



**PEMETAAN POTENSI
DAN KENDALA OPTIMALISASI
DANA PAJAK
ROKOK DAERAH
UNTUK KESEHATAN**

**DI DKI JAKARTA, KOTA BOGOR, KOTA DENPASAR,
KOTA MEDAN, DAN KABUPATEN KULONPROGO**

Penulis:

- Abdillah Ahsan
- OK. Syahputra Harianda
- Elisabeth Juniarti
- Nadira Asrifa



UDAYANA CENTRAL
Center for NCDs, Tobacco Control and Lung Health



fakta



Sanksi Pelanggaran Pasal 113 Undang-Undang Nomor 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta, sebagaimana yang telah diatur dan diubah dari Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002, bahwa:

Kutipan Pasal 113

- (1) Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 100.000.000,- (seratus juta rupiah).
- (2) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 500.000.000,- (lima ratus juta rupiah).
- (3) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 1.000.000.000,- (satu miliar rupiah).
- (4) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 4.000.000.000,- (empat miliar rupiah).

**Abdillah Ahsan
OK. Syahputra Harianda
Elisabeth Juniarti
Nadira Asrifa**

**Pemetaan Potensi dan Kendala Optimalisasi
Dana Pajak Rokok Daerah untuk Kesehatan
di DKI Jakarta, Kota Bogor, Kota Denpasar,
Kota Medan dan Kabupaten Kulon Progo**

Lembaga Mitra

**FAKTA JAKARTA, UDAYANA CENTRAL, JOGJA SEHAT
TANPA TEMBAKAU, DAN NO TOBACCO COMMUNITY BOGOR**



UDAYANA CENTRAL
Center for NCDs, Tobacco Control and Lung Health



fakta



Pemetaan Potensi dan Kendala Optimalisasi Dana Pajak Rokok Daerah untuk Kesehatan di DKI Jakarta, Kota Bogor, Kota Denpasar, Kota Medan dan Kabupaten Kulon Progo

Penulis: Abdillah Ahsan, OK. Syahputra Harianda, Elisabeth Juniarti, Nadira Asrifa

Layout: Imam Mahfudhi

Design Cover: Aldino L. Tobing

Katalog Dalam Terbitan

Pemetaan Potensi dan Kendala Optimalisasi Dana Pajak Rokok Daerah untuk Kesehatan di DKI Jakarta, Kota Bogor, Kota Denpasar, Kota Medan dan Kabupaten Kulon Progo.-/ Abdillah Ahsan, OK. Syahputra Harianda, Elisabeth Juniarti, Nadira Asrifa

Kota Tangerang: Mahara Publishing, 2019.

xv, 81 hal.; 23 cm

ISBN 978-602-466-149-6

- | | |
|-------------------|----------|
| 1. Buku | I. Judul |
| 2. Majalah Ilmiah | |
| 3. Standar | |

ISBN 978-602-466-149-6

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

Dilarang memperbanyak dan menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit

Penerbit:

Mahara Publishing (Anggota IKAPI)

Jalan Garuda III B 33 F Pinang Griya Permai

Kota Tangerang Banten Indonesia 15145

Narahubung: 0813 6122 0435

Pos-el: maharapublishing@yahoo.co.id

Laman: www.maharapublishing.com

KATA PENGANTAR

Kebijakan Pajak Rokok sebenarnya telah di atur pemerintah dalam Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 Tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah, namun baru diterapkan pada bulan Januari 2014. Pajak Rokok nilainya ditetapkan pemerintah secara nasional sebesar 10 % dari cukai rokok, dan penyalurannya juga dilakukan kepada seluruh daerah provinsi dan kabupaten/kota sesuai dengan jumlah penduduk dan azas potensi daerah tersebut. Inilah salah satu yang membedakan pajak rokok dengan cukai rokok, sebab cukai hanya diberikan kepada daerah penghasil atau produsen tembakau/rokok. Namun, sifat dan karakteristik pajak rokok sama dengan cukai yaitu konsumsinya perlu dikendalikan, peredarannya perlu di awasi dan pemakaiannya menimbulkan dampak negative. Pemungutan pajak rokok dilakukan Dirjend. Bea Cukai hasilnya dibagikan dan disalurkan oleh Dirjend. Perimbangan Keuangan ke rekening provinsi, yang selanjutnya menyalurkan kembali ke rekening pemerintah kabupaten/kota. Berdasarkan ketentuan Pasal 31 UU Nomor 28 Tahun 2009 ditegaskan bahwa penerimaan pajak rokok baik bagian provinsi maupun bagian kabupaten/kota dialokasikan paling sedikit 50 % untuk mendanai pelayanan kesehatan dan penegakan hukum oleh aparat yang berwenang.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2016 menegaskan kembali bahwa 50 % dari pajak rokok untuk pelayanan kesehatan masyarakat, minimal 75 % harus dialokasikan untuk mendanai kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat dan maksimal 25 % untuk kegiatan yang bersifat peningkatan pembangunan dan perawatan gedung puskesmas. Dalam kurun waktu lebih kurang 5 tahun sejak berlakunya Pajak Rokok telah terjadi 4 kali perubahan kebijakan di level kementerian terkait yang sangat berpengaruh pada penyaluran maupun peruntukan dana pajak rokok di daerah. Bahkan ketika proses pengumpulan data lapangan dan analisis data selesai dilakukan, pada bulan September 2018 terbit lagi Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 128 Tahun 2018, dan langsung di terapkan

Kementerian Keuangan pada transfer triwulan ketiga dana pajak rokok daerah. Perubahan regulasi yang begitu cepat tersebut tentunya berdampak pada implementasi kebijakan di lapangan.

Buku kecil hasil penelitian yang tersaji ini mencoba menggambarkan kondisi yang terjadi di 5 kota di Indonesia yaitu Medan, Jakarta, Bogor, Kulon Progo dan Denpasar, sehubungan dengan optimalisasi dana pajak rokok daerah dalam mendanai program kesehatan di daerah sesuai Permenkes Nomor 40 Tahun 2016. Gambaran situasi di buat dalam 3 sudut pandang berbeda menyesuaikan dengan tugas pokok dan fungsi dari institusi yang menjadi narasumber dalam penelitian ini. Perspektif pertama, di tinjau dari kacamata SKPD (Satuan Kerja Perangkat Daerah) pelaksana kebijakan seperti Dinas Kesehatan, Asisten Keuangan, BPKAD, BAPPEDA dan Satpol PP sebagai ujung tombak penegakan hukum Perda. Sudut pandang kedua ditinjau dari perspektif legislator daerah secara khusus Komisi Keuangan dan Komisi Kesehatan yang juga berperan sebagai pengawas kinerja eksekutif. Perspektif ketiga datang dari kalangan masyarakat sipil seperti akademisi, organisasi profesi kesehatan seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) dan organisasi masyarakat yang telah terlibat dalam proses advokasi masalah kesehatan di 5 wilayah. Hasil dan *lesson learned* yang diperoleh dalam penelitian ini akan menjadi bahan advokasi tidak hanya bagi 5 lembaga yang terlibat dalam penelitian ini, Pusaka Indonesia – Forum Warga Jakarta (Fakta) – No. Tobacco Community (NoTC) - Jogja Sehat Tanpa Tembakau (JSTT) dan Udayana Central, juga bagi penggiat advokasi pengendalian dampak tembakau di Indonesia, dan tentunya pemerintah sebagai stakeholder utama dalam merumuskan kebijakan yang lebih komprehensif dan tegas.

Akhirnya dengan mengucapkan puji syukur ke Hadirat Yang Maha Kuasa, saya mengucapkan apresiasi dan terima kasih yang setinggi-tingginya buat DR. ABDILLAH AHSAN, SE., MBA beserta Tim yang telah bekerja keras mengasistensi para enumerator hingga merangkum laporan ini sampai selesai. Khususnya untuk rekan-rekan sejawat yang ada di Pusaka Indonesia Medan, FAKTA Jakarta, NoTC Bogor, JSTT Jogjakarta dan Udayana Center Denpasar yang telah bekerja keras mengumpulkan data di lapangan

dan memberi masukan selama proses penelitian. Semoga buku ini dapat berkontribusi pada perubahan kebijakan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal.

Medan, September 2019

Yayasan Pusaka Indonesia

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	
I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penelitian	2
1.3 Metode Penelitian	2
1.3.1 Tinjauan Pustaka	2
a. Manajemen Keuangan Publik dan Pendanaan Kesehatan	2
b. Universal Health Coverage dan Earmarking	5
c. Earmarking Pajak Tembakau	10
d. Fungsi Pajak	11
e. Studi Empiris	13
1.3.2 Teknik Pengumpulan Data	15
a. Jenis Penelitian	15
b. Teknik Pengumpulan Data	15
b.1 Data Primer	15
b.2 Data Skunder	16
II. GAMBARAN KONDISI SOSIAL, EKONOMI, DAN KESEHATAN DI WILAYAH PENELITIAN	19
2.1 Kota Medan	19
2.1.1 Kondisi Sosial	19
a. Kependudukan	19
b. Pendidikan	19

c. Kemiskinan	19
2.1.2 Kondisi Ekonomi	20
a. Pendapatan Domestik Regional Bruto (PDRB) dan PDRB Perkapita Tahun 2016 ...	20
b. Harga – harga	20
2.1.3 Kondisi Kesehatan	20
a. Fasilitas Kesehatan	20
b. Penyakit Terbanyak Diderita Penduduk Kota Medan	21
c. Angka Harapan Hidup dan Kelahiran Kematian Bayi	21
d. Prevalensi Gizi (Data Tahun 2015)	21
2.2 DKI Jakarta	21
2.2.1 Kondisi Sosial	21
a. Kependudukan	21
b. Pendidikan	22
c. Kemiskinan	22
2.2.2 Kondisi Ekonomi	22
a. PDRB dan PDRB Perkapita	23
b. Harga – harga	23
2.2.3 Kondisi Kesehatan	23
a. Fasilitas Kesehatan	23
b. Penyakit Terbanyak Diderita Penduduk DKI Jakarta	24
c. Angka Harapan Hidup dan Kelahiran Kematian Bayi	24
d. Status Gizi	24
2.3 Kota Bogor	24
2.3.1 Kondisi Sosial	24
a. Kependudukan	24
b. Pendidikan	25
c. Kemiskinan	25
2.3.2 Kondisi Ekonomi	25
a. Pendapatan Domestik Regional Bruto	25
b. Harga – harga	25
2.3.3 Kondisi Kesehatan	26
a. Fasilitas Kesehatan	26
b. Penyakit Terhadap Diderita Penduduk Kota Bogor	26

c. Angka Harapan Hidup dan Kelahiran Kematian Bayi (2017)	26
d. Status Gizi	26
2.4 Kabupaten Kulon Progo	27
2.4.1 Kondisi Sosial	27
a. Kependudukan	27
b. Pendidikan	27
c. Kemiskinan	27
2.4.2 Kondisi Ekonomi	27
a. PDRB dan PDRB Perkapita	28
b. Harga – harga	28
2.4.3 Kondisi Kesehatan	28
a. Fasilitas Kesehatan	28
b. Penyakit Terbanyak Diderita Penduduk Kabupaten Kulon Progo	28
c. Angka Harapan Hidup dan Kelahiran Kematian Bayi (2017)	28
d. Status Gizi	29
2.5 Kota Denpasar	29
2.5.1 Kondisi Sosial	29
a. Kependudukan	29
b. Pendidikan	29
c. Kemiskinan	30
2.5.2 Kondisi Ekonomi	30
a. PDRB dan PDRB Perkapita	30
b. Harga – harga	30
2.5.3 Kondisi Kesehatan	30
a. Fasilitas Kesehatan	31
b. Penyakit Terbanyak Diderita Penduduk Kota Denpasar	31
c. Angka Harapan Hidup dan Kelahiran Kematian Bayi	31
d. Status Gizi.....	31

III. ANALISIS EVALUASI PENGGUNAAN PAJAK ROKOK DAERAH UNTUK KESEHATAN DARI BERBAGAI PERSPEKTIF	33
3.1 Perspektif Pemerintah	33

3.1.1 Pengetahuan dan pemahaman pajak rokok daerah	33
3.1.2 Proses perencanaan, Pengelolaan dana pajak rokok dan Koordinasi antar Instansi	35
3.1.3 Pencapaian dan Implementasi	37
3.1.4 Pesan dan kesan terhadap dana pajak rokok ...	40
3.2 Perspektif Parlemen	40
3.3 Perspektif Masyarakat Sipil	45
3.4 Pemahaman Kebijakan Pajak Rokok Daerah untuk Kesehatan dan Panduan Pelaksanaan	47
IV. KESIMPULAN	55
V. REKOMENDASI KEBIJAKAN	57
REFERENSI	59

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	<i>Best Practices Earmarking Tobacco Taxes for Health</i>	14
Tabel 2.1	Data Kependudukan di Kota Medan Tahun 2016	60
Tabel 2.2	Data Pendidikan di Kota Medan Tahun 2016 .	60
Tabel 2.3	Data Kemiskinan di Kota Medan Tahun 2016	61
Tabel 2.4	Data Kondisi Ekonomi berdasarkan PDRB dan PDRB Perkapita di Kota Medan Tahun 2016 .	61
Tabel 2.5	Data Kondisi Ekonomi berdasarkan Tingkat Inflasi dan Pengeluaran Rumah Tangga Rata-rata Penduduk di Kota Medan	62
Tabel 2.6	Fasilitas Kesehatan yang ada di Kota Medan Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan	62
Tabel 2.7	Klasifikasi Jenis Penyakit dengan Penderita Tertinggi di Kota Medan	63
Tabel 2.8	Angka Harapan Hidup dan Angka Kelahiran dan Kematian Penduduk berdasarkan Klasifikasi Umur di Kota Medan	63
Tabel 2.9	Data Prevelensi Gizi di Kota Medan	64
Tabel 2.10	Tabel Kependudukan di DKI Jakarta	64
Tabel 2.11	Data Pendidikan di DKI Jakarta	65
Tabel 2.12	Data Kemiskinan di DKI Jakarta	65
Tabel 2.13	Data Kondisi Ekonomi berdasarkan PDRB dan PDRB Perkapita DKI Jakarta	66
Tabel 2.14	Data Kondisi Ekonomi berdasarkan Tingkat Inflasi dan Pengeluaran Rumah Tangga Rata-rata Penduduk di DKI Jakarta	66
Tabel 2.15	Fasilitas Kesehatan yang ada di DKI Jakarta Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan	67
Tabel 2.16	Klasifikasi Jenis Penyakit dengan Penderita Tertinggi di DKI Jakarta	67

Tabel 2.17	Angka Harapan Hidup dan Angka Kelahiran dan Kematian Penduduk berdasarkan Klasifikasi Umur di DKI Jakarta	67
Tabel 2.18	Data Prevelensi Gizi di DKI Jakarta	68
Tabel 2.19	Data Kependudukan di Kota Bogor	68
Tabel 2.20	Data Pendidikan di Kota Bogor	69
Tabel 2.21	Data Kemiskinan di Kota Bogor	70
Tabel 2.22	Data Kondisi Ekonomi berdasarkan PDRB dan PDRB Perkapita di Kota Bogor	70
Tabel 2.23	Data Kondisi Ekonomi berdasarkan Tingkat Inflasi dan Pengeluaran Rumah Tangga Rata-rata Penduduk di Kota Bogor	71
Tabel 2.24	Fasilitas Kesehatan yang ada di Kota Bogor Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan	71
Tabel 2.25	Klasifikasi Jenis Penyakit dengan Penderita Tertinggi	71
Tabel 2.26	Angka Harapan Hidup dan Angka Kelahiran dan Kematian Penduduk berdasarkan Klasifikasi Umur	72
Tabel 2.27	Data Prevelensi Gizi	72
Tabel 2.28	Data Kependudukan di Kabupaten Kulon Progo	72
Tabel 2.29	Data Pendidikan di Kabupaten Kulon Progo ..	73
Tabel 2.30	Data Kemiskinan di Kabupaten Kulon Progo .	74
Tabel 2.31	Data Kondisi Ekonomi berdasarkan PDRB dan PDRB Perkapita di Kabupaten Kulon Progo ..	74
Tabel 2.32	Data Kondisi Ekonomi berdasarkan Tingkat Inflasi dan Pengeluaran Rumah Tangga Rata-rata Penduduk di Kabupaten Kulon Progo	75
Tabel 2.33	Fasilitas Kesehatan yang ada di Kabupaten Kulon Progo Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan	75
Tabel 2.34	Klasifikasi Jenis Penyakit dengan Penderita Tertinggi di Kabupaten Kulon Progo	76
Tabel 2.35	Angka Harapan Hidup dan Angka Kelahiran dan Kematian Penduduk berdasarkan Klasifikasi Umur di Kabupaten Kulon Progo .	76
Tabel 2.36	Data Prevelensi Gizi di Kabupaten Kulon Progo	76

Tabel 2.37	Data Kependudukan di Kota Denpasar	77
Tabel 2.38	Data Pendidikan di Kota Denpasar	78
Tabel 2.39	Data Kemiskinan di Kota Denpasar	79
Tabel 2.40	Data Kondisi Ekonomi berdasarkan PDRB dan PDRB Perkapita di Kota Denpasar	79
Tabel 2.41	Data Kondisi Ekonomi berdasarkan Tingkat Inflasi dan Pengeluaran Rumah Tangga Rata-rata Penduduk di Kota Denpasar	80
Tabel 2.42	Fasilitas Kesehatan yang ada di Kota Denpasar Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan	80
Tabel 2.43	Klasifikasi Jenis Penyakit dengan Penderita Tertinggi di Kota Denpasar	80
Tabel 2.44	Angka Harapan Hidup dan Angka Kelahiran dan Kematian Penduduk berdasarkan Klasifikasi Umur di Kota Denpasar	81
Tabel 2.45	Data Prevelensi Gizi di di Kota Denpasar	81
Tabel 3.1	Rincian Besaran Dana Pajak Rokok Untuk 3 SKPD Tahun Anggaran 2018	38
Tabel 3.2	Penyesuaian Tarif Iuran BPJS	49

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Model Pendanaan Kesehatan	6
Gambar 1.2	Tipologi <i>Earmarking</i>	8
Gambar 1.3	Proses dan Strategi Perubahan Legislatif	11

I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rokok dikenakan 3 jenis pajak yaitu pajak pertambahan nilai (PPN), cukai dan pajak daerah. Menurut keputusan Direktur Direktorat Jenderal Pajak Kementerian Keuangan Republik Indonesia Nomor KEP-103/PJ./2002, PPN rokok dikenakan tarif sebesar 8,4% dari harga jual eceran dan tarif ini lebih rendah dari PPN barang lainnya sebesar 10%. Sementara tarif cukai rokok dikenakan secara berbeda-beda menurut jenis rokok, skala produksi perusahaan dan rentang harga jualnya. Tarif cukai rokok saat ini terdiri dari 10 batasan tarif dimana rata-rata persentase tarif cukai rokok sebesar 44.7% dari harga jual eceran. Berdasarkan UU No. 28 Tahun 2009 Tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah, rokok dikenakan tarif pajak rokok daerah sebesar 10% dari tarif cukai yang berlaku dan penggunaan pajak rokok daerah minimal 50% untuk pelayanan kesehatan masyarakat dan penegakan hukum rokok ilegal dan aturan kawasan tanpa rokok.

Sesuai dengan tujuan cukai dan pajak, maka diharapkan akan berdampak pada pengendalian konsumsi, dan mengawasi peredaran barang kena cukai. Namun dalam perkembangannya, dampak negatif yang diakibatkan oleh rokok, lebih besar dibandingkan dengan penerimaan pajak dan cukai oleh negara. Dampak negatif yang menjadi beban diantaranya dampak kesehatan dan dampak ekonomi. Dimana pajak rokok ini menjadi sumber pendapatan asli daerah. Untuk mendukung kebijakan pajak rokok daerah tersebut pemerintah mengeluarkan Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 102/PMK.07/PMK/ 2015, yang menetapkan sanksi berupa penundaan penyaluran pajak rokok tahap berikutnya kepada provinsi yang belum menyalurkan pajak rokok ke kabupaten/kota, dan hal ini

berpengaruh pada realisasi pentransferan dana dari provinsi ke kabupaten/kota.

Di samping itu pemerintah provinsi harus melaksanakan kewajibannya untuk membagihasilkan dan menyetorkan dana pajak rokok ke rekening pemerintah kabupaten/kota secara triwulan sesuai dengan jadwal pentransferan pajak rokok dari Kementerian Keuangan ke kas provinsi. Di dalam pajak rokok ini juga terdapat alokasi (*earmark tax*) paling sedikit 50% dari penerimaan pajak digunakan untuk pendanaan fasilitas kesehatan. Melalui Kementerian Kesehatan, pemerintah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 40 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Pajak Rokok Untuk Pendanaan Pelayanan Kesehatan Masyarakat, yang kemudian dijadikan landasan hukum bagi Dinas Kesehatan, Bappeda maupun instansi lain yang terkait di level Provinsi/Kabupaten/Kota dalam menyusun program dan kegiatan yang memanfaatkan dana pajak rokok daerah khususnya untuk pendanaan bidang kesehatan.

