

**NASKAH AKADEMIK**  
**RANCANGAN PERATURAN DAERAH**  
**KABUPATEN TEGAL**

**NOMOR.....TAHUN....**

**TENTANG**  
**KAWASAN TANPA ROKOK**

**DINAS KESEHATAN**  
**KABUPATEN TEGAL**

**TAHUN 2020**

## **KATA PENGANTAR**

Bahwa pengaturan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) merupakan amanat oleh Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 khususnya Pasal 115 ayat (2). Dalam Pasal tersebut mewajibkan Pemerintah Daerah untuk membentuk pengaturan mengenai KTR. Selanjutnya dalam Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan ditegaskan bahwa pengaturan KTR di daerah harus dalam bentuk Peraturan Daerah.

Menurut WHO (2015), persentase penduduk dunia yang mengonsumsi tembakau didapatkan sebanyak 57% pada penduduk Asia dan Australia, 14% pada penduduk Eropa Timur dan Pecahan Uni Soviet, 12% penduduk Amerika, 9% penduduk Eropa Barat dan 8% pada penduduk Timur Tengah serta Afrika. Sementara itu ASEAN merupakan sebuah kawasan dengan 10% dari seluruh perokok dunia dan 20% penyebab kematian global akibat tembakau (Alamsyah, 2017). Penelitian Global Youth Tobacco menunjukkan tingkat prevalensi perokok remaja di Indonesia sudah sangat mengkhawatirkan. Diperkirakan dari 70 juta anak Indonesia, 37% atau sama dengan 25,9 juta anak Indonesia adalah perokok dan jumlah itu menjadikan Indonesia sebagai negara dengan jumlah perokok terbanyak di Asia. Seiring dengan hal tersebut hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia tahun 2018 menunjukkan bahwa terjadi peningkatan prevalensi merokok penduduk usia 18 tahun dari 7,2% menjadi 9,1%.

Kajian Badan Litbangkes Tahun 2015 menunjukkan Indonesia menyumbang lebih dari 230.000 kematian akibat konsumsi produk tembakau setiap tahunnya. Globocan 2018 menyatakan, dari total kematian akibat kanker di Indonesia, Kanker paru menempati urutan pertama penyebab kematian yaitu sebesar 12,6%. Berdasarkan data Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan 87% kasus kanker paru berhubungan dengan merokok.

Dari waktu ke waktu angka konsumsi rokok di Jawa Tengah terus meningkat, terbukti dari data BPS dari Survei Sosial Ekonomi Nasional. Persentase Merokok Pada Penduduk Umur  $\geq 15$  Tahun Menurut Provinsi (Persen) untuk Jawa Tengah mengalami peningkatan yaitu dari 27,40% (2019) menjadi 27,70% (2020). Sedangkan persentase penduduk usia 15 Tahun ke atas yang merokok dalam sebulan terakhir menurut Kabupaten/Kota dan Kelompok Umur di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2019 untuk Kab. Tegal adalah sebagai berikut 15-24 tahun

(21,01%), 25-34 tahun (33,13%), 35-44 tahun (30,07%), 45-54 tahun (30,56%), 55-64 tahun (30,65%) dan 65 tahun keatas (19,56%).Sementara berdasarkan hasil Pendataan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) jumlah Anggota Rumah Tangga yang merokok di Kab. Tegal pada tahun 2019 sebanyak 270.045 orang (21,76%) dari 1.240.868 orang yang di data..

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 rerata batang rokok yang dihisap perhari penduduk umur  $\geq 10$  tahun di Kab. Tegal adalah 11,47 batang (setara satu bungkus).Bayangkan seorang ayah dalam keluarga bisa membakar percuma Rp 344.100 sebulan dengan asumsi konsumsi rokok 80,29 batang seminggu atau sekitar 12 batang sehari, dengan asumsi rata-rata harga sebatang rokok Rp 1.000. Maka dalam satu tahun ayah tersebut mengeluarkan uang sebesar Rp 4,1 juta.

Berdasarkan fakta yuridis dan fakta empiris di atas, maka Tim Penyusun Raperda tentang KTR menyusun dan mengusulkan Naskah Akademik ini sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari Rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) Kabupaten Tegal.

## **SISTEMATIKA NASKAH AKADEMIK**

JUDUL .....	.....
KATA PENGANTAR .....	.....
DAFTAR ISI .....	.....
BAB I PENDAHULUAN .....	.....
A. LATAR BELAKANG .....	.....
B. SASARAN YANG AKAN DIWUJUDKAN .....	.....
C. IDENTIFIKASI MASALAH .....	.....
D. TUJUAN DAN KEGUNAAN .....	.....
E. METODE PENELITIAN .....	.....
BAB II KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS .....	.....
A. KAJIAN TEORETIS .....	.....
B. PRAKTIK EMPIRIS .....	.....
BAB III EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT .....	.....
BAB IV LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS .....	.....
BAB V JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN .....	.....
BAB VI PENUTUP .....	.....
A. SIMPULAN .....	.....
B. REKOMENDASI .....	.....
LAMPIRAN RANCANGAN PERATURAN DAERAH KABUPATEN TEGALTENTANG KAWASAN TANPA ROKOK .....	.....
DAFTAR PUSTAKA .....	.....

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. LATAR BELAKANG**

Konsumsi rokok merupakan masalah penting yang memiliki pengaruh signifikan terhadap kesehatan serta ekonomi rumah tangga bahkan negara. Merokok merupakan perilaku adiktif yang berisiko terhadap kesehatan. Hal ini sudah ditegaskan dalam Pasal 113 Ayat (2) Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam pasal itu dinyatakan *“Zat adiktif sebagaimana dimaksud pada Ayat (1) meliputi tembakau, produk yang mengandung tembakau, padat, cairan, dan gas yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi dirinya dan atau masyarakat sekelilingnya.”*

Seringkali kita dengar argumen perokok yang menyatakan bahwa merokok adalah hak asasi manusia (HAM). Sekilas, alasan ini terkesan masuk akal. Namun, apabila kita kaji lebih dalam, kenyataan yang ada justru berkebalikan dengan argumen tersebut. Hak setiap orang untuk menikmati udara sehatlah yang merupakan hak asasi manusia. Pasal 28 H Ayat (1) UUD 1945 menyatakan *“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”*. Indonesia juga memiliki Undang-undang Republik Indonesia No. 11 Tahun 2005 tentang Pengesahan Kovenan Internasional Tentang Hak-hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya. Pasal 12 Kovenan Internasional Tentang Hak-hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya mengatur hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental. Dalam kerangka ini, negara pihak terikat kewajiban untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi hak asasi manusia (Konvensi Wina, 1993).

Terkait dengan persepsi perokok bahwa 'merokok merupakan hak asasi', Direktur Jenderal HAM Kementerian Hukum dan HAM, Prof. Dr. Harkristuti Harkrisnowo menyatakan bahwa merokok tidak termasuk hak asasi manusia. Upaya melarang orang merokok di tempat-tempat tertentu juga bukanlah pelanggaran HAM. Dalam kenyataan, merokok umumnya berkonotasi negatif

karena ada pihak yang merasa terganggu jika perokok merokok di sembarang tempat. (Paparan ini disampaikan dalam seminar yang diselenggarakan di Hotel Gran Melia, 11 Januari 2011). Jika kembali kepada filosofi HAM, HAM merupakan hak dasar yang melekat pada martabat manusia. Salah satu bagian HAM adalah hak untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental, sebagaimana tercantum dalam Kovenan Hak Ekonomi Sosial Budaya.

Sejak tahun 2007, Indonesia merupakan negara terbesar ke-7 di dunia yang memproduksi rokok. Bahkan untuk konsumsi rokok, Indonesia menempati urutan ke-3 di dunia. Secara sederhana, dapat digambarkan bahwa dua di antara tiga laki-laki dewasa di Indonesia adalah perokok aktif. Jumlah rokok yang dikonsumsi di Indonesia pada tahun 2016 mencapai 342 miliar batang, setara dengan uang sebesar Rp 300 triliun, dan setara dengan 1.400 batang per penduduk per tahun. Sebuah angka yang fantastis dan mengkhawatirkan.

Data dari *Global Youth Tobacco Survey* tahun 2006 menunjukkan bahwa prevalensi perokok berusia 13-15 tahun adalah 24,5 % di antara laki-laki dan 2,3 % di antara perempuan muda di Pulau Sumatera dan Pulau Jawa. Angka prevalensi perokok adalah 34 % di mana prevalensi perokok laki-laki 63 %. Data Survei Ekonomi Nasional (Susenas) menunjukkan peningkatan prevalensi perokok dewasa dari 31,5 % tahun 2001 menjadi 34 % tahun 2004. Peningkatan yang signifikan juga terjadi pada perokok berusia 5-9 tahun, dari 0,4 % tahun 2001 menjadi 1,8 % tahun 2004.

Dari waktu ke waktu angka konsumsi rokok di Kabupaten Tegal terus meningkat, terbukti dari data BPS Kab. Tegal rata-rata pengeluaran per kapita sebulan menurut kelompok komoditas (rupiah) di Kabupaten Tegal pada tahun 2018 (46.818) menjadi 55.151 (2019). Kajian Badan Litbangkes Tahun 2015 menunjukkan Indonesia menyumbang lebih dari 230.000 kematian akibat konsumsi produk tembakau setiap tahunnya. Globocan 2018 menyatakan, dari total kematian akibat kanker di Indonesia, Kanker paru menempati urutan pertama penyebab kematian yaitu sebesar 12,6%. Berdasarkan data Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan 87% kasus kanker paru berhubungan dengan merokok.

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 rerata batang rokok yang dihisap perhari penduduk umur  $\geq 10$  tahun di Kab. Tegal adalah 11,47 batang (setara satu bungkus). Bayangkan seorang ayah dalam keluarga bisa membakar percuma Rp 344.100 sebulan dengan asumsi konsumsi rokok 80,29 batang seminggu atau sekitar 12 batang sehari, dengan asumsi rata-rata harga sebatang rokok Rp 1.000. Maka dalam satu tahun ayah tersebut mengeluarkan uang sebesar Rp 4,1 juta. Data ini menguatkan urgensi bahwa tingkat kecanduan rokok di Kabupaten Tegal sudah sangat mengkhawatirkan.

