

**LAPORAN AKHIR**  
**NASKAH AKADEMIK RANCANGAN PERATURAN DAERAH**  
**KABUPATEN PEKALONGAN**  
**TENTANG**  
**KAWASAN TANPA ROKOK**



**DINAS KESEHATAN**  
**KABUPATEN PEKALONGAN**  
**TAHUN 2022**

## KATA PENGANTAR

Pengaturan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dalam suatu regulasi merupakan suatu keniscayaan yang diamanatkan oleh Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 khususnya Pasal 115 ayat (2), yaitu mewajibkan Pemerintah Daerah untuk membentuk peraturan mengenai KTR. Hal tersebut lebih lanjut ditegaskan dalam 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, bahwa pengaturan KTR di daerah harus dalam bentuk Peraturan Daerah.

Mengapa KTR mesti harus dituangkan ke dalam sebuah regulasi (PERDA)? Hal ini karena fakta menunjukkan bahwa berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada tahun 2016 proporsi perokok di Indonesia terhadap jumlah penduduk mencapai 32,7 persen dengan komposisi perokok aktif setiap hari sebesar 27 persen dan perokok kadang-kadang 5,6 persen. Komposisi perokok tersebut terkait dengan data pengeluaran penduduk. Kemudian hasil RISKESDAS 2018, menunjukkan bahwa perokok usia 15 tahun meningkat menjadi rata-rata 33,8%. Prevalensi merokok pada penduduk umur 10-18 tahun, dalam kurun waktu tahun 2007-2018 mengalami peningkatan, yaitu dari hasil SIRKESNAS 2016 sebanyak 8,8%, menjadi 9.1 (Riskesdas 2018). Kondisi ini sangat jauh dari target RPJMN 2019 sebesar 5.4%. Sementara itu berdasarkan data yang dikutip dari liputan 6 (<https://www.liputan6.com/bisnis/read/485528/warga-miskin-habiskan-rp-102956-per-bulan-untuk-beli-rokok>), yang diakses pada tanggal 12 Agustus 2018 menurut keterangan Menteri Kesehatan Nafsiah Mboii dalam keterangan pers di Kantor Kementerian Komunikasi dan Informasi, Jakarta (Jumat, 11/1/2013), masyarakat miskin Indonesia menghabiskan sekitar Rp 102.956 per bulan hanya untuk konsumsi rokok. Belanja rokok ini merupakan yang terbesar dibandingkan alokasi lain (daging, susu dan telur). Belanja rokok masyarakat Indonesia tersebut jika diprosentase mencapai 11,91% dari kebutuhan mereka. Hal tersebut jika dibandingkan dengan belanja untuk sektor pendidikan dan kesehatan menempati urutan terbawah, yaitu untuk pendidikan, masyarakat miskin hanya mengalokasikan 1,88%. Selanjutnya hasil survey yang dilakukan pemerintah, bahwa warga miskin yang masuk kategori k1 atau yang termiskin, mengkonsumsi rokok mencapai 35% dari total populasi. Adapun masyarakat terkaya mencapai 32%. Lebih lanjut dijelaskan bahwa survei pada tahun 2011 menunjukkan masyarakat yang mengkonsumsi rokok lebih didominasi masyarakat berpendidikan rendah dengan porsi 34,9%. Sedangkan masyarakat berpendidikan hanya 25,5%. Berikutnya survey yang dilakukan Global Adult Tobacco Survey (GATS 2011), yang melibatkan 10.170 rumah tangga di Indonesia sebagai responden, bahwa perokok dewasa bertambah 8,8 juta orang dalam sepuluh tahun terakhir. Rerata belanja rokok mencapai Rp.382.000 per bulan, hal ini lebih tinggi daripada pengeluaran untuk membeli makanan bergizi. Lebih lanjut ditegaskan oleh wakil Menteri Kesehatan Dante Saksono Harbuwono mengatakan bahwa hasil survei tersebut menjadi tantangan sosio-ekonomi dalam mengedukasi masyarakat. Bahwa merokok tidak hanya membebani ekonomi rumah tangga, tetapi juga membahayakan Kesehatan.

