



Pedoman Strategi & Langkah Aksi
**PENGENDALIAN KONSUMSI
TEBAKAU & ALKOHOL**



Seri

4

2019

© Komite Penanggulangan Kanker Nasional Periode 2014 - 2019

PEDOMAN STRATEGI & LANGKAH AKSI PENGENDALIAN KONSUMSI TEMBAKAU & ALKOHOL

**KOMITE PENANGGULANGAN KANKER NASIONAL (KPKN)
PERIODE 2014-2019**

PEDOMAN STRATEGI & LANGKAH AKSI PENGENDALIAN KONSUMSI TEMBAKAU & ALKOHOL

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

Dilarang memperbanyak, mencetak dan menerbitkan sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara dan dalam bentuk apapun juga tanpa seizin penulis dan penerbit

Diterbitkan pertama kali oleh :

Komite Penanggulangan Kanker Nasional (KPKN) Periode 2014-2019

Jakarta, 2019

Penerbit buku ini dikelola oleh :

Komite Penanggulangan Kanker Nasional (KPKN) Periode 2014 - 2019

Koordinator penerbit :

Prof. Dr. dr. Soehartati Gondhowiardjo, Sp.Rad(K)Onk.Rad

ISBN 978-623-90408-4-0

ISBN :



Editor Utama :

Prof. DR. dr. Soehartati A. Gondhowiardjo, Sp.Rad (K) Onk.Rad;
dr. Cut Putri Arianie, MH.Kes; Prof. Dr. dr. Akmal Taher, Sp.U (K).

Tim Penyusun :

dr. Tiara Bunga Mayang Permata, MARS, PhD; dr. Steven Octavianus;
dr.Novi Elis Khumaesa; dr. Putri Maharani; dr. Lusi Tania Rahmartani;
dr. Nicholas; dr. Angela Giselvania, Sp.Onk.Rad;
Dr. dr. Sonar Soni Panigoro, Sp.B-Onk, M.Epid, MARS.

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb dan Salam Sejahtera bagi kita semua.

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena hanya dengan rahmat dan karunia-Nya, Komite Penanggulangan Kanker Nasional (KPKN) berhasil menuntaskan penyusunan materi pembekalan berupa seri tujuh (7) buku yang terdiri dari Pedoman Strategi & Langkah Aksi (1) Peningkatan Aktivitas Fisik (2) Penerapan Perilaku Diet Sehat (3) Pengelolaan Stress (4) Pengendalian Konsumsi Tembakau Dan Alkohol (5) Pengembangan Perawatan Paliatif (6) Penyelenggaraan Tata Kelola Pencegahan & Pengendalian Kanker di Tingkat Pusat – Provinsi – Kabupaten/Kota (7) Pengembangan Registrasi Kanker Berbasis Populasi



Seri Buku ini diarahkan bagi beberapa pengguna kunci yaitu pembuat kebijakan, pengelola program dan penggiat masyarakat di tingkat Nasional dan Daerah. Buku ini secara singkat dan padat memuat informasi, referensi, contoh program, rekomendasi serta langkah-langkah aksi. Berbekal buku-buku ini diharapkan tersusunlah Rencana Aksi Pencegahan dan Pengendalian Kanker yang berbasis data, bukti dan pembelajaran, sesuai konteks global, nasional dan lokal dan tepat sasaran serta berhasil guna.

Pada akhirnya, upaya sistematis dan berkelanjutan secara bersama-sama diharapkan berkontribusi menurunkan angka kejadian, meningkatkan kesintasan serta mencapai kualitas hidup bagi keluarga dan pasien kanker.

Ragam data menunjukkan masih banyak pasien kanker yang hadir di pelayanan kesehatan pada stadium lanjut. Kondisi ini mengakibatkan angka kematian akibat kanker relatif tinggi. Keparahan berdampak negatif pada kondisi psikologis, relasional dan spiritual pasien dan keluarga. Lebih lanjut angka pembiayaan yang harus ditanggung negara maupun pasien menjadi sangat besar. Pembelajaran ini mendorong kesadaran dan semangat untuk lebih memberikan perhatian dan penekanan kepada upaya promosi sehat, pencegahan dan skrining. Selaras dengan Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pengendalian Kanker 2020 – 2024, Buku Tujuh bertajuk Pedoman Strategi & Langkah Aksi Pengembangan Registrasi Kanker Berbasis Populasi merangkum informasi kunci terpusat pada aspek pengembangan registrasi kanker berbasis populasi.

Berbesar harap buku ini mampu melengkapi perbendaharaan pengetahuan serta asupan teknis bagi para pembuat kebijakan, pengelola program dan penggiat masyarakat di Indonesia. Dengan diterbitkannya edisi pertama buku ini juga diharapkan dapat memicu peneliti Indonesia dalam menghasilkan bukti-bukti baru, sehingga dapat dijadikan bahan acuan perbaikan/pengkinian buku ini edisi selanjutnya.

Akhir kata, ketidaklengkapan, ketidaktepatan dan kekurangan dalam buku ini adalah semata keterbatasan kami. Ruang

perbaikan dan pengembangan selalu terbuka dan menjadi pembelajaran kami untuk pengembangan selanjutnya.

Salam sehat,
Ketua Komite Penanggulangan Kanker Nasional

Prof. Dr. dr. Soehartati A. Gondhowiardjo, Sp. Rad (K) Onk. Rad

DAFTAR ISI

| | |
|--|-------------|
| Halaman Judul | i |
| Editor | iii |
| Kata Pengantar Ketua Komite Pengendalian Kanker Nasional (KPKN)..... | iv |
| Daftar isi | vii |
| Tata Cara Menggunakan Pedoman | viii |
| Tembakau | 1 |
| Strategi 1. Meningkatkan Pajak Dan Harga Produk Tembakau . | 4 |
| Strategi 2. Larangan Untuk Seluruh Bentuk Iklan, Promosi dan Sponsor (IPS) | 13 |
| Strategi 3. Proteksi Terhadap Paparan Asap Rokok..... | 22 |
| Strategi 4. Kampanye Bahaya Produk Tembakau | 31 |
| Strategi 5. Layanan Berhenti Merokok | 38 |
| Daftar Pustaka | 48 |
| Alkohol | 54 |
| Strategi 1. Meningkatkan Pajak Dan Harga Produk Alkohol | 56 |
| Strategi 2. Regulasi Ketersediaan Produk Alkohol | 62 |
| Strategi 3. Kampanye Bahaya Alkohol Oplosan | 69 |
| Daftar Pustaka | 77 |

Tata Cara Menggunakan Pedoman

Dokumen ini memberikan panduan bagi manajer program, pembuat kebijakan, peneliti, dan lainnya tentang cara memilih strategi untuk penanggulangan konsumsi tembakau dan alkohol dengan informasi yang paling relevan pada setiap jenis strategi.

Strategi

Menjelaskan perubahan lingkungan atau kegiatan terkait kebijakan yang dimaksudkan untuk mencegah penyakit atau meningkatkan kesehatan dalam kelompok orang, juga disebut dalam literatur sebagai pendekatan. Kriteria untuk dimasukkannya strategi dalam dokumen ini adalah alasan yang mendukung strategi dan bukti bahwa strategi telah efektif.

Dasar Pemikiran

Menjelaskan mengapa strategi khusus penting untuk upaya pengendalian konsumsi tembakau dan alkohol.

Bukti Efektivitas

Bukti literatur yang ditinjau dan praktik saat ini untuk merangkum bukti efektivitas strategi.

Pertimbangan

Informasi yang mungkin penting untuk diingat selama tahap perencanaan, implementasi, atau evaluasi strategi.

Langkah Tindakan

Mengidentifikasi kegiatan spesifik untuk setiap strategi yang dapat diambil oleh profesional kesehatan masyarakat untuk menerapkan strategi.

Contoh Program

Contoh program yang menggunakan strategi sebagai cara untuk pengendalian konsumsi tembakau dan alkohol. Contoh program dipilih dari intervensi yang dijelaskan dalam publikasi lain, seperti jurnal *peer-review* atau laporan program, atau diidentifikasi oleh informan kunci dan melalui pencarian internet.

Sumber

Memandu pembaca untuk mencari bahan dan informasi lebih lanjut yang mungkin berguna dalam merencanakan, melaksanakan, atau mengevaluasi.

Tembakau



Konsumsi tembakau Indonesia saat ini termasuk yang tertinggi di dunia dan menjadi satu-satunya negara di Asia yang belum meratifikasi konvensi pengendalian tembakau melalui *Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)*.¹ Prevalensi konsumsi tembakau pada penduduk usia ≥ 15 tahun di Indonesia meningkat dari 34,2% menjadi 36,3% selama 2007-2013 dan menurun dari 36,3% pada 2013 menjadi 33,8% pada 2018. Untuk prevalensi merokok penduduk usia ≥ 10 tahun menurun dari 29,3% menjadi 28,8% pada 2018. Sangat disayangkan bahwa prevalensi merokok populasi anak usia 10-18 tahun meningkat dari 7,2% pada tahun 2013 dan 9,1% pada tahun 2018.²

Tembakau di Indonesia

Penggunaan tembakau adalah faktor risiko utama yang dapat dicegah untuk berbagai jenis kanker, jantung dan penyakit tidak menular lainnya. Menurut laporan dari *surgeon general's report* tahun 2014 merokok diperkirakan menyebabkan lebih dari 480.000 kematian setiap tahun (termasuk kematian akibat perokok pasif), 278.544 kematian per tahun di kalangan pria (termasuk kematian akibat perokok pasif), 201.773 kematian per tahun di kalangan perempuan (termasuk kematian akibat perokok pasif).³

Produk tembakau adalah segala jenis produk untuk dibakar, dihisap dan/atau dihirup. Yang termasuk produk tembakau adalah rokok kretek, rokok putih, cerutu, shisha (rokok Arab), rokok pipa/cangklong, rokok elektronik atau produk lain yang asapnya mengandung Nikotin dan Tar, dengan atau tanpa bahan tambahan.

Konsumsi produk tembakau telah terbukti mempengaruhi hampir setiap organ tubuh dan banyak didukung oleh berbagai hasil temuan. Perokok aktif berisiko tinggi mengalami degenerasi makula terkait usia, diabetes, kanker kolorektal, kanker hati, kanker paru, disfungsi ereksi, celah orofasial pada bayi, kehamilan ektopik, rheumatoid arthritis, peradangan, dan gangguan fungsi kekebalan tubuh dan paparan asap rokok juga dikaitkan dengan peningkatan risiko stroke.³

Oleh karena itu, penurunan prevalensi merokok merupakan salah satu langkah yang sangat penting yang harus diterapkan guna meningkatkan status kesehatan penduduk di Indonesia. Berbagai upaya telah dilakukan Kementerian Kesehatan Indonesia dan berbagai pemangku kepentingan di bidang pencegahan dan pengendalian merokok, namun dari semua itu yang paling penting adalah untuk segera meratifikasi Kerangka Kerja pengendalian tembakau atau FCTC.

Bukti-bukti penelitian mengenai bahaya dan efek dari merokok baik kepada perokok maupun perokok pasif sudah semakin banyak, begitupula bukti mengenai efektivitas strategi penanggulangan tembakau yang memberikan efek penurunan

konsumsi tembakau. Dengan mengacu pada strategi *best buy* pengendalian tembakau dari WHO dan Bukti-bukti inilah disusun pedoman strategi penanggulangan tembakau.

Strategi

1

Meningkatkan Pajak dan Harga Produk Tembakau

Langkah Aksi

1. Melakukan pertemuan dengan berbagai pemangku kepentingan
2. Menjabarkan bukti pentingnya meningkatkan pajak Tembakau, dan manfaat baik langsung maupun tidak langsung yang dihasilkan
3. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk analisa kesenjangan
4. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk melakukan rencana kerja jangka pendek, menengah dan panjang

Pajak adalah pungutan wajib yang dibayar kepada negara dan akan digunakan untuk kepentingan pemerintah dan kepentingan masyarakat umum. Rokok dan produk tembakau lainnya dikenakan pajak oleh pemerintah, negara bagian, dan lokal dengan berbagai cara, termasuk melalui pajak cukai.⁴ Meningkatkan pajak dan harga produk tembakau adalah berbagai bentuk kenaikan harga atau pajak pada produk tembakau.⁵

Saat ini pemerintah Indonesia sudah menetapkan peraturan baru mengenai cukai hasil tembakau yang tertuang dalam Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 152/PMK.010/2019 tentang

Perubahan Kedua atas PMK Nomor 146/PMK.010/2017 tentang Tarif Cukai Hasil Tembakau, dimana isi dari dari PMK ini menetapkan kenaikan harga cukai tembakau yang cukup signifikan. Rata-rata kenaikan tarif CHT tahun 2020 sebesar 21,55 persen.

Pajak rokok daerah memiliki nilai yang berbeda dengan cukai rokok. Selain membayar cukai, konsumen rokok juga dikenakan tambahan pajak rokok daerah sebesar 10% dari tarif cukai. Hal ini tercantum pada peraturan UU No. 28 Tahun 2009 Tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah Pasal 29. Penarikan pajak rokok dilakukan bersamaan dengan penarikan cukai. Sesuai dengan pasal 31, Penerimaan Pajak Rokok harus dialokasikan paling sedikit 50 persen untuk mendanai pelayanan kesehatan masyarakat dan penegakan hukum oleh aparat yang berwenang.

Dalam mencapai target dari tujuan pembangunan berkelanjutan atau SDG, upaya percepatan peningkatan pajak tembakau merupakan komponen yang sangat penting dalam upaya penanggulangan tembakau.