WHO (*World Health Organization*) menyatakan bahwa rokok merupakan penyebab kehancuran ekonomi negara berkembang. Pada saat ini, angka konsumsi rokok di Indonesia mencapai 15% pengeluaran pada kelompok keluarga berpenghasilan paling rendah. Ini angka yang sangat mengkhawatirkan. Fenomena peningkatan konsumsi rokok ini terjadi karena beberapa faktor antara lain harga rokok yang rendah, jumlah penduduk yang terus bertambah dan mekanisasi industri rokok kretek. Konsumsi per kapita penduduk dewasa Indonesia naik sebesar 9,2 % antara tahun 2001 dan 2004.

Pada tahun 2007, Indonesia memiliki penerimaan cukai rokok sebesar Rp 49 triliun dan di tahun 2009 penerimaan cukai rokok Indonesia mencapai Rp 59 triliun. Di sisi lain, biaya untuk mengobati penyakit akibat rokok pada tahun 2007 mencapai Rp 180 triliun (penelitian Soewarta Kosen, 2007) sedangkan pada tahun 2008 ditemukan bahwa kerugian akibat rokok terhadap perekonomian Indonesia adalah 338,75 triliun (Soewarta Kosen, 2008). Kerugian negara senyatanya sangat besar, namun kerugian itu seolah tidak terasa karena 75% biaya kesehatan ditanggung oleh pasien sendiri. Kenyataan ini semakin menunjukkan betapa tidak bertanggungjawabnya negara karena negara tidak memenuhi kewajiban untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi hak asasi manusia; rakyat masih harus membayar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesungguhnya merupakan haknya.

Dalam tinjauan ekonomi rumah tangga (Susenas 2005), 70% rumah tangga di Indonesia memiliki belanja tembakau dan sirih. Sebesar 11,5% belanja bulanan keluarga miskin digunakan untuk membeli rokok. Sementara di keluarga kaya, belanja rokok mencapai 9,7%. Pada keluarga yang memiliki anggota keluarga perokok, belanja tembakau yang rata-rata 10,4% total belanja keluarga (4x lipat

belanja daging, telur, dan susu) merupakan belanja kedua terbesar sesudah belanja padi-padian. Pengeluaran untuk membeli tembakau pada keluarga yang memiliki anggota keluarga perokok besarnya 3x belanja pendidikan (3,2%) dan hampir 4x belanja kesehatan (2,7%). Bisa dikatakan, keluarga yang memiliki anggota keluarga perokok lebih memilih membeli rokok daripada mengakses layanan kesehatan di puskesmas. Ini berarti terjadi misalokasi sumber daya keluarga karena belanja rokok yang berupa pemborosan dan merusak kesehatan ternyata lebih besar daripada belanja untuk investasi sumber daya manusia. Data Susenas ini dikuatkan oleh hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2010 yang menunjukkan bahwa 100% rumah tangga termiskin di Indonesia memiliki kepala keluarga yang adalah perokok.

Sebuah survei yang dilakukan di Yogyakarta berjudul *Mapping Perilaku Merokok Rumah Tangga DIY Tahun 2009* (n = 1.000 rumah tangga). Sebesar 47% pendapatan rumah tangga dibelanjakan untuk konsumsi (makan-minum). Di urutan kedua, ada belanja rokok yang mencapai 14% pendapatan rumah tangga. Angka-angka berikutnya adalah 11% pendapatan rumah tangga untuk belanja pendidikan, 5% pendapatan rumah tangga untuk belanja kesehatan, 4% pendapatan rumah tangga untuk pembayaran tagihan listrik, dan 9% untuk keperluan sosial lain. Sungguh mengkhawatirkan bahwa sumber daya keluarga justru terserap untuk belanja yang tidak bermanfaat dan merusak seperti belanja rokok.

Survei yang hasilnya kurang lebih sama juga terjadi di Kabupaten Tegal. Berdasarkan data BPS Kabupaten Tegal, kebutuhan akan beras masyarakat Kabupaten Tegal tahun 2019 adalah sebesar 11 Kg perkapita perbulan, atau jika dinominalkan sebesar Rp 51.416 perkapita perbulan. Jika Kebutuhan Beras perkapita perbulan sebesar 11 Kg tersebut dikalikan 12 bulan (1 tahun), maka jumlahnya mencapai 132 Kg perkapita. Sehingga jika jumlah pengeluaran perkapita perbulan sebesar Rp 51.416, maka dalam setahun jumlah pengeluaran perkapita menjadi Rp 616.992

Sementara jika jumlah konsumsi rokok per bulan per orang mencapai 344,1 batang, atau 80,29 batang per minggu per orang. Kemudian diambil rata-rata harga rokok Rp 1.000 per batang, dikalikan dengan jumlah konsumsi rokok per tahun per orang menjadi 4.129,2 batang, maka jumlahnya mencapai Rp 4,1 juta

per orang (perokok). Fakta tersebut jelas kontras, mengingat jumlah masyarakat miskin di Kab. Tegal pada tahun 2019 mencapai 109.940 jiwa (7,64%) lebih tinggi dari Kota Tegal (7,47%).

Dari sisi medis, dampak konsumsi rokok terhadap kesehatan telah diketahui sejak lama. Hal ini dibuktikan oleh berbagai data dan fakta yang dimuat dalam ribuan artikel ilmiah. Berbagai penelitian dan pengkajian tersebut menunjukkan hubungan kausal antara konsumsi rokok dengan terjadinya berbagai penyakit. Dari penelitian tentang tembakau dan produk-produk yang berasal dari tembakau (rokok) dapat disimpulkan bahwa produk tembakau atau rokok membahayakan kesehatan si perokok dan lingkungannya. Konsumsi rokok mengakibatkan bahaya kesehatan bagi individu (perokok aktif) dan masyarakat lingkungannya (perokok pasif) karena di dalam sebatang rokok terdapat kurang lebih 4.000 (empat ribu) zat kimia antara lain nikotin yang bersifat adiktif dan tar yang bersifat karsinogenik. Kedua zat ini dapat mengakibatkan berbagai penyakit antara lain kanker, penyakit jantung dan pembuluh darah, impotensi, *emfisema*, *stroke*, bronkitis kronik, *pneumonia*, hipertensi, TBC, dan gangguan kehamilan. Menurut data Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru (BP4) Yogyakarta, pada tahun 2009-2011 bronkitis kronis adalah jenis penyakit tertinggi yang diderita oleh para perokok. Dalam 2 tahun tersebut tercatat 16.707 orang menderita bronkitis kronis. Di peringkat kedua ada asma yang penderitanya berjumlah sekitar 7.658 orang. Penyakit berikutnya yang banyak diderita oleh seorang perokok adalah tuberkulosis yang pada tahun 2009-2010 tercatat berjumlah 7.022 orang.

Dengan kandungan ribuan zat mematikan, rokok telah menjadi faktor utama penyebab kematian yang mengancam kesehatan miliaran laki-laki, perempuan, dan anak-anak. Sampai saat ini, sebagian besar dari 1,3 miliar perokok di dunia tinggal di negara sedang berkembang yang tingkat pendapatan penduduknya masih memprihatinkan. Ironisnya, lebih dari 80 % kematian terkait rokok terjadi di negara-negara sedang berkembang (MPOWER, "Upaya Pengendalian Konsumsi Tembakau", halaman 1).

Sepuluh dari 57 juta perokok di Indonesia saat ini akan meninggal akibat penyakit yang berhubungan dengan rokok. Daftar ini diperpanjang dengan studi yang menemukan bahwa 97 juta penduduk Indonesia yang tidak merokok

terpapar asap rokok secara terus-menerus. Susenas 2004 menemukan bahwa dalam 3 dari 4 keluarga setidaknya terdapat 1 orang perokok. Diperkirakan lebih dari 43 juta atau 70% anak usia 0-14 tahun menjadi perokok pasif. Hal ini berdasarkan asumsi bahwa anak usia 0-14 tahun masih banyak tinggal di rumah bersama keluarga. Diindikasikan 45,6 juta orang atau 30,5% penduduk usia 15 tahun ke atas adalah perokok pasif di rumah. Jumlah perempuan perokok pasif diperkirakan mencapai 36,7 juta atau 4x lipat jumlah laki-laki perokok pasif. Jumlah total perempuan semua kelompok umur menjadi perokok pasif di rumah sendiri sekitar 65 juta (66% populasi perempuan). Angka-angka tersebut sangat memprihatinkan. Hal yang tidak jauh berbeda ditemukan dalam *Mapping Perilaku Merokok Rumah Tangga DIY Tahun 2009*; sebanyak 83% perokok biasa merokok di dalam rumah yang dengan sendirinya membuat anggota keluarga yang bukan perokok menjadi perokok pasif.

Ada temuan lain yang menunjukkan betapa berbahayanya asap rokok bagi perempuan. Pada perempuan yang suaminya adalah perokok, risiko terkena kanker paru 30% lebih tinggi daripada perempuan yang suaminya bukan perokok. Temuan ini dimuat dalam *Jurnal Lion International Agency for Research on Cancer (2004)*.

Selain mengancam perempuan secara bermakna, rokok juga mengancam bayi dan balita. *Jurnal Smoking and Women Health (2001)* mengungkap bahwa ibu hamil perokok pasif rentan mengalami keguguran, bayi lahir mati, bayi kurang gizi, pertumbuhan terganggu pada bayi, dan bayi lahir prematur. Semba, dkk (2007) menemukan data yang tidak kalah memprihatinkan. Di antara rumah tangga miskin (RTM) perkotaan, pada keluarga perokok ditemukan prevalensi balita berat badan sangat rendah 6,3%, balita sangat pendek 7%, dan balita sangat kurus 1%. Studi sejenis dilakukan pada tahun 2002 -2003 dengan cakupan lebih 360.000 RTM perkotaan dan pedesaan ( $P > 0,001$ ). Ditemukan bahwa tingkat kematian bayi dan balita lebih tinggi pada keluarga yang orang tuanya merokok daripada keluarga yang orang tuanya tidak merokok. Ada perbedaan bermakna dari angka kematian bayi dengan ayah merokok (6,3%) dan ayah tidak merokok (5,3%) di perkotaan. Di pedesaan, untuk aspek yang sama ditemukan angka 9,2% dibanding 6,4%. Sementara angka kematian balita di perkotaan adalah 8,1% (dengan ayah perokok) dibanding 6,6% (dengan ayah bukan perokok) dan di

pedesaan adalah 10,9% (dengan ayah perokok) dibanding 7,6% (dengan ayah bukan perokok). Studi lain di tahun 2005 yang hasilnya dimuat dalam [www.arb.ca.gov/toxic/ets/finalreport/finalreport.htm](http://www.arb.ca.gov/toxic/ets/finalreport/finalreport.htm) menunjukkan bahwa asap rokok mengakibatkan gangguan pada bayi meliputi perkembangan paru lambat, intelegensi kurang, infeksi saluran nafas, infeksi telinga, asma, dan bayi mati mendadak.