Berdasarkan data Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2017, jumlah anggota keluarga yang merokok sebanyak 57,7 persen dari 480.704 KK yang telah didata. Hal tersebut jauh dari target RPJMN 2019 yaitu sebesar 5,4%.

Di kabupaten Pekalongan perokok laki-laki usia 5 tahun ke atas mengalami peningkatan yaitu sebesar 35,07 (BPS 2016), sedangkan pada tahun 2017 sebesar 40,68%. Pada tahun 2021 perokok usia 15-24 sebesar 19,13%; usia 25-34 sebesar 34,57%; usia 35-44 sebesar 31,68%; usia 45-54 sebesar 31,73%; dan usia 65 keatas sebanyak 19,73%.

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 Pekalongan.

Tim Penyusun

MTCC Universitas Muhammadiyah Pekalongan

## DAFTAR ISI

JUDUL .....	1	
KATA PENGANTAR .....	2	
DAFTAR ISI .....	4	
BAB I PENDAHULUAN		
A. LATAR BELAKANG .....	5	
B. SASARAN YANG AKAN DIWUJUDKAN.....	12	
C. IDENTIFIKASI MASALAH.....	13	
D. TUJUAN DAN KEGUANAAN.....	13	
E. METODE PENELITIAN.....	14	
BAB II KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTIK EMPIRIS		
A. KAJIAN TEORITIS .....	18	
B. KAJIAN EMPIRIS.....	22	
BAB III EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT.....		25
BAB IV LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS		
A. LANDASAN FILOSOFIS .....	33	
B. DASAR SOSIOLOGIS.....	33	
C. DASAR YURIDIS.....	35	
BAB V JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN		
A. LANDASAN KONSTITUSIONAL.....	37	
B. DASAR PERTIMBANGAN .....	37	
C. SISTEMATIKA RAPERDA KTR .....	40	
BAB VI PENUTUP		
A. SIMPULAN.....	49	
B. REKOMENDASI.....	50	
DAFTAR PUSTAKA.....	51	
LAMPIRAN RANCANGAN PERATURAN DAERAH KABUPATEN PEKALONGAN TENTANG KAWASAN TANPA ROKOK		

## **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 ditegaskan dalam Pasal 113 Ayat (2) Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang menyebutkan bahwa “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”.

Para perokok seringkali berargumen bahwa merokok merupakan Hak Asasi Manusia (HAM). Alasan tersebut terkesan masuk akal. Namun apabila dikaji lebih dalam, kenyataan tersebut justru sebaliknya, yaitu bahwa setiap orang berhak untuk menikmati udara sehat yang merupakan hak asasi manusia. Hal tersebut, sesuai yang ditegaskan dalam Pasal 28 H Ayat (1) UUD 1945 yang menyatakan “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Selain itu hal tersebut juga diatur dalam Undang-undang Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pengesahan Kovenan Internasional Tentang Hak-hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya. Pasal 12 Kovenan Internasional secara tegas menyebutkan bahwa hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental. Berdasarkan hal tersebut maka negara sebagai pihak yang terikat berkewajiban untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi hak asasi manusia (Konvensi Wina, 1993).

Terkait adanya persepsi perokok tersebut bahwa “merokok merupakan hak asasi”, Direktur Jenderal HAM Kementerian Hukum dan HAM, Prof. Dr. Harkristuti Harkrisnowo menyatakan bahwa merokok tidak termasuk hak asasi manusia. Sehingga, upaya melarang orang merokok di tempat-tempat tertentu juga bukanlah pelanggaran HAM. Kenyataannya, perokok umumnya berkonotasi negatif karena ada pihak yang merasa terganggu jika merokok di sembarang tempat. (Paparan ini disampaikan dalam seminar yang diselenggarakan di Hotel Gran Melia, 11 Januari

2011). Perlu dipahami bahwa HAM merupakan hak dasar yang melekat pada martabat manusia. Salah satu bagian standar tertinggi HAM yaitu hak menikmati 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 diantara tiga laki-laki dewasa di Indonesia merupakan 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.