Dasar Pemikiran

Konsumen saat membelanjakan uangnya menganut hukum ekonomi permintaan dan penawaran, termasuk perokok. Harga akan menentukan keputusan untuk membeli. Dengan menaikkan harga tembakau merupakan salah satu cara yang efektif untuk mengurangi konsumsi merokok.⁵ Model ekonomi menunjukkan bahwa untuk setiap 10% kenaikan harga eceran rokok akan

mengurangi konsumsi keseluruhan sekitar 4% terutama di kalangan ekonomi rendah dan perokok muda.^{6,7,8}

Terdapat bukti dari sejumlah besar literatur yang menunjukkan bahwa pengeluaran rumah tangga untuk produk tembakau banyak memakan porsi kebutuhan dasar masyarakat (kesehatan, pendidikan, dll) terutama pada masyarakat sosioekonomi rendah. Dengan menaikkan pajak tembakau dapat mengarahkan pendapatan untuk konsumsi rokok ke barang dan jasa lainnya.⁹ Dengan menaikkan harga rokok dan produk tembakau melalui pajak, dapat menjadi upaya efektif untuk mencegah orang tidak memulai merokok dan mendorong perokok untuk berhenti merokok, sehingga menurunkan kejadian kesakitan dan kematian terkait produk tembakau.^{9,10}

Hasil dari berbagai penelitian menunjukkan bahwa penggunaan produk tembakau di kalangan usia muda sangat responsif terhadap perubahan harga produk-produk tembakau. Promosi dalam bentuk potongan harga menyebabkan peningkatan penggunaan produk tembakau terutama di kelompok usia muda.^{6,11}

Peningkatan pajak rokok juga menyediakan pemerintah sumber pendapatan untuk mendanai program-program pengendalian tembakau dan merupakan salah satu intervensi efektif dan merupakan salah satu *best buy* menurut WHO dengan efektivitas analisis biaya \leq I\$ 100 per DALY pada Negara LMIC.^{12,13}

Oleh karena itu, Peningkatan harga produk tembakau melalui pajak adalah elemen penting dalam strategi nasional untuk

mengurangi penggunaan produk tembakau terutama di perokok usia muda dan kelompok sisoekonomi menengah kebawah.

Bukti Efektivitas

Terdapat bukti kuat yang menunjukkan bahwa kenaikan harga rokok secara independent akan menurunkan permintaan dan konsumsi tembakau, mengurangi inisiasi merokok remaja, dan mengurangi prevalensi penggunaan produk tembakau di Amerika Serikat, khususnya di kalangan remaja dan dewasa muda.^{5,14}

Berdasarkan data dari Survei ITC-Bangladesh untuk memperkirakan elastisitas harga permintaan rokok, didapatkan hasil bahwa dengan kenaikan 10% harga akan mengurangi permintaan keseluruhan sekitar 6%, dengan sekitar dua pertiga dari pengurangan diperhitungkan dari pengurangan prevalensi merokok. Survei ini juga menemukan bahwa konsumsi rokok di antara orang-orang dengan status sosial ekonomi rendah lebih responsif terhadap kenaikan harga.¹⁵¹⁶

Walaupun peningkatan pajak akan menyebabkan penurunan signifikan penjualan rokok, namun nilai peningkatan pajak yang dihasilkan menyebabkan pendapatan yang lebih tinggi daripada penurunan penjualan rokok. Contohnya pada negara bagian Maryland pada tanggal 1 Januari 2008 kenaikan pajak sebesar \$ 1 per bungkus menyebabkan penurunan penjualan rokok sebesar 27,1% tetapi kenaikan pendapatan negara adalah sebesar 45,8% dengan nilai pendapatan baru sebesar \$ 126,9 juta. Pada negara bagian Wisconsin, kenaikan pajak sebesar \$ 1 per bungkus

menyebabkan penurunan penjualan rokok 15% tetapi peningkatan pendapatan negara sebesar 93,9%, menghasilkan pendapatan baru sebesar \$ 283 juta.¹²

World bank dalam buku *The Economic of Tobacco Taxation and Employment in Indonesia* memberikan rekomendasi dengan menaikkan pajak tembakau ke tingkat yang direkomendasikan WHO (setidaknya 70 persen dari harga eceran) dan merampingkan struktur cukai tembakau, Indonesia dapat dengan cepat menurunkan konsumsi rokok, menyelamatkan banyak nyawa, dan meningkatkan pendapatan pemerintah. Kebijakan semacam itu akan berkontribusi mewujudkan dividen demografis Indonesia dengan menjaga kesehatan masyarakat.¹⁷

Bahan Pertimbangan

- Pertahankan pajak dan harga tetap tinggi untuk semua produk tembakau di atas tingkat rata-rata inflasi dan pertumbuhan pendapatan, untuk memastikan keterjangkauan produk tembakau dan ketidakmampuan untuk membeli.
- larangan penjualan produk tembakau yang bebas pajak dan bebas cukai.
- Kenaikan pajak harus diikuti oleh program alokasi pajak tembakau oleh pemerintah untuk mendanai program pengendalian tembakau nasional.
- Kenaikan pajak harus mencakup semua jenis produk tembakau.

Jika pajak rokok mengalami kenaikan, akan ada kemungkinan perokok yang beralih ke produk tembakau yang lebih murah seperti rokok linting atau produk tembakau murah lainnya, terutama pada kelompok perokok usia muda.¹⁰ Pada penelitian di negara China menunjukkan pentingnya untuk juga menurunkan ketersediaan produk tembakau murah lainnya, karena kelompok usia muda dan dengan ekonomi menengah kebawah memiliki kecenderungan membeli produk tembakau murah dengan alasan ekonomis.^{15,18}

Langkah Aksi

1. Melakukan pertemuan dengan berbagai pemangku kepentingan.
2. Menjabarkan bukti pentingnya meningkatkan pajak Tembakau, dan manfaat yang langsung maupun tidak langsung yang dihasilkan.
3. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk analisa kesenjangan.
4. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk melakukan rencana kerja jangka pendek, menengah dan panjang.



Contoh Program

Guam¹²

Pada tahun 2010, pajak rokok di Guam meningkat sebesar 200% atau sebanyak \$ 3 dan menjadikan pajak rokok di wilayah ini tertinggi kedua di Amerika Serikat. Sebanyak total 75% pendapatan tambahan baru dari pajak rokok dialokasikan di bidang kesehatan, pendidikan, keselamatan publik, dan program sosial untuk meningkatkan kesadaran tentang bahaya produk tembakau dan alkohol dan untuk mendanai program pencegahan penyalahgunaan zat. Pembagian alokasi dana tersebut adalah 11% persen dialokasikan untuk Departemen Kesehatan Masyarakat dan Layanan Sosial untuk promosi kesehatan dan program pencegahan penyakit, 11% digunakan oleh Departemen Kesehatan Mental dan Penyalahgunaan Zat untuk program pencegahan dan penghentian tembakau yang berupaya mengurangi konsumsi tembakau, 15% diberikan kepada *Guam Cancer Trust Fund* untuk mendanai program mereka dalam upaya skrining kanker, perawatan, dan layanan dukungan, 12% dialokasikan untuk mendanai biaya operasional Otoritas Rumah Sakit Memorial Guam, dan 1% dialokasikan untuk pemeliharaan program registrasi Kanker Guam.

DKI Jakarta dan Pajak Rokok

Jakarta sebagai ibukota Negara Indonesia dalam langkah menanggulangi produk tembakau mengeluarkan peraturan daerah No. 2 tahun 2014 tentang pajak rokok dimana produk tembakau yang dikenakan pajak daerah diluar cukai adalah sigaret, cerutu dan rokok daun kepada konsumen rokok untuk menurunkan daya beli masyarakat. Pajak rokok yang dipungut oleh pemerintah akan disertor ke rekening kas umum daerah provinsi secara proporsional berdasarkan jumlah penduduk. Tarif pajak rokok yang ditetapkan adalah sebesar 10% dari cukai rokok, dan penerimaan pajak rokok dialokasikan paling sedikit 70% untuk mendanai pelayanan kesehatan masyarakat dan penegakan hukum oleh aparat yang berwenang.

Sumber

- ***Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control 2018*** (World Health Organization)
Laporan capaian penanggulangan tembakau di Negara lain
https://www.who.int/fctc/reporting/WHO-FCTC-2018_global_progress_report.pdf
- ***Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults*** (Centers for Disease Control and Prevention)
Penanggulangan tembakau di kalangan usia muda
<http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMsa1405092>
- ***The economics of tobacco control : evidence from the International Tobacco Control***
Dampak ekonomi dari pengendalian tembakau
https://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/23/suppl_1/i1.full.pdf



Strategi

2

Larangan untuk Seluruh Bentuk Iklan, Promosi dan Sponsor (IPS)

Langkah Aksi

1. Melakukan pertemuan dengan berbagai pemangku kepentingan
2. Menjabarkan bukti pentingnya larangan seluruh bentuk iklan, promosi dan sponsor (IPS) dan manfaat baik langsung maupun tidak langsung yang dihasilkan
3. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk analisa kesenjangan
4. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk melakukan rencana kerja jangka pendek, menengah dan panjang

Iklan dan promosi produk tembakau adalah segala bentuk komunikasi komersial, rekomendasi atau tindakan baik secara langsung maupun tidak langsung yang memiliki tujuan menimbulkan efek atau kemungkinan efek untuk mempromosikan produk tembakau atau penggunaan tembakau. Sponsor produk tembakau adalah segala bentuk kontribusi untuk peristiwa, kegiatan, atau individu apa pun baik secara langsung maupun tidak langsung yang bertujuan menimbulkan efek atau kemungkinan efek dari mempromosikan produk tembakau atau penggunaan tembakau.¹⁹

Tujuan dari larangan iklan, promosi dan sponsor adalah untuk sepenuhnya menghilangkan paparan terhadap industri tembakau. Oleh karena itu, larangan atau pembatasan iklan, promosi dan sponsor harus mencakup semua varietas promosi baik yang bersifat langsung maupun tidak langsung. Televisi, radio, publikasi cetak dan papan iklan adalah contoh bentuk iklan langsung, *brand extension*, distribusi gratis, diskon harga, *display* produk di titik penjualan, dan sponsor berbagai acara atau kegiatan adalah bentuk iklan tidak langsung.⁵

Dasar Pemikiran

Iklan, promosi, dan sponsor (IPS) yang dilakukan perusahaan produk tembakau meningkatkan kemungkinan orang yang sebelumnya tidak merokok menjadi memulai merokok atau orang yang sudah merokok untuk terus merokok dan tidak berhenti. Pada Negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah target dari kegiatan IPS adalah anak remaja dan perempuan.²⁰

Pada berbagai studi longitudinal yang mengamati dampak paparan iklan pada anak remaja dan kalangan usia muda, berdasarkan kekuatan dan spesifisitas dari asosiasi, bukti hubungan dosis-respons, konsistensi temuan di berbagai penelitian observasional, paparan secara temporer dan perilaku merokok yang diamati, dapat disimpulkan bahwa iklan dan promosi produk tembakau meningkatkan kemungkinan merokok pada remaja.²¹ Terdapat sejumlah bukti yang menunjukkan hubungan sebab akibat antara upaya IPS, inisiasi dan

perkembangan penggunaan tembakau di kalangan remaja dan kelompok usia.¹¹

Paparan IPS produk tembakau memiliki dampak yang membahayakan pada usia remaja, dengan bentuk IPS yang menampilkan penggunaan produk tembakau yang tampak kurang membahayakan, memberikan perspektif positif saat menggunakan produk tembakau seperti rasa percaya diri, citra positif dikalangan teman sebaya, sehingga timbul rasa ingin tahu yang tinggi untuk menggunakan produk tembakau. Anak usia remaja berada pada fase transisi dalam kehidupan mereka dan sangat rentan dengan paparan IPS yang dapat menyebabkan mereka mencoba memulai merokok dengan tujuan pemenuhan kebutuhan sosial dan psikologis.¹¹

Produsen tembakau melihat kesempatan ini dikarenakan orang yang merokok umumnya akan cenderung memilih 1 jenis merek rokok dan setia dengan merek yang sama. dokumen-dokumen internal perusahaan tembakau yang menggambarkan pentingnya perokok baru, analisis desain kampanye pemasaran, citra aktual yang dikomunikasikan dalam upaya pemasaran \$ 10 miliar per tahun, kesimpulan dari laporan resmi pemerintah, dan bobot bukti ilmiah, disimpulkan bahwa iklan dan promosi telah menyebabkan kaum muda mulai merokok dan terus merokok.¹¹

Membuat Larangan terhadap segala bentuk kegiatan IPS adalah strategi pengendalian tembakau yang sangat penting. Larangan IPS ini juga merupakan salah satu intervensi efektif dan merupakan salah satu *best buy* menurut WHO dengan efektivitas analisis biaya \leq I\$ 100 per DALY pada Negara *LMIC*.¹³ Dari sisi

ekonomi biaya-manfaat, potensi keuntungan upaya kesehatan masyarakat yang ditimbulkan dari upaya larangan IPS jauh lebih besar daripada biaya kerugian yang timbul terhadap perusahaan tembakau dan periklanan, sehingga larangan IPS sangat masuk akal dari perspektif ekonomi.¹¹

Bukti Efektivitas

Penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa kegiatan IPS produk tembakau meningkatkan penggunaan tembakau dan larangan IPS akan mengurangi penggunaan produk tembakau.²² Namun agar larangan IPS dapat bekerja efektif mengurangi penggunaan produk tembakau, Larangan tersebut harus komprehensif dan didukung peraturan.²³

Larangan komprehensif adalah satu-satunya cara efektif untuk menghilangkan paparan pemasaran tembakau, karena industri tembakau mengganti jalur pemasaran dengan media yang tidak dicakup oleh undang-undang yang ada.^{5,24} Mengutip dari buku *NCI Monograph* 19 dan 21 tentang larangan IPS produk tembakau, hasil dari larangan di berbagai negara menunjukkan bahwa larangan yang komprehensif mengurangi konsumsi tembakau, tetapi jika larangan tidak komprehensif umumnya malah menyebabkan peningkatan pengeluaran perusahaan rokok untuk iklan pada media yang tidak dilarang, dan menyebabkan efek parsial sehingga setiap perubahan terhadap konsumsi produk tembakau menjadi minimal atau tidak terdeteksi.^{25,26}

Bahan Pertimbangan

Larangan IPS harus mencakupi :

- Pembuatan landasan peraturan yang melindungi pemangku kepentingan dari industri tembakau dan yang berkepentingan.
- Seluruh bentuk komunikasi komersil baik secara langsung maupun tidak langsung.
- Seluruh pihak yang terlibat baik dalam proses produksi dan distribusi IPS produk tembakau.
- Titik penjualan gerai ritel dan pedagang kaki lima.
- Penjualan melalui internet.
- *Brand stretching* dan *brand sharing*.
- Segala bentuk kontribusi “pertanggung jawaban sosial” dari perusahaan tembakau.
- Tampilan produk tembakau dalam produk-produk media hiburan.
- Upaya mencegah promosi produk tembakau yang menggunakan bentuk jurnalistik, ekspresi artistik atau akademis atau komentar sosial atau politik.
- Upaya kekerja sama dengan lintas pihak baik dari lembaga pemerintahan pusat dan daerah, LSM, masyarakat (komunitas, sekolah, dan tempat kerja), dan pihak media untuk menaati, mengawal dan memastikan kepatuhan larangan IPS.
- Upaya meningkatkan kesadaran masyarakat (komunitas, sekolah, tempat kerja) akan adanya larangan IPS.

