

Implementasi Undang-Undang Kesejahteraan Sosial

Kesejahteraan sosial dalam arti yang sangat luas mencakup berbagai tindakan yang dilakukan manusia untuk mencapai tingkat kehidupan masyarakat yang lebih baik. Dalam kaitan ini Elizabeth Wickenden menyatakan bahwa "Kesejahteraan sosial termasuk di dalamnya adalah peraturan perundang-perundangan, program, manfaat dan pelayanan yang menjamin atau memperkuat pelayanan untuk memenuhi kebutuhan sosial yang mendasar dari masyarakat serta menjaga ketenteraman dalam masyarakat". Dengan demikian, menjadi relevan untuk mengkaji bagaimana implementasi undang-undang yang terkait dengan bidang kesejahteraan sosial, karena sebagaimana dinyatakan oleh Elizabeth Wickenden, peraturan perundang-undangan juga merupakan salah satu aspek dari kesejahteraan sosial. Buku ini berisi lima tulisan yang berusaha memberikan gambaran mengenai implementasi beberapa undang-undang yang terkait dengan bidang kesejahteraan sosial untuk selanjutnya dapat dimanfaatkan oleh DPR dalam melaksanakan fungsi pengawasan yang terkait dengan pelaksanaan undang-undang.

Implementasi peraturan perundang-undangan di bidang kesejahteraan sosial dipengaruhi oleh banyak faktor, baik yang bersifat internal maupun eksternal. Dengan mengetahui berbagai faktor yang mempengaruhi implementasi peraturan perundang-undangan di bidang kesejahteraan sosial, ke depan diharapkan berbagai kendala yang dapat menghambat efektivitas implementasi dapat semakin diminimalisasi. Khusus untuk DPR, diharapkan faktor-faktor penghambat tersebut dapat lebih mendapat perhatian dan menjadi titik tolak serta fokus dalam melaksanakan fungsi pengawasan yang terkait dengan pelaksanaan berbagai peraturan perundang-undangan maupun isu yang aktual dan sedang dihadapi oleh masyarakat.

IMPLEMENTASI UU. BIDANG KESEJAHTERAAN SOSIAL

PENYUNTING: SALI SUSIANA

IMPLEMENTASI UNDANG-UNDANG BIDANG KESEJAHTERAAN SOSIAL



PENYUNTING : SALI SUSIANA



Diterbitkan oleh
Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI
dan PT. Dian Rakyat
2016

BUKU TIDAK DIPERJUAL BELIKAN



IMPLEMENTASI UNDANG-UNDANG BIDANG KESEJAHTERAAN SOSIAL

**Penyunting:
Sali Susiana**

Diterbitkan oleh:
Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI dan DIAN RAKYAT
2016

Judul:

Implementasi Undang-Undang Bidang Kesejahteraan Sosial

Perpustakaan Nasional:

Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Jumlah Halaman Isi: 220 hal

Ukuran Bersih Buku: 15,5 x 23 cm

ISBN: 978-602-60366-8-1

Cetakan Pertama, 2016

Penulis:

Dina Martiany, S.H., M.Si.

Rahmi Yuningsih, SKM., MKM.

Sri Nurhayati Qodriyatun, S.Sos., M.Si

Sulis Winurini, S.Psi., M.Psi

Tri Rini Puji Lestari, SKM, M.Kes

Editor:

Sali Susiana

Desain Sampul:

Bambang RS

Tata Letak:

Ilham Akbar, Fajar Dwiyanto

Board Editor:

Pitan Daslani

Diterbitkan oleh:

Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI 2016

Gedung Nusantara I Lt. 2

Jl. Jenderal Gatot Subroto, Jakarta Pusat 10270

Telp. (021) 5715409 Fax. (021) 5715245

Bersama:

PT. DIAN RAKYAT Anggota IKAPI No. 161/DKI/66

Jl. Rawagirang no. 8, Kawasan Industri Pulogadung, Jakarta 13930

Telp. (021) 4604444/4606666 Fax. (021) 4609115

www.dianrakyat.co.id

Undang-Undang RI Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak Cipta**Pasal 72**

- (1) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
- (2) Barangsiapa dengan sengaja menyiaran, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT, yang atas perkenan-Nya para peneliti Kesejahteraan Sosial, Pusat Penelitian, Badan Keahlian DPR RI dapat menyelesaikan karya tulis ilmiahnya yang tersusun dalam buku yang bertajuk "Implementasi Undang-Undang Bidang Kesejahteraan Sosial".

Buku ini terbit sebagai hasil kajian mengenai pelaksanaan peraturan dalam bentuk undang-undang di bidang sosial oleh para penulis yang turut diperkaya dengan keterlibatan langsung para penulis dalam berbagai undang-undang yang dibahas di DPR RI. Tulisan ilmiah dirangkai untuk melihat apa yang menjadi fokus kebijakan sosial dalam upaya pemerintah melaksanakan pembangunan sosial melalui program-program di tingkat nasional dan daerah. Buku ini terdiri dari lima tulisan yang mengangkat tema kesehatan, lingkungan, dan gender.

Saya menilai kelima karya tulis ilmiah memiliki sekuensi dan koneksi yang baik dalam mendukung keberlanjutan pengaturan di bidang perundang-undangan tentang permasalahan sosial. Buku ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran tentang konsep, strategi, dan implementasi perundang-undangan bidang sosial di Indonesia.

Akhirnya, saya mengucapkan terima kasih kepada para peneliti Pusat Penelitian, Badan Keahlian DPR RI yang telah berupaya menuangkan pemikirannya dalam buku ini sembari berharap agar di masa mendatang dapat menghasilkan buku-buku lainnya. Saya berkeyakinan bahwa inovasi dan inovasi yang dihasilkan dalam buku ini akan memberikan sumbangan pemikiran yang berarti dalam perumusan kebijakan pembangunan sosial ke depan.

Pada kesempatan yang baik ini, saya sampaikan apresiasi yang mendalam kepada penulis yang secara inovatif dan konstruktif telah berusaha memberikan sumbang pikir yang terbaik dalam pembangunan masyarakat dan bangsanya. Saya berikan penghargaan dan terima kasih mendalam kepada Sali Susiana atas sumbangan pemikirannya dalam merancang dan melakukan kegiatan penyuntingan, sehingga buku ini layak untuk dibaca dan dapat bermanfaat bagi pengembangan kebijakan pembangunan sosial. Amin.

Jakarta, Oktober 2016
Kepala Pusat Penelitian
Badan Keahlian DPR RI

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar Isi	iii
Prolog	v
1. Implementasi Regulasi Sertifikasi, Registrasi, dan Lisensi Tenaga Kesehatan	
<i>Rahmi Yuningsih</i>	1
2. Penyelenggaraan Rehabilitasi Narkotika Menurut Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika	
<i>Tri Rini Puji Lestari</i>	47
3. Tinjauan Pornografi dari Perspektif Gender dan Implementasi UU No. 44 Tahun 2008	
<i>Dina Martiany</i>	81
4. Kearifan Lokal dalam Pembukaan Lahan dengan Cara Bakar: Implementasi Pasal 69 Ayat (2) UU PPLH	
<i>Sri Nurhayati Qodriyatun.....</i>	127
5. Implementasi Peraturan tentang Kawasan Dilarang Merokok (KDM) di Kantor Pemerintahan di DKI Jakarta: Studi Kasus Kepatuhan Perokok di Lembaga X	
<i>Sulis Winurini.....</i>	155
Epilog	191
Indeks.....	197
Biografi	205

PROLOG

Kesejahteraan sosial dalam arti yang sangat luas mencakup berbagai tindakan yang dilakukan manusia untuk mencapai tingkat kehidupan masyarakat yang lebih baik. Pertemuan Panitia Kerja Pra-Konferensi Kesejahteraan Sosial Internasional yang ke-15 merumuskan pengertian Kesejahteraan Sosial sebagai: "*Social welfare is all the organized social arrangements which have as their direct and primary objective the well-being of people in social context. It includes the broad range of policies and services which are concerned with various aspects of people live-their income, security, health, housing, education, recreation, cultural traditions, etc*"(Kesejahteraan sosial adalah keseluruhan usaha sosial yang terorganisasi dan mempunyai tujuan utama untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat berdasarkan konteks sosialnya. Di dalamnya tercakup pula kebijakan dan pelayanan yang terkait dengan berbagai kehidupan dalam masyarakat, seperti pendapatan; jaminan sosial; kesehatan; perumahan; pendidikan; rekreasi; tradisi budaya, dan sebagainya).

Elizabeth Wickenden menyatakan bahwa: "*Social welfare includes those laws, programs, benefits and services which assure of strengthen provisions for meeting social needs recognized to the well-being of the population and the better functioning of the social order*"(Kesejahteraan sosial termasuk di dalamnya adalah peraturan perundang-perundangan, program, manfaat dan pelayanan yang menjamin atau memperkuat pelayanan untuk memenuhi kebutuhan

sosial yang mendasar dari masyarakat serta menjaga ketentraman dalam masyarakat).

Dikaitkan dengan tugas dan fungsi Pusat Penelitian, khususnya Bidang Kesejahteraan Sosial, menjadi relevan untuk mengkaji bagaimana implementasi undang-undang yang terkait dengan bidang kesejahteraan sosial, karena sebagaimana dinyatakan oleh Elizabeth Wickenden, peraturan perundang-undangan juga merupakan salah satu aspek dari kesejahteraan sosial.

Buku ini berisi lima tulisan yang berusaha memberikan gambaran mengenai implementasi beberapa undang-undang yang terkait dengan bidang kesejahteraan sosial untuk selanjutnya dapat dimanfaatkan oleh DPR dalam melaksanakan fungsi pengawasan yang terkait dengan pelaksanaan undang-undang.

Diawali dengan tulisan dari Rahmi Yuningsih berjudul **“Implementasi Regulasi Sertifikasi, Registrasi, dan Licensi Tenaga Kesehatan”** yang membahas mengenai berbagai peraturan yang terkait dengan sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga kesehatan; bagaimana sejarah regulasi sertifikasi, registrasi dan lisensi tenaga kesehatan; dan bagaimana implementasinya di lapangan. Hal ini menjadi penting mengingat dalam beberapa tahun ini konsep registrasi dan lisensi ada di setiap penyusunan Rancangan Undang-Undang yang terkait dengan masalah kesehatan seperti RUU tentang Tenaga Kesehatan dan RUU tentang Keperawatan. Terlebih saat ini di DPR tengah dibahas mengenai RUU Kebidanan yang salah satu pengaturannya juga mengenai kebijakan sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga kebidanan.

Tulisan berikutnya masih dari bidang kesehatan, berjudul **“Penyelenggaraan Rehabilitasi Narkotika Menurut Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika”** yang ditulis oleh Tri Rini Puji Lestari. Dalam tulisan ini dibahas bagaimana pentingnya rehabilitasi narkotika dalam penanganan pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika melalui rehabilitasi narkotika serta bagaimana penyelenggaraannya bila dikaitkan dengan ketentuan dalam Undang-Undang No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika.

Isu tentang pornografi selalu menarik untuk diperdebatkan. Dina Martiany melalui tulisan berjudul **“Tinjauan Pornografi dari Perspektif Gender dan Implementasi UU No. 44 Tahun 2008”** berusaha membahas mengenai isu pornografi dari perspektif gender dan implementasi undang-undang tentang pornografi, yaitu Undang-Undang No. 44 Tahun 2008. Dua pertanyaan penting yang diajukan oleh penulis adalah (1) Bagaimana tinjauan pornografi dari perspektif gender dan bagaimana perempuan diposisikan dalam pornografi?; dan (2) Bagaimana implementasi UU No. 44 Tahun 2008 tentang Pornografi?

Masalah kesejahteraan sosial tidak dapat dilepaskan dari lingkungan di mana manusia hidup dan menjalankan aktivitasnya sehari-hari. Kebakaran hutan dan lahan yang selalu terjadi hampir setiap tahun merupakan salah satu masalah lingkungan yang dapat mempengaruhi kesejahteraan masyarakat. Dalam kaitan itu tulisan dari Sri Nurhayati Qodriyatun berjudul **“Kearifan Lokal dalam Pembukaan Lahan dengan Cara Bakar: Implementasi Pasal 69 Ayat (2) UU PPLH”** menjadi penting untuk disimak. Meskipun

berbagai peraturan perundang-undangan memberikan batasan dalam pembukaan lahan dengan bakar, namun dalam praktiknya perbuatan membuka lahan dengan cara bakar tidak sesuai dengan apa yang sudah diatur sehingga memunculkan tuduhan bahwa masyarakat tradisional yang membuka lahan dengan bakar menjadi salah satu penyebab terjadinya kebakaran hutan dan lahan. Oleh karena itu, menjadi menarik untuk mempertanyakan hal berikut: (1) masih adakah kearifan lokal dalam membuka lahan dengan bakar; (2) apakah kearifan lokal dalam membuka lahan dengan bakar memang menjadi penyebab kebakaran hutan dan lahan; (3) apakah Pemerintah perlu melakukan revisi UU PPLH; dan (4) bagaimana kita dapat melindungi masyarakat tradisional yang masih menerapkan pembukaan lahan dengan bakar dalam tradisi mereka?

Lingkungan yang sehat menjadi salah satu faktor yang turut berperan dalam menentukan tingkat kesejahteraan. Tulisan kelima sekaligus menjadi penutup buku ini masih berkaitan dengan lingkungan, meskipun dikaitkan dengan aspek psikologis. Melalui tulisannya berjudul **“Kepatuhan terhadap Peraturan tentang Kawasan Dilarang Merokok di Kantor Pemerintahan di DKI Jakarta”**, Sulis Winurini menguraikan berbagai faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan para perokok untuk tidak merokok di Kawasan Dilarang Merokok (KDM). Tulisan difokuskan pada Peraturan Gubernur DKI Jakarta No. 75 Tahun 2005 tentang Kawasan Dilarang Merokok.

Demikianlah lima tulisan yang terdapat dalam buku ini. Meskipun tidak mewakili seluruh aspek kesejahteraan sosial, namun setidaknya seluruh tulisan tersebut dapat memberikan gambaran

mengenai betapa kompleksnya implementasi berbagai peraturan perundang-undangan di bidang kesejahteraan sosial sekaligus menunjukkan banyaknya faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan implementasinya.

IMPLEMENTASI REGULASI SERTIFIKASI, REGISTRASI, DAN LISENSI TENAGA KESEHATAN

Rahmi Yuningsih

Pendahuluan

Pembangunan nasional pada hakikatnya merupakan upaya atau proses untuk mewujudkan tujuan nasional Bangsa Indonesia sebagaimana tercantum dalam alinea keempat Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 yaitu mencerdaskan kehidupan bangsa, menciptakan kesejahteraan umum, melindungi seluruh tumpah darah Indonesia dan membantu melaksanakan ketertiban dunia dan perdamaian abadi. Salah satu bagian dari pembangunan nasional adalah pembangunan di bidang kesehatan. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia (SDM) yang produktif secara sosial dan ekonomis. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan gender dan nondiskriminatif, dan norma-norma agama sebagaimana tercantum dalam Pasal 2 dan Pasal 3 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Untuk mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan tersebut, dibutuhkan SDM kesehatan yang berkompetensi.

SDM merupakan komponen utama dari sistem kesehatan dan menghabiskan paling banyak sumber daya yang dialokasikan untuk sistem kesehatan. SDM berkontribusi terhadap kinerja dari semua fungsi utama kesehatan sehingga upaya untuk meningkatkan efektivitas tenaga kesehatan merupakan titik fokus untuk meningkatkan kinerja sistem kesehatan. Jika dilihat dari objek penerima pelayanan kesehatan, SDM kesehatan dibedakan menjadi dua, yaitu seseorang yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada individu dan kepada masyarakat (*non-personal health services*).¹ Di Indonesia, SDM yang bekerja di bidang kesehatan (SDM kesehatan) dibedakan berdasarkan latar belakang pendidikan kesehatan dan non-kesehatan, yaitu tenaga kesehatan dan tenaga non-kesehatan. Definisi tenaga kesehatan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 mengenai Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Sedangkan upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Tenaga non-kesehatan merupakan SDM Kesehatan selain tenaga kesehatan yang mengabdikan diri di fasilitas pelayanan kesehatan

¹ Beaglehole, Robert dan Mario R. Dal Poz. 2003. *Public Health Workforce: Challenges and Policy Issues*. London: London: BioMed Central Journal.

seperti tenaga pengamanan gedung, tenaga administrasi umum, dan lainnya.

Sektor kesehatan sudah menjadi bagian dari industri yang memberikan lapangan pekerjaan luas. Ungkapan bahwa kesehatan adalah area yang padat karya menunjukkan bahwa banyak orang yang bekerja dalam sektor kesehatan. Sebagai contoh, di Amerika Serikat pada tahun 1910 terdapat sebanyak 1,3 persen penduduk yang bekerja di tiga profesi kesehatan, yaitu dokter, perawat, dan bidan. Namun saat ini, terdapat 700 jenis kategori pekerjaan dalam sektor pelayanan kesehatan dan 5 persen dari penduduk Amerika Serikat merupakan pekerja dalam sektor pelayanan kesehatan. Hal ini menyebabkan sektor kesehatan sebagai salah satu industri individual terbesar di Amerika Serikat.² Di Indonesia, saat ini terdapat 13 kelompok tenaga kesehatan dan masing-masing kelompok tersebut memiliki kekhususan tersendiri. Jumlah tenaga kesehatan yang bekerja sesuai dengan fungsinya sebanyak 772.078 orang atau sekitar 0,3 persen dari jumlah penduduk Indonesia.

Sesuai dengan peraturan perundang-undangan saat ini, untuk dapat melakukan pelayanan kesehatan, calon tenaga kesehatan harus memenuhi tahapan persyaratan seperti memiliki kualifikasi atau kompetensi minimum, telah melalui proses registrasi dan mendapat lisensi (izin) dari pemerintah daerah. Ketiga tahapan tersebut merupakan satu rangkaian yang harus dilalui oleh mahasiswa program pendidikan kesehatan untuk dapat melaksanakan praktik di fasilitas pelayanan kesehatan. Adapun tahapan tersebut merupakan

² Ayuningtyas, Dumilah. 2014. *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Jakarta: Rajawali Pers.

hasil dari perkembangan kebijakan kesehatan. Pada awal tahun 2000-an, kewajiban untuk registrasi dan lisensi tenaga kesehatan guna memenuhi aspek administrasi saja, terkait kemudahan pengawasan dan pembinaan yang akan dilakukan oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Hal ini diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1239 Tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat. Pasal 3 peraturan tersebut menyatakan bahwa perawat yang baru lulus mengajukan permohonan dan mengirimkan kelengkapan registrasi kepada Kepala Dinas Kesehatan provinsi dimana sekolah berada guna memperoleh Surat Izin Praktik (SIP) selambat-lambatnya satu bulan setelah menerima ijazah pendidikan keperawatan. Kelengkapan yang dimaksud antara lain foto kopi ijazah, surat keterangan sehat, dan pas foto.

Barulah pada tahun 2010 kewajiban untuk registrasi dan lisensi tenaga kesehatan tidak hanya untuk memenuhi aspek administrasi saja melainkan juga untuk menyaring kemampuan atau kompetensi tenaga kesehatan. Hal ini terdapat dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 161 Tahun 2010 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan. Pasal 2 peraturan tersebut menyatakan bahwa setiap tenaga kesehatan yang akan menjalankan pekerjaan keprofesiannya wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR). untuk mendapatkan STR salah satunya diperlukan sertifikat kompetensi yang diperoleh melalui uji kompetensi. Dalam penjelasan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 mengenai Tenaga Kesehatan disebutkan bahwa pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan terutama ditujukan untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi yang diharapkan dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi seluruh

penduduk Indonesia. Pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dilakukan melalui peningkatan komitmen dan koordinasi semua pemangku kepentingan dalam pengembangan tenaga kesehatan serta legislasi yang antara lain meliputi sertifikasi melalui uji kompetensi, registrasi, perizinan, dan hak-hak tenaga kesehatan.

Regulasi mengenai sertifikasi, regulasi, dan lisensi tenaga kesehatan saat ini masih belum stabil dan masih terus mengalami perubahan. Regulasi yang telah disebutkan di atas berlaku untuk semua tenaga kesehatan kecuali tenaga medis. Regulasi sertifikasi, regulasi, dan lisensi tenaga medis diatur tersendiri dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Menurut undang-undang tersebut, uji kompetensi dilakukan untuk mendapatkan sertifikat kompetensi sebagai syarat untuk mendapatkan Surat Tanda Registrasi (STR). Uji kompetensi dilakukan kepada dokter atau dokter gigi setelah lulus pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi, baik di dalam maupun di luar negeri. Berbeda dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, uji kompetensi dilakukan secara nasional pada mahasiswa bidang kesehatan pada akhir masa pendidikan vokasi dan profesi, bukan setelah lulus pendidikan. Dalam hal ini, institusi pendidikan tidak memiliki hak sepenuhnya dalam meluluskan peserta didik. Kelulusan peserta didik tergantung dari kelulusan uji kompetensi.

Penjelasan di atas dilihat dari aspek regulasi. Jika dilihat dari aspek implementasi regulasi tersebut, permasalahan juga masih banyak ditemui. Misalnya dalam pelaksanaan ujian kompetensi kedokteran yang mulai diadakan pada tahun 2007, terdapat banyak permasalahan dalam pelaksanaannya. Diantaranya tidak semua

lembaga pendidikan kedokteran menjadi lokasi tempat ujian kompetensi. Kendala jarak yang jauh dan tingginya biaya menjangkau tempat ujian kompetensi menjadi masalah bagi para dokter di Papua untuk mengikuti ujian kompetensi di Pulau Jawa. Selain itu, pendataan melalui sistem *online* juga menjadi kendala ketika di daerah tidak tersedia sinyal internet. Ada dokter yang berasal dari Papua yang sudah 12 kali mengikuti ujian kompetensi namun tidak lolos. Hal ini menghambat pemberian pelayanan kepada masyarakat sehingga masyarakat yang menjadi korban atas kebijakan tersebut.³ Selain itu, perbedaan kualitas dan kuantitas tenaga pengajar serta fasilitas kampus pendidikan membuat dokter lulusan perifer cenderung memiliki tingkat kelulusan uji kompetensi yang rendah. Saat ini kegiatan registrasi dilakukan secara manual oleh petugas sehingga memungkinkan terjadinya kesalahan dalam *input* data. Selain karena *human error*, data seringkali terpisah dan berbeda antara Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI), Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi (MTKP), dan Organisasi Profesi (OP). Hal ini dikarenakan banyaknya prosedur yang harus dilalui seperti pengajuan dan penyerahan STR melalui MTKP namun STR ditandatangani oleh MTKI pusat.

Terlepas dari permasalahan yang terjadi seputar regulasi dan implementasi regulasi sertifikasi, registrasi hingga lisensi, pada hakikatnya pendeklasian wewenang kepada tenaga kesehatan lain yang sudah memiliki sertifikasi dan lisensi merupakan salah satu jalan keluar mengatasi masalah kekurangan tenaga kesehatan,

³ Sengkarut Ujian Dokter: Dokter Melki Korban UKDI. <http://www.merdeka.com/khas/dokter-melki-korban-ukdi-sengkarut-ujian-dokter-2.html> diakses tanggal 27 Juli 2016.

terutama di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan. Sebagaimana dijelaskan dalam tulisan Brent D. Fulton, masalah kekurangan kebutuhan tenaga kesehatan dan tidak meratanya kualitas tenaga kesehatan masih menjadi tantangan yang signifikan. Pengalihan atau pendeklegasian tugas kepada tenaga kesehatan yang baru yang kurang terlatih merupakan strategi potensial untuk mengatasi tantangan. Dari sudut pandang ekonomi, pendeklegasian tugas merupakan pilihan kebijakan yang tepat untuk membantu meringankan kekurangan tenaga kesehatan dan kualitas yang tidak merata antar-sesama tenaga kesehatan. Pengalihan tugas merupakan pilihan kebijakan yang menjanjikan untuk meningkatkan efisiensi produktif pemberian pelayanan kesehatan, meningkatkan jumlah dan kualitas layanan yang diberikan, dan biaya yang efektif. Misalnya di Mozambik, dokter yang dilatih melakukan pembedahan yang merupakan penyedia pelayanan kesehatan utama di suatu rumah sakit kabupaten, melayani pasien dengan biaya yang jauh lebih rendah daripada mendatangkan dokter kandungan dan kebidanan.⁴

Dari latar belakang permasalahan tersebut, yang menjadi pertanyaan pada tulisan ini adalah apa saja peraturan yang terkait dengan sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga kesehatan; bagaimana sejarah regulasi sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga kesehatan selama ini; dan bagaimana implementasi kebijakan mengenai sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga kesehatan. Tujuan dari tulisan ini adalah untuk mengetahui peraturan yang terkait dengan sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga kesehatan; bagaimana sejarah regulasi sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga

⁴ Fulton, Brent D. dkk. *Health Workforce Skill Mix and Task Shifting in Low Income Countries: A Review of Recent Evidence*. London: BioMed Central Journal.

kesehatan selama ini; dan bagaimana implementasi kebijakan mengenai sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga kesehatan. Terlebih dalam beberapa tahun ini, konsep registrasi dan lisensi ada di setiap penyusunan Rancangan Undang-Undang (RUU) terkait kesehatan seperti dalam RUU tentang Tenaga Kesehatan dan RUU tentang Keperawatan yang sama-sama disahkan pada tahun 2014. Selain itu, saat ini tengah dibahas mengenai RUU Kebidanan yang salah satu pengaturannya juga mengenai kebijakan sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga kebidanan, sehingga diperlukan tinjauan mengenai peraturan sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga kesehatan yang saat ini sedang berlaku.

Peraturan Terkait

Indonesia sedang mengalami pembangunan yang terus berkembang terutama dalam sektor kesehatan. Oleh karena itu dibutuhkan adanya payung hukum yang spesifik. Kendala terbesar pembangunan kesehatan di Indonesia adalah ketidaksetaraan pelayanan kesehatan dan status kesehatan antara wilayah Indonesia Timur, Tengah, dan Barat maupun antara daerah pedesaan dan perkotaan. Masalah kesehatan tersebut dapat terjadi akibat lemahnya payung hukum kesehatan yang membuat *gap* antar wilayah. Hal tersebut juga menimbulkan konflik dan ketidakpastian di masyarakat yang berakibat pada tingginya ekspektasi masyarakat untuk mendapatkan hak dalam kesehatan yang lebih baik lagi. Dibutuhkan pengaturan dan pengawasan yang kuat yang salah satunya melalui kebijakan agar perkembangannya terarah. Banyaknya kebijakan yang mengatur bukan berarti akan

mempersulit berbagai pihak tetapi justru mengarahkan agar tidak timbul masalah di masa mendatang.⁵

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 22 ayat (1) menyebutkan bahwa tenaga kesehatan harus memiliki kualifikasi minimum. Sedangkan Pasal 23 ayat (1) menyebutkan bahwa tenaga kesehatan berwenang untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Dalam penjelasan pasal tersebut disebutkan bahwa kewenangan yang dimaksud adalah kewenangan yang diberikan berdasarkan pendidikannya setelah melalui proses registrasi dan pemberian izin dari pemerintah sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, definisi tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan harus memiliki kualifikasi minimum diploma tiga, kecuali tenaga medis. Tenaga kesehatan dikelompokkan ke dalam:

- a. tenaga medis, terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis;
- b. tenaga psikologi klinis adalah psikologi klinis;
- c. tenaga keperawatan terdiri atas berbagai jenis perawat;
- d. tenaga kebidanan adalah bidan;
- e. tenaga kefarmasian terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian;

⁵ Adisasmito, Wiku. 2013. *Perancangan Naskah Akademik dan Kebijakan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.

- f. tenaga kesehatan masyarakat terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi, dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga;
- g. tenaga kesehatan lingkungan terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan;
- h. tenaga gizi terdiri atas nitrisionis dan dietisien;
- i. tenaga keterapian fisik terdiri atas fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur;
- j. tenaga keteknisian medis terdiri atas perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknik pelayanan darah, refraksionis optisien/optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, serta audiologis;
- k. tenaga teknik biomedika terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik;
- l. tenaga kesehatan tradisional terdiri atas tenaga kesehatan ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan; dan
- m. tenaga kesehatan lain.

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, kompetensi adalah kemampuan yang dimiliki seseorang tenaga kesehatan berdasarkan ilmu pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional untuk dapat menjalankan praktik. Kompetensi tenaga kesehatan diketahui melalui hasil uji kompetensi. Setelah uji kompetensi, tenaga kesehatan akan

mendapatkan sertifikat kompetensi. Adapun sertifikat profesi merupakan surat tanda pengakuan untuk melakukan praktik profesi yang diperoleh lulusan pendidikan profesi. Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap tenaga kesehatan yang telah memiliki sertifikat kompetensi atau sertifikat profesi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu lain serta mempunyai pengakuan secara hukum untuk menjalankan praktik. Setelah registrasi akan diperoleh STR sebagai bukti tertulis yang diberikan oleh konsil masing-masing tenaga kesehatan kepada tenaga kesehatan yang telah diregistrasi. Ada pun SIP merupakan bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota kepada tenaga kesehatan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik. SIP merupakan lisensi atau izin bagi tenaga kesehatan untuk melakukan praktik sesuai dengan fungsinya masing-masing.

Pasal 21 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan menyebutkan bahwa mahasiswa bidang kesehatan pada akhir masa pendidikan vokasi dan profesi harus mengikuti uji kompetensi secara nasional. Uji kompetensi diselenggarakan oleh perguruan tinggi bekerja sama dengan organisasi profesi, lembaga pelatihan, atau lembaga sertifikasi yang terakreditasi. Mahasiswa pendidikan vokasi yang lulus uji kompetensi memperoleh sertifikat kompetensi sedangkan mahasiswa pendidikan profesi yang lulus uji kompetensi memperoleh sertifikat profesi yang diterbitkan oleh perguruan tinggi. Pasal 44 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan menyebutkan bahwa setiap tenaga kesehatan yang menjalankan praktik wajib memiliki STR. Persyaratan mengajukan STR meliputi:

- a. memiliki ijazah pendidikan di bidang kesehatan;
- b. memiliki sertifikat kompetensi atau sertifikat profesi;
- c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
- d. memiliki surat pernyataan telah mengucapkan sumpah atau janji profesi; dan
- e. membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

STR berlaku selama lima tahun dan dapat diregistrasi ulang dengan persyaratan:

- a. memiliki STR lama;
- b. memiliki sertifikat kompetensi atau sertifikat profesi;
- c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
- d. membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi;
- e. telah mengabdikan diri sebagai tenaga profesi atau vokasi di bidangnya; dan
- f. memenuhi kecukupan dalam kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan/atau kegiatan ilmiah lainnya.

Pasal 46 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan menyebutkan bahwa setiap tenaga kesehatan yang menjalankan praktik di bidang pelayanan kesehatan wajib memiliki izin. Izin diberikan dalam bentuk SIP yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota atas rekomendasi pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat tenaga kesehatan menjalankan praktiknya. Syarat mendapatkan SIP adalah:

- a. memiliki STR yang masih berlaku;

- b. memiliki rekomendasi dari organisasi profesi; dan
- c. memiliki tempat praktik.

SIP berlaku untuk satu tahun dan berlaku sepajang STR masih berlaku dan tempat praktik masih sesuai dengan yang tercantum dalam SIP.

Selain Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan yang spesifik mengatur mengenai sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga kesehatan, terdapat Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Dalam undang-undang tersebut juga terdapat pengaturan mengenai sertifikasi, registrasi, dan lisensi khusus untuk tenaga medis, yaitu dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis. Pasal 29 menyebutkan bahwa setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki STR dokter dan STR dokter gigi. STR diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia. Syarat memperoleh STR yaitu:

- a. memiliki ijazah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis;
- b. mempunyai surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji dokter atau dokter gigi;
- c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
- d. memiliki sertifikat kompetensi; dan
- e. membuat pernyataan akan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

Pasal 36 menyatakan bahwa setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki SIP

yang dikeluarkan oleh pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat praktik kedokteran dan kedokteran gigi dilaksanakan. SIP berlaku untuk tiga tempat praktik.

Dengan adanya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran tetap berlaku selama substansi tidak berlainan. Adapun substansi yang berlainan dan tidak berlaku adalah Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) selaku pihak yang berwenang mengeluarkan STR, tidak lagi berada di bawah presiden namun berada di bawah Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI). KTKI berada langsung di bawah presiden. Selain itu, uji kompetensi tenaga medis tidak dilakukan setelah kelulusan namun dilakukan pada semester terakhir sebelum mahasiswa lulus.

Selain itu, terdapat peraturan lain yang mengatur mengenai sertifikasi, registrasi, dan lisensi khusus untuk tenaga keperawatan, yaitu Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Adapun substansi sertifikasi, registrasi, dan lisensi sama dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.

Sampai saat ini regulasi mengenai sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga kesehatan masih terus berkembang di pemerintah pusat, khususnya dalam kurun waktu 16 tahun terakhir. Sejarah panjang adanya uji kompetensi bergulir dengan adanya regulasi tentang kebutuhan antara *stakeholder* pengguna lulusan yang mengharapkan adanya tenaga yang kompeten di bidang kesehatan. Kompetensi ini sangat terkait dengan proses pendidikan yang berkualitas dan bermutu. Penataan mutu SDM yang digulirkan oleh

Kementerian Kesehatan dimulai dengan wacana implementasi registrasi tenaga kesehatan.⁶

Pada awal tahun 2000 regulasi sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga kesehatan dibuat untuk masing-masing kelompok tenaga kesehatan. Misalnya untuk tenaga keperawatan diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 647 Tahun 2000 tentang Registrasi dan Praktik Perawat yang direvisi melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1239 Tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat. Dalam Pasal 3 peraturan tersebut menyatakan bahwa perawat yang baru lulus mengajukan permohonan dan mengirimkan kelengkapan registrasi kepada Kepala Dinas Kesehatan provinsi dimana sekolah berada guna memperoleh Surat Izin Perawat selambat-lambatnya satu bulan setelah menerima ijazah pendidikan keperawatan. Kelengkapan registrasi tersebut antara lain foto kopi ijazah pendidikan keperawatan, surat keterangan sehat, dan pas foto. Surat Izin Perawat diterbitkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi atas nama Menteri Kesehatan. Surat Izin Perawat merupakan bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan pekerjaan keperawatan di seluruh wilayah Indonesia. Selain Surat Izin Perawat, ada Surat Izin Kerja untuk melakukan praktik keperawatan di fasilitas pelayanan kesehatan dan Surat Izin Praktik Perawat bagi perawat yang akan menjalankan praktik perawat perorangan atau kelompok. Surat Izin Kerja dan Surat Izin Praktik Perawat diterbitkan oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota.

Dari peraturan tersebut terlihat bahwa kegiatan sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga keperawatan hanya sekedar proses

⁶Retaker Ukom, Siapa Peduli? <http://anas.akperpamenang.ac.id/?p=103> diakses tanggal 5 Agustus 2016.

administrasi saja terkait kemudahan pengawasan dan pembinaan oleh pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota. Setelah diundangkannya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan (Permenkes) tersebut menjadi tidak berlaku dan diubah menjadi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 161 Tahun 2010 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan. Perubahan tersebut juga mengandung pengertian bahwa pengaturan sertifikasi dan registrasi pada Permenkes tersebut berlaku untuk semua tenaga kesehatan. Sebelumnya, pengaturan registrasi dan lisensi berlaku untuk masing-masing tenaga kesehatan.

Dalam Permenkes tersebut diatur bahwa salah satu syarat mendapatkan STR adalah adanya sertifikat kompetensi yang didapat dari uji kompetensi. Uji kompetensi dilakukan oleh peserta yang telah menyelesaikan pendidikan tenaga kesehatan. Uji kompetensi diselenggarakan oleh MTKP dengan jadwal nasional dan tempat yang ditetapkan oleh MTKI, yaitu institusi pendidikan tenaga kesehatan yang terakreditasi atau tempat lain yang ditunjuk. Sertifikat kompetensi dikeluarkan oleh MTKP. Pasal 12 Permenkes tersebut menyatakan bahwa untuk mendapatkan STR, tenaga kesehatan harus mengajukan permohonan kepada ketua MTKI melalui MTKP. MTKI melakukan registrasi secara nasional dan memberikan nomor registrasi kepada Kepala Dinas Kesehatan provinsi melalui MTKP. Kepala Dinas Kesehatan menandatangani STR atas nama MTKI. STR tersebut berlaku secara nasional.

Permenkes tersebut kemudian dicabut dan diganti dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1796 Nomor 2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan. Substansi yang direvisi antara lain uji

kompetensi dilakukan sebelum peserta didik lulus (*exit exam*). Hal ini menandakan bahwa proses registrasi selain untuk kepentingan administrasi juga untuk menyaring kemampuan atau kompetensi tenaga kesehatan. Terdapat kewajiban institusi pendidikan untuk melaporkan kepada MTKI melalui MKTP tentang peserta didik yang dinyatakan lulus. Laporan tersebut ditanggapi MTKI dengan membuat sertifikat kompetensi dan sekaligus STR yang akan diterbitkan dan berikan oleh MTKI kepada peserta didik pada waktu pengambilan sumpah.

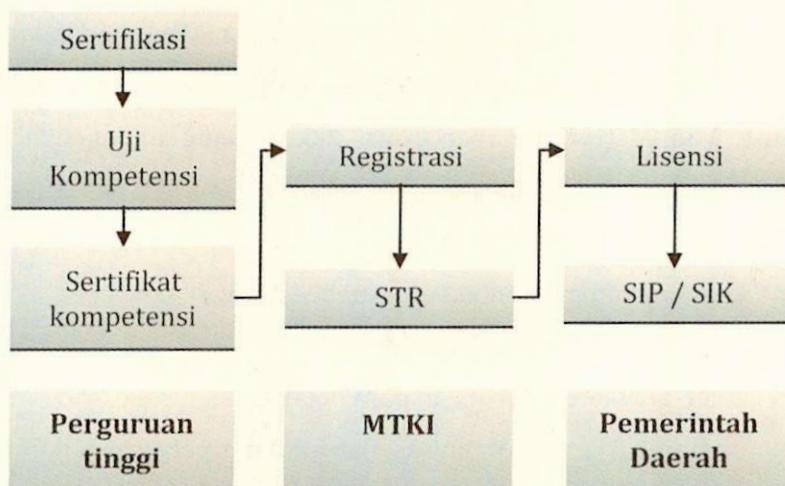
Peraturan tersebut menegaskan bahwa uji kompetensi berlaku secara *exit exam*, artinya bahwa seorang mahasiswa yang tidak lulus uji kompetensi maka dianggap tidak lulus dari proses pendidikan. Uji kompetensi merupakan kepentingan nasional dan terkait erat dengan kementerian lain seperti Kementerian Pendidikan dan Kementerian kesehatan yang berusaha memberikan garansi bahwa layanan yang diberikan oleh setiap tenaga kesehatan harus terstandar demi menjamin kualitas layanan kesehatan dan keselamatan pasien. Situasi ini menempatkan lulusan dalam kondisi yang serba sulit. Lulusan yang notabene telah memiliki ijazah dan telah memiliki cukup ilmu dan pengetahuan ternyata tidak dapat dengan mudah mencari pekerjaan karena adanya hambatan dari *stakeholder* untuk mengikuti uji kompetensi sebagai prasyarat mendapatkan STR sebagaimana diamanatkan oleh regulasi yang ada. Disisi lain, para lulusan sudah tidak lagi memiliki ikatan administratif apapun dengan institusi tempat mereka lulus dan tentu saja tidak ada beban bagi institusi pendidikan untuk menyelenggarakan bimbingan atau pembinaan bagi lulusan agar berhasil mengikuti uji kompetensi. Hal ini tercermin dalam surat edaran yang lain yang menyatakan

bahwa institusi tempat lulusan bertanggung jawab untuk memberikan bimbingan bagi lulusan dalam menghadapi *exit exam*. Proses pendaftaran uji kompetensi yang masih dibebankan kepada institusi asal lulusan diharapkan juga mampu menjembatani komunikasi dan membangun beban moral institusi untuk tetap menyiapkan lulusannya dalam menghadapi *exit exam*, walaupun tidak ada lagi hubungan administratif antara institusi pendidikan dengan lulusan tersebut.⁷

Selanjutnya pada tanggal 8 Juli 2013 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1796 Nomor 2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan dinyatakan tidak berlaku dan diganti dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2013 tentang Registrasi Tenaga kesehatan. Substansi yang berubah adalah untuk mengajukan permohonan STR harus melampirkan sertifikat kompetensi. Di bawah ini merupakan alur permohonan sertifikasi, registrasi, dan lisensi berdasarkan Permenkes tersebut:

⁷*Ibid.*

Gambar 1. Alur Permohonan Sertifikasi, Registrasi, dan Lisensi



Kebijakan Kesehatan

Kebijakan publik adalah serangkaian tindakan yang ditetapkan dan dilaksanakan atau tidak dilaksanakan oleh pemerintah yang mempunyai tujuan atau berorientasi pada tujuan tertentu demi kepentingan seluruh masyarakat.⁸ Proses analisis kebijakan adalah serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan di dalam proses kegiatan yang pada dasarnya bersifat politis. Aktivitas politis tersebut dijelaskan sebagai serangkaian tahap yang saling bergantung yang diatur menurut urutan waktu, yaitu penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, dan penilaian kebijakan. Setiap tahap berhubungan dengan tahapan berikutnya dan tahapan terakhir (penilaian

⁸ Islamy, M. Irfan. 2009. *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijaksanaan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.

kebijakan) dikaitkan dengan tahap pertama (penyusunan agenda).⁹ Implementasi kebijakan merupakan hal yang terpenting dari seluruh tahapan. Kebijakan yang telah dibuat dilaksanakan oleh instansi terkait dengan mengerahkan seluruh sumber daya yang dimiliki. Menurut Van Metter dan Van Horn, faktor yang mempengaruhi kinerja implementasi kebijakan publik adalah:

- a. adanya tujuan kebijakan;
- b. kemampuan memanfaatkan sumber daya;
- c. karakteristik agen pelaksana;
- d. sikap atau kecenderungan para pelaksana;
- e. komunikasi antar-organisasi dan aktivitas pelaksana; dan
- f. lingkungan ekonomi, sosial, dan politik.

Sedangkan implementasi kebijakan publik menurut George C. Edward III dipengaruhi oleh:¹⁰

- a. komunikasi yang mensyaratkan kesamaan persepsi mengenai kebijakan, kebijakan yang jelas dan tidak membingungkan, dan pelaksanaan kebijakan secara konsisten;
- b. Sumber daya yang terdiri dari staf, informasi yang cukup, wewenang, dan fasilitas;
- c. Disposisi, yaitu staf mengetahui apa yang dikerjakan dan memiliki kemampuan melakukannya. Disposisi terdiri dari pengangkatan birokrat dan insentif;
- d. Struktur birokrasi.

⁹ Dunn, William N. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

¹⁰ Agustino, Leo. 2008. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Penerbit Alfabeta.

Pada intinya kebijakan publik disebut sebagai kebijakan kesehatan pada saat pedoman kebijakan yang ditetapkan bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan merupakan berbagai upaya dan tindakan pengambilan keputusan yang meliputi aspek teknis medis dan pelayanan kesehatan serta keterlibatan pelaku atau aktor, baik pada skala individu maupun organisasi atau institusi dari pemerintah, swasta, LSM, dan representasi masyarakat lainnya. Urgensi kebijakan kesehatan sebagai bagian dari kebijakan publik semakin menguat mengingat karakteristik unik yang ada pada sektor kesehatan seperti:¹¹

- a. Sektor kesehatan sangat kompleks karena menyangkut hajat hidup orang banyak dan kepentingan masyarakat luas. Setiap individu berhak mendapatkan akses dan pelayanan kesehatan yang layak, apapun kondisi ekonominya;
- b. *Keawaman* masyarakat membuat posisi dan relasi antara masyarakat dan tenaga medis menjadi tidak seajar dan cenderung berpola paternalistik. Masyarakat terutama pasien tidak memiliki posisi tawar atau daya pilih;
- c. Kesehatan memiliki sifat ketidakpastian kapan terjadinya. Orang menjadi sakit karena miskin dan bertambah miskin karena sakit serta menjadi lebih sakit karena lebih miskin.
- d. Pelayanan kesehatan bersifat padat karya dengan spesialisasi di bidang masing-masing yang tugas pokoknya tidak dapat digantikan antar-spesialisasi lainnya;

¹¹ Ayuningtyas, Dumilah. 2014. *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Jakarta: Rajawali Pers.

- e. Kesehatan individu akan berdampak merugikan atau menguntungkan kesehatan masyarakat sekitarnya. Misalnya pemberian imunisasi pada balita akan mencegah komunitas terjangkit penyakit menular;
- f. Pelayanan kesehatan tersebar di seluruh wilayah Indonesia dari perkotaan hingga daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan dengan kondisi geografis yang sangat beragam, sehingga kebijakan yang dibuat juga mempertimbangkan kondisi geografis tersebut.

WHO menetapkan delapan elemen yang harus tercakup dan menentukan kualitas sebuah kebijakan kesehatan, yaitu:¹²

- a. Pendekatan holistik, meliputi pencegahan, promosi, kuratif, dan rehabilitatif dan mencakup dimensi fisik, mental, sosial, dan spiritual;
- b. Partisipasi masyarakat akan meningkatkan efisiensi dan efektivitas implementasi kebijakan dan penyelesaian masalah;
- c. Kebijakan kesehatan yang dibuat mendukung terciptanya pembangunan kesehatan yang kondusif dan berorientasi pada masyarakat;
- d. Ekuitas, pelayanan kesehatan terdistribusi secara merata;
- e. Efisiensi, layanan kesehatan harus berorientasi proaktif dengan mengoptimalkan biaya dan teknologi;
- f. Kualitas, pemerintah menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas;

¹²*Ibid.*

- g. Pemberdayaan masyarakat, terutama di daerah terpencil dan perbatasan;
- h. Kebijakan kesehatan sebisa mungkin dapat memenuhi keyakinan dan kepercayaan masyarakat akan kapasitas kesehatan di wilayah sendiri.