Di dalam Permenkes Nomor 40 Tahun 2016 ditegaskan kembali bahwa 50 % dari pajak rokok untuk bidang pelayanan kesehatan masyarakat tersebut, dimana alokasinya, minimal 75% harus dialokasikan untuk mendanai kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat dan maksimal 25 % untuk kegiatan yang bersifat peningkatan pembangunan dan perawatan gedung puskesmas. Peraturan tersebut didukung lagi dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 53 Tahun 2017 Tentang Perubahan Atas Permenkes Nomor 40 Tahun 2016 Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Pajak Rokok Untuk Pendanaan Pelayanan Kesehatan Masyarakat. Perubahan dimaksud adalah bahwa 75 % dari pajak rokok bagian pendanaan pelayanan kesehatan masyarakat digunakan untuk membiayai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Dengan adanya Permenkes Nomor 40 Tahun 2016, Pemerintah daerah memiliki alokasi dana yang lebih untuk mendanai kegiatan dan pembangunan yang ada di daerah khususnya pada sektor kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana implementasi dan optimalisasi pajak rokok di daerah khususnya terkait dengan Permenkes Nomor 40 Tahun 2016. Pada penelitian ini, pembahasan akan mengacu pada penggunaan pajak rokok daerah yang telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan

Nomor 40 Tahun 2016. Hasil penelitian ini diharapkan mampu sebagai salah satu bentuk gambaran evaluasi dan advokasi dari penerapan Permenkes. Penelitian ini menggunakan 5 sampel penelitian, yaitu Kota Medan, DKI Jakarta, Kota Bogor, Kabupaten Kulon Progo dan Kota Denpasar. Pemilihan 5 daerah tersebut didasarkan pada bahwa ke-5 wilayah tersebut sudah memiliki Perda KTR dan memiliki beberapa *stakeholder* yang juga memiliki *special concern* pada upaya pengendalian tembakau di daerahnya masing-masing.

1.2 Tujuan Penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah terpetakannya potensi dan kendala optimalisasi pajak rokok daerah bidang kesehatan di 5 wilayah di Indonesia, yang akan menjadi bahan dalam penyusunan *policy brief* dalam proses advokasi kebijakan penyaluran pajak rokok daerah di Indonesia. Sedangkan tujuan khusus penelitian ini adalah :

1. Adanya gambaran tentang kondisi penyaluran dana pajak rokok daerah di 5 wilayah penelitian untuk kepentingan kesehatan.
2. Mengidentifikasi potensi, dan permasalahan dalam pemanfaatan dana pajak rokok daerah untuk pelayanan bidang kesehatan di 5 wilayah.
3. Memberikan rekomendasi kebijakan bagi perbaikan sistem penggunaan dana pajak rokok daerah untuk kepentingan kesehatan.

1.3 Metode Penelitian

1.3.1 Tinjauan Pustaka

a. Manajemen Keuangan Publik dan Pendanaan Kesehatan

Pendanaan kesehatan merupakan salah satu hal yang sangat *crucial* dan menjadi bagian di dalam komponen fiskal sebuah negara. Namun, tidak jarang bahwa pendanaan kesehatan di suatu negara memiliki hambatan terkait dengan *budget* yang dimiliki dan alokasi yang lebih sedikit dibandingkan dengan kebutuhan dana yang ada di lapangan. Oleh karena itu, pada saat ini banyak negara-negara di dunia mulai menerapkan *Universal Health Coverage*

(UHC), untuk menjamin pendanaan sektor kesehatan yang *sustained*. UHC adalah salah satu bentuk pengelolaan pendanaan khusus bagi kesehatan, yang juga merupakan tujuan dari penerapan sistem manajemen keuangan publik pada sektor kesehatan.

Sistem manajemen keuangan publik adalah sistem yang berisikan tata peraturan dan keseluruhan proses yang dilaksanakan oleh pemerintah dalam rangka pendanaan publik (WHO, 2016). Sistem ini memberikan sumber *platform* untuk mengatur seluruh sumber dari berbagai level. Sedangkan, Sistem pendanaan kesehatan adalah seperangkat kebijakan-kebijakan dan rencana pendukung yang mengatur sumber daya dan insentif di dalam sistem kesehatan (WHO, 2016). Pada dasarnya, sistem manajemen keuangan publik dan pendanaan kesehatan merupakan konsep yang berbeda, namun keduanya memiliki komponen-komponen yang dapat mendukung dan memastikan pendanaan kesehatan yang lebih akurat, efisien, efektif, transparan, serta *sustained*.

Pihak manajemen keuangan publik menilai bahwa sektor kesehatan tidak efektif dan efisien didalam melaksanakan alokasi dan distribusi dana. Hal ini misalnya terjadi pada negara *low-income* dan *middle-income*, seperti pengukuran kebutuhan sektor kesehatan, data yang tidak lengkap, dan perbedaan antara *actual spending* dan *budget allocation*. Sehingga dengan adanya sistem dan peraturan manajemen keuangan publik, dapat mendukung implementasi pendanaan kesehatan yang tersistem dengan baik untuk mencapai tujuan dari pendanaan kesehatan di sebuah negara.

Dalam implementasi manajemen keuangan publik dan pendanaan sektor kesehatan menghadapi beberapa tantangan untuk ke depannya. Tantangan tersebut diantaranya adalah; *Pertama*, kesehatan memiliki tingkat ketidakpastian yang sangat tinggi didalam kebutuhannya, seperti populasi, geografis, dan tingkatan umur yang bervariasi. *Kedua*, ketidakpastian kebutuhan kesehatan tersebut juga menciptakan rendahnya sistem penyediaan fasilitas kesehatan bagi individu, hal ini berkaitan dengan kualitas dan biaya masing-masing individu. *Ketiga*, tantangan yang berkaitan dengan penyediaan jasa kesehatan dan aksesibilitas kesehatan. *Keempat*, pendanaan sektor kesehatan sulit untuk diprediksi dan dikelola akibat dari ketidakpastian dan kompleksitas yang ada didalamnya (Cashin, 2016).

Guna menyelaraskan kedua sistem, telah banyak negara-negara di Dunia menggunakan beberapa cara untuk mengatasi ketidakkonsistenan yang berkaitan dengan *budgeting practices* dan kebijakan pendanaan kesehatan. Pertama, perbaikan sistem keuangan publik melalui analisis dan informasi yang lebih transparan dan efisien serta fleksibilitas didalam implementasi penggunaan dana. Kedua, membuat mekanisme manajemen keuangan publik yang spesifik untuk sektor kesehatan, dengan *earmarking* kesehatan, *formula based budget* yang telah dilaksanakan pada tahun sebelumnya yang dijadikan acuan penyusunan anggaran tahun berikutnya, transfer dana fiskal khusus dana kesehatan, otonomi penyedia kesehatan, dan perubahan metode pembayaran pelayanan kesehatan dari berbasis anggaran menjadi hasil kerja (*output based*). Ketiga, penggunaan *Extrabudgetary Funds and Transaction*, yakni penggunaan dana yang bersumber bukan dari anggaran tetap yang telah diatur dan ditetapkan oleh pemerintah, misalnya berasal dari Badan Usaha Milik Negara yang biasanya diperuntukan dana sosial seperti kesehatan dan jaminan pensiunan.

Tidak semua mekanisme diterapkan oleh setiap negara untuk menjamin pendanaan kesehatan, hal ini disesuaikan dengan kemampuan, kebutuhan, dan tantangan yang dimiliki masing-masing negara. Berkaitan dengan pembuatan program berdasarkan *budgeting* khusus untuk sektor kesehatan misalnya telah diterapkan di beberapa negara di Afrika. Selain program, beberapa Negara juga membenahi kebijakan pendanaan yang berkaitan dengan distribusi dan subsidi silang, misalnya dalam hal ini Vietnam. Thailand juga menerapkan program national budgeting untuk kesehatan, dimana adanya penganggaran berdasarkan persebaran jumlah penduduk. Selain itu, dana desentralisasi juga digunakan untuk sektor kesehatan, seperti di Chili dan Kolombia. Earmarking juga saat ini menjadi salah satu kebijakan yang populer untuk mendanai kesehatan, hal ini telah berlaku di negara-negara di Benua Afrika.

b. Universal Health Coverage dan Earmarking

Ross (2018) menjelaskan bahwa terdapat 5 model utama pendanaan kesehatan yang umumnya digunakan oleh pemerintah

untuk mendanai dan mengalokasikan sumber dana kesehatan bagi masyarakat.

Gambar 1.2
Model Pendanaan Kesehatan

Model	Revenue Source	Groups Covered	Pooling Organization	Care Provision
National Health Service	General revenues	Entire population	Central government	Public providers
Social Health Insurance	Payroll taxes	Specific groups	Semi-autonomous organizations	Own, public, or private facilities
Community-based Health Insurance	Private voluntary contributions	Contributing members	Non-profit plans	NGOs or private facilities
Voluntary Health Insurance	Private voluntary contributions	Contributing members	For- and non-profit insurance organizations	Private and public facilities
Out-of-Pocket Payments (including public user fees)	Individual payments to providers	Those with means to pay	None	Public and private facilities (public facilities)

Sumber: Hana Ross (2018)

Berdasarkan gambar 1.1 model pendanaan dibedakan berdasarkan sumber dana, subjek yang menjadi sumber pendanaan, sistem atau badan yang menghimpun dan tujuan dari pendanaan tersebut. Model pendanaan dapat bersumber dari pemerintah, swasta, individu hingga kombinasi dari pihak-pihak tersebut. Dengan tingkat cakupan yang berbeda-beda, serta sistem pengumpulan dan penyelenggaraan yang berbeda-beda. Untuk mencapai UHC pemerintah di suatu negara memiliki beberapa pilihan namun pada beberapa dekade terakhir, model yang banyak digunakan dan telah terbukti cukup efektif dan efisien adalah model *earmarking* yang merupakan bagian dari salah satu kebijakan fiskal pemerintah yang sumber dananya bersumber dari pajak khusus ataupun suatu kelompok pajak yang spesifik.

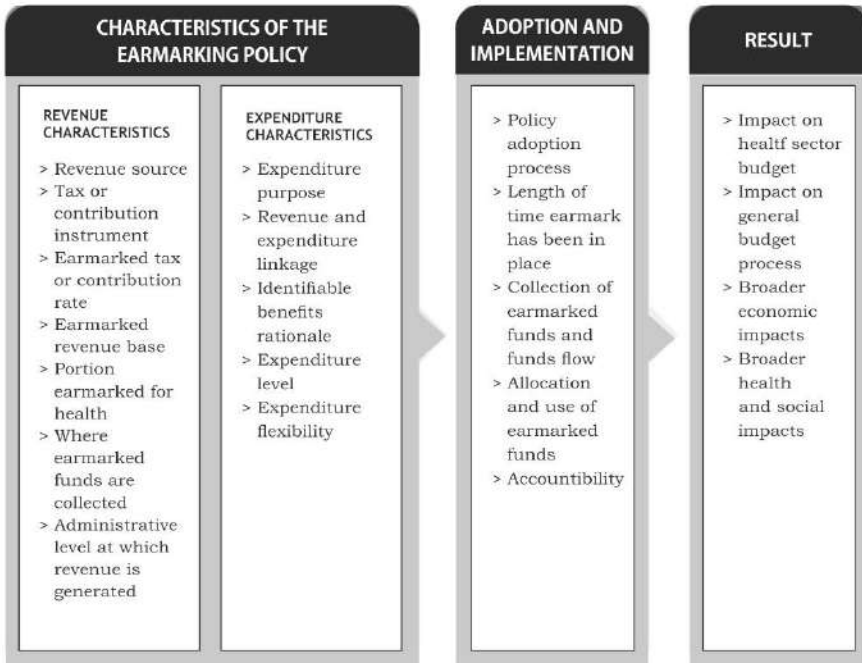
Pada dasarnya *earmarking* adalah sebuah mekanisme untuk meningkatkan ruang fiskal dan memobilisasi sumber daya untuk

sektor kesehatan, pembiayaan UHC dan pembiayaan kebutuhan prioritas pada sektor kesehatan (Cashin, 2010). Earmarking dapat melibatkan keseluruhan atau hanya sebagian dari total pendapatan pajak atau kelompok penerimaan pajak, hal ini tergantung pada sumber pemasukan dan bagaimana penggunaan dana tersebut. Earmarking juga telah digunakan sebagai salah satu instrumen didalam kebijakan kesehatan masyarakat hingga penggunaan pajak konsumsi barang-barang yang menyebabkan kerusakan pada kesehatan, seperti tembakau.

Menurut pemaparan materi oleh Ross (2016) dalam *Economics of Tobacco Control Project*, saat ini kurang lebih telah ada 80 negara menggunakan earmarking untuk kesehatan. Dengan *earmarked* terbanyak berasal dari pajak penghasilan, kemudian diikuti pajak rokok, pajak dari barang-barang yang berakibat buruk pada kesehatan seperti minuman dengan gula tinggi, pajak penjualan minuman beralkohol, kemudian transfer dana bagi hasil dari pemerintah pusat, dana khusus kesehatan, pajak nilai tambah, lotere, dan transfer dana asing perseorangan.

Saat ini *earmarking* telah menjadi bahan diskusi para pemangku kebijakan, akademisi hingga elite politik dalam kaitannya sebagai salah satu sumber pendanaan kesehatan guna mencapai meningkatkan kualitas kesehatan dan mensukseskan program-program kegiatan kesehatan di suatu Negara. Misalnya seperti di Ghana, earmarking berasal dari 2,5% poin dari 17% pajak pertambahan nilai dan 2,5% kontribusi jaminan sosial yang bertujuan untuk mendanai asuransi kesehatan nasional dan 10% dari keseluruhan dana digunakan untuk beberapa kegiatan prioritas Kementerian Kesehatan. Filipina, earmarking berasal dari 100% pendapatan pajak alkohol dan 85% pajak tembakau yang digunakan untuk mendanai program PhilHealth sebesar 80% dan 20% untuk beberapa kegiatan prioritas Kementerian Kesehatan. Sedangkan, Vietnam earmarking berasal dari kontribusi wajib oleh industry tembakau sebesar 1% dari harga produksi rokok baik produk lokal maupun impor dan juga kontribusi sukarela organisasi nasional dan internasional, dimana tujuannya adalah untuk program-program yang berkaitan dengan pengendalian tembakau di Vietnam.

Gambar 1.2
Tipologi *Earmarking*



Sumber: Health Financing Working Paper No.5

Berdasarkan tabel diatas pada dasarnya secara umum tipologi earmarking terbagi menjadi 2, yaitu pendapatan dan pengeluaran. Earmarking pendapatan ditinjau darimana sumber pendapatan dana, yang mana keseluruhan atau sebagian proporsi digunakan untuk tujuan khusus. Dalam Earmarking kesehatan digunakan untuk menentukan proporsi sumber pendapatan pendanaan yang spesifik yang harus dialokasikan pada sektor kesehatan baik program umum maupun program yang spesifik. Sedangkan, Earmarking pengeluaran menginstruksikan tujuan spesifik untuk melihat proporsi pengeluaran dari pendanaan umum. Earmarking kesehatan untuk kesehatan dapat melakukan menspesifikasi proporsi pengeluaran yang seharusnya dialokasikan untuk sektor kesehatan baik program umum maupun program yang spesifik.

Meskipun kedua tipologi diatas memiliki sudut pandang yang berbeda namun keduanya bertujuan untuk mencakup dan melengkapi satu sama lain. Dalam bidang kesehatan khususnya, earmarking pendapatan digunakan untuk mengumpulkan sumber dana tambahan untuk kemudian dibuat program prioritas kesehatan yang akan dimasukkan kedalam budget atau digunakan untuk proteksi dana untuk program-program khusus kesehatan. Sedangkan, earmarking pengeluaran menekankan pada sistem itu sendiri, seperti meningkatkan akuntabilitas, melaksanakan pengawasan, dan memastikan seluruh dana dialokasikan secara efisien sesuai dengan anggaran yang telah disusun dan ditetapkan.

Laporan working paper WHO (2016), saat ini kurang lebih telah terdapat 80 Negara yang memiliki earmarking baik sebagai pendapatan maupun pengeluaran untuk sektor kesehatan. Dalam working paper tersebut dijelaskan beberapa hasil studi empiris yang dilaksanakan di beberapa Negara. Hasil studi *Japan-World Bank UHC* studi menemukan bahwa tidak seluruh earmarking mampu menjamin pendanaan kesehatan yang bersifat *sustained*. Misalnya, di Brazil dana *earmarking* yang berasal dari bagi hasil pendapatan nasional dan sub-nasional pemerintah tidak menunjukkan adanya peningkatan dana kesehatan.

Selain itu, *earmarking* yang bersumber dari pajak penghasilan, akan menghasilkan distorsi bagi para tenaga kerja, hal ini terjadi di Perancis dan Jepang, sedangkan Thailand yang memiliki banyak sektor informal juga sulit untuk mengidentifikasi dan menarik pajak untuk earmarking kesehatan. Selain itu, saat ini telah banyak penggunaan earmarking yang bersumber dari penarikan pajak tembakau. Dimana pada kasus ini terdapat beberapa faktor yang terlibat didalamnya seperti politik, proses legislatif, potensi-potensi penghasilan, serta keseluruhan dampak dari earmark tersebut terhadap anggaran kesehatan dan kesehatan masyarakat. Negara-negara yang mengandalkan potensi pajak tembakau sebagai sumber earmarking untuk kesehatan diantaranya adalah Botswana, Mesir, Romania, Islandia, Polandia, Filipina, Vietnam, Thailand, dan Panama.

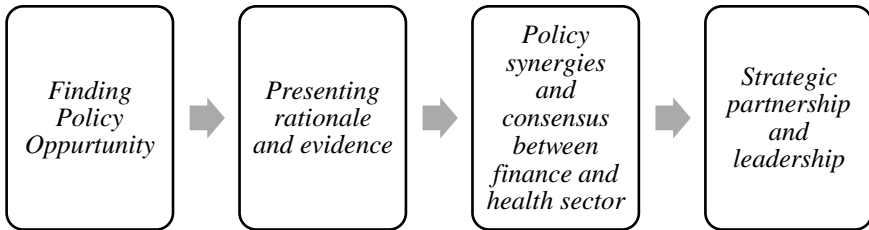
c. *Earmarking* Pajak Tembakau

Beberapa dua dekade terakhir, negara-negara di dunia mengalokasikan pendapatannya untuk sektor kesehatan, baik dalam isu preventif maupun kuratif. Tindakan yang diambil oleh pemerintah inilah yang disebut sebagai salah bentuk *earmarking* dari pajak. Salah satu sumber pajak tersebut berasal dari dana pajak rokok. Terdapat beberapa rasionalisasi dan pertimbangan terhadap penggunaan pajak rokok sebagai sumber pendanaan kesehatan, diantaranya adalah; mempromosikan gaya hidup yang lebih sehat, memastikan perawatan dan pelayanan kesehatan dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, mendukung isu pendidikan, perumahan, pertanian dan pertanian yang berdampak tidak langsung terhadap kesehatan.

Pajak rokok merupakan salah satu sumber penerimaan yang besar hampir di seluruh negara di dunia. Pajak cukai rokok khususnya, dapat mudah disetujui untuk sebagai sumber *earmarking*, sebagaimana diketahui bahwasanya, masyarakat akan lebih cenderung mendukung kenaikan pajak rokok yang diperuntukkan bagi pendanaan kesehatan. Keuntungan utama dari pajak rokok sebagai sumber *earmarking* adalah dapat mengawasi dan menurunkan tingkat konsumsi rokok dan meningkatkan sumber penerimaan negara yang dapat digunakan untuk promosi kesehatan yang efektif dan *sustained*. Jika pendanaan dari *earmarking* ini dikelola dengan efisien, maka dalam jangka panjang, dapat mengurangi beban pemerintah dalam menyediakan dana kesehatan.

Dalam publikasi WHO (2016) mengenai *lesson-learned* dari 9 negara yang menerapkan *earmarking* untuk pajak rokok, secara garis besar, menunjukkan bahwa dengan menaikkan pajak rokok dan alokasi hasil pajak tersebut bagi dana kesehatan, hal ini berimplikasi terhadap daya beli rokok masyarakat, penurunan prevalensi merokok, dan juga peningkatan sumber pendanaan kesehatan. Untuk menetapkan pajak rokok sebagai *earmarked* pembuat kebijakan harus melewati beberapa proses dan penyesuaian.