Langkah Aksi

1. Melakukan pertemuan dengan berbagai pemangku kepentingan.
2. Menjabarkan bukti pentingnya larangan seluruh bentuk iklan, promosi dan sponsor (IPS) dan manfaat baik langsung maupun tidak langsung yang dihasilkan.
3. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk analisa kesenjangan.
4. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk melakukan rencana kerja jangka pendek, menengah dan panjang.

Contoh Program

Kenya¹⁹

Kenya dalam memenuhi kewajiban FCTC WHO menetapkan undang undang khusus pengendalian tembakau pada tahun 2007 yang kemudian sepenuhnya diberlakukan pada Juli 2008, yang salah satu isinya memuat larangan IPS secara komprehensif. Kenya juga membentuk sebuah Badan Pengendalian Tembakau yang diatur oleh undang-undang untuk menjalankan peran sebagai penasehat dalam pengaturan iklan tembakau, promosi dan kebijakan sponsor.

Kenya menyusun sebuah landasan hukum yang bersifat multidisiplin dan multisektoral yang dipimpin oleh kementerian kesehatan dan dalam mengimplementasikannya melibatkan kementerian lain seperti menteri informasi, komunikasi,

perdagangan, industri dan menteri luar negeri untuk memberikan kekuatan hukum yang mampu melewati batasan sektoral dalam menanggulangi IPS. Undang-undang pengendalian tembakau di Kenya turut mencakup upaya pencegahan IPS lintas negara baik kedalam maupun keluar negeri.

Lingkup larangan IPS di Kenya mencakup segala bentuk langsung iklan dan promosi, maupun bentuk tidak langsung *brand sharing* dan *brand stretching* produk tembakau melalui berbagai jenis platform komunikasi. Larangan sponsor juga mencakup larangan kerja sama semua *event* termasuk kontribusi “pertanggung jawaban sosial” perusahaan tembakau. Larangan IPS juga mencakup platform promosi baik yang melalui media internet, titik penjualan (ritel dan pedagang kaki lima), mesin penjualan otomatis, larangan jualan produk tembakau satuan, dan larangan penempatan produk dan merek produk tembakau dalam film, drama dan bentuk seni dan komunikasi lainnya.

Kenya memiliki peraturan perundang-undangan sebagai landasan untuk mencegah pelanggaran dengan konsekuensi denda jika terjadi pelanggaran. Selain itu, kementerian kesehatan Kenya juga melakukan kerja sama dengan CSO untuk melatih sebanyak lebih dari 1.000 aparatur, media dan LSM di 18 kota untuk memastikan implementasi dari peraturan yang ada berjalan sebagaimana mestinya.

Bogor dan larangan reklame

Kota Bogor merupakan salah satu daerah di Indonesia yang telah menyusun peraturan mengenai larangan penyelenggaraan reklame guna menanggulangi paparan iklan rokok di masyarakat. Peraturan ini tertuang dalam Peraturan Walikota Bogor No.3 tahun 2014 tentang larangan penyelenggaraan reklame produk rokok di kota Bogor. Peraturan ini melarang segala bentuk iklan rokok yang mencakup reklame papan/*billboard*, *videotron*, *megatron*, dan sejenisnya, reklame kain, reklame melekat atau stiker, reklame selebaran, reklame berjalan termasuk pada kendaraan, reklame udara, reklame apung, reklame suara, reklame film/slide dan reklame peragaan. Namun dari larangan ini, tampaknya belum bersifat menyeluruh dan masih banyak ruang untuk perusahaan tembakau untuk mempromosikan produknya menggunakan media promosi lainnya.



Sumber

- ***Best practices in implementation of Article 13 of the WHO FCTC Case study: Kenya*** (World Health Organization)
Contoh pelaksanaan larangan IPS di Kenya
https://www.who.int/fctc/publications/final_kenya_art13_national_4.pdf
- ***Guidelines for implementation of Article 13 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control*** (World Health Organization)
Pedoman dari WHO untuk larangan IPS
https://www.who.int/fctc/guidelines/article_13.pdf?ua=1

Strategi

3

Proteksi Terhadap Paparan Asap Rokok

Langkah Aksi

1. Melakukan pertemuan dengan berbagai pemangku kepentingan
2. Menjabarkan bukti pentingnya proteksi terhadap paparan asap rokok dan manfaat baik langsung maupun tidak langsung yang dihasilkan
3. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk analisa kesenjangan
4. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk melakukan rencana kerja jangka pendek, menengah dan panjang

Salah satu bentuk atau upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan kejadian paparan asap rokok pada perokok pasif adalah dengan membuat larangan atau restriksi merokok. Larangan merokok adalah kebijakan, peraturan, atau hukum yang disusun untuk melarang penggunaan produk tembakau di tempat yang sudah ditentukan atau di daerah kawasan tanpa rokok secara sepenuhnya, dan pembatasan merokok adalah larangan penggunaan produk tembakau di luar tempat yang sudah ditentukan. Tempat kerja, sekolah dan tempat publik yang ditunjuk, baik milik swasta atau pemerintahan, adalah pilihan

lokasi yang umumnya diperuntukkan sebagai Kawasan tanpa rokok.^{27,28,29}

Indonesia sendiri mengadopsi mekanisme proteksi terhadap paparan asap rokok ini dengan program Kawasan Tanpa Rokok. Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau. Tempat khusus untuk merokok adalah ruangan yang diperuntukkan khusus untuk kegiatan merokok yang berada di dalam KTR.³⁰

Dasar Pemikiran

Kebijakan, peraturan, atau hukum tentang wilayah bebas asap rokok atau kawasan tanpa rokok adalah cara paling baik dan efektif yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kepada perokok pasif agar dapat terhindar dari paparan asap rokok.^{4,29,31} Namun agar perlindungan terhadap paparan asap rokok bekerja maksimal pilihan harus digunakan adalah larangan merokok. Terdapat bukti kuat yang menunjukkan bahwa larangan merokok memberikan hasil perlindungan terhadap paparan asap rokok yang lebih efektif dari pada pembatasan merokok.^{27,31}

Larangan merokok tidak hanya menurunkan kejadian paparan asap rokok kepada perokok pasif, beberapa studi mengamati terjadinya peningkatan upaya berhenti merokok dan menurunnya prevalensi pengguna tembakau. Menurut sebuah penelitian, jika semua tempat kerja di Amerika Serikat memberlakukan larangan merokok, sebanyak lebih dari 1,3 juta

perokok akan berhenti merokok, pengurangan konsumsi rokok sebanyak 950 juta bungkus, dan penghematan biaya pengobatan terkait penyakit akibat rokok sebanyak 49 juta dollar dalam satu tahun.^{12,32}

Larangan dan pembatasan merokok merupakan salah satu intervensi efektif dan merupakan salah satu *best buy* menurut WHO dengan efektivitas analisis biaya \leq \$ 100 per DALY pada Negara *LMIC* dan memiliki bukti kuat dari berbagai literatur akan menyebabkan penurunan kejadian paparan asap rokok kepada perokok pasif, dan peningkatan upaya berhenti merokok.^{13,28,29}

Bukti Efektivitas

Dalam upaya melindungi perokok pasif dari bahaya paparan asap rokok dan menurunkan perilaku merokok dari perokok aktif, pembentukan larangan merokok merupakan upaya yang tepat. Berdasarkan hasil tinjauan literatur, didapatkan hasil yang konsisten bahwa larangan merokok di tempat publik mengurangi paparan terhadap asap rokok pada perokok pasif di area tempat kerja, restoran, bar, dan lokasi publik lainnya. Tidak hanya itu, larangan merokok juga menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat rokok secara signifikan menurunkan angka kejadian rawat inap terkait penyakit jantung (ACS).^{33,34} Peraturan larangan rokok juga berpotensi tinggi untuk mempengaruhi norma norma sosial di masyarakat dan menurunkan perilaku merokok di masyarakat.³⁵

Upaya penanggulangan tembakau dengan larangan merokok tidak hanya menurunkan tingkat konsumsi produk tembakau dan

memberi perlindungan kepada perokok pasif, tetapi juga meningkatkan jumlah upaya berhenti merokok (terutama jika dikombinasi dengan adanya *quitline*) meningkatkan keberhasilan berhenti merokok, dan menurunkan kejadian merokok di tempat kerja.^{12,36,29} Hasil yang sama juga dikemukakan oleh The *International Agency for Research on Cancer* (IARC) dimana terjadi penurunan tingkat konsumsi produk tembakau, peningkatan upaya berhenti merokok dan penurunan penggunaan produk tembakau oleh usia muda dengan bukti yang cukup dan kuat.^{5,37}

Bahan Pertimbangan

- Setiap pemerintah daerah bisa dan mampu untuk mengembangkan peraturan larangan dan restriksi merokok di setiap daerahnya.
- Peraturan yang dikembangkan harus mampu memproteksi para pelaksana larangan merokok.
- Harus dibentuk wadah dengan otoritas yang berkewajiban dan bertugas untuk memastikan implementasi dari larangan dan restriksi merokok hingga ke tingkat daerah.
- Larangan dan restriksi merokok harus dikembangkan oleh setiap pemerintah daerah dan dilaksanakan dengan pemantauan secara berkala dengan cakupan komunitas, sekolah, dan tempat kerja.
- Cakupan komunitas harus bersifat menyeluruh (tempat maupun event-event publik *indoor* dan *outdoor*,

transportasi umum, restoran, bar, tempat pelayanan kesehatan, dll).

- Cakupan sekolah harus bersifat menyeluruh hingga seluruh instansi pendidikan (SD sampai Perguruan Tinggi).

Langkah Aksi

1. Melakukan pertemuan dengan berbagai pemangku kepentingan.
2. Menjabarkan bukti pentingnya proteksi terhadap paparan asap rokok dan manfaat baik langsung maupun tidak langsung yang dihasilkan.
3. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk analisa kesenjangan.
4. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk melakukan rencana kerja jangka pendek, menengah dan panjang.

Contoh Program

Smoke Free Arizona

Program *Smoke Free Arizona* memastikan peraturan mengenai larangan merokok terimplementasi dengan baik dan melakukan investigasi terhadap laporan pelanggaran yang terjadi dan sepenuhnya oleh departemen kesehatan Arizona dari cukai dan pajak tembakau. Ada pula lokasi Larangan merokok adalah semua

tempat usaha yang menyajikan makanan, *Lounge* karyawan, ruang pelatihan, dan kantor pribadi, Kendaraan baik milik perusahaan atau pribadi saat dioperasikan selama jam kerja dan terdapat lebih dari satu orang didalam dan berbagai area umum tertutup seperti kamar kecil, lorong, dll.

Adapun tujuan dari program ini adalah sebagai sarana untuk mencapai lingkungan bebas asap rokok dan memastikan implementasi dari program larangan merokok dijalankan. Larangan merokok yang ada adalah larangan merokok di dalam ruangan, merokok diluar ruangan harus minimal 6 meter dari pintu dan jendela dan pemasangan rambu rambu secara adekuat.

Program ini telah menyebarkan paket informasi dan rambu larangan merokok kepada lebih dari 4000 lokasi penjualan dalam 10 tahun terakhir dan sudah melakukan pemeriksaan laporan pelanggaran. Program ini memastikan peraturan larangan merokok dipatuhi dan tercapainya lingkungan bebas asap rokok.

Tobacco Free Nebraska (TFN)³⁸

Nebraska telah mencanangkan program larangan merokok sejak awal tahun 1993 namun dikarenakan banyak elemen kunci penting yang belum ada, program ini baru dapat disahkan oleh pemerintah pada tahun 2008 sebagai *Nebraska Clean Indoor Air Act*. Tujuan dari program ini adalah perubahan norma sosial di sekitar penggunaan tembakau dan mengurangi paparan terhadap asap rokok dengan larangan merokok di tempat kerja, restoran, bar dan arena permainan. Pencanangan program ini

merupakan sederetan panjang proses advokasi strategis dan kolaborasi dengan berbagai elemen pemangku kepentingan.