Implementasi Sertifikasi, Registrasi, dan Lisensi Tenaga Kesehatan

Implementasi kebijakan dipandang dalam pengertian yang luas merupakan tahap dari proses kebijakan segera setelah penetapan undang-undang. Implementasi dipandang secara luas mempunyai makna pelaksanaan undang-undang dimana berbagai aktor, organisasi, prosedur, dan teknik kerja bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan dalam upaya untuk meraih tujuan kebijakan atau program.¹³ Sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, pemerintah berkewajiban menyelenggarakan sistem penjaminan mutu pendidikan tinggi di bidang kesehatan. Salah satu kebijakannya adalah penyelenggaraan uji kompetensi secara nasional. Sampai dengan pertengahan tahun 2016, uji kompetensi telah dilakukan secara nasional di bidang kedokteran, kedokteran gigi, keperawatan, dan kebidanan.

Peserta yang lulus uji kompetensi mendapatkan sertifikat profesi dari perguruan tinggi dan sertifikat kompetensi dari organisasi profesi. Uji Kompetensi Mahasiswa Program Profesi Dokter (UKMPPD) dan Uji Kompetensi Mahasiswa Program Profesi

¹³ Winarno, Budi. 2011. *Kebijakan Publik (Teori, Proses, dan Studi Kasus)*. Yogyakarta: CAPS.

Dokter Gigi (UKMP2DG) diselenggarakan secara nasional dengan menggunakan dua jenis uji, yaitu uji pilihan jamak atau *multiple choice questions* (MCQ) menggunakan komputer (*Computer Based Test* atau *CBT*) dan uji keterampilan pemeriksaan klinis (*Objective Structured Clinical Examination* atau *OSCE*). UKMPPD dan UKMP2DG dilaksanakan empat kali dalam setahun, yaitu bulan Februari, Mei, Agustus, dan November untuk UKMPPD; dan Januari, April, Agustus, dan Oktober untuk UKMP2DG. Untuk UKMPPD, sejak Agustus 2014 jumlah peserta UKMPPD sebanyak 18.840 orang peserta. Tingkat kelulusan *1st taker* UKMPPD selama tahun 2015 sekitar 70% untuk CBT, dan 90% untuk OSCE (Nilai Batas Lulus 66). Untuk UKMP2DG, sejak November 2014 hingga saat ini, jumlah peserta UKMP2DG sebanyak 5.556 peserta, dengan rerata persentase kelulusan UKMP2DG sekitar 65% untuk CBT dan 85% untuk OSCE (Nilai Batas Lulus 60). Dalam upaya meningkatkan *compliance* terhadap standar UKMPPD, panitia telah memberikan sanksi yang tegas kepada peserta uji maupun institusi penyelenggara uji yang terbukti melakukan pelanggaran dalam pelaksanaan UKMPPD.¹⁴

Sedangkan untuk uji kompetensi bidang keperawatan dan kebidanan, saat ini masih dalam tahap awal untuk implementasi uji kompetensi sebagai *exit exam* secara penuh sesuai amanat Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Uji kompetensi diselenggarakan secara nasional sebanyak dua kali

¹⁴Implementasi Uji Kompetensi Nasional Bidang Kesehatan Sebagai Langkah Konkrit Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi Kesehatan.

<http://ristekdikti.go.id/implementasi-udi-kompetensi-nasional-bidang-kesehatan-sebagai-langkah-konkrit-penjaminan-mutu-pendidikan-tinggi-kesehatan/> diakses tanggal 3 Agustus 2016.

dalam satu tahun dengan menggunakan dua jenis uji, yaitu MCQ menggunakan CBT untuk profesi ners, dan menggunakan kertas (*Paper Based Test*) untuk diploma tiga keperawatan dan diploma tiga kebidanan. Peserta yang lulus uji kompetensi nasional mendapatkan sertifikat kompetensi bagi lulusan pendidikan vokasi atau sertifikat profesi bagi lulusan pendidikan profesi. Jumlah peserta dari tahun ke tahun cenderung meningkat. Pada tahun 2014, jumlah peserta sebanyak 115.852 orang dan meningkat secara signifikan pada tahun 2015 menjadi 129.877 orang peserta. Di sisi lain, persentase kelulusan uji kompetensi cenderung fluktuatif. Pada periode I tahun 2015, persentase kelulusan untuk diploma tiga keperawatan, diploma tiga kebidanan, dan profesi ners, secara berturut-turut adalah 29,49%, 36,03%, dan 45,45%. Pada periode II tahun 2015, terjadi peningkatan persentase kelulusan menjadi 64,38% untuk diploma tiga Keperawatan, 71,78% untuk diploma tiga kebidanan, dan 53,61% untuk profesi ners. Pada periode April 2016, sejumlah 62.891 orang peserta yang berasal dari 257 program pendidikan profesi ners, 554 program pendidikan diploma tiga kebidanan, dan 416 program pendidikan diploma tiga keperawatan, mengikuti uji kompetensi.¹⁵ Di bawah ini merupakan tabel tenaga kesehatan yang telah memiliki STR sampai dengan tahun 2014:

¹⁵*Ibid.*

Tabel 1. Tenaga Kesehatan yang telah Memiliki STR sampai dengan Tahun 2014

No.	Jenis Tenaga Kesehatan	Jumlah yang memiliki STR (orang)		
1	Dokter umum	102.180		
2	Dokter spesialis	26.896		
3	Dokter gigi	25.881		
4	Dokter gigi spesialis	2.436		
5	Perawat	281.111		
6	Bidan	280.263		
7	Fisioterapi	6.813		
8	Perawat gigi	14.207		
9	Refraksionis Optisien	3.362		
10	Terapis wicara	802		
11	Radiografer	7.382		
12	Okupasi terapis	653		
13	Gizi	21.092		
14	Rekam medis	7.039		
15	Teknisi gigi	734		
16	Kesehatan lingkungan	11.579		
17	Elektromedis	2.807		
18	Teknologi laboratorium	23.368		
19	Perawat anestesi	2.825		
20	Tenaga akupunktur	225		
21	Fisika medis	250		
22	Ortotis prostetis	189		
23	Teknisi transfusi darah	1.368		
			Jumlah	823.462

Sumber: Kementerian Kesehatan RI. 2015: Profil Kesehatan Indonesia 2014.

Namun dari data jumlah tenaga kesehatan yang dikumpulkan oleh Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, jumlah SDM kesehatan yang menjalankan tugas sesuai dengan fungsinya pada tahun 2014 adalah sebanyak 772.078 orang yang terdiri atas 576.634 orang tenaga kesehatan dan 195.444 orang tenaga penunjang (non-tenaga kesehatan). Perbedaan data tersebut secara umum dikarenakan belum semua tenaga kesehatan yang telah memiliki STR bekerja sesuai dengan fungsinya di fasilitas pelayanan kesehatan maupun di tempat praktik mandiri, seperti terlihat pada tabel berikut:

Tabel 2. Tenaga Kesehatan yang Memiliki STR tahun 2014

No.	Jenis Tenaga Kesehatan	Jumlah STR		
1.	Dokter umum	40.787	7.	Kesehatan masyarakat
2.	Dokter spesialis	46.994	8.	Kesehatan lingkungan
3.	Dokter gigi	12.502	9.	Gizi
4.	Perawat	237.181	10.	Keterapian fisik
5.	Bidan	124.948	11.	Keteknisian medis
6.	Farmasi	30.408	12.	Non tenaga kesehatan
				Jumlah
				772.078

Sumber: Kementerian Kesehatan RI. 2015: Profil Kesehatan Indonesia 2014.

Seperti telah dibahas sebelumnya mengenai keseluruhan tahapan kebijakan publik, implementasi merupakan tahapan yang paling penting. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan menurut George C. Edward III dan Van Metter, antara lain:

Tujuan kebijakan

Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur tingkat keberhasilannya jika ukuran dan tujuan dari kebijakan memang realistik dengan keadaan sosial dan budaya di level pelaksana kebijakan. ketika ukuran atau tujuan kebijakan terlalu ideal maka akan sulit diimplementasikan.¹⁶ Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan Pasal 3, UU tersebut memiliki tujuan untuk:

- a. memenuhi kebutuhan masyarakat akan tenaga kesehatan;
- b. mendayagunakan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat;

¹⁶ Agustino, Leo. 2008. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Penerbit Alfabeta.

- c. memberikan pelindungan kepada masyarakat dalam menerima penyelenggaraan upaya kesehatan;
- d. mempertahankan dan meningkatkan mutu penyelenggaraan upaya kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan; dan
- e. memberikan kepastian hukum kepada masyarakat dan tenaga kesehatan.

Adapun tujuan uji kompetensi adalah untuk mencapai standar kompetensi lulusan yang memenuhi standar kompetensi kerja. Tujuan Uji Kompetensi berdasarkan Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 18 Tahun 2015 tentang Tata Cara Pelaksanaan Uji Kompetensi Mahasiswa Program Profesi Dokter atau Dokter Gigi antara lain:

- a. menjamin lulusan program profesi dokter atau dokter gigi yang kompeten dan terstandar secara nasional;
- b. menilai sikap, pengetahuan, dan keterampilan sebagai dasar untuk melakukan praktik kedokteran;
- c. memberikan umpan balik proses pendidikan pada fakultas kedokteran atau kedokteran gigi;
- d. memantau mutu program profesi dokter atau dokter gigi dalam rangka pengambilan kebijakan oleh pemerintah.

Sedangkan tujuan diselenggarakannya kegiatan sertifikasi, registrasi, dan lisensi antara lain:¹⁷

¹⁷ Implementasi Uji Kompetensi Nasional Bidang Kesehatan Sebagai Langkah Konkrit Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi Kesehatan. <http://ristekdikti.go.id/implementasi-ujicompetensi-nasional-bidang-kesehatan-sebagai-langkah-konkrit-penjaminan-mutu-pendidikan-tinggi-kesehatan/> diakses tanggal 3 Agustus 2016.

- a. menjamin mutu pendidikan tinggi bidang kesehatan;
- b. mengurangi disparitas kualitas lulusan dari sekitar 2.200 program studi bidang kesehatan;
- c. dalam hal tantangan global, uji kompetensi nasional merupakan bagian dari upaya standardisasi registrasi dan izin praktik bagi tenaga kesehatan yang akan memberikan pelayanan kesehatan di Indonesia;
- d. menyaring tenaga kesehatan Indonesia yang kompeten untuk memberikan pelayanan kesehatan secara paripurna kepada masyarakat dengan prinsip utama keselamatan pasien;
- e. mendorong perbaikan kurikulum dan proses pembelajaran di setiap institusi pendidikan;
- f. menjadi dasar pembinaan mutu pendidikan bidang kesehatan yang menjadi tanggung jawab kementerian;
- g. mendapat pengakuan dari dunia internasional, seperti sistem uji kompetensi nasional untuk bidang kedokteran yang telah mendapatkan rekognisi internasional dari konsultan internasional Bank Dunia.

Dari tujuan-tujuan kebijakan tersebut, dapat dilihat bahwa dibentuknya regulasi sertifikasi, registrasi, dan lisensi berguna sebagai penjaminan mutu tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat. Regulasi tersebut juga membuat tenaga kesehatan yang jumlahnya lebih dari delapan ribu dari berbagai intitusi pendidikan yang juga beraneka ragam status akreditasnya menjadi tenang dalam memberikan pelayanan kesehatan. Hal ini dikarenakan tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan secara legal sesuai dengan persyaratan

ketentuan peraturan perundang-undangan. Di bawah ini merupakan tabel status akreditasi institusi pendidikan tenaga kesehatan:

Tabel 3. Status Akreditasi Institusi Pendidikan Kesehatan Tahun 2015

Jurusan	Jumlah	Terakreditasi valid	Akreditasi kadaluarsa	Tidak terakreditasi
Keperawatan	753	457	44	252
Kebidanan	728	454	15	259
Kesehatan Masyarakat	175	101	15	60
Farmasi	153	79	7	67
Gizi	44	12	4	28
Jumlah	2.253	1.181 (52%)	118 (5%)	954 (43%)

Sumber: Trihono. 2015. Materi Presentasi Forum Ilmiah Tahunan Indonesian Public Health Association
“Percepatan Peningkatan Profesionalisme Organisasi Profesi”.

Selain telah memenuhi syarat sesuai dengan ketentuan perundangan-undangan, tenaga kesehatan yang telah disertifikasi, diregistrasi, dan dilisensi untuk melakukan praktik secara langsung juga tunduk terhadap ketentuan yang ada dalam kode etik masing-masing profesi tenaga kesehatan. Hal ini terlihat dari persyaratan mengajukan registrasi, yaitu memiliki surat pernyataan telah mengucapkan sumpah atau janji profesi dan memiliki surat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

Etika profesi kesehatan merupakan norma-norma atau perilaku bertindak bagi petugas atau profesi kesehatan dalam melayani kesehatan masyarakat. Banyaknya kategori tenaga kesehatan menyebabkan etika profesi diserahkan pada organisasi profesi masing-masing tenaga kesehatan. Masing-masing profesi membuat panduan etika masing-masing yang dituangkan ke dalam

kode etik profesi. Kode etik profesi adalah suatu aturan tertulis tentang kewajiban yang harus dilakukan oleh semua anggota profesi dalam menjalankan pelayanan terhadap klien atau masyarakat. Kode etik tidak mengatur hak-hak anggota melainkan kewajiban-kewajiban anggota terhadap masyarakat (umum), klien, teman sejawat, dan diri sendiri. Salah satu materi kode etik adalah lafal sumpah atau janji profesi yang dibaca sebelum menjalankan profesinya.¹⁸

Dari sisi penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan, misalnya rumah sakit, mempekerjakan tenaga kesehatan yang sudah disertifikasi melalui uji kompetensi, mendapat STR, dan memperoleh lisensi untuk melakukan praktik merupakan salah satu syarat sebagaimana yang tertera dalam Pasal 13 UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Pasal tersebut mengatur bahwa tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran di rumah sakit wajib memiliki surat izin praktik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan tenaga kesehatan tertentu yang bekerja di rumah sakit wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Selain memenuhi persyaratan hukum, mempekerjakan tenaga kesehatan tersebut juga sebagai bagian dari penjaminan mutu atas pelayanan yang diselenggarakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Kinerja fasilitas pelayanan kesehatan juga cenderung meningkat dengan mempekerjakan tenaga kesehatan tersebut. Selain itu, mempekerjakan tenaga kesehatan yang telah memenuhi persyaratan perundang-undangan dan menjunjung etika

¹⁸ Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

profesi juga dapat dijadikan sebagai material untuk mempromosikan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.

Dari sisi konsumen mendapat pelayanan kesehatan dari tenaga kesehatan yang telah disertifikasi, diregistrasi, dan diberikan izin untuk praktik merupakan suatu ketenangan dan menimbulkan kepercayaan yang positif kepada tenaga kesehatan tersebut. Posisi pasien ataupun masyarakat sebagai pihak yang memiliki daya tawar yang rendah dalam pelayanan kesehatan membuat kepercayaan pada tenaga kesehatan merupakan suatu hal yang amat penting dan amanah yang perlu dijaga.

Sumber daya

Keberhasilan proses implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam menentukan suatu keberhasilan proses implementasi. Sumber daya lain adalah finansial dan waktu.¹⁹ Fasilitas fisik juga merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan publik. SDM berkualitas jika tidak didukung sarana dan prasarana maka implementasi menjadi tidak berhasil. Pemerintah sebagai manusia yang memiliki kekuasaan menjalankan kehendak negara yang diperintahkan oleh konstitusi baik dalam hubungan fungsional maupun dalam hubungan kerja sama dengan rakyat pada hakikatnya memiliki otoritas membuat keputusan sekaligus melaksanakan tindakan untuk kepentingan bersama.²⁰

¹⁹ Agustino, Leo. 2008. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Penerbit Alfabeta.

²⁰ Ali, Faried dkk. 2012. *Studi Analisa Kebijakan: Konsep, Teori dan Aplikasi Sampel Teknik Analisa Kebijakan Pemerintah*. Bandung: Refika Aditama.

sebanyak satu orang.

- Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2013 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan Pasal 10 disebutkan bahwa untuk memperoleh STR, tenaga kesehatan mengajukan permoohonan kepada MTKI melalui MTKP. Tenaga kesehatan yang baru lulus uji kompetensi mengajukan permoohonan secara kolektif oleh pergruruan tinggi yang ditujukan kepada MTKI melalui MTKP. Permoohonan dilengkapi dengan berkas persyaratan sebagaimana yang telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Tenaga Kesehatan. Berkas tersebut dikirim ke MTKP dan dikirim ke MTKI berkedudukan di ibukota provinsi. Anggota MTKI sekrang pemohon dari MTKI melalui MTKP. MTKI berkedudukan di ibukota negara. Dalam menjalankan tugasnya MTKI dibantu oleh MTKP yang berasal dari MTKI melalui MTKP. MTKI berkedudukan di ibukota negara 23 orang yang terdiri dari unsur:

 - a. Kementerian Kesehatan sebanyak empat orang;
 - b. Perwakilan organisasi profesi masing-masing tenaga;
 - c. Perwakilan unsur pendidikan tinggi bidang kesehatan kesehatan sebanyak satu orang; dan

Sertifikasi tenaga kesehatan melalui uji kompetensi diselenggarakan oleh perguruan tinggi yang bekerja sama dengan organisasi profesi, lembaga pelatihan, atau lembaga sertifikasi yg menyerahkan uji kompetensi. Mahasiswa pendidikan vokasi yang lulus uji kompetensi memperoleh sertifikat kompetensi dan mahasiswa pendidikan profesi yang lulus uji kompetensi memperoleh sertifikat profesi yang ditetapkan oleh peraturan mampu melaksanakan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi yang ditetapkan.

Sebelum dibentuk Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI) yang mewadahi semua konsil masing-masing tenaga kesehatan, maka institusi yang mengurus STR tetap dapat melayani pembuatan STR. Sebagaimana amanat Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, KTKI dibentuk paling lama dua tahun terhitung sejak undang-undang tersebut diundangkan tahun 2014. Saat ini ada tiga institusi yang mengurus STR, yaitu Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang mengurus STR tenaga medis, Komite Farmasi Nasional (KFN) yang mengurus STR tenaga kefarmasian dan Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI) yang mengurus STR untuk semua jenis tenaga kesehatan selain tenaga medis dan tenaga kefarmasian. Selain sertifikasi dan registrasi, proses lisensi atau pemberian izin melakukan praktik adalah pemerintah daerah dimana tenaga kesehatan akan melakukan praktik.

Dalam implementasi regulasi sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga kesehatan, ketersediaan sumber daya dapat dikatakan jauh dari cukup. Keterbatasan SDM, fasilitas dan ruangan masih menjadi masalah. Di pusat saja untuk gedung hanya satu lantai padahal dibutuhkan satu gedung untuk menyimpan dan mengelola berkas registrasi tenaga kesehatan. Di daerah, kantor sekretariat MTKP masih menumpang di kantor dinas kesehatan provinsi. Sekitar 40% MTKP berada di Dinas Kesehatan.²¹ Sedangkan untuk pendanaan kegiatan MTKI dan MTKP, dibebankan pada APBN, APBD, dan peran serta masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-

²¹Ibid.

undangan. Kegiatan registrasi dikenakan biaya sebesar Rp100.000 sebagai Penerimaan Negara Bukan Pajak.²² Mengenai sumber daya waktu, dibutuhkan sosialisasi kebijakan publik lingkup besar pada tahapan pra-implementasi, yaitu sekitar 0 sampai 1 tahun. Selanjutnya penerapan kebijakan tanpa sanksi pada satu hingga dua tahun berikutnya. Barulah kebijakan diimplementasikan. Tahap evaluasi kebijakan biasanya dilakukan pada akhir tahun ketiga atau kelima sejak diterapkan kebijakan beserta sanksinya.²³

Aspek SDM juga meliputi wewenang. Kewenangan harus bersifat formal agar perintah dapat dilaksanakan. Kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi bagi para pelaksana dalam melaksanakan kebijakan yang ditetapkan secara politik.²⁴ Untuk menghilangkan *gap* antara tujuan kebijakan dengan kenyataan, pembuat keputusan perlu membuat strategi-strategi yang membutuhkan aspek finansial, managerial, dan teknikal serta mengantisipasi kelompok yang mendukung atau menolak. Untuk menjadi manajer kesehatan di wilayah kabupaten atau kota, diperlukan kompetensi termasuk keterampilan politik para Kepala Dinas Kesehatan. Minimal memahami sistem, menggunakan kekuatan dan melakukan komunikasi efektif. Dalam sistem pemerintahan Indonesia, medan pertempuran yang menentukan nasib derajat kesehatan bangsa ada pada wilayah otonom, yakni di

²² Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia dan Pustanserdik SDM Kesehatan Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Panduan Registrasi Online Bagi Tenaga Kesehatan Berbasis Web*.

²³ Nugroho, Riant. 2012. *Public Policy: Teori Kebijakan, Analisis Kebijakan, Proses Kebijakan Perumusan, Implementasi, Evaluasi, Revisi Risk Management dalam Kebijakan Publik, Kebijakan sebagai The Fifth Estate Metode Penelitian Kebijakan*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

²⁴ Agustino, Leo. 2008. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Penerbit Alfabeta.

tingkat kabupaten dan kota, sehingga perlu pemahaman mengenai desentralisasi dan implikasinya pada derajat kesehatan.²⁵

Karakteristik agen pelaksana

Pusat perhatian pada agen pelaksana meliputi organisasi formal dan informal yang akan terlibat dalam implementasi kebijakan publik. Jika implementasi kebijakan publik berusaha untuk mengubah perilaku manusia secara radikal maka pelaksana harus memiliki karakteristik keras dan ketat pada aturan serta sanksi hukum. Sedangkan bila kebijakan publik tidak terlalu mengubah perilaku dasar manusia maka pelaksana tidak terlalu keras dan tegas.²⁶ Implementasi regulasi sertifikasi, registrasi, dan lisensi memerlukan karakteristik agen pelaksana yang keras dan tegas agar semua mahasiswa pendidikan kesehatan di akhir masa pendidikannya melakukan uji kompetensi dan setelah lulus melakukan registrasi dan lisensi. Panitia Nasional Uji Kompetensi yang berisi pihak asosiasi institusi pendidikan dan panitia lokal institusi pendidikan juga perlu menunjukkan karakteristik yang tegas dalam implementasi kebijakan ini. Selain itu, sikap atau kecenderungan seperti penerimaan atau penolakan dari para pelaksana akan sangat banyak mempengaruhi keberhasilan atau tidaknya kinerja implementasi kebijakan publik. Kebijakan yang dibuat dari atas (*top down*) sangat memungkinkan para pembuat kebijakan tersebut tidak mengetahui kebutuhan, keinginan, atau

²⁵ Achmadi, Umar Fahmi. 2013. *Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rajawali Pers.

²⁶ Agustino, Leo. 2008. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Penerbit Alfabeta.

permasalahan yang terjadi dalam masyarakat.²⁷ Karakteristik agen pelaksana regulasi sertifikasi hingga lisensi tidak terlalu keras dan tegas karena hasil kebijakannya juga tidak untuk mengubah perilaku dasar manusia. Regulasi hanya pengatur tenaga kesehatan sebelum melakukan praktik.

Komunikasi antarorganisasi

Koordinasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan. Semakin baik koordinasi komunikasi di antara pihak-pihak yang terlibat dalam suatu proses implementasi, maka asumsinya kesalahan-kesalahan akan sangat kecil untuk terjadi.²⁸ Sosialisasi menjadi penting mengingat kegiatan registrasi bukan hanya proses administrasi guna menerbitkan STR, namun lebih kepada pengakuan negara berupa pemberian wewenang kepada tenaga kesehatan. Sosialisasi dan penerapan peraturan perundang-undangan di bidang pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan belum dilaksanakan secara memadai.²⁹ Dalam implementasi regulasi sertifikasi, registrasi, dan lisensi dibutuhkan komunikasi yang intens karena melibatkan banyak pihak, baik di pusat maupun di daerah. Saat ini komunikasi belum berjalan secara efektif. Hal ini dapat dilihat dari adanya kesalahan data registrasi tenaga kesehatan di pusat dan daerah yang belum tersambung secara *online*. Poin yang perlu dipertimbangkan adalah dengan adanya komunikasi, peran MTKP semakin kuat dalam hal registrasi data dan penandatanganan STR. Namun, data tetap terintegrasi di pusat.

²⁷*Ibid.*

²⁸*Ibid.*

²⁹ Fadmawaty, Anny. 2012. *Analisis Formulasi Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan di Luar Dokter, Dokter Gigi dan Tenaga Kefarmasian*. Tesis UI.

Penguatan MTKP juga dapat dilakukan melalui kegiatan *Continuing Professional Development* (CPD) guna memfasilitasi anggota mendapatkan Satuan Kredit Profesi. Selain itu, perbaikan jaringan teknologi informasi juga diperlukan guna kelancaran komunikasi antara MTKI, MTKP, dan OP.

Lingkungan ekonomi, sosial, dan politik

Globalisasi mempengaruhi implementasi kebijakan sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga kesehatan. Menghadapi era globalisasi, adanya suatu Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan yang menyeluruh sangat diperlukan. Era globalisasi berarti terbukanya negara-negara di dunia bagi produk-produk, baik barang maupun jasa yang datang dari negara manapun dan mau tidak mau harus dihadapi. Di bidang kesehatan, Indonesia mengupayakan dalam kepentingan perdagangan internasional jasa melalui WTO (*World Trade Organization*), CAFTA (*ChinaASEAN Free Trade Agreement*), AFAS (*ASEAN Framework Agreement on Services*) dan perjanjian bilateral. Salah satu moda dalam pasokan perdagangan jasa internasional adalah migrasi sumber daya manusia. Dalam hubungan ini, melalui Sidang Umum Kesehatan Sedunia Tahun 2010, Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) telah mengadopsi *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Walaupun bersifat sukarela, Indonesia sebagai negara anggota WHO perlu ikut mendukung dan melaksanakan prinsip-prinsip dan rekomendasi *Global Code* dalam migrasi internasional tenaga kesehatan.³⁰

³⁰ Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011-2025*.

Politik pembentukan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dan RUU tentang Kebidanan saat ini mempengaruhi implementasi kebijakan sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga kesehatan. Lingkungan sosial mempengaruhi implementasi kebijakan sertifikasi, registrasi, dan lisensi, terutama pada tahapan uji kompetensi. Tuntutan dari keluarga dan masyarakat agar tenaga kesehatan mendapatkan pekerjaan yang layak setelah lulus, namun terhalang ketika mahasiswa kesehatan tidak lulus uji kompetensi, dimana perlu menunggu dan mengulang uji kompetensi.

Penutup

Sampai saat ini regulasi mengenai sertifikasi, registrasi, dan lisensi masih terus mengalami perkembangan. Dari mulai proses registrasi dan lisensi hanya untuk memenuhi aspek administrasi saja guna pengawasan dan pembinaan pemerintah sampai munculnya proses sertifikasi melalui uji kompetensi sebagai penyaring kompetensi tenaga kesehatan. Dengan demikian kegiatan sertifikasi, registrasi, dan lisensi bukan hanya untuk memenuhi aspek administrasi saja melainkan juga sebagai penyaring kualitas tenaga kesehatan guna menjamin mutu pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Hal ini perlu mengingat banyaknya institusi pendidikan tenaga kesehatan dengan beraneka macam status akreditasi. Selain itu, sejarah regulasi mengenai sertifikasi, registrasi, dan lisensi berkembang dari awalnya hanya untuk tenaga kesehatan tertentu seperti tenaga medis, tenaga keperawatan, dan tenaga kebidanan, namun saat ini regulasi berlaku untuk semua kelompok tenaga kesehatan yang akan menjalankan profesi. Dari keseluruhan

tahapan penyusunan kebijakan publik, aspek implementasi merupakan tahapan yang paling penting. Dengan implementasi akan diketahui apakah kebijakan relevan dilakukan pada saat itu.

Sejarah perkembangan regulasi mengenai sertifikasi, registrasi, dan lisensi selalu mendatangkan sikap pro dan kontra dari masyarakat. Berikut beberapa saran yang dapat dikemukakan:

- a. Registrasi sebaiknya dilakukan secara *online* sehingga data dapat terintegrasi antara MTKI, MTKP, dan OP sehingga pelayanan akan lebih cepat, lebih lengkap, terintegrasi di MTKI, MTKP, dan OP serta upaya pengawasan dan pembinaan profesi juga semakin baik.
- b. Mengamati alur kompetensi hingga lisensi yang membutuhkan banyak pihak yang berwenang. Sambil menunggu pembentukan KTKI, ada baiknya STR ditandatangani oleh MTKP setempat, bukan oleh MTKI pusat. Hal ini guna mempercepat penerbitan STR. Jika data telah dilakukan secara *online* maka MTKI dapat mengetahui data calon tenaga kesehatan yang akan diregistrasi oleh MTKP.
- c. Dengan diimplementasikannya regulasi sertifikasi hingga lisensi, maka akan terbentuk fasilitas sertifikasi tenaga kesehatan yang diakui dan bertaraf internasional. Yang menjadi kendala adalah sertifikat tenaga kesehatan yang dikeluarkan oleh lembaga profesi dalam negeri belum diakui di luar negeri. Pemerintah perlu bekerja sama dengan lembaga sertifikasi internasional untuk mengeluarkan sertifikat yang diakui oleh dunia internasional.
- d. Selama ini, demi memperoleh sertifikat yang diakui secara internasional, para perawat rela mengeluarkan banyak uang

untuk berangkat ke Filipina untuk menjalani pelatihan selama 4-6 bulan. Dengan adanya lembaga sertifikasi di dalam negeri, biaya yang akan dikeluarkan jauh lebih murah. Sayangnya, pemerintah tidak memberikan subsidi sehingga biaya untuk memperoleh sertifikat masih menjadi beban para tenaga kerja.³¹

- e. Segera membentuk KTKI dan menyatukan MTKI, KKI, dan KFN.
- f. Pemerintah perlu meningkatkan sosialisasi STR *online*, terutama di wilayah pelosok.
- g. Memberikan pelatihan khusus untuk menghadapi uji kompetensi kepada mahasiswa calon tenaga kesehatan.
- h. Terdapat fungsi DPR RI dalam implementasi regulasi sertifikasi, registrasi, dan lisensi, antara lain: fungsi legislasi, yaitu menyusun RUU tentang Kebidanan yang sudah menjadi prioritas tahun 2016. RUU tentang Kebidanan mencakup pengaturan mengenai sertifikasi, registrasi, dan lisensi tenaga kebidanan. Adapun substansinya mirip dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Hal-hal yang menjadi catatan dalam implementasi sertifikasi hingga lisensi berdasarkan peraturan sebelumnya dapat menjadi pertimbangan dalam pembuatan keputusan dalam penyusunan RUU tentang Kebidanan. KTKI guna mempercepat peleburan MTKI, KKI

³¹ Fasilitas Sertifikasi Tenaga Kesehatan Ditarget Hadir Tahun Ini. <http://industri.bisnis.com/read/20160126/12/513122/fasilitas-sertifikasi-tenaga-kesehatan-ditarget-hadir-tahun-ini> diakses tanggal 4 Agustus 2016.

dan KFN ke dalam KTKI sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Dalam hal fungsi pengawasan, DPR dapat mengawasi implementasi regulasi sertifikasi hingga lisensi, mengawasi biaya administrasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada KTKI guna pendaftaran STR, dan mengawasi kinerja KTKI.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Achmadi, Umar Fahmi. 2013. *Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Adisasmito, Wiku. 2013. *Perancangan Naskah Akademik dan Kebijakan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Agustino, Leo. 2008. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Ali, Faried dkk. 2012. *Studi Analisa Kebijakan: Konsep, Teori dan Aplikasi Sampel Teknik Analisa Kebijakan Pemerintah*. Bandung: Refika Aditama.
- Ayuningtyas, Dumilah. 2014. *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Dunn, William N. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Islamy, M. Irfan. 2009. *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijaksanaan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011-2025*.
- Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia dan Pustanserdik SDM Kesehatan Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Panduan Registrasi Online Bagi Tenaga Kesehatan Berbasis Web*.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, Riant. 2012. *Public Policy: Teori Kebijakan, Analisis Kebijakan, Proses Kebijakan Perumusan, Implementasi, Evaluasi, Revisi Risk Management dalam Kebijakan Publik, Kebijakan sebagai The Fifth Estate Metode Penelitian Kebijakan*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Suharto, Edi. 2008. *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Trihono. 2015. Materi Presentasi Forum Ilmiah Tahunan *Indonesian Public Health Association "Percepatan Peningkatan Profesionalisme Organisasi Profesi"*.
- Winarno, Budi. 2011. *Kebijakan Publik (Teori, Proses, dan Studi Kasus)*. Yogyakarta: CAPS.

Tesis

Fadmawaty, Anny. 2012. *Analisis Formulasi Kebijakan Registrasi Tenaga Kesehatan di Luar Dokter, Dokter Gigi dan Tenaga Kefarmasian*. Tesis UI.

Jurnal

Beaglehole, Robert dan Mario R. Dal Poz. 2003. *Public Health Workforce: Challenges and Policy Issues*. London: London: BioMed Central Journal.

Fulton, Brent D. dkk. *Health Workforce Skill Mix and Task Shifting in Low Income Countries: A Review of Recent Evidence*. London: BioMed Central Journal.

Artikel Website

Fasilitas Sertifikasi Tenaga Kesehatan Ditarget Hadir Tahun Ini.
<http://industri.bisnis.com/read/20160126/12/513122/fasilitas-sertifikasi-tenaga-kesehatan-ditarget-hadir-tahun-ini>
diakses tanggal 4 Agustus 2016.

Implementasi Uji Kompetensi Nasional Bidang Kesehatan Sebagai Langkah Konkrit Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi Kesehatan. <http://ristekdikti.go.id/implementasi-ujikompetensi-nasional-bidang-kesehatan-sebagai-langkah-konkrit-penjaminan-mutu-pendidikan-tinggi-kesehatan/>
diakses tanggal 3 Agustus 2016.

Retaker Ukom, Siapa Peduli?

<http://anas.akperpamenang.ac.id/?p=103> diakses tanggal 5 Agustus 2016.

Sengkarut Ujian Dokter: Dokter Melki Korban UKDI.
<http://www.merdeka.com/khas/dokter-melki-korban-ukdi-sengkarut-ujian-dokter-2.html> diakses tanggal 27 Juli 2016.

Peraturan Perundang-undangan

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 647 Tahun 2000 tentang Registrasi dan Praktik Perawat.

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1239 Tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 161 Tahun 2010 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1796 Nomor 2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2013 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.

Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi No. 18 Tahun 2015 tentang Tata Cara Pelaksanaan Uji Kompetensi Mahasiswa Program Profesi Dokter atau Dokter Gigi.

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.

PENYELENGGARAAN REHABILITASI NARKOTIKA

MENURUT UNDANG-UNDANG NOMOR 35

TAHUN 2009 TENTANG NARKOTIKA

Tri Rini Puji Lestari

Pendahuluan

Penyalahgunaan narkotika, sebagian besar diawali dengan upaya coba-coba dalam lingkungan sosial. Semakin lama pemakaian, maka risiko kecanduan akan semakin tinggi. Jika terus dilanjutkan, dosis yang digunakan juga akan semakin besar untuk mencapai kondisi yang diinginkan (*teler*). Akhirnya sampai pada satu titik di mana tidak ada kemampuan diri untuk melewatkannya satu hari pun tanpa narkotika (adiksi).

Menurut data Badan Narkotika Nasional (BNN), diperkirakan jumlah penyalahgunaan narkotika/narkoba dan prekursornya semakin meningkat. Hasil penelitian yang dilakukan BNN dengan Pusat Penelitian Kesehatan (Puslitkes) Universitas Indonesia, diperkirakan jumlah pengguna narkoba meningkat dari 4,2 juta jiwa pada tahun 2014, menjadi 5,9 juta jiwa pada tahun 2015. Ada pun jenis narkotika yang paling banyak disalahgunakan adalah ganja, shabu, dan ekstasi. Namun demikian, data yang akurat mengenai besaran penyalahgunaan narkotika secara umum belum ada, sehingga jumlah penyalahgunaan yang ada baru berupa perkiraan atau angka estimasi saja. Hal ini antara lain dikarenakan: (1) sebagian besar penyalahgunaan tidak muncul ke permukaan, karena stigma yang ada di masyarakat, takut dilaporkan, dan berbagai sebab lainnya; (2) belum ada sistem

pelaporan yang baku (pelaporan yang sifatnya baku hanya ada di rumah sakit); dan (3) penyalah guna yang datang ke pusat-pusat pengobatan dan rehabilitasi hanya sebagian kecil; (4) penyebaran penyalah guna tidak merata, diduga urban (*biased*), sehingga sulit untuk membuat sampling; (5) *Community-based survey* sangat sulit dilakukan, tetapi beberapa LSM (lembaga swadaya masyarakat) sudah melakukan survei sejenis.¹ Kondisi ini tentu saja akan menyulitkan dalam pengambilan tindakan rehabilitasi narkotika. Akibatnya tidak jarang pengguna narkotika baru diketahui setelah terjadi overdosis (OD) atau meninggal dunia.

Berdasarkan data dari BNN, angka kematian akibat penyalahgunaan narkotika sampai tahun 2015 diperkirakan mencapai 104.000 orang yang berumur 15 tahun dan 263.000 orang berumur 64 tahun (meninggal akibat mengalami overdosis). BNN juga menyatakan sekitar 50 orang meninggal setiap harinya karena penyalahgunaan narkotika dan obat terlarang. Akibatnya Indonesia mengalami kerugian ekonomi maupun sosial mencapai Rp 63 triliun per tahun. Kondisi ini sangat mengkhawatirkan dan mengancam keberlangsungan generasi bangsa, sehingga membuat pemerintah Indonesia geram dan menyatakan perang terhadap penyalahgunaan narkotika.²

Pada tahun 2009, pemerintah mengeluarkan Undang-Undang No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika yang menggantikan Undang-

¹ *Jumlah Pengguna Narkoba di Indonesia*, (online), http://www.kompasiana.com/phadli/jumlah-pengguna-narkoba-di-indonesia_553ded8d6ea834b92bf39b35, diakses 30 Maret 2016.

² *BNN Ingatkan 50 Orang Meninggal Setiap Hari Karena Narkoba*, online, <http://www.cnnindonesia.com/nasional/20150429202212-12-50148/bnn-ingatkan-50-orang-meninggal-setiap-hari-karena-narkoba/>, diakses 25 Agustus 2016.

Undang No. 22 Tahun 1997. Alasan diadakannya pembaharuan undang-undang ini adalah: (1) Peningkatan jumlah kasus HIV/AIDS; (2) Pentingnya untuk mengatasi kejahatan perdagangan obat-obatan terlarang pada tingkat nasional, regional, dan internasional; (3) Perlu regulasi yang jelas mengatur badan yang bertanggung jawab dalam mengontrol, mencegah, dan mengeradikasi perdagangan obat-obatan terlarang; (4) Peningkatan jumlah pengguna narkotika yang diperlukan sebagai korban.³

Menurut Undang-Undang No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika Pasal 54, pecandu, dan korban penyalahgunaan narkotika wajib menjalani rehabilitasi medis dan sosial. Penyelenggaraan rehabilitasi medis dilakukan di rumah sakit yang ditunjuk oleh Menteri Kesehatan dan dapat dilakukan juga oleh instansi pemerintah atau masyarakat melalui pendekatan keagamaan dan tradisional. Sedangkan rehabilitasi sosial diselenggarakan oleh instansi pemerintah dan masyarakat. Dengan demikian keberadaan lembaga rehabilitasi sangatlah penting. Untuk itu keberadaan lembaga rehabilitasi berperan menjamin pengaturan upaya rehabilitasi medis dan sosial bagi pecandu dan penyalah guna narkotika. Namun demikian, ketentuan ini tidak pernah diterapkan sehingga pada tahun 2014 BNN berinisiatif mendorong terjadinya kesepakatan dari 7 (tujuh) lembaga negara yang terkait yang terdiri dari Mahkamah Agung, Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Kejaksaan Agung, Kepolisian, dan BNN, untuk mengutamakan pelaksanaan rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalah guna narkotika. Kesepakatan

³ Wibowo Adik, 2015, *Kesehatan Masyarakat di Indonesia. Konsep, Aplikasi dan Tantangan*, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada, hal. 342.

tersebut dikukuhkan dalam sebuah peraturan bersama Nomor 01/PB/MA/III/2014; No. 03 Tahun 2014; No. 11 Tahun 2014; No. 03 Tahun 2014; No. PER-005/A/JA/03/2014; No. 1 Tahun 2014; No. PERBER/01/III/2014/BNN tentang Penanganan Pecandu Narkotika dan Korban Penyalahgunaan Narkotika ke dalam Lembaga Rehabilitasi.

Lapas (lembaga pemasyarakatan) khusus narkotika merupakan salah satu bagian penting dalam penanggulangan masalah narkotika. Namun demikian, tidak sedikit pemberitaan yang menginformasikan banyaknya peredaran narkotika di dalam lapas tersebut. Maraknya peredaran narkotika di lapas disebabkan karena adanya kelemahan dalam pengamanan di dalam lapas. Seperti yang sekarang sedang marak diberitakan di berbagai media massa dan sedang didalami kebenarannya oleh pihak kepolisian, yaitu mengenai tulisan Haris Azhar yang tersebar luas menjelang eksekusi mati Freddy Budiman. Kesaksian terpidana mati Freddy Budiman tersebut berisikan cerita tentang permainan kotor aparat penegak hukum dalam menangani kasus narkotika.

Selain itu, tingginya tingkat kambuh di kalangan pemakai narkotika dan adanya fenomena bergantinya adiksi pada seorang pemakai narkotika, menjadi salah satu indikator kelemahan terapi dan rehabilitasi oleh lembaga formal. Kegiatan rehabilitasi narkotika identik dengan lama, mahal, dan seringkali harus dilakukan berulang-ulang kali, baik di tempat yang sama ataupun berbeda, sehingga mereka enggan untuk menjalani rehabilitasi secara komprehensif dan tuntas. Contoh kasus yang baru-baru ini dialami oleh seorang artis senior dangdut berinisial "ISA", yang untuk ketiga kalinya ditangkap karena sedang menggunakan shabu. Peristiwa

seperti ini juga pernah terjadi pada beberapa artis lainnya seperti Roy Marten, Andika (Kangen Band), Polo (Srimulat), serta penyalahgunaan narkotika dari kalangan masyarakat umum yang tidak terekspos media.

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, tulisan ini akan membahas pentingnya rehabilitasi narkotika dalam penanganan pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika, yang akan difokuskan pada: apa yang dimaksud dengan rehabilitasi narkotika dan bagaimana penyelenggarannya dikaitkan dengan ketentuan dalam Undang-Undang No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika.

Rehabilitasi Narkotika

Menurut Undang-Undang No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, Pecandu Narkotika adalah orang yang menggunakan atau menyalahgunakan narkotika dan dalam keadaan ketergantungan pada narkotika, baik secara fisik maupun psikis; Korban Penyalahgunaan Narkotika adalah seseorang yang tidak sengaja menggunakan narkotika karena dibujuk, diperdaya, ditipu, dipaksa dan/atau diancam untuk menggunakan Narkotika; dan Penyalahguna/pemakai adalah orang yang menggunakan/memakai Narkotika tanpa hak atau melawan hukum.

Penyalahgunaan narkotika dari sisi kesehatan masyarakat mempunyai dimensi yang cukup luas dan kompleks. Hal ini dikarenakan penyalahgunaan narkotika dapat menimbulkan permasalahan medik, psikiatrik, psikologis, maupun sosial. Selain itu, beban ekonomi yang harus ditanggung keluarga, masyarakat, dan negara juga sangat besar. Beban tersebut di antaranya karena penyebaran HIV/AIDS dan Hepatitis B atau C, serta rendahnya

produktivitas masyarakat dan tingginya gangguan keamanan atau ketertiban dalam masyarakat.⁴

Dari sisi sosial, pecandu dan korban penyalah guna narkotika umumnya menarik diri dari keluarga maupun lingkungan yang lebih luas dan mereka lalai dalam memenuhi kewajibannya, seperti bekerja atau aktivitas rutin lainnya. Pecandu dan korban penyalah guna narkotika juga sering melakukan hal-hal yang berisiko membahayakan diri sendiri dan orang lain, seperti mengendarai kendaraan bermotor pada saat di bawah pengaruh narkotika.⁵

Rehabilitasi merupakan salah satu upaya penyelamatan generasi bangsa dari pecandu narkotika. Pengaturan mengenai rehabilitasi pada undang-undang narkotika terdapat pada BAB IX Pasal 54-59. Dalam Pasal 55 Undang-Undang tentang Narkotika ditekankan bahwa masyarakat (secara mandiri) harus pro-aktif melaporkan dirinya atau keluarganya yang kecanduan narkotika atau menjadi korban penyalah guna narkotika untuk menjalani rehabilitasi medis dan sosial, sehingga ada konsekuensi hukum bagi orang tua atau wali dari pecandu yang belum cukup umur jika sengaja tidak melapor, bagi pecandu narkotika yang sudah cukup umur jika dengan sengaja tidak melaporkan dirinya, dan bagi keluarga pecandu yang dengan sengaja tidak melaporkan anggota keluarganya jika diketahui sebagai pecandu narkotika. Konsekuensi hukum yang didapat jika tidak melaporkan adalah pidana kurungan atau denda (Pasal 128). Penjabaran lebih lanjut diatur dalam

⁴Tahapan Rehabilitasi Narkoba, online, <http://www.alodokter.com/tahapan-rehabilitasi-narkoba>, diakses 29 Februari 2016.

