegahan kekerasan anak dan pemenuhan hak anak, serta meningkatkan kesadaran hak lansia dan disabilitas.

Melalui pertemuan ini, diharapkan keterampilan hidup masyarakat miskin serta kesadaran pemanfaatan pelayanan kesehatan dan pendidikan dapat mengalami peningkatan.

F. Cakupan dan Tantangan PKH

Cakupan peserta serta anggaran dana PKH pada tahun 2007 hingga 2018 terus mengalami peningkatan. Pada tahun 2007, cakupan peserta PKH sebesar 388.000 peserta dengan anggaran 508 milyar rupiah hingga pada 2018 cakupan peserta PKH mencapai 10 juta peserta dengan anggaran 17 triliun rupiah. Peningkatan ini tentunya tidak dapat lepas dari tantangan yang dihadapi dalam pelaksanaan PKH antara



lain resertifikasi berupa pendataan ulang kepesertaan PKH pada tahun ke-5 dan evaluasi atas kepemilikan komponen kepesertaan PKH, serta status sosial ekonomi peserta PKH. Tantangan lainnya yaitu graduasi pada tahun ke-6 kepesertaan yang ditentukan berdasarkan perubahan status sosial ekonomi peserta, dan bagi mereka yang tidak lagi memenuhi komponen kepesertaan PKH. Selain itu, terdapat juga indikasi bahwa terdapat pengeluaran diluar kebutuhan pokok dalam sebuah keluarga penerima PKH misalnya untuk pembelian rokok. Hal ini sesuai dengan temuan tim *Background Study* RPJMN (2020-2024) bahwa beberapa keluarga penerima dana bantuan sosial merupakan perokok berat.

Temuan lain terkait perilaku merokok pada keluarga penerima bantuan sosial terlihat dari hasil riset Dartanto, et al (2019) yang menunjukkan bahwa penerima bantuan sosial (bansos) yang merokok akan memiliki indikator sosial ekonomi lebih rendah dibandingkan penerima bansos non-perokok. Studi ini menunjukkan perilaku merokok di kalangan pendapatan rendah mengakibatkan kelompok ini mengurangi pengeluaran penting seperti makanan bergizi, pendidikan, dan kesehatan yang seharusnya bermanfaat untuk investasi peningkatan kualitas sumber daya manusia. Perilaku merokok dari penerima bansos mengurangi efektivitas program bantuan sosial mencapai target dari program tersebut.

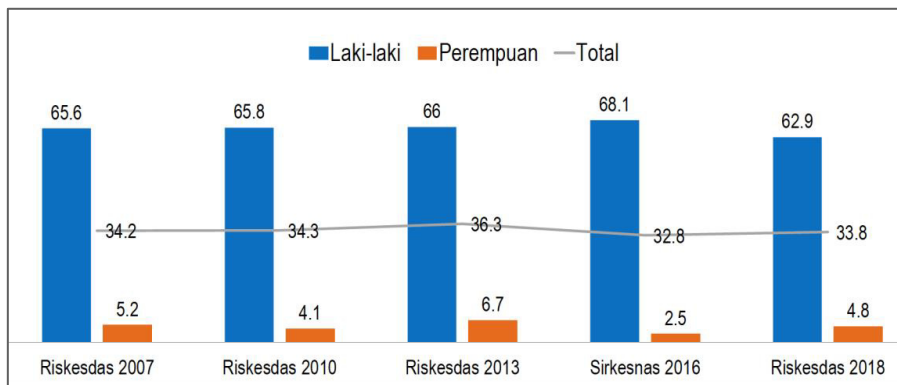
Temuan riset tersebut menjadi ironis saat diketahui bahwa penerima bantuan sosial memiliki kecenderungan merokok lebih tinggi jika dibandingkan dengan yang bukan penerima bantuan sosial. Penerima PKH memiliki pengeluaran untuk rokok sebesar 3,5 batang/kapita per minggu lebih tinggi dibandingkan dengan yang bukan penerima PKH. Selain itu, penerima beras sejahtera (rastra) diketahui mengkonsumsi 4,5 batang rokok/kapita per minggu lebih tinggi dibandingkan dengan bukan penerima rastra. Hal ini juga diperkuat dengan analisis multinominal logit terhadap data panel IFLS, dimana penerima bantuan sosial akan memiliki kecenderungan menjadi perokok yang lebih besar dibanding mereka yang tidak menerima bantuan sosial.

KONSUMSI ROKOK, KEMISKINAN, DAN BANTUAN SOSIAL

A. Prevalensi Merokok di Indonesia

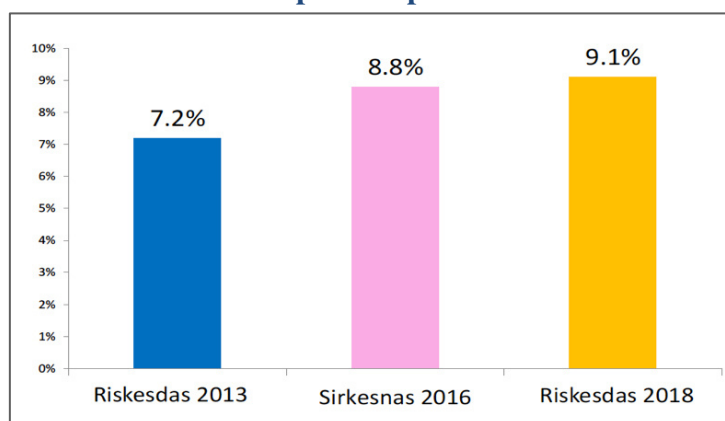
Prevalensi konsumsi tembakau (hisap dan kunyah) pada usia lebih dari 15 tahun di Indonesia pada tahun 2018 mencapai 62,9% (laki-laki) dan 4,8% (perempuan). Sedangkan prevalensi merokok pada populasi usia 10-18 tahun terus mengalami peningkatan yaitu 7,2% pada tahun 2013 dan meningkat hingga 9,1% pada tahun 2018. Peningkatan konsumsi rokok ini tentunya memiliki dampak buruk bagi masyarakat. Salah satunya berdampak pada kondisi perekonomian rakyat. Rokok konsisten menyumbang kemiskinan terbesar kedua setelah beras pada masyarakat perkotaan (11,07%) maupun perdesaan (10,21%). Mayoritas perokok pada keluarga dengan kesejahteraan rendah adalah usia produktif.

Prevalensi (%) Konsumsi Tembakau (Hisap dan Kunyah) pada Penduduk Usia > 15 Tahun, 2007 – 2018



Sumber: Kemenkes, 2018

Prevalensi Merokok pada Populasi Usia 10-18 Tahun



Gambar 2. Prevalensi Konsumsi Tembakau pada Kelompok Usia Dewasa dan Remaja

Sumber: Kemenkes, 2018

B. Konsumsi Rokok Berdampak pada *Stunting* dan Kemiskinan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh PKJS-UI (2018) dengan mengeksplorasi data Indonesia Family Life Survey (IFLS) 2014 dan analisis *econometrics* menegaskan bahwa anak-anak yang berasal dari keluarga perokok kronis memiliki berat badan 1,5 kg lebih rendah dan tinggi badan 0,34 cm lebih pendek dibandingkan anak-anak yang berasal dari keluarga non-perokok. Hal ini menunjukkan bahwa perokok kronis berpeluang lebih tinggi untuk memiliki anak-anak pendek dibandingkan non-perokok. Terdapat bukti kuat dan konsisten yang menunjukkan bahwa anak yang orang tuanya merokok cenderung *stunting* dengan memperhitungkan faktor genetik dan lingkungan. Perilaku merokok orang tua juga berpengaruh terhadap intelegensi anak secara tidak langsung (dampak dari *stunting*). Selain itu, konsumsi rokok berhubungan secara signifikan dengan kemiskinan karena 1% kenaikan belanja rokok meningkatkan peluang terhadap kemiskinan sebesar 6 persen poin pada rumah tangga. Artinya konsumsi rokok memiliki pengaruh besar terhadap garis kemiskinan.