Berbagai persiapan pra implementasi kebijakan larangan merokok dimulai dari pembuatan peraturan daerah yang kuat dan komprehensif, tim TFN kemudian melakukan kerja sama dengan Komunitas lokal dengan mengadakan pelatihan dan pendampingan teknis seputar advokasi kebijakan dan proses legislatif, membantu rancangan kebijakan, berbagi sumber daya, dan memfasilitasi komunikasi di antara para mitra. Mitra-mitra kerjasama kemudian memberikan dukungan dan bantuan dalam bentuk edukasi guna meningkatkan kesadaran dilingkungan sekitar mereka. Pendanaan kecil-kecilan juga diberikan kepada dinas kesehatan setempat untuk melakukan edukasi guna meningkatkan kesadaran. Upaya-upaya tersebut dilakukan untuk membangun kepercayaan dan kedekatan dengan berbagai mitra yang merupakan komponen penting untuk menunjang keberhasilan program dikemudian harinya. Berbagai persiapan pra implementasi sebelum pemberlakuan larangan menyebabkan tingkat kepatuhan yang tinggi dan dukungan publik yang kuat. Efek dari larangan ini juga mendorong peningkatan upaya berhenti merokok di masyarakat melalui telepon quitline.

KTR Kota Bogor

Pada tahun 2004, Dinas Kesehatan Kota Bogor mengadakan pertemuan lintas sektor dan unsur masyarakat yang terlibat dalam pertemuan tersebut adalah dinas kesehatan, anak sekolah, majelis ulama, pers, dunia swasta (Mal Artalokasari), dinas pariwisata dan lain-lain guna mengembangkan program Kawasan

Tanpa Rokok. Untuk itu dibentuk Tim Perumus yang terdiri dari 3 kelompok, yaitu Bidang Sosialisasi, Bidang Pemantauan, dan Bidang Program. Dimulai dengan menyusun draft SK Walikota dan melakukan advokasi kepada Walikota dan disahkannya SK Walikota pada tahun 2004. Setelah diterbitkan SK Walikota, diadakan sosialisasi ke lembaga pendidikan (SMP dan SMA), institusi pelayanan kesehatan sampai ke Puskesmas dan kantor atau lembaga pemerintah yang ada di Bogor.³⁰

Kemudian pada tahun 2018 disusun perda kota Bogor No. 10 tahun 2018 tentang perubahan atas peraturan daerah No. 12 tahun 2009 tentang kawasan tanpa rokok berkenaan dengan adanya perluasan pengertian selain hasil olahan tembakau terbungkus termasuk cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *nicotiana tabacum*, *nicotiana rustica*, dan spesies lainnya atau sintetis dan bentuk lainnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan juga termasuk *shisha* dan rokok elektronik. KTR yang semula ditetapkan hanya 8 (delapan) kawasan dalam Peraturan Daerah ini ditambahkan tempat lainnya yang ditetapkan oleh Wali Kota.



Sumber

- ***Tobacco Free Nebraska*** (Nebraska Department of Health and Human Services)
Contoh pelaksanaan program KTR di Nebraska
<http://smokefree.ne.gov>
- ***Smoke free Arizona*** (Arizona department of health service)
Contoh pelaksanaan program KTR di Arizona
<https://www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/smoke-free-arizona/index.php>
- ***Joint National Capacity Assessment on the Implementation of Effective Tobacco Control Policies in Uganda*** (World Health Organization)
Hasil yang dapat dicapai dari pengimplementasian program penanggulangan tembakau yang efektif
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/76701/9789241504577_eng.pdf;jsessionid=0031C68FDAEE903644D1D1EF3FDC1FC5?sequence=1



Strategi

4

Kampanye Tembakau

Bahaya

Produk

Langkah Aksi

1. Melakukan pertemuan dengan berbagai pemangku kepentingan
2. Menjabarkan bukti pentingnya Kampanye bahaya produk tembakau baik langsung maupun tidak langsung yang dihasilkan
3. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk analisa kesenjangan
4. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk melakukan rencana kerja jangka pendek, menengah dan panjang

Kampanye komunitas adalah Kampanye dalam skala besar dengan menggunakan berbagai jenis pendekatan intervensi media massa, dan dalam durasi waktu yang panjang. Jenis media yang biasanya digunakan adalah komunikasi kesehatan dengan jangkauan luas yang menargetkan audiens dalam jumlah besar melalui siaran televisi dan radio, media cetak (misalnya, surat kabar), penempatan di luar rumah (misalnya, papan iklan, bioskop, tempat penjualan), dan media digital.

Kampanye biasanya dimulai dengan riset atau uji formatif dan kemudian dikembangkan konten pesan intervensi atau “tag line” yang digunakan secara konsisten melalui semua sarana dan saluran komunikasi. Tujuan dari kampanye adalah

mempengaruhi pengetahuan, kepercayaan, sikap, dan perilaku terkait penggunaan produk tembakau sehingga akan mengurangi inisiasi penggunaan produk tembakau, meningkatkan upaya berhenti merokok, dan menginformasikan bahaya asap rokok bagi perokok pasif.^{28,39,40}

Dasar Pemikiran

Penanggulangan tembakau melalui intervensi komunikasi kesehatan atau kampanye memiliki dasar bukti efektivitas yang kuat. Kampanye dapat mengurangi prevalensi penggunaan tembakau, meningkatkan upaya berhenti merokok, meningkatkan jumlah penggunaan layanan berhenti merokok yang tersedia seperti *quitline*, menurunkan inisiasi penggunaan produk tembakau di kalangan kaum muda. Dari segi efisiensi ekonomi, intervensi komunikasi kesehatan memiliki jangkauan luas dengan pembiayaan yang efektif.⁴⁰ Kampanye juga merupakan salah satu intervensi efektif dan merupakan salah satu *best buy* menurut WHO dengan efektivitas analisis biaya \leq \$ 100 per DALY pada Negara *LMIC*¹³

Bukti Efektivitas

Berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa intervensi komunikasi memiliki efektivitas yang tinggi dalam menurunkan angka penggunaan produk tembakau.⁴⁰ Kampanye *counter-marketing* produk tembakau dalam upaya pengendalian tembakau terbukti membatasi proses inisiasi merokok pada

remaja dan mempromosikan upaya berhenti merokok pada orang dewasa.²⁵ Penelitian lebih lanjut juga menemukan hal yang sama dimana paparan kampanye berhenti merokok menyebabkan peningkatan jumlah berhenti merokok pada kelompok perokok usia dewasa dan menyebabkan penurunan angka kambuh pada perokok yang sudah berhenti merokok.
41,42,43

Pada sebuah kampanye berhenti merokok yang dilakukan oleh CDC di Amerika dengan durasi waktu 16 minggu, didapatkan peningkatan layanan upaya berhenti merokok sebanyak 75% atau 38 kali daripada sebelumnya kampanye dimulai, dan kembali ke angka yang sama seperti sebelum kampanye setelah kampanye berakhir.⁴⁴

Bahan Pertimbangan

- Walaupun intervensi pengendalian tembakau dengan metode kampanye efektif ketika berdiri sendiri, namun hasil yang lebih maksimal didapatkan jika diintegrasikan dengan upaya intervensi lainnya seperti *quitline*, larangan dan restriksi merokok, dll.
- Televisi merupakan pilihan paling efisien dan penting dalam mencakup khalayak yang ramai dan luas.
- Internet merupakan salah satu media dengan potensi tinggi dan dengan biaya rendah.
- Isi pesan kampanye "mengapa harus berhenti" diikuti dengan tautan informasi layanan penghentian memiliki

kekuatan emosional yang lebih besar daripada “bagaimana cara berhenti”.

- Kelompok usia muda adalah target populasi yang sangat penting dengan tingkat respon positif yang tinggi.
- Bentuk pesan kampanye yang berdasarkan testimoni pribadi dengan disertakan gambar grafis efektif untuk membangkitkan sisi emosional dari penerima informasi.
- Upaya kampanye dengan target populasi kelompok tertentu lebih baik dihindari.

Langkah Aksi

1. Melakukan pertemuan dengan berbagai pemangku kepentingan.
2. Menjabarkan bukti pentingnya Kampanye bahaya produk tembakau baik langsung maupun tidak langsung yang dihasilkan.
3. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk analisa kesenjangan.
4. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk melakukan rencana kerja jangka pendek, menengah dan panjang.

Contoh Program

Tips From Former Smokers Campaign by CDC

Pada tahun 2012 hingga 2019, Amerika Serikat membuat sebuah kampanye skala nasional yang didanai oleh pemerintah dan dinamakan *Tips From Former Smokers campaign* atau tips dari mantan perokok. Kampanye edukasi ini bertujuan untuk mengedukasi masyarakat bahaya merokok dengan menampilkan pengalaman perjalanan hidup dari mantan perokok dan keluarganya dengan penyakit yang disebabkan merokok dan paparan asap rokok. Kampanye yang dilakukan sangat komprehensif dengan menggunakan semua elemen media termasuk iklan di televisi nasional dan lokal, radio lokal, media online, dan papan iklan serta di bioskop, tempat transit, dan media cetak.

Hasil evaluasi selama 2012-2018, perkiraan keberhasilan yang dicapai menurut CDC adalah terdapat lebih dari 16,4 juta orang yang merokok telah berupaya berhenti merokok dan sekitar satu juta telah berhenti untuk selamanya. Setelah terpapar iklan dari *tips* selama masa kampanye perokok aktif melaporkan memiliki niat yang lebih besar untuk berhenti merokok. Pada kampanye di tahun 2018 tercatat total 206.253 panggilan quitline. Perkiraan efek yang diberikan dari kampanye tips adalah terdapat sekitar 17.000 kematian prematur akibat merokok telah dihindari dan menggunakan total biaya kampanye sekitar 48 juta dollar.^{44,45}

Suara Tanpa Rokok

Sebuah kampanye yang dilakukan untuk menginspirasi dan mengajak masyarakat untuk baik perokok aktif maupun perokok pasif menyuarakan bahaya dari merokok dilingkungan mereka. Kampanye ini juga turut membawa dan menceritakan pengalaman dari mantan perokok dengan masalah kesehatan yang mereka alami dan mengajak mereka yang merokok untuk berhenti merokok atau, tidak memulai merokok bagi yang tidak merokok. Kampanye ini memiliki *tagline* dengan tagar suara tanpa rokok.

Vietnam Anti-Tobacco Mass Media Campaign

Pada tahun 2015, Vietnam meluncurkan sebuah kampanye nasional anti-tembakau melalui media massa dengan 2 buah iklan layanan masyarakat yang dinamakan “*Invisible Killer – Office*” dan “*Smokefree Restaurant.*” Iklan layanan masyarakat ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan bahaya merokok dengan mengilustrasikan bagaimana paparan asap rokok menyebabkan bahaya bagi non-perokok sehingga mendorong warga untuk berpikir tentang bahaya penggunaan tembakau, melindungi orang lain dari asap rokok (SHS), mendukung undang-undang terkait produk tembakau.



Sumber

- ***Tips From Former Smokers*** (Center for disease control and prevention)
Contoh program kampanye dari CDC
https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/about/index.html?s_cid=OSH_tips_D9393
- ***Designing and Implementing an Effective Tobacco Countermarketing Campaign*** (Center for disease control and prevention)
Bahan bacaan untuk menyusun kampanye
https://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/counter-marketing/pdfs/tobacco_cm_manual.pdf
- ***Tobacco use and secondhand smoke exposure: mass-reach health communication interventions*** (The Community Preventive Services Task Force)
Bahan bacaan untuk menyusun kampanye
<https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/Tobacco-Mass-Reach-Health-Communication.pdf>

Strategi

5

Layanan Berhenti Merokok

Langkah Aksi

1. Lakukan analisa kesenjangan dan tentukan posisi dan peran dari quitline dalam strategi pengendalian tembakau nasional.
2. Tentukan sasaran program quitline.
3. Tentukan kisaran layanan dan tingkat pemanfaatan yang diinginkan dari quitline
4. Tentukan strategi untuk meningkatkan jumlah permintaan quitline
5. Tentukan sumber dan besar penganggaran untuk implementasi program
6. Menentukan rencana manajemen proyek untuk implementasi dan organisasi yang akan menjalankan program quitline.

Layanan berhenti merokok adalah layanan yang penting dalam upaya meningkatkan penghentian tembakau kepada masyarakat pengguna produk tembakau yang ingin berhenti merokok. Dengan menyediakan dan meningkatkan akses layanan berhenti merokok kepada masyarakat yang termotivasi tinggi untuk berhenti merokok akan meningkatkan kesuksesan mereka untuk berhenti dan tidak kembali lagi ke kebiasa merokok.

Salah satu layanan berhenti merokok adalah Quitlines. Quitlines adalah layanan telepon dalam bentuk konseling singkat, dan berbagai informasi praktis berhenti merokok dengan tujuan

untuk membantu konsumen tembakau untuk berhenti.^{42,46} Praktik quitline biasa dimulai dengan mengali latar belakang dan riwayat merokok penelpon, kemudian diberikan konseling singkat dan materi yang sudah disusun terkait upaya merokok hingga konseling mendalam kepada beberapa penelpon. Quitline juga memberikan akses kepada penelpon rujukan tempat berbasis komunitas untuk membantu upaya berhenti merokok. Program quitline juga melakukan komunikasi secara aktif dengan menelepon kembali penelpon dengan rentang waktu tertentu.⁴⁷

Dasar Pemikiran

Layanan atau promosi untuk berhenti merokok adalah salah satu komponen inti dari upaya program pengendalian tembakau negara yang komprehensif untuk mengurangi penggunaan tembakau. Dengan mendorong dan membantu pengguna tembakau untuk berhenti adalah pendekatan tercepat untuk mengurangi penyakit, kematian, dan biaya perawatan kesehatan terkait tembakau.⁴²

Quitline adalah juga salah satu intervensi efektif dan merupakan salah satu *best buy* menurut WHO dengan efektivitas analisis biaya > \$ 100 per DALY pada Negara LMIC.¹³ Adapun berbagai manfaat yang dapat diberikan dari program quitline adalah: ^{12,47}

- Program penanggulangan tembakau yang gratis, efisien, mudah untuk diakses, dengan daya jangkauan yang luas, dan dapat mencakup semua jenis populasi yang dilayani oleh profesional yang berpengalaman.