⁵ Ibid.

Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 2011 tentang pelaksanaan wajib lapor pecandu narkotika.

Institusi yang digunakan sebagai tempat penerima wajib lapor (IPWL) ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, dan/atau lembaga rehabilitasi medis dan sosial yang memenuhi persyaratan tertentu, seperti adanya tenaga yang memiliki keahlian dan kewenangan di bidang pecandu narkotika dan tersedia sarana yang sesuai dengan standar rehabilitasi medis dan sosial.

Mengingat luas dan kompleksnya permasalahan yang diakibatkan oleh penyalahgunaan narkotika, maka secara garis besar ada dua faktor penting yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan upaya rehabilitasi narkotika, yaitu rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial. Menurut Undang-Undang No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, rehabilitasi medis adalah suatu proses kegiatan pengobatan secara terpadu untuk membebaskan pecandu dari ketergantungan narkotika. Rehabilitasi sosial adalah suatu proses kegiatan pemulihan secara terpadu, baik fisik, mental maupun sosial, agar mantan pecandu narkotika dapat kembali melaksanakan fungsi sosial dalam kehidupan masyarakat. Namun demikian, kunci keberhasilan rehabilitasi narkotika adalah melakukan secepat mungkin. Untuk itu diperlukan dokter spesialis ketergantungan narkoba dengan bantuan psikiater ataupun konselor khusus di bidang ini. Selain itu, dibutuhkan juga intervensi dari keluarga atau teman untuk memotivasi ataupun membuat pecandu atau korban penyalahgunaan narkotika mau menjalankan rehabilitasi.

Rehabilitasi adalah fasilitas yang sifatnya semi tertutup, maksudnya bahwa hanya orang-orang tertentu dengan kepentingan

khusus yang dapat memasuki area ini. Rehabilitasi narkotika adalah tempat yang memberikan pelatihan, keterampilan, dan pengetahuan untuk menghindarkan diri dari narkotika.⁶

Rehabilitasi narkotika merupakan salah satu upaya untuk menyelamatkan para pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika. Menurut W. Resniwiwo (1999), rehabilitasi narkotika merupakan usaha untuk menolong, merawat, dan merehabilitasi pecandu dan korban penyalah guna narkotika, sehingga diharapkan para pecandu dan korban penyalah guna narkotika tersebut dapat kembali ke dalam lingkungan masyarakat atau dapat bekerja serta belajar dengan layak.⁷

Rehabilitasi medis dilakukan dalam rangka mempercepat pembuangan racun-racun akibat dari penyalahgunaan narkotika. Pada tahap ini biasanya dilakukan pembersihan darah dan sirkulasi organ-organ tubuh lainnya terhadap pengaruh racun yang ditimbulkan oleh narkotika. Tindakan ini dikenal dengan istilah detoksifikasi. Dengan detoksifikasi, darah menjadi bersih dan sistem metabolisme tubuh kembali normal, sehingga pecandu dan korban penyalah guna narkotika tidak *sakaw* lagi.

Menurut BNN *sakaw* merupakan satu kata bahasa yang sering digunakan oleh para pengguna NAPZA, yang artinya sakit karena memakai *putaw*. Dalam medis dikenal dengan istilah *withdrawel syndrome*, yaitu kumpulan gejala baik fisik maupun mental yang tidak nyaman yang dialami oleh pemakai NAPZA. Dengan demikian *sakaw* merupakan reaksi fisik pada pengguna narkotika setiap kali

⁶ Soeparman, Herman, 2000, *Narkoba Telah Merubah Rumah Kami Menjadi Neraka*. Jakarta: Departemen Pendidikan Nasional-Dirjen Dikti, hal. 37.

⁷ <http://library.gunadarma.ac.id/file/disk1/9/jbptgunadarma-gdl-grey-2005-anggrahini-437-babi.pdf> diakses 24 Agustus 2016.

tidak lagi mengkonsumsi narkotika. Melalui pembersihan darah dan sirkulasi organ-organ tubuh lainnya terhadap pengaruh racun yang ditimbulkan oleh narkotika maka *sakaw* diharapkan tidak muncul.

Proses detoksifikasi ini menggunakan obat-obatan tertentu dan dilakukan melalui pengawasan ketat dari dokter. Waktu yang diperlukan antara 2 sampai 21 hari. Detoksifikasi memerlukan biaya yang tidak sedikit. Untuk itu subsidi dari pemerintah sangat diperlukan. Khususnya untuk pecandu dan korban penyalah guna narkotika dari kalangan masyarakat yang tidak mampu, sehingga dapat mengikuti program terapi ini.

Setelah selesai proses detoksifikasi di lokasi rehabilitasi, pasien menjalani proses rawat jalan. Selama rawat jalan, pasien akan mendapatkan penanganan melalui obat-obatan yang jenisnya tergantung dari jenis narkotika yang digunakannya. Misalnya, untuk pengguna narkotika jenis heroin atau morfin, akan diberikan terapi obat seperti *methadone* dan *buprenorfin*. Obat ini akan membantu mengurangi keinginan memakai narkotika sehingga diharapkan dapat mencegah penyakit seperti hepatitis C dan HIV hingga kematian. Namun demikian obat ini memiliki beberapa efek samping, sehingga hanya diberikan pada pasien rawat jalan.

Salah satu proses yang juga harus dilalui selama rehabilitasi adalah konseling. Konseling yang pertama dilakukan untuk meyakinkan pecandu atau korban penyalah guna narkotika bahwa ia mengalami kecanduan, karena jika mereka masih pada fase penyangkalan, akan sulit untuk diajak bergabung dalam rehabilitasi guna meningkatkan kualitas hidup mereka. Konseling ini akan membantu pecandu atau korban penyalahgunaan narkotika mengenali masalah atau perilaku yang memicu ketergantungan

tersebut. Konseling ini biasanya dilakukan secara individu, tetapi tidak menutup kemungkinan juga dilakukan secara kelompok.

Konseling bertujuan untuk membantu program pemulihan, seperti memulai kembali perilaku hidup sehat ataupun strategi menghadapi situasi yang berisiko terjadinya penggunaan narkotika kembali terulang. Dalam hal ini, seorang konselor bertanggung jawab untuk mengenali bagaimana kecanduan narkotika pada seseorang secara keseluruhan, sekaligus memahami lingkungan sosial yang ada di sekitarnya untuk mencegah terulangnya penyalahgunaan narkotika.

Rehabilitasi sosial dilakukan dalam rangka menumbuhkan kembali kepercayaan diri dari mantan pengguna narkotika dan menumbuhkan *semangat* serta keyakinan bahwa dia akan sembuh dan kembali normal melalui bersosialisasi dengan masyarakat dan lingkungannya. Rehabilitasi sosial biasanya dilakukan melalui kegiatan pembinaan mental, spiritual, keimanan dan ketakwaan, kepekaan sosial kemasyarakatan, serta olah raga. Kegiatan yang diberikan sesuai dengan minat dan bakatnya.

Pada fase ini keyakinan dalam diri individu bahwa dirinya mampu untuk melepaskan diri dari ketergantungan narkotika merupakan faktor yang sangat penting dalam proses pemulihan. Istilah keyakinan ini disebut dengan *self efficacy*. Seseorang yang memiliki *self efficacy* yang tinggi akan membangun lebih banyak kemampuan melalui usaha-usaha mereka secara terus-menerus. Untuk itu mereka akan mengembangkan perhatian dan usahanya terhadap tuntutan situasi dan dipicu oleh adanya rintangan sehingga seseorang akan berusaha lebih kuat. Sedangkan *self efficacy* yang rendah akan menghambat dan memperlambat perkembangan dari

kemampuan-kemampuan yang dibutuhkan seseorang, karena mereka percaya bahwa segala sesuatu sangat sulit dibandingkan keadaan yang sesungguhnya.

Namun demikian, hal ini tidaklah mudah. Sebagaimana pernah disampaikan oleh McIntosh (2002), kesadaran yang dimiliki seseorang bahwa dirinya sudah kecanduan, memerlukan waktu yang cukup lama (berbulan-bulan bahkan sampai bertahun-tahun) baginya untuk dapat mengatasi kebiasaan tersebut. Untuk itu, dukungan dari lingkungannya dapat membantu menumbuhkan kesadaran untuk berhenti mengkonsumsi narkotika. Jika pengguna narkotika tersebut dapat melewati tahap ini, maka ia dapat kembali ke masyarakat, baik untuk bersekolah atau kembali bekerja.

Dalam Undang-Undang Narkotika Pasal 103 dinyatakan bahwa kewajiban menjalani rehabilitasi medis dan sosial berlaku juga bagi pecandu narkotika yang diperintahkan berdasarkan putusan hakim jika terbukti bersalah melakukan tindak pidana narkotika atau penetapan pengadilan jika tidak terbukti bersalah melakukan tindak pidana narkotika. Bagi pecandu narkotika yang terbukti bersalah melakukan tindak pidana narkotika, selama proses peradilan, putusan penempatan dalam lembaga rehabilitasi medis dan/atau sosial, menjadi kewenangan penyidik, penuntut umum, atau hakim atas rekomendasi dari tim dokter. Jika pecandu narkotika tersebut disertai dengan komplikasi medis atau psikiatrik, pecandu dan korban narkotika dengan tindak pidana narkotika tersebut dapat ditempatkan di rumah sakit pemerintah atau rumah sakit swasta yang ditunjuk pemerintah. Sedangkan biayanya ditanggung oleh keluarga atau bagi yang tidak mampu ditanggung pemerintah sesuai ketentuan yang berlaku, seperti melalui BPJS.

Keamanan dan pengawasan terhadap pecandu dan korban narkotika dengan tindak pidana narkotika selama menjalani rehabilitasi atau perawatan dilaksanakan oleh lembaga rehabilitasi atau rumah sakit di mana pecandu dan korban narkotika dengan tindak pidana narkotika tersebut ditempatkan, dengan memenuhi standar keamanan tertentu dan dalam pelaksanaannya dapat berkoordinasi dengan pihak kepolisian. Sedangkan masa menjalani rehabilitasi atau pengobatan diperhitungkan sebagai masa menjalani hukuman.

Dalam hal hakim menjatuhkan pemidanaan berupa perintah untuk dilakukan tindakan hukum berupa rehabilitasi, menurut Surat Edaran Mahkamah Agung No. 04 Tahun 2010, hakim harus menunjuk tempat rehabilitasi terdekat dalam amar putusannya. Tempat-tempat rehabilitasi tersebut adalah:

- a. Lembaga rehabilitasi medis dan sosial yang dikelola dan/atau dibina dan diawasi oleh BNN;
- b. Rumah sakit ketergantungan obat (RSKO) Cibubur, Jakarta;
- c. Rumah sakit jiwa di seluruh Indonesia (milik Kementerian Kesehatan);
- d. Panti rehabilitasi Kementerian Sosial dan unit pelaksana teknis daerah (UPTD);
- e. Tempat-tempat rujukan lembaga rehabilitasi yang diselenggarakan oleh masyarakat yang mendapat akreditasi dari Kementerian Kesehatan atau Kementerian Sosial (dengan biaya sendiri).

Sedangkan tempat rehabilitasi narkotika di lapas atau rumah tahanan (rutan) diperuntukkan bagi:

1. Tersangka dan/atau terdakwa penyalahgunaan narkotika yang ditangkap tangan dengan barang bukti melebihi jumlah tertentu sebagai pecandu dan terbukti positif memakai narkotika berdasarkan hasil laboratorium, sebagaimana diatur dalam Surat Edaran Mahkamah Agung No. 04 Tahun 2010 tentang Penempatan Penyalahgunaan, Korban Penyalahgunaan dan Pecandu Narkotika ke dalam Lembaga Rehabilitasi Medis dan Rehabilitasi Sosial.
2. Narapidana yang termasuk kategori pecandu dan korban narkotika dan bukan sebagai pengedar/bandar/kurir/produsen.
3. Narapidana yang termasuk kategori pecandu narkotika dan sebagai pengedar.

Menurut Surat Edaran Mahkamah Agung No. 04 Tahun 2010 tentang Penempatan Penyalahgunaan, Korban Penyalahgunaan dan Pecandu Narkotika ke dalam Lembaga Rehabilitasi Medis dan Rehabilitasi Sosial, dinyatakan bahwa untuk menjatuhkan lamanya proses rehabilitasi, wajib adanya keterangan ahli. Sedangkan standar dalam proses terapi dan rehabilitasinya adalah sebagai berikut:

- a. Program Detoksifikasi dan Stabilisasi: lamanya 1 (satu) bulan;
- b. Program Primer: lamanya 6 (enam) bulan;
- c. Program *Re-Entry*: lamanya 6 (enam) bulan.

Pada tahap rehabilitasi medis, terpidana wajib menjalani 3 (tiga) tahap perawatan, yaitu program rawat inap awal, program lanjutan, dan program pasca-rawat. Surat keterangan telah menjalani pengobatan dan rehabilitasi bisa dijadikan sebagai alat bukti dan berkekuatan hukum tetap dalam pengadilan dan masa rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika dengan kasus pidana dapat dihitung sebagai masa tahanan.

Dalam rangka meningkatkan peran serta masyarakat, pemerintah membuka seluas-luasnya pendirian lembaga/lembaga rehabilitasi yang diselenggarakan oleh masyarakat. Penyelenggaraan lembaga/lembaga rehabilitasi tersebut mengacu pada Peraturan Kepala BNN No. 14 Tahun 2011 tentang Rehabilitasi Narkotika Komponen Masyarakat.

Dalam peraturan tersebut dinyatakan, Rehabilitasi Narkotika komponen masyarakat yang selanjutnya disebut Rehabilitasi adiksi adalah suatu proses kegiatan pengobatan secara terpadu untuk membebaskan dari kecanduan atau ketergantungan secara fisik dan mental terhadap suatu zat, yang dilaksanakan pada lembaga rehabilitasi adiksi yang mendapatkan pembinaan dan peningkatan kemampuan dari BNN.

Dengan demikian, yang termasuk dalam kategori Lembaga rehabilitasi adiksi sebagaimana dimaksud di atas jika sudah memiliki legalitas dari BNN. Lembaga rehabilitasi adiksi ini harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

1. Tersedia dan terjangkau.
2. Tepat guna dan sesuai dengan kebutuhan klien berdasarkan asesmen dan diagnosis.
3. Telah terbukti keberhasilannya (*evidence based*).

4. Memiliki standar minimal.
5. Memperhatikan hak-hak asasi manusia.
6. Pelayanan secara komprehensif dan berkesinambungan.
7. Berkoordinasi dan bekerja sama dengan lembaga-lembaga terkait lainnya.
8. Transdisiplin.

Ada pun sarana dan prasarana layanan rehabilitasi yang harus disediakan dalam bentuk OSC, ORC, dan CBU (sesuai dengan bentuk rehabilitasi yang telah dikembangkan oleh BNN).⁸ Sedangkan kegiatan rehabilitasi tersebut harus dilakukan secara komprehensif dan berkesinambungan melalui tujuh tahap, yaitu: penerimaan awal (termasuk ORC, CBU atau OSC), detoksifikasi, bimbingan, reintegrasi, pembinaan lanjut, dan tahap integrasi ke masyarakat. Selain itu, lembaga rehabilitasi adiksi juga harus mengacu pada sistem layanan komprehensif dalam menjalankan proses rehabilitasi adiksi serta melakukan skrining fisik dan masalah kejiwaan sebelum memulai proses rehabilitasi adiksi dengan sistem rujukan maupun jejaring/kerja sama dengan lintas sektoral pada layanan kesehatan primer.

⁸ OSC (*one stop centre*) adalah wadah dalam bentuk pusat pelayanan terpadu yang menyelenggarakan rehabilitasi medis dan sosial secara rawat inap bagi Pecandu Narkotika. ORC (*outreach centre*) adalah wadah rehabilitasi adiksi yang mengedepankan layanan penjangkauan dan pendampingan Pecandu Narkotika. CBU (*community based unit*) adalah wadah untuk menanggulangi masalah penyalahgunaan Narkotika pada komunitas dengan memberdayakan potensi masyarakat.

Penyelenggaraan Rehabilitasi Narkotika

Penyelenggaraan rehabilitasi narkotika akan membawa hasil yang maksimal bila lembaga rehabilitasi narkotikanya mempunyai satu konsep yang jelas, komprehensif, koordinatif, dan mempunyai kekuatan hukum yang jelas serta aplikatif. Selain itu, lembaga rehabilitasi narkotika juga harus mempunyai tujuan dan sasaran yang tepat dalam pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika.

Mengingat peran lembaga rehabilitasi narkotika sangat penting dan jumlah pengguna narkotika di Indonesia masih tinggi, serta dalam rangka implementasi Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Lapor Pecandu Narkotika, maka keberadaan lembaga rehabilitasi narkotika, baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta sangat diperlukan.

Menurut Kepala BNN Provinsi Kalimantan Timur, idealnya, setiap provinsi memiliki minimal satu lembaga rehabilitasi narkotika yang terintegrasi dengan program penanggulangan narkotika nasional. Namun kenyataannya sampai saat ini belum semua provinsi memiliki lembaga rehabilitasi narkotika yang terintegrasi dengan program penanggulangan narkotika nasional. Program rehabilitasi yang ada di lembaga rehabilitasi narkotika sampai saat ini masih bersifat sektoral, tergantung siapa penyelenggara dan penyandang dananya. Selain itu, hingga saat ini belum semua lapas dan rutan memiliki ruang rehabilitasi. Akibatnya para pecandu dan korban penyalah guna narkotika yang ada di lapas atau rutan belum dapat mengikuti penyelenggaraan rehabilitasi sebagaimana diamanatkan

dalam Undang-Undang tentang Narkotika.⁹ Padahal tidak sedikit pengguna narkotika yang tertangkap, divonis hukuman penjara.¹⁰ Saat di penjara mereka akan bercampur dengan para pengedar dan bandar besar, akibatnya bukan kesembuhan yang didapat melainkan mereka akan bertambah kecanduannya atau menjadi pengedar atau menjadi bandar. Selain itu karena alasan teknis, pengguna narkotika dimasukkan ke penjara umum. Selama dilapas mereka akan bergaul dengan pencuri, perampok, pembunuh, dan para terpidana umum lainnya, sehingga tidak mengherankan jika setelah bebas dari lapas, mereka tertangkap lagi karena melakukan kriminalisasi seperti merampok atau mencuri atau tindak pidana lainnya atau menjadi pengedar narkoba sekaligus sebagai pengguna.

Sejak pertengahan tahun 2006, lapas-lapas narkoba sudah ada yang melaksanakan program lapas terpadu. Program lapas terpadu adalah penyediaan pengobatan yang lengkap dan proses rehabilitasi terpadu bagi para narapidana yang menghuni lapas narkoba tersebut. Terapi ini diperkenalkan oleh seorang pakar bernama Ang Kie Soei dan menggunakan sistem pengobatan D-5 (Dekstrose yang berisi glucose monohydrate dan sodium chloride),

⁹ Bagian Pemantauan Pelaksanaan Undang-undang Setjen DPR RI, *Laporan Pengawasan dan Pelaksanaan Undang-Undang No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika*, Jakarta, 2015.

¹⁰ Aturan yang ada saat ini bersifat kontruksi dekriminalisasi, sehingga memungkinkan hal ini terjadi. Karena, walaupun dinyatakan bahwa rehabilitasi narkotika merupakan sebuah kewajiban bagi pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika, namun di sisi lain, dinyatakan juga bahwa mengkonsumsi narkotika adalah perbuatan melanggar pidana (Pasal 103 UU 35/2009). Selain itu, hakim dapat memutuskan dan menetapkan pecandu narkotika dan korban penyalahgunaan narkotika untuk menjalani Pengobatan dan/atau perawatan, masa menjalani pengobatan dan/atau perawatan diperhitungkan sebagai masa menjalani hukuman, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang tentang Narkotika Pasal 103, Pasal 127, PP No. 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Lapor Pecandu Narkotika Pasal 13 ayat (3) sampai ayat (5).

mineral, dan zat-zat lainnya yang dibutuhkan oleh tubuh si pecandu. Jika dilakukan pada pecandu yang belum parah, terapi ini biasanya memerlukan waktu sekitar 14 hari, tetapi jika dilakukan pada pencandu yang sudah parah, akan membutuhkan waktu yang lebih lama (minimal 21 hari).¹¹

Selain itu, salah satu program yang diterapkan di lapas narkoba adalah program yang dijalankan oleh lembaga *Criminon* (Selandia Baru), yaitu dengan mengadakan pelatihan, membuat napi terfokus pada pikiran yang positif sehingga tidak terganggu dengan pikiran-pikiran untuk memakai narkoba lagi. *Criminon* merupakan program sosial nirlaba berskala internasional dan dirancang untuk mengupayakan pencegahan kejahatan dan rehabilitasi kriminal bagi masyarakat yang membutuhkan. Program ini dipilih sebagai program rehabilitasi oleh sejumlah lapas narkoba di Indonesia, seperti di LP Narkotika Cipinang Jakarta Timur, LP Narkotika di Gintung, Cirebon, Jawa Barat, LP umum di Bekasi, Pamekasan, dan Cinere. Ada empat langkah yang harus ditempuh oleh peserta rehabilitasi dalam satu bulan. Melalui program ini, diharapkan ada peningkatan keterampilan diri dan belajar secara mandiri. Sasaran dari program ini adalah adanya perubahan kebiasaan atau paradigma seseorang sebagai diri sendiri maupun sebagai anggota masyarakat.¹²

Program lain yang diterapkan di lapas narkotika adalah program *harm reduction* (mengurangi dampak buruk yang timbul) dengan metadon. Program ini penting untuk mengurangi pemakaian

¹¹ Lestari, Tri R. N., 2006, "Masalah Rehabilitasilitasi Pengguna Narkoba (Studi Kepustakaan Upaya Rehabilitasilitasi Pengguna Narkoba di Indonesia)" dalam *Pembangunan Kesejahteraan Rakyat, Tinjauan terhadap Dua Tahun Pemerintahan SBY – JK*, Sali Susiana (ed.), Jakarta: CV Aghrino Abadi, hal. 162.

¹² *Ibid.*

dan pecandu narkoba suntik (selama di lapas), mengurangi risiko kematian dini, mengurangi penggunaan narkoba, meningkatkan kesehatan *injection drug user* (IDU), mengurangi keterlibatan dalam tindakan kriminal, dan meningkatkan fungsi psikologis dan sosial.

Keberhasilan program ini telah diakui oleh berbagai negara, namun demikian program ini memerlukan biaya yang tidak sedikit. Untuk mendapatkan hasil yang terbaik, selain penggunaan metadon harus disertai juga dengan konseling, informasi, dan dukungan yang terus-menerus. Namun, itu semua belum ditemukan di lapas narkotika di Indonesia pada umumnya. Akibatnya tingkat keberhasilan program ini tidak bisa maksimal, sehingga tidak sedikit penghuni lapas narkotika yang kembali menggunakan narkoba lagi setelah mereka kembali ke masyarakat.

Program *harm reduction* lainnya yang diperkenalkan oleh WHO, UNAIDS, serta UNODC, dan digunakan oleh berbagai LSM serta beberapa lembaga rehabilitasi swasta adalah *out reach*. Program *out reach* ini ditujukan tidak saja pada kelompok pengguna narkoba, tetapi juga pada masyarakat umum yang terdiri dari kalangan keagamaan, guru, pelajar, remaja, pemerintah, kepolisian, dan pekerja seks komersial (PSK). Ada beberapa program yang termasuk dalam *out reach*, antara lain:¹³

1. Memberikan pendidikan/informasi tentang dampak narkotika dan HIV/AIDS, serta Hepatitis C.
2. Memberikan konseling dan tes HIV.
3. Program *prevention* dan *intervention*. Program ini khusus ditujukan untuk kalangan IDU sebagai salah satu upaya untuk

¹³ *Ibid.*

menghindari/memperkecil jumlah penularan HIV/AIDS dan Hepatitis C.

Cara yang digunakan program ini di antaranya dengan: penyediaan alat-alat suntik yang steril; pembuangan peralatan yang tidak steril; pengalihan narkoba, pembagian kondom; dan peningkatan kepedulian kalangan IDU dan PSK tentang penyebaran HIV/AIDS dan Hepatitis C. Namun demikian program ini masih perlu dilakukan studi lebih lanjut agar dapat diterapkan di Indonesia. Kontroversi dari beberapa pihak di masyarakat terkait penyediaan alat suntik steril masih ada. Studi lebih mendalam menyangkut penyediaan alat suntik steril yang dikaitkan dengan narkoba perlu dilakukan, karena ada beberapa hal yang tidak sesuai dengan hukum yang berlaku di Indonesia. Selain itu, ada beberapa aspek teknis dalam implementasi program tersebut, misalnya tentang kecukupan (kualitas dan kuantitas) petugas penjangkau (*out reach worker*) dan kesediaan dana pendukungnya.¹⁴

Pada akhir tahun 2006, mulai ada seorang hakim pengadilan di Yogyakarta yang berani mengambil keputusan untuk memasukkan seorang tersangka yang termasuk kategori pecandu dan pengguna narkoba ke lembaga rehabilitasi.¹⁵ Namun di sisi lain, keberadaan lembaga rehabilitasi pemerintah dan swasta pada saat itu belum menjadi satu kesatuan dengan sistem penanggulangan narkotika nasional yang diatur dalam suatu undang-undang khusus. Standar minimal penyelenggaraan rehabilitasi narkotika juga belum ada, sehingga program rehabilitasi yang ada tidak terkoordinasi dengan

¹⁴ *Ibid.* hal. 165-166.

¹⁵ *Ibid.* hal. 160.

baik karena masih ada yang tumpang tindih program dan terkesan berjalan sendiri-sendiri. Pendekatan yang digunakan beragam, di antaranya dengan pendekatan keagamaan, pendekatan tradisional, pendekatan barat, pendekatan medis, sampai pada pendekatan metafisika/spiritual. Hal ini tergantung siapa penyelenggara dan penyandang dananya.

Sejak tahun 2014, dalam peraturan bersama antara Mahkumjapol (Mahkamah Agung dan jajaran polisi), Kemenkes, Kemensos, BNN terkait pelaksanaan rehabilitasi pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika dengan proses hukum, sudah ada ketentuan yang mengatur batasan tentang kategori dari pemakai/penyalah guna, pecandu, dan korban penyalahgunaan narkotika. Namun demikian, hingga saat ini masih ada penegak hukum yang memasukkan pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika ke dalam penjara sehingga kondisi lapas *over capacity*.

Fakta lain di lapangan adalah lembaga rehabilitasi narkotika yang ada di lapas, sampai saat ini masih jauh dari standar yang ditentukan, baik dari ketersediaan fasilitas maupun sumber daya manusianya. Akibatnya program rehabilitasi medis dan sosial tidak dapat dilaksanakan dengan maksimal. Salah satu penyebabnya adalah minimnya anggaran rehabilitasi. Meskipun lapas merupakan salah satu unit pelaksana teknis (UPT) pemasarakatan dalam wilayah Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia, namun pihak Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia tidak menyediakan anggaran khusus untuk penyelenggaraan rehabilitasi narkotika.¹⁶ Hal ini dikarenakan, sebagaimana tercantum dalam peraturan bersama

¹⁶ Bagian Pemantauan Pelaksanaan Undang-undang Setjen DPR RI, *ibid*.

antara Mahkumjapol (Mahkamah Agung dan jajaran polisi), Kemenkes, Kemensos, dan BNN tentang penanganan pecandu narkotika dan korban penyalahgunaan narkotika ke dalam lembaga rehabilitasi Pasal 14 ayat (1) sampai ayat (3), bahwa (1) Biaya rehabilitasi medis bagi terdakwa yang sudah diputus oleh pengadilan dibebankan pada anggaran Kementerian Kesehatan. (2). Biaya rehabilitasi sosial bagi terdakwa yang sudah diputus oleh pengadilan dibebankan pada anggaran Kementerian Sosial. dan (3). Biaya Rehabilitasi medis dan/atau rehabilitasi sosial bagi tersangka dan/atau terdakwa sebagai pecandu Narkotika dan Korban Penyalahgunaan Narkotika yang masih dalam proses peradilan dibebankan pada anggaran BNN.

Di sisi lain, sebagaimana dikemukakan oleh Kepala Lapas Cipinang pada acara peluncuran program rehabilitasi sosial *Therapeutic Community* (TC) bagi 700 narapidana lapas narkotika kelas IIA, Cipinang, Jakarta Timur, untuk melaksanakan program rehabilitasi TC tersebut pihak lapas narkotika kelas IIA, Cipinang, masih dihadapkan pada masalah anggaran dan kurangnya sumber daya manusia. Meskipun mendapat *support* anggaran dari BNNP DKI Jakarta, namun karena sistem yang digunakan adalah *reimburse* (pihak lapas harus mencari modal awal dulu, untuk kemudian di-*support* oleh BNN Jakarta), sampai saat ini besaran biaya yang terkumpul, masih belum mencukupi kebutuhan secara maksimal, terlebih lagi kualitas dan kuantitas SDM yang ada masih kurang.¹⁷

¹⁷ Kalapas: Rehabilitasiilitasi ratusan napi barkotika LP Cipinang Terkendala Anggaran, *online*, <http://news.detik.com/berita/3207414/kalapas-rehabilitasiilitasi-ratusan-napi-narkotika-lp-cipinang-terkendala-anggaran>, diakses 29Agustus 2016.

Menurut Prof. Dadang Hawari, Lembaga Rehabilitasi yang baik harus memenuhi persyaratan antara lain:¹⁸

- a. Sarana dan prasarana yang memadai termasuk gedung, akomodasi, kamar mandi/WC yang higienis, makanan dan minuman yang bergizi dan halal, ruang kelas, ruang rekreasi, ruang konsultasi individual maupun kelompok, ruang konsultasi keluarga, ruang ibadah, ruang olah raga, ruang ketrampilan, dan sebagainya;
- b. Tenaga yang profesional (psikiater, dokter umum, psikolog, pekerja sosial, perawat, agamawan/rohaniawan dan tenaga ahli lainnya/instruktur). Tenaga profesional ini untuk menjalankan program yang terkait;
- c. Manajemen yang baik;
- d. Kurikulum/program rehabilitasi yang memadai sesuai dengan kebutuhan;
- e. Peraturan dan tata tertib yang ketat agar tidak terjadi pelanggaran ataupun kekerasan;
- f. Keamanan (*security*) yang ketat agar tidak memungkinkan peredaran NAZA di dalam pusat rehabilitasi (termasuk rokok dan minuman keras).

Sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang No. 35 Tahun 2009, semua pecandu narkotika, pemakai/penyalah guna dan korban penyalah guna narkotika wajib menjalani rehabilitasi. Jalur untuk menjalani rehabilitasi secara garis besar dapat dilalui dengan dua jalur, yaitu pertama, secara mandiri melaporkan dirinya atau

¹⁸ Hawari, Dadang. 2007. Penyalahgunaan Narkotika dan Zat Adikif. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

keluarga/orang terdekat secara mandiri ke IPWL terdekat guna menjalani rehabilitasi (mekanisme wajib lapor) dan kedua melalui putusan pengadilan dikarenakan tertangkap tangan/kedapatan mengkonsumsi narkoba. Dari kedua jalur tersebut, diharapkan jalur pertamalah yang banyak. Namun demikian, dikarenakan masih berkembangnya stigma negatif terhadap pengguna narkotika di masyarakat dan adanya rasa malu jika ketahuan melakukan penyalahgunaan narkotika, maka pelaksanaan wajib lapor ini belum berjalan dengan baik. Akibatnya IPWL juga belum dapat berfungsi dengan maksimal. Di sisi lain, penerapan jalur kedua juga belum maksimal (meskipun hasilnya lebih banyak dibanding jalur pertama). Hal ini dikarenakan masih terbatasnya sarana dan prasarana yang tersedia, seperti alat deteksi di bandara/pelabuhan, anjing pelacak terlatih, senjata api, mobil tes urin lengkap dengan peralatannya, dan lain-lain.¹⁹

Dalam rangka meningkatkan dan memperluas akses bagi pecandu narkotika terhadap lembaga rehabilitasi narkotika secara mandiri, maka perlu dilakukan optimalisasi tempat pendaftaran dan pelaporan rehabilitasi narkotika milik pemerintah maupun komponen masyarakat sehingga mampu memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pecandu narkotika sesuai standar yang ditentukan. Menurut data BNN, sampai saat ini baru 18.000 pecandu yang direhabilitasi. Kondisi ini dikarenakan terbatasnya kapasitas lembaga/balai rehabilitasi. Dari 18.000 pecandu yang direhabilitasi, pemerintah melalui BNN hanya mampu menangani 2.000 pecandu. Sisanya yaitu 16.000 pecandu, ditangani oleh lembaga/balai

¹⁹ Bagian Pemantauan Pelaksanaan Undang-undang Setjen DPR RI, *op cit*.

rehabilitasi swasta. Namun demikian, pada tahun 2016, target BNN ditingkatkan menjadi 400.000 pecandu yang direhabilitasi. Untuk merehabilitasi korban narkotika, BNN bekerja sama dengan TNI diminta memanfaatkan asrama resimen induk (rindam) yang tersebar di berbagai daerah.

Terkait dengan hal tersebut pada awal tahun 2015, BNN dengan menggandeng grup band Slank sudah mencanangkan gerakan rehabilitasi 100.000 pengguna narkotika gratis. Pada gerakan ini pemerintah telah menyediakan tempat pendaftaran dan pelaporan rehabilitasi narkotika milik pemerintah dan swasta di bawah binaan dan pengawasan BNN secara gratis, yaitu sekitar 560 instansi untuk pelayanan rawat jalan dan 108 instansi untuk pelayanan rawat inap di 36 provinsi.²⁰ Dengan dicanangkannya gerakan ini, diharapkan tingkat kesadaran masyarakat semakin tinggi untuk menggunakan jalur wajib lapor untuk menjalani rehabilitasi dan masyarakat mudah mengakses pelayanan rehabilitasi narkotika.

Penanganan penyalahgunaan narkotika harus dilakukan dengan serius dan menggunakan metode yang teruji sehingga para pecandu dan korban penyalah guna narkotika dapat pulih dari ketergantungan narkotika. Sejak diberlakukannya Undang-undang No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, di mana negara mewajibkan rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalah guna narkotika, BNN mulai menerapkan metode terapi komunitas (*therapeutic community/TC*) untuk rehabilitasi narkotika. TC ini merupakan salah

²⁰ *Tempat Pendaftaran dan Pelaporan Rehabilitasi Narkoba Gratis, online, <http://slank.com/potlot/tempat-pendaftaran-pelaporan-rehabilitasi-narkoba-gratis/>, diakses 30 Agustus 2016.*

satu program yang sudah teruji dan diterapkan oleh beberapa lembaga rehabilitasi baik oleh pemerintah maupun komponen masyarakat (swasta). Banyak alumni TC yang saat ini menjadi penggiat aktif program-program pencegahan penyalahgunaan narkotika, terapi dan rehabilitasi, serta terlibat dalam berbagai program pencegahan penularan HIV/AIDS dan penyakit menular lainnya.

Menurut petunjuk teknis rehabilitasi, metode TC merupakan terapi terhadap kondisi individu secara menyeluruh menggunakan komunitas sebaya. Terapi Komunitas ini memiliki prinsip interpersonal yang cukup tinggi, sehingga mampu mendorong orang lain untuk belajar berinteraksi di suatu komunitas. Dalam TC, tidak hanya masalah ketergantungan narkotika saja, tetapi yang dituju dalam program terapi ini juga masalah-masalah yang terkait dengan keluarga, pendidikan, keterampilan kerja dan kesehatan, termasuk kesehatan jiwa. Melalui TC ini, dibangun rasa kebersamaan di antara para pecandu.

TC terdiri dari tiga komponen, yaitu peserta rehabilitasi (residen), konselor (tenaga profesional), dan staf lembaga rehabilitasi (sukarelawan) yang berasal dari mantan pengguna narkotika namun sudah mampu dan mengetahui cara mengatasinya serta telah mengikuti pendidikan dan pelatihan khusus yang memenuhi syarat. Tenaga profesional dalam hal ini, hanya berfungsi sebagai konsultan saja. Selama mengikuti terapi komunitas, semua komponen tersebut harus aktif dalam proses terapi dan residen dilatih keterampilan mengelola waktu dan perilaku secara efektif dalam kehidupan sehari-hari, sehingga mereka dapat mengatasi keinginannya untuk mengkonsumsi narkoba.

TC mulai berkembang di Indonesia pada tahun 1990-an. Waktu itu, jenis narkotika yang banyak disalahgunakan adalah jenis opiat seperti heroin. Pada tahun 1997, program TC diterapkan oleh Yayasan Titihan Respati. Lembaga rehabilitasi ini dianggap sebagai salah satu pioner penyedia layanan rehabilitasi metode TC. Memasuki tahun 2000-an, metode ini berkembang pesat, dan tercatat lebih dari 80 lembaga rehabilitasi lainnya muncul dan menggunakan metode tersebut. Dalam perjalannya, banyak tempat rehabilitasi swasta atau komponen masyarakat yang akhirnya harus berhenti di tengah jalan. Yayasan Siloam adalah salah satu dari sekian banyak tempat rehabilitasi yang masih sanggup bertahan hingga saat ini. Lembaga rehabilitasi yang didirikan sekitar tahun 2000-an ini telah menangani kliennya lebih dari 250 orang. Ada pun tingkat keberhasilan dari metode TC ini adalah 85%.²¹

TC yang diterapkan oleh Yayasan Siloam terdiri dari tiga tahapan utama, yaitu *pertama fase orientasi*. Dalam fase ini pecandu yang menjalani rehabilitasi dengan TC (residen) menyesuaikan diri dengan program rehabilitasi TC, dengan jangka waktu 2-3 bulan. Agar residen dapat beradaptasi, penyelenggara menerapkan berbagai strategi antara lain: isolasi relatif, intervensi krisis, orientasi fokus, dan konseling. Selanjutnya pecandu masuk **ke fase primer**. Dalam masa ini, residen menjalani serangkaian kegiatan yang padat dari Senin hingga Minggu tanpa jeda. Mereka melakukan kegiatan

²¹ *Diseminasi dan Informasi Standar Pelayanan Minimal Program Rehabilitasi Metode Therapeutic Community*, online, <http://www.bnn.go.id/read/berita/10598/diseminasi-dan-informasi-standar-pelayanan-minimal-program-rehabilitasi-metode-therapeutic-community>, diakses 29 Agustus 2016.

seperti *morning meeting, job function, seminar, peer confrontation, dan group encounter*. Masa primer ini dijalani oleh residen antara 3 hingga 6 bulan. Fase terakhir yang dijalani oleh residen adalah **re-entry**. Pada masa ini, residen telah berada dalam tahap adaptasi dan kembali bersosialisasi dengan masyarakat luas di luar komunitas residensial. Dalam fase ini juga residen dapat kembali ke rumah dengan durasi waktu tertentu, melakukan aktivitas di luar, dan dapat memegang uang saku.

Dalam rangka implementasi Undang-Undang No. 35 Tahun 2009, di mana penyelenggaraan rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalah guna narkotika merupakan sebuah kewajiban, maka pada tahun 2014 BNN sudah membangun 16 pilot projek lembaga/balai rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalah guna narkotika dalam proses hukum.

Lembaga rehabilitasi tersebut diharapkan dapat berperan menjamin pengaturan upaya rehabilitasi medis dan sosial bagi penyalah guna dan pecandu narkotika. Sedangkan tugasnya adalah melaksanakan rehabilitasi terhadap penyalah guna dan/atau pecandu narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya, fasilitasi pengembangan metoda rehabilitasi dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia di bidang rehabilitasi, serta pelayanan wajib lapor. Fungsi dari lembaga rehabilitasi ini adalah:

1. Penyusunan perencanaan, program, dan anggaran Lembaga Rehabilitasi BNN;
2. Pelaksanaan pelayanan kegawatdaruratan medik terhadap penyalah guna dan/atau pecandu narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya;

3. Pelaksanaan pelayanan poliklinik umum dan spesialistik, apotek, serta pemeriksaan penunjang medik lainnya;
4. Pelaksanaan detoksifikasi terhadap penyalah guna dan/atau pecandu narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya;
5. Pelaksanaan pelayanan terapi psiko edukasi dan psiko sosial termasuk metode *therapeutic community* terhadap penyalah guna dan/atau pecandu narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya;
6. Pelaksanaan pemberian pengetahuan dasar tentang adiksi kepada penyalah guna dan/atau pecandu narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya;
7. Pelaksanaan pemberian dan penyiapan keterampilan terhadap penyalah guna dan/atau pecandu narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya;
8. Pelaksanaan asesmen persiapan program rehabilitasi dan pasca-rehabilitasi bagi penyalah guna dan/atau pecandu narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya;
9. Pelaksanaan pembekalan untuk persiapan kembali kedalam masyarakat dan keluarga bagi penyalah guna dan/atau pecandu narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya;
10. Pelaksanaan persiapan pemantauan pemulihan guna dan/atau pecandu narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya;
11. Pelaksanaan pengkajian metode rehabilitasi guna peningkatan efektivitas dan efisiensi proses rehabilitasi;
12. **Penerimaan dan laporan penyalah guna dan/atau pecandu narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya serta pelayanan bantuan saksi ahli medis;**

13. Fasilitasi penyelenggaraan peningkatan kompetensi dan praktek pengkajian dan penelitian pelayanan rehabilitasi medis dan sosial termasuk di dalamnya modifikasi penerapan metode *therapeutic community* dan metode penunjang lainnya untuk petugas;
14. Pelaksanaan pemberian bantuan informasi dalam rangka pemutusan jaringan peredaran gelap narkoba berdasarkan hasil asesmen terhadap penyalah guna dan/atau pecandu narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya;
15. Pelaksanaan penyelenggaraan database yang *up to date* di lingkungan Lembaga Rehabilitasi BNN;
16. Pelaksanaan ketatausahaan dan rumah tangga Lembaga Rehabilitasi BNN;
17. Pelaksanaan evaluasi dan pelaporan perencanaan, program, dan anggaran Lembaga Rehabilitasi BNN.

Sedangkan kewenangan lembaga rehabilitasi adalah melaksanakan rehabilitasi bagi pecandu dan penyalah guna narkoba. Namun demikian dalam rangka menjalankan peran, fungsi, dan kewenangan tersebut, hingga saat ini sarana dan prasarana serta sumber daya yang ada pada lembaga rehabilitasi tersebut masih sangat terbatas.

Penutup

A. Simpulan

Rehabilitasi merupakan salah satu upaya penyelamatan generasi bangsa dari pecandu narkotika. Melalui rehabilitasi narkotika yang komprehensif dan berkesinambungan, tujuan dan

sasaran yang tepat dalam pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika dapat diwujudkan. Kunci keberhasilan rehabilitasi narkotika adalah melakukan secepat mungkin. Untuk itu, diperlukan ketersediaan sarana dan prasarana termasuk sumber daya manusia yang kompeten dan profesional, serta adanya metode terapi yang tepat dan teruji.

Penyelenggaraan rehabilitasi narkotika hingga saat ini masih belum dapat dilakukan secara maksimal karena:

- 1) Terdapat konstruksi dekriminalisasi pada pengaturan penyelenggaraan rehabilitasi narkotika.
- 2) Masih berkembangnya stigma negatif di masyarakat terhadap pengguna narkotika dan berkembangnya rasa malu jika diketahui sebagai pengguna narkotika.
- 3) Kuantitas dan kualitas lembaga rehabilitasi narkotika baik milik pemerintah atau swasta, maupun yang ada di lapas dan rutan masih sangat kurang.
- 4) Kurangnya upaya preventif dan promotif terkait penyelenggaraan rehabilitasi narkotika kepada masyarakat.

B. Rekomendasi

Perlu adanya pengaturan penyelenggaraan rehabilitasi narkotika yang bersifat humanis, sehingga amanat undang-undang yang menjadikan penyelenggaraan rehabilitasi sebagai sebuah kewajiban bagi pecandu dan korban penyalah guna narkotika dapat dilaksanakan secara maksimal. Selain itu, perlu ada koordinasi antara BNN dengan Kemenkes, Kemensos, Kementerian Hukum dan HAM, Kepolisian, Bea Cukai, Kemendikbud, kepala daerah dan pihak terkait lainnya dalam penyelenggaraan rehabilitasi narkotika.