Menurut keterangan Menteri Kesehatan Nafsiah Mboii dalam keterangan pers di Kantor Kementerian Komunikasi dan Informasi, Jakarta (Jumat, 11/1/2013), bahwa masyarakat miskin Indonesia menghabiskan sekitar Rp 102.956 per bulan hanya untuk konsumsi rokok. Belanja rokok ini merupakan yang terbesar dibandingkan alokasi lain (daging, susu dan telur). Belanja rokok masyarakat Indonesia tersebut jika diprosentase mencapai 11,91% dari kebutuhan mereka. Hal tersebut jika dibandingkan dengan belanja untuk pendidikan dan kesehatan menempati urutan terbawah, yaitu untuk pendidikan, masyarakat miskin hanya mengalokasikan 1,88%. Kemudian hasil survey yang dilakukan pemerintah, bahwa warga miskin yang masuk kategori k1 atau yang termiskin, mengkonsumsi rokok mencapai 35% dari total populasi. Sementara masyarakat terkaya mencapai 32%. Lebih lanjut dijelaskan bahwa survei pada tahun 2011 menunjukkan masyarakat mengkonsumsi rokok lebih didominasi masyarakat berpendidikan rendah dengan porsi 34,9%. Sedangkan masyarakat berpendidikan hanya 25,5% (<https://www.liputan6.com/bisnis/read/485528/warga-miskin-habiskan-rp-102956-per-bulan-untuk-beli-rokok>), yang diakses pada tanggal 12 Agustus 2018. Adapun untuk Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2017, berdasarkan data Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), jumlah anggota keluarga yang merokok sebanyak 57.7 % dari 480.704 KK yang telah didata.

Data dari *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS) tahun 2014 menunjukkan bahwa 1 dari 5 remaja merupakan perokok aktif. Mayoritas dari mereka mulai merokok pertama kali pada usia 12-13 tahun. Bahkan, lebih dari 50% penduduk usia 15-19 tahun adalah perokok aktif. Angka ini merupakan angka tertinggi jika

dibandingkan dengan perokok usia lain (Risikesdas 2013). Lebih lanjut GYTS 2019 bahwa 19,2% pelajar usia antara 13-15 tahun di Indonesia merupakan perokok aktif. Sementara itu berdasarkan Profil Anak Indonesia 2019, bahwa 28% anak remaja merokok saat berkumpul dengan kawan sebayanya. Berdasarkan Indonesia Drugs Report 2019, bahwa lima dari 100 orang anggota keluarga mempunyai kebiasaan merokok. Kemudian jika dilihat dari hasil penelitian PJKS-SKSG Universitas Indonesia 2020, bahwa keberadaan 10% perokok di lingkungan anak sudah cukup mendorong anak untuk merokok.

Prevalensi perokok remaja tidak hanya terkait isu kesehatan, lebih dari itu adalah isu sosial dan isu ekonomi sebagai penyertainya. Usia perokok yang terlalu dini menyebabkan tingkat adiksi yang semakin tinggi seiring dengan penambahan usia. Akibatnya, kebutuhan uang saku jelas akan meningkat. Kondisi ini memicu peningkatan aksi kriminal, misalnya tindakan pencurian, pemalakan/pemerasan. Efek jangka panjang yang lain, perokok akan mengarah pada penyakit tidak menular, salah satunya penyakit katastrofik. Tercatat sepanjang tahun 2017 BPJS Kesehatan mengeluarkan Rp18,4 triliun, atau sekitar 21,8% dari biaya kesehatan untuk penyakit katastrofik ([mediaindonesia.com](http://mediaindonesia.com), tanggal 13 September 2017).