- Berpotensi mencapai setidaknya 4-6% populasi perokok di suatu negara per tahun.
- Merupakan sumber informasi, tips, dukungan teknis bagi para pekerja kesehatan atau wakil perokok (keluarga, teman, dll) yang ingin membantu para perokok untuk berhenti.
- Berfungsi sebagai gerbang untuk program layanan berhenti merokok lainnya seperti layanan berhenti merokok berbasis komunitas, dll.
- Mudah di promosi dan sebar luaskan.
- Meningkatkan jumlah upaya berhenti merokok yang menggunakan intervensi berbasis bukti dan memastikan instruksi diberikan secara optimal.
- Digunakan sebagai media pelaporan pelanggaran peraturan terkait larangan merokok sehingga mendorong partisipasi masyarakat dan mendukung inisiatif pengendalian tembakau lainnya.
- Layanan quitline bersifat rahasia dan pribadi sehingga meningkatkan motivasi upaya berhenti merokok.

Indonesia sendiri telah memiliki layanan quitline nasional yang dikelola oleh kementerian kesehatan dengan pencapaian yang lumayan memuaskan. Namun berbagai upaya harus terus dilakukan guna meningkatkan mendukung keberhasilan pengendalian tembakau nasional di Indonesia.

Bukti Efektivitas

Berdasarkan hasil penelitian NAQC, ditemukan: ⁴⁸

- Konseling dengan telepon secara proaktif dan multisesi efektif untuk penelepon yang berniat berhenti merokok maupun untuk perokok yang tidak menelepon sendiri (pasien rujukan layanan kesehatan).
- Konseling telepon bekerja efektif saat berdiri sendiri maupun sebagai tambahan untuk intervensi penanggulangan tembakau lainnya.
- Konseling telepon intensitas rendah tidak menghasilkan efek yang signifikan terhadap hasil.

Berdasarkan hasil penelitian *Cochrane Review*⁴⁹ ditemukan bukti kuat efektivitas konseling dengan telepon. Terdapat 40% peningkatan kemungkinan berhenti merokok bagi orang yang menelepon quitline dan menerima konseling dibandingkan yang tidak menelepon. Hasil yang sama juga ditemukan oleh penelitian dari departemen kesehatan masyarakat Amerika Serikat.⁵⁰ Sekali konseling mendalam dengan quitline akan meningkatkan kemungkinan berhenti merokok untuk penelepon, dan akan semakin meningkat seiring dengan bertambahnya frekuensi konseling penelepon. Hal ini akan dapat dicapai jika program quitline bekerja proaktif untuk menelepon kembali sang penelepon dengan rentang waktu tertentu.⁴⁷

QUIT-LINE

Bahan Pertimbangan

- Pastikan rentang waktu konseling untuk setiap penelepon minimal 10 menit.
- Pastikan penelepon menerima beberapa bentuk bantuan berhenti merokok.
- Pastikan penelepon ditawarkan tiga panggilan konseling proaktif.
- Pastikan staf quitline mampu berbicara dengan beberapa bahasa daerah.
- Lakukan *outreach* atau penjangkauan secara aktif kepada populasi resiko tinggi.
- Bangun kemitraan dengan sektor swasta.
- Kontak dan libatkan kembali penelepon yang sebelumnya sudah setuju untuk dihubungi kembali terkait konseling proaktif.

Langkah Aksi⁴⁷

1. **Lakukan analisa kesenjangan.** Lakukan kerja sama dengan seorang ahli untuk melakukan Kajian kebutuhan untuk layanan quitline seperti karakteristik khusus apakah terdapat perbedaan pola dalam kelompok geografis, ekonomi dan budaya yang berbeda, menentukan quitline apa yang paling baik untuk melayani kebutuhan negara pada tahap pengembangan pengendalian tembakau saat ini.

2. **Tentukan posisi dan peran dari quitline dalam strategi pengendalian tembakau nasional.** Dengan berfokus dan mempertimbangkan pada Jumlah sumber daya pendukung yang saat ini tersedia melalui sistem perawatan kesehatan dan program berbasis masyarakat dan kondisi kebijakan pengendalian tembakau dan capaiannya saat ini.
3. **Tentukan sasaran program quitline.** Pertimbangkan apakah capaian yang diinginkan untuk program quitline, apakah Jangkauan tinggi dengan konseling minimal, Efektivitas tingkat berhenti tinggi dengan jangkauan yang lebih rendah. Jangkauan tinggi dan efektivitas tinggi.
4. **Tentukan kisaran layanan dan tingkat pemanfaatan yang diinginkan dari quitline.**
5. **Tentukan strategi untuk meningkatkan jumlah permintaan quitline.**
6. **Tentukan sumber dan besar penganggaran untuk implementasi program.**
7. **Menentukan rencana manajemen proyek untuk implementasi.** Pendekatan sistematis yang terkoordinasi mengenai pengelolaan proses penyusunan, peluncuran, dan perkembangan dari program quitline sangat pentingnya demi memastikan kesuksesan jangka panjang program.
8. **Tentukan organisasi yang akan menjalankan program quitline.** Lakukan pengidentifikasian kelompok terbaik untuk memberikan layanan.

9. Tentukan siapa yang bertanggung jawab untuk memastikan keberhasilan quitline, termasuk keberhasilan operasional dan strategisnya dalam memenuhi perannya dalam upaya pengendalian tembakau.

Contoh Program

South Africa's Quitline⁴⁷

Quitline berfungsi memberikan konseling singkat kepada mereka yang sedang dalam proses berhenti merokok serta menyediakan buklet bantuan diri yang dikirimkan kepada semua penelepon. Selain itu quitline juga berfungsi sebagai media saluran informasi dan menawarkan informasi yang telah disesuaikan untuk keluarga dan teman-teman perokok atau penyedia layanan kesehatan, serta menjadi pusat aduan layanan keluhan terkait pelanggaran pengendalian tembakau Negara. Program quitline dipromosikan dan diadvokasikan secara luas kepada masyarakat dengan salah satu caranya adalah meletakkan nomor telepon quitline pada semua kemasan produk tembakau.

Program quitline Afrika Selatan dijalankan oleh *National Council Against Smoking* (NCAS, sebuah LSM), dikukuhkan dengan perturan perundangan dan dibiayai dengan dana pemerintahan. Dalam menjalankan kegiatannya, quitline memiliki dua tipe personel yang telah diberikan pelatihan sebelumnya; satu berurusan dengan pertanyaan umum dan yang lainnya memberikan konseling. Quitline beroperasi mulai pukul 08:00

hingga 17:00 (tujuh hari seminggu) dengan mesin menerima panggilan setelah jam kantor.

Quitline Indonesia⁵¹

Penyediaan layanan *Quitline* (layanan konsultasi upaya berhenti merokok melalui telpon tidak berbayar) adalah layanan langsung kepada masyarakat yang ingin berhenti merokok melalui *Toll Free* 0800 177 6565. Total Klien yang memanfaatkan layanan *Quitline* selama 2018 ini berjumlah 16.836 penelpon atau rata-rata 1.530 klien/bulan. Penyebaran program ini pun terus meluas dimana rata-rata klien penelpon mewakili 20 propinsi setiap bulannya, bahkan pada bulan November 2018 asal penelpon telah mencapai 29 propinsi atau sekitar 85% dari total propinsi yang ada di Indonesia. Usia klien yang menelpon ke Layanan *Quitline* UBM selama tahun 2018 ini terbanyak di usia 25 -29 thn (39%) dan 20-24 thn (32%). Atau total 71 % usia penelpon adalah 20 – 30 thn. Ini menjadi indikasi bahwa kesadaran untuk berhenti merokok di kelompok usia produktif semakin meningkat. Penyebaran informasi upaya berhenti merokok juga dilaksanakan melalui media sosial baik melalui facebook, Instagram, Path dan juga Tweeter Facebook @layananutbm.

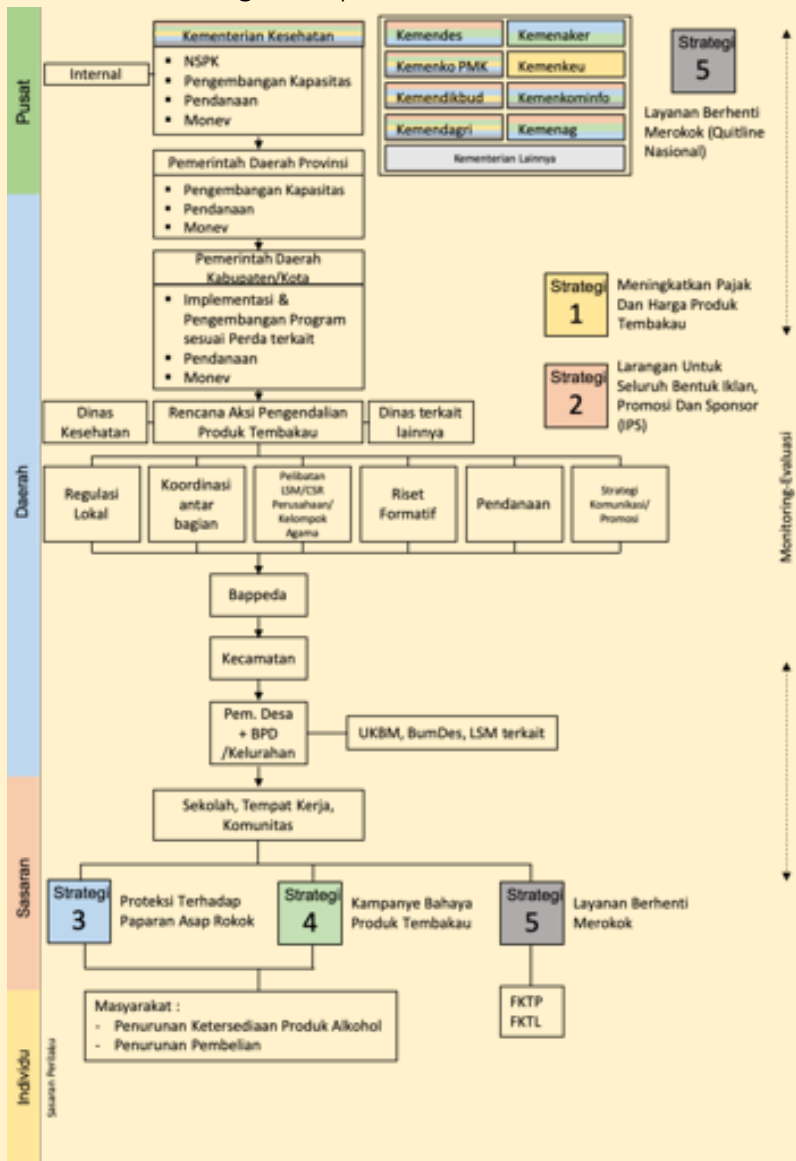


Sumber

- ***Telephone Quitlines: A Resource for Development, Implementation, and Evaluation*** (Centers for Disease Control and Prevention)
Langkah demi langkah menyusun Quitline
https://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/cessation/quitlines/pdfs/quitlines.pdf
- ***Developing and improving national toll-free tobacco quit line services: A World Health Organization manual*** (World Health Organization manual)
Langkah demi langkah menyusun Quitline
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44738/9789241502481_eng.pdf;jsessionid=6770459BE7A5267184F4D449EAB19028?sequence=1



Gambar 1. Alur Langkah Implementasi Aksi Tembakau.



Daftar Pustaka

1. Araujo EC, Harimurti P, Sahadewo GA, Nargis N, Drope J, Marquez P V., et al. The economics of tobacco taxation and employment in Indonesia : policy implications technical brief. World Bank Group; 2018.
2. Balitbang Kemenkes RI. Riset Kesehatan Dasar 2018. 2018.
3. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Executive Summary (The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General) [Internet]. 2014. 1–36 p. Available from: [papers2://publication/uuid/BB6C3612-32F2-4F7A-9B3C-6F005E8E64E1](https://publication/uuid/BB6C3612-32F2-4F7A-9B3C-6F005E8E64E1)
4. Centers for Disease Control and Prevention, Control D. Reducing Tobacco Use : A Report of the Surgeon General. 2000.
5. Wilson LM, Tang EA, Chander G, Hutton HE, Odelola OA, Elf JL, et al. Impact of Tobacco Control Interventions on Smoking Initiation , Cessation , and Prevalence : A Systematic Review Impact of Tobacco Control Interventions on Smoking Initiation , Cessation , and Prevalence : A Systematic Review. 2012;(June).
6. Morris P, Reynolds RJ, Morris P, Morris P, Morris P, Smoking C, et al. The cigarette companies have even publicly admitted the effectiveness of tax increases to deter smoking in their required filings with the U.S. Securities and Exchange Commission. •. 2002;9–12.
7. Jha P, Chaloupka FJ, Geneva C-. The economics of global tobacco control. 2000;(3):3–6.