Padahal, sudah tidak terbantahkan bahwa balita dengan gizi kurang berisiko mengalami keterlambatan perkembangan mental serta meningkatkan morbiditas dan mortalitas akibat rentan terhadap penyakit. Konsekuensi jangka panjangnya: prestasi sekolah buruk, kapasitas intelektual lemah, dan kemampuan kerja kurang sehingga masalah yang timbul akibat merokok mengancam hilangnya sebuah generasi (*lost generation*).

Fenomena kematian dan kesakitan yang diakibatkan oleh konsumsi rokok sebetulnya bisa diredam melalui upaya pemerintah dengan menegakkan peraturan dan perundang-undangan yang berfungsi melindungi penduduk Indonesia yang memiliki hak untuk hidup sehat dan bebas dari paparan asap rokok.

Seluruh fakta-fakta ini menunjukkan bahwa Kabupaten Tegal memerlukan peraturan KTR. Hal ini menjadi kebutuhan yang tidak bisa ditawar dalam kerangka penghormatan, perlindungan, dan pemenuhan hak asasi manusia.

## **B. SASARAN YANG AKAN DIWUJUDKAN**

Sasaran yang akan diwujudkan dalam penyusunan naskah akademik ini adalah:

1. Tersusunnya dasar-dasar pemikiran dan prinsip-prinsip dasar terhadap materi muatan Rancangan Peraturan Daerah yang dilandasi kajian ilmiah dalam bentuk laporan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR).
2. Memuat gagasan konkret yang telah ditinjau secara sistemik, holistik, dan futuristik sehingga dapat ditinjau dari ilmu hukum dan politik hukum.

### **C. IDENTIFIKASI MASALAH**

Identifikasi masalah dalam Penyusunan Naskah Akademik Tentang Kawasan Tanpa Rokok: Bagaimana rumusan kebijakan peraturan daerah yang mengatur pengelolaan serta pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) sebagaimana diamanatkan Pasal 115 ayat (2) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan?

### **D. TUJUAN DAN KEGUNAAN**

#### 1. Tujuan

Tujuan penyusunan naskah akademik ini adalah sebagai bahan dasar yang memberikan pokok-pokok pemikiran atau gagasan dan aspirasi aktual yang berkembang baik dalam kehidupan masyarakat maupun dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah mengenai Kawasan Tanpa Rokok.

Substansi penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) nantinya akandiharapkan terwujudkan kawasan yang bersih, sehat, dan bebas asap rokok di tempat umum, sarana kesehatan, tempat belajar-mengajar, tempat ibadah dan angkutan umum. Selain itu, Perda ini diharapkan efektif dalam penerapan sanksi hukum dan sosial bagi pelanggar. Tidak kalah penting, perda ini juga diharapkan mampu mewujudkan koordinasi efektif antara pemerintah dan asosiasi publik untuk mengawal, menerapkan, dan menegakkan Perda ini.

Tujuan penerapan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Kabupaten Tegal adalah terwujudnya dan meningkatnya derajat kesehatan dan terpenuhinya hak kesehatan masyarakat, pengurangan konsumsi rokok di masyarakat khususnya dari kalangan masyarakat miskin, menurunnya jumlah perokok pemula (anak-anak dan remaja) serta meningkatnya kesejahteraan keluarga, masyarakat dan negara. Selain itu, penerapan kebijakan ini juga akan membantu dipenuhinya hak asasi manusia akan udara yang sehat, derajat kesehatan tertinggi yang dapat dicapai, serta informasi yang benar tentang bahaya merokok.

## 2. **Manfaat**

Manfaat Naskah Akademik ini adalah:

- a. Memberikan pemahaman kepada Pemerintah Kabupaten Tegal, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) Kabupaten Tegal, dan masyarakat Kabupaten Tegal secara umum mengenai urgensi, konsep dasar, dan konsep hirarki penegakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), yang wajib diacu dan diakomodasi dalam bentuk peraturan daerah yang nantinya akan mendukung terciptanya Kabupaten Tegal yang 100% bebas asap rokok.
- b. Memberikan pemahaman kepada Pemerintah Kabupaten Tegal, DPRD Kabupaten Tegal, dan masyarakat Kabupaten Tegal mengenai urgensi penyusunan peraturan daerah baru yang mendukung penegakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan terwujudnya Kabupaten Tegal 100% bebas asap rokok.
- c. Mempermudah perumusan asas-asas dan tujuan serta pasal-pasal yang akan diatur dalam peraturan daerah yang baru tentang Kawasan Tanpa Rokok.

## **E. METODE PENELITIAN**

Metode dalam hal ini adalah metode yang digunakan dalam penyusunan naskah akademik, sekurang-kurangnya memuat:

### 1. Metode Pendekatan

Metode pendekatan yang digunakan dalam penyusunan Naskah Akademik, antara lain metode yuridis normatif atau studi kepustakaan hukum.

### 2. Metode Pengumpulan dan Pengolahan Data

Metode pengumpulan dan pengolahan data yang digunakan dalam penyusunan Naskah Akademik, antara lain:

- a. Bahan hukum primer, yakni ketentuan peraturan perundang-undangan yang berhubungan dengan kedudukan, peran, dan fungsi Kabupaten Tegal sebagaimana diatur dalam (1) Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah

Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 42), (2) UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah terakhir dengan UU No. 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, dan (3) berbagai produk hukum atau peraturan perundang-undangan yang terkait dengan pengaturan mengenai kesehatan, lingkungan dan hak asasi manusia.

- b. Bahan hukum sekunder, yakni bahan bacaan atau literatur yang memberikan penjelasan terhadap bahan hukum primer seperti hasil-hasil penelitian, survei dan literatur yang terkait dengan permasalahan Kawasan Tanpa Rokok.
- c. Bahan hukum tersier, yakni bahan yang memberikan petunjuk dan penjelasan terhadap bahan hukum primer dan sekunder yang berupa kamus hukum dan ensiklopedi ilmu hukum.

Untuk mendapatkan bahan sebagaimana dimaksud di atas, metode yang digunakan antara lain adalah :

a) *Focus Group Discussion* (FGD)

FGD diharapkan dapat menggali data dan informasi yang diperlukan berhubungan dengan gagasan-gagasan pengaturan, jangkauan, objek, atau arah pengaturan mengenai KTR sesuai prinsip-prinsip rasional, kritis, obyektif, dan impersonal dari berbagai sumber

b) Studi Pustaka

Studi pustaka dilaksanakan untuk memperoleh data sekunder berupa berbagai makalah dari seminar; diskusi dengan beberapa nara sumber yang mempunyai keahlian di bidang berkaitan dengan aspek-aspek yang berkaitan dengan pengaturan mengenai KTR. Masukan dari para nara sumber merupakan satu rangkaian dalam proses penyempurnaan dan sekaligus menjaring aspirasi dari pemangku kepentingan.

3. Metode Analisis

Sesuai dengan permasalahan dan prinsip-prinsip yang perlu diperhatikan agar penyusunan naskah akademik sejalan dengan asas yang ditetapkan dalam pembentukan peraturan perundang-undangan, maka penyusunan

naskah akademik menggunakan pendekatan analisis, antara lain analisis kualitatif.

Dalam melakukan analisis, hal-hal yang diperhatikan antara lain:

- a) Aspek empiris, bahwa norma-norma yang termuat dalam ketentuan peraturan perundang-undangan ditinjau dari permasalahan saat ini dan masa mendatang dengan kehadiran suatu Rancangan Peraturan Daerah. Dalam analisis ini disampaikan hak, tugas, dan kewajiban serta tanggung jawab termasuk pembinaan, dan pengawasan atau secara umum terkait dengan pengaturan mengenai KTR;
- b) Aspek yuridis, yaitu norma-norma yang termuat dalam ketentuan peraturan perundang-undangan dan bentuk pelaksanaannya sebagai bahan materi muatan Rancangan Peraturan Daerah, dengan cara menggali berbagai dinamika dan realita dari berbagai ketentuan peraturan perundang-undangan yang terkait dengan pengaturan KTR;
- c) Aspek teori hukum, antara lain:
  - (1) Prinsip-prinsip dalam pembentukan norma termasuk perumusan sanksi administrasi dan pidana atau bentuk-bentuk pelanggaran;
  - (2) Konstruksi bentuk sanksi baik sanksi administratif maupun pidana termasuk besarnya;
  - (3) Prosedur penegakan hukum acara pidana melalui mekanisme tindak pidana ringan.
- d) Aspek bahasa hukum, bahwa perumusan dilakukan sesuai kaidah bahasa hukum namun mudah dipahami setiap orang tanpa mengabaikan kaidah Bahasa Indonesia

## **BAB II**

### **KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS**

#### **A. KAJIAN TEORETIS**

Rokok dan produk sejenisnya yang berasal dari tembakau, bila digunakan (dibakar dan diisap) dapat mengakibatkan bahaya kesehatan bagi individu (perokok aktif) dan masyarakat lingkungannya (perokok pasif). Hal ini dikarenakan di dalam tembakau (dan rokok) terdapat kurang lebih 7.000 (tujuh ribu) zat kimia antara lain nikotin yang bersifat adiktif dan tar yang bersifat karsinogenik, yang dapat mengakibatkan berbagai penyakit antara lain kanker, penyakit jantung, impotensi, penyakit darah, enfisema, bronkitis kronik, dan gangguan kehamilan (TCSC IAKMI, 2009: 93-94).