Untuk memperkuat studi tersebut, PKJS-UI (2019) melakukan studi kasus terhadap keluarga dengan balita *stunting* di Kabupaten Demak. Kabupaten Demak sendiri merupakan salah satu dari 60 kabupaten/kota prioritas *stunting* pada tahun 2019. Di sisi lain, prevalensi merokok di kabupaten tersebut cukup tinggi, yaitu 22,33% pada tahun 2018. Berdasarkan temuan dari para informan penelitian yang berjumlah 6 orang, diketahui merokok sudah menjadi kegiatan yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan sehari-hari, terutama kaum pria. Besaran uang yang dikeluarkan untuk membeli rokok juga relatif besar terutama jika dibandingkan dengan pendapatan keluarga. Keluarga para informan rata-rata membeli rokok 1 hingga 2 bungkus per hari atau sekitar Rp20.000-Rp40.000 per hari, bahkan ada yang mengkonsumsi empat bungkus per hari. Pengeluaran ini akhirnya mengurangi belanja kebutuhan penting lainnya.

“Kalau harus *ngurangin* uang belanja atau *ngurangin* rokok, mending *ngurangin* belanja yang penting satu bungkus per hari”

(Informan 2, perempuan, 43 tahun)

“Kalau merokok Mas *nggak* bisa *diwen* (dikalahkan/harus didapatkan), empat bungkus sehari”

(Informan 3, laki-laki, 48 tahun)

Besarnya uang yang harus dialokasikan untuk membeli rokok tidak dapat dipungkiri berkontribusi pada fenomena *stunting* pada keluarga informan. Berkurangnya uang untuk kebutuhan sehari-hari terutama makanan, berdampak pada berkurangnya asupan gizi harian yang semestinya diperoleh oleh anggota keluarga. Bagi anak yang sedang dalam masa pertumbuhan, kurangnya asupan gizi merupakan salah satu penyebab utama *stunting*.

C. Konsumsi Rokok pada Penerima Bantuan Sosial

PKJS-UI melakukan studi terkait perbandingan indikator sosial-ekonomi antara penerima bantuan sosial yang merokok dan tidak merokok (Dartanto, et al., 2019). Berdasarkan uji beda dua rata-rata dengan t-test dan juga *Propensity Score Matching/PSM* terdapat temuan 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) memiliki 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 dibawah 15 tahun mengalami kejadian 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)), ditemukan 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.

Hal yang menjadi pertanyaan adalah, apakah bantuan sosial justru menjadi *boomerang* bagi pemerintah karena mendorong perilaku merokok? Hasil analisis studi ini juga 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.

Dartanto, et al. (2019) juga melihat apakah bantuan sosial juga mempengaruhi intensitas merokok. Proksi dari intensitas merokok adalah konsumsi/kuantitas batang rokok. Penelitian menunjukkan ada 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.

Dalam memperkuat argumen peneliti bahwa menerima bantuan sosial akan meningkatkan probabilitas merokok (tidak hanya korelasi), hasil analisis panel data IFLS dan analisa *multinomial logistic* menunjukkan bahwa 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.

Sebagai studi lanjut dari temuan tersebut, PKJS-UI (2019) melakukan studi kualitatif terhadap keluarga penerima dana bantuan sosial di Jawa Timur, khususnya di Kota Malang dan Kabupaten Kediri. Wawancara mendalam dilakukan kepada 10 keluarga penerima dana Program Keluarga Harapan (PKH) dan dana bantuan sosial lainnya seperti Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT), subsidi listrik, Program Indonesia Pintar (PIP), dan Penerima Bantuan Iuran (PBI) BPJS Kesehatan. Seluruh informan memiliki anggota keluarga yang merokok, baik suami, ayah maupun anak laki-laki mereka. Sebagian besar suami para informan merupakan perokok berat. Keluarga informan sebagian besar membelanjakan Rp5.500 hingga Rp30.000 per hari untuk rokok. Sebagian besar informan mengaku harga rokok saat ini tergolong mahal, namun suaminya selalu bisa membeli rokok meski eceran atau rokok dengan harga murah (Rp10.000).

Konsumsi rokok pada keluarga penerima dana bantuan sosial juga berpengaruh terhadap kebutuhan asupan makanan bernutrisi sehari-hari. Sebagian besar informan mengaku bahwa pada dasarnya mereka mampu untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari setelah mereka menerima bantuan sosial. Jenis makanan yang paling sering dikonsumsi oleh informan adalah nasi, telur, tempe dan tahu. Namun sebagian besar informan mengaku jarang mengkonsumsi ikan laut, daging, sayuran, dan buah-buahan. Bahkan salah satu informan mengaku terkadang harus menghangatkan sayur untuk dikonsumsi keesokan harinya.

“Sing paling gelek ya telur Mbak, yang murah meriah aja.” (Yang paling sering ya telur Mbak, yang murah meriah saja)

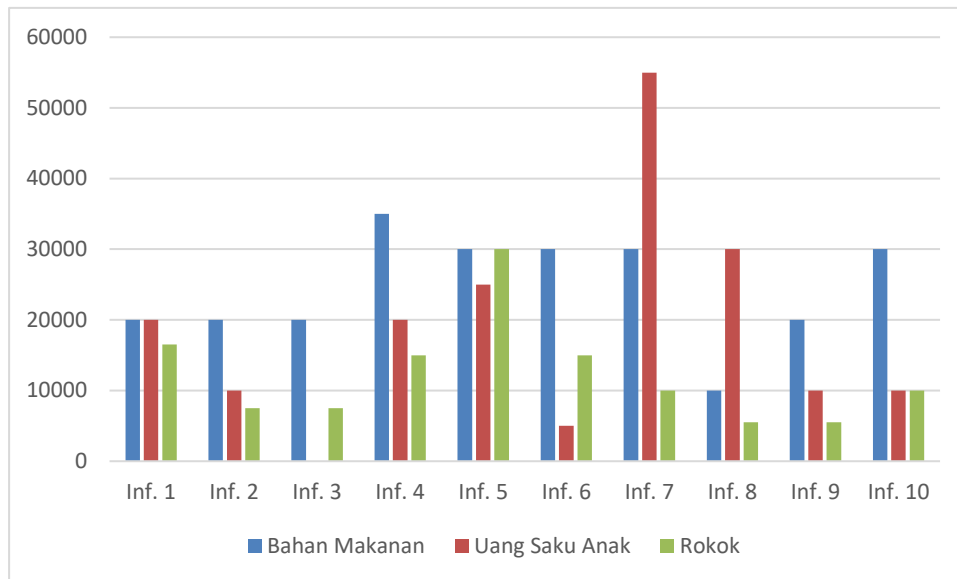
(Informan 2, perempuan, 34 tahun)

“...nek buah e nggih jarang. 1 bulan mpun mboten mesti... nek sayur lodeh niku nggih nate dinget... nek tasik ngoten niko nggih dinget...” (...kalau buahnya ya

jarang. Satu bulan tidak tentu... Kalau sayur lodeh itu ya pernah diangetin... kalau masih gitu terus diangetin)

(Informan 10, perempuan, 49 tahun)

Hampir seluruh informan mengatakan kebutuhan sehari-hari mereka adalah belanja bahan makanan, uang saku sekolah, rokok, dan bensin. Kebutuhan belanja rokok setiap hari pada keluarga informan memang cukup besar. Komposisi pengeluaran sehari-hari untuk makanan, uang saku anak dan rokok dapat dilihat pada gambar 3.