Pada tahun 2015 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 pada tahun 2016 jumlah perokok menurun sedikit menjadi 495.992 orang. Namun justru jumlah konsumsi rokoknya meningkat yaitu 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. Belanja rokok pada tahun 2021 agak menurun sedikit, yaitu hasil survey yang dilakukan Global Adult Tobacco Survey (GATS 2021), yang melibatkan 10.170 rumah tangga di Indonesia sebagai responden, bahwa jumlah perokok dewasa bertambah 8,8 juta orang dalam sepuluh tahun terakhir. Rerata belanja rokok mencapai Rp.382.000 per bulan, hal ini lebih tinggi daripada pengeluaran untuk membeli makanan bergizi.

Berdasarkan BPS, bahwa persentase merokok pada penduduk umur  $\geq 15$  tahun di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2019 sebesar 27,40; tahun 2020 sebesar 27,70; tahun 2021 sebesar 28,24. Hal tersebut jauh dari target RPJMN 2019 yaitu

sebesar 5,4%. Di kabupaten Pekalongan perokok laki-laki usia 5 tahun ke atas mengalami peningkatan yaitu sebesar 35,07 (BPS 2016), sedangkan pada tahun 2017 sebesar 40,68%. Pada tahun 2021 perokok usia 15-24 sebesar 19,13%; usia 25-34 sebesar 34,57%; usia 35-44 sebesar 31,68%; usia 45-54 sebesar 31,73%; dan usia 65 keatas sebanyak 19,7 di Kabupaten Pekalongan 3%. Data tersebut menguatkan urgensi bahwa tingkat kecanduan rokok 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. Hal ini merupakan 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; sedangkan pada tahun 2016 bahwa konsumsi/pengeluaran per kapita sebulan penduduk Indonesia untuk rokok sebanding dengan pengeluaran untuk sayur-sayuran ditambah telur dan susu, yaitu 13,8% (Susenas Maret 2016).

Pada tahun 2017, penerimaan cukai rokok sebesar Rp.149,9 triliun, naik 6 persen dari tahun 2016 sebesar Rp.140,91 triliun. Di sisi lain, berdasarkan hasil kalkulasi dari Kementerian Kesehatan yang dimuat dalam laporan tahun 2017 tersebut, dinyatakan jumlah total tahun produktif bangsa Indonesia yang sudah hilang selama 2015 akibat konsumsi tembakau (dalam bentuk kematian, cacat dan kelahiran prematur) mencapai Rp.374,06 triliun. Sementara itu, kerugian makro ekonomi yang diderita akibat konsumsi tembakau selama tahun 2015 saja mencapai Rp.596,61 triliun (setara dengan 45,9 miliar dollar AS). Bila dirinci lagi, jumlah sebesar itu merupakan akumulasi dari pengeluaran untuk membeli rokok (Rp.208,83 triliun), kerugian masa produktif akibat kematian dan cacat serta kelahiran prematur (Rp.374,06 triliun), dan pengeluaran medis untuk mengobati penyakit-penyakit yang berhubungan dengan tembakau (Rp.13,67 triliun untuk pasien rawat inap dan Rp.53,44 miliar untuk pasien rawat jalan). Kerugian negara senyatanya sangat besar, namun kerugian itu seolah tidak terasa karena 75% biaya kesehatan ditanggung oleh pasien sendiri. Kenyataan ini semakin menunjukkan bahwa negara tidak bertanggung jawab 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 melakukan 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 perokok. Kemudian Berdasarkan data dari SUSENAS 2017, persentase rata-rata pengeluaran per kapita sebulan menurut kelompok barang dan daerah tempat tinggal tahun 2017 untuk daerah per kabupaten 5.06% dan perdesaan sebesar 8.63%, (bps, 2017).