8. (WHO) WHO. European Strategy for Tobacco Control. 2002;41.
9. (WHO) WHO. Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control 2018. World Health Organization. 2018. 1–41 p.
10. Unit SPH. Tobacco Strategy 2017-2022 for Jersey: creating a generation of non-smokers. 2016.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults [Internet]. 2012. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMsa1405092>
12. Officials A of S and TH. Comprehensive Tobacco Control: Guide for State & Territorial Health Officials. 2013.
13. World Health Organization. “Best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Who [Internet]. 2017;17(9):28. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259232/1/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf?ua=1>
14. Bonnie RJ, Stratton K, Wallace RB. Ending the Tobacco Problem : A Blueprint for the Nation. 2007.
15. Tauras JA, Chaloupka FJ, Chiew A, Quah K, Fong GT. The economics of tobacco control: evidence from the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project. 2014;22–4.
16. Nargis N, Ruthbah UH, Hussain AG, Fong GT, Huq I, Ashiquzzaman S. The Price Sensitivity of Cigarette Consumption in Bangladesh: Evidence from the International Tobacco Control (ITC) Bangladesh Wave 1 (2009) and Wave 2 (2010) Surveys. 2014;23(0 1):1–24.

17. Araujo EC, Harimurti P, Sahadewo GA, Nargis N, Drope J, Marquez P V., et al. The economics of tobacco taxation and employment in Indonesia : policy implications technical brief [Internet]. 2018. 1–44 p. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/219251526070564098/policy-implications-technical-brief>
18. Huang J, Sung H-Y, Ong MK, Mao Z zhong, Jiang Y, Fong GT, et al. Who purchases cigarettes from cheaper sources in China? Findings from the ITC China Survey. 2014;23(01):1–13.
19. WHO FCTC. Best practices in implementation of Article 8 of the WHO FCTC Case study: Kenya. 2013;(July):13.
20. (WHO) WHO. Gender, Women, and the tobacco epidemic.
21. Lovato C, Watts A, Lf S. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours (Review). 2011;(10).
22. (WHO) WHO. WHO framework convention for implementation. 2013.
23. (WHO) WHO. WHO Report On The global Tobacco Epidemic 2019, Offer help to quit tobacco use. 2019.
24. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. 2000;
25. Davis RM, Gilpin EA, Loken B, Ph D, Viswanath K. The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco Use. 2008;
26. (WHO) WHO, Institute USNC. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. 2016.
27. Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to

- environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med.* 2001;20(2 SUPPL.):16–66.
28. Hopkins DP. Recommendations regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med.* 2001;20(2 SUPPL.):10–5.
 29. Hopkins DP, Razi S, Leeks KD, Kalra GP, Chattopadhyay SK, Soler RE, et al. Smokefree Policies to Reduce Tobacco Use. *Am J Prev Med [Internet].* 2010;38(2):S275–89. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2009.10.029>
 30. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pengembangan kawasan tanpa rokok. 2011.
 31. Centers for Disease Control and Prevention. *A Practitioner’s Guide for Advancing Health Equity, Community Strategies for Preventing Chronic Disease.* 2013.
 32. Albers AB, Siegel M, Cheng DM, Rigotti NA, Biener L. Effects of Restaurant and Bar Smoking Regulations on Exposure to Environmental Tobacco Smoke Among Massachusetts Adults. 2004;94(11):1959–64.
 33. Coughlin SS, Anderson J, Smith SA, Service RC, Labs PF, Medical GR, et al. smoke and smoking prevalence : Opportunities for Georgians. 2015;5(1):2–7.
 34. Frazer K, Je C, Mchugh J, S VB, Clarke A, Doherty K, et al. Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption (Review). 2016;
 35. Hyland A, Barnoya J, Corral JE. Smoke-free air policies : past , present and future. 2012;
 36. McNabola A, Gill LW. The control of environmental tobacco smoke: A policy review. *Int J Environ Res Public*

- Health. 2009;6(2):741–58.
37. Control T, Agency I. Evaluating the Effectiveness of Smoke-free Policies. 2009;13.
 38. Brossart L, Moreland-russell S, Walsh H, Wachtel A, Edison L, Bach L, et al. Policy strategies a tobacco control guide. 2014.
 39. Centers for Disease Control and Prevention. The CDC Guide to Strategies to Increase Physical Activity in the Community [Internet]. Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to STrategies to Increase Physical Activity in the Community. 2011. Available from: http://www.cdc.gov/obesity%0Ahttp://www.cdc.gov/obesity/downloads/PA_2011_WEB.pdf
 40. The Community Preventive Services Task Force. Tobacco use and secondhand smoke exposure: mass-reach health communication interventions. 2013;1–23. Available from: <https://www.thecommunityguide.org/findings/tobacco-use-and-secondhand-smoke-exposure-mass-reach-health-communication-interventions>
 41. Durkin S, Brennan E, Wakefield M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: An integrative review. *Tob Control*. 2012;21(2):127–38.
 42. Centers for Disease Control and Prevention. Best practice for comprehensive tobacco control programs. 2014.
 43. Wakefield MA, Bowe SJ, Durkin SJ, Yong HH, Spittal MJ, Simpson JA, et al. Does tobacco-control mass media campaign exposure prevent relapse among recent quitters? *Nicotine Tob Res*. 2013;15(2):385–92.
 44. Anne Bright M, Davis K, Babb S, Bunnell R, Rodes R,

- Alexander R, et al. Impact of a national tobacco education campaign on weekly numbers of quitline calls and website visitors - United States, March 4-June 23, 2013. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2013;62(37):763–7.
45. McAfee T, Davis KC, Alexander RL, Pechacek TF, Bunnell R. Effect of the first federally funded US antismoking national media campaign. *Lancet.* 2013;382(9909):2003–11.
 46. Centers for Disease Control and Prevention. Telephone Quitlines: A Resource for Development, Implementation, and Evaluation. 2004.
 47. World Health Organization. Developing and improving national toll-free tobacco quit line services: A World Health Organization manual [Internet]. 2011. 1–101 p. Available from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44738/1/9789241502481_eng.pdf
 48. Anderson C. Quitline Services: Current Practice and Evidence Base: NAQC Quality Improvement Initiative [Internet]. 2016. 70 p. Available from:
http://c.ymcdn.com/sites/www.naquitline.org/resource/esmgr/issue_papers/Quitline_Services_issue_pape.pdf?hSearchTerms=%22quitline+and+service+and+best+and+practices%22
 49. Lf S, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation (Review). 2013;(8).
 50. Services U department of health and human. Treating tobacco use and dependence, 2008 update. 2008 p.
 51. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Kinerja Direktorat pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular. 2018.

Alkohol

Penggunaan alkohol yang berbahaya merupakan salah satu dari faktor risiko utama bagi kesehatan. Alkohol memiliki dampak langsung yang banyak terhadap berbagai target yang ada didalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs), termasuk yang untuk kesehatan ibu dan anak, penyakit menular (HIV, virus hepatitis, TBC), penyakit tidak menular dan kesehatan mental, cedera dan keracunan. Alkohol juga sering dikonsumsi sebelum, bersama, atau setelah penggunaan zat psikoaktif lainnya, dan komorbiditas dari ketergantungan alkohol adalah sangat tinggi.¹

Bahaya yang muncul akibat konsumsi alkohol tidak hanya terbatas dari segi kesehatan, tetapi juga berdampak terhadap perekonomian. Dampak dari alkohol terhadap perkembangan ekonomi suatu negara menyebabkan langkah-langkah intervensi guna pengendalian alkohol yang efektif untuk kepentingan kesehatan masyarakat menjadi sangat penting terutama ketika perkembangan ekonomi yang cepat sedang berlangsung.¹

Alkohol di Indonesia

Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah Indonesia dalam penanggulangan alkohol seperti penetapan bea cukai dan pembatasan distribusi. Sejumlah pemerintahan daerah pun telah menerapkan larangan penjualan minuman beralkohol dalam yurisdiksi mereka melalui peraturan daerah, namun belum secara spesifik mengatur masalah minuman beralkohol jenis tradisional/lokal. Namun upaya tersebut dinilai belum mampu

menangulangi konsumsi alkohol di Indonesia secara menyeluruh terutama dalam penangulangan konsumsi alkohol tradisional dan oplosan.^{2,3}

Berdasarkan data Riskesdas 2018 prevalensi konsumsi minuman beralkohol pada penduduk usia ≥ 10 tahun di Indonesia meningkat dari 3,0% menjadi 3,3% dimana provinsi Sulawesi Utara, Nusa Tenggara Timur, Bali, Gorontalo, dan Maluku merupakan provinsi dengan prevalensi konsumsi alkohol tertinggi di Indonesia. Sedangkan untuk prevalensi konsumsi alkohol yang berlebihan ≥ 5 satuan standar untuk laki-laki dan ≥ 4 satuan standar untuk perempuan pada penduduk usia ≥ 10 tahun di Indonesia yaitu sebesar 0,8% dimana Provinsi Nusa Tenggara Timur sebagai provinsi dengan prevalensi tertinggi sebesar 3,2%.⁴

Data RISKESDAS 2018 juga menunjukkan bahwa sebesar 38,7% penduduk Indonesia mengkonsumsi minuman alkohol jenis tradisional/lokal, seperti: sopi, arak, tuak, sager cap tikus, balok, lapen, ciu dll. Hal ini disebabkan karena harga yang mahal dan sulitnya akses mendapatkan minuman beralkohol legal, sehingga masyarakat Indonesia mengkonsumsi minuman beralkohol yang tidak tercatat/ilegal (*unrecorded alcohol*) 5 kali lebih banyak dari minuman beralkohol yang diperjual-belikan dengan legal.²⁻⁴



Strategi

1

Meningkatkan Pajak dan Harga Produk Alkohol

Langkah Aksi

1. Melakukan pertemuan dengan berbagai pemangku kepentingan
2. Menjabarkan bukti pentingnya meningkatkan pajak alkohol, dan manfaat baik yang langsung maupun tidak langsung yang dihasilkan
3. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk analisa kesenjangan
4. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk melakukan rencana kerja jangka pendek, menengah dan panjang

Pajak adalah pungutan wajib yang dibayar kepada negara dan akan digunakan untuk kepentingan pemerintah dan kepentingan masyarakat umum. Alkohol adalah produk yang dikenakan cukai dan pajak. Sejak 1 Januari 2019 dengan diterbitkannya Peraturan Menteri Keuangan nomor 158/PMK.010/2018 pada tanggal mengenai Tarif Cukai Etil Alkohol, Minuman yang Mengandung Etil Alkohol (MMEA), dan Konsentrat yang Mengandung Etil Alkohol, dimana minuman MMEA golongan A baik dalam negeri maupun impor meningkat menjadi sebesar 15%, dan MMEA golongan B dan C telah dikenakan tarif bea masuk yang cukup tinggi masing-masing sebesar 90% dan 150%.

Dasar Pemikiran

Berdasarkan ulasan PHE (*Public Health England*) 2016 sudah terdapat bukti yang cukup menyatakan bahwa harga produk alkohol dan keterjangkauannya akan mempengaruhi pola konsumsi produk alkohol. Diperlukan kenaikan pajak atas alkohol setidaknya 2% di atas tingkat inflasi untuk menurunkan kemampuan untuk membeli alkohol.⁵⁶ Selain penetapan pajak, harga minimum unit (HMU) juga diperlukan untuk diterapkan pada produk alkohol dengan harga jual murah dan tingkat penjualan tinggi guna menurunkan kemampuan membeli alkohol. Pajak merupakan salah satu intervensi efektif dan merupakan salah satu *best buy* menurut WHO dengan efektivitas analisis biaya \leq I\$ 100 per DALY pada Negara LMIC.⁷

Bukti Efektivitas

Telah didapatkan bukti yang kuat yang mendukung penurunan tingkat konsumsi alkohol dan bahaya yang terjadi akibat konsumsi alkohol saat harga alkohol tinggi dan sebaliknya jika harga alkohol rendah tingkat konsumsi alkohol akan tinggi.⁸ Peningkatan harga alkohol dengan metode pajak dan harga minimum penjualan terbukti menurunkan pola permintaan konsumsi alkohol.⁹ Peningkatan harga alkohol juga mempengaruhi kebiasaan konsumsi alkohol pada kelompok usia muda secara signifikan.¹⁰ Penetapan Harga Minimum Unit terbukti secara kuat akan menurunkan tingkat konsumsi alkohol pada peminum berat, dan secara tidak langsung akan meningkatkan kesehatannya, sementara dampak yang terbatas

pada peminum moderat, pub, bar dan restoran.^{9,11} Hal yang sama juga didapatkan oleh penelitian dari Universitas Sheffield menunjukkan bahwa dengan menetapkan HMU akan menyebabkan penurunan perawatan rumah sakit akibat peminum berat sekitar 27.500.¹²

Pada sebuah kajian studi alkohol menunjukkan bahwa dengan peningkatan pajak dan cukai alkohol adalah intervensi penanggulangan alkohol yang paling efektif. Didapatkan dengan 50% Peningkatan tarif pajak cukai alkohol mempunyai daya ungkit terhadap dampak kesehatan yang tinggi (> 500 tahun kehidupan sehat yang diperoleh per satu juta populasi) dengan biaya implementasi yang rendah (<\$ 0,10 per kapita), dan rasio biaya terhadap efek yang sangat menguntungkan (< \$ 100 per tahun hidup sehat yang diperoleh dalam pengaturan pendapatan yang lebih rendah dan lebih tinggi).¹³

Bahan Pertimbangan

- Memperhitungkan dan mempertahankan nilai pajak dan cukai produk alkohol diatas rata-rata nilai inflasi.
- Membuat larangan penjualan produk tembakau yang bebas pajak dan bebas cukai.
- Harus ada program pengendalian alkohol dari pemerintah yang bersumber dana dari alokasi pajak alkohol.
- Kenaikan pajak harus mencakup semua jenis golongan produk alkohol.