Gambar 3. Komposisi Belanja Kebutuhan Sehari-hari Informan
Sumber: Penulis

Sebagian besar informan mengaku bahwa kebutuhan belanja rokok merupakan urusan suami. Namun mereka tidak mengelak jika pengeluaran untuk rokok juga berdampak terhadap kebutuhan sehari-hari. Salah satu informan mengatakan jika sedang mengalami kesulitan ekonomi, suaminya enggan memberikan uang belanja rokok untuk membeli telur. Informan lain mengatakan bahwa ketika mengalami kesulitan memenuhi kebutuhan sehari-hari, ia lebih memilih berhutang daripada meminta uang rokok suami. Ia juga mengatakan bahwa perilaku merokok suami berpengaruh terhadap kebutuhan sehari-hari. Bahkan ketika perekonomian sedang sulit, salah satu informan mengatakan suami mereka tetap merokok.

Selain studi yang dilakukan oleh PKJS-UI, temuan Tim Turun Lapangan Background Study RPJMN 2020-2024 oleh Kementerian PPN/Bappenas (*forthcoming*), juga menemukan fakta-fakta penting di lapangan terkait perilaku merokok pada penerima bantuan sosial, yaitu sebagai berikut:

1. Temuan di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT)

Berdasarkan hasil wawancara dengan penerima PKH di Nusa Tenggara Timur pada 18-19 Juli 2018, diperoleh informasi bahwa beberapa keluarga penerima PKH merupakan perokok. Salah satunya seorang istri nelayan (Ibu R) yang menerima PKH

sebesar Rp500.000/tiga bulan. Suaminya adalah seorang perokok dan ada indikasi penggunaan uang yang berasal dari PKH untuk belanja rokok. Padahal keluarga tersebut memiliki 6 anak dan ada di antaranya yang tidak melanjutkan sekolah. Seharusnya dana PKH digunakan untuk penunjang pendidikan agar tidak ada anak yang putus sekolah akibat kekurangan biaya. Namun pada pelaksanaannya, dana yang telah dialokasikan kepada masyarakat tidak dimanfaatkan dengan baik.

Bukti selanjutnya yaitu hasil wawancara dengan istri nelayan lainnya (Ibu A) yang menerima bantuan PKH dan Rastra. Nelayan ini memiliki 4 anak. Namun permasalahannya, suami beliau adalah seorang perokok yang menghabiskan 2 sampai 3 bungkus rokok setiap melaut. Sedangkan keluarga ini memiliki tunggakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) lebih dari 1 bulan dan harus membayar hutang Rp96.000 per minggu. Padahal seharusnya dana PKH dapat dialokasikan untuk membayar tagihan KIS PBPU dan juga membayar hutang keluarga tersebut.



Sumber: Bappenas, 2018 (Tim Turun Lapangan Background Study RPJMN 2020-2024)

Rokok dapat menimbulkan masalah kesehatan serius pada rumah tangga miskin. Di Kabupaten Kupang, NTT, ditemukan kejadian *stunting* pada 3 anak (2 anak kembar usia 5 tahun dan seorang anak usia 1 tahun) dari 4 anak di sebuah rumah tangga. Kepala rumah tangga merupakan seorang perokok dan bekerja sebagai buruh di galangan kapal. Sedangkan Ibu adalah ibu rumah tangga. Pendapatan yang diterima tidak menentu (kurang lebih Rp800-900 ribu/bulan). Sepertiga penghasilannya dihabiskan untuk membeli rokok. Keterbatasan ekonomi membuat anak-anak tidak dapat mengkonsumsi makanan yang bernutrisi untuk memenuhi tumbuh kembangnya, sehingga status gizinya berada di status sangat pendek, gizi buruk, dengan berat badan, tinggi badan, dan lingkar lengan berada di bawah standar.



Sumber: Bappenas, 2018 (Tim Turun Lapangan Background Study RPJMN 2020-2024)

2. Temuan di Provinsi Sumatera Barat

Wawancara juga dilakukan pada penerima bantuan PKH di Sumatera Barat pada 29 Juni 2018. Berdasarkan hasil wawancara diperoleh informasi bahwa seorang lansia (Ibu Z) menerima bantuan PKH lansia dan Kartu Indonesia Sehat (KIS) Penerima Bantuan Iuran (PBI). Suami beliau adalah seorang perokok. Ibu Z harus membiayai kebutuhannya sendiri, suaminya, 1 anak dengan kondisi depresi, dan 3 orang cucu, dimana 2 diantaranya pernah mengalami sakit mental serius. Selain itu, Ibu Z juga harus membayar sewa rumah Rp 4 juta per bulan. Bantuan yang diterima Ibu Z belum bisa mencukupi besarnya tanggungan yang harus dibayar.



Sumber: Bappenas, 2018 (Tim Turun Lapangan Background Study RPJMN 2020-2024)

D. Studi Terkait Konsumsi Rokok pada Rumah Tangga Miskin

Beberapa penelitian sebelumnya yang mendukung terkait perilaku merokok pada rumah tangga miskin diantaranya sebagai berikut:

1. Block dan Webb (2009)

Penelitian ini dilakukan pada 57.525 rumah tangga di Jawa Tengah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengeluaran rumah tangga untuk rokok menggantikan pengeluaran untuk makanan.

2. Semba et al. (2011)

Subyek pada penelitian ini adalah anak usia 0-59 bulan pada 175.583 rumah tangga di seluruh Indonesia. Berdasarkan penelitian ini diperoleh hasil bahwa rokok dapat menyebabkan kekurangan pangan dan risiko ini semakin besar pada rumah tangga miskin. Selain itu, sebesar 22% pengeluaran rumah tangga per minggu dipakai untuk belanja rokok dibandingkan untuk makanan.

3. World Health Organization (2012)

Penelitian ini dilakukan pada 8.994 rumah tangga di seluruh Indonesia. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata pengeluaran untuk rokok sebesar Rp 369.947,68 per bulan. Sedangkan batas garis kemiskinan pada Maret 2011 adalah pengeluaran Rp 233.740 per kapita per bulan. Dan rata-rata pengeluaran untuk rokok pada kelompok masyarakat yang tidak bekerja (tidak termasuk pelajar) adalah sebesar Rp 922.414,85.

4. Badan Pusat Statistik (2013)

Penelitian ini dilakukan pada 300.000 rumah tangga di Indonesia. Hasil dari penelitian ini yaitu rumah tangga pada kuintil 40% terendah tidak mencapai kalori minimum yang dibutuhkan, namun menunjukkan pengeluaran untuk rokok secara signifikan.