DAFTAR PUSTAKA

- BNN Ingatkan 50 Orang Meninggal Setiap Hari Karena Narkoba, online,*
<http://www.cnnindonesia.com/nasional/20150429202212-12-50148/bnn-ingatkan-50-orang-meninggal-setiap-hari-karena-narkoba/>, diakses 25 Agustus 2016.
- Diseminasi dan Informasi Standar Pelayanan Minimal Program Rehabilitasi Metode Therapeutic Community, online,*
<http://www.bnn.go.id/read/berita/10598/diseminasi-dan-informasi-standar-pelayanan-minimal-program-rehabilitasi-metode-therapeutic-community>, diakses 29 Agustus 2016.
- <http://library.gunadarma.ac.id/file/disk1/9/jbptgunadarma-gdl-grey-2005-anggrahini-437-babi.pdf>, diakses 24 Agustus 2016.
- Hawari, Dadang. 2007. Penyalahgunaan Narkotika dzn Zat Adikif. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Tahapan Rehabilitasi Narkoba, online,*
<http://www.alodokter.com/tahapan-rehabilitasi-narkoba>, diakses 29 Februari 2016.
- Jumlah Pengguna Narkoba Di Indonesia, online,*
<http://www.kompasiana.com/phadli/jumlah-pengguna-narkoba-di-indonesia> 553ded8d6ea834b92bf39b35 diakses 30 Maret 2016.
- Kalapas: Rehabilitasi Ratusan Napi Narkotika LP Cipinang Terkendala Anggaran, *online*,
<http://news.detik.com/berita/3207414/kalapas-rehabilitasi-ratusan-napi-narkotika-lp-cipinang-terkendala-anggaran>, diakses 29 Agustus 2016.
- Lestari Tri R. N., 2006, "Masalah Rehabilitasi Pengguna Narkoba (Studi Kepustakaan Upaya Rehabilitasi Pengguna Narkoba di Indonesia)" dalam *Pembangunan Kesejahteraan Rakyat, Tinjauan terhadap Dua Tahun Pemerintahan SBY-JK*, Sali Susiana (ed.) Jakarta: CV Aghhrino Abadi.
- Sekretaris Negara, 2009, *Undang-Undang No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika*.
- Soeparman, Herman, 2000, *Narkoba Telah Merubah Rumah Kami Menjadi Neraka*, Jakarta: Departemen Pendidikan Nasional-Dirjen Dikti.
- Bagian Pemantauan Pelaksanaan Undang-undang Setjen DPR RI, *Laporan Pengawasan dan Pelaksanaan Undang-Undang No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika*, Jakarta, 2015.

Tempat Pendaftaran dan Pelaporan Rehabilitasi Narkoba Gratis, online, <http://slank.com/potlot/tempat-pendaftaran-pelaporan-rehabilitasi-narkoba-gratis/>, diakses 30 Agustus 2016.

Wibowo Adik, 2015, *Kesehatan Masyarakat di Indonesia. Konsep, Aplikasi dan Tantangan*, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

TINJAUAN PORNOGRAFI DARI PERSPEKTIF GENDER DAN IMPLEMENTASI UU NO. 44 TAHUN 2008

Dina Martiany

"Feminists are often asked whether pornography causes rape. The fact is that rape and prostitution caused and continue to cause pornography. Politically, culturally, socially, sexually, and economically, rape and prostitution generated pornography; and pornography depends for its continued existence on the rape and prostitution of women."

(Andrea Dworkin)¹

Pendahuluan

Pornografi merupakan permasalahan sosial yang terus berkembang dalam kehidupan masyarakat. Pembicaraan mengenai pornografi tidak terbatas pada persoalan moral dan seksual, tetapi juga mencakup persoalan industri, kekerasan seksual, eksloitasi perempuan dan anak, serta penegakan hukum. Sebagai suatu industri, pornografi dibuat dengan tujuan utama untuk membangkitkan rangsangan seksual penikmatnya (konsumen); menguntungkan pembuatnya (produsen); dengan 'menjual' konten yang pada umumnya menampilkan eksloitasi seksual terhadap

¹ Andrea Dworkin. *Letters from a War Zone: Pornography and Male Supremacy*. 1981. hal. 70.

perempuan dan anak (objek). Pornografi disebarluaskan secara masif di tengah masyarakat dan semakin mudah diperoleh.

Sejak awal sejarah hingga di masa kini, eksistensi industri pornografi dapat bertahan karena adanya *supply and demand* yang terus berlanjut. Di Indonesia, pornografi semakin merajalela dan menjadi permasalahan akut yang membutuhkan penanganan serius. Menteri Sosial (Mensos) Khofifah Indar Parawansa menyatakan bahwa saat ini Indonesia dalam kondisi darurat pornografi, akibat maraknya konten video porno dan miras (minuman keras).² Menurut Mensos tingkat pornografi di Indonesia saat ini hampir sama bahayanya dengan narkoba. Jumlah korban pornografi mencapai 45 persen lebih tinggi dari bahaya narkoba. Pornografi berdampak sangat besar terhadap masyarakat dan berpotensi merusak masa depan generasi bangsa.

Perkembangan teknologi dan komunikasi ikut mendukung pesatnya kemajuan industri pornografi. Beragam bentuk pornografi dipublikasikan melalui berbagai media, dengan lebih kreatif dan semakin mudah diakses. Ketua Ikatan Sarjana Komunikasi Indonesia, Yuliandre Darwis mengatakan bahwa Indonesia merupakan salah satu negara pengakses konten pornografi terbanyak di dunia. Ranking sebagai predikat negara pengakses konten pornografi, meningkat setiap tahunnya. Pada tahun 2013, Indonesia berada di peringkat enam pengakses situs porno; pada tahun 2014, meningkat

²Disampaikan saat menghadiri peringatan "Satu Abad Madrasah, 191 tahun Pondok Pesantren dan Haul Musyayikh", di Pondok Pesantren Bahrul Ulum, Tambakberas, Jombang, Jawa Timur; pada tanggal 15 Mei 2016, <http://poskotanews.com/2016/05/15/mensos-indonesia-darurat-pornografi/>, diakses pada tanggal 14 Juli 2016.

menjadi peringkat ketiga; dan pada tahun 2015 menjadi peringkat kedua.³ Kekuatan media dapat mempengaruhi pembentukan persepsi baru masyarakat mengenai pornografi. Meskipun pornografi secara hukum dilarang, tetapi karena mudah diperoleh dari berbagai media, mengakibatkan terjadinya pelanggaran terhadap aturan.

Pornografi yang semula dianggap sebagai sesuatu yang tabu, karena harus diperoleh dengan sembunyi-sembunyi; berubah menjadi hal yang lumrah karena semakin mudah diperoleh. Media memiliki peran yang sangat penting dalam penyebarluasan pornografi di tengah masyarakat. Menurut Rogers, ada empat kategori media (komunikasi) yang banyak memengaruhi manusia, yaitu media tulisan (*writing*), media cetak (*printing*), media telekomunikasi (*telecommunication*), dan media komunikasi interaktif (*interactive communication*).⁴ Berbagai kategori media tersebut dapat digunakan dalam menyebarkan pornografi agar semakin mudah diakses oleh masyarakat. Ini merupakan salah satu dampak negatif dari kekuatan media terhadap masyarakat.

Menurut Hartono, terdapat sisi negatif dan positif dari perkembangan keterpaduan teknologi telekomunikasi dan teknologi komputer.⁵ Segi positifnya, memudahkan manusia dalam

³*Pendidikan di Indonesia Belum Masukkan Bahaya Pornografi*. Berita online pada tanggal 10 Mei 2016 dalam <http://rimanews.com/nasional/politik/read/20160510/279398/Pendidikan-di-Indonesia-Belum-Masukkan-Bahaya-Pornografi>, diakses pada tanggal 14 Juli 2016.

⁴ Everett Rogers dalam Burhan Bungin.*Pornomedia: Sosiologi Media, Konstruksi Sosial Teknologi Telematika, dan Perayaan Seks di Media Massa*. Jakarta: Prenada Media, 2005. Hal. 6.

⁵Dimyati Hartono.*Hukum Sebagai Faktor Penentu Pemanfaatan Teknologi Telekomunikasi*, Pidato Pengukuhan Guru Besar FH UNDIP Semarang, 1990, hal.19; dalam Skripsi dengan judul: Penerapan UU No. 44 Tahun 2008 tentang Pornografi Terhadap Penjual VCD/DVD Porno (Studi Putusan No.1069/Pid/B/2010/Pn. Bdg),

menghadapi kehidupannya, sedangkan salah satu imbas negatifnya adalah menyebabkan semakin meluasnya jaringan pornografi internasional. Akses jaringan pornografi ini dapat dinikmati oleh penduduk berbagai negara. Melalui sarana teknologi telekomunikasi yang berupa internet, penyebaran pornografi dapat dilakukan dengan lebih luas dan melewati batas-batas negara. Jaringan internet dianggap dapat menyebarkan 'polusi' pornografi ke seluruh dunia. Dapat pula menyebabkan 'perusakan dan pencemaran informasi di mayantara' (*cyber damage* dan *cyber pollution*) dan menjadi bagian dari *environmental crime*, yang harus dicegah dan diatasi. Dalam Konvensi *Cyber Crime* Dewan Eropa disebut pula sebagai *Global Crime*.⁶

Subono menyatakan bahwa media memainkan peran yang sangat sentral, sebagai alat komunikasi dan informasi, maupun pendidikan dan sosialisasi berbagai hal. Secara normatif atau teoritis, setiap orang yang bergerak di bidang media, khususnya kalangan jurnalis; memiliki tanggung jawab moral agar konten yang disampaikan kepada masyarakat tidak mengakibatkan pengaruh buruk/negatif.⁷ Termasuk, berperan dan bertanggung jawab dalam membentuk kesadaran gender masyarakat. Pornografi selama ini turut berperan melanggengkan ketidaksetaraan gender. Konten pornografi seringkali mencitrakan perempuan sebagai objek yang tampil sesuai dengan gambaran seksual yang diinginkan oleh laki-

pada

https://www.academia.edu/1402470/Penerapan_UU_No._44_Tahun_2008_Tentang_Pornografi_Terhadap_Penjual_Vcd_Dvd_Porno_Studi_Putusan_No._1069_Pid._B_2010_Pn._Bdg_, diakses pada tanggal 15 Juli 2016.

⁶Barda Nawawi Arief. *Kapita Selekta Hukum Pidana*. Bandung: Citra Aditya Bakti, 2003, hal. 250. *Ibid*.

⁷Nur Iman Subono, dalam *Jurnal Perempuan* No. 28 Tahun 2009.

laki. Perempuan yang dikuasai, penggoda, melayani, pasrah, dan menerima seks dengan kekerasan/pemaksaan.

Menurut Shope, hubungan antara kekerasan dan seks menormalisasikan *force* (pemaksaan) sebagai bagian dari hubungan heteroseksual, dimana perempuan menikmati seks dengan kekerasan. Dalam pornografi sering ada *rape myth* (mitos pemerkosaan) yang menggambarkan perlawanan perempuan sebagai *prelude* (pendahuluan) dari apa yang sesungguhnya perempuan inginkan, yaitu: dikuasai (secara seksual) dengan pemaksaan.⁸ Dengan adanya penggambaran seperti di atas, maka pornografi dapat membentuk *stereotype* tertentu dari relasi seksual perempuan dan laki-laki.

Apabila ditelisik lebih dalam, perempuan yang terlibat dalam pornografi bisa jadi merupakan korban yang dieksloitasi atau bahkan korban *trafficking* (perdagangan orang). Sementara itu, Komisi Nasional (Komnas) Perempuan menyatakan pornografi sebagai kejahatan terhadap kemanusiaan dan salah satu wujud kekerasan terhadap perempuan.⁹ Tubuh dan seksualitas perempuan, dan juga anak-anak dieksloitasi untuk kepentingan industri pornografi; yang dapat dilakukan dengan pemaksaan, penipuan, dan penyalahgunaan kekuasaan lainnya.

McCormack berpendapat bahwa isu pornografi bagi sekelompok orang merupakan persoalan kebebasan dan privasi; tetapi bagi kelompok lain merupakan bentuk penyalahgunaan

⁸Janet Hinson Shope. *When Words Are Not Enough: The Search for the Effect of Pornography on Abused Women*, dalam *Violence Against Women Journal* Vol. 10 No. 1, Januari 2004, DOI 10.117/1077801203256003. Sage Publication, 2004. Hal. 58.

⁹Siaran Pers Komnas Perempuan. 2010, diakses dari <http://www.komnasperempuan.go.id/memberantas-pornografi-menghadirkan-hukum-yang-berkeadilan/>

kebebasan berekspresi, sehingga dibutuhkan suatu regulasi. Kedua kelompok ini dapat ditemui di hampir setiap komunitas masyarakat. Kelompok yang mendukung kebebasan berekspresi biasanya terdiri dari warga sipil bebas dan artistik, seperti: seniman dan komunitas kreatif. Kelompok pendukung regulasi biasanya terdiri dari para aktivis hukum yang mengatasnamakan negara, mendukung sensor terhadap pornografi, dan kelompok religius yang berupaya menjaga keyakinannya.¹⁰

Di Indonesia, perdebatan antara dua kelompok tersebut terlihat sangat nyata pada saat pembahasan Rancangan Undang-Undang Anti Pornografi dan Pornoaksi (RUU APP), hingga disahkan menjadi Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2008 tentang Pornografi (UU Pornografi). UU Pornografi yang disahkan oleh Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia (DPR-RI) pada 30 Oktober 2008 ini merupakan salah satu UU yang kontroversial. Sejak masih dalam pembahasan dan belum disahkan, UU Pornografi telah mendapat penolakan dari berbagai pihak. Kelompok masyarakat yang menolak beranggapan apabila disahkan UU Pornografi akan menghilangkan kreativitas para seniman, misalnya: lukisan/pahatan patung telanjang (tanpa busana) dapat dianggap mengandung pornografi dan tayangan dangdut "Inul" dapat dikategorikan sebagai pornoaksi. Akibatnya, akan banyak seniman atau pekerja seni yang dapat dikenakan pidana. Kelompok yang mendukung terbitnya UU Pornografi lebih mengedepankan aspek moralitas dan nilai-nilai agama.

¹⁰ Thelma McCormack. *If Pornography Is the Theory, Is Inequality the Practice?*. Philosophy of the Social Sciences, Vol. 23 No. 3, September Tahun 1993. Hal. 299.

Dari sisi substansial, UU Pornografi dianggap masih belum mampu memberikan penegakan hukum yang tegas terhadap industri pornografi. UU Pornografi juga dianggap tidak mengakui keragaman masyarakat Indonesia yang terdiri dari berbagai macam suku, etnis, dan agama. Beberapa daerah dengan tegas menyatakan menolak memberlakukan UU Pornografi, yaitu: Daerah Istimewa Yogyakarta, Bali, Sulawesi Utara, Papua, dan Papua Barat. Permasalahan utamanya terletak pada definisi pornografi yang diatur dalam UU ini. Cakupan definisi pornografi diperluas dengan memasukkan salah satu bentuk pornoaksi, yaitu 'gerak tubuh'. UU Pornografi dianggap akan menempatkan perempuan semakin tersubordinasi dan mengukuhkan diskriminasi terhadap perempuan. Perempuan berpotensi menjadi korban, apakah dituntut sebagai pelaku pornografi atau korban dari pelaksanaan peraturannya.

Berangkat dari berbagai uraian latar belakang di atas, selanjutnya dalam tulisan ini akan dibahas lebih mendalam mengenai pornografi dari perspektif gender dan implementasi UU Pornografi sejauh ini. Adapun pornografi yang dibahas pada tulisan ini hanya dibatasi pada pornografi dalam konteks hubungan heteroseksual. Berikut ini adalah dua pertanyaan yang akan dijawab melalui tulisan ini, yaitu:

1. Bagaimana tinjauan pornografi dari perspektif gender dan bagaimana perempuan diposisikan dalam pornografi?; dan
2. Bagaimana implementasi UU No. 44 Tahun 2008 tentang Pornografi?

Tinjauan Pornografi dari Perspektif Gender

Pornografi berada di area kajian yang kompleks, terkait dengan isu politik, moralitas, agama, hukum, sosial, estetika/seni, dan kesetaraan gender. Sangat sulit menentukan batasan pornografi dan mendefinisikan pornografi secara seragam. Definisi pornografi sangat dipengaruhi dengan paradigma berpikir suatu kelompok dan kepentingannya terhadap pornografi. Diskursus pornografi ini terus dibicarakan di seluruh lapisan masyarakat. Pembicaraan terus-menerus yang dahsyat dan panjang lebar mengenai pornografi dengan seks di dalamnya, disebut oleh Foucault sebagai '*immense verbosity*', yang dibutuhkan dan diorganisasi oleh peradaban kita. Memaksa setiap orang untuk mengubah seksualitas mereka menjadi wacana abadi; dari *singular imperialism* (imperialisme tunggal) menuju *manifold mechanism* (mekanisme yang berjenis-jenis), seperti: hukum, medis, hasutan, pedagogi, kejiwaan, dan media massa; bahkan dilakukan pula berbagai penelitian akademik dan pengetahuan politik.⁶³ Pembicaraan disatu tempat atau budaya akan menimbulkan diskursus baru di tempat lainnya. Demikian pula halnya dengan pendefinisian pornografi yang akan selalu menimbulkan perdebatan dan kontroversi.

1. Memahami Konsep/Definisi Pornografi

Merriam-Webster Dictionary menyebutkan *pornography* sebagai: *movies, pictures, magazines, etc., that show or describe naked people or sex in a very open and direct way in order to cause sexual excitement* (film, gambar, majalah, dan lain sebagainya; yang

⁶³ Michael Foucault. *The History of Sexuality, Volume 1: An Introduction*. New York: Pantheon Books. 1978. Hal. 33-34. Buku secara utuh dapat diakses dari <https://suplaney.files.wordpress.com/2010/09/foucault-the-history-of-sexuality-volume-1.pdf>.

menunjukkan atau menggambarkan orang telanjang atau seks dengan cara yang sangat terbuka dan bertujuan untuk menimbulkan kesenangan seksual).¹² Definisi lengkapnya diuraikan sebagai berikut:

- 1) *the depiction of erotic behavior (as in pictures or writing) intended to cause sexual excitement* (penggambaran perilaku erotis -- seperti dalam gambar atau tulisan, yang bertujuan untuk menimbulkan kesenangan seksual);
- 2) *material (as books or a photograph) that depicts erotic behavior and is intended to cause sexual excitement* (materi/benda--seperti buku atau foto, yang menggambarkan perilaku erotis dan bertujuan untuk menimbulkan kesenangan seksual); dan
- 3) *the depiction of acts in a sensational manner so as to arouse a quick intense emotional reaction <the pornography of violence>* (penggambaran perbuatan yang sensasional untuk membangkitkan reaksi emosional dengan cepat dan intens<pornografi kekerasan>).

Dalam Oxford Dictionary pornografi didefinisikan sebagai *"Printed or visual material containing the explicit description or display of sexual organs or activity, intended to stimulate sexual excitement"* (material cetak atau visual yang mengandung deskripsi eksplisit atau menampilkan organ atau aktivitas seksual, yang bertujuan merangsang gairah seksual).¹³ Kata 'Pornografi' berasal dari Bahasa Yunani pada pertengahan abad ke-19, yaitu:

¹²Merriam-Webster, *Dictionary*, *online*, <http://www.merriam-webster.com/dictionary/pornography>, diakses pada 28 Juli 2016.

¹³ Oxford *Dictionary*, *online*, <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/pornography>, diakses pada 28 Juli 2016.

'Pornographos', yang artinya menulis tentang prostitusi'; berasal dari kata '*porne*' (*prostitute*) dan '*graphein*' (*write*).

Sementara itu, Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)¹⁴ menjelaskan bahwa definisi kata "pornografi" adalah:

1. penggambaran tingkah laku secara erotis dengan lukisan atau tulisan untuk membangkitkan nafsu birahi;
2. bahan bacaan yang dengan sengaja dan semata-mata dirancang untuk membangkitkan nafsu birahi dalam seks.

Kesamaan dari ketiga definisi di atas menunjukkan unsur pornografi terdiri dari tiga hal, yaitu: (bentuk) berupa material cetak atau visual; dengan (konten) yang menampilkan ketelanjangan/erotisme/aktivitas seksual/organ seks; dan memiliki (tujuan) membangkitkan gairah seksual. Ini merupakan definisi Pornografi secara umum yang berkembang hingga saat ini. Sementara itu, Batubara seorang pakar media menjelaskan dua kategorisasi yang dapat dianggap pornografi, yaitu:¹⁵

- 1) *hard pornography* atau pornografi berkategori *obscene*, yaitu: yang berhubungan dengan seks atau melakukan aktivitas yang mengarah pada hubungan seks: (a) dengan pasangan sejenis; (b) dengan anak-anak (*pedophilia*); (c) dengan kekerasan; (d) dengan orang-orang yang telah mati; dan (e) dengan hewan.

¹⁴Kamus Besar Bahasa Indonesia, Edisi Kedua. Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, Balai Pustaka: Jakarta, 1995.Hal.782.

¹⁵Leo Batubara. *Memahami Pornografi Dari Sudut Pandang HAM*, disampaikan dalam "Semiloka RUU Anti Pornografi dan Pornoaksi dalam Perspektif HAM", di Hotel Sheraton Media, Jakarta, 27-28 Februari 2006.Hal. 1.

- 2) *softcore pornography*, yaitu aktivitas pornografi di luar hal-hal tersebut diatas: (a) membuat tulisan, suara, film/tayangan; (b) menjadi pelaku atau model; dan (c) menyarkan, memperdengarkan dan mempertontonkan aktivitas pornografi di luar *hardcore pornography* untuk peruntukan orang dewasa; hal ini dianggap bukan kejahatan, sebagai contoh antara lain: (1) tarian eksotik atau bergoyang erotis; (2) berciuman bibir; dan (3) bagian tubuh tertentu yang sensual dari orang dewasa.

Selain pendefinisian secara umum, pornografi didefinisikan pula dengan perspektif gender atau pendekatan yang berpihak pada perempuan. Hal ini sangat penting dilakukan, mengingat perempuan selama ini yang paling banyak menjadi objek pornografi. Apakah dengan kesadaran sendiri atau dimanipulasi dan dengan ancaman. Sebagaimana pendapat Kant, bahwa secara teori perempuan dan laki-laki keduanya dapat diobjektifikasi, tetapi pada praktiknya perempuan yang paling banyak menjadi korban dari objektifikasi.¹⁶ Situasi ketidaksetaraan gender ini yang merusak masyarakat kita.

MacKinnon mendefinisikan pornografi sebagai grafis yang secara seksual menampilkan subordinasi perempuan melalui gambar atau kata-kata yang termasuk mendehumanisasi perempuan sebagai objek seksual, benda, atau komoditas; menikmati rasa sakit atau penghinaan atau pemerkosaan; diikat, dipotong, dimutilasi, memar, atau secara fisik disakiti; dalam posisi menyerah/takluk secara

¹⁶ Stanford Encyclopedia on Philosophy. *Feminist Perspective on Objectification*. First published 10 Maret 2010; substantive revision 1 Desember 2015, diakses dari [://plato.stanford.edu/entries/feminism-objectification/](http://plato.stanford.edu/entries/feminism-objectification/)

seksual atau perbudakan atau pajangan; dikurangi menjadi bagian tubuh, dipenetrasi oleh benda atau binatang, atau disajikan dalam skenario degradasi, cedera, penyiksaan; ditampilkan sebagai sosok yang kotor atau inferior/rendah; berdarah, memar, atau terluka dalam konteks yang membuat kondisi ini seksual.¹⁷

Menurut MacKinnon, pornografi mendefinisikan peran seksual perempuan sebagai objek yang tersedia untuk konsumsi laki-laki.¹⁸ Dalam pornografi, perempuan digambarkan sesuai dengan penampilannya berdasarkan bagaimana ia dapat dimanfaatkan secara seksual. Pornografi berpartisipasi dalam erotisme audiensnya melalui pembentukan objek seksual yang mudah diakses. Sebagaimana yang telah dikonstruksikan secara sosial, bahwa: 'kepemilikan dan konsumsi' (*possession and consumption*) menggambarkan seksualitas laki-laki; sedangkan seksualitas perempuan digambarkan sebagai sesuatu 'untuk dikonsumsi dan dimiliki'.

Dworkin yang dikenal sebagai feminis anti-pornografi atau feminis radikal, membuat definisi yang sangat keras dan cenderung sarkastis. Ia berpendapat bahwa sesuai dengan akar katanya, yaitu: *porne* (pelacur kelas rendah) atau *sexual slave* dan *grafos*(grafis/tulisan/gambaran/goresan), sehingga pornografi merupakan gambaran dari kegiatan seksual yang dilakukan oleh para

seksualitas perempuan sebagai 'pekerja seks' (*sluttish*). Dalam sistem politik pemaksaan dan kejam dari supremasi laki-laki, pornografi diproduksi untuk membenarkan dan melanggengkan pemerkosaan dan prostitusi yang dapat berkembang sebagai dampaknya. Keberadaan pornografi ini sama sekali tidak sesuai dengan prinsip kebebasan (*freedom*) berekspresi bagi perempuan, kecuali kalau ada yang mengasosiasikan kebebasan dengan hak laki-laki untuk memperkosa dan memprostitusikan perempuan.²⁰

Definisi menurut Dworkin di satu sisi menunjukkan pembelaan terhadap objektifikasi perempuan, di sisi yang lain menutup mata terhadap kemungkinan adanya perempuan korban manipulasi atau perdagangan orang (*trafficking*). Keterlibatannya dalam pornografi bukan keinginan atau kesadaran perempuan itu sendiri, melainkan karena ancaman dan paksaan. Menurut *Counter Women Trafficking Commission*, *trafficking* merupakan industri kejahatan terbesar kedua di dunia setelah perdagangan obat terlarang; dan yang pertumbuhannya tercepat. Banyak korban *trafficking* dipaksa untuk bekerja dalam bidang prostitusi, pornografi, atau tarian erotis.²¹ Perempuan dalam kondisi dan situasi tertentu memiliki kerentanan/*vulnerability* sehingga dapat menjadi korban *trafficking*. Faktor kerentanan ini semakin mempermudah perempuan menjadi korban *trafficking* dengan cara mendapatkan ancaman atau penggunaan kekerasan (fisik, psikis, seksual), penculikan,

²⁰ Dworkin, *ibid.*

²¹ Kampanye "Stop Perdagangan Perempuan dan Anak", dalam laman *Counter Women Trafficking Commission*, <http://counterwomentrafficking.blogspot.co.id/p/pengenalan-korban-perdagangan-manusia.html>

penyekapan, pemalsuan, penipuan, atau penyalahgunaan kekuasaan/posisi rentan dan penjeratan hutang (*debt bounded*).

Lebih lanjut, Dworkin dan MacKinnon memberikan delapan batasan kondisi yang dapat dianggap sebagai diskriminasi dan subordinasi perempuan melalui pornografi, yaitu:²²

- 1) perempuan dipresentasikan sebagai objek seksual, benda, atau komoditi;
- 2) perempuan dipresentasikan sebagai objek seksual yang menikmati penghinaan dan penyiksaan;
- 3) perempuan dipresentasikan sebagai objek seksual yang mengalami kenikmatan seksual di dalam pemerkosaan, *incest*, atau pemaksaan seksual dalam bentuk lain;
- 4) perempuan dipresentasikan sebagai objek seksual yang diikat, dipotong atau dimutilasi atau memar atau luka secara fisik;
- 5) perempuan dipresentasikan dalam postur atau posisi kepatuhan seksual, budak, atau mempertontonkan;
- 6) bagian tubuh perempuan –termasuk tetapi tidak terbatas pada vagina, buah dada, atau pantat—dipertontonkan, sehingga perempuan direduksi menjadi sekedar bagian ini;
- 7) perempuan dipresentasikan sebagai objek seksual yang mengalami penghinaan dan penyiksaan;

Pendefinisian dan pembatasan para feminis anti-pornografi seperti MacKinnon dan Dworkin tersebut, mendapat kritik dari kelompok feminis yang mendukung pornografi sebagai media untuk mengekspresikan kebebasan hak perempuan atas tubuhnya sendiri. Kelompok feminis liberal ini diwakili oleh pendapat McElroy, yang menyimpulkan bahwa pornografi adalah gambaran eksplisit dan artistik tentang perempuan dan laki-laki sebagai makhluk seksual. Adanya definisi yang berusaha menjelaskan bahwa pornografi mendegradasikan perempuan sebenarnya tidak tepat, karena ukuran degradasi ini sangat subjektif. Menurut McElroy²³, pornografi justru menguntungkan perempuan secara personal maupun politis. Pornografi merupakan suatu hal yang baik karena memberikan informasi seksual kepada perempuan; mengupas kebingungan dunia nyata tentang seks; melawan stereotip politis dan kultural karena membiarkan perempuan menginterpretasi seks untuk mereka sendiri; baik untuk menghilangkan rasa malu perempuan; dan merupakan bentuk seks terapi.

Definisi ini seakan menunjukkan adanya *power* dalam diri perempuan untuk menentukan pilihan atas tubuhnya, untuk terlibat atau tidak terlibat dalam pornografi. Ada kesadaran penuh dari perempuan ketika memutuskan untuk menunjukkan tubuh dan seksualitasnya dalam suatu produk pornografi. Tetapi, perlu dipahami bahwa pornografi merupakan suatu bagian dari industri kapitalis yang menghasilkan produk pornografi sesuai dengan permintaan (*demand*) dari pasar/konsumen, dimana keduanya ditentukan oleh kebutuhan dan keinginan laki-laki. Meskipun tidak

²³Wendy McElroy. *Pornography is Good*, The Ethical Spectacle, November 1995, <http://www.spectacle.org/1195/mcelroy.html>, diakses pada 27 Juli 2016.

terjadi objektifikasi perempuan pada tingkat produksi produk grafisnya, namun tetap terjadi pada tingkat yang berbeda, yaitu pemasaran dan konsumsi.

2. Kebertubuhan dan Objektifikasi Perempuan

Wacana tentang pornografi selama ini dibicarakan dalam konteks isu sosial dengan cakupan yang sangat luas. Pornografi dibicarakan antara lain terkait dengan moral, seksual, industri, ekonomi, hukum, media, psikologi, medis, seni, dan politik. Perdebatan antar kelompok yang anti dan pro-pornografi seakan tidak ada habisnya. Mempertahankan argumen masing-masing, bahwa pornografi seharusnya tidak dilarang, atau sebaliknya mempertanyakan mengapa negara harus mencampuri ranah privat warga negara dengan melarang pornografi. Di tengah perdebatan tersebut, hanya sedikit kelompok yang mempertanyakan keberadaan dan posisi perempuan dalam setiap produk pornografi.

Tidak dapat dipungkiri, daya tarik utama pornografi heteroseksual terletak pada penampilan perempuan di dalamnya. Dari bentuk tubuh, seksualitas, ekspresi wajah, gaya seksual, suara dan desahan; sangat menentukan daya jual suatu produk pornografi. Tubuh dan kebertubuhan perempuan adalah modal utama sekaligus nilai ekonomis dari pornografi. Dalam pornografi, seksualitas perempuan digambarkan sebagaimana yang diinginkan oleh pasar/konsumen. Menurut Syarifah, pornografi menyingkirkan seks dari aspek-aspek kemanusiaan, seperti: mutualitas dalam hubungan yang partisipatif, interaktif dan komunikatif, kesetaraan sensualitas

dan keintiman.²⁴ Dalam pornografi, tujuan yang ingin dicapai dari aktivitas seks hanya sebatas pada hal fisik seperti kepuasan seksual; bukan hal psikis seperti hubungan personal dan *intimacy*. Perempuan juga menjadi tidak memiliki ruang untuk membentuk dan mengekspresikan seksualitas, harapan dan pengalaman seksual dirinya sendiri.

Dijelaskan oleh Syarifah, bahwa wacana kontemporer yang diusung Nietzsche dan Foucault menggambarkan tubuh bukan hanya entitas material belaka, tetapi suatu hal yang dikonstruksi oleh hukum sosial, moralitas dan nilai-nilai, atau disebut dengan istilah ‘tubuh sosial’. Tubuh merupakan hasil konstruksi sosial yang maknanya bisa berubah-ubah sesuai dengan nilai-nilai dan norma-norma di masyarakat. Perkembangan wacana kemudian memunculkan fenomena ‘tubuh plastis’, yaitu tubuh yang dapat dibentuk, direkayasa, dipilih sesuai kebutuhan, keinginan, kepentingan, dan kehendak pemiliknya, yang terinspirasi dari budaya plastik pada masyarakat pasca-industri.²⁵

Keberadaan tubuh plastis ini seperti perempuan dalam pornografi yang seolah tidak memiliki integritas atas tubuhnya, melainkan tergantung pada yang berkuasa terhadap dirinya; misalnya: stereotipe perempuan dalam pornografi, kepentingan ‘pemilik’ tubuh dan tuntutan ‘pasar’. Padahal, dalam kehidupan sehari-hari, rasa aman pada diri sendiri dan kemampuan kita untuk mengontrol tubuh kita merupakan bagian dari integrasi dan

²⁴ Syarifah. *Keber tubuhan Perempuan dalam Pornografi*. Jakarta: Yayasan Kota Kita, 2006. Hal. xvii.

²⁵ *Ibid.* Hal. xxiii – xxv.

eksistensi kita sebagai pribadi. Syarifah menekankan²⁶ keberadaan tubuh manusia (laki-laki dan perempuan), tidak boleh dilanggar, dilecehkan, atau disalahgunakan sekedar menjadi sarana/alat untuk memenuhi tujuan di luar diri manusia yang bersangkutan. Menurutnya, kebertubuhan (*embodiment*) perempuan berarti bukan hanya berupa tubuh fisik atau biologis, tetapi apa yang dialami secara khas dan berkaitan dengan makna yang dilekatkan pada jenis kelamin perempuan, citra yang diharapkan, dan memori yang telah diendapkan.

Selama ini, keberadaan pornografi dianggap sebagai representasi dari kebutuhan dan kepentingan seksual laki-laki atau patriarkis. Tubuh perempuan sebagai objek, sedangkan yang menjadi subjek adalah laki-laki yang menjadi produser dan konsumen pornografi. Dworkin²⁷ menjelaskan terjadinya fenomena seksual objektifikasi dalam pornografi bahasa dengan menggunakan Bahasa 'Kantian' (para pengikut Kant). Fenomena ini dapat terjadi ketika manusia, melalui media sosial -- dibuat menjadi lebih rendah dari manusia semestinya. Diubah menjadi suatu barang atau komoditas, dijual dan dibeli. Objektifikasi merupakan permasalahan utama dari diskriminasi. Ketika objektifikasi terjadi, seseorang direndahkan hingga tidak ada individualitas atau integritas yang tersisa secara sosial dan batasan privasi. Prinsipnya, siapa saja yang dapat dimanfaatkan oleh orang lain dan diperlakukan seolah mereka tidak sepenuhnya manusia; maka secara sosial mereka juga tidak lagi

²⁶Opcit, Hal. 37.

²⁷ Andrea Dworkin dalam Stanford Encyclopedia on Philosophy. *Feminist Perspective on Objectification*. First published 10 Maret 2010; substantive revision 1 Desember 2015, diakses dari [://plato.stanford.edu/entries/feminism-objectification/](http://plato.stanford.edu/entries/feminism-objectification/).

menjadi manusia sepenuhnya. Nilai kemanusiaan mereka terlukai dengan direndahkan (*diminished*).

Teori objektifikasi merupakan kerangka kerja (*framework*) untuk memahami pengalaman menjadi perempuan dalam konteks sosio-kultural yang dapat mengobjektifikasi tubuh perempuan secara seksual.²⁸ Teori objektifikasi menekankan bahwa banyak perempuan yang terobjektifikasi secara seksual dan diancam sebagai objek yang dimanfaatkan oleh orang lain. Dalam teori ini, dapat dilihat bahwa objektifikasi perempuan cenderung berkontribusi terhadap permasalahan kesehatan mental yang tidak proporsional pada perempuan, melalui dua jalur. Jalur pertama, kontribusi secara langsung dan terbuka, serta melibatkan pengalaman objektifikasi seksual; dan jalur kedua, tidak langsung dan tersamar, serta melibatkan internalisasi perempuan terhadap pengalaman objektifikasi seksual atau objektifikasi pribadi. Permasalahan kesehatan yang sering dialami, misalnya: gangguan makan (*eating disorder*), depresi (*depression*), dan disfungsi seksual (*sexual dysfunction*).

Objektifikasi seksual (*sexual objectification*) terjadi ketika tubuh perempuan atau bagian tubuhnya dipisahkan dari dirinya secara utuh dan pemikirannya, kemudian ia hanya dilihat sebagai objek fisik dari gairah seksual laki-laki. Menurut Bartky, banyak pula perempuan mengalami berbagai bentuk ekstrem objektifikasi seksual melalui tindakan seksual yang menjadikan perempuan sebagai korban (*sexual victimization*), seperti: pemerkosaan,

²⁸ Fredrickson & Roberts, 1997, dalam Dawn M. Szymanski, Lauren B. Moffitt, dan Erika R. Carr. *Sexual Objectification of Women: Advances to Theory and Research*. SAGE Journal. 2011.sagepub.com/journalsPermissions.nav, DOI: 10.1177/0011000010378402http://tcp.sagepub.com.

penyerangan seksual, dan kekerasan seksual. Sebagai contoh, ada penelitian yang mengindikasikan bahwa satu dari empat perempuan pernah menjadi korban pemerkosaan atau percobaan pemerkosaan; sedangkan lebih dari setengah mahasiswa pernah mengalami atau menjadi korban salah satu bentuk perbuatan seksual.²⁹

Pornografi yang mengobjektifikasi tubuh dan kebertubuhan perempuan merupakan bentuk awal dari tindakan kekerasan seksual, yang sangat merugikan perempuan. Soebagijo³⁰ menyebutkan dampak yang ditimbulkan oleh pornografi sangatlah beragam; mulai dari perilaku seksual hingga kejahatan seksual, seperti seks bebas, kehamilan remaja, aborsi, pemerkosaan, penyakit menular seksual, dan perselingkuhan. Perempuan berpotensi menjadi korban pornografi dalam berbagai tingkatan. Selain diobjektifikasi sebagai model pornografi, perempuan rentan pula menjadi korban pemerkosaan dari penikmat pornografi. Dengan kata lain, semakin meluasnya pornografi akan berpotensi mendorong terjadinya kekerasan seksual lainnya, terutama pelecehan seksual dan pemerkosaan.

Beberapa studi menunjukkan bahwa agresivitas laki-laki lebih banyak dipengaruhi oleh pornografi.³¹ Penjahat seksual akan lebih mudah terpengaruh oleh pornografi dibandingkan dengan yang nonkriminal. Endras, *et.al.*³² mengatakan pelecehan dan kekerasan

²⁹Dawn M. Szymanski, Lauren B. Moffitt, dan Erika R. Carr. *Sexual Objectification of Women: Advances to Theory and Research*. SAGE Journal, 2011, hal. 11, sagepub.com/journalsPermissions.nav, DOI: 10.1177/0011000010378402http://tcp.sagepub.com.

³⁰ Soebagijo, dalam Agung Ismanuworo, *Hubungan Paparan Pornografi Melalui Media Massa dengan Perilaku Seksual Remaja di SMA Negeri 2 Surakarta*. Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret, Surakarta: 2012.

³¹Janet Hinson Shope. *When Words Are Not Enough.....opcit*, hal. 60.

³²Endras, *et.al.*, *ibid*.

seksual banyak terjadi karena pelakunya mengonsumsi pornografi dan menginterpretasikan dengan salah apa yang dilihat atau dibacanya tersebut. Sejalan dengan pendapat Endras, kemudian Morgan menyatakan pornografi sebagai teorinya dan perkosaan adalah praktiknya.³³ Hal ini dikarenakan pornografi merupakan media yang menciptakan iklim budaya menjadi kondusif untuk mendorong terjadinya kekerasan terhadap perempuan. Fakta ini kemudian didukung dengan adanya media massa, yang memegang peranan penting dalam membentuk gambaran dan nilai-nilai kultural di tengah masyarakat.

Sebagai contoh, pada April 2016 yang lalu terjadi kasus pemerkosaan yang menjadi sorotan di Indonesia. Yuyun (14 tahun) siswi SMPN 15 Kecamatan Padang Ulak Tanding, Kabupaten Rejanglebong, Provinsi Bengkulu diperkosa dan dibunuh oleh 14 orang pemuda. Mensos Khofifah Indar Parawansa mengungkapkan, pelaku pemerkosaan dan pembunuhan Yuyun mengaku dipengaruhi video porno. Mereka melakukan pemerkosaan terhadap Yuyun karena sering menonton video porno dan di bawah pengaruh minuman keras oplosan. Khofifah memaparkan keterangan ini usai menemui para terdakwa dan tersangka pelaku tersebut di Mapolres Rejanglebong, Provinsi Bengkulu.³⁴ Ahli Neuropsikologi Saraf, Ihsan

³³Robin Morgan dalam Nuraina. *Media, Seksualitas Perempuan dan Pornografi dalam Dominasi Patriarki*, Jurnal Kybernan, Vol. 2, No. 1 Maret 2011

³⁴Mensos: Kasus Pemerkosaan Yuyun Dipengaruhi Video Porno. Berita online pada <http://nasional.republika.co.id/berita/nasional/umum/16/05/06/o6r8pq299-mensos-kasus-pemerkosaan-yuyun-dipengaruhi-video-porno>, 6 Mei 2016, diakses pada tanggal 25 Juli 2016.

Gumilar³⁵ mengatakan penyebab pelaku tega memerkosa Yuyun bukan akibat minuman keras, alias tuak yang sempat ditenggak pelaku; penyebab utamanya karena pelaku kecanduan pornografi. Secara ilmu neuropsikologi, pornografi bersifat candu dan orang yang kecanduan pornografi selalu memotret hal-hal yang berbau mesum di dalam kepalanya setiap beberapa menit sekali.

Membahas UU Pornografi dengan Perspektif Gender

Secara filosofis, UU Pornografi disusun dengan mempertimbangkan pandangan hidup, kesadaran, dan cita-cita hukum sejak awal pembentukan UU, serta ideologi bangsa Indonesia yang bersumber dari Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945. Pada konsiderans Menimbang UU ini disebutkan bahwa UU disusun dengan menjunjung tinggi nilai-nilai moral, etika, ahlak mulia, dan kepribadian luhur bangsa, yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa; menghormati kebhinekaan dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara; serta melindungi harkat dan martabat setiap warga negara. Secara yuridis, selama ini pengaturan pornografi terdapat dalam KUHP, Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 tentang Pers, Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2002 tentang Penyiaran, dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak. Tetapi pengaturan ini dianggap masih belum memadai dan belum memenuhi kebutuhan hukum serta perkembangan masyarakat, sehingga dibutuhkan UU yang secara khusus mengatur pornografi.

³⁵Ahli Saraf: Perkosaan Yuyun Bukan Efek Miras, berita online <http://nasional.news.viva.co.id/news/read/769548-ahli-saraf-perkosaan-yuyun-bukan-efek-miras>, diakses pada tanggal 25 Juli 2016.

Semangat yang dibangun dalam penyusunan UU ini adalah untuk melindungi warga negara dari bahaya pornografi, terutama terhadap anak-anak dan perempuan. Namun demikian, sejak masih dalam pembahasan oleh Panitia Khusus (Pansus) Komisi VIII DPR-RI, Rancangan UU Pornografi telah menuai perdebatan pro dan kontra yang sangat tajam dan mendapat sorotan masyarakat secara luas. Semula RUU ini berjudul "Anti Pornografi dan Pornoaksi" (RUU APP), karena ada upaya untuk mengatur tentang aksi-aksi yang dianggap porno dan dapat membangkitkan gairah seksual. Perbedaan penafsiran, pendefinisian, dan pembatasan mengenai pornografi dan pornoaksi, secara otomatis membentuk dua kelompok yang pro dan kontra. Pada perjalannya, judul RUU berubah menjadi "Pornografi", dengan batasan pengaturan yang diupayakan fokus pada pornografi. Pada 28 Oktober 2008 RUU Pornografi disepakati oleh delapan fraksi di DPR-RI, yaitu: FPKS, FPAN, FPD, FPG, FPBR, FPPP, dan FKB; sedangkan dua fraksi (FPDIP dan FPDS) melakukan aksi *Walk Out*, karena tidak setuju dengan pengesahan RUU. Rapat Paripurna DPR-RI pada tanggal 30 Oktober 2008 pada akhirnya mengesahkan RUU Pornografi menjadi UU Pornografi.

Terdiri dari delapan bab dan 45 pasal, UU Pornografi disahkan di tengah polemik dan kontroversi. Khususnya terkait batasan pengaturan UU, definisi pornografi yang ambigu, dan masih sangat kental dengan nuansa pornoaksi. Dilihat dari batasan pengaturan, seharusnya UU ini dapat dengan eksplisit hanya mengatur pornografi sebagai suatu industri yang disebarluaskan melalui media dan dapat memberikan dampak negatif kepada masyarakat. Hal-hal yang diatur hendaknya mencakup pembatasan dalam hal produksi, penggandaan, penyebaran, aktivitas ekonomi-industri lainnya, pencegahan dampak

pornografi terhadap anak, dan perlindungan perempuan/anak perempuan yang menjadi korban/dipaksa terlibat dalam pornografi. Pada kenyataannya, pengaturan UU Pornografi mencakup ruang lingkup pornoaksi, yang ditandai dengan masuknya frasa 'gerak tubuh' dalam definisi pornografi.

Dalam Bab I Ketentuan Umum Pasal 1 Angka 1 UU Pornografi disebutkan:

Pornografi adalah sebagai gambar, sketsa, ilustrasi, foto, tulisan, suara, bunyi, gambar bergerak, animasi, kartun, percakapan, gerak tubuh, atau bentuk pesan lainnya melalui berbagai bentuk media komunikasi dan/ataupertunjukan di muka umum, yang memuat kecabulan atau eksplorasi seksual yang melanggar norma kesusailaan dalam masyarakat.

Merujuk pada definisi tersebut, Tjipta Lesmana dan Sumartono³⁶ kemudian membatasi lima bidang yang tidak dapat dikategorikan sebagai pornografi, yaitu; seni, sastra, *custom* (adat-istiadat), ilmu pengetahuan, dan olahraga. Apabila gambar, sketsa, ilustrasi, foto, tulisan, suara, bunyi, gambar bergerak, animasi, kartun, percakapan, gerak tubuh, atau bentuk pesan lainnya; melalui berbagai bentuk media komunikasi dan/ataupertunjukan di muka umum dalam rangka seni, sastra, adat-istiadat, ilmu pengetahuan dan olahraga, maka hal tersebut bukanlah perbuatan pornografi sebagaimana dimaksudkan undang-undang.

³⁶ Lihat Putusan Nomor 10-17-23/PUU VII/2009 Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia, perihal Pengujian Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2008 tentang Pornografi terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Hal. 385.