Gambar 1.3
Proses dan Strategi Perubahan Legislatif



Sumber: *Earmarked Tobacco Taxes* (WHO, 2016)

Untuk mewujudkan pajak rokok sebagai *earmarked*, pembuat kebijakan harus melewati proses dan strategi sebagaimana ditunjukkan pada gambar 1.3. Dimulai dari mencari alternatif-alternatif kebijakan yang akan diajukan, kemudian diikuti dengan pengumpulan data-data dan menampilkan rasionalisasi serta bukti-bukti alternatif-alternatif kebijakan dengan memperhitungkan *opportunity cost* yang didapat dari setiap alternatif. Pengambilan keputusan kebijakan yang diambil dari alternatif-alternatif sebelumnya kemudian disinergikan dan hasil tersebut merupakan kesepakatan bersama antar *stakeholders*, dalam hal ini seperti antara sektor keuangan dan sektor kesehatan, yang kemudian kebijakan akan dijalankan bersama-sama oleh kedua sektor yang terlibat.

Di beberapa negara seperti Islandia, *earmarking* pajak rokok digabungkan dengan pajak alkohol, oleh karena itu pengaturan dan otoritas yang mengatur serta bertanggung jawab atas *earmarking* tidak terpusat pada Kementerian Kesehatan. Terdapat tiga jenis manajerial didalam pengelolaan *earmarking* pajak rokok, antara lain; Kementerian kesehatan (Botswana, Islandia, Panama, Filipina, dan Romania), manajer otonom pendanaan (Thailand), dan semi-otonom manajer (Vietnam).

d. Fungsi Pajak

Fungsi pajak dapat dikelompokkan menjadi 2 (dua), yaitu: *fungsi budgeter* dan *fungsi regulator*. Fungsi budgeter yaitu bila pajak sebagai alat untuk mengisi kas negara yang digunakan untuk membiayai kegiatan pemerintahan dan pembangunan. Sementara,

fungsi regulator yaitu bila pajak dipergunakan sebagai alat mengatur untuk mencapai tujuan, misalnya : pajak minuman keras dimaksudkan agar rakyat menghindari atau mengurangi konsumsi minuman keras. Lahirnya kebijakan pajak rokok dalam UU No. 28 Tahun 2009 Tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah (PDRD) didasari pada pemikiran sebagai berikut; *pertama*, perlunya penerapan pajak yang lebih adil kepada seluruh daerah, agar seluruh daerah mempunyai sumber dana yang memadai untuk mengendalikan dan mengatasi dampak negatif rokok; *kedua*, perlunya peningkatan *local taxing power* guna meningkatkan kemampuan daerah dalam menyediakan pelayanan publik, khususnya pelayanan kesehatan; *ketiga*, Perlunya penerapan *piggyback taxes*, atau tambahan atas objek pajak yang dipungut oleh pemerintah pusat terhadap konsumsi barang yang perlu dikendalikan, sesuai dengan *best practice* yang berlaku di negara lain; *keempat*, perlunya pengendalian dampak negatif konsumsi rokok bagi masyarakat, dan masih rendahnya komponen pajak dalam harga rokok di Indonesia dibandingkan dengan negara-negara lain dikawasan ASEAN. Dengan demikian, fungsi pajak rokok selain untuk mengisi kas pemerintah pusat dan daerah guna menambah biaya pembangunan daerah, fungsi regulator pajak rokok guna membatasi konsumsi rokok dan mengatasi dampak negatif dari konsumsi rokok di masyarakat.

Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 Pasal 31 menyebutkan bahwa minimal 50% dari dana pajak rokok yang diterima provinsi maupun kabupaten/kota digunakan untuk mendanai pelayanan kesehatan dan penegakan hukum oleh aparat yang berwenang. Dalam Penjelasan Pasal 31 A UU Nomor 28 Tahun 2009 disebutkan bahwa pelayanan kesehatan masyarakat, antara lain berupa kegiatan memasyarakatkan tentang bahaya merokok dan iklan layanan masyarakat mengenai bahaya merokok, pembangunan/pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana unit pelayanan kesehatan, serta penyediaan sarana umum yang memadai bagi perokok (*smoking area*).

Sedangkan yang dimaksud dengan penegakan hukum dalam peraturan penjelasan adalah penegakan hukum sesuai kewenangan pemerintah daerah, yang dapat bekerja sama dengan pihak/instansi lain, seperti pemberantasan peredaran rokok ilegal dan penegakan aturan mengenai larangan merokok. Dalam Peraturan Menteri

Kesehatan Nomor 40 Tahun 2016 disebutkan bahwa penggunaan pajak rokok diperuntukkan untuk kegiatan penanganan masalah kesehatan yang belum didanai sumber pembiayaan lain, antara lain anggaran kesehatan yang belum didanai sumber pembiayaan, antara lain Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), Dana Alokasi Khusus (DAK) fisik dan non fisik, Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Dekonsentrasi, Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT).

Sehingga pemerintah daerah dan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) lintas sektor di daerah dirasa perlu untuk memilih kegiatan mana yang sudah dan belum didanai oleh sumber dana tersebut. Oleh karenanya perlu klasifikasi bentuk kegiatan apa dan dari mana sumber pembiayaan kegiatan yang diajukan sesuai dengan sumber dana pembangunan seperti tersebut diatas, sehingga tidak ada duplikasi atau tumpang tindih penganggaran.

e. Studi Empiris

Berkaitan dengan penggunaan pajak rokok sebagai *earmarked*, beberapa negara telah sukses mengimplementasikan dan mampu membuktikan bahwa *earmarking* pajak tembakau memberikan dampak yang positif tidak hanya terkait pendanaan sektor kesehatan tetapi juga pada harga dan konsumsi rokok. Dalam penelitian ini, kami menyajikan beberapa pelajaran dari negara lain sebagai *best practices* dalam implementasi pajak tembakau untuk sektor kesehatan.

Tabel 2.1
Best Practices Earmarking Tobacco Taxes For Health

Negara	Tahun Pembentukan	Sumber Pendanaan	Estimasi Total Pendapatan Tahunan	Persentase total penggunaan pajak tembakau sebagai <i>earmarked</i> dari keseluruhan (2013)
Botswana	2014	30% dari biaya produksi tembakau	US\$ 0,48 juta (2014-2015)	-
Mesir	1992	10 piastres dalam setiap 20 batang rokok	US\$ 52,06 juta (2013-2014)	1,086%
Islandia	1972	0,9% nilai penjualan rokok kotor	US\$ 0,89 juta (2014)	0,083%
Jamaika	-	Bagian earmarked untuk sektor kesehatan	-	10% health budget
Filipina	1997, 2004, 2012	>85% pendapatan tambahan dari cukai rokok dan alkohol	US\$ 1.13 milyar (2014)	36%
Thailand	2001	Pajak tambahan pada rokok dan minuman alkohol	US\$ 125,15 juta (2014)	0,932%
Vietnam	2012	Kontribusi wajib pabrik dan importir rokok	US\$ 13,91 juta (2014)	0,335%
Estonia	1994, 2000, 2002	Tobacco and Alcohol Tax	3,5% dari pajak tembakau dan 3,5% dari pajak alcohol	-
Australia	1987, 1990, 1995	Tobacco Act	US\$ 22,3 juta (Negara Bagian Victoria) US\$ 11,4 juta (Negara Bagian Western Australia)	US\$ 4,60 dan US\$ 5,50

Sumber: *Earmarked tobacco taxes: lessons learnt from nine countries* (WHO, 2016)

1.3.2 Teknik Pengumpulan Data

a. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan riset implementasi yang akan mengeksplorasi aspek-aspek implementasi pajak rokok daerah, seperti faktor-faktor yang mempengaruhi, proses implementasi, dan hasil atau produk akhir dari implementasi yang diteliti. Penelitian ini akan melihat efektivitas implementasi dari kebijakan pajak rokok daerah. Metode penelitian yang digunakan dalam riset implementasi ini adalah metode kualitatif, dimana aktivitas pengumpulan data dilakukan dengan *in-depth interview*. Teknik analisis data dilakukan secara deskriptif dengan menggunakan variabel-variabel yang disepakati bersama dalam proses penyusunan kerangka penelitian. Penelitian ini juga menggunakan pendekatan studi perbandingan untuk melihat praktek terbaik dari penggunaan dana pajak rokok. Untuk menyempurnakan laporan hasil riset tersebut, dilakukan diseminasi dengan melibatkan Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, dan Kementerian Keuangan.

b. Teknik Pengumpulan Data

Data yang digunakan didalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Untuk mendapatkan data primer, digunakan tehknik pengumpulan *in-depth interview*. *In-depth interview* dilaksanakan dengan perwakilan masing-masing *stakeholders* didalam penelitian guna mendapatkan data dan informasi yang dibutuhkan didalam penelitian ini. Data sekunder juga digunakan didalam penelitian ini, yaitu berupa kondisi sosial ekonomi masing-masing sampel penelitian. Data sekunder diperoleh dari publikasi resmi Badan Pusat Statistik (BPS) pada setia sampel kota penelitian.

b.1. Data Primer

Data Primer yang digunakan bersumber dari 11 informan hasil analisis dari *in-depth interview*. *Stakeholders* yang dijadikan informan dalam penelitian ini adalah;

- 1) Asisten Keuangan Daerah/Provinsi
- 2) Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA)
- 3) Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD)
- 4) Badan Pengelolaan Pajak dan Retribusi Daerah (BP2RD)

- 5) Dinas Kesehatan Daerah/Provinsi
- 6) Inspektorat Daerah
- 7) Anggota Legislatif DPRD (Komisi mengenai Kesehatan)
- 8) Anggota Legislatif DPRD (Komisi mengenai Keuangan)
- 9) SATPOL PP
- 10) Akademisi (bidang kesehatan)
- 11) Organisasi Masyarakat
- 12) Asosiasi Profesi Kesehatan (Misal: Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), PPNI)

b.2. Data Sekunder

Data sekunder bersumber dari dokumen, publikasi, maupun hasil penelitian yang berkaitan dengan isu kesehatan, pajak rokok, dan kondisi sosial ekonomi masing-masing daerah. Berikut ini adalah beberapa data sekunder yang harus disertakan didalam penelitian ini;

1. Data BPS; Provinsi Dalam Angka, atau Kabupaten/Kota Dalam angka (data diolah)
2. Publikasi Dinas Kesehatan (Data mengenai Kondisi dan permasalahan kesehatan di daerah masing-masing).
3. Profil Daerah Penelitian (Kependudukan, Geografis, Sosial, Ekonomi, dan sebagainya—bersumber dari daerah dalam angka).
4. Laporan Penelitian (berkaitan dengan permasalahan kesehatan dan isu-isu terkait tema penelitian yang terjadi pada daerah masing-masing).

Wilayah-wilayah penelitian sebagai berikut:

1. Kota Medan
2. Provinsi DKI Jakarta
3. Kota Bogor
4. Kabupaten Kulon Progo
5. Kota Denpasar

Pemilihan wilayah penelitian ini didasarkan pada kota-kota besar di Indonesia yang memiliki kepedulian terhadap upaya pengendalian konsumsi rokok dan diperkirakan memiliki pemahaman yang baik tentang kebijakan pajak rokok daerah. Pengambilan data melalui wawancara mendalam melibatkan mitra

dari beberapa lembaga yaitu Forum Warga Kota Jakarta (Jakarta), Yayasan Pusaka Indonesia (Medan), Universitas Udayana CENTRAL (Denpasar), No Tobacco Community (Bogor) dan Jaringan Jogja Sehat Tanpa Tembakau (Kulon Progo). Pelibatan para mitra ini sekaligus untuk membangun komunikasi antara komponen masyarakat sipil dan pengambil kebijakan di wilayah penelitian.

Indikator Data yang digunakan:

a. Kondisi Sosial

1. Data Kependudukan;

Jumlah penduduk, laju pertumbuhan penduduk, komposisi pertumbuhan penduduk laki-laki, komposisi penduduk wanita, total angkatan kerja, dan total bukan angkatan kerja

2. Pendidikan;

Presentase penduduk yang masih bersekolah (berdasarkan tingkatan jenjang sekolah Taman Kanak-kanak (TK), Sekolah Dasar (SD), Sekolah Menengah Pertama (SMP), Sekolah Menengah Atas (SMA), Sekolah Menengah Kejuruan (SMK)), rata-rata lama sekolah, harapan lama sekolah, total fasilitas sekolah yang tersedia berdasarkan tingkatan jenjang sekolah

3. Kemiskinan;

Jumlah penduduk miskin, garis kemiskinan, gini rasio, indeks keparahan kemiskinan, indeks kedalaman kemiskinan, indeks pembangunan manusia, presentase jumlah penduduk miskin.

b. Kondisi Ekonomi

1. PDRB; PDRB atas harga berlaku, PDRB atas harga konstan
2. PDRB perkapita; PDRB perkapita atas harga berlaku, PDRB perkapita atas harga konstan
3. Laju pertumbuhan ekonomi (tahun dasar 2010)
4. PDRB menurut lapangan usaha
5. Pengeluaran perkapita disesuaikan
6. Harga-harga; inflasi, presentase pengeluaran konsumsi rokok, pengeluaran bahan makanan, pengeluaran bukan bahan makanan

c. Kondisi Kesehatan

1. Fasilitas Kesehatan; Rumah sakit, rumah bersalin, puskesmas, posyandu, klinik kesehatan
2. Penyakit yang banyak diderita penduduk;
3. Angka harapan hidup dan Kelahiran kematian bayi;
4. Pravelansi Gizi;

II. GAMBARAN KONDISI SOSIAL, EKONOMI, DAN KESEHATAN DI WILAYAH PENELITIAN

2.1 Kota Medan

2.1.1 Kondisi Sosial

Kondisi sosial di Kota Medan akan diuraikan kedalam 3 aspek yaitu; kependudukan, pendidikan, dan kemiskinan.

a. Kependudukan

Jumlah penduduk di Kota Medan pada tahun 2016 sebesar 2.229.408 jiwa dengan kepadatan penduduk sebesar 8.413 jiwa/km². Jumlah populasi laki-laki sebesar 1.101.020 jiwa, dan populasi perempuan sebesar 1.128.388 jiwa. Sedangkan total angkatan kerja yang bekerja dan tidak bekerja memiliki proporsi nilai sebesar 875.794 jiwa bekerja dan 108.243 jiwa tidak bekerja, atau sebanyak 12% angkatan kerja yang menjadi pengangguran (lihat lampiran tabel 2.1).

b. Pendidikan

Kondisi dan situasi pendidikan di kota Medan tergambar dengan presentase penduduk yang masih berusia sekolah (7-24 tahun) sebesar 79% hal ini berada diatas Angka Partisipasi Sekolah (APS) nasional, dengan angka partisipasi usia 7-12 tahun sebesar 99,49% diatas rata-rata nasional sebesar 99,14%, usia 13-15 tahun sebesar 96,6% diatas rata-rata nasional sebesar 95,08%, sedangkan usia 16-18 tahun sebesar 76,76% diatas rata-rata nasional sebesar 71,42% dan usia 19-24 tahun sebesar 26,80% diatas rata-rata nasional sebesar 24,77% (lihat lampiran tabel 2.2).

c. Kemiskinan

Kemiskinan yang ada di Kota Medan terdapat penduduk miskin sebesar 20.687 jiwa atau sebesar 9,27 % jumlah penduduk di Kota Medan, garis kemiskinan senilai Rp. 460.685, dan gini

rasio sebesar 0,3328, serta dengan indeks keparahan kemiskinan sebesar 0,43 dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) sebesar 74,11 dan dengan Presentase jumlah penduduk sebesar 1,22 % (lihat lampiran tabel 2.3).

2.1.2 Kondisi Ekonomi

Kondisi ekonomi di Kota Medan akan diuraikan ke dalam 3 aspek yaitu ; Pendapatan Domestik Regional Bruto (PDRB), Pendapatan Domestik Regional Bruto Perkapita (PDRB perkapita), dan harga-harga.

a. Pendapatan Domestik Regional Bruto (PDRB) dan PDRB Perkapita tahun 2016

Presentase PDRB Kota Medan memiliki proporsi laju pertumbuhan sebesar 6,26 %, sedangkan PDRB perkapita menurut harga konstan di Kota Medan sebesar Rp.25.888.496,16 dan menurut harga berlaku sebesar Rp. 83.452.215,39 dan pengeluaran per kapita disesuaikan sebesar Rp. 14.393,000 (lihat lampiran tabel 2.4).

b. Harga-harga

Tingkat kenaikan harga di Kota Medan terbilang cukup tinggi karena berada diatas rata-rata nasional sebesar 3,02 di tahun 2016, dengan presentase pengeluaran konsumsi rokok rata-rata sebesar 12,41% dari pendapatannya, dengan pengeluaran bahan makanan 49,09% dan presentase pengeluaran bukan makanan sebesar 53,91 % (lihat lampiran tabel 2.5).

2.1.3 Kondisi Kesehatan

Kondisi kesehatan di Kota Medan akan diuraikan kedalam 4 aspek yaitu; fasilitas kesehatan, penyakit terbanyak diderita, angka harapan hidup dan jumlah kelahiran kematian bayi, serta prevalensi gizi.

a. Fasilitas Kesehatan

Jenis fasilitas kesehatan di Kota Medan yang tersebar di 21 Kecamatan terbanyak adalah Posyandu sebanyak 1.390 unit diikuti dengan klinik kesehatan sebesar 747 unit, rumah bersalin sebesar 117 unit, rumah sakit sebesar 79 unit, sedangkan puskesmas

pembantu sebesar 41 unit dan puskesmas sebesar 39 unit namun tidak ada pondok bersalin di wilayah kota Medan (lihat lampiran tabel 2.6).

b. Penyakit Terbanyak Diderita Penduduk Kota Medan

Penyakit terbanyak diderita penduduk di Kota Medan, diantaranya adalah penyakit; Infeksi Akut lain pada saluran pernafasan; Hipertensi; Penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat; Penyakit lain pada saluran pernafasan atas; Diare; Pulpa dan jaringan periapikal; Penyakit kulit alergi; Gingivitis dan Periodental; Penyakit kulit infeksi; dan Tonsilitis (lihat lampiran tabel 2.7)

c. Angka Harapan Hidup dan Kelahiran Kematian Bayi

Angka harapan hidup di Kota Medan rata-rata mencapai 72,34 tahun dengan tingkat harapan hidup yang lebih tinggi dibandingkan tingkat harapan hidup rata-rata nasional 66,3 tahun. Angka/total kelahiran bayi sebesar 47.541 jiwa dan dengan tingkat kelahiran mati bayi sebesar 10 jiwa dan angka kematian balita sebesar 217.331 jiwa (lihat lampiran tabel 2.8).

d. Prevalensi Gizi (Data Tahun 2015)

Secara umum berdasarkan prevalensi gizi, balita di kota Medan memiliki gizi yang sudah baik. Data pravelensi Gizi di Kota Medan dengan klasifikasi pravelensi gizi; gizi lebih sebanyak 4.738, gizi baik 252.340, gizi kurang 868 dan gizi buruk sebesar 111 kasus (lihat lampiran tabel 2.9).

2.2 DKI Jakarta

2.2.1 Kondisi Sosial

Kondisi sosial di Provinsi DKI Jakarta akan diuraikan kedalam 3 aspek yaitu; kependudukan, pendidikan, dan kemiskinan.

a. Kependudukan

Jumlah penduduk di DKI Jakarta tahun 2015 sebesar 10.277.628 juta jiwa dan dengan kepadatan penduduk sebesar 15,517 jiwa/km² dengan nilai kepadatan penduduk tertinggi di Wilayah Administratif Kabupaten/Kota/Provinsi di seluruh

Indonesia. Komposisi penduduk laki-laki dan penduduk wanita DKI Jakarta menunjukkan porsi komposisi jumlah penduduk laki-laki hanya kurang dari setengah total penduduk wanita, yaitu penduduk laki-laki sebanyak 5.159.683 jiwa dan penduduk wanita sebanyak 5.117.945 jiwa. Sedangkan total angkatan kerja yang bekerja dan tidak bekerja memiliki proporsi nilai sebesar 4.724.029 jiwa bekerja dan 368.190 jiwa tidak bekerja, atau sebesar 7,79% angkatan kerja yang menjadi pengangguran, namun secara presentase lebih rendah dibandingkan jumlah pengangguran yang ada di Kota Medan, sebanyak 12% dari total jumlah penduduk (lihat lampiran tabel 2.10).

b. Pendidikan

Presentase penduduk yang masih berusia sekolah (7-24 tahun) di DKI Jakarta sebesar 66,34% hal ini berada diatas Angka Partisipasi Sekolah (APS) nasional, dengan angka partisipasi usia 7-12 sebesar 99,67 diatas rata-rata nasional sebesar 99,14, usia 13-15 tahun sebesar 97,64 diatas rata-rata nasional sebesar 95,08, sedangkan usia 6-18 sebesar 71,50 diatas rata-rata nasional sebesar 71,42 dan usia 19-24 tahun sebesar 24,60 dibawah rata-rata nasional sebesar 24,77 (lihat lampiran tabel 2.11).

c. Kemiskinan

Kemiskinan yang ada di DKI Jakarta terdapat penduduk miskin sebesar 384.300 jiwa atau sebesar 3,75% jumlah penduduk di DKI Jakarta, garis kemiskinan sebesar 510.359, dan Indeks kedalaman kemiskinan sebesar 0,47, serta dengan indeks keparahan kemiskinan sebesar 0,08 dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) sebesar 749,60 (lihat lampiran tabel 2.12).