5. PKJS-UI (2018)

Penelitian ini dilakukan pada 83% populasi di Indonesia yang tersebar di 13 provinsi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengeluaran rumah tangga untuk rokok dan alkohol secara signifikan meningkatkan peluang untuk miskin secara terus-menerus.

6. Milcarz et al. (2017)

Penelitian ini dilakukan pada 1.817 penerima bantuan sosial di Polandia. Prevalensi merokok pada penerima bantuan sosial cenderung lebih tinggi dibandingkan dengan populasi pada umumnya.


Berdasarkan beberapa penelitian di atas, dapat disimpulkan bahwa rokok memiliki keterkaitan yang erat dengan kemiskinan. Pengeluaran rumah tangga untuk rokok dapat meningkatkan probabilitas kemiskinan. Bahkan terdapat rumah tangga yang memiliki pengeluaran untuk rokok hingga menggantikan pengeluaran untuk kebutuhan sehari-hari. Keadaan demikian tentunya dapat dikatakan bahwa para perokok jauh dari kesejahteraan.

E. Faktor Penyebab Tingginya Prevalensi Merokok pada Masyarakat Miskin

Berikut ini merupakan faktor penyebab tingginya prevalensi merokok pada masyarakat miskin:

1. Kurangnya pengetahuan dan kesadaran mengenai bahaya rokok

Tingginya prevalensi merokok lebih banyak ditemukan pada kelompok masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah (CDC, 2018; PKJS-UI, 2018).



Rendahnya tingkat pendidikan menyebabkan kelompok masyarakat tersebut memiliki informasi yang kurang mengenai bahaya merokok. Selain itu, kampanye dan edukasi bahaya rokok belum sepenuhnya menjangkau masyarakat miskin (bisa disebabkan kurangnya sarana komunikasi) (Milcarz et al., 2017). Sehingga tidak semua lapisan masyarakat memiliki pengetahuan atau informasi yang cukup mengenai bahaya rokok.

2. Efek kecanduan nikotin

Perokok dengan tingkat edukasi rendah cenderung kecanduan nikotin lebih tinggi dibandingkan dengan tingkat edukasi tinggi. Hal ini menyebabkan perilaku merokok pada keluarga dengan pendapatan rendah lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang memiliki pendapatan tinggi (Siahpush et al., 2006). Hal ini akan berdampak buruk pada kondisi ekonomi masyarakat berpendapatan rendah. Konsumsi rokok yang semakin meningkat akan mengakibatkan penurunan status ekonomi masyarakat.

3. Harga rokok masih cukup terjangkau masyarakat miskin

Harga rokok di Indonesia masih tergolong murah, sehingga masyarakat miskin sangat mudah menjangkau. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh PKJS-UI menunjukkan sebesar 44,8% responden (N=1.000) menyatakan bahwa harga rokok saat ini masih tergolong wajar. Bahkan masyarakat miskin masih mampu membeli rokok hingga dua bungkus per hari dan masih menganggap harga rokok saat ini masih terjangkau. Untuk mengatasi permasalahan tersebut seharusnya harga rokok dinaikkan agar masyarakat dapat mengurangi atau bahkan berhenti mengkonsumsi rokok dengan alasan ekonomi.

4. Tidak ada larangan merokok di tempat kerja

Penetapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di tempat kerja merupakan salah satu usaha untuk menurunkan prevalensi perokok aktif. Namun, saat ini kebijakan KTR lebih banyak ditetapkan pada sektor formal. Padahal pada suatu penelitian yang dilakukan oleh PKJS-UI menemukan bahwa sebesar 57,7% yang bekerja sebagai wiraswasta merupakan perokok aktif (N=1.000). Masyarakat miskin sebagian besar bekerja pada sektor informal atau wiraswasta dimana cenderung memiliki kebebasan dan *self-autonomy* yang tinggi dibandingkan mereka yang bekerja sebagai pegawai/sektor formal.

Upaya pengendalian tembakau memerlukan peran berbagai pihak (*multi-sector*), seperti Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan dan Kementerian Koordinator Bidang Perekonomian perihal cukai hasil tembakau, Kementerian Sosial perihal penerima bantuan sosial yang merokok, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional, Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, bahkan sampai ke Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Indonesia perihal Kawasan Tanpa Rokok, Kementerian Agama dan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan perihal pendidikan, Kementerian Komunikasi dan Informatika perihal iklan, dan juga kementerian/lembaga lainnya.



Prof. Emil Salim menunjukkan keprihatiannya terhadap tingginya jumlah perokok di Indonesia yang berpengaruh terhadap rendahnya sumber daya manusia dan kesehatan namun perokok tidak juga jera.

Sehingga dibutuhkan peran Kementerian Sosial (Kemensos) untuk sama-sama berjalan menurunkan kemiskinan melalui pengurangan jumlah perokok.

Pernyataan tersebut disampaikan dalam acara diskusi PKJS-UI dan Komisi Nasional Pengendalian Tembakau (Komnas PT) bersama Menteri Sosial pada 29 November 2018.

Prof. Hasbullah Thabrany berpendapat bahwa pengendalian tembakau memerlukan multi-intervensi, seperti pengendalian secara ekonomi melalui kenaikan harga rokok dan pengendalian dengan cara meningkatkan kesadaran masyarakat melalui edukasi dan denormalisasi produk rokok.



Pernyataan tersebut disampaikan dalam acara *Round Table Discussion* yang diselenggarakan oleh PKJS-UI pada 12 Juli 2018.

LANGKAH KE DEPAN



A. Usulan Kebijakan

1. Solusi Eksternal

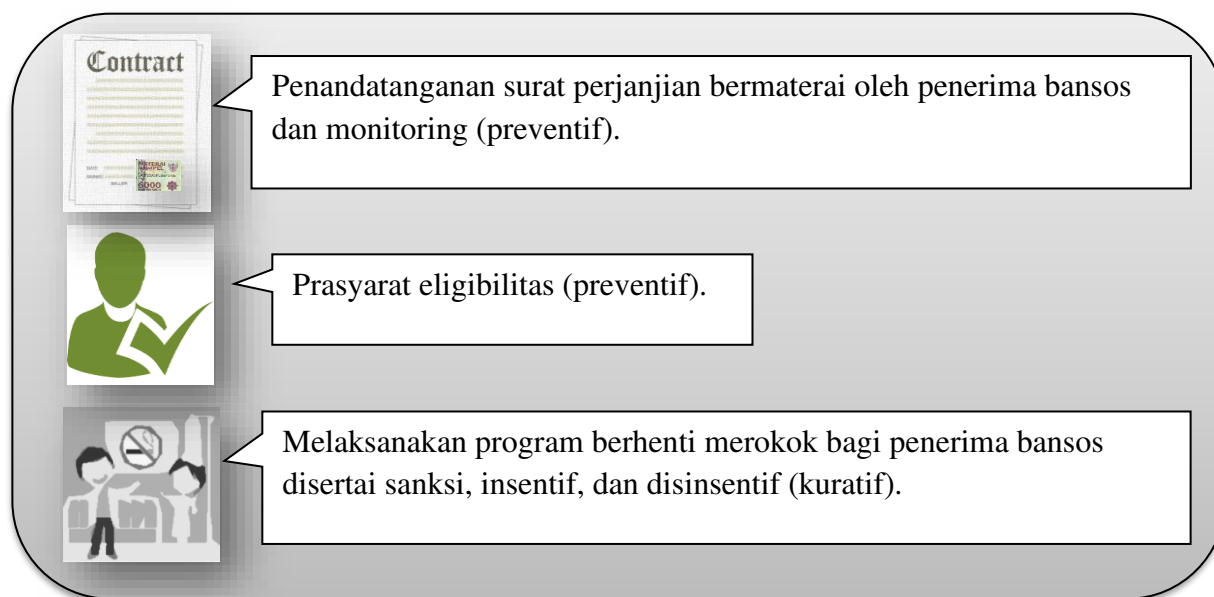
Solusi Eksternal ini dilakukan dengan mencegah dan mengurangi konsumsi rokok pada rumah tangga miskin dengan cara sebagai berikut:

- a) Meningkatkan harga rokok mencapai optimum melalui mekanisme cukai/pajak rokok sehingga masyarakat miskin tidak mudah menjangkau.
- b) Memperbesar ukuran peringatan kesehatan bergambar pada bungkus rokok.
- c) Menegakkan larangan penjualan rokok eceran.
- d) Menegakkan Kawasan Tanpa Rokok di tempat umum dan di rumah tangga.
- e) Memperkuat program berhenti merokok di Puskesmas dan mengencangkan edukasi bahaya merokok melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat/GERMAS.
- f) Memaksimalkan peran Pemerintah Daerah dengan pelaksanaan Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok, tata niaga rokok, alternatif petani tembakau, menegakkan aturan Bantuan Sosial daerah.

2. Solusi Internal

Solusi internal ini dilakukan dengan menghindari belanja rokok dalam penerima bantuan sosial sehingga pendapatan keluarga dapat digunakan secara optimal untuk kebutuhan pokok seperti makanan bergizi dan pendidikan.

Adapun usulan pelaksanaan kebijakan ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4. Ilustrasi Solusi Internal Pencegahan Konsumsi Rokok pada Keluarga Penerima Bantuan Sosial. Sumber: Ilustrasi Penulis

B. Solusi yang Ditawarkan

Di bawah ini merupakan solusi yang ditawarkan sebagai upaya untuk mengendalikan penggunaan dana bantuan sosial untuk belanja rokok pada penerima bantuan sosial di Indonesia:

1. Penandatanganan Perjanjian

a. Deskripsi

Upaya preventif dengan penandatanganan perjanjian di atas kertas dan bermaterai yang berisi bahwa penerima bantuan sosial tidak akan membelanjakan dana bantuan untuk rokok dan berkomitmen berhenti merokok.

b. Tujuan

Membangun komitmen formal penerima bantuan sosial.

c. Lembaga yang Berperan

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional Republik Indonesia/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), Kementerian Sosial (Kemensos)/Dinas Sosial (Dinsos), Kementerian Kesehatan (Kemenkes)/Dinas Kesehatan (Dinkes), Pendamping Program Keluarga Harapan (PKH), Pemerintah Daerah (Pemda), Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK)-Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT), Sekolah, Puskesmas, dan Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD).

d. Pelaksanaan

- 1) Penandatanganan perjanjian dilakukan di awal sebelum pencairan dana dilakukan.
- 2) Perjanjian dilakukan antara penerima bantuan dan Kementerian Sosial.

- 3) Lembaga-lembaga yang berperan bertugas mengawasi komitmen dari penerima bantuan.
 - 4) Pendamping PKH membantu penerima bantuan melakukan pelaporan belanja dana bantuan.
- e. Dana yang dibutuhkan**
1. Penandatanganan perjanjian.
 2. *Monitoring*
 1. *Cotinine test*.
 2. Honorarium petugas pemeriksa.
 3. Transport *home visit*.
- f. Keunggulan**
- Membangun komitmen formal menjadikan penerima bantuan sosial lebih sadar terhadap perilaku merokok yang harus dihilangkan.
- g. Monitoring**
- Monitoring dilakukan dengan laporan rincian belanja rumah tangga dari dana bantuan dengan dibantu oleh pendamping PKH; melaksanakan *cotinine test* secara berkala atau cek spontan di rumah, puskesmas, atau sekolah; *home visit* secara berkala oleh pendamping PKH.
- h. Hambatan**
- Ada peluang besar peserta tidak berkomitmen terhadap perjanjian; tidak ada perubahan perilaku jika tidak ada sanksi yang jelas.

2. Prasyarat Eligibilitas

a. Deskripsi

Upaya preventif dengan menetapkan kriteria bukan perokok bagi calon penerima bantuan sosial.

b. Tujuan

Menghindari penggunaan dana bantuan sosial untuk rokok dan mengoptimalkan alokasi untuk kebutuhan utama.

c. Lembaga yang berperan:

BAPPENAS, Kemensos/Dinsos, Kemenkes/Dinkes, Pendamping PKH, Pemda, TKSK-BPNT, Sekolah, Puskesmas, dan TKPKD.

d. Pelaksanaan

- 1) Penetapan kriteria penerima bantuan sosial tidak boleh merokok (dapat dikombinasikan dengan penandatanganan perjanjian komitmen tidak akan merokok).
- 2) Penyelenggaraan seleksi penerima bantuan oleh Kementerian Sosial sesuai kriteria yang ditentukan.
- 3) Calon penerima bantuan diwajibkan menyerahkan surat keterangan bukan perokok yang ditandatangani oleh Ketua RT dan RW, Lurah/Kepala Desa setempat serta dibuktikan dengan tes secara klinis (*cotinine-test*) di Rumah Sakit/Puskesmas yang ditentukan oleh Kementerian Sosial.

e. Dana yang dibutuhkan

- 1) Verifikasi: *Cotinine test*.
- 2) *Monitoring*
 1. *Cotinine test*.
 2. Honorarium petugas pemeriksa.
 3. *Transport home visit*.

f. Alat/material

Perlengkapan *cotinine test* dan alat pengukur kadar nikotin.

g. Keunggulan

Sangat efektif dalam upaya menghindari penggunaan dana bantuan sosial untuk rokok.

h. Monitoring

Home visit dan inspeksi rumah oleh lembaga-lembaga yang berperan untuk membuktikan bahwa penerima bantuan tidak merokok (mengukur tingkat nikotin di rumah); melaksanakan *cotinine test* secara berkala atau *spot check* di rumah, puskesmas, atau sekolah; inspeksi juga dapat dilakukan dengan *random checking*.

i. Hambatan

Potensi ketidakadilan jika calon penerima benar-benar membutuhkan bantuan namun ada anggota keluarga yang merokok.

3. Program Berhenti Merokok

a. Deskripsi

Upaya kuratif dengan menyelenggarakan program berhenti merokok bagi penerima bantuan sosial dengan menerapkan batas waktu.

b. Tujuan

Mengurangi konsumsi rokok pada penerima bantuan sosial.

c. Lembaga yang berperan:

BAPPENAS, Kemensos/Dinsos, Kemenkes/Dinkes, Pendamping PKH, Pemda, TKSK-BPNT, Sekolah, Puskesmas, dan TKPKD.

d. Pelaksanaan

- 1) Mendorong penerima bantuan sosial yang merokok untuk berhenti merokok dalam waktu tiga bulan dengan mekanisme evaluasi tiap satu bulan.
- 2) Menawarkan penerima bantuan sosial yang merokok untuk mengikuti program berhenti merokok di Puskesmas/klinik.
- 3) Kementerian Kesehatan/Dinas Kesehatan menyelenggarakan program berhenti merokok di Puskesmas/klinik.
- 4) Pendamping PKH membantu memonitor *progress* upaya berhenti merokok penerima bantuan sosial.

e. Dana yang dibutuhkan

- 1) Program berhenti merokok:
 - a) Pengadaan fasilitas berhenti merokok.
 - b) Biaya konseling.