Guru Besar Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FKKM) UGM, Prof. Yai Suryo Prabandari, M.Si.,PhD., menyebutkan jumlah perokok di Indonesia cenderung menunjukkan peningkatan setiap tahunnya. Bahkan prevalensi perokok di atas 15 tahun cukup tinggi. Data Riskesdas 2018 menunjukkan jumlah perokok di atas 15 tahun sebanyak 33,8 %. Jumlah tersebut 62,9 % merupakan perokok laki-laki dan 4,8% perokok perempuan. Yai mengatakan peningkatan jumlah perokok ini dibarengi dengan peningkatan proporsi penyakit akibat konsumsi rokok. Beberapa diantaranya hipertensi, stroke, diabetes, jantung, kanker. (<https://ugm.ac.id/id/berita/17409>)

Survei yang dilakukan di Kabupaten Pekalongan, ada pengaruh antara garis kemiskinan dengan konsumsi rokok di Jawa Tengah tahun 2013. Adapun pengaruh positif dan signifikan, ketika konsumsi rokok di Jawa Tengah naik maka meningkatkan garis kemiskinan di Jawa Tengah pada Tahun 2013. Artinya ketika

konsumsi rokok meningkat maka meningkatkan garis kemiskinan di Jawa Tengah.

2. Tidak ada pengaruh pajak rokok terhadap konsumsi rokok di Jawa Tengah pada tahun 2013. Artinya kebijakan pajak tidak mampu untuk mengurangi konsumsi rokok di Jawa Tengah pada tahun 2013. Meskipun sudah ada pajak rokok namun konsumsi rokok tetap terus meningkat. Rata-rata pengeluaran Kabupaten Pekalongan, rata-rata konsumsi perkapita sebulan untuk rokok dan tembakau menduduki peringkat ke-2 (Rp.60.881,00) setelah makanan dan minuman jadi (Rp. 212.955,00), (Kabupaten Pekalongan dalam Angka, bps.go.id, 2020).

Berdasarkan data BPS Provinsi Jawa Tengah, kebutuhan akan beras masyarakat Provinsi Jawa Tengah tahun 2016 adalah sebesar 8,42 kg perkapita perbulan, atau jika dinominalkan sebesar Rp.75.473 perkapita perbulan. Jika Kebutuhan Beras perkapita perbulan sebesar 8,42 Kg tersebut dikalikan 12 bulan (1 tahun), maka jumlahnya mencapai 101,04 kg perkapita. Sehingga jika jumlah pengeluaran perkapita perbulan sebesar Rp.75.473, maka dalam setahun jumlah pengeluaran perkapita menjadi Rp.905.676. Sementara jika jumlah konsumsi rokok per bulan per orang mencapai 392,68 batang, atau 98,17 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 4.712,16 batang, maka jumlahnya mencapai Rp.4,7 juta per orang (perokok). Fakta tersebut jelas kontras, mengingat setiap tahunnya jumlah masyarakat miskin di Jawa Tengah terus meningkat, seperti pada tahun 2016, hingga bulan Maret 2016 jumlah masyarakat miskin di Jawa Tengah mencapai 328.610 jiwa. Ditambah dengan kebutuhan akan beras keluarga sejahtera (Rastra) tahun 2016 sekitar 123.671 KK.

Dampak dari mengkonsumsi rokok jika ditinjau dari sisi medis terhadap kesehatan telah diketahui sejak lama, hal ini dibuktikan oleh berbagai data dan fakta yang dimuat dalam ribuan artikel ilmiah. Berbagai penelitian dan pengkajian juga menunjukkan adanya hubungan kausal antara konsumsi rokok dengan terjadinya berbagai penyakit tidak menular. Hasil penelitian tentang tembakau dan produk-produk yang berasal dari tembakau (rokok), menunjukkan bahwa produk tembakau atau rokok membahayakan kesehatan si perokok dan lingkungannya. Jika seseorang mengkonsumsi rokok akibatnya membahayakan kesehatan bagi individu (perokok aktif) dan juga 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. Adanya kandungan ribuan zat yang mematikan, maka rokok menjadi faktor utama penyebab kematian yang mengancam kesehatan 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 persen 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 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 merupakan 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.