Sementara itu, apabila dicermati definisi pornografi dalam UU tersebut, ditemukan beberapa kerancuan batasan pornografi yang tampak, antara lain sebagai berikut:

1. Adanya frasa 'gerak tubuh' dalam definisi pornografi, mengakibatkan ruang lingkup pornografi tidak hanya berbentuk materi yang disampaikan melalui media tertentu. Frasa 'gerak tubuh' ini mengandung unsur pornoaksi dalam undang-undang pornografi. Perubahan nama menjadi UU Pornografi ternyata tidak menjamin paradigma pengaturan UU terlepas dari pornoaksi. Masuknya frasa ini kemudian menimbulkan protes besar-besaran dari kalangan aktivis perempuan, seniman, artis, dan kelompok lainnya; yang menganggapnya sebagai ancaman bagi kebebasan berekspresi dalam berkesenian dan berkebudayaan. Kelompok ini mengkhawatirkan berbagai pertunjukan seni tari tradisional Indonesia sebagai warisan dan kekayaan budaya, yang banyak menampilkan gerak tubuh 'lenggak-lenggok" akan berpotensi dikategorikan sebagai pornografi;
2. adanya frasa 'pertunjukan di muka umum', yang merupakan suatu kegiatan langsung dan bukan bagian dari grafis/materi sebagaimana selama ini pornografi dimaksudkan. Ketentuan ini semula berasal dari definisi pornoaksi yang dipaksakan masuk dalam definisi pornografi. Meskipun definisi pornoaksi telah dihapuskan dari UU Pornografi, tidak menghalangi unsur-unsur pornoaksi tetap masuk dalam definisi dan ketentuan lain dalam UU; dan

3. adanya frasa “melanggar nilai-nilai kesusilaan dalam masyarakat” mengakibatkan pada praktiknya pornografi akan semakin sulit didefinisikan. Frasa ini semakin membuat UU Pornografi justru tidak memberikan kepastian hukum. Tidak mudah menentukan batasan suatu tindakan/materi melanggar nilai-nilai kesusilaan, dalam suatu masyarakat. Nilai-nilai kesusilaan merupakan sesuatu yang bersifat relatif dan berbeda-beda di setiap kelompok masyarakat. Misalnya: di Bali, sangat lumrah melihat perempuan memakai bikini di muka umum, tetapi sebaliknya sangat tidak mungkin ditemukan di Aceh. Hal ini tentu saja menimbulkan pertentangan dan penolakan dari berbagai elemen masyarakat. Terutama dari daerah yang mayoritas nonmuslim, seperti Provinsi Bali, Sulawesi Utara, Nusa Tenggara Timur (NTT), Papua, dan Papua. Terhadap pemberlakuan UU Pornografi, Pemerintah Provinsi Bali menegaskan untuk tetap tidak melaksanakannya. UU Pornografi dianggap tidak memenuhi unsur sosiologis dan psikologis masyarakat Bali. Pernyataan Gubernur ini sesuai dengan Surat Penolakan sebelumnya yang dilayangkan kepada Presiden RI dan Ketua DPR RI, nomor : 411.4/7.152/Hk, tertanggal 6 Oktober 2008, serta surat dari DPRD Provinsi Bali kepada Ketua DPR RI nomor 120/2675/DPRD, yang perihal keduanya sama-sama mengenai Penolakan Penetapan RUU Pornografi.³⁷

³⁷Bali Tetap Konsisten Tidak Laksanakan UU Pornografi, pernyataan Gubernur Bali Made Mangku Pastika dalam <http://www.baliprov.go.id/Bali-Tetap-Konsisten-Tidak-Laksanakan-UU-Pornografi>, 25 Maret 2010. Diakses pada tanggal 14 Agustus

Beberapa kelemahan dari UU Pornografi ini kemudian menjadi pendorong masyarakat sipil mengajukan uji materiil ke Mahkamah Konstitusi (MK). Salah satunya dalam Perkara Nomor 10/PUU-VII/2009, Perkara Nomor 17/PUU-VII/2009 dan Perkara Nomor 23/PUU-VII/2009. Alasan pengajuan uji materi itu, antara lain karena definisi pornografi yang digunakan dinilai sangat bias dan dangkal dalam memberikan batasan pornografi. Dalam permohonannya, para pemohon mengajukan pasal-pasal untuk diuji, diantaranya: Pasal 1, Pasal 4, dan Pasal 10. Adapun Pasal 4 Ayat 1 dan 2 pada intinya memuat larangan memproduksi, membuat, memperbanyak, menggandakan, menyebarluaskan, dan memperjual belikan pornografi. Pasal 10 mengatur tentang larangan mempertontonkan diri atau orang lain dalam pertunjukan atau di muka umum; yang menggambarkan ketelanjangan, eksplorasi seksual, persenggamaan, atau yang bermuatan pornografi lainnya.

Para pemohon dalam perkara ini mengajukan beberapa ahli untuk mendukung argumen permohonan mereka. Diantaranya terdapat para ahli yang yang memiliki *concern* terhadap gerakan pemberdayaan perempuan, kesetaraan gender, dan hak asasi manusia. Pendapat dan argumen para ahli yang tercantum dalam Risalah Sidang MK³⁸ ini dapat menjadi gambaran bagaimana posisi UU Pornografi dipandang dari perspektif gender. Menurut Achie. S. Luhulima, UU Pornografi tidak saja inkonstitusional tetapi juga

³⁸Risalah Sidang Perkara Nomor 9/PUU-VIII/2010, Perkara Nomor 10/PUU-VII/2009, Perkara Nomor 17/PUU-VII/2009 dan Perkara Nomor 23/PUU-VII/2009, http://www.mahkamahkonstitusi.go.id/public/content/persidangan/risalah/risalah_sidang_Perkara%209.%2010.%2017.%2023%20PUU%20VII-2009,%2025%20Maret%202010%20final.pdf, diakses pada tanggal 24 Agustus 2016.

bertentangan dengan UU HAM; UU Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pengesahan *International Covenant on Economic Social and Cultural Rights*; UU Nomor 12 Tahun 2005 tentang Pengesahan *International Covenant on Civil and Political Right*; konvensi hak anak yang disahkan dengan UU Nomor 36 Tahun 1990; dan UU Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.

Apabila dikaitkan dengan *Convention on The Elimination of all Forms of Discrimination Against Women* (CEDAW), materi muatan dan pelaksanaan Pasal 1 angka 1, Pasal 4, Pasal 10, Pasal 20, dan Pasal 23 UU Pornografi justru menimbulkan dampak berupa perlakuan diskriminatif terhadap perempuan. Mesti disadari bahwa perempuan korban pornografi dapat mengalami tindak kekerasan atau diskriminasi berlapis-lapis, yaitu: (i) pada waktu ia dipaksa, diancam, atau ditipu daya atau dibohongi; (ii) pada waktu dipaksa melakukan perbuatan yang mengandung pornografi; (iii) pada waktu ia ditangkap dan ditahan yang mungkin dilakukan dengan kekerasan; (iv) pada waktu pemeriksaan yang dilakukan oleh penegak hukum yang tidak memahami kondisi perempuan korban pornografi.

Prof. Sulistyowati Irianto menegaskan bahwa isu-isu pornografi merupakan permasalahan yang berdimensi gender. Persoalan utama dalam pornografi adalah objektivikasi dan eksplorasi seksualitas perempuan untuk tujuan komersial. UU Pornografi sebenarnya salah sasaran karena tidak bertujuan untuk melindungi perempuan dan anak-anak sebagai korban kekerasan seksual. Undang-Undang ini lebih mengutamakan masalah moralitas masyarakat yang bersifat paradoks. Berdasarkan hasil berbagai penelitian, pengertian pornografi seharusnya mengakomodasi aspek-aspek, sebagai berikut: (i) penyalahgunaan seksual atau sebuah

bentuk pemaksaan, pemanfaatan, dan penipuan terhadap perempuan khususnya korban perdagangan manusia yang dijadikan sebagai objek seks; (ii) eksplorasi dan objektifikasi seksual perempuan dan anak perempuan untuk tujuan komersial; (iii) pornografi sebagai isu hak sipil.

Dr. E. Kristi Poerwandari berpendapat bahwa substansi UU Pornografi tidak mencerminkan asas yang disebutkan dalam UU ini. Persoalan utama pornografi sesungguhnya adalah pada bentuk eksplorasi dan kekerasan terhadap perempuan yang sangat kompleks, sementara UU hanya melihat sebagai persoalan moralitas. Dalam UU ini juga tidak ada hal mendasar yang mengatur industri pornografi itu sendiri Pasal 8, Pasal 34, dan pasal-pasal lain tidak memberikan pemahaman dasar mengenai pornografi sebagai bentuk kekerasan dan eksplorasi tubuh dan kemanusiaan perempuan. Oleh karenanya, diperlukan revisi yang menyeluruh atau mendasar terhadap UU Pornografi, dengan mendasari ruh UU pada CEDAW dan prinsip nondiskriminatif terhadap perempuan.

Prof. Dr. Saparinah Sadli dalam pendapat ahlinya menyatakan bahwa UU Pornografi tidak melindungi perempuan, tetapi justru mengontrol perilaku perempuan. Harus disadari, pornografi pada dasarnya adalah kekerasan pada perempuan, sehingga memberlakukan UU Pornografi berpotensi menyebabkan perempuan Indonesia mengalami viktimasasi ganda. UU Pornografi juga mengingkari kebudayaan Indonesia sebagai bangsa multietnik dan kreativitas manusia Indonesia perempuan dan laki-laki. Sementara itu, Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) melihat bahwa UU Pornografi memiliki karakter yang serupa dengan 154 Peraturan Daerah dan kebijakan daerah yang ada

saat ini. Kesamaannya terletak pada pendasaran argumen filosofis dan sosiologis dan tidak terverifikasi, pendasaran pada pertimbangan agama dan moralitas, dan pengabaian prinsip kepastian hukum dan prinsip nondiskriminasi.

Pada akhirnya, MK menyatakan menolak permohonan para pemohon untuk seluruhnya, karena dalil-dalil para pemohon tidak berdasar dan tidak beralasan hukum. Pendapat para ahli tersebut dapat dijadikan rujukan dalam menganalisis keberadaan UU Pornografi dari sudut perspektif gender. Meskipun telah ada UU Pornografi, tetapi belum sepenuhnya dapat melindungi perempuan dari kriminalisasi dan permasalahan ketidaksetaraan gender lain.

Implementasi UU Pornografi

Pada bagian Umum dalam Penjelasan UU Pornografi, disebutkan bahwa pengaturan pornografi dalam UU, meliputi: (1) pelarangan dan pembatasan pembuatan, penyebarluasan, dan penggunaan pornografi; (2) perlindungan anak dari pengaruh pornografi; dan (3) pencegahan pembuatan, penyebarluasan, dan penggunaan pornografi, termasuk peran serta masyarakat dalam pencegahan. Implementasi dari UU Pornografi juga harus dilakukan meliputi batasan pengaturan tersebut, dengan menekankan pada pemberantasan industri pornografi. Sebagai peraturan turunan dari UU Pornografi, Pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 tentang Syarat dan Tata Cara Perizinan Pembuatan, Penyebarluasan, dan Penggunaan Produk Pornografi. Peraturan Pemerintah ini memuat aturan mengenai izin melakukan pembuatan, penyebarluasan, dan penggunaan produk pornografi dengan tujuan: a) pendidikan; b) pelayanan kesehatan;

dan c) produk yang harus dilakukan di tempat dan dengan cara khusus.

Lebih lanjut, untuk melaksanakan ketentuan Pasal 42 UU Pornografi, pada tahun 2012 yang lalu Presiden Susilo Bambang Yudhoyono mengeluarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2012 tentang Gugus Tugas Pencegahan dan Penanganan Pornografi (GTPPPP). Gugus tugas merupakan lembaga koordinatif yang bertugas mengoordinasikan upaya pencegahan dan penanganan pornografi, serta bertanggung jawab kepada Presiden. Unsur organisasi GTPPPP berasal berbagai kementerian/lembaga. GTPPPP juga bertugas untuk melaksanakan sosialisasi, edukasi, dan kerjasama pencegahan dan penanganan pornografi; serta melaksanakan evaluasi dan pelaporan. GTPPPP pada mulanya dibentuk di tingkat pusat, kemudian dapat dibentuk di tingkat provinsi, dan kabupaten/kota.

UU Pornografi hingga saat ini memang tidak membawa dampak sebagaimana dikhawatirkan sebelumnya, misalnya seperti mengakibatkan pemberanguskan adat, seni, budaya, disintegrasi sosial, dan kekerasan horizontal di masyarakat. Meskipun demikian, masih terdapat berbagai kelemahan dalam implementasinya. Berdasarkan hasil analisis dan evaluasi terhadap UU Pornografi yang dilakukan oleh Badan Pembinaan Hukum Nasional Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia (BPHN KemenkumHAM) disimpulkan bahwa implementasi UU Pornografi selama ini belum efektif, karena masih banyak kelemahan dalam UU, terutama yang menyangkut

pornografi dari segi teknis dan yuridis.³⁹ Permasalahan implementasi bermula dari definisi pornografi yang multitafsir dan dapat membuat penerapan UU Pornografi berpotensi menghilangkan hak warga negara atas kesamaan di hadapan hukum dan atas kepastian hukum yang adil.

Selain itu, selama ini UU Pornografi juga memandang perempuan hanya sebagai pelaku pornografi. UU Pornografi secara substansi dianggap belum mencakup perlindungan pada perempuan yang terlibat pornografi karena menjadi korban kekerasan atau *trafficking*. Dalam menganalisis suatu kasus pornografi dengan perempuan sebagai objeknya, belum menggunakan perspektif gender. Seharusnya, para penegak hukum dapat lebih peka melihat latar belakang seorang perempuan terlibat pornografi. Pada praktiknya, ada perempuan yang terlibat dalam pornografi dengan kesadaran penuh dan karena keinginan dirinya sendiri; namun banyak pula perempuan yang terjerumus karena dikorbankan. Apakah dikorbankan oleh jaringan pelaku *trafficking*, atau secara struktural karena dampak kemiskinan dan pendidikan rendah.

Perlindungan ini sebenarnya telah diatur dalam Pasal 9 UU Pornografi yang menyatakan bahwa setiap orang dilarang menjadikan orang lain sebagai objek atau model yang mengandung muatan pornografi. Kemudian dalam Pasal 10 yang menyatakan bahwa "Setiap orang dilarang mempertontonkan diri atau orang lain dalam pertunjukan atau di muka umum yang menggambarkan

³⁹ Badan Pembinaan Hukum Nasional Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia (BPHN KemenKumHAM). *Analisis dan Evaluasi Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2008 tentang Pornografi*. Jakarta. 2010.

ketelanjangan, eksplorasi seksual, persenggamaan, atau yang bermuatan pornografi lainnya”.

Kedua norma tersebut disatu sisi telah memberikan kepastian terhadap setiap orang (individu) maupun penegak hukum dalam memahami larangan pornografi. Permasalahannya, apakah ketika melakukan pemeriksaan terhadap perempuan tersangka pelaku pornografi, para penegak hukum akan selalu mendalamai kemungkinan perempuan tersebut adalah korban? Berdasarkan hasil analisis dan evaluasi Tim Badan Pembinaan Hukum Nasional Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia (BPHN KemenkumHAM) terhadap UU Pornografi, apabila terdapat kondisi perempuan menjadi tersangka objek pornografi, maka harus diselidiki lebih lanjut apakah perempuan tersebut melakukan dengan kemauan sendiri atau dibawah paksaan orang lain.⁴⁰ Atau apakah ia merupakan korban *trafficking*. Jika ia adalah korban dari *trafficking*, maka tidak dapat dikategorikan sebagai pelaku pornografi, sebaliknya harus dilindungi dan tidak dapat dikenakan pidana pornografi.

Sebagai contoh, dapat dilihat pada kedua kasus yang terkait implementasi UU Pornografi di bawah ini:

Contoh Kasus:

- a) Polisi berhasil mengamankan penari *striptease* di Karaoke K24 Mall BG Junction, Surabaya. Mereka adalah P(20) warga Wakhid Hasyim Kediri; Vn (19) warga Bangsal Kediri; Sk (20); dan Sf (20) warga Kediri. Sementara tersangka lainnya adalah Dt (22) seorang *Disc Jockey* (DJ) warga Kediri dan Dng

⁴⁰BPHN Kemenkum HAM, *opcit*, hal.130-131.

(31) warga Ngujung Singosari, Kabupaten Malang yang berperan sebagai *germo*. Mereka, mempertontonkan tarian *striptease* berdasarkan order. Untuk sekali pementasan, pemesan wajib membayar Rp26 juta per paket. Angka tersebut sudah termasuk sewa tempat dan menari selama tiga jam. Dalam menjalankan bisnis ini, tersangka Danang berperan sebagai pencari order. Sementara empat perempuan akan menari dan menanggalkan satu per satu pakaian mereka dengan iriingi alunan musik diskon. Para terdakwa tersebut divonis 5 bulan penjara oleh Majelis Hakim Pengadilan Negeri (PN) Surabaya. Dalam sidang di PN Surabaya, Senin (3/3/2014) ini, ketiga terdakwa ini menurut hakim terbukti secara sah dan meyakinkan melanggar Pasal 34 jo Pasal 8 UU No. 44 Tahun 2008 tentang Pornografi.⁴¹

- b) Tiga orang wanita pelaku tarian *striptease* dijatuhi hukuman masing-masing 6 bulan penjara oleh majelis hakim Pengadilan Negeri Bandung. Ketiganya dinilai terbukti bersalah telah mempertontonkan tarian bugil di salah satu kamar sebuah tempat karaoke di Kota Bandung, beberapa waktu lalu. Dalam sidang yang dipimpin hakim Rudi Martinus, Jumat 17 Juni 2016 dihadirkan tiga orang terdakwa yaitu ES alias Bunda, ER alias Jamilah dan TN alias Dila. Hakim menyatakan, terdakwa Bunda (sebagai koordinator *ladies* atau pemandu lagu/PL) telah melakukan perbuatan melawan hukum sebagaimana diatur dan diancam pidana

⁴¹<http://www.lenteraaspirasi.com/index.php?news=-Usai-Sidang,-2-Penari-Striptis-Pingsan---~3b1ca0a43b79bdf9f9305b812982962fe878d2ea5c8ded4d63d30995769a5e4>, Beritaonline5 Feb 2014, diakses tanggal 18 Agustus 2016.

dalam Pasal 30 UU RI No 44 Tahun 2008 tentang Pornografi. Sementara dua perempuan penari telanjang, dinilai melanggar Pasal 34 jo Pasal 8 UU No. 44 Tahun 2008 tentang Pornografi.⁴²

Perlu disadari bahwa penyebab terbesar para perempuan muda mau terlibat dalam pertunjukan pornografi adalah karena kemiskinan. Faktor yang sangat identik dengan kemiskinan, antara lain: pendidikan rendah, tidak memiliki keterampilan/*unskilled*. Kemiskinan yang mendorong mereka masuk ke pusaran pornografi. Kemiskinan struktural menyebabkan mereka yang tidak memiliki daya saing di pasar tenaga kerja menjadi tersingkir. Kerentanan para perempuan ini menjadi peluang bagi para calo atau germo untuk mendekati mereka dan mengajak bekerja. Calo dan germo bergerak bebas mendatangi desa-desa dan mendekati calon korban serta keluarganya. Situasi Dalam situasi ini terbuka luas kesempatan terjadinya *trafficking*. Para perempuan calon korban dibujuk rayu, bahkan tidak sedikit yang mendapatkan ancaman atau penggunaan kekerasan (fisik, psikis, seksual), penculikan, penyekapan, pemalsuan, penipuan, atau penyalahgunaan kekuasaan/posisi rentan dan penjeratan hutang (*debt bounded*).

Menurut Russel *trafficking* dapat didefinisikan sebagai metode ilegal dari rekrutmen dan/atau perpindahan orang, melalui penggunaan kekerasan dan/atau pemaksaan, yang akan

⁴²<http://www.pikiran-rakyat.com/bandung-raya/2016/06/17/3-penari-telanjang-divonis-6-bulan-penjara-372123>, 17 Juni 2016, diakses pada tanggal 16 Agustus 2016.

mengarahkan pada terjadinya eksplorasi.⁴³ Definisi ini muncul sebagai rangkuman dari berbagai spektrum pengalaman yang luas, salah satunya adalah perempuan dipaksa untuk menjual seks, padahal pada awalnya mereka diberitahu akan dipekerjakan sebagai pelayan. *Traffickers* atau pedagang, memutuskan untuk menjual mereka sebagai pelayan seksual agar dapat memperoleh lebih banyak uang.

Terhadap kasus-kasus di atas, penegak hukum hanya melihat apa yang tampak. para perempuan penari *striptease* yang melanggar Pasal 8 UU Pornografi, sehingga divonis dengan Pasal 34 UU Pornografi. Padahal, jika ditelisik lebih dalam sangat mungkin dibalik peristiwa itu telah terjadi *trafficking*. Dengan para perempuan penari *striptease* tersebut sebagai korban dan pemilik karaoke serta germo sebagai pelaku. Apabila dapat dibuktikan demikian, maka para perempuan penari *striptease* tidak dipidana. Hal ini sesuai dengan penjelasan Pasal 8 yang menyebutkan bahwa jika pelaku dipaksa dengan ancaman atau diancam atau di bawah kekuasaan atau tekanan orang lain, dibujuk atau ditipu daya, atau dibohongi oleh orang lain, pelaku tidak dipidana.

Merujuk pada contoh kasus tersebut, adanya kekhawatiran bahwa UU Pornografi akan mengkriminalisasi perempuan, pada kenyataannya terbukti ketika implementasi di lapangan. Perempuan yang menjadi sorotan utama dalam kasus-kasus seperti ini, bahkan tidak ada tindak lanjut atau pemeriksaan terhadap pemilik karaoke,

⁴³Amy. M. Russell, "Victims of Trafficking": The Feminisation of Poverty and Migration in the Gendered Narratives of Human Trafficking, *Jurnal Societies* 2014, 4, 532-548; doi:10.3390/soc4040532, Leeds Institute of Health Sciences, University of Leeds, Leeds, ISSN 2075-4698, www.mdpi.com/journal/societies, dipublikasikan 13 Oktober 2014

yang bertanggung jawab menampilkan tarian *striptease*. Dalam kasus pertunjukkan seperti itu perempuan semakin diobjektifikasi dan dieksplorasi untuk tujuan komersialisasi yang menguntungkan orang lain. Oleh karenanya, harus diakui bahwa UU Pornografi sampai saat ini belum dapat diimplementasikan sesuai tujuannya yang tercantum dalam Pasal 3, antara lain yaitu: untuk memberikan kepastian hukum dan perlindungan bagi warga negara dari pornografi, terutama bagi anak dan perempuan; serta mencegah berkembangnya pornografi dan komersialisasi seks di masyarakat.

Simpulan dan Saran

Pembicaraan mengenai pornografi terkait berbagai dimensi, yang tidak hanya tentang moral dan seksual, tetapi juga mencakup persoalan industri, kekerasan seksual, eksplorasi perempuan dan anak, serta penegakan hukum. Produksi, distribusi, dan industri pornografi di Indonesia semakin berkembang pesat, sehingga membutuhkan penanganan serius. Pornografi berdampak dahsyat terhadap masyarakat dan berpotensi merusak masa depan generasi bangsa. Apalagi perkembangan teknologi dan komunikasi ikut mendukung pesatnya kemajuan industri pornografi. Generasi masa kini yang akrab dengan teknologi, akan semakin mudah mengakses pornografi melalui *gadget*-nya.

Pornografi dianggap sebagai kejahatan terhadap kemanusiaan dan salah satu wujud kekerasan terhadap perempuan. Tubuh dan seksualitas perempuan dieksplorasi untuk kepentingan industri pornografi. Pornografi selama ini juga turut berperan melanggengkan ketidaksetaraan gender. Melalui pornografi dapat terbentuk stereotipe tertentu mengenai relasi seksual perempuan

dan laki-laki. Konten pornografi heteroseksual sering menampilkan citra perempuan sebagai objek sesuai dengan gambaran seksual yang diinginkan oleh laki-laki. Perempuan yang dikuasai, penggoda, melayani, pasrah, dan menerima seks dengan kekerasan/pemaksaan.

Definisi pornografi dapat ditafsirkan berbeda-beda. Secara umum, pornografi merupakan segala bentuk atau materi yang menggambarkan perilaku seks/seksualitas dengan cara yang sangat terbuka dan bertujuan untuk menimbulkan kesenangan seksual yang mengonsumsinya. Pendefinisian ini harus dilihat pula dengan perspektif gender atau pendekatan yang berpihak pada perempuan. Hal ini sangat penting dilakukan, mengingat perempuan selama ini yang paling banyak menjadi objek pornografi; dengan kesadaran sendiri, dimanipulasi atau dengan ancaman. Tidak dapat dipungkiri, daya tarik utama dalam pornografi heteroseksual terletak pada penampilan perempuan di dalamnya. Bentuk tubuh, seksualitas, ekspresi wajah, gaya seksual, suara dan desahan perempuan akan sangat menentukan daya jual suatu produk pornografi. Dengan kata lain, tubuh dan kebertubuhan perempuan adalah modal utama sekaligus nilai ekonomis dari pornografi.

Para feminis anti-pornografi bahkan menegaskan bahwa dalam pornografi, telah terjadi objektifikasi terhadap perempuan. Objektifikasi maksudnya suatu kondisi ketika tubuh dan kebertubuhan perempuan diubah menjadi suatu barang atau komoditas, dijual dan dibeli. Objektifikasi merupakan permasalahan utama dari diskriminasi. Pornografi yang mengobjektifikasi tubuh dan kebertubuhan perempuan merupakan bentuk awal dari tindakan kekerasan seksual lain. Perempuan berpotensi menjadi korban pornografi dalam berbagai tingkatan. Selain diobjektifikasi sebagai

model pornografi, perempuan berpotensi mengalami kekerasan seksual lainnya, terutama pelecehan seksual dan pemerkosaan, yang dilakukan oleh penikmat pornografi. Dengan adanya pemahaman terhadap teori objektifikasi seksual, akan membantu untuk melihat secara utuh dampak dari pornografi terhadap perempuan.

Di Indonesia, perlindungan terhadap perempuan dari pornografi merupakan salah satu tujuan dari pembentukan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2008 tentang Pornografi atau UU Pornografi. Sebagai amanat Pasal 42 UU Pornografi, Pemerintahan SBY juga telah mengeluarkan Peraturan Presiden Nomor 25 Tahun 2012 tentang Pembentukan Gugus Tugas Pencegahan dan Penanganan Pornografi (GTPPP). Kemudian Pemerintah juga mengeluarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 tentang Syarat dan Tata Cara Perizinan, Penyebarluasan, dan Penggunaan Produk Pornografi.

UU Pornografi sejak masa penyusunannya telah menimbulkan kontroversi dan perdebatan pro kontra. Implementasinya selama delapan tahun ini pun belum sepenuhnya efektif. Masih banyak kelemahan dalam UU terutama dari segi teknis dan yuridis. Permasalahan implementasi bermula dari definisi pornografi yang multitafsir. Akibatnya, implementasi UU Pornografi dapat berpotensi menghilangkan hak warga negara atas kesamaan di hadapan hukum dan atas kepastian hukum yang adil. Salah satu masalahnya terletak pada definisi pornografi yang diatur dalam UU ini. Cakupan definisi pornografi diperluas dengan memasukkan salah satu bentuk pornoaksi, yaitu 'gerak tubuh'.

Secara substansial, UU Pornografi dianggap masih belum mampu memberikan penegakan hukum yang tegas terhadap industri

pornografi, apalagi melindungi perempuan dari kriminalisasi dan/atau *trafficking*. Menurut para ahli gerakan pemberdayaan perempuan, kesetaraan gender, dan hak asasi manusia, isu-isu pornografi merupakan permasalahan yang berdimensi gender. Persoalan utama dari pornografi yaitu adanya objektifikasi dan eksplorasi seksualitas perempuan untuk tujuan komersial. UU Pornografi tidak hanya inkonstitusional tetapi juga bertentangan dengan prinsip-prinsip *Convention on The Elimination of all Forms of Discrimination Against Women* (CEDAW). UU Pornografi memosisikan perempuan hanya sebagai pelaku pornografi.

UU Pornografi secara substansi dianggap belum mencakup perlindungan pada perempuan yang terlibat pornografi karena menjadi korban kekerasan atau *trafficking*. Padahal, perempuan yang terlibat pornografi sangat berpotensi berasal dari korban *trafficking*, karena kerentanan/*vulnerability* yang dimilikinya. Hasil kajian dan penelitian menunjukkan, banyak perempuan korban *trafficking* dipaksa untuk bekerja dalam bidang prostitusi dan pornografi, seperti melakukan tarian erotis/*striptease*.

Oleh karena itu, untuk melindungi perempuan dari objektifikasi dan eksplorasi perempuan melalui pornografi, maka diperlukan suatu pengaturan yang komprehensif dan berpihak pada perempuan. Para penegak hukum juga perlu diberikan wawasan perspektif gender agar lebih memiliki sensitivitas dan keberpihakan terhadap perempuan korban; sehingga ketika melakukan pemeriksaan terhadap perempuan tersangka pelaku pornografi, para penegak hukum harus mendalami kemungkinan perempuan tersebut adalah korban. Selain itu, ahli hukum juga perlu memahami bahwa perempuan korban *trafficking* yang berorientasi berperspektif gender dan tidak berpotensi mudah

mengkriminalisasikan perempuan. Dari sisi penegakan hukum terkait industri pornografi, sebaiknya dilakukan dengan fokus pada sektor distribusi, yang antara lain terkait dengan: aturan mengenai batasan usia tontonan; penjualan majalah dan media 'dewasa'; penertiban penjualan VCD/DVD, dan pembatasan konten pornografi *online*.

DAFTAR PUSTAKA

Buku, Jurnal, Artikel

- Arief, Barda Nawawi. 2003. *Kapita Selekta Hukum Pidana*. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Batubara, Leo. 2006. *Memahami Pornografi Dari Sudut Pandang HAM*, disampaikan dalam "Semiloka RUU Anti Pornografi dan Pornoaksi dalam Perspektif HAM", di Hotel Sheraton Media, Jakarta, 27-28 Februari 2006.
- Counter Women Trafficking Commission*. Tanpa Tahun. Artikel Kampanye: "Stop Perdagangan Perempuan dan Anak", dalam laman, <http://counterwomentrafficking.blogspot.co.id/p/pengenalan-korban-perdagangan-manusia.html>
- Dworkin, Andrea. 1981. *Letters from a War Zone: Pornography and Male Supremacy*.
- Foucault, Michael. 1978. *The History of Sexuality, Volume 1: An Introduction*. New York: Pantheon Books.
- Hartono, Dimyati. 2010. *Hukum Sebagai Faktor Penentu Pemanfaatan Teknologi Telekomunikasi*, Pidato Pengukuhan Guru Besar FH UNDIP Semarang, hal.19; dalam Skripsi: Penerapan UU No. 44 Tahun 2008 tentang Pornografi Terhadap Penjual VCD/DVD Porno (Studi Putusan No.1069/Pid/B/2010/Pn. Bdg), pada [https://www.academia.edu/1402470/Penerapan UU No. 44 Tahun 2008 Tentang Pornografi Terhadap Penjual Vcd Dvd Porno Studi Putusan No. 1069 Pid. B 2010 Pn. Bdg_](https://www.academia.edu/1402470/Penerapan_UU_No._44_Tahun_2008_Tentang_Pornografi_Terhadap_Penjual_Vcd_Dvd_Porno_Studi_Putusan_No._1069_Pid._B_2010_Pn._Bdg_), diakses pada tanggal 15 Juli 2016.
- Ismanuworo, Agung. 2012. Skripsi: *Hubungan Paparan Pornografi Melalui Media Massa dengan Perilaku Seksual Remaja di SMA Negeri 2 Surakarta*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret.
- McCormack, Thelma. 1993. *If Pornography Is the Theory, Is Inequality the Practice?*. Philosophy of the Social Sciences, Vol. 23 No. 3, September.
- McElroy, Wendy. 1995. *Pornography is Good, The Ethical Spectacle* edisi November, <http://www.spectacle.org/1195/mcelroy.html>.
- Mukalam. 2006. *Pornografi: Antara Kepemilikan dan Dominasi Tubuh*. Jurnal Al Mawarid Edisi XV Tahun 2006.

- Nuraina. 2011. *Media, Seksualitas Perempuan dan Pornografi dalam Dominasi Patriarki*. Jurnal Kybernan, Vol. 2, No. 1 Maret 2011.
- Rogers, Everett dalam Burhan Bungin. 2005. *Pornomedia: Sosiologi Media, Konstruksi Sosial Teknologi Telematika, dan Perayaan Seks di Media Massa*. Jakarta: Prenada Media.
- Russell, Amy. M. 2014. *Victims of Trafficking: The Feminisation of Poverty and Migration in the Gendered Narratives of Human Trafficking*. Jurnal *Societies*, 4, 532-548; doi:10.3390/soc4040532, www.mdpi.com/journal/societies. Leeds: Leeds Institute of Health Sciences, University of Leed. ISSN 2075-4698.
- Shope, Janet Hinson. 2004. *When Words Are Not Enough: The Search for the Effect of Pornography on Abused Women*, dalam *Violence Against Women Journal* Vol. 10 No. 1, Januari 2004, DOI 10.1177/1077801203256003. Sage Publication.
- Subono, Nur Iman. 2009. Jurnal Perempuan No. 28 Tahun 2009. Jakarta: Yayasan Jurnal Perempuan.
- Stanford Encyclopedia on Philosophy. 2015. *Feminist Perspective on Objectification*. First published 10 Maret 2010, substantive revision 1 Desember 2015, diakses dari [://plato.stanford.edu/entries/feminism-objectification/](http://plato.stanford.edu/entries/feminism-objectification/)
- Syarifah. 2006. *Kebertubuhan Perempuan dalam Pornografi*. Jakarta: Yayasan Kota Kita.
- Szymanski, Dawn. M., Lauren B. Moffitt, dan Erika R. Carr. 2011. *Sexual Objectification of Women: Advances to Theory and Research*. SAGE Journal, sagepub.com/journalsPermissions.nav, DOI: 10.1177/0011000010378402 <http://tcp.sagepub.com>.

Dokumen dan Laporan

- Badan Pembinaan Hukum Nasional Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia. 2010. *Analisis dan Evaluasi Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2008 tentang Pornografi*. Jakarta.
- Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia. Putusan Nomor 10-17-23/PUU VII/2009 Perihal Pengujian Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2008 tentang Pornografi terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia. Risalah Sidang Perkara Nomor 9/PUU-VIII/2010, Perkara Nomor 10/PUU-VII/2009,

Perkara Nomor 17/PUU-VII/2009 dan Perkara Nomor 23/PUU-VII/2009,

<http://www.mahkamahkonstitusi.go.id/public/content/persidangan/risalah/risalah sidang Perkara%209,%2010,%2017,%2023%20PUU%20VII-2009,%2025%20Maret%202010%20final.pdf>, diakses pada tanggal 24 Agustus 2016.

Kamus, Berita dan Referensi Lainnya

Kamus Besar Bahasa Indonesia, Edisi Kedua. 1995. Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. Jakarta: Balai Pustaka.

Merriam-Webster Dictionary online, <http://www.merriam-webster.com/dictionary/pornography>, diakses pada 28 Juli 2016.

Oxford Dictionary online, <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/pornography>, diakses pada 28 Juli 2016.

Ahli Saraf: Perkosaan Yuyun Bukan Efek Miras. 2016. <http://nasional.news.viva.co.id/news/read/769548-ahli-saraf-perkosaan-yuyun-bukan-efek-miras>, 7 Mei 2016, diakses pada tanggal 25 Juli 2016.

Mensos: Kasus Pemerkosaan Yuyun Dipengaruhi Video Porno. 2016. <http://nasional.republika.co.id/berita/nasional/umum/16/05/06/06r8pq299-mensos-kasus-pemerkosaan-yuyun-dipengaruhi-video-porno>, 6 Mei 2016, diakses pada tanggal 25 Juli 2016.

Pendidikan di Indonesia Belum Masukkan Bahaya Pornografi. 2016. <http://rimanews.com/nasional/politik/read/20160510/279398/Pendidikan-di-Indonesia-Belum-Masukkan-Bahaya-Pornografi>, 10 Mei 2016, diakses pada tanggal 14 Juli 2016.

Bali Tetap Konsisten Tidak Laksanakan UU Pornografi. 2010. <http://www.baliprov.go.id/Bali-Tetap-Konsisten-Tidak-Laksanakan-UU-Pornografi>, 25 Maret 2010, diakses pada tanggal 14 Agustus 2016.

Mensos: Indonesia Darurat Pornografi. 2016. <http://poskotanews.com/2016/05/15/mensos-indonesia-darurat-pornografi/>, 15 Mei 2016, diakses pada tanggal 14 Juli 2016.

Usai Sidang, 2 Penari Striptis Pingsan. 2014. <http://www.lenteraaspirasasi.com/index.php?news=-Usai-Sidang,-2-Penari-Striptis-Pingsan--->

~3b1ca0a43b79bdf9f9305b812982962fe878d2ea5c8ded4d63
d30995769a5e4, 5 Feb 2014, diakses tanggal 18 Agustus 2016.

Penari Telanjang Divonis 6 Bulan Penjara. 2016. <http://www.pikiran-rakyat.com/bandung-raya/2016/06/17/3-penari-telanjang-divonis-6-bulan-penjara-372123>, 17 Juni 2016, diakses pada tanggal 16 Agustus 2016.

Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan (Komnas Perempuan). 2010. Siaran Pers, <http://www.komnasperempuan.go.id/memberantas-pornografi-menghadirkan-hukum-yang-berkeadilan/>

KEARIFAN LOKAL DALAM PEMBUKAAN LAHAN

DENGAN CARA BAKAR:

IMPLEMENTASI PASAL 69 AYAT (2) UU PPLH

Sri Nurhayati Qodriyatun

Pendahuluan

Kebakaran hutan dan lahan hampir setiap tahun terjadi. Penyebab utamanya adalah karena adanya kebiasaan dalam masyarakat melakukan pembukaan lahan dengan bakar. Kebiasaan ini sulit dihapuskan karena menurut banyak kalangan, adanya peraturan yang mengizinkan cara pembukaan lahan dengan bakar memungkinkan masyarakat masih melakukan praktik tersebut. Adapun beberapa peraturan perundangan yang memberi celah terhadap praktik pembukaan lahan dengan bakar adalah Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup (UU PPLH) dan Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 10 Tahun 2010 tentang Mekanisme Pencegahan Pencemaran dan/atau Kerusakan Lingkungan Hidup yang Berkaitan dengan Kebakaran Hutan dan/atau Lahan (PermenLH 10/2010).

Dalam pasal 69 UU PPLH, terutama pada ayat (2), memberikan pengecualian terhadap pembukaan lahan dengan bakar yang dilakukan dalam koridor kearifan lokal. Kearifan lokal pada ayat (2) tersebut dimaknai dengan “melakukan pembakaran lahan dengan luas lahan maksimal 2 hektare per kepala keluarga untuk ditanami

jenis varietas lokal dan dikelilingi oleh sekat bakar sebagai pencegah penjalaran api ke wilayah sekelilingnya.” Kemudian lebih lanjut dalam PermenLH 10/2010, yaitu pada Pasal 4 ayat (1) menyebutkan bahwa “masyarakat hukum adat yang melakukan pembakaran lahan dengan luas lahan maksimal 2 (dua) hektare per kepala keluarga untuk ditanami jenis varietas lokal wajib memberitahukan kepada kepala desa.” Namun aturan tersebut tidak berlaku ketika kondisi curah hujan di bawah normal, kemarau, kemarau panjang, atau iklim kering. Demikian disebutkan dalam pasal 4 ayat (4) PermenLH 10/2010.

Aturan serupa yang membolehkan membuka lahan dengan cara bakar juga ada dalam Peraturan Gubernur Kalimantan Tengah Nomor 52 Tahun 2008 tentang Pedoman Pembukaan Lahan dan Pekarangan bagi Masyarakat di Kalimantan Tengah (Pergub Kalteng 52/2008), yang telah diubah dengan Peraturan Gubernur Kalimantan Tengah Nomor 15 Tahun 2010 (Pergub Kalteng 15/2010). Dalam Pergub tersebut pembukaan lahan dengan bakar dilakukan dengan beberapa persyaratan, yaitu dilaksanakan secara terbatas dan terkendali setelah mendapat izin dari pejabat berwenang. Pejabat berwenang ini tergantung pada luasan dari lahan yang akan dibuka dengan bakar. Jika luas lahan 2-5 hektare, maka pejabat yang berwenang mengeluarkan izin adalah Camat. Jika luas lahan 1-2 hektare, maka pejabat yang berwenang mengeluarkan izin adalah Lurah/Kepala Desa, dan jika luas lahan kurang dari 1 hektare, maka pejabat yang berwenang mengeluarkan izin adalah Ketua RT. Namun perizinan pembakaran terbatas dan terkendali ini dinyatakan tidak berlaku apabila Gubernur mengumumkan status “berbahaya”

berdasarkan Indeks Kebakaran dan/atau Indeks Standar Pencemar Udara (ISPU) sampai tingkat kebakaran dan/atau keadaan darurat pencemaran udara dinyatakan berhenti.

Meskipun beberapa ketentuan peraturan perundang-undangan tersebut memberikan batasan dalam pembukaan lahan dengan bakar, namun dalam praktiknya perbuatan membuka lahan dengan cara bakar tidak sesuai dengan apa yang sudah diatur. Inilah yang kemudian memunculkan tuduhan kepada masyarakat tradisional yang membuka lahan dengan bakar sebagai salah satu penyebab terjadinya kebakaran hutan dan lahan. Hingga pada akhir tahun 2015 muncul keinginan Pemerintah dan DPR untuk merevisi UU PPLH, terutama pada ketentuan pasal 69.

Berangkat dari kondisi ini, penulis tertarik untuk menelaah lebih lanjut:

- a. Masih adakah kearifan lokal dalam membuka lahan dengan bakar?
- b. Apakah kearifan lokal dalam membuka lahan dengan bakar penyebab kebakaran hutan dan lahan?
- c. Apakah Pemerintah perlu melakukan revisi UU PPLH terutama pada ketentuan pasal 69?
- d. Bagaimana melindungi masyarakat tradisional yang masih menerapkan pembukaan lahan dengan bakar dalam tradisi mereka?

Telaahan beberapa permasalahan tersebut akan dilakukan dengan menggunakan metode deskriptif analitis, dengan

menggunakan data-data dari studi kepustakaan, terutama terkait pasal 69 UU PPLH.

Telaahan terkait Pasal 69 UU PPLH menjadi penting mengingat salah satu tujuan dari dibentuknya undang-undang adalah untuk kesejahteraan umum seluruh rakyat Indonesia. Seperti disebutkan Riskiyono¹ bahwa secara filosofis, yuridis, dan sosiologis, pembentukan perundang-undangan adalah untuk meningkatkan kesejahteraan umum seluruh rakyat Indonesia seperti termaktub pada alenia keempat pembukaan UUD 1945 yang berbunyi: "untuk membentuk suatu Pemerintahan Negara Republik Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum....". Melalui telaahan ini, penulis berharap dapat memberikan sumbangan pemikiran terhadap adanya rencana Pemerintah dan DPR untuk mengamandemen Pasal 69 UU PPLH. Berdasarkan Rapat Kerja Komisi IV dengan Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan pada 29 Oktober 2015, Pemerintah dan DPR sepakat untuk melakukan revisi dan harmonisasi terhadap undang-undang yang mengatur lingkungan hidup dan kehutanan, terutama terkait dengan pembakaran hutan dan lahan.²

¹Joko Riskiyono. "Partisipasi Masyarakat dalam Pembentukan Perundang-undangan Untuk Mewujudkan Kesejahteraan". *Aspirasi*, Vol. 6. No. 2, Desember 2015. hal. 159 - 176.

²Anugerah Perkasa, "Pembakaran Hutan: DPR dan Pemerintah Sepakat Revisi Undang-Undang", Jum'at, 30 Oktober 2015, di <http://kabar24.bisnis.com/read/20151030/16/487263/pembakaran-hutan-dpr-dan-pemerintah-sepakat-revisi-undang-undang>, diakses 1 Juni 2016; Laporan Singkat Komisi IV tentang Rapat Kerja Komisi IV dengan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan tanggal 29 Oktober 2015.

Kearifan Lokal dan Perubahan Sosial

Dalam dua dekade terakhir, kearifan lokal menjadi subjek yang menarik perhatian tidak hanya oleh antropolog, tetapi juga para peneliti lingkungan, ahli konservasi, ahli pembangunan, bahkan masyarakat sendiri. Perhatian banyak pihak muncul ketika kearifan lokal seringkali dibenturkan dengan pembangunan. Kearifan lokal seringkali diidentikkan dengan masa lalu, pengetahuan lokal, pengetahuan tradisional, dan pembangunan diidentikkan dengan masa depan, ilmu pengetahuan, modernisasi.³ Apa sebenarnya kearifan lokal itu? Apakah kearifan lokal tidak bisa sejalan dengan proses pembangunan?