Bayi dan anak yang terpapar asap rokok menunjukkan peningkatan kemungkinan terkena infeksi saluran pernafasan bagian bawah, penyakit telinga bagian tengah, gejala penyakit saluran nafas kronik, asma, menurunnya fungsi paru yang berkaitan dengan menurunnya tingkat pertumbuhan paru, dan meningkatkan terjadinya *sudden infant death syndrome* (SIDS).

Di samping itu, penggunaan tembakau mengekalkan kemiskinan, yang berdampak pada kesehatan orang-perorangan, kesejahteraan rumah tangga dan perekonomian negara (TCSC IAKMI, 2009: 22-23). Data penelitian menyebutkan bahwa rakyat yang paling miskin di Indonesia menghabiskan 15% total pengeluaran anggaran pribadi mereka untuk rokok.

Sebagian besar (91,8%) perokok yang berumur 10 tahun ke atas menyatakan bahwa mereka melakukan kebiasaan merokok di rumah ketika bersama-sama dengan anggota keluarga lainnya (Lenni Arta F.S. Sinaga, 2008). Prevalensi perokok pasif tertinggi terdapat pada umur antara 0-14 tahun yaitu sekitar 43.018.678 orang yang merupakan 70% dari total penduduk berumur 0-14 tahun. Fakta membuktikan bahwa perilaku merokok pada usia dini sangat mempengaruhi tingkat intelegensi anak, makin tingginya jumlah perokok pada usia < 15 tahun merupakan ancaman terhadap kualitas generasi Bangsa Indonesia yang akan datang (*lost generation*).

Mutu suatu negara tergantung pada kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan rakyat dengan baik, karena negara dibentuk untuk menyelenggarakan hidup yang baik bagi semua warganya. Dengan demikian,

salah satu fungsi negara adalah memajukan kesejahteraan umum, yaitu dengan menciptakan satu basis kemakmuran bagi seluruh rakyat. Salah satu indikator kemakmuran itu adalah tingginya derajat kesehatan masyarakat dengan keserasian lingkungan. Sehat merupakan idaman setiap orang, yaitu kondisi dimana jiwa dan raga bebas dari penyakit. Bagi suatu bangsa, kesehatan adalah investasi pembangunan sekaligus modal untuk meningkatkan produktivitas warga negaranya.

Secara umum, kewajiban negara ini dibedakan ke dalam **tiga** bentuk kewajiban yaitu:

**1. Kewajiban untuk menghormati** (*obligation to respect*), meliputi;

- a. Kewajiban untuk menghormati persamaan akses atas pelayanan kesehatan dan tidak menghalangi orang-orang atau kelompok tertentu terhadap akses mereka terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia;
- b. Kewajiban untuk menahan diri dari tindakan-tindakan yang dapat menurunkan kesehatan masyarakat, seperti perbuatan yang dapat menimbulkan pencemaran;

**2. Kewajiban untuk melindungi** (*obligation to protect*), meliputi;

- a. Kewajiban untuk melakukan langkah-langkah di bidang legislasi atau pun tindakan lainnya yang menjamin persamaan akses terhadap jasa kesehatan apabila jasa tersebut disediakan oleh pihak ketiga.
- b. Kewajiban untuk melakukan langkah-langkah di bidang legislasi atau pun tindakan lainnya untuk melindungi masyarakat dari gangguan kesehatan yang dilakukan pihak ketiga.

**3. Kewajiban untuk memenuhi** (*obligation to fulfill*) meliputi;

- a. Kewajiban negara untuk membuat kebijaksanaan kesehatan nasional dan menyediakan anggaran negara untuk anggaran kesehatan;
- b. Kewajiban untuk menyediakan jasa-jasa kesehatan yang penting atau menciptakan kondisi di mana setiap individu dapat memperoleh akses yang layak dan memadai atas jasa kesehatan, termasuk di dalamnya atas asuransi kesehatan, air bersih, dan sanitasi yang memadai.

Dari ketiga kewajiban tersebut, maka hak konstitusional untuk sehat (*right to health*) adalah Hak Asasi Manusia yang dapat dijabarkan ke dalam 3 (tiga) hal yaitu:

- 1) Setiap warga negara berhak mendapatkan perlindungan kesehatan.
- 2) Setiap warga negara berhak mendapatkan pemeliharaan dan pelayanan kesehatan.
- 3) Setiap upaya, usaha, produk yang dapat mengakibatkan kesakitan atau kematian adalah melanggar Hak Asasi Manusia.

Dengan mempertimbangkan ketiga hak tersebut, maka penyusunan Raperda tentang Kawasan Tanpa Rokok didasarkan pada pertimbangan:

- a. Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menegaskan bahwa Pemerintah Negara Indonesia bertujuan untuk memajukan kesejahteraan umum;
- b. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menjamin hak setiap orang untuk mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat (Pasal 28H ayat 1) dan hak memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur (Pasal 28F);
- c. Pemerintah wajib mewujudkan mutu lingkungan hidup yang sehat, dengan memenuhi kebutuhan dasar untuk hidup sehat dan melindungi masyarakat dari ancaman bahaya yang berasal dari rokok dan produk sejenisnya, sehingga tercapai derajat kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat yang optimal;
- d. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia Pasal 9 dan 14.
- e. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa tembakau, produk yang mengandung tembakau, padat cairan dan gas bersifat adiktif yang dapat mengakibatkan bahaya bagi kesehatan individu, masyarakat, dan lingkungan, baik secara langsung maupun tidak langsung, sehingga diperlukan upaya perlindungan kesehatan masyarakat;
- f. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak Pasal 59.

Materi pokok atau substansi yang berkaitan dengan perlindungan kesehatan masyarakat dari dampak hasil tembakau meliputi:

### 1. Perlindungan kesehatan masyarakat

- a. Negara memberikan perlindungan terhadap seluruh warga, khususnya anak-anak dari promosi, sponsor, dan iklan rokok;
- b. Negara berkewajiban melindungi masyarakat dari paparan asap rokok orang lain;
- c. Negara berkewajiban menyelenggarakan komunikasi, informasi, dan edukasi tentang bahaya rokok;
- d. Negara berkewajiban menyediakan layanan pengobatan penyakit akibat rokok;
- e. Negara berkewajiban menyediakan klinik berhenti merokok; dan
- f. Perokok pasif harus dilindungi terhadap bahaya nikotin dan zat-zat berbahaya lainnya yang terkandung dalam asap rokok.

### 2. Pengaturan Kawasan Tanpa Rokok (KTR)

Norma-norma yang dapat dibuat antara lain adalah:

- a. Larangan merokok di fasilitas kesehatan, tempat proses belajar-mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, sarana olahraga, tempat kerja, dan tempat umum;
- b. Larangan diadakan fasilitas khusus merokok di dalam dan luar gedung;
- c. Larangan mengiklankan, mempromosikan dan memberikan sponsor rokok di seluruh wilayah Kabupaten Tegal;
- d. Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib menetapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) melalui regulasi;
- e. Pimpinan atau Pengelola suatu tempat umum wajib menjalankan dan mengawasi jalannya KTR; dan
- f. Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib mengadakan sosialisasi akibat rokok bagi kesehatan pribadi, keluarga, masyarakat, lingkungan hidup, dan bangsa secara menyeluruh, efisien, dan efektif.

### 3. Partisipasi masyarakat

Norma yang dapat dibuat antara lain adalah:

- a. Setiap warga atau kelompok masyarakat, pimpinan institusi, lembaga swadaya masyarakat (LSM), organisasi kemasyarakatan yang bergerak di bidang kesehatan dapat berpartisipasi secara aktif untuk memberikan masukan sekaligus pengawasan terhadap jalannya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok;
- b. Masyarakat, termasuk organisasi sosial kemasyarakatan, dapat melakukan gugatan publik: gugatan perwakilan kelompok (*class action*), hak gugat LSM (*legal standing*), dan gugatan oleh warga negara (*citizen law suit*);
- c. Masyarakat, termasuk organisasi sosial kemasyarakatan dapat menyampaikan laporan dan pengaduan atas pelanggaran Peraturan Daerah ini.

## **B. PRAKTIK EMPIRIS**

Dampak negatif penggunaan tembakau/rokok pada kesehatan telah lama diketahui, dan umumnya penyakit kanker paru merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia. Penelitian di Inggris yang dilakukan oleh *Medical Research Council* pada tahun 2007 membuktikan bahwa produk tembakau merupakan zat adiktif berbahaya yang membawa kematian dan gangguan sosial yang lebih besar daripada ganja dan ekstasi.

Di samping itu, efek asap rokok yang melekat pada peralatan furniture, karpet, baju, dan lain sebagainya menimbulkan risiko kesehatan. Dengan demikian, kebijakan Kawasan Tanpa Rokok pada akhirnya akan membantu mengurangi biaya kesehatan masyarakat yang selama ini masih ditanggung oleh masyarakat dan negara secara bersama-sama.

Studi yang dilakukan oleh Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia (UI) menemukan bahwa pengeluaran untuk rokok pada keluarga miskin ternyata lebih besar daripada kelompok keluarga kaya. Pada keluarga miskin pengeluaran untuk rokok sebesar 12,5% pendapatan, sementara kelompok keluarga kaya hanya 9,3% pendapatan. Sementara pengeluaran untuk rokok pada keluarga miskin jauh lebih besar dibanding pengeluaran untuk makanan bergizi, pendidikan, dan kesehatan. Pengeluaran untuk rokok 15 kali lipat pengeluaran untuk daging, 8 kali lipat pengeluaran untuk telur dan susu, 8

kali lipat pengeluaran untuk kesehatan, dan 6 kali lipat pengeluaran untuk pendidikan (Sonny HB Harmadi, 2011).

Penelitian Semba (Hellen Keller International) pada tahun 2006 menunjukkan bahwa kebiasaan merokok kepala keluarga miskin perkotaan di Indonesia memicu malnutrisi (gizi buruk) pada balita. Dengan demikian, pengendalian konsumsi rokok justru akan membantu mengurangi kemiskinan dan memperbaiki kesehatan serta status gizi di kalangan masyarakat miskin.