2.2.2 Kondisi Ekonomi

Kondisi ekonomi di wilayah DKI Jakarta akan diuraikan kedalam 3 aspek yakni, Pendapatan Domestik Regional Bruto (PDRB), Pendapatan Domestik Regional Bruto Perkapita (PDRB perkapita), dan harga-harga.

a. PDRB dan PDRB Perkapita

PDRB atas dasar harga berlaku sebesar Rp. 2.177.119,88 milyar, sedangkan atas dasar harga konstan sebesar Rp. 1.539.376,65 milyar. Laju pertumbuhan ekonomi dengan harga konstan sebesar 5,85%. Sedangkan PDRB perkapita menurut harga konstan di DKI Jakarta sebesar Rp. 207.990.000 dan menurut harga berlaku sebesar Rp. 147.060.000 dan dengan pengeluaran per kapita disesuaikan sebesar Rp. 2.079.056,06 (lihat lampiran tabel 2.13).

b. Harga-harga

Tingkat kenaikan harga di DKI Jakarta terbilang cukup rendah karena berada dibawah rata-rata nasional sebesar 3,02% di tahun 2016, dengan pengeluaran konsumsi per kapita bahan makanan dan minuman jadi sebesar Rp. 317.000 per bulan atau setara 41,7% dari total keseluruhan pengeluaran per kapita. Pengeluaran konsumsi terbesar kedua yakni tembakau dan rokok rata-rata dengan nilai sebesar Rp. 69.046 per bulan atau 9,08% dari total keseluruhan pengeluaran per kapita, jumlah ini jauh lebih besar dibandingkan dengan pengeluaran bahan makanan yang lebih bergizi seperti sayur dan susu (lihat lampiran tabel 2.14).

2.2.3 Kondisi Kesehatan

Kondisi kesehatan di Provinsi DKI Jakarta akan diuraikan kedalam 4 aspek yaitu; fasilitas kesehatan, penyakit terbesar, angka harapan hidup dan jumlah kelahiran kematian bayi, serta status gizi.

a. Fasilitas Kesehatan

Jenis fasilitas kesehatan di DKI Jakarta terbanyak adalah Posyandu sebanyak 4.245 diikuti dengan apotek sebanyak 2287, puskesmas sebanyak 340, klinik spesialis sebanyak 168, rumah sakit 159, balai pengobatan gigi sebanyak 125 dan rumah bersalin sebanyak 36 (lihat lampiran tabel 2.15).

b. Penyakit Terbanyak Diderita Penduduk DKI Jakarta

Penyakit terbanyak diderita penduduk pada wilayah DKI Jakarta, diantaranya adalah penyakit; TB paru BTA+ dan demam berdarah (lihat lampiran tabel 2.16).

c. Angka Harapan Hidup dan Kelahiran Kematian Bayi

Angka harapan hidup di DKI Jakarta rata-rata mencapai usia 74 tahun dengan tingkat harapan hidup yang lebih tinggi dibandingkan tingkat harapan hidup rata-rata nasional yakni 66,3 tahun. Angka total kelahiran bayi sebesar 162.901 jiwa dan dengan tingkat kelahiran mati bayi sebesar 677 jiwa dan angka kematian balita sebesar 951 jiwa (lihat lampiran tabel 2.17).

d. Status Gizi

Secara umum kasus gizi buruk pada bayi dan balita di DKI Jakarta sudah sangat sedikit, hal ini tercerminkan dengan hanya 0,27% dari 158.045 balita yang mengalami gizi buruk dan 1,79% gizi buruk berdasarkan berat badan dari 158.045 balita yang ada di DKI Jakarta (lihat lampiran tabel 2.18).

2.3 Kota Bogor

2.3.1 Kondisi Sosial

Kondisi sosial di Kota Bogor akan diuraikan kedalam 3 aspek yaitu; kependudukan, pendidikan, dan kemiskinan.

a. Kependudukan

Jumlah penduduk di Kota Bogor tahun 2016 sebesar 1.064.687 jiwa dengan kepadatan penduduk sebesar 8.985 jiwa per km², komposisi penduduk laki-laki dan penduduk wanita yang di kota Bogor menunjukkan porsi komposisi penduduk yang hampir seimbang, yaitu penduduk laki-laki sebanyak 540.228 jiwa dan penduduk wanita sebanyak 524.399 jiwa. Sedangkan total angkatan kerja yang bekerja dan tidak bekerja memiliki proporsi nilai sebesar 400.983 jiwa bekerja dan 49.492 jiwa tidak bekerja, atau sebanyak 11,08% angkatan kerja yang menjadi pengangguran (lihat lampiran tabel 2.19).

b. Pendidikan

Presentase penduduk yang masih berusia sekolah (7-24 tahun) di Kota Bogor angka partisipasi usia 7-12 tahun sebesar 95,44% dibawah rata-rata nasional sebesar 99,14%, usia 13-15 tahun sebesar 74,75% dibawah rata-rata nasional sebesar 95,08%, sedangkan usia 16-18 sebesar 61,21% diatas rata-rata nasional sebesar 71,42% dan usia 19-24 tahun sebesar 26,80% diatas rata-rata nasional sebesar 24,77% (lihat lampiran tabel 2.20).

c. Kemiskinan

Kemiskinan yang ada di Kota Bogor terdapat penduduk miskin sebesar 79.200 jiwa atau sebesar 7,6% jumlah penduduk di Kota Bogor, garis kemiskinan sebesar Rp. 392.405, dan gini rasio sebesar 0,3328, serta dengan indeks keparahan kemiskinan sebesar 0,43 dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) sebesar 74,11 dan dengan Presentase jumlah penduduk sebesar 1,22% (lihat lampiran tabel 2.21).

2.3.2 Kondisi Ekonomi

Kondisi ekonomi kota Bogor akan diuraikan kedalam 3 aspek yakni, Pendapatan Domestik Regional Bruto (PDRB), Pendapatan Domestik Regional Bruto Perkapita (PDRB Perkapita), dan harga-harga.

a. Pendapatan Domestik Regional Bruto

Pada tahun 2017 PDRB kota Bogor atas dasar harga berlaku sebesar Rp. 38.506,50 milyar sedangkan atas dasar harga konstan sebesar Rp. 28.654,97 milyar, dengan laju pertumbuhan 6,12%. Untuk PDRB perkapita menurut harga konstan sebesar Rp. 26.510.000 dengan laju pertumbuhan PDRB perkapita sebesar 4,52% (lihat lampiran data 2.22).

b. Harga-harga

Tingkat kenaikan harga secara umum di Kota Bogor terbilang cukup besar yaitu sebesar 3,60%. Presentase kenaikan harga paling tinggi terjadi pada pengeluaran kesehatan dan bahan makanan yang yakni 8,96% untuk kesehatan dan 7,16% untuk kelompok bahan makanan. Sedangkan untuk pengeluaran terbesar per kapita paling besar dari pengeluaran kelompok bahan

makanan sebulan adalah makanan dan minuman dengan nilai sebesar Rp. 416.762 dan untuk pengeluaran kelompok non bahan makanan adalah perumahan dengan nilai sebesar Rp. 886.145 (lihat lampiran data 2.23).

2.3.3 Kondisi Kesehatan

Kondisi kesehatan Kota Bogor akan diuraikan kedalam 4 aspek yakni, fasilitas kesehatan, penyakit terbesar, Angka Harapan hidup dan jumlah kelahiran kematian bayi, serta Status gizi.

a. Fasilitas Kesehatan

Jenis fasilitas kesehatan di Kota Bogor terbanyak adalah Posyandu sebanyak 970 unit, diikuti dengan puskesmas sebanyak 25 unit dan rumah sakit sebanyak 19 unit (lihat lampiran tabel 2.24).

b. Penyakit Terbanyak Diderita Penduduk Kota Bogor

Penyakit terbanyak diderita di Kota Bogor, diantaranya adalah penyakit; Diare, IMS, TB, HIV/AIDS dan malaria (lihat lampiran tabel 2.25)

c. Angka Harapan Hidup dan Kelahiran Kematian Bayi (2017)

Angka harapan hidup di Kota Bogor mencapai usia 73,01 tahun dengan tingkat harapan hidup yang lebih tinggi dibandingkan tingkat harapan hidup rata-rata nasional sebesar 66,3 tahun. Angka/total kelahiran bayi sebesar 20.515 jiwa (lihat lampiran tabel 2.26).

d. Status Gizi

Selama kurun waktu tahun 2015-2017 hanya sedikit bayi lahir dengan keadaan gizi buruk. Menurut data BPS Kota Bogor pada tahun 2017 hanya ada 32 bayi yang lahir di Kota Bogor dengan status gizi buruk (lihat lampiran tabel 2.27).

2.4 Kabupaten Kulon Progo

2.4.1 Kondisi Sosial

Kondisi sosial Kabupaten Kulon Progo akan diuraikan kedalam 3 aspek yakni, kependudukan, pendidikan, dan kemiskinan.

a. Kependudukan

Jumlah penduduk di Kabupaten Kulon Progo sebesar 416.200 jiwa dengan kepadatan penduduk sebesar 710 jiwa/km². Komposisi penduduk laki-laki dan penduduk wanita yang di kabupaten Kulon Progo menunjukkan porsi komposisi penduduk yang hampir seimbang, yaitu penduduk laki-laki sebanyak 204.180 jiwa dan penduduk wanita sebanyak 212.020 jiwa. Sedangkan total angkatan kerja yang bekerja dan tidak bekerja memiliki proporsi nilai sebesar 2,81% dari angkatan kerja yang menjadi pengangguran (lihat lampiran tabel 2.28).

b. Pendidikan

Presentase penduduk yang masih berusia sekolah (7-24 tahun) di Kabupaten Kulon Progo sebesar 81,98 % , hal ini berada diatas Angka Partisipasi Sekolah (APS) nasional dan berada diatas angka partisipasi sekolah di Kota Medan dan Provinsi DKI Jakarta (lihat lampiran tabel 2.29).

c. Kemiskinan

Kemiskinan yang ada di Kabupaten Kulon Progo terdapat penduduk miskin sebanyak 20,3% dari total jumlah penduduk Kabupaten Kulon Progo. Garis kemiskinan sebesar Rp. 297.353 dengan indeks kedalaman kemiskinan sebesar 3,55, indeks keparahan kemiskinan sebesar 1 dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) sebesar 73,23 (lihat lampiran tabel 2.30).

2.4.2 Kondisi Ekonomi

Kondisi ekonomi Kabupaten Kulon Progo akan diuraikan kedalam 3 aspek yaitu; Pendapatan Domestik Regional Bruto (PDRB), Pendapatan Domestik Regional Bruto Perkapita (PDRB perkapita), dan harga-harga.

a. PDRB dan PDRB perkapita

Kabupaten Kulon Progo memiliki laju pertumbuhan sebesar 4,76 %, sedangkan PDRB perkapita menurut harga konstan di Kulon Progo sebesar Rp. 8.312.454,6 milyar dan menurut harga berlaku sebesar Rp.8.00.897.381 dan dengan pengeluaran per kapita disesuaikan sebesar Rp. 719.189 (lihat lampiran tabel 2.31).

b. Harga-harga

Tingkat kenaikan harga di Kabupaten Kulon Progo terbilang cukup rendah yakni 2,29% karena berada dibawah rata-rata nasional sebesar 3,02 % di tahun 2016. Pengeluaran per kapita bulanan untuk kelompok bahan makanan sebesar Rp.330.899 atau 46,01% dari total pengeluaran rata-rata per kapita sedangkan untuk kelompok bukan bahan makanan sebesar Rp. 388.290 atau 53,99% dari total pengeluaran rata-rata perkapita per bulan (lihat lampiran tabel 2.32).

2.4.3 Kondisi Kesehatan

Kondisi kesehatan Kabupaten Kulon Progo akan diuraikan kedalam 4 aspek yakni, fasilitas kesehatan, penyakit terbesar, Angka Harapan hidup dan jumlah kelahiran kematian bayi, serta Status gizi.

a. Fasilitas Kesehatan

Jenis fasilitas kesehatan di Kabupaten Kulon Progo yang tersebar di 12 Kecamatan diantaranya adalah puskesmas pembantu 63 unit, puskesmas 21 unit, dan rumah sakit sebanyak 8 unit . (lihat lampiran tabel 2.33).

b. Penyakit Terbanyak Diderita Penduduk Kabupaten Kulon Progo

Penyakit terbanyak diderita masyarakat di Kabupaten Kulon Progo menurut data BPS, diantaranya adalah penyakit; Diare, IMS, DBD, HIV/AIDS (lihat lampiran tabel 2.34)

c. Angka Harapan Hidup dan Kelahiran Kematian Bayi (2017)

Angka harapan hidup penduduk Kabupaten Kulon Progo berada diatas rata-rata peringkat nasional yakni mencapai usia

75,06 tahun. Dengan presentase angka kematian pada bayi lahir sebesar 1,05% dari 5110 jiwa bayi lahir, sedangkan jumlah kematian bayi sebesar 58 jiwa (lihat lampiran tabel 2.35).

d. Status Gizi

Status gizi berdasarkan prevalensi gizi pada bayi dan balita di Kulon Progo sudah baik, hal ini tercerminkan dari presentase bayi dan balita yang lahir dengan berat badan rendah hanya sebesar 6,69% dan balita yang mengalami gizi buruk (kurang energi protein) 12,33% (lihat lampiran tabel 2.36).

2.5 Kota Denpasar

2.5.1 Kondisi Sosial

Kondisi sosial di Kota Denpasar akan diuraikan kedalam 3 aspek yaitu, kependudukan, pendidikan, dan kemiskinan.

a. Kependudukan

Jumlah penduduk di Kota Denpasar sebesar 914.300 jiwa dengan pertumbuhan penduduk sebesar 1,89%. Komposisi penduduk laki-laki dan penduduk wanita yang di kota Denpasar menunjukkan porsi komposisi penduduk yang hampir seimbang, yaitu penduduk laki-laki sebanyak 466.700 jiwa dan penduduk wanita sebanyak 447.600 jiwa. Sedangkan total angkatan kerja yang bekerja dan tidak bekerja memiliki proporsi nilai sebesar 501.909 jiwa bekerja dan 13.556 jiwa jiwa tidak bekerja, atau sebanyak 2,6% angkatan kerja yang menjadi pengangguran (lihat lampiran tabel 2.37).

b. Pendidikan

Presentase penduduk yang masih berusia sekolah (7-24 tahun) di Kota Denpasar sebesar 69,96% dengan tingkat angka partisipasi murni sekolah dasar sebesar 95,08% sekolah menengah pertama sebesar 75,06% sekolah menengah atas sebesar 64,24% dengan tingkat partisipasi kasar sekolah dasar sebesar 104,41, sekolah menengah pertama sebesar 91,16, sekolah menengah atas sebesar 91,78% (lihat lampiran tabel 2.38).

c. Kemiskinan

Kemiskinan yang ada di Kota Denpasar terdapat penduduk miskin sebesar 20.700 jiwa atau sebesar 2,26% jumlah penduduk di Kota Denpasar, garis kemiskinan sebesar Rp. 512.947, dengan indeks kedalaman kemiskinan sebesar 0,40 dan indeks keparahan kemiskinan sebesar 0,12 dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) sebesar 83,01 (lihat lampiran tabel 2.39).

2.5.2 Kondisi Ekonomi

Kondisi ekonomi di Kota Denpasar akan diuraikan kedalam 3 aspek yaitu, Pendapatan Domestik Regional Bruto (PDRB), Pendapatan Domestik Regional Bruto Perkapita (PDRB perkapita), dan harga-harga.

a. PDRB dan PDRB perkapita

Presentase PDRB Kota Denpasar memiliki proporsi laju pertumbuhan sebesar 6,08 %, sedangkan untuk laju implisit PDRB sebesar 4,71%, PDRB perkapita menurut harga konstan di Kota Denpasar sebesar Rp. 32 114 757,77 milyar dan menurut harga berlaku sebesar Rp. 47.156.020,67 milyar dan dengan pengeluaran per kapita disesuaikan sebesar Rp. 14.393,000 dan dengan pengeluaran perkapita total (pengeluaran makanan dan bukan makanan) sebesar Rp. 1.332.085 (lihat lampiran tabel 2.40).

b. Harga-harga

Tingkat kenaikan harga di Kota Denpasar terbilang cukup rendah yakni 1,06% dimana angka ini dibawah rata-rata nasional sebesar 3,02% di tahun 2016. Pengeluaran rata-rata per kapita sebulan untuk kelompok bahan makanan sebesar Rp. 592.452 dan pengeluaran rata-rata per kapita sebulan untuk kelompok non bahan makanan Rp. 968.462 (lihat lampiran tabel 2.41).

2.5.3 Kondisi Kesehatan

Kondisi kesehatan di Kota Denpasar akan diuraikan kedalam 4 aspek yaitu, fasilitas kesehatan, penyakit terbesar, angka harapan hidup dan jumlah kelahiran kematian bayi, serta Status gizi.

a. Fasilitas Kesehatan

Jenis fasilitas kesehatan di Kota Denpasar yang tersebar di 4 kecamatan diantaranya adalah posyandu sebanyak 460 unit, diikuti dengan jumlah puskesmas pembantu sebanyak 25 unit, rumah sakit 18 unit, puskesmas 11 unit dan rumah bersalin sebanyak 2 unit. (lihat lampiran tabel 2.42).

b. Penyakit Terbanyak Diderita Penduduk Kota Denpasar

Penyakit terbanyak diderita masyarakat di Kota Denpasar, diantaranya adalah penyakit; Acute nasopharyngitis, Acute Pharyngitis, Essential Hypertensio, RSO, fever unspecified, Dyspepsia, Headache, Diabetes Melitus, Periapical abses, Necrosis of pulp dan Diphtheria, Tetanus, Pertusis (lihat lampiran tabel 2.43).

c. Angka Harapan Hidup dan Kelahiran Kematian Bayi

Angka harapan hidup di Kota Denpasar rata-rata mencapai usia 74,17 tahun dengan tingkat harapan hidup yang lebih tinggi dibandingkan tingkat harapan hidup rata-rata nasional sebesar 66,3 tahun. Angka/total kelahiran bayi sebesar 17.333 jiwa, dengan jumlah kelahiran bayi dirujuk sebesar 5 jiwa, jumlah kelahiran mati bayi sebesar 54 jiwa dan angka kematian balita sebesar 58 jiwa (lihat lampiran tabel 2.44)

d. Status Gizi

Secara umum status gizi pada bayi dan balita di Kota Denpasar menunjukkan status gizi yang sangat baik, hal ini sesuai dengan data pravelensi, Gizi lebih sebanyak 10.589 jiwa, gizi bawah garis merah 205 jiwa, gizi buruk sebesar 5 kasus (lihat lampiran tabel 2.45).

III. ANALISIS EVALUASI PENGUNAAN PAJAK ROKOK DAERAH UNTUK KESEHATAN DARI BERBAGAI PERSPEKTIF

3.1 Perspektif Pemerintah

Pajak rokok daerah, pemerintah merupakan aktor utama di dalam perencanaan, pengelolaan, implementasi, dan evaluasi. Wawancara yang telah dilaksanakan melibatkan 6 instansi pemerintahan di masing-masing wilayah penelitian, khususnya mengenai keuangan, kesehatan, serta pengawasan. Untuk memudahkan pembahasan evaluasi penggunaan pajak rokok daerah, pembahasan akan dibagi menjadi ke dalam 4 sub-bab yang terdiri dari; 1) Pengetahuan dan pemahaman pajak rokok daerah, 2) Proses Perencanaan, Pengelolaan dana pajak rokok, dan Koordinasi antar instansi, 3) Pencapaian dan Implementasi, serta 4) Pesan dan kesan terhadap dana pajak rokok.