- 2) *Monitoring*
 - a) *Cotinine test*.
 - b) Honorarium petugas pemeriksa.
 - c) Transport *home visit*.

f. Infrastruktur

Klinik/Puskesmas untuk menyelenggarakan program berhenti merokok.

g. Keunggulan

Menghasilkan perubahan perilaku; mengurangi prevalensi perokok.

h. Monitoring

Laporan kehadiran penerima bantuan yang merokok di klinik; rekam medis/catatan perkembangan perubahan perilaku; *home visit* secara berkala oleh pendamping PKH; melaksanakan *cotinine test* secara berkala di rumah, puskesmas, atau sekolah.

i. Hambatan

Diperlukan waktu dan biaya untuk melatih konselor dan membangun sarana-prasarana; upaya berhenti merokok butuh waktu lama, tingkat keberhasilan upaya berhenti merokok rendah sehingga peserta harus senantiasa diberikan motivasi.

4. Reward dan Sanksi/Hukuman

Program berhenti merokok akan terlaksana dengan baik apabila dalam pelaksanaannya terdapat suatu penghargaan bagi yang telah melaksanakan dengan baik dan hukuman atau sanksi kepada yang melakukan pelanggaran.

- a. Pemberian penghargaan dan fasilitasi sebagai inspirator.
- b. Pemberian insentif jika berhasil berhenti merokok atau diberikan di akhir program jika peserta terbukti tidak pernah merokok selama program berjalan.
- c. Pemberlakuan disinsentif/pemutusan jika melakukan pelanggaran setelah diberi peringatan (misalnya 3 kali).
- d. Pemutusan insentif program lainnya jika terbukti melakukan pelanggaran pada 1 program (membutuhkan integrasi semua program bantuan sosial).

Presiden Republik Indonesia menegaskan bahwa dana PKH harus digunakan untuk kepentingan anak mulai dari gizi hingga pendidikan dan menegaskan bahwa apabila dana bantuan sosial PKH tidak digunakan sebagaimana mestinya, seperti digunakan untuk membeli rokok dan kosmetik maka akan dicabut.



5. Penambahan Modul Denormalisasi Perilaku Merokok pada Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)

Penyuluhan yang dilakukan secara rutin oleh Kementerian Sosial dalam bentuk Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) menjadi sebuah wadah penting dalam mengedukasi penerima bansos. Saat ini, modul kesehatan/nutrisi yang ada belum mencakup secara detil mengenai perilaku merokok yang harus didenormalisasi. Padahal, efek dari merokok sudah jelas mengakibatkan efek tidak hanya kepada aspek kesehatan, juga menyebabkan gangguan dalam kondisi ekonomi keluarga. Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) ini dilakukan secara nasional dan merupakan komponen dari PKH yang wajib diikuti oleh lebih dari 10 juta penerima PKH. Salah satu tujuannya adalah menginformasikan, mengedukasi, dan memberikan arahan KPM agar menerima nilai-nilai positif dan perilaku yang baik di masyarakat. Oleh karena itu, Kementerian Sosial diharapkan dapat membuat modul terkait hal ini dan disosialisasikan secara nasional.


6. Memilih Solusi yang Paling Efektif

Penandatanganan perjanjian, prasyarat eligibilitas, dan program berhenti merokok diharapkan mampu secara efektif mencegah penggunaan dana bantuan sosial untuk rokok maupun menurunkan jumlah konsumsi rokok. Kombinasi dari beberapa solusi bisa membuat upaya yang dilakukan menjadi lebih efektif. Beberapa hal yang perlu dipertimbangkan adalah masalah kecanduan terhadap nikotin yang tidak mudah untuk dihilangkan dalam waktu singkat. Selain itu, peluang mantan perokok untuk kambuh juga tergolong tinggi akibat efek candu nikotin. Sehingga, solusi-solusi di atas perlu didorong upaya-upaya pengendalian tembakau lainnya. Salah satu upaya pengendalian tembakau yang dinilai paling efektif adalah dengan menaikkan cukai rokok.

Naiknya cukai rokok akan mendorong naiknya harga rokok. Sehingga masyarakat miskin, remaja dan anak-anak tidak akan mudah menjangkau rokok. Penerapan kenaikan harga rokok juga harus mempertimbangkan keterjangkauan keluarga miskin yang menerima bantuan sosial. Cukai rokok harus dinaikkan secara optimal agar mereka yang menerima bantuan sosial juga tidak dapat menjangkau rokok dengan mudah. Sehingga para penerima bantuan sosial akan mempertimbangkan berulang kali saat membelanjakan penghasilannya untuk rokok. Oleh karena itu, solusi yang paling efektif untuk mencegah penggunaan dana bantuan sosial untuk belanja rokok adalah dengan menerapkan solusi-solusi yang ditawarkan didukung dengan kenaikan cukai rokok hingga batas optimum agar masyarakat miskin tidak mudah menjangkau rokok.

C. Solusi Pengendalian Belanja Rokok bagi Peserta Program Bantuan Sosial Lainnya

Selain Program Keluarga Harapan (PKH), di Indonesia juga terdapat beberapa program bantuan sosial diantaranya Program Indonesia Pintar, Asistensi Sosial Lanjut Usia (ASLUT), Asistensi Sosial Penyandang Disabilitas Berat (ASPDB), Bantuan Langsung Sementara Masyarakat (BLSM) atau Bantuan Langsung Tunai (BLT), dan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan Nasional atau Kartu Indonesia Sehat (KIS). Selain



itu terdapat juga bansos lokal yang diberikan oleh pemerintah daerah setempat. Solusi yang ditawarkan berupa upaya preventif dan kuratif sebagai berikut:

- a. Membuat surat perjanjian bermaterai tidak akan menggunakan dana bantuan sosial untuk belanja rokok dan berkomitmen untuk berhenti merokok.
- b. Memberikan ketentuan syarat penerima manfaat tidak berasal dari keluarga perokok.
- c. Dibuktikan dengan surat pernyataan dan hasil tes bebas nikotin (*cotinine-test*) yang dikeluarkan oleh Puskesmas setempat.
- d. Program berhenti merokok.
- e. Kelembagaan yang berperan: BAPPENAS, Kemensos/Dinsos, Kemenkes/Dinkes, Pendamping PKH, Pemda, TSKK-BPNT, Sekolah, Puskesmas, dan TKPKD.

UMPAN BALIK HASIL PENELITIAN, DISKUSI TERFOKUS, DAN AUDIENSI

A. Umpan Balik Hasil Penelitian

PKJS-UI telah meluncurkan hasil penelitian berjudul “Bantuan Sosial, Konsumsi Rokok, dan Indikator Sosial-Ekonomi Rumah Tangga di Indonesia” pada tanggal 2 Juli 2019 bertempat di Hotel Akmani, Jakarta Pusat. Dalam kesempatan tersebut, PKJS-UI menghadirkan lima orang ahli sebagai penanggap. Rangkuman umpan balik dapat dilihat di bawah ini:

Dr. Vivi Yulaswati, MSc (Direktur Penanggulangan Kemiskinan dan Kesejahteraan Sosial, Kementerian PPN/Bappenas).