Mengonsumsi rokok berkaitan dengan pembuatan keputusan atas dasar pengetahuan yang telah dimiliki (*informed decision*) tentang bagaimana seseorang membelanjakan uangnya (hak konsumen). Asumsi dasarnya adalah bahwa perokok membuat pilihan berdasarkan pengetahuan dengan kesadaran penuh akan untung ruginya merokok.

Merokok biasanya dimulai sejak remaja atau menjelang dewasa. Rata-rata perokok di Indonesia mulai merokok karena terbiasa melihat anggota keluarganya yang merokok. Remaja mempunyai kemampuan terbatas untuk membuat keputusan. Menghindarkan keinginan merokok pada anak-anak dan remaja serta memberikan perlindungan bagi orang yang tidak merokok menjadi hal yang penting untuk menciptakan generasi yang sehat di masa mendatang.

Data konsumsi rokok di dunia cenderung menurun khususnya di negara-negara maju. Keadaan sebaliknya, di negara-negara berkembang konsumsi rokok justru meningkat, karena ketiadaan atau lemahnya regulasi dan pengawasan. Data perbandingan ini membuktikan bahwa menurunnya konsumsi rokok di negara-negara maju dengan sendirinya membawa peningkatan derajat kesehatan ---baik secara individu, keluarga, masyarakat dan negara--- maju secara pesat.

Keadaan Indonesia yang masih menghadapi masalah tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) ternyata didukung oleh angka tingginya ibu dan janin yang menghirup asap rokok di lingkungan keluarga. Diperkirakan lebih dari 97% penduduk Indonesia terpapar secara tetap pada asap tembakau lingkungan di rumah mereka sendiri, 43 juta di antaranya adalah anak-anak usia 0-14 tahun. Data dari GYTS (2006), anak yang berusia 13-15 tahun sebanyak 81% terpapar asap rokok di tempat umum, dan data ini merupakan tertinggi di dunia. Perokok pasif mempunyai risiko terkena penyakit akibat rokok sama besarnya dengan perokok aktif, namun risiko ini tidak banyak diketahui orang.

Dari sisi kesehatan, bahaya perilaku merokok sudah merupakan hal yang tidak terbantahkan lagi. Hasil penelitian terbaru menunjukkan rokok mengandung lebih dari 7.000 zat kimia di mana 69 di antaranya terkonfirmasi merupakan zat karsinogenik/pemicu terjadinya kanker/keganasan (Surgeon General, 2010). Kandungan terbesar dari rokok adalah nikotin yang bersifat adiktif. Selain itu ada banyak zat lain seperti tar, aseton, karbonmonoksida, formalin, dll. Dari sisi medis, dampak konsumsi rokok terhadap kesehatan telah diketahui sejak lama. Hal ini dibuktikan oleh berbagai data dan fakta yang dimuat dalam ribuan artikel ilmiah. Berbagai penelitian dan pengkajian tersebut menunjukkan hubungan kausal antara konsumsi rokok dengan terjadinya berbagai penyakit. Menurut penelitian Mathers dan Loncar (2006), berdasarkan data WHO dan Bank Dunia, beberapa penyebab utama kematian terkait tembakau adalah:

1. Kanker (33%), terutama trakea, bronkus, dan kanker paru-paru (18%)
2. Penyakit kardiovaskular (29%), termasuk penyakit jantung iskemik (14%), penyakit serebrovaskular/pembuluh darah otak (8%), dan penyakit kardiovaskuler lainnya (4%)
3. Penyakit pernapasan kronis (29%), terutama terkait dengan penyakit paru obstruktif kronik (27%)
4. Penyakit lain: diabetes mellitus (2%), TB (1%), infeksi saluran pernafasan bawah (2%), penyakit pencernaan (3%).

Merokok juga sudah dinyatakan sebagai faktor resiko berbagai penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler), seperti : *peripheral vascular disease/PVD* (penyakit pembuluh darah tepi), *aortic aneurysm* (pelebaran/penggelembungan pembuluh darah aorta), penyakit jantung koroner dan stroke. Dua belas persen kematian di China berhubungan dengan rokok (22% penyakit saluran pernafasan, 16% penyakit keganasan/kanker dan 9% penyakit pembuluh darah). Merokok menyumbang 30% kematian karena kardiovaskular di Asia Tenggara dan Pasifik (Niu, et. al, 1998, WHO 2002).

**BAB III**  
**EVALUASI DAN ANALISIS**  
**PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT**

Peraturan Daerah merupakan salah satu jenis peraturan perundang-undangan dan merupakan bagian sistem hukum nasional yang berdasarkan Pancasila. Pada saat ini Peraturan Daerah mempunyai kedudukan yang sangat strategis karena diberikan landasan konstitusional yang jelas sebagaimana diatur dalam Pasal 18 Ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Sesuai dengan ketentuan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan Republik Indonesia, yang dimaksud dengan Peraturan Daerah (Perda) adalah “peraturan perundang-undangan yang dibentuk oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dengan persetujuan bersama Kepala Daerah”. Definisi lain Peraturan Daerah berdasarkan ketentuan Undang-Undang Republik Indonesia tentang Pemerintah Daerah adalah peraturan perundang-undangan Republik Indonesia yang dibentuk bersama oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dengan Kepala Daerah baik di Provinsi maupun di Kabupaten/Kota.

Dalam ketentuan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, Peraturan Daerah dibentuk dalam rangka penyelenggaraan otonomi daerah Provinsi dan tugas pembantuan serta merupakan penjabaran lebih lanjut dari peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi dengan memperhatikan ciri khas masing-masing daerah<sup>1</sup>. Sesuai ketentuan Pasal 14 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, materi muatan Peraturan Daerah adalah dalam rangka penyelenggaraan otonomi daerah dan tugas pembantuan serta menampung kondisi khusus daerah dan/atau penjabaran lebih lanjut Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi.

Dalam harmonisasi peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan Kawasan Tanpa Rokok secara langsung maupun tidak langsung, baik peraturan nasional maupun daerah, diperoleh gambaran mengenai permasalahan yang

---

<sup>1</sup>Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tanggal 30 September 2014 tentang *Pemerintahan Daerah*, pasal 1.

dihadapi dan kondisi yang diinginkan ditinjau dari peraturan perundang-undangan. Gambaran tersebut antara lain mengenai :

1. dasar pertimbangan diperlukannya Rancangan Peraturan Daerah mengenai KTR;
2. konsepsi pengaturan dalam Rancangan Peraturan Daerah mengenai KTR telah mempertimbangkan kondisi saat ini dan kebutuhan di masa mendatang;
3. materi muatan yang akan diatur dalam Rancangan Peraturan Daerah mengenai KTR telah mengacu kepada peraturan perundang-undangan baik nasional maupun daerah yang ada secara akademik. Hal tersebut dilakukan berdasarkan hasil inventarisasi peraturan perundang-undangan yang terkait dengan KTR, baik tingkat Pusat maupun Daerah terutama dalam mengidentifikasi masalah terkait KTR.

Setelah dilakukan pencermatan, terdapat peraturan perundang-undangan yang terkait dengan Kawasan Tanpa Rokok di Kabupaten Tegal. Beberapa peraturan perundang-undangan tersebut antara lain adalah:

1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 42);
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5678);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik

Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);

5. Peraturan Bersama Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 188/MENKES/PB/I/2011 dan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 49).

Setelah dievaluasi berdasarkan substansi pokok pengaturan mengenai KTR, beberapa peraturan perundang-undangan juga mengamanahkan agar penetapan kawasan tanpa rokok dilakukan oleh Pemerintah Daerah dalam bentuk Peraturan Daerah. Hasil evaluasi peraturan perundang-undangan tersebut sebagai berikut:

No.	Peraturan Perundang-undangan	Pasal yang mengatur	Substansi pengaturan
1.	Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan	Pasal 115 ayat (2)	Pemerintah Daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya
2.	Peraturan Bersama Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 188/MENKES/PB/I/2011 dan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok	Pasal 6 ayat (1)	Ketentuan lebih lanjut mengenai Kawasan Tanpa Rokok di Provinsi diatur dengan Peraturan Daerah Provinsi

## **BAB IV**

### **LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS**

#### **A. Landasan Filosofis**

Terlindunginya penduduk Kabupaten Tegal dari bahaya akibat paparan zat beracun asap rokok orang lain adalah hak hidup manusia yang paling fundamental. Di Kabupaten Tegal, pemahaman akan hak individu untuk mengisap udara bersih yang bebas dari asap rokok, masih belum merata di masyarakat. Hak orang menikmati udara sehat adalah hak konstitusional, dalam arti hak tersebut ditempatkan dalam peraturan yang tertinggi di Indonesia. Pasal 28 H ayat (1) UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945 disebutkan bahwa: "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan". Pemenuhan akan hak tersebut merupakan suatu keharusan, dalam arti pemerintah seharusnya memaksimalkan upaya pemenuhan atas hak tersebut.

Sistem perlindungan kesehatan kepada warga Kabupaten Tegal terhadap bahaya asap rokok yang saat ini merupakan agenda yang mendesak sehingga nantinya ada perangkat hukum yang diperlukan untuk menciptakan Kabupaten Tegal 100% bebas asap rokok. Karena itu, strategi penyempurnaan yang paling tepat adalah dengan mengesahkan sebuah peraturan daerah baru yang tidak hanya mengategorikan rokok sebagai materi yang berbahaya bagi kesehatan, tetapi juga mampu mendefinisikan denda dan sanksi yang rasional bagi pelanggar, dan mampu mengawal penerapan peraturan Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

#### **B. Dasar Sosiologis**

Asap rokok adalah *human carcinogen* atau penyebab kanker pada manusia karena mengandung 7.000 bahan kimia berbahaya, yang 69 di antaranya penyebab kanker (Surgeon General, 2010). Asap rokok terdiri dari asap utama yang dihisap oleh perokok dan asap sampingan yang keluar dari ujung rokok yang menyala dan bertebaran di udara.

Di ruangan tertutup, partikel racun akan menempel di dinding, karpet, lantai, dan benda-benda di sekitar, yang akan terhirup oleh orang lain. Demikian pula yang terjadi di ruang khusus untuk merokok di tempat-tempat umum tertutup. Sekalipun ruang-ruang itu dilengkapi dengan ventilasi atau penyaring udara, perlengkapan ventilasi atau penyaring udara ini terbukti tidak efektif menyedot racun.