3.1.1 Pengetahuan dan pemahaman pajak rokok daerah

Pengetahuan dan pemahaman mengenai pajak rokok untuk daerah sebagian besar responden yang mewakili instansi pemerintahan telah mengerti dan memahami sepenuhnya keberadaan pajak rokok untuk daerah. Pemahaman dan pengetahuan ini tercerminkan dari beberapa instansi yang telah menerapkan peraturan dan memiliki rancangan dan pelaporan yang sistematis. Pengetahuan dan pemahaman yang dimiliki oleh instansi-instansi pemerintah daerah sebagian besar berasal dari instansi yang mengelola keuangan daerah yakni BAPPEDA, BPKAD, BAPENDA, Asisten Keuangan Daerah, BP2RD maupun Inspektorat Daerah. Meskipun demikian, ditemukan juga bahwa ada beberapa instansi terkait keuangan daerah yang belum mengetahui bahwa terdapat pajak rokok untuk daerah, hal ini misalnya terjadi pada BAPENDA Kota Bogor. Pihaknya tidak mengetahui dana pajak

rokok untuk daerah, tanpa menyebutkan alasan ketidaktahuan tersebut.

Secara umum, seluruh instansi yang memiliki keterkaitan khususnya mengenai pajak rokok, mengetahui mengenai adanya dana pajak rokok untuk daerah, namun pemahaman terhadap mekanisme dan implementasi tidak semua pihak dari instansi mengerti dan memahami. Hal ini berkaitan dengan wewenang dan tugas masing-masing instansi, terlebih ketika adanya mutasi pegawai turut mempengaruhi pemahaman pajak rokok daerah dalam penelitian ini. Hal ini terjadi seperti pada sekretaris daerah wilayah Kabupaten Kulon Progo yang mengetahui pajak rokok daerah namun tidak memahami secara mendalam, dikarenakan telah ada petunjuk teknis dan petunjuk pelaksanaan dari Provinsi dalam hal ini Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Tidak hanya di wilayah Kulon Progo saja, di wilayah Kota Denpasar Inspektorat Daerah juga tidak memahami hingga detail seluk beluk dan mekanisme pajak rokok untuk daerah hal ini kaitannya dengan wewenang dan tugas pokok dari inspektorat itu sendiri

Ketidaktahuan mengenai pajak rokok daerah sebenarnya bisa diakibatkan oleh wewenang dalam pengelolaan pajak rokok untuk daerah tidak merata oleh semua instansi keuangan di daerah. Seperti pada inspektorat daerah Kabupaten Kulon Progo yang tidak mengetahui seluk beluk dana pajak rokok sebab, menurut pihaknya bahwa dana pajak rokok tersebut berasal dari provinsi, sehingga daerah hanya menerima saja pembagian tersebut.

Kemudian terkait dengan pemahaman Permenkes Nomor 40 Tahun 2016, tidak semua instansi daerah mengerti peraturan ini. Pada umumnya seluruh Dinas Kesehatan sudah mengetahui Permenkes ini, namun dalam implementasinya tidak semua Dinas Kesehatan sudah berpedoman dan melaksanakan program sesuai Permenkes Nomor 40 Tahun 2016. Dinas Kesehatan DKI Jakarta telah mengetahui adanya peraturan ini, namun belum ada pembahasan mengenai peraturan tersebut, ditambah lagi dengan bahwa selama ini anggaran pajak rokok untuk daerah melebur menjadi satu dalam kas daerah yang pada akhirnya bergabung pada pendapatan daerah lainnya.

Dari sisi instansi daerah bagian keuangan tidak semua instansi mengetahui Permenkes Nomor 40 tahun 2016 ini terjadi pada BPKAD kota Bogor. Hal ini salah satunya disebabkan oleh

tidak semua bagian keuangan daerah mengurus pajak rokok untuk daerah, karena seluruh dana pajak rokok daerah menjadi wewenang BAPPEDA. Seluruh BAPPEDA di lima wilayah sampel penelitian telah mengetahui adanya Permenkes Nomor 40 Tahun 2016.

Selain instansi-instansi keuangan di daerah dan Dinas Kesehatan, Satpol PP sebagai pengawas dan penegak hukum yang berkaitan dengan kawasan tanpa rokok tidak semuanya mengetahui peraturan baru ini. Penyebabnya misalnya seperti kurangnya sosialisasi dari instansi yang lebih memahami dan bertanggung jawab atas hal ini, seperti Satpol PP kota Bogor misalnya yang sudah mengetahui peraturan dengan adanya sosialisasi oleh instansi lainnya, sebaliknya Satpol PP Kota Medan tidak mengetahui peraturan tersebut, hanya mengetahui pembagian dan peruntukan dana untuk KTR.

3.1.2 Proses perencanaan, Pengelolaan dana pajak rokok dan Koordinasi antar Instansi

Proses perencanaan, pengelolaan dan koordinasi merupakan salah satu hal yang menjadi fokus dalam penelitian ini. Berkaitan dengan pajak rokok untuk daerah yang salah satu peruntukannya diatur di dalam PERMENKES Nomor 40 Tahun 2016 ini sifatnya lintas instansi, sehingga dibutuhkan serangkaian proses yang sudah seharusnya dikoordinasikan. Menurut wilayah sampel, ada daerah yang cukup sukses dalam mekanisme koordinasi hingga menyusun perencanaan penggunaan pajak rokok daerah secara bersama namun, ada juga daerah yang mengalami hal sebaliknya.

Di kota Medan, proses perencanaan dan pengelolaan sudah melewati proses dan koordinasi yang tertata dengan baik. BAPPEDA sebagai pihak pertama yang menerima transfer dana pajak rokok dari provinsi yang kemudian masuk ke dalam kas daerah dan kemudian dicatat oleh BPKAD.

“Proses koordinasi melibatkan Dinas Kesehatan dan OPD lainnya untuk memanfaatkan dana. Khusus untuk dinas kesehatan ada peraturan dari menteri kesehatan, yang mengatur tentang kegiatan apa saja yang diatur dengan menggunakan dana pajak rokok. Semua pendapatan daerah kita diskusikan melalui TAPD termasuk pajak rokok dan lain-lainnya. Selanjutnya di

komukasikan ke OPD lainnya perbidang, jadi di TAPD itu ada juga BAPPEDA dan di BAPPEDA itu ada beberapa bidang, kemudian bidang ini akan menginformasikan kepada OPD yang dibawah koordinasinya.”

DKI Jakarta, Penyetoran penerimaan pajak rokok ke RUKD dilakukan per triwulanan pada bulan pertama triwulan berikutnya. Penerimaan pajak rokok diperlakukan sama seperti penerimaan lainnya, yang masuk dalam 1 (satu) pos besar penerimaan pada APBD, sehingga dalam hal mekanisme perencanaan penggunaannya, merupakan bagian yang tidak terpisah dari mekanisme perencanaan yang berlaku mengikuti pola perencanaan dan penganggaran sesuai dengan Peraturan Daerah Nomor 14 Tahun 2011 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan dan Penganggaran Terpadu yang kemudian dikoordinasikan dengan Dinas Teknis yang mengimplementasikan penggunaan penerimaan pajak rokok. Namun, hal tersebut tidak sejalan dengan pendapat dari Satpol PP, pihak Satpol PP DKI Jakarta meyakini tidak ada koordinasi terkait penggunaan pajak rokok antara Satpol PP dengan BAPPEDA dan Dinas Kesehatan.

Perbedaan terjadi di berbagai kota dalam upaya pelaksanaan pengajuan pendanaan, adapun perbedaan tersebut adalah; Kota Bogor, BAPPEDA harus menyusun untuk melakukan pengajuan dengan berdasarkan pada kegiatan dalam juknis dan juklak. Kemudian perencanaan baru dilaksanakan setelah mengetahui jumlah dana yang didapat, misalnya mendapatkan 500 juta, dana tersebut akan direncanakan dan kemudian mengundang OPD seperti Dinas Kesehatan, Dinas Industri dan Perdagangan dan Satpol PP. Namun dalam sisi perencanaan terkadang terjadi perbedaan antara juklak dan juknis dengan kebutuhan yang ada di lapangan. Seperti yang terjadi di Kabupaten Kulon Progo, menurut BAPPEDA, proses perencanaan dilaksanakan sesuai dengan aturan Permenkes yang kemudian koordinasi dilaksanakan pada saat rapat anggaran RKTG dan SKPD. Kota Denpasar, Mekanisme perencanaan berdasarkan usulan dari SKPD terlebih dahulu untuk kegiatan apa saja, namun sebaliknya jika dana dari provinsi sudah menginformasikan peruntukkan dana, pihak BPKAD dalam hal ini akan menginformasikan kepada dinas-dinas terkait.

Berdasarkan proses–proses yang dilaksanakan pada kelima wilayah tersebut, proses dari perencanaan dan koordinasi telah berjalan sebagaimana semestinya dan melibatkan dinas-dinas terkait, meskipun terkadang masih ditemukan ketidaksepahaman dengan dinas-dinas pelaksana.

3.1.3 Pencapaian dan Implementasi

Secara umum, pencapaian dan implementasi pada masing-masing wilayah sudah mampu menerapkan sesuai dengan peraturan yang berlaku baik masih menggunakan peraturan yang lama, ketetapan penggunaan dari provinsi maupun telah menggunakan Permenkes Nomor 40 Tahun 2016. Dalam penelitian ini ada beberapa daerah yang mampu dan dengan sukarela memberikan detail jumlah yang diterima dan penggunaan pajak rokok di daerah tersebut.

Kota Medan merupakan salah satu wilayah yang *capable* didalam mengelola dan menerapkan pajak rokok daerah. Pada tahun 2018 menurut kepala sub bagian pendapatan bidang anggaran BPKAD kota Medan, pemerintah kota telah menganggarkan Rp 99.582.963,- yang sudah masuk ke kas Pemkot Medan sebesar Rp. 2.483.929.026,- per tanggal 25 Mei 2018, yang ditransfer dari pusat untuk triwulan I. Pada tahun 2016 penerimaan pajak rokok daerah sebesar Rp. 61.829.127.993,- realisasi hingga bulan September 2016 sebesar Rp.74.900.574,25,- yang sudah masuk ke kas Pemkot Medan. Pada tahun 2018 penggunaan dana juga diantaranya juga untuk membiayai BPJS PBI. Pada awalnya dalam APBD disebutkan dana yang menggunakan pajak rokok hanya Dinas Kesehatan saja yang mengakses dan pajak rokok, kemudian tahun 2018 ini ada tiga OPD yang mengakses dana pajak rokok yakni Dinas Kesehatan, Satpol PP dan Balitbang. Besaran dana pajak rokok yang diterima mencapai Rp.1.688.100.400,- dengan rincian sebagai berikut;

Tabel 3.1
Rincian Besaran Dana Pajak Rokok Untuk 3 SKPD
Tahun Anggaran 2018

<i>Besar Penggunaan Dana Pajak Rokok</i>	<i>Besaran Penggunaan</i>
<i>Operasional Sidang lapangan untuk aparat Penegak Hukum</i>	Rp. 374.160.000,-
<i>Penertiban Pelanggaran Peraturan Perundang Undangan Daerah</i>	Rp. 500.000.000,-
<i>Persidangan Pelanggaran Perda/Perwal/keputusan Walikota</i>	Rp. 365.000.000,-
<i>Pengumpulan/Pengolahan Data Pra Survey/Kajian/Penelitian</i>	Rp. 136.527.700,-
<i>Koordinasi Tim Kelompok Kerja Jaringan Penelitian & Pengembangan Bidang Kesehatan</i>	Rp. 312.412.700,-
Total	Rp.1.688.100.400

Sementara itu, Dinas Kesehatan dan Satpol PP sebagai OPD pelaksana, menggunakan dana pajak rokok untuk bagian penyakit tidak menular, penambahan ruang terbatas merokok di beberapa wilayah, spanduk, baliho, dan operasi tindak pidana ringan (tipiring) KTR.

Provinsi DKI Jakarta sudah *performed* didalam menerapkan dan melaksanakan pajak rokok untuk daerah. Menurut Badan Pajak dan Retribusi Daerah Provinsi DKI Jakarta, Pajak rokok yang diterima Pemprov DKI Jakarta tahun 2016 sebesar: Rp. 525 milyar dari realisasinya Rp. 531 milyar, sedangkan pada tahun 2017 sebesar Rp. 337 milyar dengan target 580 milyar. Sedangkan, data dari BAPPEDA DKI Jakarta menyatakan bahwa anggaran pada tahun 2017 untuk kegiatan yang tertuang dalam Permenkes dimaksud adalah sebesar Rp 2.006.118.642.630,- dengan penerimaan pajak rokok sebesar Rp 580.000.000.000,-. Menurut Dinas Kesehatan wilayah DKI Jakarta terkait pemanfaatan dana pajak rokok daerah belum ada pemanfaatan khusus, hal ini disebabkan oleh belum adanya pembahasan khusus mengenai PERMENKES 40 Tahun 2016 di lingkungan Dinas Kesehatan.

Seperti di Wilayah Medan dan DKI Jakarta, kota Bogor juga sudah baik di dalam melaksanakan pajak rokok untuk daerah. Pengelolaan pajak rokok daerah selama ini didistribusikan sebesar lebih dari 50%, bahkan 100% ke sektor kesehatan pada tahun 2017 (RSUD dan dinas kesehatan). Pajak rokok tahun 2018 direncanakan

dengan anggaran sebesar 38 milyar dan diberikan setiap triwulan secara rutin, dari provinsi ditransfer ke kas daerah, lalu didistribusikan ke sektor kesehatan, minimal 50%, tapi selama ini hampir 100%. Sejak tahun 2015 hingga 2017 dana pajak rokok digunakan untuk; pembangunan klinik dampak asap rokok, pengadaan sarana dan prasarana rumah sakit, penguatan implementasi KTR, serta fasilitas perawatan bagi penderita akibat asap rokok. Pada Tahun 2018 direncanakan untuk Pengadaan alat kesehatan RSUD Kota Bogor (dana dari DBHCHT 2018), Pengawasan rokok yang menggunakan cukai/pita cukai palsu (DBHCHT 2018), penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi penderita dampak asap rokok (DBHCHT 2018), penyediaan fasilitas perawatan bagi penderita akibat dampak asap rokok (DBHCHT 2018), pengadaan kendaraan roda 4 (*Ambulance*) (DBHCHT 2018).

Untuk wilayah Kabupaten Kulon Progo pada dasarnya telah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku namun dikarenakan koordinasi yang kurang optimal, sehingga terdapat instansi yang salah dalam menginterpretasikan serta memahami tujuan penggunaan dana pajak rokok untuk daerah. Dalam hal ini adalah Satpol PP, terkait pembagian dana pajak rokok dengan BAPPEDA. SATPOL PP telah mengkonfirmasi mengenai pembagian dana pajak rokok daerah, dimana hasilnya banyak ketidaksepemahaman mengenai pembagian dana untuk kesehatan dan penegakan hukum. Pada Tahun 2017 kabupaten Kulon Progo menerima dana hasil pajak rokok dari provinsi sebesar 17M, tahun 2018 menerima dana sebesar 20,3 M, sedangkan 2019 diprediksi sebesar 19M. Menurut Dinas Kesehatan banyak kegiatan yang didanai oleh pajak rokok di antaranya adalah jaminan kesehatan daerah kesehatan ibu hamil, serta termasuk pelayanan kesehatan.

Wilayah kota Denpasar juga sudah baik dan terkoordinasi di dalam pelaksanaannya baik dari BAPPEDA dan BPKAD hingga Dinas Kesehatan dan Satpol PP. Menurut Dinas Kesehatan Kota Denpasar, penggunaan dana pajak rokok terpusat untuk upaya pencegahan dan perlindungan terhadap asap rokok termasuk eliminasi iklan promosi dan sponsor rokok serta upaya memperoleh kenaikan cukai rokok. Kemudian Dinas Kesehatan juga membuat klinik berhenti merokok yang tersedia di 4 puskesmas di Denpasar untuk mendukung upaya perokok untuk berhenti merokok, serta pembinaan, sosialisasi, dan penegakan perda KTR. Secara garis

besar, dari rencana anggaran dinas kesehatan diajukan melalui Bappeda yang nantinya dikelola oleh dinas kesehatan sesuai kebutuhannya. secara reguler ada pertemuan–pertemuan baik di tingkat provinsi maupun ke pusat untuk berkonsultasi. Dari pihak Satpol PP juga berpendapat bahwa dana ini sangat terbantu di dalam penyelenggaraan dan penegakan hukum kawasan tanpa rokok karena selama ini dana yang didapat hanya dari APBD yakni sebesar Rp.90.000.000,-

3.1.4 Pesan dan kesan terhadap dana pajak rokok

Semua pihak dari perspektif pemerintahan sangat mendukung dan menyambut baik adanya dana pajak rokok untuk kesehatan. Tidak hanya menambah pendanaan di bidang kesehatan, tetapi dana tersebut juga bisa digunakan oleh pihak pemerintahan untuk pendanaan jaminan kesehatan masyarakat seperti yang dilaksanakan pemerintah kita di Kota Medan yang menggunakan dana tersebut untuk jaminan kesehatan masyarakat. Pihak Satpol PP selaku instansi yang bertanggung jawab terhadap penegakan peraturan kawasan tanpa rokok juga menyambut dengan baik sumber pendanaan yang baru ini.

Berdasarkan hasil *in depth interview* hampir seluruh instansi pemerintah memiliki pesan yang hampir sama dengan tujuan implementasi peraturan ke arah yang lebih baik lagi. Kesan-kesan tersebut di antaranya;

1. Dibutuhkannya sosialisasi kembali mengenai Permenkes Nomor 40 Tahun 2016 dari Pemerintah pusat agar menjadi lurus dan tidak tumpang tindih dengan peraturan-peraturan sebelumnya, baik peraturan daerah maupun pusat, serta keseragaman pemahaman mengenai perencanaan dan peruntukan dana pajak rokok daerah.
2. Terkait dengan pajak rokok daerah, banyak pihak menginginkan untuk penggunaan dana bersifat fleksibel, sehingga jika kebutuhan sektor kesehatan telah terpenuhi, dan di bidang sektor lain di dalam daerah tersebut membutuhkan dana, dana pajak rokok dapat digunakan untuk membiayainya.

3.2 Perspektif Parlemen

Dalam penelitian ini kami juga melakukan wawancara mendalam kepada para anggota parlemen yaitu di komisi terkait

kesehatan dan komisi yang terkait dengan keuangan di masing-masing wilayah. Hal ini dilakukan untuk mendapatkan informasi mengenai pemahaman dan persepsi para anggota parlemen daerah terhadap kondisi kesehatan, kebijakan pajak rokok dan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 40 Tahun 2016 tentang petunjuk penggunaan pajak rokok daerah untuk kesehatan. Secara umum pemahaman para wakil rakyat tentang kebijakan pajak rokok daerah serta Permenkes No. 40 Tahun 2016 masih rendah. Hal ini akan berpengaruh pada lemahnya pengawasan legislatif terhadap eksekutif terkait penggunaan pajak rokok daerah khususnya untuk kepentingan kesehatan (minimal 50% untuk pelayanan kesehatan masyarakat dan penegakan hukum). Pembahasan dalam bagian ini terdiri dari 3 topik yaitu kondisi kesehatan di masing-masing wilayah; pengetahuan dan pemahaman atas kebijakan pajak rokok daerah untuk kesehatan; pemahaman kebijakan rokok daerah untuk kesehatan dan panduan pelaksanaannya, serta persepsi anggota parlemen mengenai kebijakan ini.

- **Kondisi Kesehatan**

Jakarta

Menurut informan anggota DPRD, kondisi kesehatan di DKI Jakarta saat ini lebih baik jika dibandingkan dengan gubernur pada periode-periode sebelumnya. Hal ini dilihat dari upaya pemerintah daerah dalam membangun sistem dimana orang sakit tidak lagi menjadi objek penderitaan melainkan menjadi pihak yang harus dilayani. Prioritas isu kesehatan di DKI Jakarta saat ini adalah bagaimana agar masyarakat memahami dan mengikuti sistem pelayanan kesehatan yang berlaku. Sarana dan prasarana kesehatan di DKI Jakarta sudah jauh lebih baik saat ini. Hal ini terlihat misalnya dengan adanya sistem Online terkait pelayanan kamar inap di rumah sakit.

Medan

Sementara itu di kota Medan, masalah kesehatan yang masih besar adalah gizi buruk, penyakit menular dan HIV. Hal ini karena Medan merupakan daerah transit yang rentan terhadap persoalan seks yang tidak aman dan berisiko tinggi. Sarana dan prasarana kesehatan di Medan masih sangat perlu ditingkatkan dari segi fasilitas dan sumber daya manusianya. Informan yang anggota Komisi B menyatakan bahwa mereka selalu mengingatkan dinas

kesehatan untuk lebih meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat pada saat rapat evaluasi 3 bulanan.