Ada temuan lain yang menunjukkan betapa berbahayanya asap rokok bagi perempuan. Pada perempuan yang suaminya perokok, risiko terkena kanker paru 30% lebih tinggi dari pada 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 sebesar 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.

Suatu fenomena yang sudah tidak terbantahkan lagi 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*). Kematian dan kesakitan yang diakibatkan karena mengkonsumsi rokok sebenarnya dapat 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.

Berdasarkan fakta-fakta tersebut di atas menunjukkan bahwa Kabupaten Pekalongan memerlukan suatu peraturan yang mengatur tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Hal ini merupakan suatu keniscayaan 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 yaitu:

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, yaitu 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 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) diharapkan terwujudnya kawasan yang bersih, sehat, dan bebas asap rokok di tempat umum, sarana kesehatan, tempat belajar-mengajar, tempat ibadah dan angkutan umum. Selain itu, peraturan daerah ini diharapkan efektif dalam penerapan sanksi hukum dan sosial bagi pelanggar. Di sisi lain yang tidak kalah pentingnya yaitu bahwa perda ini juga diharapkan mampu mewujudkan koordinasi efektif antara pemerintah dan asosiasi publik untuk mengawal, menerapkan, dan menegakkan Perda tentang KTR.

Tujuan penerapan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Kabupaten Pekalongan yaitu terwujudnya dan meningkatnya derajat kesehatan serta terpenuhinya hak kesehatan masyarakat, pengurangan konsumsi rokok di masyarakat khususnya dari kalangan masyarakat miskin, menurunnya jumlah perokok pemula (anak-anak dan remaja), juga 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. **Kegunaan**

Kegunaan Naskah Akademik ini yaitu:

- a. Memberikan pemahaman kepada Pemerintah Kabupaten Pekalongan, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD), dan masyarakat Kabupaten Pekalongan 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 Pekalongan yang 100% bebas asap rokok.
- b. Memberikan pemahaman kepada Pemerintah Kabupaten Pekalongan, DPRD Kabupaten Pekalongan, dan masyarakat Kabupaten Pekalongan mengenai urgensi penyusunan peraturan daerah baru yang mendukung penegakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan terwujudnya Kabupaten Pekalongan 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 penelitian yang digunakan dalam penyusunan naskah akademik ini meliputi:

### 1. Metode Pendekatan

Metode pendekatan yang digunakan dalam penyusunan Naskah Akademik ini menggunakan 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; bahan hukum primer ini meliputi peraturan perundang-undangan yang berhubungan dengan kedudukan, peran, dan fungsi Kabupaten Pekalongan sebagaimana diatur dalam Undang-

Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5233);(3) 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 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 5679); (4) berbagai produk hukum atau peraturan perundang-undangan yang terkait dengan pengaturan mengenai kesehatan, lingkungan dan hak asasi manusia.

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

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

1) *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, objektif, dan impersonal dari berbagai sumber. 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 menjangkau aspirasi dari pemangku kepentingan.

## 2) Studi Pustaka

Studi pustaka dilakukan untuk memperoleh data sekunder yang berupa berbagai peraturan perundang-undangan, jurnal, literature, hasil seminar, dan produk hukum lainnya.

## 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, yang berupa 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 yang akan datang dengan kehadiran suatu Rancangan Peraturan Daerah. Dalam analisis ini disampaikan tugas, hak 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 besarannya;
  - (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 TEORITIS DAN PRAKTIK EMPIRIS**

#### **A. KAJIAN TEORITIS**

Rokok dan produk sejenisnya yang berasal dari tembakau, bila digunakan (dibakar dan dihisap) 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, emfisema, bronkitis kronik, dan gangguan kehamilan (TCSC IAKMI, 2009: 93-94).

Bayi dan anak yang terpapar asap rokok akan terjadi kecenderungan 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 juga berakibat 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.

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*). Mereka ini 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).