Pembuatan ruang merokok di tempat umum tertutup sebenarnya tidak memberikan perlindungan sesungguhnya bagi non perokok karena kontaminasi asap rokok dapat menyebar melalui AC sentral atau pun melalui buka-tutup pintu. Pembagian '*smoking*' dan '*non smoking*' area di satu ruang yang sama juga merupakan tindakan sia-sia karena tetap saja asap rokok menyebar ke mana-mana termasuk ke ruang '*non smoking*' tersebut. Di samping itu, tidak ada batas aman bagi paparan asap rokok orang lain. Orang non perokok yang ikut mengisap asap rokok orang lain juga memiliki risiko yang sama bahkan lebih jika dibandingkan dengan perokok yang aktif.

Sikap permisif terhadap perilaku merokok di sembarang tempat tanpa ada aturan yang membatasi, membuat perokok merasa berhak merokok di mana-mana tanpa merasa bahwa dirinya telah melanggar hak orang lain. Sebagian besar dari mereka memang tidak tahu atau tidak pernah percaya bahwa asap rokoknya membahayakan orang lain, sementara sebagian lagi tidak peduli karena selama bertahun-tahun dimanjakan oleh lingkungan untuk mengepulkan asap rokok di mana pun dan kapan pun.

Ketika masyarakat belum sepenuhnya memahami risiko bahaya asap rokok orang lain, Pemerintah berkewajiban menegakkan peraturan yang efektif melindungi warganya. Keseriusan pemerintah dapat ditengarai dengan upaya kampanye berkesinambungan meningkatkan pemahaman masyarakat, kerjasama dengan pengelola tempat umum dan tempat kerja untuk melakukan pemantauan setempat dan tindakan lain yang diperlukan.

Mengubah kebiasaan membutuhkan waktu dan ketekunan yang dapat didorong melalui upaya hukum sampai terciptanya norma yang diinginkan.

Perlindungan efektif akan diperoleh ketika masyarakat sendiri paham akan hak hidupnya dan secara aktif melakukan tindakan melindungi diri-sendiri dan lingkungannya dari asap rokok orang lain dengan mengingatkan para perokok untuk merokok di luar gedung, atau di udara terbuka.

Peraturan Daerah yang baru ini nantinya diharapkan akan mampu mengisi kekosongan hukum yang selama ini selalu dimanfaatkan oleh para pelanggar sehingga upaya mewujudkan warga Kabupaten Tegal dapat menikmati kehidupan yang sehat tanpa asap rokok.

### **C. Dasar Yuridis**

Pemerintah Kabupaten Tegal secara normatif telah mendapatkan delegasi kewenangan dari UU No. 36 Tahun 2009 Pasal 115 ayat (2) yang menyatakan bahwa: "Pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya". Kewenangan Pemerintah Kabupaten Tegal untuk mengatur kawasan tanpa rokok melalui peraturan daerah adalah kewajiban normatif yang harus ditunaikan. Dengan adanya perintah yang bersifat delegatif tersebut, maka tiada pilihan bagi Kabupaten Tegalselain harus segera melaksanakan perintah tersebut.

**BAB V**  
**JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN,**  
**DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN**

**A. LANDASAN KONSTITUSIONAL**

Konstitusi mengamanatkan pemikiran para *Founding Fathers* Republik Indonesia untuk ”melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial”, sebagaimana termaktub dalam Pembukaan Alinea ke-empat, Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan RI 1945, sebagai amanat yang harus dilaksanakan oleh penyelenggara Negara. Penyelenggara Negara harus melaksanakan seluruh amanat Konstitusi tersebut, bersama-sama dengan berbagai Undang-Undang turunannya, terutama yang menyangkut: Kesehatan dan lingkungan hidup yang sehat merupakan hak asasi manusia yang sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar 1945 (Republik Indonesia, 1945) serta Undang-Undang No 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.

Pasal 28H Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Pasal 28J ayat 1 Setiap orang wajib menghormati hak asasi manusia orang lain dalam tertib kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara.

**B. DASAR PERTIMBANGAN**

Dasar pertimbangan perlunya peraturan KTR adalah: Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 serta Undang-Undang No 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.

1. UNDANG-UNDANG DASAR NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 1945

a) Pembukaan alinea keempat

Kemudian dari pada itu untuk membentuk suatu Pemerintah Negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial, maka disusunlah Kemerdekaan Kebangsaan Indonesia itu dalam suatu Undang-Undang Dasar Negara Indonesia, yang terbentuk dalam suatu susunan Negara Republik Indonesia yang berkedaulatan rakyat dengan berdasarkan kepada Ketuhanan Yang Maha Esa, Kemanusiaan Yang Adil dan Beradab, Persatuan Indonesia dan Kerakyatan yang dipimpin oleh hikmat kebijaksanaan dalam Permusyawaratan/Perwakilan, serta dengan mewujudkan suatu Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

b) Pasal 28H

Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

c) Pasal 28J ayat (1)

Setiap orang wajib menghormati hak asasi manusia orang lain dalam tertib kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara.

2. UNDANG – UNDANG NO. 39 TAHUN 1999 TENTANG HAK ASASI MANUSIA

Bab III, Pasal 9 ayat (3); Setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat.

Bab III, Pasal 52; Setiap anak berhak atas perlindungan oleh orang tua, keluarga, masyarakat, dan negara. Hak anak adalah hak asasi manusia dan untuk kepentingannya hak anak itu diakui dan dilindungi oleh hukum bahkan sejak dalam kandungan.

Bab III, Pasal 53 ayat (1);

Setiap anak sejak dalam kandungan berhak untuk hidup, mempertahankan hidup, dan meningkatkan taraf kehidupannya.

Bab IV, pasal 69 ayat (1);

Setiap warga negara wajib menghormati hak asasi manusia orang lain, moral, etika dan tata tertib kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara.

Bab IV, pasal 69 ayat (2);

Setiap hak asasi manusia seseorang menimbulkan kewajiban dasar dan tanggung jawab untuk menghormati hak asasi orang lain secara timbal-balik serta menjadi tugas pemerintah untuk menghormati, melindungi, menegakkan, dan memajukannya.

3. UNDANG-UNDANG No 13 Tahun 2003 TENTANG KETENAGAKERJAAN

Pasal 86: Setiap pekerja atau buruh mempunyai hak untuk memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, moral dan kesusilaan dan perlakuan yang sesuai dengan harkat, martabat serta nilai-nilai agama.

Anak-anak mempunyai hak yang khusus untuk tumbuh dan berkembang di lingkungan yang sehat, salah satunya harus bebas asap rokok.

4. UNDANG-UNDANG NO. 23 TAHUN 2002 TENTANG PERLINDUNGAN ANAK

Bab III, Pasal 4; Setiap anak berhak untuk dapat hidup, tumbuh, berkembang, dan berpartisipasi secara wajar sesuai dengan harkat dan

martabat kemanusiaan, serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

Bab IX, Pasal 45 ayat 1; Orang tua dan keluarga bertanggung jawab menjaga kesehatan anak dan merawat anak sejak dalam kandungan.

Bab IX pasal 46; Negara, pemerintah, keluarga, dan orang tua wajib mengusahakan agar anak yang lahir terhindar dari penyakit yang mengancam kelangsungan hidup dan/atau menimbulkan kecacatan.

## 5. UNDANG-UNDANG NO. 36 TAHUN 2009 TENTANG KESEHATAN

Amanat Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 Pasal 115 ayat

- (1) Kawasan Tanpa Rokok antara lain :
- a. fasilitas pelayanan kesehatan;
  - b. tempat proses belajar-mengajar;
  - c. tempat anak bermain;
  - d. angkutan umum;
  - e. tempat kerja; dan
  - f. tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan

Pasal 115 ayat (2); Pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya.

### C. SISTEMATIKA RAPERDA KTR

#### 1. Ketentuan Umum

Ketentuan umum, sesuai dengan Undang-undang Nomor 12 Tahun 2011, berisi batasan pengertian atau definisi, singkatan atau akronim yang digunakan dalam peraturan, dan atau hal-hal bersifat umum yang berlaku bagi pasal-pasal berikutnya antara lain ketentuan yang mencerminkan asas, maksud, dan tujuan. Dengan merujuk pada ketentuan tersebut, Rancangan Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok ini memuat ketentuan umum yang dirumuskan sebagai berikut :

1. **Daerah adalah** Kabupaten Tegal.
2. **Pemerintah Daerah adalah** BuTegaldan perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.

3. **BuTegal** adalah Kabupaten Tegal.
4. **Dewan Perwakilan Rakyat Daerah yang selanjutnya disebut DPRD** adalah Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Tegal.
5. **Kesehatan adalah** keadaan sehat baik secara fisik, mental, sosial dan budaya yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi.
6. **Rokok adalah** hasil olahan tembakau terbungkus termasuk cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *Nicotiana Tabacum*, *Nicotiana Rustica*, dan spesies lainnya atau sintetisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan.
7. **Merokok adalah** kegiatan membakar dan/atau mengisap rokok.
8. **Perokok Aktif** adalah setiap orang yang secara langsung mengisap asap rokok dari rokoknya yang sedang dibakar.
9. **Perokok Pasif** adalah setiap orang yang tidak langsung atau terpaksa mengisap asap rokok dari asap perokok aktif.
10. **Kawasan Tanpa Rokok** adalah tempat, ruangan, dan/atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan rokok.
11. **Tempat umum** adalah sarana yang diselenggarakan oleh Pemerintah, swasta atau perorangan yang digunakan untuk kegiatan bagi masyarakat termasuk tempat umum milik pemerintah daerah, pemerintah pusat, gedung perkantoran umum, tempat pelayanan umum, tempat perbelanjaan, tempat rekreasi, dan sejenisnya.
12. **Tempat pelayanan kesehatan adalah** tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah, swasta, yayasan, lembaga sosial, perorangan dan/atau Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM).
13. **Tempat Proses Belajar-mengajar adalah** tempat tertutup dan/atau terbuka yang dimanfaatkan untuk kegiatan belajar dan mengajar dan/atau pendidikan dan/atau pelatihan baik bersifat formal ataupun non-formal.