Terkait dengan pengendalian konsumsi rokok terutama dari sisi aturan kawasan tanpa rokok (KTR), pemerintah Kota Medan sudah membuat Perda dan Peraturan Walikota tentang hal itu. Namun sosialisasinya masih sangat lemah, sehingga sebagian besar masyarakat belum tahu kawasan mana yang boleh merokok dan mana yang tidak. Penegakan hukum di KTR juga masih belum terlihat. Pemerintah kota Medan seharusnya meningkatkan kegiatan sosialisasi Perda dan Perwali KTR, misalnya dengan membuat spanduk yang menjelaskan tentang tujuh jenis kawasan yang dilarang merokok. Sosialisasi melalui media juga sangat diperlukan. Sebagai tambahan, informan dari komisi keuangan di DPRD kota Medan mengusulkan agar dibentuk tim penegakan Perda/Perwali KTR. Informan menyatakan bahwa untuk tahun ini tidak ada pembahasan di DPRD tentang masalah pengendalian rokok. Mereka lebih fokus kepada isu kesehatan lainnya seperti masalah gizi buruk dan penyakit menular.

Denpasar

Informan anggota DPRD komisi kesehatan di kota Denpasar menyatakan bahwa telah direkrut tenaga kesehatan baru di masing-masing puskesmas. Mereka siap melayani masyarakat apabila ada masalah dalam pelayanan kesehatan termasuk akses ke lokasi pelayanan kesehatan. Para tenaga kesehatan baru tersebut akan memastikan bahwa perjalanan pasien dari rumah menuju ke rumah sakit berlangsung dengan lancar dengan menggunakan ambulans yang disediakan dengan gratis. Kualitas puskesmas dan rumah sakit sudah mengalami perbaikan dan layak untuk melayani masyarakat. Di setiap puskesmas sudah memiliki fasilitas *Intensive Care Unit (ICU)* dan beberapa puskesmas membuka pelayanan 24 jam. Tantangan yang dihadapi saat ini adalah menjaga kualitas pelayanan kesehatan 24 jam tersebut dengan baik terutama dengan ruang rawat inap yang terbatas. Mengenai Kawasan Tanpa Rokok, informan menekankan pentingnya pemberian informasi mengenai dampak buruk merokok terhadap kondisi kesehatan.

- **Pemahaman Kebijakan Pajak Rokok Daerah untuk Kesehatan dan Panduan Pelaksanaan**

Jakarta

Informan anggota DPRD komisi kesehatan di DKI Jakarta menyatakan tidak pernah mendengar terkait pengelolaan dana pajak rokok. Pemahaman yang baik mengenai suatu kebijakan akan meningkatkan kualitas pengawasan parlemen terhadap kinerja pemerintah. Jika anggota parlemen tidak memahami dan bahkan tidak pernah mendengar kebijakan pajak rokok daerah dan penggunaannya untuk kepentingan kesehatan, maka kualitas pengawasan mereka akan minimal. Diperlukan upaya sosialisasi dan advokasi kepada anggota parlemen di Jakarta tentang kebijakan ini. Hal ini krusial untuk meningkatkan kualitas penggunaan dana pajak rokok dalam meningkatkan derajat kesehatan warga Jakarta.

Bogor

Informan dari komisi kesehatan DPRD Kota Bogor menyatakan mengetahui dana pajak rokok untuk kesehatan namun tidak dengan mendetail. Dia juga pernah mendengar tentang Permenkes 40 Tahun 2016 tentang panduan penggunaan dana pajak rokok untuk kesehatan namun dia tidak mengetahui dengan rinci. Sementara itu informan dari komisi Keuangan mengetahui tentang kebijakan dana pajak rokok namun juga tidak secara detail. Dia lebih memahami tentang Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT). Informan menjelaskan mengenai proses perencanaan anggaran DBHCHT yang diusulkan oleh Dinas Kesehatan. DBHCHT jelas peruntukannya dan biasanya sudah di plot alokasinya untuk setiap instansi. Menurut informan, tantangan dari pemanfaatan DBHCHT adalah realisasi penyerapan anggaran setiap tahun yang rendah karena ketatnya aturan penggunaan dana. DPRD bertugas memastikan Satuan Kerja Pelaksana Daerah (SKPD) menggunakan DBHCHT sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Kendala yang dihadapi adalah SKPD tidak berani menggunakan DBHCHT diluar ketentuan yang telah dibuat Kementerian Keuangan karena ruang lingkungnya terbatas. Banyak usulan kegiatan dari SKPD yang ditolak oleh DPRD karena bertentangan dengan aturan yang ada.

Medan

Di kota Medan, informan dari Komisi B DPRD menyatakan bahwa mereka fokus menangani permasalahan kesejahteraan rakyat seperti pendidikan, kesehatan, agama, KD dan lingkungan hidup. Dia menambahkan bahwa anggota DPRD memiliki kekuatan untuk memasukkan usulan kegiatan dalam APBD walaupun kegiatan tersebut tidak dibahas di musyawarah perencanaan pembangunan (Musrenbang). Namun hal ini harus disertai dengan argumentasi yang kuat mengapa suatu kegiatan penting untuk dilakukan. Informan kurang menguasai tentang kebijakan perpajakan karena dia di Komisi B dan menyebutkan bahwa Komisi C yang lebih tepat dan menguasai tentang kebijakan pajak daerah. Walaupun begitgu, informan pernah mendengar tentang penggunaan dana pajak rokok untuk kepentingan kesehatan tetapi belum memahaminya dengan baik. Dia juga menyatakan bahwa sepertinya dinas kesehatan belum mengacu kepada Permenkes No. 40 Tahun 2016 dalam implementasi kegiatan. Sejauh ini belum ada pembahasan khusus dengan Dinas Kesehatan terkait dengan Permenkes tersebut. Sebagai tambahan, anggota DPRD dari komisi C, yaitu komisi yang menangani keuangan daerah, justru belum pernah mengetahui adanya kebijakan pajak rokok daerah untuk kepentingan kesehatan.

Denpasar

Informan dari komisi kesehatan DPRD Kota Denpasar menyatakan belum mendengar mengenai kebijakan pajak rokok daerah dan penggunaannya untuk kepentingan kesehatan. Dia juga menegaskan bahwa secara khusus tidak pernah berdiskusi terkait hal ini dengan dinas kesehatan. selama ini mereka lebih banyak membahas mengenai pelayanan kesehatan masyarakat secara umum. Mengenai Permenkes No 40 Tahun 2016 tentang petunjuk penggunaan dana pajak rokok untuk kesehatan, informan menyatakan tidak pernah mengetahuinya.

- **Persepsi terhadap Kebijakan Pajak Rokok Daerah untuk Kesehatan**

Bogor

Informan dari Komisi Kesehatan DPRD Kota Bogor berpendapat bahwa penerimaan pajak rokok daerah tidak mungkin hilang karena akan tetap ada orang yang merokok. Walaupun

terdapat tantangan yang besar namun upaya untuk meminimalisir kebiasaan merokok harus terus dilakukan. Dia berpendapat bahwa pemasukan pajak rokok daerah ini tidak sebanding dengan pengeluaran kesehatan yang ditimbulkan akibat rokok di kota Bogor.

Sedangkan menurut anggota DPRD Komisi Keuangan, penggunaan dana pajak rokok daerah untuk kesehatan sudah sangat tepat. Namun, informan menyarankan agar programnya disesuaikan dengan kebutuhan lokal. Pemerintah pusat jangan membuat program yang seragam di semua daerah. Menurut dia, aturan-aturan yang terkait dengan hal itu bersifat umum saja. Apabila peraturannya terlalu teknis maka akan susah dilaksanakan di Kota Bogor.

Medan

Sementara itu, informan anggota DPRD Komisi Kesehatan Kota Medan memberikan tiga saran terkait penggunaan pajak rokok untuk kepentingan kesehatan. Pertama, perencanaan dan penggunaannya harus transparan. Masyarakat luas harus mengetahui mengenai kebijakan ini. Kedua, penerapan dan sosialisasi Perda KTR harus lebih ditingkatkan lagi. Oleh karena selama ini tidak hanya masyarakat awam bahkan pejabat daerah pun banyak yang tidak tahu mengenai hal ini. Ketiga, penerapan sanksi pada pelanggaran Perda KTR harus dijalankan dengan konsisten. Informan juga sangat terbuka dan mengundang pihak masyarakat sipil yang peduli kesehatan untuk mempresentasikan kebijakan dana pajak rokok ini di depan anggota DPRD khususnya mengundang Komisi B yang menangani anggaran.

3.3 Perspektif Masyarakat Sipil

Peran masyarakat sipil juga merupakan salah satu peran penting di dalam melihat bagaimana dan sejauh apa implementasi pajak rokok daerah bagi kesehatan. Hal ini dapat dilihat dua hal yakni keterlibatan masyarakat di dalam pemberitahuan dan sosialisasi, keterlibatan dalam proses perencanaan, dan implementasi di lapangan.

Masyarakat sipil di dalam penelitian ini terbagi-bagi ke dalam organisasi-organisasi, baik bidang keagamaan, kesehatan, profesi kesehatan, serta akademisi. Semua pihak yang diwawancarai sangat mendukung adanya pelaksanaan Permenkes Nomor 40 Tahun 2016 dan menunjukkan keprihatinan atas konsumsi rokok di Indonesia

yang masih sangat tinggi. Beberapa organisasi seperti Muhammadiyah, Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan tentunya akademisi sangat mendukung penuh upaya pemerintah untuk menekan mengurangi konsumsi rokok dan pendanaan dana pajak rokok bagi kesehatan.

Terkait dengan program-program yang dilaksanakan untuk mengurangi prevalensi merokok, masyarakat berpendapat sudah cukup namun belum optimalnya penegakan hukum bagi pelanggar dan membutuhkan dukungan dan perhatian dari semua pihak, hal ini salah satu merupakan pendapat dari seorang dokter dari IDI Kota Medan

...“Jadi saya pikir sudah ada langkah maju, sudah ada Perda KTR tapi harus ada juga law enforcementnya. Orang belum takut untuk melanggar dan saya pikir harus lebih banyak penerapannya yang melindungi orang tidak merokok. Menurut saya harus seimbang dari aspek sosialisasi dan penegakan hukumnya, tidak bisa kita sendiri-sendiri mesti banyak pihak yang terlibat. Dinas kesehatan cuma leading sector, semua lembaga terkait harus terlibat dan dilibatkandan Semua pihak dari perspektif masyarakat menyepakati bahwa diperlukannya koordinasi seluruh elemen masyarakat sipil untuk mendukung penurunan konsumsi merokok.”

Temuan menarik pada penelitian ini dari perspektif masyarakat sipil adalah, seluruh elemen masyarakat kecuali beberapa akademisi tidak pernah dilibatkan di dalam pajak rokok untuk daerah, baik dari proses sosialisasi terlebih lagi perencanaan. Misalnya seperti pemaparan perwakilan organisasi Muhammadiyah Bogor

“Keterlibatan hanya sebatas misalnya aspek perda terhadap kesehatan”. Selebihnya pengetahuan mengenai pajak rokok untuk daerah dan Permenkes Nomor 40 Tahun 2016 didapatkan dari media ataupun seminar-seminar yang diadakan non-pemerintahan. Seperti yang terjadi pada akademisi dari kota Medan yang justru mengetahui Permenkes dari seminar akademik dan berharap agar pemerintah provinsi/kabupaten/kota melibatkan akademisi di dalam perencanaan pajak rokok untuk daerah.

Selain itu absennya masyarakat sipil di dalam pajak rokok daerah untuk kesehatan mendapatkan masukan untuk melibatkan

lebih banyak *stakeholders* didalamnya, seperti pernyataan Prof. Hasbullah

“Libatkan swasta dalam pelayanan fasilitas kesehatan dan Kampanye bahaya rokok lewat televisi akan lebih optimal menekan perokok”.

Selain itu, beberapa pihak juga mengusulkan adanya transparansi dana agar dapat mengawal penggunaan dana untuk pembangunan kesehatan dari pajak rokok yang lebih baik lagi pada daerah.

3.4 Kebijakan Pajak Rokok Daerah untuk JKN: Kronologi dan Implikasinya

Pada 1 Januari 2014, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan pajak rokok daerah mulai dijalankan di saat yang sama. Berdasarkan Undang-Undang (UU) no. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), pasal 19 menyebutkan bahwa jaminan kesehatan memiliki tujuan untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Sementara itu, pasal 20 menyebutkan bahwa peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Selanjutnya, Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 menyebutkan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial harus dibentuk dengan Undang-Undang yang merupakan transformasi keempat Badan Usaha Milik Negara untuk mempercepat terselenggaranya sistem jaminan sosial nasional bagi seluruh rakyat Indonesia. Berkenaan dengan hal itu, diterbitkanlah UU no 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Pada UU sebelumnya badan penyelenggara jaminan sosial yang ditelurkan adalah Perusahaan Perseroan (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK), Perusahaan Perseroan (Persero) Dana tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN), Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI), dan Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES). Sementara pada UU yang baru ini, BPJS dibentuk sebagai badan hukum yang bertujuan untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Terkait dengan target pesertanya, UU no 24 tahun 2011 memiliki sedikit perbedaan dengan UU no. 40 tahun 2004. Pada UU ini, pasal 1 ayat (4) menyebutkan bahwa peserta adalah setiap orang,

termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.

Di sisi yang lainnya, kebijakan mengenai pajak rokok juga mengalami dinamika. Pemerintah mengesahkan UU no 28 tahun 2009 yang mengatur pajak daerah dan retribusi daerah. Dalam UU ini, salah satu pajak yang dibahas adalah pajak rokok. Berdasarkan pasal 29, Tarif Pajak Rokok ditetapkan sebesar 10% dari cukai rokok. Pada pasal 31, disebutkan bahwa penerimaan pajak rokok, baik bagian provinsi maupun bagian kabupaten/kota, dialokasikan paling sedikit 50% untuk mendanai pelayanan kesehatan masyarakat dan penegakan hukum oleh aparat yang berwenang. Artinya penerimaan pajak rokok harus di- *earmark* khusus untuk promosi dan prevensi kesehatan.

Seiring berjalannya waktu, Menteri Kesehatan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan no. 40 tahun 2016 tentang petunjuk teknis penggunaan pajak rokok untuk pendanaan pelayanan kesehatan masyarakat. Pasal 1 mempertegas bahwa penggunaan pajak rokok adalah untuk upaya pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif. Selanjutnya pasal 2 ayat (1) lebih rinci menyebutkan bahwa penggunaan pajak rokok adalah untuk penurunan faktor risiko penyakit menular dan tidak menular, peningkatan promosi kesehatan, kesehatan keluarga, gizi, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olah raga, pengendalian konsumsi rokok dan produk tembakau lainnya, dan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Pasal 2 ayat (3) juga menyebutkan bahwa penggunaan pajak rokok untuk upaya yang disebutkan dalam ayat (1) adalah paling sedikit 75% dari alokasi yang ditetapkan.

Kedua hal tersebut, BPJS dan Pajak rokok berjalan beriringan sejak awal 2014 hingga tak disangka bahwa, berdasarkan Laporan Evaluasi Keuangan BPJS Kesehatan tahun 2014-2017 oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) 2018, BPJS ditemukan selalu mengalami defisit sejak 2014. Salah satu penyebab dari defisitnya BPJS adalah tarif iuran yang di bawah tarif keekonomian. Hal ini kemudian didukung oleh perhitungan yang dilakukan oleh DJSN (2015) yang menemukan bahwa tarif keekonomian dari iuran BPJS untuk PBI adalah Rp 36.000 Sementara, iuran BPJS saat ini untuk PBI adalah Rp 23.000. Untuk usulan penyesuaian tarif pada segmen peserta lainnya dapat dilihat selengkapnya pada tabel 3.2.

Tabel 3.2 Penyesuaian Tarif Iuran BPJS

Segmen Peserta	Perhitungan Aktuarial DJSN	Penetapan Pemerintah	Selisih
PBI	36,000	23,000	(13,000)
PBPU			
a. Kelas I	80,000	80,000	-
b. Kelas II	63,000	51,000	(12,000)
c. Kelas III	53,000	25,000	(28,000)
PPU			
a. Potongan Upah	6%	5%	1%
b. Batas Atas Upah	6xPTKP K/1	8,000,000	
c. Batas Bawah Upah	UMR per daerah	tidak ada	

Sumber: Policy Brief Penyesuaian Besaran Iuran Program JKN DJSN (2015)

Dengan defisitnya BPJS, tentu tujuan dari jaminan sosial yang diundang-undangkan akan sulit tercapai. Pemerintah harus segera mengambil tindakan untuk mengatasi permasalahan ini. Hasilnya adalah Menteri Kesehatan mengeluarkan Permenkes no. 53 tahun 2017 sebagai perubahan atas Permenkes no. 40 tahun 2016. Pasal 2 ayat (1) diubah – yang semulanya pajak rokok dialokasikan untuk peningkatan pembangunan dan pemeliharaan Usaha Kesehatan Masyarakat (UKM) – menjadi dialokasikan untuk pendanaan program jaminan kesehatan nasional (JKN). Perubahan ini dapat diartikan bahwa sekarang pajak rokok juga di- *earmark* untuk jaminan kesehatan nasional. Yang menarik adalah peraturan dengan nada demikian baru diterbitkan, satu tahun setelahnya, dalam Perpres no. 82 tahun 2018 tentang jaminan kesehatan yang ditulis dalam Pasal 99 dan 100. Pasal 99 ayat (1) dan ayat (6) mewajibkan pemerintah daerah untuk mendukung program jaminan kesehatan nasional melalui kontribusi dari pajak rokok bagian hak masing-masing daerah provinsi/kabupaten/kota dengan besaran – berdasarkan pasal 100 ayat (1) – 75% dari 50% realisasi penerimaan pajak rokok daerah.

Dengan adanya Permenkes no. 53 tahun 2017 dan Perpres no. 82 tahun 2018, pemerintah daerah akan mengalami kehilangan pendapatannya karena harus disalurkan ke BPJS Kesehatan dalam rangka menutupi defisit. Permenkes no 40 tahun 2016 pun masih belum sempurna dilaksanakan. Pasalnya, kementerian kesehatan masih menemukan bahwa dana pajak rokok tersebut masih belum

dialokasikan untuk upaya promotif dan preventif kesehatan. Kementerian kesehatan pernah melakukan advokasi ke Kementerian dalam negeri yang menghasilkan diterbitkannya Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri) no. 33 tahun 2017 tentang pedoman penyusunan anggaran pendapatan dan belanja daerah tahun anggaran 2018. Permendagri tersebut secara eksplisit menyebutkan, dalam lampirannya, bahwa penggunaan pajak rokok harus mengacu pada Permenkes no. 40 tahun 2016. Namun, hal itu seolah buyar pasca adanya Permenkas no. 53 tahun 2017.

Kembali ke pembahasan Perpres no. 82 tahun 2018, pasal 100 ini kemudian diperinci pada PMK no. 128 tahun 2018. Pasal 2 ayat (3) PMK, kembali Perpres, menyebutkan besaran kontribusi pemerintah daerah, yaitu sebesar 75% dari 50% atau ekuivalen sebesar 37,5% realisasi penerimaan yang bersumber dari Pajak Rokok masing-masing provinsi/kabupaten/kota. Namun demikian, pemotongan dana pajak rokok tersebut harus dikoordinasikan BPJS dengan pemerintah daerah terkait sebagaimana yang diatur dalam pasal 3. Pasal 3 ayat (3) menyebutkan bahwa besaran anggaran kontribusi memperhitungkan Jaminan Kesehatan Daerah yang diintegrasikan ke dalam program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan BPJS Kesehatan. Ketentuan mengenai apa yang diperhitungkan diatur dalam Pasal 6. Pasal 6 butir (a) menyebutkan bahwa apabila anggaran kontribusi Jaminan Kesehatan pemerintah provinsi/kabupaten/kota sebesar 37,5% atau lebih, tidak dilakukan pemotongan Pajak Rokok. Pasal 6 butir (b) menyebutkan apabila anggaran kontribusi Jaminan Kesehatan pemerintah provinsi/kabupaten/kota kurang dari 37,5%, pemotongan Pajak Rokok dilakukan sebesar selisih kurang dari 37,5%. Sementara butir (c) menyebutkan apabila pemerintah provinsi tidak menyampaikan kompilasi berita acara kesepakatan, pemerintah daerah dikenakan pemotongan Pajak Rokok sebesar 37,5%. Hal ini pada gilirannya mempersulit BPJS dalam mengumpulkan dana pajak rokok karena BPJS harus mengidentifikasi kelompok daerah yang dapat dipotong dan yang tidak dapat dipotong.