- Kenaikan harga pajak yang tidak menyeluruh, atau hanya sebagian produk akan menyebabkan pergeseran kebiasaan konsumsi alkohol ke produk yang lebih murah.

Langkah Aksi

1. Melakukan pertemuan dengan berbagai pemangku kepentingan.
2. Menjabarkan bukti pentingnya meningkatkan pajak alkohol, dan manfaat baik yang langsung maupun tidak langsung yang dihasilkan.
3. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk analisa kesenjangan.
4. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk melakukan rencana kerja jangka pendek, menengah dan panjang.

Contoh Program

Russia's alcohol policy: a continuing success story Russians¹⁴

Negara Rusia sejak tahun 2004 telah melakukan banyak intervensi penanggulangan terkait rokok, beberapa tindakan yang dilakukan seperti intervensi dengan pembatasan pemasaran, pemantauan produksi alkohol, larangan penjualan alkohol melalui internet, dan kenaikan pajak etil alkohol sebesar 50%. Pada tahun 2011 dalam upaya menindak lanjuti upaya penanggulangan konsumsi alkohol, Rusia kemudian mengambil

peran aktif dalam menerapkan rekomendasi EAPA dengan semakin meningkatkan pajak cukai, menaikkan harga satuan alkohol minimum, dan secara substansial mengurangi ketersediaan alkohol eceran.

Berbagai upaya intervensi yang dilakukan pemerintahan sejak tahun 2003 hingga 2017 melihat menghasilkan hasil yang baik dimana prevalensi perawatan pasien dengan ketergantungan alkohol menurun sebanyak 38%, prevalensi perilaku konsumsi alkohol yang berbahaya menurun sebanyak 54%, dan prevalensi psikosis alkoholik menurun sebanyak 64%. Kejadian kematian akibat penyakit jantung yang secara tidak langsung merupakan dampak konsumsi alkohol juga mengalami penurunan sebanyak 48% pada pria dan 52% pada wanita. Indikator tidak langsung dari dampak alkohol seperti kasus pembunuhan, bunuh diri, dan kematian akibat kecelakaan transportasi juga mengalami menurun sebesar 56%.

Tarif Cukai Alkohol di Indonesia

Kementerian Keuangan (Kemenkeu) menerbitkan Peraturan Menteri Keuangan nomor 158/PMK.010/2018 tentang Tarif Cukai Etil Alkohol, Minuman yang Mengandung Etil Alkohol (MMEA), dan Konsentrat yang Mengandung Etil Alkohol (KMEA) yang digunakan mulai 1 Januari 2019 tarif cukai pada MMEA golongan A (kadar alkohol sampai dengan 5%) baik dalam negeri maupun penting sebesar 15%. Sementara itu MMEA golongan B (kadar alkohol lebih dari 5% s.d. 20%) dan MMEA golongan C (kadar

alkohol lebih dari 20%) telah dikenakan tarif bea masuk yang masing-masing cukup tinggi masing-masing sebesar 90% dan 150%.

Sumber

- ***Resource tool on alcohol taxation and pricing policies (World Health Organization)***
Pedoman dari Who untuk menyusun pajak alkohol
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255795/9789241512701-eng.pdf;jsessionid=89C2399C5C5B01B7E00FBD77C94A003A?sequence=1>
- ***Reducing alcohol-related harm: a blueprint for government (British Medical Association)***
Pedoman pertimbangan menyusun pajak alkohol untuk pemerintah
<https://www.bma.org.uk/-/media/files/pdfs/collective%20voice/policy%20research/public%20and%20population%20health/20180709%20tackling%20alcohol-related%20harm%20in%20england.pdf?la=en>

Regulasi Ketersediaan Produk Alkohol

Langkah Aksi

1. Melakukan pertemuan dengan berbagai pemangku kepentingan
2. Menjabarkan bukti pentingnya menurunkan ketersediaan alkohol, dan manfaat baik langsung maupun tidak langsung yang dihasilkan
3. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk analisa kesenjangan
4. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk melakukan rencana kerja jangka pendek, menengah dan panjang

Regulasi ketersediaan produk alkohol adalah segala bentuk peraturan yang mengatur ketersediaan produk alkohol di pasar. Ketersediaan atau akses terhadap produk alkohol umumnya melalui adalah tiga cara, yaitu komoditas utama di pasar komersial, pasar informal, maupun secara non-komersil. Yang dimaksud dengan pasar informal adalah produk alkohol buatan rumahan termasuk alkohol oplosan dan alkohol bebas cukai. Alkohol juga dapat menjangkau konsumen secara non-komersial, dalam lingkungan sosial di mana minuman disediakan oleh teman, anggota keluarga, dan lainnya.⁹ Adapun larangan yang

juga dicakup dalam strategi ini adalah larangan jam penjualan dan larangan penjualan dibawah usia 21 tahun.

Yang dimaksud dengan alkohol oplosan adalah alkohol lokal campuran yang dibuat dengan mencampurkan metanol kedalam bahan minuman. Sebutan minuman tersebut berasal dari istilah dalam bahasa Jawa yang bermakna “campur”. Metanol atau metil alkohol adalah bahan yang diproduksi untuk kebutuhan industri dan beracun dengan aroma yang sama dengan etanol, yaitu etil alkohol yang diproduksi untuk konsumsi manusia.

Dasar Pemikiran

Menilik dari data WHO, konsumsi alkohol di Indonesia tidak tergolong tinggi. Namun yang menjadi permasalahannya adalah tingkat konsumsi alkohol ilegal dan alkohol oplosan. Pada tahun 2018, Indonesia menempati urutan ke 3 terendah dalam kadar konsumsi alkohol setelah Bangladesh dan Bhutan, namun tingkat konsumsi alkohol kian meningkat dari rata rata konsumsi total 0,7 (0,1 legal dan 0,6 ilegal) pada tahun 2010 menjadi 0,8 (0,3 legal dan 0,5 ilegal) pada tahun 2018. Dari data tersebut tampak bahwa konsumsi alkohol ilegal di Indonesia adalah sangat tinggi.¹

Selama periode 2008 – 2017 di Indonesia dengan rata-rata jumlah penduduk 250.094.647 jiwa, terdapat 840 laporan kematian akibat alkohol ilegal atau ada 3,4 kasus kematian setiap 1 juta jiwa penduduk Indonesia. Mayoritas kematian merupakan individu berusia muda dan berasal dari kalangan masyarakat berpendapatan rendah.¹⁵ Saat ini peraturan yang sudah ada telah mampu membatasi ketersediaan alkohol hanya di tempat-

tempat tertentu untuk kelompok konsumen yang mampu. Peraturan yang ada menyebabkan penurunan keterjangkauannya produk alkohol untuk usia muda dan berpenghasilan rendah. Namun akibat yang terjadi adalah meningkatnya penjualan alkohol ilegal dengan harga yang lebih murah namun berbahaya.

Peraturan yang ada di Indonesia saat ini sudah hampir mencakup semua namun belum ada peraturan nasional yang mengatur secara komprehensif minuman alkohol tradisional dan oplosan. Pemerintah daerah memiliki tanggung jawab untuk menanggulangi produksi dan peredaran minuman beralkohol tradisional serta dibutuhkan sistem monitoring nasional. Peraturan tambahan di daerah harus disesuaikan dengan karakteristik daerah guna mengatur ketersediaan alkohol terutama alkohol oplosan secara komprehensif.

Bukti Efektivitas

Bukti menunjukkan bahwa dengan adanya ketersediaan produk alkohol akan meningkatkan konsumsi alkohol dan bahaya akibat konsumsi alkohol. Tingginya ketersediaan alkohol disuatu daerah akan menyebabkan tingginya gangguan dan masalah sosial di daerah tersebut. Kebijakan yang mengurangi jam ketersediaan alkohol tersedia untuk dijual akan mengurangi bahaya terkait konsumsi alkohol dan memiliki efektivitas biaya tinggi terutama jika diterapkan pada daerah padat penduduk.⁹

Pada hasil studi alkohol didapatkan bahwa dengan diberlakukannya pembatasan ketersediaan dan pemasaran produk alkohol akan menimbulkan dampak positif terhadap

kesehatan di tingkat populasi (200 – 350 tahun kehidupan yang sehat diperoleh per satu juta populasi), dengan biaya implementasi yang rendah (<\$ 0,10 per kapita) dan memiliki efektivitas biaya yang tinggi (<\$ 100 dalam pengaturan pendapatan yang lebih rendah).¹³

Bahan Pertimbangan

- Setiap pemerintah daerah bisa dan mampu untuk mengembangkan peraturan yang meregulasi ketersediaan alkohol.
- Harus dibentuk wadah dengan otoritas yang berkewajiban dan bertugas untuk memastikan implementasi dari larangan di tingkat daerah
- Regulasi harus dikembangkan oleh setiap pemerintah daerah dan dilaksanakan dengan pemantauan secara berkala dengan cakupan komunitas, sekolah, dan tempat kerja.
- Regulasi harus menekankan produk alkohol tradisional dan oplosan

Langkah Aksi

1. Melakukan pertemuan dengan berbagai pemangku kepentingan.
2. Menjabarkan bukti pentingnya menurunkan ketersediaan alkohol, dan manfaat baik langsung maupun tidak langsung yang dihasilkan.
3. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk analisa kesenjangan.
4. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk melakukan rencana kerja jangka pendek, menengah dan panjang.

Contoh Program

Pembatasan Ketersediaan Afrika Selatan dalam *Liquor Amendment Bill*¹

Menurut Laporan WHO status Global 2011 peringkat Afrika Selatan sebagai negara dengan salah satu pola konsumsi alkohol paling berisiko. Satu dari dua pria (48,1%) dan dua dari lima wanita (41,2%) pernah mengkonsumsi alkohol dalam jumlah banyak. Kelompok usia dewasa di Afrika Selatan berusia 15 tahun dan lebih tua mengkonsumsi rata-rata 9,5 liter setiap tahun, yang jauh lebih tinggi daripada rata-rata regional Afrika 6,2 liter per orang dan mengakibatkan tingginya tingkat bahaya akibat alkohol.

Salah satu masalah terbesar di Afrika Selatan dalam upaya pengendalian alkohol adalah banyaknya tempat penjualan yang tidak memiliki izin yang dinamakan *shebeen* dengan jumlahnya ribuan. Tanpa pengawasan, *shebeens* sering dibuka hingga larut malam dan menjadi tempat kekerasan tindakan dan perilaku seksual berisiko. Untuk mengatasi masalah ini, *Liquor Amandement Bill* mengusulkan untuk melarang distributor berlisensi untuk menjual alkohol ke perusahaan yang tidak berlisensi. Selain itu, *Liquor Amandement Bill* mengusulkan perluasan klasifikasi alkohol yang diatur untuk memasukkan semua bir dan minuman fermentasi, yang dinaungi oleh Departemen Pertanian, Kehutanan dan Perikanan.

Undang-undang yang diusulkan juga mencakup pembatasan ketersediaan komprehensif untuk membatasi jam dan hari penjualan, merubah minimum usia pembelian resmi dari 18 hingga 21 tahun dan melarang penjualan alkohol dalam jarak 500 meter dari lokasi sensitif (tempat ibadah, sekolah, fasilitas rekreasi dan pusat perawatan, dll).

Kota Kupang, Regulasi Produksi Sophia

NTT merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang memproduksi alkohol khas NTT dengan nama Sophia. Namun produksi yang dilakukan merupakan produksi rumahan dan belum memiliki standarisasi. Pada tahun 2019, guna melindungi masyarakat terhadap dampak buruk penyalahgunaan dan konsumsi alkohol tradisional dan oplosan serta akan menjamin produksi alkohol tradisional dengan bahan baku yang sudah dimurnikan dan berstandar Nasional gubernur NTT menyusun

peraturan Gubernur NTT No. 44 tahun 2019 tentang pemurnian dan tata kelola minuman tradisional beralkohol khas Nusa Tenggara Timur. Adapula isi dari peraturan ini mengatur sistem produksi, peredaran dan penjualannya, sehingga proses pembuatan alkohol tradisional sehingga tidak berbahaya dan tidak melebihi kadar 55%. Peraturan ini juga mengatur larangan produksi tanpa izin dengan adanya sanksi.

Sumber

- *Global status report on alcohol and health 2018* (World Health Organization)
Tinjauan Penanggulangan alkohol di Negara lain
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29355346>
- *Are the “best buys” for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level*
Tinjauan efektivitas penanggulangan alkohol
<https://www.jsad.com/doi/abs/10.15288/jsad.2018.79.514>

Strategi

3

Kampanye Bahaya Alkohol Oplosan

Langkah Aksi

1. Melakukan pertemuan dengan berbagai pemangku kepentingan
2. Menjabarkan bukti pentingnya Kampanye bahaya alkohol oplosan, dan manfaat baik langsung maupun tidak langsung yang dihasilkan
3. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk analisa kesenjangan
4. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk melakukan rencana kerja jangka pendek, menengah dan panjang

Kampanye komunitas adalah kampanye dalam skala besar dengan menggunakan berbagai jenis pendekatan intervensi media massa, dan dalam durasi waktu yang panjang. Jenis media yang biasanya digunakan adalah komunikasi kesehatan dengan jangkauan luas yang menargetkan audiens dalam jumlah besar melalui siaran televisi dan radio, media cetak (misalnya, surat kabar), penempatan di luar rumah (misalnya, papan iklan, bioskop, tempat penjualan), dan media digital.