14. **Arena kegiatan anak-anak sekolah adalah** tempat dan/atau kawasan yang diperuntukkan kegiatan anak-anak, seperti Tempat Penitipan Anak (TPA), tempat pengasuhan anak, arena bermain anak-anak, atau sejenisnya.
15. **Tempat Ibadah** adalah tempat yang digunakan untuk kegiatan ibadah keagamaan seperti: masjid, gereja, pura, vihara, dan klenteng.
16. **Angkutan Umum** adalah alat angkutan bagi masyarakat yang dapat berupa kendaraan darat, air, dan udara yang disediakan dengan dipungut bayaran.
17. **Tempat Kerja** adalah ruang tertutup dan atau terbuka yang bergerak atau tidak bergerak tempat tenaga kerja bekerja atau yang sering dimasuki tenaga kerja dan terdapat sumber-sumber bahaya.
18. **Pengelola, pimpinan dan/atau penanggung jawab gedung** adalah orang dan/atau badan hukum yang karena jabatannya memimpin dan/atau bertanggung jawab atas kegiatan dan/atau usaha di tempat atau kawasan yang ditetapkan sebagai kawasan tanpa rokok, baik milik pemerintah maupun swasta.
19. **Tim Pengawas**, yang selanjutnya disebut Tim, adalah pejabat Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Pemerintah Daerah dan/atau anggota masyarakat yang ditunjuk oleh BuTegal dan dikoordinasikan kepada DPRD yang mempunyai tugas untuk membina dan mengawasi pelaksanaan kegiatan perlindungan bagi masyarakat bukan perokok.

## **2. Materi Pokok yang diatur**

### **(1) Asas, dan Tujuan**

#### (a) Asas

Pengaturan dan penetapan Kawasan Tanpa Rokok berasarkan pada:

- a. kepentingan kualitas kesehatan manusia;
- b. keseimbangan;
- c. kemanfaatan;
- d. keterpaduan;
- e. keserasian;

- f. partisipasi;
- g. keadilan;
- h. transparansi dan akuntabilitas;

(b) Tujuan

Tujuan pengaturan tentang Kawasan Tanpa Rokok adalah:

- a. Menciptakan ruangan, kawasan, dan area yang sehat dan bersih dari asap rokok.
- b. Menciptakan wilayah Kabupaten yang bebas dari iklan rokok.
- c. Meningkatkan derajat kesehatan melalui peningkatan pengetahuan, pemahaman, kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat Kabupaten dalam menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat;
- d. Melaksanakan amanat Pasal 115 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang mewajibkan Pemerintah Daerah membuat Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok.

Misi yang hendak dicapai dalam Penetapan Kawasan Tanpa Rokok adalah:

- a. Membuat kebijakan 100 % kawasan tanpa asap rokok.
- b. Membuat kebijakan 100% wilayah tanpa iklan rokok.
- c. Semua orang harus terlindung dan/atau bebas sepenuhnya dari paparan asap rokok.
- d. Tidak ada ruang merokok di Kawasan Tanpa Rokok.
- e. Pemaparan asap rokok pada orang lain melalui kegiatan merokok, atau tindakan mengizinkan dan atau membiarkan orang merokok di kawasan tanpa rokok adalah bertentangan dengan hukum.

## **(2) Kawasan Tanpa Rokok**

Ruang lingkup dan objek yang akan diatur oleh Peraturan Daerah ini adalah 8 Kawasan Tanpa Rokok atau KTR, yang meliputi:

- a. tempat umum;
- b. tempat kerja;
- c. tempat peribadatan;
- d. Tempat olahraga
- e. tempat bermain dan/atau berkumpulnya anak-anak;
- f. kendaraan angkutan umum;
- g. tempat proses belajar-mengajar; dan
- h. tempat layanan kesehatan.

### **(3) Tugas dan kewenangan pemerintah daerah**

Dalam pelaksanaan penetapan kawasan tanpa rokok Pemerintah Daerah bertugas:

- a. memberikan layanan serta akses komunikasi, informasi, dan edukasi yang benar kepada masyarakat tentang bahaya konsumsi rokok;
- b. melakukan koordinasi lintas lembaga pemerintah maupun dengan masyarakat;
- c. meningkatkan kuantitas dan kualitas tenaga penyuluh kesehatan dan komponen masyarakat dalam upaya pencegahan konsumsi rokok;
- d. memfasilitasi terbentuknya klinik berhenti merokok.

Dalam pembinaan pelaksanaan kawasan tanpa rokok, Pemerintah Daerah berwenang menetapkan kebijakan tentang:

- a. pengawasan pelaksanaan kawasan tanpa rokok;
- b. pengurangan dampak buruk akibat paparan asap rokok;
- c. tempat pelayanan komprehensif pengurangan dampak buruk; dan
- d. perlindungan kepentingan masyarakat terhadap paparan asap rokok.

### **(4) Hak dan Kewajiban**

Hak dan kewajiban dibagi menjadi dua bagian. Bagian pertama adalah hak dan kewajiban perseorangan. Hak orang terdiri dari: (a) hak untuk mendapatkan udara yang bersih dan sehat; (b) hak mendapat informasi dan edukasi yang benar mengenai bahaya asap rokok; dan hak mendapatkan informasi mengenai Kawasan Tanpa Rokok. Sementara untuk kewajiban, setiap orang wajib tidak merokok di Kawasan Tanpa Rokok.

Sementara untuk yang berbentuk badan, maka yang diatur hanya kewajiban saja. Kewajiban pemilik, pengelola, manajer, pimpinan dan/atau penanggung jawab gedung adalah:

- a. melarang orang merokok di Kawasan Tanpa Rokok pada tempat dan atau lokasi yang menjadi tanggung jawabnya.
- b. memasang tanda-tanda dilarang merokok di semua pintu masuk utama dan di tempat-tempat yang dipandang perlu dan mudah terbaca atau pengumuman yang dapat berupa pamflet dan/atau audio visual serta dapat dilihat dan didengar dengan baik di Kawasan Tanpa Rokok pada tempat dan/atau lokasi yang menjadi tanggung jawabnya.
- c. melakukan pengawasan internal pada tempat dan/atau lokasi yang menjadi tanggung jawabnya.

#### **(5) Pembinaan dan Pengawasan**

BuTegalmelakukan pembinaan umum atas terlaksananya perlindungan warga masyarakat dari bahaya rokok dengan mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok.

Pembinaan dilakukan dengan tindakan :

- a. Menyebarluaskan informasi dan sosialisasi Kawasan Tanpa Rokok melalui media cetak dan elektronik.
- b. Koordinasi dengan seluruh instansi, elemen organisasi masyarakat, kalangan pendidikan, tokoh-tokoh masyarakat, dan tokoh-tokoh agama.

- c. Memotivasi dan membangun partisipasi serta prakarsa masyarakat untuk hidup sehat tanpa asap rokok dengan melakukan kampanye Kawasan Tanpa Rokok.
- d. Merumuskan kebijakan-kebijakan yang terkait dengan perlindungan masyarakat dari paparan asap rokok; dan
- e. Melakukan kerja sama dengan badan-badan atau lembaga-lembaga nasional maupun internasional dalam upaya melindungi masyarakat dari paparan asap rokok.
- f. Melakukan pembinaan dan pengarahan pemilik, pengelola, manajer, pimpinan dan/atau penanggung jawab gedung pada Kawasan Tanpa Rokok untuk mengefektifkan tempat-tempat yang dimiliki atau dikelolanya agar benar-benar menjadi kawasan tanpa rokok.
- g. Melakukan kunjungan atau inspeksi mendadak ke lokasi Kawasan Tanpa Rokok.
- h. Membentuk Tim Pengawas yang bertugas mengawasi jalannya pelaksanaan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.

Dalam melaksanakan tugasnya, Tim Pengawas mempunyai kewenangan untuk masuk ke Kawasan Tanpa Rokok, baik siang maupun malam atau selama jam kerja maupun di luar jam kerja, untuk melakukan supervisi pelaksanaan Peraturan Daerah ini. Tim ini juga dapat melakukan inspeksi mendadak serta dapat berkoordinasi dengan Pimpinan Lembaga dan Badan yang lain. Pembinaan terhadap pelaksanaan teknis peraturan daerah oleh SKPD yang membidangi kesehatan berkoordinasi dengan instansi atau SKPD terkait.

#### **(6) Partisipasi Masyarakat**

Pada prinsipnya, masyarakat memiliki kesempatan untuk bertanggung jawab dan berperan dalam terbentuknya dan terwujudnya Kawasan Tanpa Rokok.

Partisipasi masyarakat diwujudkan melalui:

- a. saran, pendapat dan pemikiran, usulan dan pertimbangan berkenaan dengan pemantauan dan pelaksanaan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok;
- b. keikutsertaan dalam pemberian bimbingan dalam penyuluhan serta penyebarluasan informasi kepada masyarakat tentang Kawasan Tanpa Rokok;
- c. mengingatkan atau menegur perokok untuk tidak merokok di Kawasan Tanpa Rokok;
- d. memberitahu pemilik, pengelola, dan penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok jika terjadi pelanggaran;
- e. melaporkan kepada pejabat berwenang jika terjadi pelanggaran;

#### **(7) Sanksi**

Sanksi dikenakan kepada pengelola, pimpinan dan/atau penanggung jawab gedung dan perorangan yang melanggar.

Setiap orang dan/atau pengelola, pimpinan dan/atau penanggung jawab gedung yang tidak memenuhi kewajibannya maka diberikan teguran lisan. Jika sudah diberikan peringatan lisan namun tetap saja mengabaikan kewajibannya maka dikenakan sanksi teguran tertulis, yang dilaksanakan 3 (tiga) tahapan, di mana masing-masing tahapan paling lama 7 hari kalender dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. teguran tertulis pertama memuat antara lain:
  - 1) kesalahan yang bersangkutan disertai dasar hukum yang jelas;
  - 2) kewajiban yang harus dilaksanakan;
  - 3) jangka waktu pelaksanaan kewajiban yang harus dilakukan.
- b. teguran tertulis kedua memuat antara lain:
  - 1) mengingatkan teguran pertama;
  - 2) jangka waktu pelaksanaan kewajiban;
  - 3) panggilan kepada yang bersangkutan agar menghadap kepada SKPD yang ditunjuk Gubernur.
- c. Teguran tertulis ketiga memuat antara lain:
  - 1) mengingatkan teguran pertama dan kedua;

- 2) jangka waktu pelaksanaan kewajiban;
- 3) kewajiban dan uraian konsekuensi yang harus dilaksanakan oleh yang bersangkutan apabila tidak mengindahkan teguran.