Situasi Sekarang¹

Defisit BPJS kesehatan mendesak adanya langkah pasti pemerintah untuk segera menyelesaikan masalah tersebut. Pada akhirnya, pemerintah menelurkan beberapa regulasi dan kebijakan untuk mengatasi masalah tersebut. Ide sentralnya ialah menggunakan pajak rokok untuk menutupi defisit anggaran BPJS kesehatan. Diterbitkannya rentetan regulasi, dari Permenkes no. 40 tahun 2016, Permendagri no. 33 tahun 2017, Permenkes no. 53 tahun 2017, Perpres no. 82 tahun 2018, dan PMK no. 128 tahun 2018 tentu memiliki implikasi. Setidaknya terdapat beberapa implikasi dari kebijakan tersebut. Misalnya menurunnya alokasi pemerintah daerah untuk jaminan kesehatan dan pelayanan kesehatan di daerah. Berkat Permenkes no. 40 tahun 2016 dan Permendagri no. 33 tahun 2017, pajak rokok dapat digunakan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di daerah. Namun, dengan adanya Permenkes no. 53 tahun 2017 dan Perpres no. 82 tahun 2018, alokasi yang tadinya dapat digunakan untuk peningkatan pelayanan kesehatan di daerah kini harus dipotong karena sebagiannya diwajibkan untuk disetorkan ke BPJS kesehatan. Hal ini tentu akan berimplikasi pada kesehatan masyarakat di daerah. Hal ini berpotensi menjadi kontraproduktif dengan tujuan pemerintah mengalokasikan pajak rokok untuk menutup defisit BPJS yang sebenarnya adalah untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Sebagaimana yang telah disebutkan sebelumnya bahwa pemerintah daerah sangat keberatan dengan kebijakan ini.

Dari sisi BPJS, kebijakan ini ternyata tidak terlalu banyak membantu dalam mengobati defisit yang dialaminya. Berdasarkan perhitungan kasar awal yang dilakukan BPJS, potensi penerimaan BPJS dari pajak rokok daerah adalah Rp 5,5 Triliun. Angka tersebut diperoleh dengan memotong 10% dari penerimaan cukai negara yang sebesar Rp 140 Triliun, yaitu sebesar Rp 14 Triliun². Kemudian, jika mengacu pada Perpres no. 82 tahun 2018, BPJS hanya berhak menerima 37,5% dari realisasi penerimaan pajak rokok yang artinya 37,5% dari Rp 14 Triliun, yaitu sebesar Rp 5,5

¹ Analisis pada bagian berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan pihak BPJS Kesehatan dan Pusat Promosi Kesehatan Kemenkes pada 2 Juli 2019 di Jakarta

² Berdasarkan UU no. 28 tahun 2009, pajak rokok adalah 10% dari cukai

Triliun. Akan tetapi, realisasinya tidak sebesar itu. Di sisi lain, diterapkannya PMK no, 128 tahun 2018 pada kuartal III tahun 2018 menambah kerumitan administratif dalam pemotongan dana pajak rokok tersebut.

Pasal 3 dan 6 PMK no, 128 tahun 2018, sebagaimana yang sudah disebut sebelumnya, menyisipkan variabel baru dalam pemotongan dana pajak rokok, yaitu pengintegrasian jaminan kesehatan daerah. Variabel ini memaksa BPJS untuk menghitung ulang potensi penerimaannya karena terdapat daerah-daerah yang penerimaan pajak rokoknya tidak dapat dipotong. Belum lagi beberapa kerumitan tambahan akibat PMK ini. Pasal 4 menyebutkan bahwa terdapat berita acara kesepakatan yang harus ditandatangani oleh kepala daerah atau pejabat yang ditunjuk dengan pejabat BPJS Kesehatan. Berita acara kesepakatan tersebut memuat rencana penerimaan pajak rokok dan rencana anggaran jaminan kesehatan daerah yang diintegrasikan ke BPJS Kesehatan. Berita acara ini kemudian akan dikompilasi di tingkat provinsi dan ditandatangani oleh Gubernur atau pejabat yang ditunjuk dengan pejabat BPJS Kesehatan sebagaimana yang ditulis pada Pasal 5. Kemudian, berita acara kompilasi ini yang nantinya akan digunakan BPJS untuk menentukan besaran kontribusi yang ketentuannya ditulis pada Pasal 6. Berita acara kesepakatan dan tanda tangan kepala daerah menjadi penting sebab Pasal 6 butir (c) menyebutkan apabila pemerintah provinsi tidak menyampaikan kompilasi berita acara kesepakatan, pemerintah daerah dikenakan pemotongan Pajak Rokok sebesar 37,5%. Di sisi lain, pasal 5 ayat (3) menyebutkan bahwa berita acara kompilasi tersebut harus disetorkan paling lambat pada tanggal 31 Maret setiap tahun. Jika berita acara kompilasi tersebut tidak disetorkan atau telat melewati 31 Maret setiap tahun, maka Pasal 6 butir (c) akan berlaku.

Pada pelaksanaannya, hal ini sangat rumit secara administratif karena BPJS harus mengejar kepala-kepala daerah untuk menandatangani berita acara tersebut. Sosialisasi regulasi yang kurang menjadi penyebab utama sulitnya meminta tanda tangan kepala daerah. Padahal, pemerintah daerah tersebut sendiri yang akan merugi jika tidak menandatangani berita acara tersebut. Beberapa kasus dikabarkan bahwa terdapat petugas BPJS yang harus mendatangi kepala daerah yang sedang memancing di hari sabtu atau menunggu kepala daerah di depan rumahnya hingga tengah malam.

Hal ini diperumit lagi dengan beberapa daerah yang sulit dijangkau dalam hal akses transportasi. Sementara itu, selain adanya berita acara kompilasi, pasal 9 juga mewajibkan adanya rekonsiliasi. Hal ini dilakukan guna memperoleh data yang lebih akurat.

Dengan segala kerumitan tersebut, pada tahun 2018, BPJS ternyata hanya menerima dana sebesar Rp 1,58 Triliun. Pun demikian, angka yang diperoleh pada tahun 2018 tersebut pun ternyata masih belum mengakomodasi perhitungan-perhitungan yang tercantum pada PMK no. 128 tahun 2018. Setelah dilakukan perhitungan-perhitungan kembali, ternyata angka tersebut berlebih dari hak BPJS. Dari Rp 1,58 Triliun, yang murni menjadi hak BPJS hanya sebesar Rp 681 Miliar. Kerumitan administratif lainnya pun muncul, yaitu bagaimana mekanisme pengembalian kelebihan dana tersebut. Ternyata PMK no. 128 tahun 2018 tidak sedikit pun menyinggung perihal apabila ditemukan kelebihan dana yang dipotong. Hal ini menimbulkan permasalahan baru yang sempat menciptakan kebingungan di Kementerian Keuangan dan BPJS. Permasalahan ini harus dipecahkan dengan hati-hati karena apabila terdapat kesalahan sedikit, kesalahan tersebut dapat dijadikan temuan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) atau Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP). Alhasil, diperoleh beberapa opsi solusi, di antaranya adalah (1) kelebihan dana tersebut tidak dikembalikan ke daerah atau, dalam kata lain, pemerintah daerah menghibahkan kelebihan dana tersebut ke BPJS, (2) kelebihan dana tersebut dikompensasi dengan tunggakan pemerintah daerah terkait, dan (3) kelebihan dana tersebut dikompensasi dengan iuran tahun berikutnya, Mayoritas pemerintah daerah memilih opsi (2) dan (3).

Pada 2019, pengumpulan berita acara kompilasi 2019 dan rekonsiliasi anggaran 2018 dijalankan beriringan dengan waktu batas akhir pengumpulan sama, yaitu 31 Maret 2019. Berdasarkan hasil rekonsiliasi, masih terdapat beberapa daerah yang ternyata menyetorkan dana pajak rokok lebih dari yang seharusnya. Sebagai contoh, Provinsi Jawa Timur yang menyetorkan Rp 200 Miliar. Ternyata, berdasarkan hasil rekonsiliasi, Provinsi Jawa Timur seharusnya hanya menyetor Rp 10 Miliar. Untuk potensi penerimaan BPJS dari dana pajak rokok sendiri pada 2019 terhitung hanya Rp 831 Miliar. Tentu angka ini masih sangat jauh dari defisit yang dialami BPJS, yaitu sekitar Rp 16 Triliun. Penerimaan BPJS dari dana rokok ini sangatlah kecil dibandingkan upaya yang dilakukan

BPJS dengan segala kerumitan yang dihadapinya sehingga muncullah wacana untuk merevisi peraturan yang ada atau mengubah solusi sebelumnya dengan skema yang baru.

IV. KESIMPULAN

1. Perlunya sosialisasi Permenkes Nomor 40 Tahun 2016 pada instansi terkait Provinsi/Kabupaten/Kota dalam menyusun program dan kegiatan yang memanfaatkan dana pajak rokok daerah
2. Perlu pembuatan klasifikasi jenis penerimaan pajak dan pengeluarannya, khususnya pajak rokok yang dipisahkan berdasarkan sumbernya
3. Perlunya keterlibatan dan peran akademisi pada penyusunan kebijakan, keterlibatan masyarakat dalam rangka penegakan peraturan dan pihak swasta dalam rangka pelayanan fasilitas kesehatan dan kampanye bahaya rokok
4. Transparansi dana alokasi pajak rokok yang digunakan di tiap-tiap kabupaten/kota
5. Kondisi kesehatan di wilayah penelitian menunjukkan perbaikan yang signifikan. Namun, setiap daerah memiliki tantangan yang spesifik sesuai karakteristik daerahnya.
6. Pemahaman anggota DPRD baik komisi kesehatan maupun komisi keuangan tentang kebijakan penggunaan pajak rokok daerah untuk masih sangat rendah. Pembahasan khusus mengenai hal ini antara DPRD dengan pihak pemerintah khususnya dinas kesehatan juga jarang terjadi. Mereka lebih fokus kepada pembahasan masalah kesehatan secara umum.
7. Anggota DPRD daerah menyarankan agar penggunaan pajak rokok daerah untuk kesehatan ini disesuaikan dengan kondisi lokal. Pemerintah pusat tidak perlu memaksakan kebijakan yang seragam di semua daerah. Di samping itu, mereka mengusulkan agar proses perencanaan dan pelaksanaan kegiatan sektor kesehatan yang didanai dari pajak rokok daerah berjalan dengan transparan dan melibatkan partisipasi masyarakat.
8. Berdasarkan temuan ini, diperlukan advokasi kepada anggota DPRD sebagai pengawas pemerintah, agar mereka memahami dengan komprehensif kebijakan pajak rokok daerah dan

penggunaannya untuk sektor kesehatan. Dalam proses perencanaan dan pelaksanaan kegiatan terkait pajak rokok daerah untuk kesehatan, pemerintah daerah harus memastikan bahwa aspek lokalitas, transparansi dan partisipasi masyarakat dijunjung tinggi.

V. REKOMENDASI KEBIJAKAN

Berdasarkan hasil analisis dalam penelitian ini, peneliti merekomendasikan perbaikan kebijakan penggunaan pajak rokok daerah dengan rincian sebagai berikut.

1. Sinkronisasi kebijakan

Saat ini tidak ada instrumen kebijakan yang bisa memastikan besarnya penggunaan dan efektivitas dana pajak rokok daerah untuk kesehatan baik di Kementerian Keuangan maupun di Kementerian Dalam Negeri. Idealnya, kebijakan pajak rokok daerah akan meningkatkan alokasi anggaran dinas kesehatan dan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat pada umumnya. Namun hal ini sulit di telusuri karena proses penganggaran di daerah melakukan mekanisme *pooling* pendapatan dan memisahkannya dengan sisi pengeluaran. Seharusnya ada ketentuan yang mengatur keterikatan antara penerimaan pajak rokok daerah dan penggunaannya untuk kepentingan kesehatan. Diperlukan sinkronisasi kebijakan antara Kementerian Keuangan, Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan untuk mewujudkannya.

2. Partisipasi, transparansi dan lokalitas

Dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan kalangan masyarakat sipil terlihat bahwa proses perencanaan, implementasi dan evaluasi penggunaan dana pajak rokok daerah untuk kesehatan belum berjalan dengan transparan, tidak melibatkan partisipasi publik dan kurang muatan lokal. Partisipasi masyarakat sipil akan meningkatkan kualitas pelaksanaan program dan akan meningkatkan aspek transparansi kebijakan. Sedangkan lokalitas program akan memastikan bahwa permasalahan lokal dapat teratasi dengan pendekatan yang khas sesuai daerah masing-masing. Pemerintah daerah perlu diberikan petunjuk kebijakan yang

bersifat menu kebijakan yang longgar dan dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi masing-masing daerah.

3. Sosialisasi dan Advokasi

Kebijakan pajak rokok telah diberlakukan sejak 2014, namun setelah 4 tahun pelaksanaannya, pemahaman publik terutama mengenai alokasi dedikasi 50% dana pajak rokok untuk kesehatan masih minim. Pemahaman yang baik tentang hal ini hanya pada kalangan pemerintah daerah terutama yang terkait dengan sisi keuangan. Sedangkan di kalangan masyarakat sipil dan politisi, pemahaman mereka masih minimal. Diperlukan sosialisasi dan advokasi kebijakan kepada masyarakat sipil dan, terutama, legislator daerah mengenai kebijakan ini sehingga terjadi perbaikan dalam proses perencanaan, implementasi dan pengawasannya.

REFERENSI

Cashin, C, Bloom, D, Sparkes, S, Barroy, H, Kutzin, J, Dougherty, 2017, 'Aligning Public Financial Management and Health Financial', *Health Financing Working Paper No.4*.

Cashin, C, Sparkes, S, Bloom, D, 2017, 'Earmarking for Health, from Theory to Practice', *Health Financing Working Paper No.5*.

WHO, 2016, 'Earmarked Tobacco Taxes Lesson Learnt from Nine Countries', *WHO Publications*.

Badan Pusat Statistika, 2017, 'Kota Medan Dalam Angka Tahun 2017', *Badan Pusat Statistika Kota Medan*.

Badan Pusat Statistika, 2016, 'DKI Jakarta Dalam Angka Tahun 2016', *Badan Pusat Statistika Provinsi DKI Jakarta*.

Badan Pusat Statistika, 2017, 'Kota Bogor Dalam Angka Tahun 2017', *Badan Pusat Statistika Kota Bogor*.

Badan Pusat Statistika, 2017, 'Kabupaten Kulon Progo Dalam Angka Tahun 2017', *Badan Pusat Statistika Kabupaten Kulonrpogo*.

Badan Pusat Statistika, 2017, 'Kota Denpasar Dalam Angka Tahun 2017', *Badan Pusat Statistika Kota Denpasar*.

LAMPIRAN

KOTA MEDAN

Tabel 2.1
Tabel Kependudukan di Kota Medan Tahun 2016

No.	Keterangan	Total
1.	Jumlah penduduk	2.229.408 jiwa
2.	Laju pertumbuhan penduduk	0,84%
3.	Kepadatan penduduk	8.413 jiwa/km ²
4.	Komposisi penduduk laki-laki	1.101.020 jiwa
5.	Komposisi penduduk perempuan	1.128.388 jiwa
6.	Total angkatan kerja	984.037 jiwa
	- Bekerja	875.794 jiwa
	- Pengangguran	108.243 jiwa
7.	Total bukan angkatan kerja	648.453 jiwa
	- Bersekolah	238.838 jiwa
	- Mengurus rumah tangga	318.706 jiwa
	- Lain-lainnya	90.909 Wa

Sumber: Kota Medan Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Medan)

Tabel 2.2
Data Pendidikan di Kota Medan Tahun 2016

No.	Keterangan	Total
1.	Presentase penduduk yang masih bersekolah, baik pendidikan anak-anak, dasar, menengah hingga perguruan tinggi	79% dari jumlah penduduk usia sekolah
2.	Rata-rata lama sekolah	11,18 tahun
3.	Harapan lama sekolah	14,06 tahun
4.	Total fasilitas sekolah yang tersedia	1607 unit
	- Sekolah Dasar (SD)	882 unit
	- Sekolah Menengah Pertama (SMP)	366 unit
	- Sekolah Menengah Atas (SMA)	207 unit
	- Sekolah Menengah Kejuruan (SMK)	152 unit

Sumber: Kota Medan Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Medan)

Tabel 2.3
Data Kemiskinan di Kota Medan Tahun 2016

No.	Keterangan	Total
1.	Jumlah penduduk miskin	20.687 jiwa
2.	Garis kemiskinan	Rp. 460.685
3.	Gini rasio	0,3328
4.	Indeks keparahan kemiskinan	0,43
5.	Indeks Pembangunan Manusia (IPM)	74,11
6.	Presentase jumlah penduduk miskin	1,22%

Sumber: Kota Medan Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Medan)

Tabel 2.4
Data Kondisi Ekonomi berdasarkan PDRB dan PDRB Perkapita
Kota Medan Tahun 2016

No.	Keterangan	Total
1.	Produk Domestik Regional Bruto (PDRB)	
	- Atas dasar harga berlaku	Rp. 186.049 milyar
	- Atas dasar harga konstan	Rp. 132.063 milyar
2.	Laju pertumbuhan ekonomi (tahun dasar 2010)	6,26%
3.	Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) Perkapita	
	- PDRB per kapita menurut harga konstan (2010)	Rp. 25.888.496,16
	- PDRB per kapita menurut harga berlaku (2010)	Rp. 83.452.215,39
4.	Pengeluaran per kapita disesuaikan	Rp. 14.393.000

Sumber: Kota Medan Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Medan)

Tabel 2.5
Data Kondisi Ekonomi berdasarkan Tingkat Inflasi dan Pengeluaran Rumah Tangga Rata-rata Penduduk di Kota Medan Tahun 2016

No.	Keterangan	Total
1.	Inflasi	6,6%
2.	Presentase pengeluaran konsumsi rokok	12,41%
3.	Pengeluaran bahan makanan	46,09%
4.	Pengeluaran bukan makanan sebesar	53,91%

Sumber: Kota Medan Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Medan)

Tabel 2.6
Fasilitas Kesehatan yang ada di Kota Medan Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan

No.	Jenis Fasilitas Kesehatan	Total (unit)
1.	Rumah Sakit	79
2.	Rumah Bersalin	117
3.	Puskesmas	39
4.	Posyandu	1390
5.	Klinik Kesehatan	747
6.	Puskesmas Pembantu	41

Sumber: Kota Medan Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Medan)

Tabel 2.7
Klasifikasi Jenis Penyakit dengan Penderita Tertinggi
di Kota Medan

No.	Jenis Penyakit	Total (kasus)
1.	Infeksi Akut lain pada saluran pernafasan	198.447
2.	Hipertensi	82.023
3.	Penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat	58.765
4.	Penyakit lain pada saluran pernafasan atas	24.436
5.	Diare	24.106
6.	Penyakit pulpa dan jaringan periapikal	23.114
7.	Penyakit kulit alergi	22.189
8.	Gingivitis dan Periodental	21.776
9.	Penyakit kulit infeksi	20.463
10.	Tonsilitis	18.010

Sumber: Kota Medan Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Medan)

Tabel 2.8
Angka Harapan Hidup dan Angka Kelahiran dan Kematian
Penduduk berdasarkan Klasifikasi Umur di Kota Medan

No	Angka Harapan Hidup	Total
1.	Angka harapan hidup penduduk kota Medan	72,34 tahun
2.	Angka kelahiran bayi	47.541 jiwa
3.	Angka kelahiran mati bayi	10 jiwa
4.	Angka Kematian Bayi	4 jiwa
5.	Angka Kematian Balita	217.331 jiwa

Sumber: Kota Medan Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Medan)

Tabel 2.9
Data Prevelensi Gizi di Kota Medan

No	Pravelensi Gizi	Total
1.	Gizi lebih	4.738
2.	Gizi baik	252.340
3.	Gizi kurang	868
4.	Gizi buruk	111

Sumber: Kota Medan Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Medan)

Tabel 2.10
Tabel Kependudukan di DKI Jakarta

No.	Keterangan	Total
1.	Jumlah penduduk	10.277.628 juta jiwa
2.	Rata-rata kepadatan penduduk	15.517,38 jiwa/km ²
3.	Komposisi penduduk laki-laki	5.159.683 jiwa
4.	Komposisi penduduk wanita	5.117.945 jiwa
5.	Rasio jenis kelamin	100,82
6.	Total angkatan kerja	5.092.219 jiwa
	- Bekerja	4.724.029 jiwa
	- Pengangguran	368.190 jiwa
7.	Total bukan angkatan kerja	2.561.046 jiwa
	- Bersekolah	650.644 jiwa
	- Mengurus rumah tangga	1.604.980 jiwa
	- Lain-lainnya	305.422 jiwa

Sumber: DKI Jakarta Dalam Angka Tahun 2016 (BPS DKI Jakarta)