Kearifan lokal sering dikonsepsikan sebagai pengetahuan lokal (*local knowledge*), kecerdasan setempat (*local genius*), dan kebijakan setempat (*local wisdom*). Istilah kearifan lokal dalam arti *local genius*, pertama diperkenalkan oleh Quaritch Wales (1951) yang dimaknai sebagai: *"the sum of the cultural characteristics which the vast majority of people have in common as a result of their experiences in early life"* (Keseluruhan ciri-ciri kebudayaan yang dimiliki bersama oleh suatu masyarakat sebagai hasil pengalaman mereka sepanjang hidupnya).⁴ Kearifan lokal berakar dari sistem pengetahuan dan pengelolaan lokal atau tradisional⁵ yang digunakan oleh masyarakat

³Levy-Straus, 1962; Polanyi, 1966; Hunn, 1982, Posey, 1983; Warren et. al., 1995; dan Huber and Pedersen, 1997, dalam Anja Nygren, "Local Knowledge in the Environment-Development Discourse, from dichotomies to situated knowledges", *Critique of Anthropology*, Vol. 267-288 {0308-275X (199909) 19:3; 267-288; 009447} Copyright 1999@ SAGE Publications (London, Thousand Oaks, CA and New Delhi).

⁴H.G. Quaritch Wales, 1951, *The Making of Greater India: A Study in Southeast Asian Culture Change*, London: Bernard Quaritch.

⁵Bruce Mitchel, B. Setiawan, dan Dwita Hadi Rahmi (2000) sebagaimana dikutip Tia Oktaviani Sumarna Aulia dan Arya Hadi Dharmawan, 2011, "Kearifan Lokal Dalam

untuk bertahan hidup dalam suatu lingkungan, yang menyatu dalam tradisi dan mitos yang dianut dalam jangka waktu yang lama.⁶

Kearifan lokal itu dinamis dan akan selalu berkembang seiring dengan pengalaman suatu masyarakat dalam beradaptasi dan memahami kondisi di sekeliling kehidupannya. Sebagaimana dikemukakan oleh Naritomo⁷ bahwa:

"local wisdom is the knowledge that discovered or acquired by local people through the accumulation of experiences in trials and integrated with the understanding of surrounding nature and culture. Local wisdom is dynamic by function of created local wisdom and connected to the global situation"

(Kearifan lokal adalah pengetahuan yang didapat oleh masyarakat setempat melalui akumulasi pengalaman hidup dan terintegrasi dengan pemahaman atas alam dan budaya sekitarnya. Kearifan lokal itu dinamis dan sesuai dengan situasi global).

Pendapat Naritoom memperlihatkan bahwa suatu masyarakat itu selalu berkembang atau mengalami perubahan. Seperti dikemukakan Soekanto⁸ dan Lauer⁹ bahwa tidak ada satu masyarakat pun yang tidak mengalami perubahan sosial. Perubahan sosial itu normal dan berlanjut, menurut arah yang berbeda di

Pengelolaan Sumberdaya Air di Kampung Kuta", *Sodality: Jurnal Transdisiplin Sosiologi, Komunikasi, dan Ekologi Manusia*, Volume 4. Nomor 3. Tahun 2011, hal. 354-355.

⁶Sumarmi dan Amirudin, 2014, *Pengelolaan Lingkungan Berbasis Kearifan Lokal*, Malang: Aditya Median Publishing.

⁷Catcharee Naritoom, tanpa tahun, *Local Wisdom/Indigenous Knowledge System*, Nakhon Pathom, Thailand: Kasetsart University, <http://pimd.iwmi.org/Library/pdf/PPT%20%20%20Indigenous%20Knowledge%20Systems.ppt>, diakses 4 April 2016.

⁸Soerjono Soekanto, 1984, *Teori Sosiologi Tentang Perubahan Sosial*. Jakarta: Ghalia, Indonesia.

⁹R.H. Lauer. 1993. *Perspektif tentang Perubahan Sosial*. Jakarta: Rineka Cipta.

berbagai tingkat kehidupan sosial dengan berbagai tingkat kecepatan. Itulah mengapa kearifan lokal suatu masyarakat terus berkembang seiring dengan perkembangan zaman.

Menurut Lauer¹⁰ perubahan dapat timbul dari dalam maupun dari luar masyarakat. Faktor perubahan dari dalam disebut endogen, dan faktor perubahan dari luar disebut eksogen. Soekanto¹¹ mendeskripsikan faktor endogen perubahan antara lain karena: (1) bertambah atau berkurangnya penduduk; (2) penemuan-penemuan baru yang pengaruhnya tidak terbatas pada satu bidang tertentu saja, dan seringkali meluas ke bidang lainnya; (3) adanya pertentangan atau konflik dalam masyarakat; (4) terjadinya pemberontakan atau revolusi. Sedangkan faktor eksogen antara lain: (1) berasal dari lingkungan alam fisik di sekitar manusia; (2) terjadinya perang; (3) pengaruh kebudayaan masyarakat lain.

Selo Soemardjan melihat bahwa perubahan sosial akan memengaruhi sistem sosial masyarakat, termasuk perubahan pada sistem nilai, adat, sikap, dan pola perilaku kelompok di dalam masyarakat yang bersangkutan.¹² Perubahan dalam masyarakat, menurut Soekanto,¹³ dapat berupa norma-norma sosial, susunan kelembagaan masyarakat, lapisan dalam masyarakat, kekuasaan dan wewenang, interaksi sosial, dan lain-lain. Menurut Soekanto¹⁴ juga, jika unsur-unsur pembentuk kebudayaan berubah maka akan terjadi perubahan pada persepsi, sikap dan perilaku sosial.

¹⁰*Ibid.*

¹¹Soerjono Soekanto, 1993. *Beberapa Teori Sosiologi Tentang Struktur Masyarakat*, Jakarta: Raja Grafindo Persada.

¹²Sebagaimana dikutip B.T. Sugihen, 1996, *Sosiologi Pedesaan*, Jakarta: Rajawali Press.

¹³Op.Cit. Soekanto, 1993.

¹⁴Soerjono Soekanto, 1990. *Sosiologi Suatu Pengantar*, Jakarta: Rajawali Pers.

Pertanyaan yang kemudian muncul adalah bagaimana dengan kearifan lokal masyarakat dalam membuka lahan dengan bakar saat ini? Adakah terjadi pergeseran dalam budaya membuka lahan dengan bakar?

Kearifan Lokal dalam Membuka Lahan dengan Bakar dan Kebakaran Hutan dan Lahan

Praktik pembukaan lahan dengan bakar sebenarnya sudah dilakukan oleh masyarakat Indonesia jauh sebelum munculnya kebakaran hutan dan lahan yang dikemudian hari menjadi bencana. Masyarakat tradisional melalui kearifan lokalnya telah melakukan pembukaan lahan dengan bakar dan tidak menimbulkan dampak kebakaran. Praktik pembukaan lahan dengan bakar sudah merupakan bagian dari budaya mereka. Banyak hasil penelitian yang telah membuktikan hal tersebut. Seperti apa yang dilakukan oleh masyarakat desa di sekitar Hutan Mawas di Kalimantan Tengah.

Wilayah hutan Mawas berbatasan dengan 59 desa dan kampung yang dihuni sekitar 15.000 orang penduduk yang tersebar di lima kecamatan dan dua kabupaten. Mayoritas masyarakatnya adalah suku asli Dayak, sisanya adalah masyarakat suku Banjar, Jawa, Bugis, Batak, dan Manado. Berdasarkan hasil penelitian Acep,¹⁵ ada beberapa desa yang masih memiliki kebiasaan membuka lahan dengan bakar. Seperti pada masyarakat Desa Mantangai Hilir melakukan kebiasaan membakar secara terkendali 95,8%, dan

¹⁵Acep Akbar, "Studi Kearifan Lokal Penggunaan Api Persiapan Lahan: Studi Kasus di Hutan Mawas, Kalimantan Tengah", *Jurnal Penelitian Sosial dan Ekonomi Kehutanan*, Vol. 8 No. 3 September 2011, hal. 211-230.

89,6% untuk tujuan pertanian. Hanya 4,2% yang kadang-kadang melakukan pembakaran tidak terkendali. Masyarakat Desa Katunjung 100% melakukan kebiasaan membakar secara terkendali, dan 95,8% untuk tujuan bertani. Hanya 10,4% di antara mereka yang melakukan pembakaran tidak terkendali, dan 4,2% kadang-kadang mereka melakukan pembakaran tanpa tujuan yang jelas. Masyarakat Desa Lawang Kajang 100% melakukan pembakaran terkendali dan 100% untuk tujuan bertani. Masyarakat Desa Madara 70,8% melakukan pembakaran terkendali, 85,4% pembakaran untuk tujuan bertani, dan 29,2% melakukan pembakaran tidak terkendali. Terakhir, masyarakat Desa Batampang 70,8% melakukan pembakaran terkendali, dengan tujuan untuk pertanian 70,8%, dan 4,2% melakukan pembakaran tidak terkendali.

Pembakaran terkontrol atau terkendali dari lima desa tersebut tidak hanya terkait pada cara membakarnya saja, tetapi juga terkait dengan sumber daya manusianya, alat yang digunakan, dan waktu pembakaran dilakukan. Adapun cara membuka lahan dengan bakar di lima desa masyarakat Dayak tersebut sebagai berikut:

- a. Lahan dibersihkan terlebih dahulu.
- b. Membuat sekat bakar (tatas)
- c. Vegetasi semak dan pohon kecil di atas lahan ditebas dan direbahkan, kemudian diletakkan di tengah areal ladang yang akan dibakar dan didiamkan beberapa minggu. Penebasan dilakukan dengan parang dan kayu kecil.
- d. Setelah sekat dianggap aman, maka salah satu anggota kelompok mulai membakar dengan korek api, obor bambu,

atau obor yang dibuat dari ikatan rumput-rumput yang sudah dikeringkan terlebih dahulu.

e. Pembakaran dilakukan berlawanan dengan arah angin.

Kegiatan membuka lahan dengan bakar ini dilakukan pada musim kemarau (antara bulan Juli sampai Oktober) secara gotong royong. Hal lain dari kearifan lokal masyarakat Dayak adalah mereka tidak akan memanfaatkan lahan gambut (yang mereka sebut sebagai lahan "luwaw") dan lahan mineral masam (yang mereka sebut sebagai lahan "janah") untuk berladang. Mereka hanya akan menggunakan lahan mineral (yang mereka sebut sebagai lahan "jawuk") untuk kegiatan pertaniannya.¹⁶

Pembukaan lahan dengan bakar juga dilakukan oleh masyarakat Dayak Bakumpai, Kabupaten Barito Kuala, Provinsi Kalimantan Selatan. Masyarakat Dayak Bakumpai melakukan pertanian di lahan pasang surut yang merupakan daerah rawa-rawa dan lahan gambut. Dalam melakukan aktivitas pertaniannya, mereka mengenal pembagian musim yang akan menentukan kapan dan bagaimana mereka akan melakukan pembukaan lahan. Pembukaan lahan biasanya dilakukan pada saat musim kemarau. Aktivitas dalam membuka lahan dimulai dengan *mandirik* (memotong rumput, menebang pohon hingga lahan menjadi bersih). Lamanya *mandirik* tergantung luasan lahan yang akan digarap. Selanjutnya dilakukan *marangai* yakni mengangkat pohon-pohon yang ditebang ke pinggir lahan atau dikumpulkan di tengah lahan untuk dibakar. Dalam pembukaan lahan dilakukan dengan sistem *bantangan* atau *borongan*

¹⁶Ibid

(sistem blok-blok) sehingga pembakaran lahan tidak dilakukan dalam areal luas, melainkan dilakukan pada wilayah tertentu saja.¹⁷

Budaya membuka lahan dengan bakar atau budaya pembakaran terkendali juga dilakukan oleh masyarakat di Sumatera Selatan. Dalam budaya bertani masyarakat Sumatera Selatan dikenal sistem tetas, yaitu sistem pembukaan lahan baru dengan menggunakan api yang terkendali. Tujuannya adalah untuk menanam maupun meremajakan tanaman perkebunan dengan tanaman yang baru. Bagaimana sistem tetas ini dilakukan diatur dalam Undang-Undang Simbur Cahaya (UUSC). Adapun ketentuan-ketentuannya adalah:¹⁸

- Membuka ladang atau kebun sekurang-kurangnya 7 depa dari jalan besar. Jika melanggar ketentuan tersebut akan dikenakan denda sejumlah uang;
- Setiap orang yang akan membakar ladang harus memberitahu terlebih dahulu ke aparat desa. Jika pembakaran untuk berladang menyebabkan kebun orang lain di dekatnya ikut terbakar, maka dikenakan denda sebesar enam sampai duabelas ringgot, sekaligus wajib memberikan ganti rugi sesuai kesepakatan antara mereka.

Rata-rata pembukaan lahan dengan bakar dilakukan oleh masyarakat pada musim kemarau. Studi dari Mangandar (2001) di

¹⁷Wahyu dan Nasrullah, "Kearifan Lokal Petani Dayak Bakumpai dalam Pengelolaan Padi di Lahan Pasang Surut Kabupaten Barito Kuala", di <http://sosiologi.upi.edu/artikelpdf/dayakbakumpai.pdf>, diakses 23 April 2016.

¹⁸Farida dan Yunani, "Undang-Undang Simbur Cahaya Sebagai Sumber Hukum di Kesultanan Palembang", di http://eprints.unsri.ac.id/3975/1/Undang_Undang_Simbur_Cahaya.pdf, diakses 23 April 2016.

daerah Riau memperlihatkan alasan mengapa pembukaan lahan dengan bakar selalu dilakukan oleh masyarakat ketika musim kemarau tiba. *Pertama*, untuk mengantisipasi penanaman pada saat datangnya musim hujan. Datangnya musim hujan adalah setelah musim kemarau. *Kedua*, karena bahan bakar pada musim kemarau lebih mudah keringnya. *Ketiga*, karena pembersihan lahan dapat dilakukan secepatnya.¹⁹

Sistem membuka lahan dengan bakar menurut Kettering dkk²⁰ ada beberapa keuntungannya bagi peladang skala kecil, yaitu:

- a. Merupakan metode paling mudah, murah, dan layak dipraktikkan bagi *smallholders* untuk mengurangi biomassa dan membersihkan areal pertanaman tanaman;
- b. Sisa abu bermanfaat sebagai pupuk. Sebagian besar tanah hutan tidak subur dan sebagian nutrien yang terkandung dalam biomassa yang dibakar melepaskan nutrien dalam jumlah besar ke atmosfer atau melalui pencucian. Khusus untuk tahun pertama, 80% nutrien dilepaskan.
- c. Pembakaran memperbaiki struktur tanah dan mampu mempercepat perkembangan tanaman.
- d. Pembakaran memperkecil kompetisi antara tanaman berkayu dan semak belukar.

¹⁹Achmad Siddik Thoha, 2008, "Pembakaran Terkendali", Departemen Kehutanan Fakultas Pertanian Universitas Sumatera Utara, di <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/944/1/132259563.pdf>, diakses 23 April 2016.

²⁰Quirine M. Ketterings, Titus Tri Wibowo, Meine van Noordwijk, Eric Penot, 1999, "Farmer's perspectives on slash-and-burn as land clearing method for small-scale rubber producers in Sepungur, Jambi Province, Sumatera, Indonesia", *Forest Ecology and Management*, 120 (1999), 157-169.

- e. Pembakaran mengurangi kejadian penyakit dan hama pada tanaman.

Namun ketika sistem tebas bakar ini mulai dilakukan secara tidak terkendali, maka permasalahan yang akan muncul adalah terjadinya kebakaran hutan dan lahan seperti yang terjadi selama ini. Pergeseran nilai-nilai kearifan lokal dapat saja terjadi karena masyarakat itu selalu berkembang dan mengalami perubahan sehingga nilai-nilai kearifan lokal mulai luntur. Seperti dikemukakan oleh Soekanto dan Lauer bahwa tidak ada satu pun masyarakat yang tidak mengalami perubahan sosial.

Pergeseran kearifan lokal masyarakat dalam membuka lahan dengan bakar telah terjadi pada masyarakat Dayak sekitar Hutan Mawas Kalimantan Tengah. Seperti dikemukakan dalam penelitian Asep di depan bahwa masyarakat Dayak di sekitar Hutan Mawas tidak 100% melakukan pembakaran secara terkendali. Telah terjadi pergeseran nilai dalam masyarakat Dayak, seperti ada yang tidak lagi menggunakan sekat bakar dalam membakar, dan ada yang tidak disiplin adat.²¹ Bertambahnya jumlah penduduk dan kondisi lingkungan alam fisik sekitar Hutan Mawas berpengaruh terhadap terjadinya pergeseran nilai kearifan lokal masyarakat.

Adanya pergeseran nilai-nilai kearifan lokal dalam masyarakat tersebut tidak dapat dikatakan bahwa kearifan lokal masyarakat dalam membuka lahan dengan bakar menjadi penyebab kebakaran hutan dan lahan. Ketika bencana asap yang muncul akibat kebakaran hutan, seringkali kearifan lokal masyarakat dalam membuka lahan dengan bakar ini menjadi “kambing hitam”

²¹Op.Cit, Acep Akbar, 2011.

permasalahan. Kearifan lokal seringkali dibenturkan dengan ketidakarifan nasional dan global. Ketika metoda membuka lahan dengan bakar dilakukan oleh pihak lain tanpa membuat batas api atau sekat bakar, dilakukan dalam lahan yang luas, dan kemudian menimbulkan kebakaran, maka hal itu tidak dapat dikatakan bahwa kearifan lokal masyarakat hukum adat dalam membuka lahan dengan bakar adalah penyebab kebakaran hutan dan lahan.

Tidak semua pergeseran nilai kearifan lokal dalam membuka lahan dengan bakar menuju ke arah negatif. Ada juga pergeseran kearifan lokal dalam membuka lahan dengan bakar yang menuju ke arah positif, seperti yang terjadi pada masyarakat Sungai Tohor, Kabupaten Kepulauan Meranti, Provinsi Riau.

Sungai Tohor adalah satu wilayah di Kecamatan Tebing Tinggi, Kabupaten Kepulauan Meranti, Provinsi Riau. Daerah tersebut sebagian besar merupakan daerah gambut. Masyarakat sudah memanfaatkan daerah gambut tersebut untuk kegiatan pertanian mereka, yaitu untuk budidaya sagu. Dalam membuka lahan gambut untuk kegiatan budidaya sagu, pada mulanya mereka melakukan pembukaan lahan dengan cara bakar. Namun kebiasaan tersebut mereka ubah seiring dengan terjadinya kebakaran besar pada tahun 2013 di wilayah gambut mereka. Kebakaran besar di lahan gambut yang sulit mereka atasi telah memunculkan kesadaran bagi mereka untuk tidak lagi membuka lahan dengan cara bakar. Terjadinya perubahan tersebut karena beberapa faktor: (1) munculnya kesadaran dari dalam masyarakat bahwa pembukaan lahan dengan cara bakar beresiko akan menimbulkan kebakaran di lahan mereka yang sebagian besar merupakan lahan gambut; (2)

tanaman sagu yang mereka budidayakan tumbuh subur dengan kondisi gambut yang basah; (3) hasil budidaya gambut dengan kondisi gambut basah memberikan hasil yang bagus dan dapat meningkatkan pendapatan mereka.²² Jika mengacu pada Soekanto²³ terjadinya pergeseran kearifan lokal dalam masyarakat Sungai Tohor adalah karena faktor endogen (dari dalam diri masyarakat) dan faktor eksogen (dari luar masyarakat). Pergeseran kearifan lokal dimungkinkan karena kearifan lokal itu dinamis, terus berkembang seiring dengan pengalaman masyarakat dalam beradaptasi dengan alam sekitarnya.

Berdasarkan apa yang terjadi pada masyarakat di Sungai Tohor, kearifan lokal dalam masyarakat dapat menjadi modal sosial (*social capital*) untuk mengubah kebiasaan membuka lahan dengan bakar menjadi tanpa bakar. Karena kearifan lokal pada hakekatnya merupakan sistem pengetahuan dan pengelolaan lokal yang digunakan oleh masyarakat untuk bertahan hidup dalam suatu lingkungan. Kearifan lokal akan berubah seiring perubahan yang terjadi di sekitar masyarakat tersebut sebagai upaya adaptasi masyarakat terhadap perubahan kondisi sosial, ekonomi, dan lingkungan yang ada di sekitar mereka.

²²Adhy Prayitno (Plt. Pusat Bencana LPPM UNRI), *wawancara* penelitian individu tentang "Kesiapan Pemerintah Daerah, Swasta, dan Masyarakat dalam Pelaksanaan Kebijakan Restorasi Gambut", di LPPM UNRI, Pekanbaru, 16 Agustus 2016.

²³Op.Cit, Soekanto, 1993.

Perlukah Revisi UU PPLH?

UU PPLH adalah salah satu undang-undang yang mengatur tentang larangan membuka lahan dengan bakar dengan pengecualian dalam koridor kearifan lokal. Pengecualian ini dilakukan untuk melindungi masyarakat hukum adat yang pada kenyataannya masih banyak di bumi Indonesia ini yang melakukan kegiatan membuka lahan dengan bakar. Adanya pergeseran kearifan lokal dalam masyarakat dalam membuka lahan dengan bakar dan terus meningkatnya kasus kebakaran hutan dan lahan, memunculkan wacana dari Pemerintah dan DPR untuk mengubah aturan Pasal 69 UU PPLH. Wacana untuk mengubah aturan tersebut harus dicermati dengan baik agar tujuan dari pembentukan undang-undang – yakni untuk memajukan kesejahteraan umum – dapat diwujudkan.

Pasal 69 ayat (1) huruf h UU PPLH menyebutkan bahwa “setiap orang dilarang melakukan pembukaan lahan dengan cara membakar”. Kemudian ayat (2) nya menyebutkan bahwa “ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h memperhatikan dengan sungguh-sungguh kearifan lokal di daerah masing-masing”. Dengan penjelasan pasal ayat (2) sebagai berikut:

“Kearifan lokal yang dimaksud dalam ketentuan ini adalah melakukan pembakaran lahan dengan luas lahan maksimal 2 hektare per kepala keluarga untuk ditanami tanaman jenis varietas lokal dan dikelilingi oleh sekat bakar sebagai pencegah penjalaran api ke wilayah sekelilingnya”.

Ketentuan pasal 69 ayat (2) UU PPLH sangat jelas sekali bahwa selama pembukaan lahan dengan bakar dilakukan dengan sekat bakar di sekelilingnya dan dilakukan di luas lahan maksimal 2 hektare per kepala keluarga, serta tujuannya untuk ditanami

tanaman varietas lokal, maka pembukaan lahan dengan bakar yang dilakukan tidak menyalahi aturan.

Ada tiga hal yang harus diperhatikan dalam ketentuan pasal tersebut, yaitu: (1) pembakaran harus disertai dengan sekat bakar; (2) luas lahan yang dibakar maksimal 2 hektare per kepala keluarga; dan (3) tujuannya untuk ditanami varietas lokal. Ketiga hal tersebut menjadi prasarat utama dalam pembukaan lahan dengan bakar yang dibolehkan menurut UU PPLH. Dalam praktik di lapangan, masih banyak masyarakat yang melakukan pembukaan lahan dengan bakar tidak dalam koridor ketentuan Pasal 69 ayat (2) tersebut, tetapi kegiatan tersebut menurut banyak pihak dinyatakan sebagai bagian dari kearifan lokal. Seperti yang dilakukan oleh masyarakat di Sumatera Selatan dalam kegiatan bertani mereka.

Di Sumatera Selatan, terutama di daerah Air Sugihan dan Rambai di Kabupaten Ogan Komering Ilir, serta Talang Nangka di Kabupaten Muara Enim, dikenal sistem sonor dalam sistem pertanian mereka. Sistem sonor adalah sistem penanaman padi tradisional di areal rawa yang hanya dilakukan pada musim kemarau panjang. Api digunakan oleh masyarakat dalam persiapan lahannya. Tahapan pembukaan lahan dengan bakar diawali dengan kegiatan persiapan lahan yang biasanya dilakukan pada sekitar akhir September sampai akhir Oktober. Jika pembakaran pertama tidak membakar semua vegetasi, maka dilakukan penebasan dan kemudian dibakar kembali sampai lahan siap untuk ditanami. Sistem ini memberikan hasil panen padi yang tinggi dan menjadi sumber pendapatan penting bagi masyarakat di tahun-tahun kering.²⁴ Tingginya hasil produksi padi

²⁴Unna Chokkalingam dkk, "Pengelolaan Api, Perubahan Sumberdaya Alam dan Pengaruhnya Terhadap Kehidupan Masyarakat di Areal Rawa/Gambut-Sumatera

dengan sistem sonor juga dibuktikan dari hasil penelitian Ratmini dan Yohanes.²⁵ Namun sistem sonor dalam perkembangan kasus kebakaran hutan dan lahan di Sumatera Selatan juga menjadi salah satu penyebab tingginya kasus kebakaran hutan dan lahan di Sumatera Selatan.²⁶

Pertanyaan yang kemudian muncul adalah apakah praktik sistem sonor masuk dalam kategori pembukaan lahan dengan bakar dalam koridor kearifan lokal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ayat (2) UU PPLH atau bukan? Jika mengacu pada pengertian kearifan lokal sebagai pengetahuan lokal dan pengelolaan lokal atau tradisional yang digunakan oleh masyarakat untuk bertahan hidup dalam suatu lingkungan sebagaimana dikemukakan oleh Mitchel dkk (2000) serta Sumarmi dan Amirudin (2014) di depan, maka sistem sonor dapat dikategorikan sebagai kearifan lokal. Karena sistem sonor dikembangkan oleh masyarakat Sumatera Selatan sebagai salah satu bentuk adaptasi mereka dalam mempertahankan hidup terhadap kondisi alam di sekitarnya. Namun jika mengacu pada ketentuan Pasal 69 ayat (2) UU PPLH, sistem sonor tidak masuk

Bagian Selatan", dalam Suyanto, Unna Chokkalingam, dan Prianto Wibowo (ed), 2004, *Kebakaran di Lahan Rawa Gambut di Sumatera: Masalah dan Solusi*, Prosiding Semiloka Palembang, Sumatera Selatan, 10 – 11 Desember 2003, Jakarta: Center for International Forestry Research, hal. 35 – 46. Dapat dibaca juga dalam tulisan S. Suyanto dan Noviana Khususiyah, "Kemiskinan Masyarakat dan Ketergantungan Pada Sumberdaya Alam: Sebuah Akar Penyebab Kebakaran di Sumatera Selatan", *Makalah*, disampaikan pada "Lokakarya Pemberdayaan Masyarakat: Pendapat Masyarakat Meningkat, Sumberdaya Alam Lestari", di Hotel Swarnadipa, Palembang tanggal 10-11 Maret 2004.

²⁵NP. Sri Ratmini dan Yohanes, 2013, "Kajian Tanam Sistem Sonor terhadap Varietas Unggul Padi di Lahan Pasang Surut Sumatera Selatan (Studi Kasus di Daerah Pasang Surut Telang)", *Jurnal Lahan Suboptimal*, Vol. 2, No. 1: 70 – 80, April 2013, ISSN: 2252-6188, E-ISSN: 2302-3015 (online, www.jlsuboptimal.unri.ac.id).

²⁶Sebagaimana dinyatakan oleh Wakil Gubernur Provinsi Sumatera Selatan pada saat kunjungan kerja Badan Legislasi DPR RI dalam rangka pemantauan atas undang-undang terkait kebakaran hutan di Provinsi Sumatera Selatan tanggal 21-23 Juni 2016.

kategori pembukaan lahan dengan bakar dalam koridor kearifan lokal. Karena dalam sistem sonor, pembakaran dilakukan tanpa ada usaha untuk mengendalikan pembakaran dan tidak ada sekat bakar.

Jika pembukaan lahan dengan bakar dalam sistem sonor ini tidak masuk dalam koridor kearifan lokal sebagaimana dimaksud dalam pasal 69 ayat (2) UU PPLH, maka masyarakat yang melakukan kegiatan tersebut akan dikenakan sanksi pidana penjara paling singkat 3 (tiga) tahun dan paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling sedikit Rp. 3.000.000.000,00 (tiga miliar rupiah) dan paling banyak Rp. 10.000.000.000,00 (sepuluh miliar rupiah) (Pasal 108 UU PPLH). Sangat dilematis jika masyarakat di Sumatera Selatan yang menerapkan sistem sonor ini dikenakan sanksi sebagaimana pasal 108 UU PPLH. Karena penerapan sistem sonor sudah mereka lakukan secara turun temurun dan merupakan bagian dari kearifan lokal mereka dalam sistem pertaniannya. Di sisi lain, penegakan hukum perlu dilakukan dalam upaya untuk mengurangi terjadinya kembali bencana asap akibat kebakaran hutan dan lahan. Untuk itu, apa yang perlu dilakukan untuk melindungi masyarakat yang masih menerapkan sistem bakar dalam membuka lahan dengan tetap menjaga kearifan lokal yang ada dalam masyarakat?

Perlindungan terhadap Kearifan Lokal Masyarakat

Wacana untuk melakukan revisi Pasal 69 ayat (2) UU PPLH memang sudah seharusnya dilakukan sebagai upaya untuk mencegah kembali terjadi bencana asap akibat kebakaran hutan dan lahan. Namun rencana revisi UU PPLH harus disertai dengan beberapa upaya agar masyarakat, terutama masyarakat tradisional, yang

selama ini masih menerapkan pembukaan lahan dengan bakar terlindungi. Adapun upaya yang dapat dilakukan antara lain:

Pertama, Pemerintah melakukan harmonisasi terhadap berbagai peraturan perundang-undangan terkait larangan membuka lahan dengan bakar, baik peraturan dalam bentuk Undang-Undang ataupun Peraturan Daerah. Upaya pencabutan aturan tentang pembukaan lahan dengan bakar oleh Pemerintah Daerah Provinsi Kalimantan Tengah dengan menerbitkan Peraturan Gubernur Kalimantan Tengah Nomo 49 Tahun 2015 tentang Pencabutan atas Peraturan Gubernur Kalimantan Tengah Nomor 52 Tahun 2008 tentang Pedoman Pembukaan Lahan dan Pekarangan bagi Masyarakat di Kalimantan Tengah dan Peraturan Gubernur Kalimantan Tengah Nomor 15 Tahun 2010 tentang Perubahan atas Peraturan Gubernur Kalimantan Tengah Nomor 52 Tahun 2008 tentang Pedoman Pembukaan Lahan dan Pekarangan bagi Masyarakat di Kalimantan Tengah baru-baru ini perlu diapresiasi.

Kedua, sosialisasi tentang bahaya, dampak, dan kerugian yang ditimbulkan akibat pembukaan lahan dengan bakar. Sosialisasi ini dilakukan untuk menumbuhkan kesadaran pada masyarakat sehingga mereka tidak lagi melakukan pembukaan lahan dengan bakar. Kearifan lokal dalam masyarakat dapat digunakan untuk menumbuhkan kesadaran untuk tidak lagi melakukan pembukaan lahan dengan bakar seperti yang dilakukan oleh masyarakat Sungai Tohor, Kabupaten Kepulauan Meranti, Provinsi Riau.

Ketiga, sosialisasi sistem pembukaan lahan tanpa bakar (PLTB) kepada masyarakat. Jauh sebelum UU PPLH diterbitkan, Pemerintah sebenarnya sudah mengeluarkan Surat Keputusan

Menteri Kehutanan No. 206/Kpts-II/95 tentang Pedoman Teknis Penyelenggaraan Pembuatan Hutan Tanaman Industri dan Surat Keputusan Direktur Jenderal Perkebunan No. 38/KB.110/SK/DJ,BUN/595 tentang Petunjuk Teknik Pembukaan Lahan Tanpa Pembakaran. Namun sosialisasi PLTB ini masih kurang. Untuk itu, sosialisasi tentang PLTB ini harus dilakukan sampai ke lapisan masyarakat terbawah dengan menggunakan tenaga-tenaga penyuluhan yang ada di setiap desa.

Keempat, memfasilitasi masyarakat untuk melakukan PLTB, seperti pelatihan PLTB, penyediaan alat berat yang dapat digunakan untuk kegiatan PLTB, dlsb. Hal ini perlu dilakukan karena salah satu pertimbangan masyarakat tradisional menggunakan api dalam membuka lahannya adalah aspek ekonomi, selain aspek kepraktisan. Dengan diberikan fasilitasi ini akan membantu masyarakat dalam aktivitas membuka lahan.

Kelima, sosialisasi tentang peraturan perundang-undangan terkait larangan membuka lahan dengan bakar kepada masyarakat. Sosialisasi peraturan ini penting agar masyarakat tidak terjerat kasus hukum yang mereka tidak pahami.

Berbagai upaya tersebut diharapkan dilakukan sebelum revisi UU PPLH dilakukan dengan pertimbangan: (1) mengubah pola perilaku masyarakat yang sudah dilakukan secara turun temurun dan sudah mengakar dalam kearifan lokal mereka dibutuhkan waktu; (2) kearifan lokal masyarakat dapat berubah dan salah satunya dapat dipengaruhi oleh faktor eksternal. Perubahan kebijakan pemerintah adalah salah satu faktor eksternal yang dapat mendorong terjadinya perubahan kearifan lokal dalam masyarakat.

Penutup

Mengacu hasil pertemuan Panitia Kerja Pra-Konferensi Kesejahteraan Sosial Internasional yang ke-15, kesejahteraan sosial itu adalah keseluruhan usaha sosial yang terorganisasi dan mempunyai tujuan utama untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat. Upaya untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat dalam kerangka kesejahteraan sosial, termasuk di dalamnya adalah dalam bentuk peraturan perundang-undangan.

Wacana DPR dan Pemerintah untuk melakukan revisi UU PPLH, terutama terkait Pasal 69 perlu dicermati secara bersama. Karena dalam praktik di lapangan, masih banyak masyarakat Indonesia yang melakukan pembukaan lahan dengan bakar, baik yang dilakukan secara terkendali atau pun tidak, baik yang dilakukan dalam koridor kearifan lokal ataupun tidak. Revisi UU PPLH memang diperlukan sebagai salah satu upaya untuk mencegah kembali terjadinya bencana asap akibat kebakaran hutan dan lahan. Namun revisi UU PPLH ini harus disertai berbagai upaya untuk melindungi masyarakat, terutama masyarakat tradisional yang selama ini masih menerapkan pembukaan lahan dengan bakar. Upaya tersebut antara lain dapat dilakukan melalui kegiatan: (1) harmonisasi berbagai peraturan perundang-undangan terkait larangan membuka lahan dengan bakar; (2) sosialisasi bahaya, dampak, dan kerugian akibat pembukaan lahan dengan bakar; (3) sosialisasi sistem PLTB; (4) fasilitasi untuk melakukan PLTB; dan (5) sosialisasi peraturan perundang-undangan tentang larangan membuka lahan dengan bakar. Berbagai upaya ini diharapkan dilakukan sebelum revisi UU PPLH.

Menteri Kehutanan No. 206/Kpts-II/95 tentang Pedoman Teknis Penyelenggaraan Pembuatan Hutan Tanaman Industri dan Surat Keputusan Direktur Jenderal Perkebunan No. 38/KB.110/SK/DJ,BUN/595 tentang Petunjuk Teknik Pembukaan Lahan Tanpa Pembakaran. Namun sosialisasi PLTB ini masih kurang. Untuk itu, sosialisasi tentang PLTB ini harus dilakukan sampai ke lapisan masyarakat terbawah dengan menggunakan tenaga-tenaga penyuluhan yang ada di setiap desa.

Keempat, memfasilitasi masyarakat untuk melakukan PLTB, seperti pelatihan PLTB, penyediaan alat berat yang dapat digunakan untuk kegiatan PLTB, dlsb. Hal ini perlu dilakukan karena salah satu pertimbangan masyarakat tradisional menggunakan api dalam membuka lahannya adalah aspek ekonomi, selain aspek kepraktisan. Dengan diberikan fasilitasi ini akan membantu masyarakat dalam aktivitas membuka lahan.

Kelima, sosialisasi tentang peraturan perundang-undangan terkait larangan membuka lahan dengan bakar kepada masyarakat. Sosialisasi peraturan ini penting agar masyarakat tidak terjerat kasus hukum yang mereka tidak pahami.

Berbagai upaya tersebut diharapkan dilakukan sebelum revisi UU PPLH dilakukan dengan pertimbangan: (1) mengubah pola perilaku masyarakat yang sudah dilakukan secara turun temurun dan sudah mengakar dalam kearifan lokal mereka dibutuhkan waktu; (2) kearifan lokal masyarakat dapat berubah dan salah satunya dapat dipengaruhi oleh faktor eksternal. Perubahan kebijakan pemerintah adalah salah satu faktor eksternal yang dapat mendorong terjadinya perubahan kearifan lokal dalam masyarakat.

Penutup

Mengacu hasil pertemuan Panitia Kerja Pra-Konferensi Kesejahteraan Sosial Internasional yang ke-15, kesejahteraan sosial itu adalah keseluruhan usaha sosial yang terorganisasi dan mempunyai tujuan utama untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat. Upaya untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat dalam kerangka kesejahteraan sosial, termasuk di dalamnya adalah dalam bentuk peraturan perundang-undangan.

Wacana DPR dan Pemerintah untuk melakukan revisi UU PPLH, terutama terkait Pasal 69 perlu dicermati secara bersama. Karena dalam praktik di lapangan, masih banyak masyarakat Indonesia yang melakukan pembukaan lahan dengan bakar, baik yang dilakukan secara terkendali atau pun tidak, baik yang dilakukan dalam koridor kearifan lokal ataupun tidak. Revisi UU PPLH memang diperlukan sebagai salah satu upaya untuk mencegah kembali terjadinya bencana asap akibat kebakaran hutan dan lahan. Namun revisi UU PPLH ini harus disertai berbagai upaya untuk melindungi masyarakat, terutama masyarakat tradisional yang selama ini masih menerapkan pembukaan lahan dengan bakar. Upaya tersebut antara lain dapat dilakukan melalui kegiatan: (1) harmonisasi berbagai peraturan perundang-undangan terkait larangan membuka lahan dengan bakar; (2) sosialisasi bahaya, dampak, dan kerugian akibat pembukaan lahan dengan bakar; (3) sosialisasi sistem PLTB; (4) fasilitasi untuk melakukan PLTB; dan (5) sosialisasi peraturan perundang-undangan tentang larangan membuka lahan dengan bakar. Berbagai upaya ini diharapkan dilakukan sebelum revisi UU PPLH.

Revisi UU PPLH memang diperlukan, tetapi harus mengingat pada satu tujuan dari dibentuknya undang-undang yaitu untuk kesejahteraan umum seluruh rakyat Indonesia. Diharapkan revisi UU PPLH tidak hanya melindungi masyarakat dari bencana kebakaran hutan dan lahan tetapi juga tetap melindungi masyarakat tradisional dengan berbagai kearifan lokalnya.

DAFTAR PUSTAKA

Buku dan Jurnal

- Akbar, Acep., "Studi Kearifan Lokal Penggunaan Api Persiapan Lahan: Studi Kasus di Hutan Mawas, Kalimantan Tengah", *Jurnal Penelitian Sosial dan Ekonomi Kehutanan*, Vol. 8 No. 3 September 2011, hal. 211-230.
- Aulia, Tia Oktaviani Sumarna., Arya Hadi Dharmawan, 2011, "Kearifan Lokal Dalam Pengelolaan Sumberdaya Air di Kampung Kuta", *Sodality: Jurnal Transdisiplin Sosiologi, Komunikasi, dan Ekologi Manusia*, Volume 4. Nomor 3. Tahun 2011, hal. 354-355.
- Ketterings, Quirine M., Titus Tri Wibowo, Meine van Noordwijk, Eric Penot, 1999, "Farmer's perspectives on slash-and-burn as land clearing method for small-scale rubber producers in Sepungur, Jambi Province, Sumatera, Indonesia", *Forest Ecology and Management*, 120 (1999), 157-169.
- Lauer. R.H., 1993. *Perspektif tentang Perubahan Sosial*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Nygren, Anja., "Local Knowledge in the Environment-Development Discourse, from dichotomies to situated knowledges", *Critique of Anthropology*, Vol. 267-288 {0308-275X (199909) 19:3; 267-288; 009447} Copyright 1999@ SAGE Publications (London, Thousand Oaks, CA and New Delhi).
- Ratmini, NP. Sri., dan Yohanes, 2013, "Kajian Tanam Sistem Sonor terhadap Varietas Unggul Padi di Lahan Pasang Surut Sumatera Selatan (Studi Kasus di Daerah Pasang Surut Telang)", *Jurnal Lahan Suboptimal*, Vol. 2, No. 1: 70 – 80, April 2013, ISSN: 2252-6188, E-ISSN: 2302-3015 (online, www.jlsuboptimal.unri.ac.id).
- Riskiyono. Joko., "Partisipasi Masyarakat dalam Pembentukan Perundang-undangan Untuk Mewujudkan Kesejahteraan". *Aspirasi*, Vol. 6. No. 2, Desember 2015. hal. 159 – 176.

- Soekanto, Soerjono., 1984, *Teori Sosiologi Tentang Perubahan Sosial*. Jakarta: Ghalia, Indonesia.
- Soekanto, Soerjono., 1990. *Sosiologi Suatu Pengantar*, Jakarta: Rajawali Pers.
- Soekoanto, Soerjono., 1993. *Beberapa Teori Sosiologi Tentang Struktur Masyarakat*, Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Sugihen, B.T. ,1996, *Sosiologi Pedesaan*, Jakarta: Rajawali Press.
- Sumarmi dan Amirudin, 2014, *Pengelolaan Lingkungan Berbasis Kearifan Lokal*, Malang: Aditya Median Publishing
- Wales, H.G. Quaritch., 1951, *The Making of Greater India: A Study in Southeast Asian Culture Change*, London: Bernard Quaritch.

Makalah dan Prosiding

Suyanto, Unna Chokkalingam, dan Prianto Wibowo (ed), 2004, *Kebakaran di Lahan Rawa Gambut di Sumatera: Masalah dan Solusi*, Prosiding Semiloka Palembang, Sumatera Selatan, 10 – 11 Desember 2003, Jakarta: Center for International Forestry Research, hal. 35 – 46

Suyanto. S.. dan Noviana Khususiyah, "Kemiskinan Masyarakat dan Ketergantungan Pada Sumberdaya Alam: Sebuah Akar Penyebab Kebakaran di Sumatera Selatan", *Makalah*, disampaikan pada "Lokakarya Pemberdayaan Masyarakat: Pendapatan Masyarakat Meningkat, Sumberdaya Alam Lestari", di Hotel Swarnadipa, Palembang tanggal 10-11 Maret 2004.

Dokumen

Laporan Singkat Komisi IV tentang Rapat Kerja Komisi IV dengan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan tanggal 29 Oktober 2015.

Website

- Farida dan Yunani, "Undang-Undang Simbur Cahaya Sebagai Sumber Hukum di Kesultanan Palembang", di http://eprints.unsri.ac.id/3975/1/Undang_Undang_Simbur_Cahaya.pdf, diakses 23 April 2016.
- Naritoom, Catcharee., tanpa tahun, *Local Wisdom/Indigenous Knowledge System*, Nakhon Pathom, Thailand: Kasetsart University, <http://pimd.iwmi.org/Library/pdf/PPT%20%206%20Indigenous%20Knowledge%20Systems.ppt>, diakses 4 April 2016.
- Perkasa, Anugerah., "Pembakaran Hutan: DPR dan Pemerintah Sepakat Revisi Undang-Undang", Jum'at, 30 Oktober 2015, di <http://kabar24.bisnis.com/read/20151030/16/487263/pembakaran-hutan-dpr-dan-pemerintah-sepakat-revisi-undang-undang>, diakses 1 Juni 2016;
- Thoha, Achmad Siddik., 2008, "Pembakaran Terkendali", Departemen Kehutanan Fakultas Pertanian Universitas Sumatera Utara, di <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/944/1/132259563.pdf>, diakses 23 April 2016.
- Wahyu dan Nasrullah, "Kearifan Lokal Petani Dayak Bakumpai dalam Pengelolaan Padi di Lahan Pasang Surut Kabupaten Barito Kuala", di <http://sosiologi.upi.edu/artikelpdf/dayakbakumpai.pdf>, diakses 23 April 2016.

IMPLEMENTASI PERATURAN TENTANG KAWASAN DILARANG MEROKOK (KDM) DI KANTOR PEMERINTAHAN DI DKI JAKARTA: STUDI KASUS KEPATUHAN PEROKOK DI LEMBAGA X

Sulis Winurini

Pendahuluan

Rokok telah lama diketahui membahayakan kesehatan. Di dalamnya terdapat lebih dari 4000 zat kimia, antara lain nikotin yang bersifat adiktif dan tar yang bersifat karsinogenik. Berdasarkan data dari Riskesdas di tahun 2007, rokok ditengarai menjadi salah satu penyebab kematian di Indonesia dalam satu dekade terakhir. Pada tahun 2010, diperkirakan 348.058 orang di Indonesia menderita penyakit terkait konsumsi tembakau. Total kematiannya akibat konsumsi rokok mencapai 190.260 orang atau 12.7% dari total kematian pada tahun 2010. Sebanyak 50% dari orang yang terkena penyakit terkait rokok mengalami kematian dini. Penyebab kematian terbanyak adalah penyakit stroke, jantung koroner, kanker trachea, bronchus, dan paru.¹

Dampak rokok terhadap kesehatan tidak hanya membahayakan perokok, tetapi juga orang lain yang terpapar asap rokok, yang umumnya disebut sebagai perokok pasif. Data dari Riskesdas di tahun 2007 menyebutkan bahwa sebanyak 169 juta penduduk Indonesia terpapar sebagai perokok pasif dan 40.5% populasi semua umur terpapar asap rokok di dalam rumah, dan

¹Tobacco Control Support Center-Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia, 2013, *Atlas Tembakau Indonesia* Edisi 2013, <http://tcsc-indonesia.org/wp-content/uploads/2014/02/Atlas.pdf>, diakses 15 Agustus 2016.

setengah dari jumlah tersebut adalah anak-anak. Data lain dari *Global Adult Tobacco Survey* (GATS) di tahun 2009 memperlihatkan bahwa seperempat dari siswa terpapar rokok di tempat umum.² Perokok pasif berisiko terkena kanker 30% lebih besar dibandingkan dengan yang tidak terpapar asap rokok. Selain kanker, perokok pasif juga berisiko terkena penyakit lainnya seperti perokok, antara lain penyakit jantung, gangguan pernapasan, dan kanker paru-paru yang disebabkan asap rokok.³ WHO, dengan data dari 192 negara, menyebutkan tingkat kematian perokok pasif sekitar 600.000 jiwa per tahun, termasuk anak-anak atau sekitar 1% dari angka kematian di dunia.⁴ Sebanyak 379.000 perokok pasif meninggal karena penyakit jantung, 165.000 karena infeksi saluran pernafasan, 36.900 karena asma, dan 21.400 karena kanker paru-paru.⁵

Dalam rangka melindungi kesehatan masyarakat dan lingkungan akibat rokok dan paparan asapnya, pemerintah Indonesia telah mengeluarkan beberapa peraturan perundang-undangan, yaitu Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan diganti Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat

²Tobacco Control Support Center, Policy Paper: Kawasan Tanpa Rokok dan Implementasinya, http://tcsc-indonesia.org/wp-content/uploads/2012/08/KTR_rev100712.pdf, diakses pada tanggal 15 Agustus 2016

³Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan.