Perlu dipahami bahwa salah satu fungsi negara adalah memajukan kesejahteraan umum, yaitu dengan mewujudkan kemakmuran bagi seluruh

rakyat. Salah satu indikator kemakmuran itu adalah tingginya derajat kesehatan masyarakat dengan keserasian lingkungan. Hal ini karena bahwa sehat merupakan idaman setiap orang, yaitu kondisi dimana jiwa dan raga bebas dari penyakit. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa kesehatan merupakan 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 ataupun 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 ataupun 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 atau menciptakan kondisi dimana setiap individu dapat memperoleh akses yang layak dan memadai atas jasa kesehatan, termasuk di dalamnya atas asuransi kesehatan, air bersih, dan sanitasi yang memadai.

Berdasarkan ketiga kewajiban Negara tersebut, maka hak konstitusional untuk sehat (*right to health*) merupakan 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.

Ketiga hak tersebut merupakan dasar pertimbangan dalam penyusunan Raperda tentang Kawasan Tanpa Rokok, dengan dasar pertimbangan regulasi yang telah ada:

- (1) Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945) yang menegaskan bahwa Pemerintah Negara Indonesia bertujuan untuk memajukan kesejahteraan umum;
- (2) Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 menyebutkan: “Negara menjamin hak setiap orang untuk mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat; dan hak untuk memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur (Pasal 28F UUD 1945);
- (3) 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;
- (4) Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia Pasal 9 dan 14.
- (5) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa tembakau, dan/atau produk yang mengandung tembakau, baik berupa padat atau 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 bagi masyarakat;
- (6) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak Pasal 59.
- (7) PP 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa produk Tembakau bagi Kesehatan.

Materi pokok atau substansi yang berkaitan dengan perlindungan kesehatan masyarakat dari dampak produk 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 tercantum dalam pengaturan KTR antara lain:

- 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. Pengecualian larangan dapat disediakan fasilitas khusus merokok di luar gedung;
- c. Larangan mengiklankan, mempromosikan dan memberikan sponsor rokok di seluruh wilayah Kabupaten Pekalongan;
- 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 dicantumkan antara lain:

- 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 keberlakuan 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. KAJIAN EMPIRIS**

Dampak negatif penggunaan produk tembakau/rokok pada kesehatan sudah diketahui, dan umumnya penyakit kanker paru merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia. Disamping itu, efek asap rokok yang melekat pada peralatan *furniture*, karpet, baju, dan lain sebagainya menimbulkan risiko kesehatan. Berdasarkan hal tersebut melalui 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 (sebesar 12,5% pendapatan) daripada kelompok keluarga kaya (9,3% pendapatan). 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). Berikutnya penelitian yang dilakukan Hellen Keller International (2006) menunjukkan bahwa kebiasaan merokok kepala keluarga miskin per kabupaten di Indonesia memicu malnutrisi (gizi buruk) pada balita. Penelitian tersebut jika dikaji bahwa pengendalian terhadap konsumsi rokok justru akan membantu mengurangi kemiskinan

dan memperbaiki kesehatan serta akan meningkatkan status gizi di kalangan masyarakat miskin.

Perokok di Indonesia rata-rata mulai merokok karena terbiasa melihat anggota keluarganya yang merokok, dan kebiasaan merokok ini biasanya dimulai sejak remaja atau menjelang dewasa. Menghindarkan keinginan merokok pada anak-anak dan remaja serta memberikan perlindungan bagi orang yang tidak merokok menjadi suatu keniscayaan untuk menciptakan generasi yang sehat di masa mendatang.

Data konsumsi rokok di dunia cenderung menurun khususnya di negara-negara maju. Namun keadaan tersebut berbanding terbalik dengan yang terjadi di negara-negara berkembang, yaitu bahwa konsumsi rokok justru meningkat. Hal ini 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 yang lebih baik secara individu, keluarga, masyarakat dan negara.