Tabel 2.11
Data Pendidikan di DKI Jakarta Tahun 2016

No.	Keterangan	Total
1.	Presentase penduduk yang masih bersekolah, baik pendidikan anak-anak, dasar, menengah hingga perguruan tinggi	66,34% dari jumlah penduduk usia sekolah
2.	Angka Partisipasi Murni	
	- Sekolah Dasar (SD)	97,01
	- Sekolah Menengah Pertama (SMP)	87,17
	- Sekolah Menengah Atas/Menengah (SMA/SMK)	58,93
3.	Angka Partisipasi Kasar	
	- Sekolah Dasar (SD)	104,32
	- Sekolah Menengah Pertama (SMP)	90,89
	- Sekolah Menengah Atas (SMA)	73,09
4.	Fasilitas Sekolah yang tersedia	
	- Taman kanak-kanak	2076 unit
	- Sekolah Dasar (SD)	2569 unit
	- Sekolah Menengah Pertama (SMP)	1126 unit
	- Sekolah Menengah Atas (SMA)	493 unit
	- Sekolah Menengah Kejuruan (SMK)	609 unit

Sumber: DKI Jakarta Dalam Angka Tahun 2016 (BPS DKI Jakarta)

Tabel 2.12
Data Kemiskinan di DKI Jakarta Tahun 2016

No.	Keterangan	Total
1.	Jumlah penduduk miskin	384.300 jiwa
2.	Garis kemiskinan	Rp. 510.359
3.	Indeks Kedalaman Kemiskinan	0,47
4.	Indeks keparahan kemiskinan	0,08
5.	Indeks Pembangunan Manusia (IPM)	79,60

Sumber: DKI Jakarta Dalam Angka Tahun 2016 (BPS DKI Jakarta)

Tabel 2.13
Data Kondisi Ekonomi berdasarkan PDRB dan PDRB Perkapita
DKI Jakarta Tahun 2016

No.	Keterangan	Total
1.	Produk Domestik Regional Bruto (PDRB)	
	- Atas dasar harga berlaku	Rp. 2.177.119,88 milyar
	- Atas dasar harga konstan	Rp. 1.539.376,65 milyar
2.	Laju pertumbuhan ekonomi (tahun dasar 2010)	5,85%
3.	PDRB menurut lapangan usaha	Rp.1.164.890.738
4.	Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) Perkapita	
	- PDRB per kapita menurut harga konstan (2010)	Rp. 147,06 juta
	- PDRB per kapita menurut harga berlaku (2010)	Rp. 207,99 juta
5.	Pengeluaran per kapita disesuaikan	Rp. 2.079.056,06

Sumber: DKI Jakarta Dalam Angka Tahun 2016 (BPS DKI Jakarta)

Tabel 2.14
Data Kondisi Ekonomi berdasarkan Tingkat Inflasi dan Pengeluaran
Rumah Tangga Rata-rata Penduduk di DKI Jakarta Tahun 2016

No.	Keterangan	Total
1.	Inflasi	2,37%
2.	Pengeluaran rata-rata perkapita tembakau perbulan	Rp.69.046
3.	Indeks Harga Konsumen perbulan menurut pengeluaran makanan jadi, tembakau, dan rokok	124,51
4.	Laju inflasi tahunan menurut pengeluaran makanan jadi, tembakau, dan rokok	4,02

Sumber: DKI Jakarta Dalam Angka Tahun 2016 (BPS DKI Jakarta)

Tabel 2.15
Fasilitas Kesehatan yang ada di DKI Jakarta Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan

No.	Jenis Fasilitas Kesehatan	Total (unit)
1.	Rumah Sakit	159
2.	Rumah Bersalin	36
3.	Puskesmas	340
4.	Posyandu	4245
5.	Klinik Spesialis	168
6.	Apotek	2287
7.	Balai Pengobatan gigi	125

Sumber: DKI Jakarta Dalam Angka Tahun 2016 (BPS DKI Jakarta)

Tabel 2.16
Klasifikasi Jenis Penyakit dengan Penderita Tertinggi di DKI Jakarta

No.	Jenis Penyakit	Total (kasus)
1.	TB paru BTA+	55.503
2.	DBD	22.697

Sumber: DKI Jakarta Dalam Angka Tahun 2016 (BPS DKI Jakarta)

Tabel 2.17
Angka Harapan Hidup dan Angka Kelahiran dan Kematian Penduduk berdasarkan Klasifikasi Umur di DKI Jakarta

No.	Keterangan	Total
1.	Angka harapan hidup penduduk di DKI Jakarta	74 tahun
2.	Jumlah kelahiran bayi	162.901 jiwa
3.	Jumlah kelahiran mati bayi	677 jiwa
4.	Jumlah Kematian Balita	951 jiwa

Sumber: DKI Jakarta Dalam Angka Tahun 2016 (BPS DKI Jakarta)

Tabel 2.18
Data Prevelensi Gizi di DKI Jakarta

No.	Keterangan	Total
1.	Presentase bayi ditimbang dan BGM	balita ditimbang dari sekitar 158,045 balita
2.	balita dibawah garis merah	937
3.	Presentase balita dengan gizi buruk	0,27% dari 158.045 balita
4.	Presentase gizi buruk berdasarkan berat badan	1,79% dari 158.045 balita

Sumber: Profil Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Tahun 2016

Tabel 2.19
Data Kependudukan di Kota Bogor

No.	Keterangan	Total
1.	Jumlah penduduk	1.064.687 jiwa
2.	Rata-rata kepadatan penduduk	8.985 jiwa per Km ²
3.	Komposisi penduduk laki-laki	540.228 jiwa
4.	Komposisi penduduk wanita	524.399 jiwa
5.	Rasio jenis kelamin	103,43
6.	Total angkatan kerja	450.925 jiwa
	- Bekerja	400.983 jiwa
	- Pengangguran	49.492 jiwa
7.	Total bukan angkatan kerja	330.026 jiwa

Sumber: Kota Bogor Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Bogor)

Tabel 2.20
Data Pendidikan di Kota Bogor

No.	Keterangan	Total
1.	Harapan lama sekolah	13,37
2.	Rata-rata lama sekolah	10,29
3.	Angka Partisipasi Murni	
	- Sekolah Dasar (SD)	95,44
	- Sekolah Menengah Pertama (SMP)	74,75
	- Sekolah Menengah Atas/Menengah (SMA/SMK)	61,21
4.	Angka Partisipasi Kasar	
	- Sekolah Dasar (SD)	100,76
	- Sekolah Menengah Pertama (SMP)	86,82
	- Sekolah Menengah Atas/Menengah (SMA/SMK)	87,79
5.	Fasilitas Sekolah yang tersedia	
	Sekolah Dasar (SD)	324 unit
	Sekolah Menengah Pertama (SMP)	163 unit
	Sekolah Menengah Atas (SMA)	69 unit
	Sekolah Menengah Kejuruan (SMK)	105 unit

Sumber: Kota Bogor Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Bogor)

Tabel 2.21
Data Kemiskinan di Kota Bogor Tahun 2016

No.	Keterangan	Total
1.	Jumlah penduduk miskin	79,200 jiwa
2.	Garis kemiskinan	Rp. 392.408
4.	Indeks Kedalaman Kemiskinan	1,26%
5.	Indeks Keparahan kemiskinan	0,33%.
6.	Indeks Pembangunan Manusia (IPM) (2017)	75,16
7.	Presentase jumlah penduduk miskin	1,22%

Sumber: Kota Bogor Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Bogor)

Tabel 2.22
Data Kondisi Ekonomi berdasarkan PDRB dan PDRB Perkapita di Kota Bogor Tahun 2017

No.	Keterangan	Total
1.	Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) (2017)	
	- Atas dasar harga berlaku	Rp. 38.506,50 milyar
	- Atas dasar harga konstan	Rp. 28.654,97 milyar
2.	Laju pertumbuhan ekonomi (tahun dasar 2010)	6,12%
3.	PDRB menurut lapangan usaha	
	- Atas dasar harga berlaku	Rp. 1.164.890.738
	- Atas dasar harga konstan	6,12%
4.	Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) per kapita menurut harga konstan (2010)	Rp. 26.510.000
5.	Pengeluaran per kapita disesuaikan	Rp. 14.393,000
6.	Pertumbuhan PDRB perkapita	4,52%

Sumber: Kota Bogor Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Bogor)

Tabel 2.23
Data Kondisi Ekonomi berdasarkan Tingkat Inflasi dan Pengeluaran

No.	Keterangan	Total
1.	Inflasi harga secara umum pada tahun 2017 sebesar	0,37%
2.	Pengeluaran rata-rata perkapita rokok dan tembakau perbulan	Rp. 67.723
3.	Indeks Harga Konsumen rata-rata perbulan menurut pengeluaran makanan jadi, tembakau, dan rokok	126,18
4.	Laju inflasi harga konsumen menurut pengeluaran makanan jadi, tembakau, dan rokok	0,53

Sumber: Kota Bogor Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Bogor)

Tabel 2.24
Fasilitas Kesehatan yang ada di Kota Bogor Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan

No.	Jenis Fasilitas Kesehatan	Total (unit)
1.	Rumah Sakit	19 unit
2.	Rumah Bersalin	0
3.	Puskesmas	25
4.	Posyandu	970

Sumber: Kota Bogor Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Bogor)

Tabel 2.25
Klasifikasi Jenis Penyakit dengan Penderita Tertinggi di Kota Bogor

No.	Jenis Penyakit	Total (kasus)
1.	Diare	24.971
2.	IMS	3.016
3.	TB	979
4.	HIV/AIDS	273
5.	Malaria	10

Sumber: Kota Bogor Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Bogor)

Tabel 2.26
Angka Harapan Hidup dan Angka Kelahiran dan Kematian
Penduduk berdasarkan Klasifikasi Umur di Kota Bogor

No.	Keterangan	Total
1.	Angka harapan hidup penduduk di Kota Bogor	73,01 tahun
2.	Jumlah kelahiran bayi	20.515 jiwa

Sumber: Kota Bogor Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Bogor)

Tabel 2.27
Data Prevelensi Gizi di Kota Bogor

No.	Keterangan	Total
1.	Gizi buruk berdasarkan bayi lahir	32 kasus

Sumber: Kota Bogor Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Bogor)

Tabel 2.28
Data Kependudukan di Kabupaten Kulon Progo Tahun 2016

No.	Keterangan	Total
1.	Jumlah penduduk	416.200 jiwa
	Laju pertumbuhan penduduk	0,48%
2.	Rata-rata kepadatan penduduk	710 jiwa/km
3.	Komposisi penduduk laki-laki	204.180 jiwa
4.	Komposisi penduduk wanita	212.020 jiwa
5.	Rasio jenis kelamin	96,30
6.	Total angkatan kerja	75,62%
	- Bekerja	72,81%
	- Pengangguran	2,81%

7.	Total bukan angkatan kerja	24,38%
	- Bersekolah	6,24%
	- Mengurus rumah tangga	14,60%
	- Lain-lainnya	3,54%

Sumber: Kabupaten Kulon Progo Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kabupaten Kulon Progo)

Tabel 2.29
Data Pendidikan di Kabupaten Kulon Progo Tahun 2016

No.	Keterangan	Total
1.	Presentase penduduk yang masih bersekolah, baik pendidikan anak-anak, dasar, menengah hingga perguruan tinggi	81,98% dari jumlah penduduk usia 7-24 tahun.
2.	Angka Partisipasi Murni	
	- Sekolah Dasar (SD)	31,66
	- Sekolah Menengah Pertama (SMP)	18,02
	- Sekolah Menengah Atas/ - Menengah (SMA/SMK)	11,68
3.	Angka Partisipasi Kasar	
	- Sekolah Dasar (SD)	36,55
	- Sekolah Menengah Pertama (SMP)	9,92
	- Sekolah Menengah Atas (SMA)	17,09
4.	Fasilitas Sekolah yang tersedia	
	- Taman kanak-kanak	327 unit
	- Sekolah Dasar (SD)	336 unit
	- Sekolah Menengah Pertama (SMP)	66 unit
	- Sekolah Menengah Atas (SMA)	16 unit
	- Sekolah Menengah Kejuruan (SMK)	36 unit

Sumber: Kabupaten Kulon Progo Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kabupaten Kulon Progo)

Tabel 2.30
Data Kemiskinan di Kabupaten Kulon Progo Tahun 2016

No.	Keterangan	Total
1.	Garis kemiskinan	Rp. 297.353
2.	Indeks keparahan kemiskinan	3,55
3.	Indeks Pembangunan Manusia (IPM)	73,23
4.	Presentase jumlah penduduk miskin	20,3%

Sumber: Kabupaten Kulon Progo Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kabupaten Kulon Progo)

Tabel 2.31
Data Kondisi Ekonomi berdasarkan PDRB dan PDRB Perkapita di Kabupaten Kulon Progo Tahun 2016

No.	Keterangan	Total
1.	Produk Domestik Regional Bruto (PDRB)	
	- Atas dasar harga berlaku	Rp. 8.312.454,6 milyar
	- Atas dasar harga konstan	Rp. 6.580.776,97 Milyar
2.	Laju pertumbuhan ekonomi (tahun dasar 2010)	4,76%
3.	PDRB menurut lapangan usaha	Rp.1.164.890.738
4.	Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) Perkapita	
	- PDRB per kapita menurut harga konstan (2010)	Rp. 8.312.454,6 juta
	- PDRB per kapita menurut harga berlaku (2010)	
5.	Pengeluaran per kapita disesuaikan	Rp. 719.189

Sumber: Kabupaten Kulon Progo Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kabupaten Kulon Progo).

Tabel 2.32
Data Kondisi Ekonomi berdasarkan Tingkat Inflasi dan Pengeluaran
Rumah Tangga Rata-rata Penduduk di Kabupaten Kulon Progo

No.	Keterangan	Total
1.	Inflasi	2,29%
2.	Laju pertumbuhan PDRB menurut lapangan usaha atas dasar harga konstan	4,76%
3.	Komposisi pengeluaran per kapita perbulan untuk tembakau dan sirih	5,15
4.	Pengeluaran rata-rata perkapita tembakau perbulan	Rp.69.046
5.	Indeks Harga Konsumen perbulan menurut pengeluaran makanan jadi, tembakau, dan rokok	124,51
6.	Laju inflasi tahunan menurut pengeluaran makanan jadi, tembakau, dan rokok	4,02

Sumber: Kabupaten Kulon Progo Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kabupaten Kulon Progo)

Tabel 2.33
Fasilitas Kesehatan yang ada di Kabupaten Kulon Progo
Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan

No.	Jenis Fasilitas Kesehatan	Total (unit)
1.	Rumah Sakit	8
2.	Puskesmas	21
3.	Puskesmas Pembantu	63

Sumber: Kabupaten Kulon Progo Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kabupaten Kulon Progo)

Tabel 2.34
Klasifikasi Jenis Penyakit dengan Penderita Tertinggi di
Kabupaten Kulon Progo

No.	Jenis Penyakit	Total (kasus)
1.	Diare	11097
2.	IMS	529
3.	Penyakit DBD	381
4.	HIV/AIDS	24

Sumber: Kabupaten Kulon Progo Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kabupaten Kulon Progo)

Tabel 2.35
Angka Harapan Hidup dan Angka Kelahiran dan Kematian Bayi
dan Balita berdasarkan Klasifikasi Umur di Kabupaten Kulon Progo

No.	Keterangan	Total
1.	Angka harapan hidup penduduk	75,06
2.	Jumlah kelahiran bayi	5110 jiwa
3.	Jumlah kelahiran mati bayi	54 jiwa
4.	Jumlah Kematian Balita	58 Jiwa

Sumber: Kabupaten Kulon Progo Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kabupaten Kulon Progo)

Tabel 2.36
Data prevalensi Status Gizi Kabupaten Kulon Progo Tahun 2017

No.	Keterangan	Total
1.	Berat bayi lahir rendah	6,69%
2.	Kurang Energi Protein	12,33%
3.	Bawah Garis Merah	1,01

Sumber: Profil kesehatan Provinsi DIY Tahun 2017

Tabel 2.37
Data Kependudukan di Kota Denpasar

No.	Keterangan	Total
1.	Jumlah penduduk	914.300 jiwa
2.	Laju pertumbuhan penduduk	1,89%.
4.	Komposisi penduduk laki-laki	466.700 jiwa
5.	Komposisi penduduk wanita	447.600 jiwa
6.	Total angkatan kerja	515.465 jiwa
	- Bekerja	501.909 jiwa
	- Pengangguran	13.556 jiwa
7.	Total bukan angkatan kerja	181.970 jiwa
	- Bersekolah	78.336 jiwa
	- Mengurus rumah tangga	89.567 jiwa
	- Lain-lainnya	14.67 Jiwa

Sumber: Kota Denpasar Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Denpasar)

Tabel 2.38
Data Pendidikan di Kota Denpasar

No.	Keterangan	Total
1.	Presentase penduduk yang masih bersekolah, baik pendidikan anak-anak, dasar, menengah hingga perguruan tinggi	69,96% dari jumlah penduduk usia 7-24 tahun.
2.	Angka Partisipasi Murni	
	- Sekolah Dasar (SD)	95,08
	- Sekolah Menengah Pertama (SMP)	75,06
	- Sekolah Menengah Atas/Menengah (SMA/SMK)	64,24
3.	Angka Partisipasi Kasar	
	- Sekolah Dasar (SD)	104,41
	- Sekolah Menengah Pertama (SMP)	91,16
	- Sekolah Menengah Atas (SMA)	91,78
4.	Fasilitas Sekolah yang tersedia	
	- Taman kanak-kanak	-
	- Sekolah Dasar (SD)	227 unit
	- Sekolah Menengah Pertama (SMP)	62 unit
	- Sekolah Menengah Atas (SMA)	26 unit
	- Sekolah Menengah Kejuruan (SMK)	34 Unit

Sumber: Kota Denpasar Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Denpasar)

Tabel 2.39
Data Kemiskinan di Kabupaten Kulon Progo Tahun 2016

No.	Keterangan	Total
1.	Jumlah penduduk miskin di kota Denpasar	20.700 jiwa
2.	Garis kemiskinan	Rp. 512.947
3.	Indeks kedalaman kemiskinan	0,40
4.	Indeks keparahan kemiskinan	0,12
5.	Ind Indeks Pembangunan Manusia Kota Denpasar	83,01

Sumber: Kota Denpasar Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Denpasar)

Tabel 2.40
Data Kondisi Ekonomi berdasarkan PDRB dan PDRB Perkapita di Denpasar

No.	Keterangan	Total
1.	Produk Domestik Regional Bruto (PDRB)	
	- Atas dasar harga berlaku	Rp. 47.156.020,67 milyar
	- Atas dasar harga konstan	Rp. 32.114.757,77 milyar
2.	Laju pertumbuhan ekonomi (tahun dasar 2010)	6,08 %
3.	Laju Implisit PDRB	4,71%
4.	Pengeluaran per kapita total (makanan dan bukan makanan)	Rp. 1.332.085

Sumber: Kota Denpasar Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Denpasar)

Tabel 2.41
Data Kondisi Ekonomi berdasarkan Tingkat Inflasi dan Pengeluaran
Rumah Tangga Rata-rata Penduduk di Kabupaten Kulon Progo
Tahun 2016

No.	Keterangan	Total
1.	Inflasi	1,05%
2.	Indeks Harga Konsumen perbulan menurut pengeluaran makanan jadi, tembakau, dan rokok	136,6 %

Sumber: Kota Denpasar Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Denpasar)

Tabel 2.42
Fasilitas Kesehatan yang ada di Denpasar Berdasarkan Jenis
Fasilitas Kesehatan

No.	Jenis Fasilitas Kesehatan	Total (unit)
1.	Rumah Sakit	18 unit
2.	Rumah Bersalin	2
3.	Puskesmas	11
4.	Posyandu	48

Sumber: Kota Denpasar Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Denpasar)

Tabel 2.43
Klasifikasi Jenis Penyakit dengan Penderita Tertinggi di Kota
Denpasar

No.	Jenis Penyakit	Total (kasus)
1.	Acute nasopharyngitis	23.600
2.	Acute Pharyngitis	9.326
3.	Essential Hypertensio	7.878
4.	RSO, fever unspecified	7.357
5.	Dyspepsia	4526
6.	Headache	4028

7.	Diabetes Melitus	3590
8.	Periapical abses	3287
9.	Necrosis of pulp	3167
10.	Diphtheria, Tetanus, Pertusis	2869

Sumber: Kota Denpasar Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Denpasar)

Tabel 2.44
Angka Harapan Hidup dan Angka Kelahiran dan Kematian Bayi
berdasarkan Klasifikasi Umur di Kota Denpasar

No.	Keterangan	Total
1.	Angka harapan hidup penduduk	74,17
2.	Jumlah kelahiran bayi	17.333 jiwa
3.	Jumlah kelahiran bayi dirujuk	5 jiwa
3.	Jumlah kelahiran mati bayi	54 jiwa
4.	Jumlah kematian Balita	58 Jiwa

Sumber: Kota Denpasar Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Denpasar)

Tabel 2.45
Data Prevelensi Gizi Kota Denpasar

No.	Keterangan	Total
1.	Berat badan naik	10859 jiwa
2.	Bawah Garis merah	205 jiwa
3.	Gizi buruk	5 kasus

Sumber: Kota Denpasar Dalam Angka Tahun 2017 (BPS Kota Denpasar)