⁴Asap Rokok Tewaskan 600 Ribu Orang Per Tahun, http://www.hbc.com/indonesia/majalah/2010/11/101126_perokokpasif.shtml, diakses 15 Agustus 2016

⁵Kematian Perokok Pasif Meningkat, <http://female.kompas.com/read/2010/11/29/18221524/kematian.perokok.pasif.meningkat>, diakses pada tanggal 15 Agustus 2016

Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan, Peraturan Bersama Menteri Kesehatan RI Nomor 188/MENKES/PB/I/2011 dan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok. Kawasan Tanpa Rokok (KTR) ditetapkan sebagai salah satu upaya pengamanan rokok bagi kesehatan masyarakat dan juga lingkungan. Peraturan perundangan yang ada mengamanatkan, penerapan KTR wajib dilakukan oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.

Berdasarkan data dari *Tobacco Control Support Center Indonesia* (TCSC) per tahun 2012, ada 23 wilayah di Indonesia yang sudah membuat peraturan tentang KTR, yaitu:⁶

Tabel 1. Nama Wilayah di Indonesia yang Memiliki Peraturan tentang KTR

No	Wilayah	Peraturan	Perubahan Peraturan
1	Bali	Peraturan Daerah No. 10 Tahun 2011	-
2	Denpasar		
3	DKI Jakarta	Peraturan Daerah No. 2 Tahun 2005	-
		Peraturan Gubernur No. 75 Tahun 2005	Peraturan Gubernur No. 88 Tahun 2010
			Peraturan Gubernur No. 50 Tahun 2012
4	Surabaya	Peraturan Daerah No.5 Tahun 2008	-

⁶Yosephine, *Analisis Perubahan Peraturan Gubernur Tentang Kawasan Dilarang Merokok di Provinsi DKI Jakarta* (Depok: Program Studi Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia, 2013).

5	Palembang	Peraturan Daerah No.7 Tahun 2009	-
6	Padang Panjang	Peraturan Daerah No.8 Tahun 2009	-
7	DIY Yogyakarta	Peraturan Gubernur No.42 Tahun 2009	-
8	Pontianak	Peraturan Daerah No.10 Tahun 2010	-
9	Kabupaten Sragen	Peraturan Daerah No.1 Tahun 2011	-
10	Tangerang	Peraturan Daerah No.5 Tahun 2012	-
11	Bogor	Peraturan Daerah No.12 Tahun 2009	
12	Bandung	Peraturan Daerah No.3 Tahun 2005	-
13	Semarang	Peraturan Walikota	-
14	Pekalongan	No.12 Tahun 2009	
15	Makassar	Peraturan Walikota No.13 Tahun 2011	-
16	Enrekang	Berupa forum diskusi dan penyuluhan tentang bahaya merokok bagi kesehatan	-
17	Lombok Timur	Peraturan Pemerintah No. 19 Tahun 2003	-
18	Padang	Peraturan Daerah No.15	-
19	Payakumbuh	Tahun 2011	-
20	Bukit Tinggi	Peraturan Daerah No. 1 Tahun 2012	-
21	Cirebon	Surat Keputusan Walikota No. 27A tahun 2006	-
22	Karanganyar	Berupa SK Bupati Karanganyar	-
23	Lampung	Peraturan Pemerintah No. 109 Tahun 2012	-

Sumber: Tobacco Control Support Centre Indonesia (2012) dikutip dari Yosephine (2013).

Berdasarkan Tabel 1, tampak bahwa DKI Jakarta merupakan provinsi pertama yang memiliki peraturan terkait rokok. Pemda DKI Jakarta belum memiliki Perda yang secara khusus mengatur penerapan KTR hingga sekarang karena Perda No. 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara dianggap sudah cukup mengakomodasi. Peraturan perundang-undangan yang mengatur KTR secara khusus berupa Pergub, yaitu Pergub DKI Jakarta Nomor 75 Tahun 2005 tentang Kawasan Dilarang Merokok kemudian diubah ke dalam Pergub Provinsi DKI Jakarta No. 88 Tahun 2010 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur No. 75 Tahun 2005 tentang Kawasan Dilarang Merokok, Pergub DKI Jakarta Nomor 50 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Pembinaan, Pengawasan dan Penegakkan Hukum Kawasan Dilarang Merokok. Berdasarkan peraturan perundang-undangan ini, istilah KTR tidak digunakan, melainkan Kawasan Dilarang Merokok (KDM). KDM didefinisikan sebagai sebagai ruangan atau area dilarangnya kegiatan merokok, yaitu tempat umum, tempat kerja, tempat proses belajar-mengajar, tempat pelayanan kesehatan, arena kegiatan anak-anak, tempat ibadah, dan angkutan umum.

Tempat kerja adalah salah satu area di mana perilaku merokok banyak ditemui di kalangan pekerja. Para pekerja menghabiskan sebagian waktunya di tempat kerja dan perilaku merokok diketahui memiliki hubungan dengan beberapa aspek yang dekat dengan kehidupan sehari-hari pekerja. Parrott, melalui penelitiannya, menemukan bahwa faktor stres, kecemasan, dan mudah tersinggung berhubungan dengan perilaku merokok yang berulang pada pekerja. Parrot juga menemukan bahwa gejala yang dialami perokok ketika tidak mengkonsumsi nikotin selama

beberapa saat lebih buruk ketika berada dalam keadaan stres yang tinggi sehingga konsumsi rokoknya pun tinggi. Weiss, Fielding dan Baum menemukan bahwa stres mendorong orang untuk merokok lebih banyak. Hal ini mungkin kerap dialami para pekerja yang merasa stres akibat tuntutan pekerjaan sehingga jumlah rokok yang dikonsumsi makin banyak.⁷ Penerapan KDM di tempat kerja menjadi intervensi bagi pemerintah untuk mengubah perilaku masyarakat supaya hidup sehat, mewujudkan kualitas udara yang sehat dan bersih, bebas dari asap rokok sehingga angka kesakitan dan/ atau angka kematian bisa turun. Bagi para pekerja, penerapan KDM menjadi cara untuk memaksimalkan produktivitas kerja karena meningkatnya kualitas kesehatan.⁸

Di negara lain, penelitian mengenai dampak kebijakan KDM di tempat kerja terhadap perilaku merokok sudah banyak dilakukan. Di Amerika Serikat, hasil penelitian menunjukkan bahwa peraturan perundang-undangan mengenai KDM berdampak pada penurunan paparan asap rokok pada perokok pasif. Di Irlandia, para perokok melaporkan bahwa merokok menjadi sesuatu yang tidak umum di tempat kerja setelah peraturan mengenai KDM diberlakukan. Proporsi perokok menurun dari 62% sebelum peraturan diberlakukan menjadi 14% setelah peraturan diberlakukan. Sementara di Inggris, proporsi perokok menurun dari 37% sebelum peraturan diberlakukan menjadi 34% setelah peraturan diberlakukan. Di Norwegia, terjadi penurunan perokok pasif di

⁷Yunita Fransisca, *Hubungan antara Sikap terhadap Perilaku Merokok, Norma Subyektif, dan Perceived Behavioral Control dengan Intensi Merokok di Tempat Kerja: Studi Penerapan Perda No.2 dan Pergub No. 75 Tahun 2005 pada PNS DKI Jakarta* (Depok: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, 2010).

⁸Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta No. 75 Tahun 2005 tentang Kawasan Dilarang Merokok.

tempat kerja, yaitu dari 9% pada tahun 1996 menjadi 2% pada tahun 2006. Peraturan mengenai KDM yang ditetapkan pada tahun 2004 diduga menjadi faktor yang meningkatkan pembatasan merokok di tempat kerja dan penyediaan layanan berhenti merokok saat bekerja.⁹ Hasil penelitian Jimenez-Riz et al menunjukkan bahwa prevalensi paparan asap rokok terhadap perokok pasif di tempat kerja menurun sebesar 58% semenjak Spanyol memberlakukan larangan secara total merokok di tempat kerja.¹⁰

Berhasil atau tidaknya implementasi kebijakan KDM tergambar dari kepatuhan penggunanya. Kepatuhan merupakan salah satu bentuk perilaku. Berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB) yang dikemukakan Ajzen, intensi menjadi faktor yang mengawali perilaku. Intensi dalam memunculkan perilaku dapat diprediksi dari tiga faktor, yaitu sikap terhadap perilaku, norma subyektif, dan *perceived behavioural control*.¹¹ Ajzen mendefinisikan sikap terhadap perilaku sebagai penilaian individu mengenai baik atau buruknya perilaku sasaran, suka atau tidak sukanya ia terhadap perilaku sasaran tersebut. Norma subyektif didefinisikan sebagai persepsi individu terhadap tekanan sosial untuk menampilkan atau tidak menampilkan perilaku. Sedangkan *perceived behavioural control* adalah persepsi individu akan kemampuan dirinya mengontrol perilaku yang dimunculkan. Ketiga faktor ini memiliki

⁹International Agency for Research on Cancer WHO, *Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol 13: Evaluating the Effectiveness of Smoke Free Policies* (France: Lyon, 2009).

¹⁰Jime'nez-Ruiz CA, Miranda JA, Hurt RD, Pinedo AR, Reina SS, Valero FC, "Study of the Impact of Laws Regulating Tobacco Consumption on the Prevalence of Passive Smoking in Spain," *European Journal of Public Health*, Vol. 18, No. 6, 2008, hal. 622-625.

¹¹Izak Ajzen, *Attitude, Personality, and Behavior* (London: Open University Press, 2005).

korelasi positif dengan perilaku sasaran, yaitu melalui intensi. Semakin kuat intensi, semakin kuat kemungkinan seseorang menampilkan perilaku sasaran.¹²

Kantor pemerintahan merupakan tempat kerja yang seyogyanya menjadi percontohan KDM. Pegawai di kantor pemerintahan merupakan figur yang diharapkan menjadi *role model* bagi publik karena perilaku mereka merepresentasikan kesungguhan negara mengimplementasikan peraturan. Salah satu penelitian mengenai kepatuhan terhadap peraturan terkait KDM di DKI Jakarta pernah dilakukan oleh BPLHD DKI Jakarta pada tahun 2009, yaitu sebelum Pergub No.88 Tahun 2010 dan Pergub No. 50 Tahun 2012 ditetapkan. Hasilnya menunjukkan bahwa pelaksanaan kebijakan larangan merokok di tempat kerja di DKI Jakarta masih dalam kategori belum memuaskan. Sebanyak 36 % kawasan perkantoran masih masuk dalam kategori buruk terkait dengan penerapan KDM. Hasil lainnya menunjukkan bahwa penerapan KDM di kantor swasta lebih baik dibandingkan kantor pemerintahan. Hasil survey YLKI pada tahun yang sama menunjukkan bahwa pelaku pelanggaran KDM terbesar merokok di gedung-gedung pemerintahan adalah PNS. Dari total pelaku pelanggaran, ditemukan bahwa sebesar 36 % PNS, 32.1 % petugas keamanan, dan 31 % pengunjung yang ada di kantor pemerintahan melanggar KDM.¹³

Penelitian lain dilakukan oleh Fransisca pada tahun 2005. Ia meneliti hubungan antara sikap terhadap perilaku merokok, norma subyektif, dan *perceived behavioral control* dengan intensi merokok

¹²Izak Ajzen, "The Theory of Planned Behavior," *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 1991, hal. 179-211.

¹³Yunita Fransisca, *op.cit.*

di tempat kerja terkait penerapan peraturan tersebut di DKI Jakarta. Dengan partisipan sejumlah 127 orang PNS DKI Jakarta, ia menemukan ada hubungan positif dan signifikan antara sikap terhadap perilaku merokok dengan intensi merokok di tempat kerja, norma subyektif dengan intensi merokok di tempat kerja, *perceived behavioral control* dengan intensi merokok di tempat kerja.¹⁴ Hasil penelitian Fransisca menjadi dasar bagi peneliti untuk menggunakan TPB dalam rangka menjelaskan kepatuhan perokok terhadap peraturan larangan merokok di kantor pemerintahan. Kondisi dimana Fransisca melakukan penelitian diasumsikan memiliki perbedaan dengan sekarang. Penelitian Fransisca dilakukan pada tahun 2005, yaitu sebelum Pergub No. 88 Tahun 2010 dan Pergub No. 50 Tahun 2012 diberlakukan. Penyempurnaan peraturan yang telah dilakukan Pemda DKI hingga saat ini diasumsikan memiliki pengaruh terhadap kepatuhan perokok.

Lembaga X adalah salah satu kantor pemerintahan yang dianggap paling tidak sehat di antara kantor pemerintahan lainnya, baik pemerintah provinsi maupun pusat. Berdasarkan hasil observasi peneliti, pelanggaran terjadi hampir di semua tempat. Orang merokok mudah ditemukan di lobi, selasar dan sudut-sudut lainnya. Bau rokok di dalam gedung terasa tajam meskipun tidak terlihat orang merokok di sekitar, yang kemungkinan terjadi karena asap rokok terhisap dan terbawa melalui *exhause fan*. Kondisi ini menjadi ironis karena pelanggaran dilakukan oleh banyak kalangan, tidak hanya pekerja dan/ atau pejabat yang ada di dalamnya, tetapi juga pengunjung, seperti wartawan, pejabat daerah, dan lain sebagainya.

¹⁴Yunita Fransisca, *ibid.*

Dengan peran dan kedudukannya, mereka seyogyanya bisa menunjukkan kepatuhan terhadap peraturan, di samping mengedepankan kesehatan masyarakat dan lingkungan, tetapi hal tersebut tidak tampak. Bagaimana implementasi peraturan mengenai KDM di kantor pemerintahan dengan melihat kepatuhan perokok berdasarkan TPB menjadi pertanyaan dalam penelitian ini. Lembaga X menjadi contoh kasus yang akan dikaji dalam penelitian ini supaya diperoleh pemahaman yang jelas mengenai penyebab pelanggaran berdasarkan TPB. Untuk menjawab pertanyaan ini, peneliti melakukan peninjauan literatur, yaitu dengan meninjau penelitian-penelitian sebelumnya terkait dengan dampak penerapan peraturan mengenai KDM terhadap kepatuhan perokok. Peneliti juga melakukan diskusi kelompok dengan perokok di Lembaga X. Jumlah perokok yang menjadi informan adalah 6 orang. Dengan menggali jawaban informan melalui diskusi, peneliti berharap dapat menggambarkan fenomena kepatuhan perokok secara mendalam.

Kebijakan KDM di Kantor Pemerintahan di DKI Jakarta

Di DKI Jakarta, rokok secara umum sudah diatur dalam Perda No. 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara. Adanya Perda ini menjadikan DKI Jakarta sebagai provinsi pertama yang memiliki peraturan terkait rokok. Mengacu pada Perda ini, Gubernur DKI Jakarta mengeluarkan Pergub No. 75 Tahun 2005 tentang Kawasan Dilarang Merokok. Pergub ini mendefinisikan KDM sebagai ruangan atau area di luar anggaran kegiatan merokok. Dengan menerapkan KDM, diharapkan perilaku merokok bisa dikendalikan, kebiasaan merokok bisa berkurang atau kemudian hilang secara bertahap sehingga angka kesakitan dan/ atau angka kematian bisa

turun, kualitas udara yang sehat dan bersih bisa terwujud, begitupun halnya dengan generasi muda yang sehat.¹⁵

Kantor pemerintahan termasuk tempat kerja yang notabene area KDM. Pergub No. 75 Tahun 2005 mendefinisikan tempat kerja sebagai ruang tertutup yang bergerak atau tetap dimana tenaga kerja bekerja atau tempat yang sering dimasuki tenaga kerja dan tempat sumber-sumber bahaya, termasuk kawasan pabrik, perkantoran, ruang rapat, ruang sidang/ seminar, dan sejenisnya. Berdasarkan pergub ini, pimpinan dan/ atau penanggung jawab tempat kerja bisa menyediakan tempat khusus untuk merokok sebagai kawasan merokok. Dengan demikian, bisa dikatakan bahwa Pergub No. 75 Tahun 2005 bukanlah melarang seseorang untuk merokok, tetapi melarang seseorang merokok di sembarang tempat serta mengatur perilaku orang untuk merokok pada tempat khusus yang telah ditetapkan.¹⁶

Pelaksanaan Pergub No. 75 Tahun 2005 dianggap masih kurang maksimal. Hasil penelitian yang dilakukan oleh BPLHD DKI Jakarta bersama dengan *John Hopkins Public School of Health* menunjukkan bahwa kadar partikel halus dari beberapa area KDM di DKI Jakarta melewati ambang batas yang ditetapkan WHO.¹⁷ Pada tahun 2010, Pergub No. 75 Tahun 2005 diubah menjadi Pergub Provinsi DKI Jakarta No. 88 Tahun 2010 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur No. 75 Tahun 2005 tentang Kawasan Dilarang

¹⁵Pergub DKI Jakarta No. 75 Tahun 2005 tentang Kawasan Dilarang Merokok.

¹⁶Yosephine, *Analisis Perubahan Peraturan Gubernur Tentang Kawasan Dilarang Merokok di Provinsi DKI Jakarta* (Depok: Program Studi Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia, 2013).

¹⁷Yosephine, *Analisis Perubahan Peraturan Gubernur tentang Kawasan Dilarang Merokok di Provinsi DKI Jakarta* (Depok: Program Studi Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia, 2013).

Merokok. Pergub No. 88 Tahun 2010 mengubah definisi tempat kerja menjadi ruang tertutup yang bergerak atau tetap dimana tenaga kerja melakukan kegiatan, baik itu bekerja aktivitas lain yang berkaitan dengan pekerjaannya, termasuk di antaranya kawasan pabrik, gudang tempat penyimpanan barang atau hasil produksi, perkantoran, ruang rapat, ruang sidang/ seminar dan sejenisnya. Selain itu, Pergub No. 88 Tahun 2010 juga menghilangkan tempat khusus merokok yang selama ini terdapat di area dalam gedung. Berdasarkan pergub ini, tempat khusus merokok terpisah secara fisik dan terletak di luar gedung, tidak berdekatan dengan pintu keluar masuk gedung.

Peruntukan sanksi administrasi dalam Pergub No. 88 Tahun 2010 diperluas. Dalam Pergub No. 75 Tahun 2005, sanksi administrasi dikenakan kepada pemimpin dan/ atau penanggung jawab area KDM apabila membiarkan orang merokok di area KDM. Sementara dalam Pergub No. 88 Tahun 2010, sanksi administrasi dikenakan kepada pimpinan dan/ atau penanggung jawab area KDM apabila terbukti tidak memiliki komitmen, tidak membuat penandaan, tidak melakukan pengawasan, dan membiarkan orang merokok di area KDM. Pada Pergub No. 75 Tahun 2005, sanksi administrasi hanya berupa peringatan tertulis, penghentian sementara kegiatan atau usaha, hingga pencabutan izin. Sementara Pergub No. 88 Tahun 2010 mengubahnya dengan penambahan menjadi peringatan tertulis, penyebutan nama tempat kegiatan atau usaha secara terbuka kepada publik melalui media massa, penghentian sementara kegiatan atau usaha, hingga pencabutan izin.

Pada praktiknya, pembinaan, pengawasan dan penegakan hukum Pergub No. 88 Tahun 2010 terasa belum efektif. Pada tahun

2012, dilakukan penyempurnaan peraturan yang terealisasi dalam Pergub No. 50 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Pembinaan, Pengawasan dan Penegakkan Hukum Kawasan Dilarang Merokok. Dalam Pergub ini, definisi tempat kerja diperluas menjadi ruang tertutup atau terbuka yang bergerak atau tetap dimana tenaga kerja melakukan kegiatan, baik itu bekerja atau aktivitas lain yang berkaitan dengan pekerjaannya termasuk diantaranya kawasan pabrik, gudang tempat penyimpanan barang atau hasil produksi, perkantoran, ruang rapat, ruang sidang/ seminar dan sejenisnya.

Pergub No. 50 Tahun 2012 juga menegaskan bahwa setiap orang tidak boleh merokok di tempat kerja karena tempat kerja termasuk dalam KDM. Dari sisi pimpinan/ penanggung jawab, ada kewajiban yang harus dipenuhi, yaitu sebagai berikut:

- a) Membuat penetapan kawasan dilarang merokok;
- b) Memasang tanda larangan merokok di tempat yang ditetapkan sebagai kawasan dilarang merokok;
- c) Menyediakan sarana pengaduan masyarakat yang dilengkapi dengan nomor telepon, layanan pesan singkat dan bentuk lain sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;
- d) Menyediakan satuan tugas atau petugas pengawasan kawasan dilarang merokok termasuk petugas yang melayani pengaduan;
- e) Melarang, menegur, memperingatkan dan menindak setiap orang yang merokok tidak pada tempatnya;
- f) Menindaklanjuti atas laporan apabila ada yang merokok di kawasan dilarang merokok;

- g) Memberi contoh dan teladan di tempat yang menjadi tanggung jawabnya; dan
- h) Memelihara dan meningkatkan kualitas udara yang sehat dan bersih bebas asap rokok.

Berdasarkan Pergub No. 50 Tahun 2012, pimpinan yang tidak melaksanakan kewajibannya tersebut di atas diancam dengan pidana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Perubahan lain yang diatur dalam Pergub No. 50 Tahun 2012 adalah mengenai peruntukkan sanksi administrasi. Sanksi administrasi akan diberikan apabila terjadi pelanggaran pelaksanaan KDM dan/ atau telah dilakukan pembinaan namun tidak efektif dan tidak meningkatkan ketaatan. Teknis pemberian sanksi administrasi lebih diperjelas, yaitu sebagai berikut:

Tabel 2. Perubahan Pasal 27 tentang Sanksi Administrasi

Pasal	Pergub No. 88 Tahun 2010	Pergub No. 50 Tahun 2012
Pasal 27: Sanksi Administrasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Peringatan tertulis; b. Penyebutan nama tempat kegiatan atau usaha secara terbuka kepada publik melalui media massa; c. Penghentian sementara kegiatan atau usaha; dan d. Pencabutan izin. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Peringatan tertulis. <ul style="list-style-type: none"> • Peringatan tertulis I selama 14 x 24 jam • Peringatan tertulis II selama 7 x 24 jam • Peringatan tertulis III selama 3 x 24 jam b. Penyebutan nama tempat kegiatan atau usaha secara terbuka kepada publik melalui media massa; Batas waktu

pelaksanaan
penyebutan nama
tempat kegiatan atau
usaha secara terbuka
kepada publik melalui
media massa paling
lama 1 (satu) bulan
sejak tidak mematuhi
peringatan tertulis III
dan/atau setelah
mendapat hasil
pengawasan penaatan
kawasan dilarang
merokok yang menjadi
urusannya dan/atau
Walikota/ Bupati

c. Penghentian sementara
kegiatan atau usaha;
dan Penghentian
sementara kegiatan
atau usaha berupa
penyegelan atau
tindakan lainnya oleh
Kepala Satpol PP atau
Kepala Satpol PP
Kota/Kabupaten
Administrasi sesuai
dengan ketentuan
peraturan
perundangundangan.

d. Pencabutan izin.
Pencabutan izin
disiapkan oleh Kepala
SKPD/UKPD yang
mempunyai tugas
pembinaan,
pengawasan dan
penegakan hukum
kawasan dilarang
merokok dan/atau
Walikota/ Bupati,

		kepada Gubernur untuk ditandatangani / Pejabat yang ditunjuk
--	--	--

Lebih lanjut, Pergub No. 50 Tahun 2012 juga menjelaskan mengenai pembagian kerja pengawasan penataan KDM terhadap tujuh area KDM, yaitu adanya peran serta BLHD, Walikota/ Bupati, Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, Dinas Pariwisata dan Kebudayaan, Dinas Perhubungan, Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Dinas KUMKMP, Dinas Olahraga dan Pemuda, Satpol PP, Biro Pendidikan dan Mental Spiritual, serta Biro Umum. Khusus untuk tempat kerja, pengawasan dilakukan oleh Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi serta Biro Umum. Perubahan-perubahan di dalam peraturan perundang-undangan yang dilakukan Pemda DKI Jakarta menunjukkan bahwa DKI Jakarta cukup serius dalam penanganan rokok.

Implementasi Peraturan tentang KDM di DKI Jakarta

BPLHD DKI Jakarta dan *Swisscontact Indonesia Foundation* melakukan jajak pendapat untuk mengukur kesadaran, dukungan, dan kepatuhan masyarakat terhadap peraturan perundangan tentang KDM di DKI Jakarta. Jajak pendapat ini dilakukan pada bulan Juni hingga Agustus 2013 di tujuh KDM yang tersebar di lima wilayah DKI Jakarta dengan 210 lokasi. Metode yang diterapkan adalah wawancara tatap muka terhadap 820 responden, dengan jumlah responden perempuan sebanyak 36% dan laki-laki 64%, responden

bukan perokok sebanyak 50%, perokok 45%, dan mantan perokok 5%. Berikut adalah hasil jajak pendapatnya:¹⁸

- Pengetahuan dan Dukungan:
 - a) 90% responden mengetahui bahwa rokok merupakan sumber utama pencemaran udara dalam ruangan;
 - b) 58% masyarakat mengetahui akan bahaya merokok; 92% responden menyatakan rokok dapat menyebabkan kanker paru, 78% serangan jantung dan 70% responden menyatakan merokok dapat menyebabkan impotensi;
 - c) 80% responden menyatakan tidak mau terpapar asap rokok orang lain;
 - d) 55% responden menyatakan bersedia menegur orang yang merokok di dalam gedung; angka ini meningkat dari 54% pada jajak pendapat tahun 2011;
 - e) 16% responden menyatakan mereka terpapar asap rokok setiap harinya; sebanyak 30% responden menyatakan terpapar di rumah, 29% responden mengaku terpapar di angkutan umum, 9% menyatakan terpapar di sekolah, 25% terpapar di tempat kerja, 16% di tempat umum, dan 2% di tempat ibadah.
- Persepsi dan Sikap:
 - a) 86% responden mengaku mengetahui Peraturan Dilarang Merokok di Jakarta;

¹⁸Koalisi Smoke Free Jakarta. Mengukur Kesadaran, Dukungan, dan Kepatuhan Masyarakat terhadap Peraturan Perundungan Kawasan Dilarang Merokok 2013 Jakarta. Factsheet-Jajak Pendapat.

- b) 92% responden memberikan dukungan atas penerapan peraturan KDM, bahkan 89% responden perokok pun mendukung;
 - c) 73% responden mendukung dan setuju untuk segera diterapkan perluasan peraturan KDM menjadi KTR (termasuk tidak boleh mempromosikan, mengiklankan, menjual, dan/atau membeli rokok);
 - d) 84% responden perokok menyatakan taat terhadap peraturan KDM;
 - e) 48% responden menyatakan bersedia melaporkan perokok yang melanggar peraturan KDM;
 - f) 89% responden menyatakan akan tetap berkunjung ke restoran meskipun ada peraturan dilarang merokok;
 - g) 73% responden mengetahui adanya sanksi terhadap pelanggaran peraturan KDM, bahkan 70% perokok mengetahuinya.
- Perilaku Merokok:
 - a) Sebagian besar perokok memiliki rencana untuk berhenti merokok (82%);
 - b) Perokok dan mantan perokok sebagian besar telah memulai merokok pada umur <15 tahun (85%).

Hasil jajak pendapat di atas menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat (di atas 50%) sudah memiliki pengetahuan, dukungan, persepsi, sikap, perilaku yang positif mengenai penerapan peraturan KDM di DKI Jakarta. Hanya satu hal yang belum populer ditampilkan kebanyakan masyarakat, yaitu kesediaan melaporkan perokok yang melanggar peraturan KDM.

Lebih lanjut mengenai kepatuhan seluruh area KDM. Pengkategorian kepatuhan didasarkan pada delapan indikator sebagaimana dicantumkan dalam Lampiran Pergub No. 50 Tahun 2012, yaitu ada tidaknya tempat merokok di dalam ruangan, tanda dilarang merokok, bau rokok, asbak, puntung rokok, orang merokok, sarana pengaduan, petugas pengawas. Hasil penelitian yang dilakukan Koalisi Smoke Free Jakarta menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan seluruh area KDM pada kuarter yang berakhir pada September 2015 adalah 34%, yang mana meningkat dari tingkat kepatuhan tujuh bulan lalu, yaitu 22%, namun menurun apabila dibandingkan dengan tingkat kepatuhan pada bulan Maret 2014, yaitu 37% dan bulan Agustus 2014, yaitu 35%. Kendati demikian, angka ini masih menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan di DKI Jakarta masih rendah.

Secara lebih spesifik, hasil penelitian mengenai kepatuhan terhadap area KDM adalah sebagai berikut:¹⁹

Tabel 3. Tingkat Kepatuhan Terhadap KDM Per Kategori Tempat di DKI Jakarta

No	Tempat	Maret 2014	Agustus 2014	Februari 2015	September 2015
1	Lingkungan Pendidikan	54%	55%	32%	41%
2	Kantor Swasta	52%	35%	20%	35%
3	Kantor Pemerintahan	58%	38%	32%	49%
4	Tempat Beribadah	19%	41%	11%	15%
5	Restoran	18%	13%	10%	24%
6	Hotel	53%	41%	34%	53%

¹⁹ Paparan Koalisi Smoke Free Jakarta, 2015

7	Fasilitas Kesehatan	57%	61%	21%	57%
8	Taman Bermain	18%	24%	29%	35%
9	Tempat Hiburan	10%	24%	22%	15%
10	Pasar	11%	14%	4%	10%
11	Fasilitas Kesehatan	31%	23%	12%	14%

Sumber: Koalisi Smoke Free Jakarta, 2015.

Tabel 3 menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan di fasilitas kesehatan adalah yang paling tinggi dibandingkan area KDM lainnya, yaitu sebesar 57%. Sementara kantor pemerintahan masih masuk ke dalam tiga area KDM dengan tingkat kepatuhan tertinggi. Meskipun demikian, angka ini masih di bawah 50%. Masih ada 51% kantor pemerintahan yang dianggap belum patuh. Hal ini menunjukkan, meskipun DKI Jakarta merupakan provinsi pertama yang memiliki peraturan terkait KDM dan mengubah peraturan tersebut hingga beberapa kali, tampaknya DKI Jakarta belum dapat menerapkan peraturan tersebut secara optimal.

Kesimpulan yang hampir sama diperoleh Rahajeng melalui penelitiannya terhadap beberapa provinsi di Indonesia yang dirilis pada tahun 2015. Manurutnya, penerapan kebijakan KDM memang berpengaruh terhadap penurunan proporsi perokok setiap hari, namun, khusus di DKI Jakarta, penurunan proporsi perokok hanya terjadi pada perokok kadang-kadang. Meskipun Pergub No. 88 Tahun 2010 telah diberlakukan, di mana tempat khusus merokok dalam gedung telah dihapuskan, hingga saat ini masih dijumpai perokok yang merokok di tempat kerja. Begitupun halnya ketika Pergub No. 50 Tahun 2012 diberlakukan, masih dijumpai asap rokok di sebagian

Kepatuhan merupakan perilaku yang tergolong *unvolitional behaviors*, yaitu perilaku dimana individu tidak bisa bebas menampilkan perilaku sasaran. Hal ini karena perilaku merokok yang ditampilkan para perokok tidak hanya dari dalam diri individu, tetapi juga dari kandungan nikotin yang terdapat di dalam rokok yang bersifat adiktif. Menurut Ajzen, manusia selalu berperilaku dengan cara yang realistik. Ketika ia menunjukkan kepatuhan untuk tidak merokok di area KDM, maka ia telah memperhitungkan informasi yang tersedia dan mempertimbangkan akibat dari perilakunya tersebut, kemudian memunculkan intensi. Berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB) yang dikemukakan Ajzen, intensi menjadi faktor pendahulu sebelum individu memutuskan untuk menampilkan atau tidak menampilkan perilaku.²⁴

Intensi dalam memunculkan perilaku dapat diprediksi dari tiga faktor, yaitu sikap terhadap perilaku, norma subyektif, dan *perceived behavioural control*.²⁵ Sikap adalah derajat penilaian suka atau tidak sukanya perokok terhadap perilaku yang akan ditampilkan, yaitu mematuhi peraturan KDM. Norma subyektif adalah persepsi perokok mengenai penilaian yang dimiliki orang lain terhadap kepatuhannya pada peraturan KDM. *Perceived behavioural control* adalah persepsi perokok akan mudah atau sulitnya menampilkan kepatuhan terhadap peraturan KDM. Jadi, apabila seseorang memiliki keyakinan bahwa kepatuhannya terhadap peraturan KDM memiliki konsekuensi positif baginya, meyakini bahwa lingkungan sosial memotivasi kepatuhannya tersebut, dan

²⁴ Izek Ajzen, *Attitude, Personality, & Behavior* (London: Open University Press, 2005).

²⁵ Izek Ajzen, *ibid.*

meyakini bahwa dirinya mampu menampilkan kepatuhan tersebut, maka intensi dirinya untuk menampilkan kepatuhan tersebut cenderung kuat. Hubungan ini selanjutnya dapat memprediksi kepatuhan terhadap peraturan KDM. ²⁶

2. Alasan Perokok di Kantor Pemerintahan Melanggar Peraturan Berdasarkan *Theory of Planned Behavior*

Mengacu pada *Theory of Planned Behavior*, perilaku patuh terhadap peraturan mengenai KDM dijelaskan dengan melihat tiga faktor yang mempengaruhi intensi, yaitu sikap, norma subyektif, dan *perceived behavioral control*.

1) Sikap Terhadap Perilaku

Berdasarkan hasil diskusi dengan informan, ditemukan beberapa alasan yang mendasari sikap mereka terhadap peraturan mengenai KDM. *Pertama*, beberapa dari mereka belum mengetahui adanya perubahan peraturan yang menyatakan bahwa tempat khusus merokok di dalam gedung telah ditetapkan. Mereka beralasan, tidak ada pemberitahuan mengenai hal ini dari atasan. Atasan hanya melepas penanda tempat khusus merokok di kawasan merokok tapi tidak secara eksplisit menyampaikan bahwa tempat khusus merokok tidak diperbolehkan ada di dalam gedung. *Kedua*, mereka juga tidak mengetahui adanya denda atau sanksi hukum lainnya yang dikenakan kepada mereka yang melanggar peraturan karena merokok di dalam gedung. Kedua alasan ini menandakan kurangnya sosialisasi mengenai peraturan tentang KDM dari

²⁶ Izek Ajzen, "The Theory of Planned Behavior," *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 1991, hal. 179-211.

pimpinan kantor. Oleh karena kurang sosialisasi, pengetahuan mereka juga menjadi minim. Padahal, pengetahuan adalah salah satu faktor yang menggambarkan aspek kognisi di dalam sikap yang kemudian bisa mempengaruhi keyakinan individu terhadap perilaku yang ditampilkan.²⁷

Ketiga, seperti halnya hasil penelitian-penelitian sebelumnya, ada keyakinan pada diri informan bahwa merokok di tempat kerja memiliki konsekuensi positif atas performa kerja mereka. Menurut mereka, bekerja sambil merokok lebih nyaman, membuat perasaan lebih rileks, dan pikiran lebih fokus. Merokok bagi mereka sudah menjadi kebutuhan sehingga dimanapun, termasuk di tempat kerja, mereka harus merokok. Menurut Taylor, nikotin adalah salah satu zat yang terkandung di dalam rokok dan membuat ketegaran tinggi bagi para perokok.²⁸ Menurut Fant el al, nikotin dapat menciptakan perasaan yang menyenangkan dan menenangkan bagi para perokok setelah dikonsumsi.²⁹ Menurut Floyd, Mimms dan Yelding, nikotin bisa berfungsi sebagai stimulan yang membuat perokok lebih semangat, lebih mampu berkonsentrasi dan berespon lebih cepat.³⁰ Namun situasi ini tidak bertahan lama sehingga pekerja yang merokok cenderung mengkonsumsi rokok kembali dan membuat mereka sulit untuk berhenti.³¹

Keempat, penghapusan tempat khusus merokok di dalam gedung dinilai tidak adil. Menurut mereka, perokok memiliki hak

²⁷ Bambang Syamsul Arifin, *Psikologi Sosial* (Bandung: Pusaka Setia, 2015).

²⁸ SE Taylor, *Health Psychology 6th Ed* (New York: McGraw-Hill, 2006).

²⁹ M. Pitts, K. Phillips, *The Psychology of Health: An Introduction* (London: Routledge, 1998).

³⁰ Patricia A Floyd, Sandra E Mimms, Caroline Yelding, *Personal Health: Perspective and Lifestyles* (USA: Wadsworth, 2003).

³¹Yunita Fransisca, *op.cit*.

yang sama dengan mereka yang tidak merokok. Penghapusan tempat khusus merokok diyakini akan merugikan diri mereka. Waktu kerja menjadi tidak efektif, habis terpakai hanya untuk keluar masuk gedung supaya bisa merokok. Mereka khawatir, kondisi seperti ini akan memecah konsentrasi sehingga menghambat penyelesaian pekerjaan. Hal yang perlu dicatat, mereka pun mengaku tidak suka menggunakan tempat khusus merokok seperti yang pernah diterapkan sebelumnya. Menurut mereka, menghisap asap dari perokok lain mengurangi kenikmatan dibandingkan menghisapnya langsung. Oleh karenanya, ketersediaan tempat khusus merokok juga akan percuma jika tidak dipertimbangkan kelayakannya.

Berdasarkan TPB yang dikemukakan Ajzen, sikap terhadap kepatuhan pada peraturan mengenai KDM ditentukan oleh keyakinan perokok mengenai konsekuensi yang muncul atas kepatuhan yang ditampilkan serta evaluasinya terhadap konsekuensi dari kepatuhan tersebut. Tampaknya konsekuensi positif dari melanggar peraturan mengenai KDM lebih mereka rasakan karena sejauh inipun mereka tidak melihat adanya konsekuensi negatif dari hal tersebut. Dengan demikian, bisa dipahami jika mereka menunjukkan sikap negatif terhadap kepatuhan pada peraturan. Meskipun mereka menyadari bahwa merokok bisa membahayakan orang lain, namun mereka tidak setuju apabila tempat khusus merokok tidak diperbolehkan ada di dalam gedung.

2) Norma Subyektif

Berdasarkan TPB, keyakinan perokok atas kecenderungan respon orang lain yang menjadi sumber referensinya, apakah mereka akan menyetujui atau menolak jika ia mematuhi ataupun tidak

mematuhi peraturan KDM, merupakan faktor yang menentukan norma subyektif. Para informan mengaku bahwa tidak ada orang di kantornya yang memiliki peran signifikan untuk mempengaruhi mereka berhenti merokok di dalam gedung. Beberapa dari mereka menyatakan, sumber referensi yang memiliki peran penting bagi perubahan perilaku adalah keluarga, kemudian orang lain atau senior yang dianggap memiliki kedekatan personal dengan mereka. Sayangnya, justru orang lain atau senior yang dianggap panutan juga sama-sama menunjukkan perilaku merokok di tempat kerja.

Selain itu, berdasarkan TPB, seberapa kuat tekanan dari sumber referensinya ikut mempengaruhi norma subyektif, yaitu ketika individu meyakini bahwa sumber referensinya mempengaruhi dirinya untuk memunculkan perilaku berupa kepatuhan terhadap peraturan KDM. Diakui oleh informan, beberapa orang di kantor memang ada yang pernah menegur mereka, beberapa lainnya hanya menunjukkan bahasa tubuh tidak suka atau memberikan sindiran. Kendati demikian, menurut mereka, sanksi sosial seperti ini tidak berpengaruh. Lebih banyak teman-teman yang merokok di dalam gedung dibandingkan dengan orang-orang yang memberikan sanksi sosial. Bagi mereka, teman-teman ini lebih signifikan peranannya dibandingkan dengan orang-orang yang memberikan sanksi sosial. Hal ini menggambarkan bahwa tekanan sosial di kantor untuk merokok di luar gedung seperti yang diatur dalam peraturan tidak terasa. Tekanan sosial yang dipersepsi bahkan lebih kepada mempertahankan perilaku merokok di dalam gedung dibandingkan harus merokok di luar gedung atau berhenti merokok.

3) *Perceived Behavioural Control*

Semua informan menyatakan sulit mematuhi aturan untuk tidak merokok di dalam gedung kantor. Persepsi yang demikian dipengaruhi oleh *control beliefs* dan *perceived power*. *Control beliefs* adalah keyakinan perokok dalam mengontrol sumber daya dan kesempatan untuk menampilkan kepatuhan terhadap peraturan KDM. Kontrol perilaku yang dipersepsi akan besar apabila sumber daya dan kesempatan yang dimiliki perokok juga besar dan hambatan yang harus diatasi tidak banyak. Sementara itu, *perceived power* adalah persepsi perokok terhadap derajat kekuatan faktor-faktor dalam memfasilitasi atau menghambat munculnya kepatuhan terhadap peraturan KDM.³²

Beberapa informan pernah mencoba berhenti merokok, tetapi ternyata tidak bertahan lama. Hal ini berkaitan dengan norma subyektif yang mereka bangun. Tekanan sosial yang kuat untuk tetap mempertahankan perilaku merokok di dalam gedung menjadi hambatan mereka. Hal ini sejalan dengan apa yang diungkapkan Taylor. Menurutnya, seseorang akan berhasil menghentikan perilaku merokoknya dalam waktu singkat apabila memiliki rekan yang bersedia mendukung upaya tersebut yang tentunya bukan perokok. Oleh sebab itu, keberadaan perokok di dalam lingkungan sosial perokok akan menjadi penghalang untuk dapat berhenti merokok dan merupakan prediktor yang dignifikan dalam terjadinya kekambuhan.³³

³² Izek Ajzen, *Attitude, Personality, & Behavior* (London: Open University Press, 2005).

³³ SE Taylor, *Health Psychology*, 6th Ed (New York: McGraw-Hill, 2006).

Selain itu, pimpinan sendiri belum konsisten memberi peneguran. Tidak semua perokok di dalam areanya ditegur, dan kalaupun ada peneguran, tidak dilakukan secara terus-menerus. Salah satu informan mengungkapkan bahwa teguran ini berpengaruh hanya beberapa saat. Ketika ia melihat teman-teman lain dan juga pejabat-pejabat lain merokok di dalam gedung, ia mulai melakukan hal yang sama. Ia mengungkapkan:

"Bagaimana saya mau berhenti, mbak? Pegawai-pegawai di pemda, di kelurahan, mereka yang bikin aturan juga malah merokok di dalam kantor. Ya saya sih mendukung-mendukung aja kalau ada peraturan harus merokok di luar gedung. Asal atasan bijaksana, tegas diberlakukan ke semua orang."

Farely, Pechacek, Thimas dan Nelson mengungkapkan bahwa kebijakan pemerintah untuk mengontrol konsumsi rokok yang dijalankan dengan komprehensif dan konsisten terbukti mampu menurunkan prevalensi perokok dewasa.³⁴ Dalam hal ini, ketidakkonsistenan pimpinan menjadi salah satu faktor yang menghambat kepatuhan perokok terhadap peraturan tentang rokok. Berdasarkan pernyataan para informan, kemungkinan perubahan perilaku bisa saja terjadi asalkan disertai sanksi tegas. Salah satu informan mengungkapkan:

"Gue mah ngerokok-ngerokok aja di sini. Beda cerita ya kalau harga rokok naik jadi Rp. 50.000,- atau ada sanksi hukum, misalkan penjara atau denda, gue mau deh merokok di luar gedung."

³⁴Matthew C Farely, Terry F Pechacek, Kristin Y Thomas, David Nelson, "The Impact of Tobacco Control Programs on Adult Smoking," *American Journal of Public Health*, Vol. 98 No. 2, 2008, hal. 304-309.

Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Fransisca terhadap PNS DKI Jakarta di tahun 2010. Menurut hasil penelitian tersebut, terdapat perbedaan yang signifikan antara *perceived behavioural control* pada PNS DKI Jakarta yang tempat kerjanya tidak memberlakukan sanksi bagi pegawainya yang merokok dengan yang tidak. PNS yang tempat kerjanya tidak memberlakukan sanksi bagi pegawainya yang merokok, memiliki kesempatan untuk merokok lebih besar dibandingkan PNS yang tempat kerjanya memberlakukan sanksi. Tidak adanya sanksi membuat para perokok berpersepsi bahwa merokok di tempat kerja merupakan hal yang mudah dilakukan.³⁵

Apabila peraturan mengenai KDM ditegakkan, para informan menyatakan terpaksa akan mencari tempat lain yang bisa digunakan untuk merokok sambil bekerja. Informan lainnya mengungkapkan, selama tidak ketahuan dan tidak disediakan tempat khusus merokok yang layak, ia akan tetap merokok di dalam gedung dengan cara sembunyi-sembunyi. Apa yang diungkapkan oleh informan menggambarkan bahwa mereka belum mampu mengontrol dirinya untuk mematuhi peraturan mengenai KDM.