- Perlu dilakukan upaya internal (preventif & kuratif) dan eksternal.
- Upaya preventif: pematangan perjanjian penerima bansos sebagai keluarga; sosialisasi dan pendampingan (PKH-*Family Development Session* (FDS) atau P2K2, Guru-untuk Program Indonesia Pintar/PIP, TKSK - BPNT); *monitoring* (*spot check/cotinine test* di sekolah dan puskesmas).
- Kuratif: Mengikuti program berhenti merokok; sanksi (*temporary/fixed*) artinya ada pentahapan dan ada pemberian insentif.
- Upaya eksternal: menaikkan cukai seoptimal mungkin, perlunya peran pemerintah daerah untuk Perda Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan pemantauan dana bansos daerah.

Denni Puspa Purbasari, Ph.D (Deputi Bidang Kajian dan Pengelolaan Isu-isu Strategis, Kantor Staf Presiden).

- Sikap pemerintah harus diperkuat, serta butuh dukungan berbagai macam pihak lintas sektor.
- *Reward and punishment* dapat diterapkan.
- Edukasi publik seluas-luasnya dan kolaborasi dengan semua pihak.
- Pemerintah daerah harus peduli agar masyarakat digerakkan ke tempat yang lebih baik.

Ekky Syamsul H., MAppEc (Koordinator Unit Movev, Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan/TNP2K).

- Desain program bantuan sosial, tidak untuk memberikan “barang-barang” mirip seperti rokok, yang memberikan dampak negatif untuk kesehatan.
- Namun, dilihat secara teori ekonomi, bagaimanapun bansos berpotensi melonggarkan anggaran rumah tangga miskin dalam mengkonsumsi barang lain (*income effect*).
- Oleh karena itu perlu dilakukan pemantauan agar desain ini dilakukan dengan efektif. Perlu dicari upaya *monitoring* yang efektif.

Dr. Harry Hikmat, MSI (Direktur Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial, Kementerian Sosial).

- Hasil riset yang dilakukan akan mendukung langkah-langkah lebih lanjut untuk penguatan kebijakan dan kerjasama untuk operasionalisasi secara konkrit.
- Peningkatan konsumsi rokok yang signifikan perlu ditelusuri. Telusuri keluarga mulai dari suami, istri, anak dewasa, dan anak usia dini.
- Kondisionalitas menjadi salah satu instrumen untuk bisa menghentikan atau mengurangi berperilaku merokok.

Dr. Nasruddin Djoko Surjono, S.IP, S.T, M.SE, MBA (Kepala Bidang Kebijakan Kepabeanaan dan Cukai, Kementerian Keuangan).

- Adanya *income effect* sehingga pendapatan desil rendah yang mempunyai kemampuan konsumsi hasil tembakau.
- Harusnya ada perubahan dari kondisi keluarga setelah menerima bantuan sosial sehingga tidak terjebak di kemiskinan.
- Pembahasan tarif cukai rokok naik selama 7 tahun dari Rp9.242 menjadi Rp16.083 di tahun 2018. Awalnya terdiri atas 19 layer kemudian dipangkas menjadi 10 layer cukai hasil tembakau.
- Dilihat dari sisi prevalensi perokok, khusus untuk perokok anak harus diwaspadai karena adanya kenaikan.

B. Umpan Balik Diskusi Terfokus

Sebelumnya, PKJS-UI juga telah melaksanakan Diskusi Terfokus dengan judul penelitian yang sama yaitu Eksternalitas Negatif dari Bantuan Sosial pada Konsumsi Rokok di Masyarakat Miskin. Terdapat juga pemaparan Usulan Roadmap Upaya Pengendalian Belanja Rokok dari Dana Bantuan Sosial yang dihadiri peserta yang lebih banyak terkait isu yang sedang dibahas. Berikut ini merupakan hasil umpan balik terhadap hasil studi dalam acara yang berlangsung di Hotel Four Points Jakarta pada 23 Januari 2019:

Dr. Vivi Yulaswati, MSc (Direktur Penanggulangan Kemiskinan dan Kesejahteraan Sosial, Kementerian PPN/Bappenas): Mengusulkan tiga upaya, yaitu **preventif berupa penerapan prasyarat eligibilitas, kuratif berupa program berhenti merokok, dan upaya eksternal dengan menaikkan harga rokok** dan memperkuat kebijakan-kebijakan pengendalian tembakau lainnya di luar program bansos.

Ir. Boediastoeti Ontowirjo, MBA (Direktur Keuangan Negara dan Analisa Moneter, Kementerian PPN/Bappenas): Target makro pencapaian pertumbuhan dengan hasil riset yang ada, maka harus dikontrol dengan **kebijakan di sektoral termasuk ke sektor fiskal untuk menjaga rata-rata lama sekolah.**

Perwakilan Dirjen Perlindungan Sosial, Kementerian Sosial: Langkah konkrit yang dapat dilakukan yaitu **pengurangan bantuan sosial apabila ditemukan bahwa dana tersebut digunakan untuk merokok.**

Perwakilan Penanganan Fakir Miskin, Kementerian Sosial: Ditemukan dalam proses lapangan, hampir rata-rata penerima bansos banyak yang merokok sesuai dengan hasil riset yang dipaparkan PKJS-UI. Solusi yang lebih diinginkan adalah *soft and moderate solution*. Seperti harus ada penguatan, edukasi dan pendampingan PKH.

Perwakilan Penanganan Fakir Miskin Wilayah III, Kementerian Sosial: Sangat **ironis melihat pendamping PKH yang merokok**, padahal pendamping PKH merupakan alat dari Kementrian Sosial untuk menyampaikan sosialisasi dan edukasi kepada KPM atau penerima bantuan. Hal ini menjadi saran, apabila rokok ini adalah penyumbang terbesar dalam kemiskinan.

RR E Sulistyaningsih (Dit Jaminan Sosial Keluarga, Kementerian Sosial): Tidak bisa hanya mendorong anti rokok dari sisi kesehatan, maka lebih condong ke *hard solution*/pembatasan penerima bantuan sosial **tidak merokok**. Perlu ada eksperimen di satu wilayah tertentu yang pemimpinnya dalam membuat kebijakan cukup kuat, untuk **kebijakan tidak boleh merokok dalam penerima bansos**.

Dr. dr. Brian Sriprahastuti (Tenaga Ahli Utama, Kantor Staf Presiden/KSP): Harus memfokuskan ke **promotif dan preventif**. Jika *punishment* ingin diterapkan, maka harus dilihat kajian tingkat kepatuhannya.

Perwakilan Kementerian Sosial Rehabilitasi: Berikan **penguatan** terhadap keluarga baik itu orang tua maupun anak salah satunya adalah **bahaya merokok**.

Dr. Sri Kusumastuti Rahayu (Kepala Pokja Bantuan Sosial, Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan/TNP2K): Coba lakukan regresi masyarakat miskin yang hanya 15 atau 20 persen kebawah apakah hasil sama atau beda. Jadi hasilnya khusus yang mendapatkan bansos dapat diregresi untuk dapat **memastikan dan mengkonfirmasi apakah hasilnya sudah tepat**.