Tujuan dari kampanye bahaya alkohol oplosan adalah menyampaikan pesan kunci bahaya dari mengkonsumsi alkohol ilegal atau oplosan yang dirancang dengan target populasi spesifik. Dengan pelaksanaan kampanye akan memberikan

dampak positif perubahan perilaku menghindari konsumsi alkohol oplosan yang berbahaya bagi kesehatan dan menurunkan perilaku konsumsi alkohol yang berbahaya. Kampanye akan dimulai dengan riset atau uji formatif pola konsumsi alkohol oplosan kemudian dikembangkan konten pesan intervensi atau “*tagline*” untuk menghindari alkohol oplosan yang digunakan secara konsisten melalui semua sarana dan saluran komunikasi.

Dasar Pemikiran

Kampanye alkohol merupakan sebuah sarana yang dapat digunakan untuk peningkatan pengetahuan dan kesadaran akan bahaya mengkonsumsi alkohol oplosan. Dengan meningkatnya kesadaran akan bahaya alkohol oplosan akan landasan berpikir bagi masyarakat untuk menghindari kebiasaan konsumsi alkohol oplosan dan kebiasaan perilaku konsumsi alkohol yang berbahaya.

Menurut data dari WHO, tingkat konsumsi alkohol merupakan salah satu Negara dengan tingkat alkohol yang terendah di dunia. Namun, yang masalah yang harus diperhatikan untuk Indonesia adalah konsumsi alkohol ilegal yang tinggi dengan persentase sebesar 83%. Namun tidak ada data jelas yang menyatakan berapa persen dari konsumsi alkohol ilegal tersebut adalah alkohol oplosan. Merujuk hasil penelitian dari studi *Center for Indonesian policy studies* didapatkan dari 840 laporan kematian akibat konsumsi alkohol jenis oplosan di Indonesia selama periode tahun 2008 hingga 10 April 2018, mayoritas merupakan

individu berusia muda dan berasal dari kalangan masyarakat berpendapatan rendah.¹⁵

Dari hasil studi Penelitian yang dilakukan dengan populasi buruh PT Esa Express Surabaya mengenai perilaku konsumsi minuman keras dan oplosan mendapatkan hubungan positif antara tingkat pengetahuan, sikap, serta perilaku konsumsi minuman keras dan oplosan pada populasi buruh PT Esa Express Surabaya. Semakin baik tingkat pengetahuan, semakin baik pula sikap dan perilaku terhadap aktivitas konsumsi minuman keras dan oplosan.¹⁶

Bukti Efektivitas

Tujuan dari pelaksanaan kampanye untuk meningkatkan pengetahuan terutama di daerah dan target populasi pengetahuan rendah terbukti efektif meningkatkan pengetahuan dan meningkatkan perilaku mencari informasi dan pengobatan terkait penyalahgunaan alkohol. Dengan terbentuknya pengetahuan dan tingkat kesadaran yang tinggi tentang bahaya konsumsi alkohol, akan menjadi landasan bagi pelaksanaan program intervensi penanggulangan alkohol lainnya.

Berdasarkan hasil analisis, Kampanye kesehatan tentang alkohol memberikan dampak hasil bagus dimana kampanye diingat oleh individu bahkan setelah kampanye selesai, dan memberikan dampak telah perubahan pengetahuan, sikap dan kepercayaan tentang alkohol. Namun bukti-bukti dampak efektivitasnya terhadap penurunan konsumsi alkohol sangat minim. Intervensi

melalui program kampanye edukasi lewat sekolah dan pendidikan tinggi juga menunjukkan program ini tidak efektif dari segi biaya. Namun, dengan meningkatnya tingkat edukasi dan kesadaran masyarakat, akan menjadi dasar untuk dukungan publik jika pemerintah akan mengimplementasikan kebijakan yang lebih efektif.

Bahan Pertimbangan

- Intervensi pengendalian alkohol dengan metode kampanye bukan merupakan prioritas yang pertama.
- Intervensi pengendalian alkohol dengan metode kampanye harus diintegrasikan dengan upaya intervensi lainnya.
- Kelompok usia muda adalah target populasi yang sangat penting dengan tingkat respon positif yang tinggi.
- Target sasaran kampanye alkohol diutamakan untuk kelompok pendidikan rendah.

Langkah Aksi

1. Melakukan pertemuan dengan berbagai pemangku kepentingan.
2. Menjabarkan bukti pentingnya Kampanye bahaya alkohol oplosan, dan manfaat baik langsung maupun tidak langsung yang dihasilkan.

3. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk analisa kesenjangan.
4. Bekerjasama dengan pemangku kepentingan untuk melakukan rencana kerja jangka pendek, menengah dan panjang.

Contoh Program

One Island, One Nation: Guam's Alcohol-Free Movement

State Epidemiological Outcomes Workgroup (SEOW) mengemukakan bahwa angka konsumsi alkohol berlebihan dan pesta minum minuman keras di Guam adalah sangat tinggi, dimana 1 dari 5 orang dewasa, dan 1 dari 7 remaja adalah peserta pesta mabuk. Akibat dari penyalahgunaan alkohol di Guam adalah tingginya angka kecelakaan lalu lintas.

Dalam upaya menanggulangi perilaku konsumsi alkohol yang berbahaya, *Guam Behavioral Health and Wellness Center - Prevention & Training Branch* (kantor PEACE) melakukan kampanye strategis Pemasaran Sosial Pencegahan Alkohol guna menanggulangi kebiasaan sosial dan merubah norma budaya kebiasaan konsumsi alkohol di Guam. Kampanye *One Nation* diluncurkan pada 2010 melalui berbagai mitra dengan *Youth for Youth LIVE!* Guam, Departemen Pemuda, Departemen Kesehatan Masyarakat dan Layanan Sosial, dan *Foremost Foods Inc.*

Dengan pelaksanaan kampanye *One Nation Guam* berbagai keberhasilan telah dapat dicapai untuk menggerakkan Guam

menuju komunitas yang lebih sehat dan bebas alkohol. Tujuan akhir yang ingin dicapai dari kampanye ini adalah untuk mempromosikan perilaku sehat dan gaya hidup bebas alkohol di Guam dan pulau-pulau terluar.

Stop Oplosan

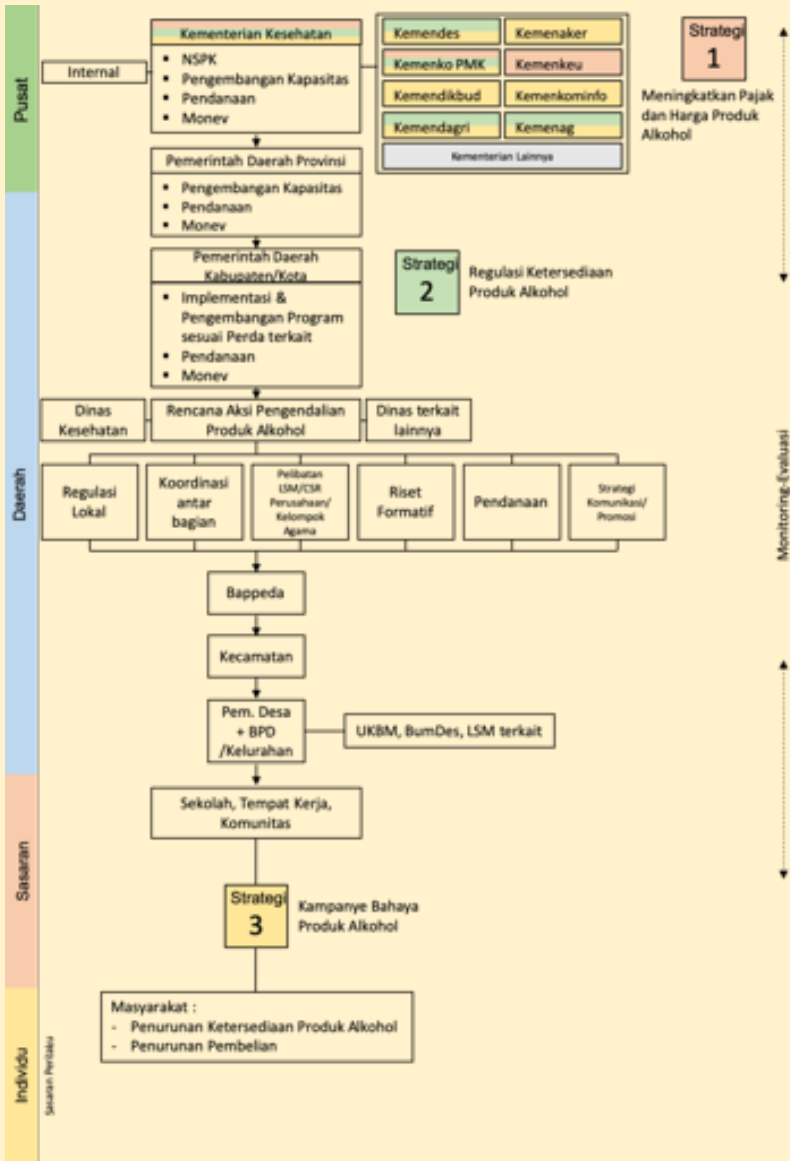
Kampanye *Stop Oplosan* adalah sebuah kampanye yang diinisiasi oleh *Center for Indonesian Policy Studies* (CIPS) dan didukung oleh berbagai elemen masyarakat guna menyebarkan informasi dan meningkatkan kesadaran akan bahaya mengonsumsi alkohol oplosan. Dengan menargetkan masyarakat kelompok usia muda, CIPS mengadakan *roadshow* ke universitas-universitas di Indonesia dan memaparkan hasil penelitiannya dan juga *pembahasan pengalaman* dari penyintas minuman beralkohol oplosan.

Sumber

- **Stop Oplosan** (*Center for Indonesian Policy Studies*)
Contoh program kampanye di Indonesia
<https://www.stopoplosan.org>
- **One island, one nation: Guam's Alcohol-free movement** (*Guam behaviour Health and wellness center – prevention & training branch*)
Contoh kampanye di negara GUam
<https://www.peaceguam.org/one-nation-alcohol-free-campaign>
- **Effectiveness of mass media campaigns to reduce alcohol consumption and harm: A systematic review**
Efektivitas kampanye dalam penanggulangan alkohol
<https://academic.oup.com/alcalc/article/53/3/302/4796878>



Gambar 2. Alur Langkah Implementasi Aksi Alkohol.



Daftar Pustaka

1. Hammer JH, Parent MC, Spiker DA, World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Vol. 65, Global status report on alcohol. 2018. 74–85 p. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29355346>
2. Uddarojat R. Cedera dan Kematian Akibat Minuman Beralkohol Palsu dan Oplosan - Potensi Dampak Pelarangan Minuman Beralkohol di Indonesia. Jakarta; 2016.
3. Lestari TRP. Menyoal Pengaturan Konsumsi Minuman Beralkohol di Indonesia. Jakarta; 2016.
4. Balitbang Kemenkes RI. Riset Kesehatan Dasar 2018. 2018.
5. Association BM. Reducing alcohol-related harm : a blueprint for Government. 2018;
6. Association BM. Tackling alcohol-related harm. :1–12.
7. World Health Organization. “Best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Who [Internet]. 2017;17(9):28. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259232/1/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf?ua=1>
8. Vandenberg B, Sharma A. Are Alcohol Taxation and Pricing Policies Regressive? Product-Level Effects of a Specific Tax and a Minimum Unit Price for Alcohol. Alcohol Alcohol. 2016;51(4):493–502.
9. Burton R, Marsden J. The Public Health Burden of Alcohol

- and the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Alcohol Control Policies An evidence review. 2016;241. Available from:
<http://www.gov.uk/phe%5Cnwww.facebook.com/PublicHealthEngland%5Cnalcoholenquiries@phe.gov.uk%5Cnwww.gov.uk/phe%5Cnwww.facebook.com/PublicHealthEngland%5Cnalcoholenquiries@phe.gov.uk>
10. The Senate Standing Committee on Community Affairs. Ready-to-drink alcohol beverages [Internet]. 2008. Available from:
http://www.aph.gov.au/binaries/senate/committee/clac_ctte/alcohol_beverages/report/report.pdf
 11. Organization pan american health. alcohol no ordinary commodity research and public policy [Internet]. 1385. Available from:
http://www.ghbook.ir/index.php?name=فرهنگ و رسانه های نوین&option=com_dbook&task=readonline&book_id=13650&page=73&chckhashk=ED9C9491B4&Itemid=218&lang=fa&tmpl=component
 12. Meng Y, Brennan A, Holmes J, Hill-McManus D, Angus C, Purhshouse R, et al. Modelled income group-specific impacts of alcohol minimum unit pricing in England 2014/15: Policy appraisals using new developments to the Sheffield Alcohol Policy Model (v2.5). 2013;1–22. Available from:
http://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.291621!/file/julyreport.pdf
 13. Chisholm D, Moro D, Bertram M, Pretorius C, Gmel G, Shield K, et al. Are the “best buys” for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of

- alcohol control strategies at the global level. *J Stud Alcohol Drugs*. 2018;79(4):514–22.
14. The Lancet. Russia's alcohol policy: a continuing success story. *Lancet* [Internet]. 2019;394(10205):1205. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32265-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32265-2)
 15. Studies C for IP. *Memerangi Alkohol Ilegal : Prioritas kebijakan di Bandung, Jawa Barat*. 2018.
 16. Soularto dirwan suryo, Susanto A. Hubungan tingkat pengetahuan sikap dan perilaku terhadap minuman keras studi kasus di PT Esa Express Surabaya [Internet]. 1385. Available from: <http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/7365?show=full>
 17. Young B, Lewis S, Katikireddi SV, Bauld L, Stead M, Angus K, et al. Effectiveness of mass media campaigns to reduce alcohol consumption and harm: A systematic review. *Alcohol Alcohol*. 2018;53(3):302–16.

ISBN 978-023-96428-4-0



9 786239 040840