4) Interaksi Tiga Faktor Intensi

Apa yang digambarkan para informan menunjukkan bahwa sikap, norma subyektif, *perceived behavioral control* tidak mendukung intensi mereka untuk mematuhi peraturan mengenai KDM. Hasil penelitian Fransisca menunjukkan bahwa sikap terhadap perilaku merokok merupakan prediktor paling baik dalam

³⁵Yunita Fransisca, *op.cit.*

memprediksi intensi merokok di tempat kerja pada PNS DKI Jakarta.³⁶ Pada penelitian ini, sikap yang positif terhadap kebijakan KDM tidak terlihat pada diri informan. Bisa dikatakan, informan yang menjadi subjek di dalam penelitian ini termasuk ke dalam porsi yang mana tidak mengetahui adanya peraturan terkait KDM, tidak mendukung sepenuhnya peraturan terkait KDM, khususnya mengenai penghapusan tempat khusus merokok di dalam gedung. Adanya pelanggaran di semua indikator menunjukkan bahwa lingkungan kerja yang tercipta kurang mengakomodir pembentukan sikap, norma subyektif, dan *perceived behavioural control* yang mendukung intensi perokok untuk mematuhi peraturan mengenai KDM.

Berdasarkan McLeod, kepatuhan terjadi saat seseorang yang memiliki otoritas memerintahkan untuk melakukan sesuatu.³⁷ Pengawasan yang minim, ketidakhadiran sanksi terhadap pelanggaran, lingkungan kerja yang tidak sehat karena tingginya paparan asap rokok mengindikasikan figur otoritas, yaitu pimpinan kantor tidak berhasil menunjukkan kuasanya untuk memerintah pegawai mengikuti peraturan mengenai KDM. Dengan kata lain, pengaruh yang ditunjukkan dari pimpinan kantor terhadap pegawai, yaitu melalui *setting* lingkungan yang diciptakan, belum tampak. Pada akhirnya, perokok tidak meyakini adanya konsekuensi negatif dari pelanggaran yang mereka lakukan, tidak meyakini adanya dukungan sosial dan tidak meyakini bisa mematuhi peraturan

³⁶Yunita Fransisca, *ibid.*

³⁷Muh. Miftahul Ulum, Ratna Dwi Wulandari, "Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori Kepatuhan Milgram," *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, Vol. 1 No. 3, 2013, hal. 252-262.

dengan merokok di luar gedung atau bahkan berhenti merokok. Kondisi seperti ini mengurangi intensi mereka untuk menampilkan kepatuhan, dan sebaliknya membuat mereka bertahan pada perilaku merokok di dalam gedung.

Penutup

Pemda DKI Jakarta berupaya menunjukkan keseriusannya dalam melindungi kesehatan masyarakat dari bahaya asap rokok, yaitu dengan merevisi peraturannya dari Pergub No. 75 Tahun 2005 kemudian diubah menjadi Pergub No. 88 Tahun 2010, lalu disempurnakan menjadi Pergub No. 50 Tahun 2012. Kendati demikian, pada praktiknya, peraturan-peraturan tersebut belum diterapkan secara optimal. Tingkat kepatuhan kantor pemerintahan termasuk yang paling tinggi dibandingkan tempat lainnya, namun itupun masih di bawah angka 50%. Hingga saat ini, masih dijumpai perokok yang merokok di tempat kerja, termasuk kantor pemerintahan.

Berdasarkan TPB, perilaku patuh terhadap peraturan mengenai KDM dijelaskan dengan melihat tiga faktor yang mempengaruhi intensi, yaitu sikap, norma subyektif, dan *perceived behavioral control*. Berdasarkan diskusi dengan para informan, sikap, norma subyektif, *perceived behavioral control* tidak mendukung intensi mereka untuk mematuhi peraturan mengenai KDM. Pimpinan kantor tidak menunjukkan pengaruhnya supaya pegawai mau mengikuti peraturan mengenai KDM di kantor. Akibatnya, perokok tidak meyakini adanya konsekuensi negatif dari pelanggaran yang mereka lakukan, tidak meyakini adanya dukungan sosial dan tidak meyakini bisa mematuhi peraturan dengan merokok di luar gedung

atau bahkan berhenti merokok. Kondisi seperti ini mengurangi intensi mereka untuk menampilkan kepatuhan, dan sebaliknya membuat mereka bertahan pada perilaku merokok di dalam gedung.

Berdasarkan kasus di atas, tampaknya pelaksanaan pengawasan terhadap gedung-gedung perkantoran masih perlu diperketat. Dalam rangka mendukung sikap, norma subyektif, dan *perceived behavioral control*, pemerintah bisa secara aktif melakukan sosialisasi peraturan mengenai KDM, meningkatkan konsekuensi negatif atas pelanggaran yang terjadi di setiap area KDM, misalnya dengan pengenaan sanksi yang tegas bagi pelanggar aturan, dan dengan memaksimalkan pengawasan.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Forsyth, D.R. (2010). *Group Dynamic (5th edition)*. Belmont, CA: Wadsworth.
- International Agency for Research on Cancer WHO. (2009). *Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol 13: Evaluating the Effectiveness of Smoke Free Policies*. France: Lyon.
- Ajzen, Izek. (2005). *Attitude, Personality, and Behavior*. London: Open University Press.
- Arifin, Bambang Syamsul. (2015). *Psikologi Sosial*. Bandung: Pusaka Setia.
- Taylor, S.E. (2006). *Health Psychology 6th Ed*. New York: McGraw-Hill.
- Pitts, Marian., Phillips, Keith. (1998). *The Psychology of Health: An Introduction*. London: Routledge.
- Floyd, Patricia A., Mimms, Sandra E., Yelding, Carolin. (2003). *Personal Health: Perspective and Lifestyles*. USA: Wadsworth.

Jurnal

- Jime'nez-Ruiz, Carlos A., Miranda, Juan Antonio Riesco., Hurt, Richard D., Pinedo, Angela Ramos., Reina, Segismundo Solano., Valero, Francisco Carrion. (2008). "Study of the Impact of Laws Regulating Tobacco Consumption on the Prevalence of Passive Smoking in Spain," European Journal of Public Health, Vol. 18, No. 6, hal. 622-625.
- Rahajeng, Ekowati. (2015). "Pengaruh Penerapan Kawasan Tanpa Rokok terhadap Penurunan Proporsi Perokok di Provinsi DKI Jakarta, Daerah istimewa Yogyakarta dan Bali." Jurnal Ekologi Kesehatan, Vol. 14 No 3, 2015, hal. 238 - 249.
- Tondok, Marselius Sampe., Ardiansyah, Ficky., Ayuni. (2012). "Intensi Kepatuhan Menggunakan Helm pada Pengendara Sepeda Motor: Aplikasi Teori Perilaku Terencana." Jurnal Sains Psikologi, Vol 2 No 2, hal. 1-15.
- Farely, Matthew C., Pechacek, Terry F., Thomas, Kristin Y., Nelson, David. (2008). "The Impact of Tobacco Control Programs on Adult Smoking." American Journal of Public Health, Vol. 98 No. 2, hal. 304-309.

- Ulum, Muh. Miftahul., Wulandari, Ratna Dwi. (2013). "Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori Kepatuhan Milgram," *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, Vol. 1 No. 3, hal. 252-262.
- Ajzen, Izek. (1991). "The Theory of Planned Behavior." *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, hal. 179-211.

Skripsi

- Yosephine. (2013). *Analisis Perubahan Peraturan Gubernur tentang Kawasan Dilarang Merokok di Provinsi DKI Jakarta*. Skripsi. Depok: Program Studi Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia.
- Mulfiani, Yozi. (2010). *Hubungan antara Sikap, Norma Subyektif, dan Perceived Behavioral Control terhadap Intensi Merokok Pegawai Rumah Sakit di Jakarta: Studi Mengenai Penerapan Perda No.2 dan Pergub No.75 DKI Jakarta Tahun 2005 pada Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo*. Skripsi. Depok: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Fransisca, Yunita. (2010). *Hubungan antara Sikap terhadap Perilaku Merokok, Norma Subyektif, dan Perceived Behavioral Control dengan Intensi Merokok di Tempat Kerja: Studi Penerapan Perda No.2 dan Pergub No. 75 Tahun 2005 pada PNS DKI Jakarta*. Skripsi. Depok: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.

Internet

Tobacco Control Support Center-Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia, 2013, Atlas Tembakau Indonesia Edisi 2013, <http://tcsc-indonesia.org/wp-content/uploads/2014/02/Atlas.pdf>, diakses pada tanggal 15 Agustus 2016.

Tobacco Control Support Center, Policy Paper: Kawasan Tanpa Rokok dan Implementasinya, http://tcsc-indonesia.org/wp-content/uploads/2012/08/KTR_rev100712.pdf, diakses pada tanggal 15 Agustus 2016.

Asap Rokok Tewaskan 600 Ribu Orang Per Tahun, http://www.bbc.com/indonesia/majalah/2010/11/101126_perokokpasif.shtml, diakses pada tanggal 15 Agustus 2016.

Kematian Perokok Pasif Meningkat, <http://female.kompas.com/read/2010/11/29/18221524/kem>

atian.perokok.pasif.meningkat, diakses pada tanggal 15 Agustus 2016.

Masih Banyak Kantor Pemerintahan yang Bebas Merokok, <http://metro.news.viva.co.id/news/read/680457-masih-banyak-kantor-pemerintahan-yang-bebas-merokok>, diakses pada tanggal 15 Agustus 2016.

Peraturan Perundang-undangan

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan.

Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan.

Peraturan Bersama Menteri Kesehatan RI Nomor 188/MENKES/PB/I/2011 dan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.

Peraturan Daerah No. 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara.

Peraturan Gubernur No. 75 Tahun 2005 tentang Kawasan Dilarang Merokok.

Peraturan Gubernur No. 88 Tahun 2010 tentang Perubahan atas Peraturan Gubernur No. 75 Tahun 2005 tentang Kawasan Dilarang Merokok.

Peraturan Gubernur No. 50 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Pembinaan, Pengawasan dan Penegakan Hukum Kawasan Dilarang Merokok.

Dokumen Lainnya

Koalisi Smoke Free Jakarta. Mengukur Kesadaran, Dukungan, dan Kepatuhan Masyarakat terhadap Peraturan Perundangan Kawasan Dilarang Merokok 2013 Jakarta. Factsheet-Jajak Pendapat.

Koalisi Smoke Free Jakarta. 2015. Paparan tentang Public Monitoring Result.

Team YLKI, 2014, Mengukur Tingkat Kepatuhan Kantor Pemerintah dalam Implementasikan Kawasan Dilarang Merokok (KDM).

EPILOG

Dari uraian yang terdapat dalam kelima tulisan dalam buku ini, tampak bahwa implementasi peraturan perundang-undangan di bidang kesejahteraan sosial dipengaruhi oleh banyak faktor, baik yang bersifat internal maupun eksternal.

Dari pembahasan yang diuraikan dalam tulisan pertama, terlihat bahwa hingga saat ini regulasi mengenai sertifikasi, registrasi dan lisensi masih terus mengalami perkembangan. Ada beberapa hal yang perlu digarisbawahi yang terkait dengan pelaksanaan fungsi DPR. Dalam fungsi legislasi, yaitu penyusunan RUU Kebidanan, hal-hal yang menjadi catatan dalam implementasi sertifikasi hingga lisensi berdasarkan peraturan sebelumnya dapat menjadi pertimbangan dalam pembuatan keputusan. Terkait fungsi anggaran, DPR dapat memberikan pertimbangan pada anggaran KTKI guna mempercepat peleburan MTKI, KKI, dan KFN ke dalam KTKI sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Dalam hal fungsi pengawasan, DPR dapat mengawasi implementasi regulasi sertifikasi hingga lisensi, mengawasi biaya administrasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada KTKI guna pendaftaran STR, dan mengawasi kinerja KTKI.

Disadari bahwa rehabilitasi merupakan salah satu upaya penyelamatan generasi bangsa dari pecandu narkotika. Melalui rehabilitasi narkotika yang komprehensif dan berkesinambungan, tujuan dan sasaran yang tepat dalam pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika dapat diwujudkan. Kunci keberhasilan rehabilitasi narkotika adalah

melakukan secepat mungkin. Untuk itu, diperlukan ketersediaan sarana dan prasarana termasuk sumber daya manusia yang kompeten dan profesional, serta adanya metode terapi yang tepat dan teruji. Beberapa faktor yang menghambat upaya penyelenggaraan rehabilitasi narkotika antara lain: 1) adanya konstruksi dekriminalisasi pada pengaturan penyelenggaraan rehabilitasi narkotika; (2) berkembangnya stigma negatif di masyarakat terhadap pengguna narkotika dan berkembangnya rasa malu jika diketahui sebagai pengguna narkotika; (3) minimnya kuantitas dan kualitas lembaga rehabilitasi narkotika milik pemerintah atau swasta; dan (4) kurangnya upaya preventif dan promotif. Oleh karenanya diperlukan pengaturan penyelenggaraan rehabilitasi narkotika yang bersifat humanis, sehingga amanat undang-undang yang menjadikan penyelenggaraan rehabilitasi sebagai sebuah kewajiban bagi pecandu dan korban penyalah guna narkotika dapat dilaksanakan secara maksimal. Selain itu juga diperlukan koordinasi berbagai *stakeholder* terkait.

Berkaitan dengan Undang-Undang tentang Pornografi, dari uraian sebelumnya jelas terlihat bahwa pornografi terkait berbagai dimensi, tidak hanya moral dan seksual, namun juga mencakup persoalan industri, kekerasan seksual, eksloitasi perempuan dan anak, serta penegakan hukum. UU Pornografi sejak masa penyusunannya telah menimbulkan kontroversi dan implementasinya selama delapan tahun ini pun belum sepenuhnya efektif. Masih banyak kelemahan dalam UU terutama dari segi teknis dan yuridis. Untuk melindungi perempuan dari objektifikasi dan eksloitasi perempuan melalui pornografi, maka diperlukan

pengaturan yang komprehensif dan berpihak pada perempuan. Para penegak hukum juga perlu diberikan wawasan perspektif gender agar lebih memiliki sensitivitas dan keberpihakan terhadap perempuan korban, sehingga ketika melakukan pemeriksaan terhadap perempuan tersangka pelaku pornografi, para penegak hukum harus mendalami kemungkinan perempuan tersebut adalah korban. Selain itu, harus diciptakan budaya hukum yang lebih berperspektif gender dan tidak berpotensi mudah mengkriminalisasikan perempuan. Sedangkan dari sisi penegakan hukum terkait industri pornografi, sebaiknya fokus pada sektor distribusi, antara lain aturan mengenai batasan usia tontonan; penjualan majalah dan media 'dewasa'; dan penertiban penjualan VCD/DVD.

Mengacu pada hasil pertemuan Panitia Kerja Pra-Konferensi Kesejahteraan Sosial Internasional yang ke-15, kesejahteraan sosial adalah keseluruhan usaha sosial yang terorganisasi dan mempunyai tujuan utama untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat. Upaya untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat dalam kerangka kesejahteraan sosial, termasuk di dalamnya adalah dalam bentuk peraturan perundang-undangan. Tulisan keempat dalam buku ini menekankan bahwa wacana DPR dan Pemerintah untuk melakukan revisi UU PPLH, terutama terkait pasal 69 perlu dicermati secara bersama, karena dalam praktik di lapangan, masih banyak anggota masyarakat yang melakukan pembukaan lahan dengan bakar, baik yang dilakukan secara terkendali atau pun tidak, baik yang dilakukan dalam koridor kearifan lokal ataupun tidak. Revisi UU PPLH memang diperlukan sebagai salah satu upaya untuk mencegah kembali

terjadinya bencana asap akibat kebakaran hutan dan lahan, namun revisi ini harus disertai berbagai upaya untuk melindungi masyarakat, terutama masyarakat tradisional yang selama ini masih menerapkan pembukaan lahan dengan bakar, antara lain: (1) harmonisasi berbagai peraturan perundang-undangan terkait larangan membuka lahan dengan bakar; (2) sosialisasi bahaya, dampak, dan kerugian akibat pembukaan lahan dengan bakar; (3) sosialisasi sistem PLTB; (4) fasilitasi untuk melakukan PLTB; dan (5) sosialisasi peraturan perundang-undangan tentang larangan membuka lahan dengan bakar.

Berdasarkan *Theory of Planned Behavior*, perilaku patuh terhadap peraturan yang dilihat dari tiga faktor, yaitu sikap, norma subyektif, dan *perceived behavioral control*, terlihat bahwa tiga faktor tersebut tidak mendukung intensi mereka untuk mematuhi peraturan mengenai Kawasan Dilarang Merokok (KDM). Oleh karena itu, pelaksanaan pengawasan terhadap gedung-gedung perkantoran perlu diperketat. Dalam rangka mendukung sikap, norma subyektif, dan *perceived behavioral control* yang menjadi faktor penentu intensi tersebut, pemerintah perlu secara aktif melakukan sosialisasi peraturan mengenai KDM, meningkatkan konsekuensi negatif atas pelanggaran yang terjadi di setiap area KDM, misalnya dengan pengenaan sanksi yang tegas bagi pelanggar aturan, dan mengintensifkan pengawasan.

Demikianlah penutup yang dapat disampaikan. Dengan mengetahui berbagai faktor yang mempengaruhi implementasi peraturan perundang-undangan di bidang kesejahteraan sosial, ke depan diharapkan berbagai kendala yang dapat menghambat

efektivitas implementasi dapat semakin diminimalisasi. Khusus untuk DPR, diharapkan faktor-faktor penghambat tersebut dapat lebih mendapat perhatian dan menjadi titik tolak serta fokus dalam melaksanakan fungsi pengawasan yang terkait dengan pelaksanaan berbagai peraturan perundang-undangan maupun isu yang aktual dan sedang dihadapi oleh masyarakat.

INDEKS

A

- Acep Akbar, 134, 139
Achmad Siddik Thoha, 138
Adiksi, 47, 50, 60, 61, 75
Adiktif, 156, 157, 189
Adopsi kebijakan, 19
Agama, 1, 86, 87, 88, 110
Agen pelaksana, 20, 36
Air Sugihan, 143
Aktivitas pornografi, 91
Aktivitas seksual, 89, 90
Anak-anak, 85, 90, 103, 108, 156, 159
Angka kematian, 48, 156, 160, 164
Angka kesakitan, 160, 164
Angkutan umum, 159, 171
Anja Nygren, 131
Arya Hadi Dharmawan, 131, 151
Asap rokok, 155, 160, 163, 168, 171, 174, 184, 185
Asbak, 173
Asma, 156

B

- Balai rehabilitasi, 70, 74
Bau asap rokok
Birokrasi, 20
Birokrat, 20
BNN, 47, 48, 49, 54, 58, 60, 61, 62, 67, 68, 70, 71, 74, 76, 77, 79
Bronchus, 155

C

- Catcharee Naritoom, 132
Community, 48, 68, 73, 79
Computer Based Test, 24
Consumer ignorance
Control beliefs, 181
Cyber damage, 84
Cyber pollution, 84

D

- Dampak, 64, 65, 83, 100, 103, 108, 111, 112, 119, 134, 146, 148, 155, 160, 164, 193
Darah, 1, 10, 26, 54, 55, 94, 130
Definisi pornografi, 88, 118
Derajat kesehatan, 1, 2, 21, 35
Desahan, 96, 118
Dinas Kesehatan, 4, 15, 16, 34, 35, 170
Diploma tiga, 9, 25
Dispositioni, 20
DKI Jakarta, 68, 157, 159, 160, 162, 163, 164, 165, 170, 172, 173, 174, 175, 183, 184, 185, 187, 188
Dokter, 6, 23, 26, 27, 28, 37, 44, 45

E

- Eksplorasi perempuan dan anak, 81, 117, 191
Eksplorasi seksual, 81, 104, 107, 113
Ekspresi wajah, 96, 118
Environmental crime, 84
Erotisme, 90, 92
Evaluasi, 35, 43, 76, 111, 112, 113, 124
Exit exam, 17, 24

F

- Farmasi, 27, 30, 34
Fasilitas pelayanan kesehatan, 2, 3, 15, 26, 31
Feminis anti-pornografi, 92, 95, 118
Feminis liberal, 95
Film, 88, 91
Formulasi kebijakan, 19

G

- Gambaran seksual, 84, 118
Gangguan pernapasan, 156
Gaya seksual, 96, 118
Gerak tubuh, 87, 104, 105, 119
Global Crime, 84

H

- H.G. Quaritch Wales, 131
Hard pornography, 90
Hasil penelitian, 47, 161, 163, 165, 173, 183
Hepatitis C, 65, 66
Hewan, 90, 94
Hidup sehat, 1, 56, 160
HIV/AIDS, 49, 51, 65, 66, 72
Hubungan heteroseksual, 85, 87
Hubungan seks, 90
Hukum, 31, 43, 49, 67, 77, 83, 84, 111, 112, 113, 123, 124, 137, 153, 159, 167, 189
Hutan Mawas, 134, 139, 151

I

- Immense verbosity, 88
Implementasi kebijakan, 7, 19, 20, 22, 23, 27, 32, 36, 37, 38, 39
Implementasi kebijakan KDM, 161
Implementasi Undang-Undang, 74
Indikator, 50, 173, 184
Industri pornografi, 82, 85, 87, 109, 110, 117, 120, 121, 192
Infeksi saluran pernafasan, 156
Inferior, 92, 94
Intensi, 160, 161, 162, 175, 176, 177, 183, 185, 187, 188, 193
Intimacy, 97
Isu politik, 88
Izin praktik, 29, 31

J

- Jantung koroner, 155
Jenis kelamin, 98

K

- Kabupaten Barito Kuala, 136, 137, 153
Kabupaten Kepulauan Meranti, 140, 146
Kabupaten Muara Enim, 143
Kabupaten Ogan Komering Ilir, 143
Kalimantan Selatan, 136

- Kalimantan Tengah, 128, 134, 139, 146, 151
Kanker paru-paru, 156
Kanker trachea, 155
Kantor pemerintahan, 162, 163, 165, 174, 185
Kantor swasta, 162
Karsinogenik, 155
Kawasan Dilarang Merokok (KDM), 159, 189, 193
Kawasan pabrik, 165, 166, 167
Kawasan Tanpa Rokok (KTR), 157
Kearifan lokal, 127, 129, 131, 132, 133, 134, 136, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 192
Kearifan local, perubahan social, UU PPLH, Pembukaan Lahan Tanpa Bakar (PLTB)
Kebertubuhan, 96, 97, 124
Kebidanan, 7, 8, 23, 24, 30, 39, 41, 190
Kebijakan kesehatan, 21, 22, 23
Kebijakan kesehatan, Implementasi kebijakan, Tenaga kesehatan, sertifikasi, registasi, lisensi
kebijakan publik, 19, 20, 21, 27, 32, 35, 36, 40
Kecamatan Tebing Tinggi, 140
Kecanduan, 47, 52, 55, 56, 57, 60, 102
Kecemasan, 159
Kedokteran, 5, 13, 14, 23, 28, 29, 31, 34, 45, 69, 79, 100, 123
Kedokteran gigi, 5, 14, 23, 28
Kejahatan seksual, 100
Kekerasan fisik
Kekerasan psikis
Kekerasan seksual, 81, 100, 101, 108, 117, 118, 191
Kekerasan terhadap perempuan, 85, 101, 109, 117
Kelompok, 3, 15, 35, 39, 56, 65, 69, 85, 86, 88, 95, 96, 103, 105, 106, 133, 135, 164
Kematian, 55, 65, 155, 156, 188, 189

- Kematian dini, 65, 155
Kenikmatan seksual, 94
Kepatuhan, 161, 162, 163, 164, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 189
Kepatuhan perokok, 163, 164, 175
Kepatuhan seksual, 94
Keperawatan, 4, 8, 14, 15, 23, 24, 30, 39, 41, 45, 175, 184, 188
Kepuasan seksual, 97
Keputusan Menteri Kesehatan, 15, 16
Kerentanan, 93, 120, 115
Kesadaran gender, 84
Kesehatan, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 49, 51, 53, 58, 61, 65, 68, 72, 80, 99, 110, 155, 156, 158, 160, 164, 174, 175, 184, 185, 187, 188, 189, 190
Kesehatan masyarakat, 10, 22, 27, 30, 51, 156, 164, 185
Kesenangan seksual, 89, 118
Kesetaraan gender, 88, 107, 120
Kesusilaan, 106
Ketaatan, 168
Ketergantungan, 51, 53, 55, 56, 58, 60, 71, 72, 144, 152, 178
Ketertubuhan
Ketidaksetaraan gender, 84, 91, 110, 117
Keyakinan perokok, 179, 181
Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan (Komnas Perempuan), 109, 126
Komisi VIII DPR-RI, 103
Komunikasi, 18, 20, 35, 37, 82, 83, 84, 104, 117, 132, 151
Konsekuensi positif, 176, 178, 179
Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), 14
Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI), 14
Konsumen, 32, 81, 95, 96, 98
Konsumsi, 92, 96, 155, 160, 182
Konsumsi rokok, 155, 182
Konsumsi tembakau, 155
Konten, 81, 82, 84, 90, 118, 121
Konten pornografi, 82, 84, 118, 121
Korban, 6, 44, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 67, 68, 69, 71, 74, 77, 82, 85, 87, 91, 93, 99, 100, 104, 108, 112, 113, 115, 116, 118, 120, 123, 191, 192
Korban pemerkosaan, 100
Korban trafficking, 85, 93, 113, 120
Kotor, 50, 92, 94
- L**
Lapas, 50, 58, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 77
Lingkungan, 10, 20, 26, 27, 47, 38, 39, 52, 54, 56, 76, 127, 130, 131, 132, 133, 139, 141, 144, 152, 156, 164, 173, 176, 181, 184
Lisensi, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 23, 28, 29, 31, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 190
Luka, 94
- M**
Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI), 34
Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi (MTKP), 6
Manifold mechanism, 88
Masyarakat Dayak, 135, 136, 139
Media, 35, 43, 50, 51, 82, 83, 84, 88, 90, 95, 96, 98, 100, 101, 103, 104, 105, 121, 123, 124, 166, 168, 192
Media cetak, 83
Media komunikasi interaktif, 83
Media massa, 50, 88, 101, 166, 168
Media telekomunikasi, 83
Media tulisan, 83
Memar, 91, 92, 94

- Miras (minuman keras), 82
- Model pornografi, 100, 119
- Moralitas, 86, 88, 97, 108, 109, 110
- N**
- N.P. Sri Ratmini dan Yohannes, 144
- Nafsu birahi, 90
- Nama Pengarang
- NAPZA, 54
- Narkoba, 47, 48, 52, 53, 54, 63, 64, 65, 66, 70, 71, 72, 76, 79, 80, 82
- Narkotika, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 190
- Ners, 25
- Nikotin, 155, 159, 176, 178
- Nilai-nilai, 86, 97, 101, 102, 106, 139
- Non tenaga kesehatan, 27
- Norma, 1, 30, 97, 113, 133, 160, 161, 162, 176, 177, 179, 180, 181, 183, 185, 186, 188, 193
- Norma kesesilaan, 104
- Norma subyektif, 161, 162, 176, 177, 180, 181, 183, 185, 186, 193
- NP. Sri Ratmini dan Yohanes, 144
- O**
- Objek, 2, 82, 84, 91, 92, 94, 98, 99, 109, 112, 113, 118
- Objek pornografi, 91, 113, 118
- Objek seksual, 91, 92, 94
- Organ seks, 90
- Organisasi Profesi, 6, 30, 43
- P**
- Pancasila, 102
- Paparan asap rokok, 160, 161, 184
- Paper Based Test, 25
- Paru, 155, 156, 171
- Pasien, 7, 17, 21, 29, 32, 55
- Pecandu, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 190
- Pedoman Pelaksanaan Pembinaan, Pengawasan dan Penegakkan Hukum Kawasan Dilarang Merokok, 159, 167
- Pedophilia, 90
- Pekerja, 3, 65, 69, 86, 93, 159, 163, 178
- Pekerja seks, 65, 93
- Pekerja seni, 86
- Pelacur kelas rendah, 92
- Pelaksanaan, 5, 20, 23, 24, 28, 45, 49, 53, 62, 63, 67, 70, 74, 75, 79, 87, 108, 141, 157, 159, 162, 165, 167, 168, 186, 189, 190, 193, 194
- Pelanggaran pelaksanaan KDM, 168
- Pelayanan, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 21, 22, 26, 29, 31, 32, 39, 40, 61, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 79, 110
- Pelayanan kesehatan, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 12, 21, 29, 31, 32
- Pemaksaan, 85, 93, 94, 109, 115, 118
- Pemalsuan, 94, 115
- Pembangunan kesehatan, 1, 8
- Pembangunan nasional, 1
- Pembukaan lahan, 127, 128, 129, 134, 136, 137, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 192
- Pemerintah Daerah, 141, 146, 157
- Pemerintah Pusat, 157
- Pemerkosaan, 85, 91, 93, 94, 99, 100, 101, 119, 125
- Penanggung jawab tempat kerja, 165
- Pencabutan izin, 166, 168
- Penculikan, 93, 115
- Pendidikan kesehatan, 2, 3
- Pendidikan profesi, 11, 25, 33
- Pendidikan tinggi, 23, 29, 33
- Pendidikan vokasi, 5, 11, 25, 33
- Penegakan hukum, 81, 87, 117, 119, 121, 145, 166, 168, 191
- Penghentian sementara kegiatan atau usaha, 166, 168

- Penghinaan, 91, 94
 penikmat pornografi, 100, 119
 Penilaian kebijakan, 19
 Penipuan, 85, 94, 109, 115
 Penjaminan mutu, 23, 29, 31
 Penyakit, 2, 22, 55, 72, 100, 139, 155, 156
 Penyakit jantung, 156
 Penyalahguna
 Penyalahgunaan, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 62, 63, 67, 68, 69, 70, 71, 77, 79, 85, 94, 108, 115, 190
 Penyekapan, 94, 115
 Penyiksaan, 92, 94
 Penyusunan agenda, 19
 Peraturan Daerah, 109, 146, 157, 158, 189
 Peraturan Gubernur, 128, 146, 157, 158, 159, 160, 165, 188, 189
 Peraturan Menteri Kesehatan, 4, 16, 18, 33, 44, 45
 Peraturan perundang-undangan, 3, 9, 30, 31, 35, 37, 44, 129, 146, 147, 148, 156, 159, 160, 168, 170, 189, 190, 192, 193
 Perawat, 3, 4, 9, 15, 26, 27, 40, 44, 69
 Perceived behavioural control, 161, 176, 183, 184
 Perceived power, 181
 Perempuan, 81, 84, 85, 87, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 123, 124, 126, 170, 191
 Perilaku erotis, 89
 Perilaku merokok, 159, 160, 162, 164, 176, 180, 181, 183, 185, 186
 Perilaku sasaran, 161, 176
 Perilaku seksual, 100
 Peringatan tertulis, 166, 168
 Permasalahan kesehatan, 99
 Permasalahan sosial, 81
 Perokok, 155, 156, 159, 160, 163, 164, 171, 172, 174, 175, 176, 177, 178, 181, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 189
 Perokok pasif, 155, 156, 160, 188
 Persepsi, 20, 83, 133, 161, 171, 172, 176, 181
 Persoalan industri, 81, 117, 191
 Persoalan moral dan seksual, 81
 Perspektif gender, 87, 91, 107, 110, 112, 118, 120, 192
 Perubahan sosial, 132, 133, 139
 Perundang-undangan, 31, 130, 148, 151, 157, 159, 193, 194
 Petugas pengawas, 173
 Pimpinan tempat kerja
 PLTB, 146, 147, 148, 193
 Pornoaksi, 86, 87, 90, 103, 105, 119, 123
 Pornografi, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 123, 124, 125, 126, 191
 Possession and consumption, 92
 Praktik kedokteran, 14
 Prevalensi paparan asap rokok, 161
 Produsen, 59, 81
 Profesi, 3, 5, 11, 12, 13, 23, 25, 28, 30, 32, 33, 38, 40, 45
 Proporsi perokok, 160, 174
 Prostitusi, 90, 93, 120
 Provinsi, 6, 15, 62, 101, 106, 136, 140, 144, 146, 157, 159, 160, 165, 175, 187, 188
 Publik, 20, 21, 23, 27, 32, 35, 36, 43, 162, 166, 168
 Puntung rokok, 173
 Puskesmas, 53
- Q**
- Quirine M. Ketterings, 138

R

- R.H. Lauer, 132
Rambai, 143
Rape myth, 85
Rawat inap, 60, 61, 71
Rawat jalan, 55, 71
Registrasi, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 190
Rehabilitasi, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 190
Rehabilitasi, Balai Rehabilitasi, Narkoba Riau, 138, 140, 146
Rokok, 69, 155, 156, 159, 160, 163, 164, 170, 171, 172, 173, 175, 176, 178, 182, 187, 188, 189
Rumah sakit, 7, 31, 48, 49, 53, 57, 58

S

- Sanksi administrasi, 166, 168
Sanksi sosial, 180
Sarana pengaduan masyarakat, 167
Seks, 83, 85, 88, 89, 90, 95, 96, 100, 109, 116, 117, 118, 124
Seksualitas laki-laki, 92
Seksualitas perempuan, 85, 92, 96, 120
Seni, 88, 96, 104, 105, 111
Seniman, 86, 105
Sertifikasi, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 23, 28, 29, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 44, 190
Sertifikat, 4, 5, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 23, 25, 33, 40
Sertifikat kompetensi, 4, 5, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 23, 25, 33
Sertifikat profesi, 11, 25, 33
Sikap terhadap perilaku, 161, 162, 176, 183
Simbur Cahaya, 137, 153
Singular imperialism, 88

Sistem sonor, 143, 144, 145

- Sistem tetas, 137
Situs porno, 82
Soerjono Soekanto, 132, 133
Softcore pornography, 91
Sosial, 1, 20, 22, 27, 38, 39, 43, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 56, 57, 58, 59, 61, 64, 65, 67, 68, 69, 74, 75, 76, 82, 83, 88, 92, 96, 97, 98, 111, 124, 131, 132, 133, 134, 141, 148, 151, 152, 157, 165, 175, 176, 178, 180, 184, 185, 188, 190, 192, 193
Standar kompetensi, 28
Standar profesi
Stereotype, 85
Stres, 159
Striptease, 113, 114, 116, 117, 120
Stroke, 155
Suara, 91, 96, 104, 118
Sumarmi dan Amirudin, 132, 144, 152
Sumatera Selatan, 137, 143, 144, 145, 151, 152
Sumber daya manusia, 1, 38, 68, 74, 77, 191
Sumber referensi, 180
Sungai Tohor, 140, 141, 146
Surat Izin Kerja, 15
Surat Izin Praktik (SIP), 4
Surat Tanda Registrasi (STR), 4
Survei, 48

T

- Tahanan, 58, 60
Talang Nangka, 143
Tanda dilarang merokok, 173
Tar, 155
Tayangan, 86, 91
Tekanan sosial, 161, 180, 181
Tempat ibadah, 159, 171
Tempat kerja, 159, 160, 162, 163, 165, 166, 167, 170, 171, 174, 175, 178, 180, 183, 184, 185
Tempat khusus merokok, 166, 174, 177,

- 178, 179, 183, 184
- Tempat pelayanan kesehatan, 159
- Tempat praktik, 13, 14, 26
- Tempat proses belajar-mengajar, 159
- Tempat umum, 156, 159, 171
- Tenaga kebidanan, 8, 9, 39, 41
- Tenaga kefarmasian, 9, 34
- Tenaga keperawatan, 9, 14, 15, 39
- Tenaga kerja, 41, 115, 165, 166, 167
- Tenaga kesehatan, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 37, 38, 39, 40
- Tenaga medis, 5, 9, 13, 14, 21, 31, 34, 39
- Tenaga non-kesehatan, 2
- Teori objektifikasi, 99
- Theory of Planned Behavior (TPB), 161, 176
- Tia Oktaviani Sumarna Aulia, 131
- Tinjauan pornografi, 87
- Tobacco Control Support Center Indonesia, 157
- Trafficking, 93, 116, 123, 124
- Tubuh, 54, 55, 64, 85, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 105, 109, 117, 118, 123, 180
- Tubuh perempuan, 94, 99
- Tubuh plastis, 97
- Tubuh sosial, 97
- Tujuan kebijakan, 20, 23, 27, 29, 35
- Tujuan kebijakan, 27
- Tulisan, 7, 50, 51, 87, 89, 90, 91, 92, 104, 144, 190, 192
- U**
- Uji kompetensi, 4, 5, 6, 10, 11, 14, 16, 17, 23, 24, 28, 29, 31, 33, 36, 39, 41
- Ukuran kebijakan
- Undang-undang, 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 23, 24, 27, 33, 39, 41, 45, 48, 49, 51, 52, 53, 57, 63, 67, 69, 70, 71, 79, 86, 102, 104, 108, 112, 119, 124, 127, 130, 137, 146, 153, 156, 189, 190, 191
- Undang-Undang Dasar 1945, 1, 102
- Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2008 tentang Pornografi (UU Pornografi), 86
- Unna Chokkalingam dkk, 143
- Unvolitional behaviors, 176
- Upaya, 1, 2, 9, 21, 23, 24, 28, 29, 40, 47, 49, 52, 53, 54, 64, 65, 74, 76, 77, 79, 103, 111, 141, 145, 146, 147, 148, 157, 181, 190, 192
- Upaya kesehatan, 2, 9
- UU PPLH, 127, 129, 130, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 192
- V**
- Video porno, 82, 101
- Vokasi, 11, 12
- Y**
- YLKI, 162, 189
- Z**
- Zat kimia, 155

BIOGRAFI

Dina Martiany, S.H., M.Si., menyelesaikan pendidikan S1 Fakultas Hukum Universitas Lampung pada tahun 2003 dan pendidikan S2 Pascasarjana Kajian Wanita/Gender Universitas Indonesia pada Januari 2007. Saat ini menjabat sebagai Peneliti Muda Studi Khusus Gender pada Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI. Beberapa karya tulis ilmiah yang telah dipublikasikan melalui jurnal dan buku antara lain: "Kesetaraan Gender dalam *Sustainable Development Goals /SDGs*" (2015); "CSR Melalui *Microfinance* untuk Pemberdayaan Perempuan" (2015); dan "Perempuan Korban Perdagangan Orang dalam Perspektif Gender" (2015). Alamat *e-mail*: dina8333@gmail.com.

Rahmi Yuningsih, SKM, MKM, lahir di Jakarta 22 Juli 1987, merupakan Peneliti Muda Bidang Kesehatan Masyarakat pada Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI. Menyelesaikan pendidikan S1 Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia pada tahun 2009 dan pendidikan S2 Peminatan Kebijakan dan Hukum Kesehatan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia pada tahun 2014. Beberapa publikasi karya tulis ilmiah antara lain Pengembangan Profesionalisme Perawat melalui Rancangan Undang-Undang tentang Keperawatan; Dampak *MRA on Nursing Services* terhadap Profesi Perawat Indonesia; Analisis Pengadaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada Awal Jaminan Kesehatan Nasional; Tinjauan Kebijakan Pengintegrasian Jaminan Kesehatan Daerah ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional; dan Penanggulangan Wabah Penyakit Menular di Kabupaten Bantul Tahun 2014. Penulis juga terlibat dalam tim asistensi penyusunan naskah akademik dan draft RUU Keperawatan, RUU Tenaga Kesehatan, RUU Kebidanan, dan RUU Karantina Kesehatan. Email: rahmi.yuningsih@dpr.go.id atau rahmi.yuningsih@yahoo.com.

Sali Susiana, S.Sos., M.Si., Peneliti Utama (IVd) Bidang Studi Kemasyarakatan Studi Khusus Gender pada Pusat Penelitian, Badan Keahlian DPR RI. Lahir di Jakarta, 13 April 1971. Menjadi peneliti sejak tahun 1996. Pendidikan sarjana dari Jurusan Sosiologi FISIPOL Universitas Gadjah Mada (1995) dan Magister dari Kajian Wanita Program Pascasarjana Universitas Indonesia (2005). Menjadi anggota tim asistensi untuk Tim Pengawas DPR RI untuk

Perlindungan TKI (2015-2016, 2013-2014); Tim Khusus DPR RI terhadap Penanganan TKI di Saudi Arabia (2011); dan beberapa Rancangan Undang-Undang (RUU), antara lain RUU tentang Penyandang Disabilitas (2015), RUU tentang Kesetaraan dan Keadilan ~~Gender~~ (2012), dan RUU tentang Perlindungan Pekerja Rumah Tangga (2011).

Melakukan penelitian yang berkaitan dengan isu gender dan perempuan, antara lain: Pemenuhan dan Pelindungan Hak Pekerja Perempuan (2016); Implementasi Kebijakan tentang Penyelenggaraan Kesehatan Reproduksi Perempuan (2015); Penerapan Konsep Perencanaan dan Penganggaran Responsif Gender (PPRG) dalam Pembangunan Daerah (2014); Rekrutmen Perempuan Calon Anggota DPRD Provinsi: Implementasi Kuota 30% Keterwakilan Perempuan dalam Daftar Calon Anggota Legislatif Pemilu 2014 (2013); Implementasi Kebijakan Daerah dalam Penanganan Masalah Kekerasan terhadap Perempuan (2012); dan Pengarusutamaan Gender (*Gender Mainstreaming*) dalam Proses Legislasi dan Penyusunan Anggaran (2008). Menjadi editor dan kontributor dari beberapa buku yang diterbitkan oleh Pusat Penelitian dan menulis beberapa artikel mengenai isu perempuan dan gender pada jurnal ilmiah dan surat kabar, antara lain "Implementasi Undang-Undang tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga" (Jurnal Prodigy Vol. Juni 2016), "Urgensi Undang-Undang tentang Perlindungan Pekerja Rumah Tangga dalam Perspektif Feminis" (Jurnal Legislasi Indonesia Vol.7, No. 2 Agustus 2010); "Nasib UU Perlindungan Pekerja Rumah Tangga" (Kompas, 11 Agustus 2010). Terakhir menulis buku Perda Diskriminatif dan Kekerasan terhadap Perempuan (2012) dan Representasi Perempuan di Parlemen (2013). Penulis dapat dihubungi di sali.susiana@yahoo.com atau sali.susiana@dpr.go.id.

Sri Nurhayati Qodriyatun, S.Sos., M.Si. Penulis adalah peneliti di Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR dengan kepakaran Kebijakan Lingkungan. Penulis aktif melakukan penelitian berbagai masalah lingkungan. Beberapa hasil penelitian yang sudah dipublikasikan antara lain "Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat Melalui Pengelolaan Sampah Berdasarkan UU No. 18 Tahun 2008 (Jurnal, 2014), Kearifan Lokal dalam Pengelolaan Sampah (Studi Kasus Kabupaten Gianyar) (Bunga Rampai, 2014), Penanganan Kebakaran Hutan dan Lahan, Permasalahan yang belum Tersesuaikan (Bunga Rampai, 2014), Peningkatan Kesejahteraan Masyarakat Pesisir di Kota Batam Melalui Pemberdayaan Masyarakat (Jurnal, 2014),

Perlindungan Daerah Resapan Air Cekungan Bandung (Studi Kerja Sama Antar-Pemerintah Daerah di Provinsi Jawa Barat) (Bunga Rampai, 2015), Upaya Mitigasi dan Adaptasi Pemerintah Daerah dalam Menghadapi Perubahan Iklim (Bunga Rampai, 2015), Perlindungan terhadap Pengetahuan Tradisional Masyarakat atas Pemanfaatan Sumber Daya Genetik (Jurnal, 2016), Konservasi Sumber Daya Alam Hayati dan Ekosistemnya Melalui Konsesi Konservasi (Jurnal, 2016). *E-mail:* sri.qodriyatun@dpr.go.id.

Sulis Winurini, S.Psi., M.Psi. Peneliti bidang Psikologi pada Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI. Sarjana Psikologi tahun 1999. Magister Profesi Psikologi Industri dan Organisasi Universitas Indonesia tahun 2004. Minat penelitian dalam bidang psikologi, kinerja, persepsi, pembelajaran, kognisi, dan organisasi industri, sosial dan kemasyarakatan. Tulisan yang pernah diterbitkan antara lain: "Penyebab Relapse (Kembali Merokok) pada Perokok Berat Ditinjau dari *Health Belief Model*" dan "Dampak Psikososial Bencana Alam dan Peran PMI dalam Pemulihannya," *E-mail:* suliswinurini@yahoo.com.

Tri Rini Puji Lestari, S.K.M., M.Kes., perempuan, Islam, lahir di Jakarta, 8 Mei 1969. Peneliti bidang Kebijakan dan Manajemen Kesehatan pada Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI. Masuk sebagai CPNS pada 1 Maret 1998. Diangkat menjadi PNS 1 Mei 1999 dan diangkat menjadi Peneliti pada 1 Agustus 2000. Pendidikan S1 diselesaikan pada tahun 1997 dan S2 pada tahun 2004 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Depok. Sejak tahun 2000 aktif melakukan penelitian di bidang kesehatan masyarakat dan membuat karya tulis ilmiah dibukukan dan di jurnal ilmiah baik terakreditasi maupun belum terakreditasi. Karya tulis ilmiah yang sudah dihasilkan selama dua tahun terakhir diantaranya Kebijakan Penyediaan Obat di Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); Implementasi BPJS Bidang Kesehatan 2014; Pendidikan Keperawatan: Upaya untuk Menghasilkan Tenaga Perawat Berkualitas; Ketersediaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan; Peningkatan Akses Masyarakat Miskin terhadap Pelayanan Kesehatan Melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional. Alamat *e-mail:* tririni74@yahoo.com.