Mia Hanafiah (Komnas Pengendalian Tembakau): Lebih setuju ke *moderate solution*/solusi yang memfasilitasi perokok untuk **berhenti**, dan benar-benar diberikan kesempatan tersebut (misalnya 2 atau 3 bulan harus bisa berhenti merokok, kalau tidak maka akan diberhentikan).

Dina Kania, SH, LLM (World Health Organization): Yang harus diatasi adalah *the rude of the problem* dan *the cost of the problem* dengan mengurangi jumlah perokok karena kebijakan tentang cukai rokok masih rendah. Intervensi kebijakan secara empiris yang paling efektif untuk mengurangi jumlah perokok terutama untuk masyarakat miskin adalah **cukai dan harga rokok harus ditingkatkan**.

dr. Widyastuti Soerojo, MSc (Ketua Badan Khusus Pengendalian Tembakau IAKMI): Pendekatan *moderate solution* jangan uji coba di lokasi, namun harus secara keseluruhan. **Ada kombinasi, ada pentahapan**. Namun yang difokuskan harus jelas (misal pentahapan penerapan *moderate solution* selama satu tahun).

Ah Maftuchan (Prakarsa): **Kondisional perlu diperketat.** Lebih setuju dengan *moderate solution*. Yang paling dinilai sangat efektif adalah **peningkatan cukai rokok.**

Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH, DrPH (PKJS-UI): Penelitian ini dapat digunakan sebagai *evidence based*. Dapat dilihat kembali apakah perokok anak yang meningkat berasal dari kelompok miskin atau bukan. Bantuan sosial merupakan bantuan yang diberikan untuk keluarga sehingga seluruh keluarga harus dipertimbangkan perilakunya dalam pengeluaran. Misalnya rokok dan barang yang tidak diperlukan harus dihilangkan.

Perwakilan Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (Kemenko PMK): Setuju ke *hard solution*, bahwa **penerima bansos tidak boleh perokok.** Namun tetap harus dipertimbangkan **plus-minusnya.**

Dr. Rohani Budi Prihatin, MSi (Pusat Penelitian DPR RI): Studi ini dapat menjadi *evidence based* untuk beberapa Kementerian dan **wajib ditindaklanjuti.** Jika memang di **tingkat Nasional** belum dapat diterapkan, maka diharapkan **di tingkat lokal dapat ditetapkan.** Dengan harapan penerima PKH dapat keluar dari kemiskinan karena berhenti merokok.

C. Umpan Balik Diskusi Audiensi

PKJS-UI juga melaksanakan audiensi kepada lembaga strategis pengambil kebijakan yaitu Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K). Dalam audiensi ini dilakukan presentasi dan diskusi terkait hasil penelitian “Eksternalitas Negatif dari Bantuan Sosial pada Konsumsi Rokok di Masyarakat Miskin” serta diberikannya umpan balik.


Berikut ini merupakan umpan balik yang diberikan oleh Dr. Elan Satriawan, MEc dari diskusi dengan TNP2K di Grand Kebon Sirih Lt. 15 Jakarta pada 21 Februari 2019:

Dr. Elan Satriawan, MEc (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan/TNP2K):

- a. TNP2K menilai adanya perjanjian di awal bahwa bantuan sosial tidak dipergunakan untuk membeli rokok melalui perjanjian tertulis dapat dilakukan.
- b. Sulit untuk memberikan prasyarat penerima bansos khusus non-perokok. Tetapi, akan lebih mudah mengaplikasikan prinsip insentif-disinsentif bagi yang tidak merokok akan mendapatkan insentif tambahan dana bantuan.
- c. Pemantauan beberapa kebijakan baru misalnya program berhenti merokok dan pengecekan urin pada penerima bantuan sosial sulit dilakukan karena terkait biaya dan keterbatasan sumber daya.
- d. TNP2K menyambut kebijakan yang dapat diterapkan adalah kebijakan bukan perokok pada keluarga penerima Program Indonesia Pintar (PIP). Hal ini sejalan dengan pembatasan perokok anak dan kemudahan dalam pemantauan dana bansos.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2018. *Background Study RPJMN 2020-2024*. Jakarta: Bappenas.
- Badan Pusat Statistik. 2013. *Survei Sosial Ekonomi Nasional 2013*. Diunduh dari <https://microdata.bps.go.id>.
- Block, S., & Webb, P. 2009. *Up in smoke: tobacco use, expenditure on food, and child malnutrition in developing countries*. *Economic Development and Cultural Change*, 58(1), 1–23. <https://doi.org/10.1086/605207>.
- Dartanto, T, Moeis, F.R., Nurhasana, R., Satrya, A., Hasbullah T. 2019. *Bantuan Sosial, Rokok dan Indikator Sosial Ekonomi di Indonesia*. Jakarta: PKJS-UI.
- Kementerian Kesehatan. 2018. *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian PPN/Bappenas (forthcoming). *Menuju Indonesia Bebas Kemiskinan: Arah dan Strategi Penanggulangan Kemiskinan 2020-2024*. Jakarta.
- Kementerian Sosial. 2016. *Pedoman Umum Program Keluarga Harapan*. Direktorat Jaminan Sosial Keluarga. Direktorat Jenderal Perlindungan dan Jaminan Sosial. Kementerian Sosial Republik Indonesia.
- Milcarz, K., Makowiec-Dąbrowska, T., Bak-Romaniszyn, L., & Kaleta, D. 2017. *Smoking patterns and smoking cessation willingness—A study among beneficiaries of government welfare assistance in Poland*. *International journal of environmental research and public health*, 14(2), 131.
- Pusat Kajian Jaminan Sosial Universitas Indonesia. 2018. *Dukungan Publik terhadap Kenaikan Harga Rokok*. Jakarta: PKJS-UI.
- Pusat Kajian Jaminan Sosial-Universitas Indonesia. 2019. *Perilaku Merokok dan Dampaknya terhadap Kualitas Hidup Keluarga Penerima Dana Bantuan Sosial*. Jakarta: PKJS-UI.
- Pusat Kajian Jaminan Sosial-Universitas Indonesia. 2019. *Perilaku Merokok Orangtua dan Dampaknya pada Stunting dan Perkembangan Anak: Studi Kasus Stunting di Desa Bunderan Kabupaten Demak*. Jakarta: PKJS-UI.



Semba, R. D., Campbell, A. A., Sun, K., de Pee, S., Akhter, N., Moench-Pfanner, R., World Health Organization. 2012. *Global adult tobacco survey: Indonesia report 2011*. WHO Regional Office for South-East Asia.

Siahpush, M., McNeill, A., Borland, R., & Fong, G. T. 2006. *Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey*. *Tobacco control*, 15(suppl 3), iii71-iii75.

Sindonews.com. 2019. *Jokowi Ingatkan Penerima PKH agar Nomor Satukan Pendidikan Anak*. Dipublikasi pada Minggu, 20 Januari 2019. Diakses dari <https://nasional.sindonews.com/read/1371980/15/jokowi-ingatkan-penerima-pkh-agar-nomorsatukan-pendidikan-anak-1547945642>.

PUSAT KAJIAN JAMINAN SOSIAL UNIVERSITAS INDONESIA (PKJS-UI)

**Gedung Sekolah Kajian Stratejik dan Global,
Lantai 4 Ruang 404,
Jl. Salemba Raya No. 4, Jakarta, 10430**



pkjs.ukksksg@ui.ac.id
pkjs.sksg@gmail.com



<https://sksg.ui.ac.id/pkjs>