Jika sampai pada peringatan tertulis ketiga, namun pemilik, pengelola, manajer, pimpinan dan/atau penanggung jawab gedung tetap saja tidak memenuhi kewajibannya maka nama lembaga yang dipimpin oleh pengelola, pimpinan dan/atau penanggung jawab gedung tersebut akan diumumkan di media cetak dan/atau media elektronik dan/atau, media *online* sebagai wilayah atau kawasan yang tidak layak untuk dikunjungi oleh publik karena tidak memenuhi kriteria kesehatan.

Jika sampai pada penyebutan wilayah tidak layak untuk dikunjungi namun pengelola, pimpinan dan/atau penanggung jawab gedung tetap saja tidak memenuhi kewajibannya, maka dilakukanlah upaya atau mekanisme peradilan biasa agar dapat dikenakan sanksi denda.

Guna memudahkan penerapan penegakan hukum, maka mekanisme sanksi hanya menggunakan mekanisme denda saja dan tidak menggunakan pidana kurungan atau penjara.

Untuk perseorangan yang kedapatan merokok di lokasi KTR, maka dendanya paling banyak adalah Rp 100.000,00 (seratus ribu rupiah), sementara untuk pengelola, pimpinan dan/atau penanggung jawab gedung, maka dendanya paling banyak Rp 50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah).

#### **(8) Ketentuan Peralihan**

Sebelum pelaksanaan sanksi terhadap pelanggaran di Kawasan Tanpa Rokok, BuTegalmelaksanakan sosialisasi secara terus-menerus yang dilaksanakan oleh Tim. Sosialisasi dilakukan sejak tanggal disahkannya Peraturan Daerah ini sampai dengan enam bulan sesudahnya. Setelah enam bulan sejak disahkan, maka aturan mengenai sanksi diterapkan secara penuh.

### **(9) Ketentuan Penutup**

Terhadap hal-hal yang belum diatur atau belum secara detail diatur dalam Peraturan Daerah ini, maka selanjutnya akan diatur lebih lanjut dalam Peraturan BuTegal.

Peraturan Daerah ini berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Daerah ini dengan penempatannya dalam Lembaran Daerah Kabupaten Tegal.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. SIMPULAN**

Merokok, yang merupakan perilaku buruh buat kesehatan, saat ini telah menjadi bagian hidup sehari-hari masyarakat Kabupaten Tegal. Angka konsumsinya menjadi sangat besar. Pada tahun 2016, penduduk Indonesia mengkonsumsi 342 miliar batang rokok selama setahun. Saat ini ada sekitar 65 juta penduduk Indonesia merokok (Lembaga Demografi FE UI, 2010).

Dari waktu ke waktu angka konsumsi rokok di Bengkulu terus meningkat, terbukti dari data BPS Provinsi Bengkulu pada tahun 2015 lalu jumlah perokok sebanyak 26,52 persen atau 504.940 orang, dengan angka rata-rata konsumsi rokoknya hanya 94,83 batang per minggu per orang. Sementara di tahun 2016 jumlah perokok menurun sedikit menjadi 495.992 orang. Namun justru jumlah konsumsi rokoknya meningkat dengan mencapai rata-rata 98,17 batang per minggu per orang. Bayangkan seorang ayah dalam keluarga bisa membakar percuma Rp 392.000 sebulan dengan asumsi konsumsi rokok 98,17 batang seminggu atau sekitar 14 batang sehari, dengan asumsi rata-rata harga sebatang rokok Rp 1.000. Maka dalam satu tahun ayah tersebut mengeluarkan uang sebesar Rp 4,7 juta.. Konsumsi rokok yang besar ini tentunya akan memberikan risiko tinggi berbagai macam penyakit.

Penelitian yang dilakukan oleh Ahsan et.al (2008) dengan menggunakan data SUSENAS 2005 memperlihatkan pengeluaran rumah tangga perokok untuk tembakau/rokok adalah 11,5 persen, atau nomor dua setelah pengeluaran untuk padi-padian (13,14 persen). Porsi pengeluaran rumah tangga perokok untuk

tembakau/rokok jauh lebih besar dibandingkan pengeluaran rumah tangga perokok untuk kesehatan dan pendidikan.

Banyak perokok yang tidak menyadari bahaya merokok karena dampak buruk merokok memerlukan rentang waktu yang sangat lama untuk menjadi manifest berupa sakit. Perlu waktu lebih dari 25 tahun, antara saat mulai merokok pertama kali hingga munculnya banyak penyakit kronis. Konsumsi rokok mengakibatkan kematian paling sedikit 400.000 orang per tahun di Indonesia dan berdampak buruk terhadap seluruh organ tubuh manusia (WHO, 2004). Data penelitian Soewarta Kosen (2006) dari Litbang Depkes RI menunjukkan bahwa biaya kesehatan akibat konsumsi tembakau mencapai tiga kali lipat pendapatan pemerintah yang diperoleh dari cukai rokok.

Selain itu, mereka yang bukan perokok tetapi menghisap asap rokok (perokok pasif) juga memiliki risiko terkena penyakit yang mematikan. Data tahun 2004 menunjukkan bahwa sebagian besar perokok pasif adalah perempuan yang jumlahnya mencapai 65 juta (66%) dari total perokok pasif. Mereka terpapar asap rokok di rumah, di kantor, atau tempat-tempat umum lainnya. Selain perempuan, akibat paparan asap rokok juga mengenai bayi dan anak-anak terutama ketika mereka berada di rumah.

Selain berdampak kepada si perokok, Asap Rokok Orang Lain (AROL) atau *secondhand smoke* juga mengakibatkan perokok pasif berisiko terkena penyakit mematikan seperti kanker paru, penyakit jantung dan pembuluh darah, hingga kemandulan. Angka kesakitan akibat AROL ini semakin melengkapi jumlah tiga juta orang perokok aktif di Kabupaten Tegal yang secara langsung menghirup puluhan zat karsinogen melalui puntung rokok yang mereka hisap.

Sampai saat ini belum ada pendekatan teknologi ataupun penelitian kesehatan yang berani menjamin bahwa sistem ventilasi mampu melindungi orang dari paparan Asap Rokok Orang Lain (AROL). Sistem ventilasi atau penyaringan udara terbukti hanya membuang sebagian kecil partikel asap rokok, sementara sebagian besar zat-zat yang berbahaya justru masih tertinggal di ruangan tersebut. Oleh karena itu, ventilasi tidak memiliki dampak apapun dalam mengurangi risiko kesehatan akibat terkena paparan zat-zat beracun dalam AROL.

Solusi untuk permasalahan asap rokok ini adalah penegakan peraturan daerah baru yang menegaskan fungsi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di berbagai tempat publik dan fasilitas umum demi melindungi masyarakat dari bahaya paparan AROL. Kebijakan ini juga didukung dasar hukum yang kuat yaitu UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan khususnya Pasal 115 ayat (2), yang mengatur tentang kewajiban daerah membuat Perda KTR).

Perlu diingat bahwa tujuan implementasi Perda Kawasan Tanpa Rokok ini adalah melindungi hak masyarakat untuk hidup sehat dan bebas dari paparan AROL, dan bukan menghilangkan hak untuk merokok. Dengan penanganan dan pengawasan yang tepat, perda baru ini diharapkan akan memberikan dampak positif terhadap masyarakat yang pada akhirnya akan memberikan perlindungan kesehatan yang signifikan kepada masyarakat Kabupaten Tegal.

## **B. REKOMENDASI**

Berdasarkan uraian di atas maupun masukan dari berbagai kalangan pihak terkait (*stake holders*) maka dapat disimpulkan dan sekaligus disarankan sebagai berikut:

1. Draft Rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok yang bersifat komprehensif harus segera dibuat, baik inisiatifnya datang dari DPRD DIY maupun dari Pemerintah Kabupaten Tegal.
2. Naskah Akademik dan Draft Rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok ini terbuka untuk disempurnakan oleh pihak-pihak terkait. Dan diharapkan Rancangan Peraturan Daerah ini sudah dapat dibahas Pemda dan DPRD Kabupaten Tegal pada tahun 2018 ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aiman Husaini, *Tobat Merokok: Rahasia dan Cara EmTegalk Berhenti Merokok*, Jakarta: Pustaka Iman, 2006.
- A Fauzi Yahya, *Menaklukkan Pembunuh No. 1: Mencegah dan mengatasi Penyakit Jantung Koroner Secara Tepat dan Cepat*, Bandung: Qanita, 2010.
- Cameron P., The presence of pets and smoking as correlates of perceived disease, *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 1967, 40: 12-15.
- Cameron et al., The health of smokers' and non smokers' children, *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, June 1969, 43 (6): 336-41.
- Ernest Caldwell, *Berhenti Merokok*, Yogyakarta: Pustaka Populer, 2001.
- Harold E. Doweiko, *Concepts of Chemical Dependency*, California: Brooks/Cole, 2009.
- Helen Keller International, *Indonesia Crisis Bulletin*, 2000:2 (1).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Pedoman Teknis Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok*, Jakarta: 2010.
- Lenni Arta F.S. Sinaga, *Analisis Perilaku Keluarga dan Kondisi Rumah Sebagai Faktor Risiko Kejadian Pneumonia Pada Balita di Kota Meda Tahun 2008*, Tesis Magister Kesehatan Lingkungan Universitas Diponegoro, 2008.
- Sonny HB Harmadi, *Fakta Pendukung Adiksi Tembakau (Bahan Baku Rokok)*, makalah belum diterbitkan, 2011.
- Simpson WJ., A preliminary report on cigarette smoking and the incidence of prematurity, *American Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1957, 73:808-815.
- Tobacco Control Support Center (TCSC) Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), *Fakta Tembakau: Permasalahannya di Indonesia Tahun 2009*, Jakarta: 2010.
- WHO (2007), *Protection from Exposure to second-hand tobacco smoke: Policy Recommendations*.

Weka Gunawan, *Keren Tanpa Narkoba*, Jakarta: Grasindo, 3-6.