Indonesia merupakan salah satu Negara berkembang yang masih menghadapi masalah tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI), keadaan ini 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 rokok di lingkungan rumah mereka sendiri, 43 juta di antaranya adalah anak-anak usia 0-14 tahun. Hal tersebut dibuktikan adanya 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. Mereka ini merupakan perokok pasif yang mempunyai risiko terkena penyakit akibat rokok sama besarnya dengan perokok aktif, namun risiko ini tidak banyak diketahui orang.

Bahaya perilaku merokok jika dilihat dari sisi kesehatan, sudah merupakan hal yang tidak terbantahkan lagi. Hasil penelitian terbaru menunjukkan rokok mengandung lebih dari 7.000 zat kimia dimana 69 diantaranya 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.

Berbagai penelitian dan pengkajian dampak konsumsi rokok terhadap kesehatan menunjukkan adanya hubungan kausal antara konsumsi rokok dengan terjadinya berbagai penyakit akibat merokok. Penelitian yang dilakukan oleh Mathers dan Loncar (2006), berdasarkan data WHO dan Bank Dunia, ada beberapa penyebab utama kematian terkait dengan mengkonsumsi produk tembakau, yaitu:

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



**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. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar 1945 menentukan bahwa Pemerintah Daerah berhak menetapkan Peraturan Daerah dan peraturan-peraturan lain untuk melaksanakan otonomi dan tugas pembantuan. Ketentuan ini merupakan landasan hukum konstitusional bagi pembentukan Peraturan Daerah Pemerintah Daerah provinsi, Pemerintah Daerah kabupaten/kabupaten dalam mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan (Pasal 18 ayat (2) UUD 1945). Pemerintahan Daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya, kecuali urusan pemerintahan yang oleh undang-undang ditentukan sebagai urusan Pemerintah Pusat (Pasal 18 ayat (5) UUD 1945). Ketentuan tersebut menjadi politik hukum pembentukan Peraturan Daerah tentang KTR. Pasal 18 ayat (6) UUD 1945 ini merupakan landasan yuridis konstitusional bahwa dalam penyelenggaraan otonomi daerah sebagai langkah untuk mewujudkan kemandirian, partisipasi dan pelayanan publik, maka daerah diberikan kewenangan untuk membentuk produk hukum dalam Peraturan Daerah.

Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah ini mengatur mengenai pencabutan *Staatsblad* tahun 1929 dan penetapan pembentukan daerah-daerah kabupaten dalam lingkup Provinsi Jawa Tengah. Berdasarkan undang-undang tersebut, maka Kabupaten Pekalongan termasuk dalam lingkungan Provinsi Jawa Tengah. Undang-undang ini merupakan landasan yuridis bagi pembentukan Kabupaten Pekalongan sebagai suatu wilayah hukum yang otonom, mengingat bahwa selain elemen penyerahan kekuasaan secara hukum dari Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah untuk menyelenggarakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah. Elemen penting lain dalam penyelenggaraan desentralisasi yaitu pembentukan daerah otonom. Secara esensial kedua elemen

tersebut merupakan elemen yang berkaitan satu sama lain dalam hal penyelenggaraan desentralisasi.

Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3886). Manusia sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Esa memiliki hak asasi atau hak dasar sejak dilahirkan, sehingga tidak ada manusia atau pihak lain yang dapat merampas hak tersebut. Hak asasi manusia diakui secara universal sebagaimana tercantum dalam piagam Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB), Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia yang disetujui PBB Tahun 1948.

Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia merupakan Undang-Undang yang berisi materi yang bersifat umum, yang mengatur mengenai hak asasi manusia untuk seluruh Warga Negara Indonesia. Undang-Undang ini merupakan instrumen hukum nasional yang menjamin penghormatan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan bagi setiap Warga Negara Indonesia, termasuk juga penyandang cacat, hal ini karena Negara Republik Indonesia berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 senantiasa menghormati dan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia.

Ketentuan Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 menyebutkan Hak Asasi Manusia adalah seperangkat hak yang melekat pada hakikat dan keberadaan manusia sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Esa dan merupakan anugerah-Nya yang wajib dihormati, dijunjung tinggi, dan dilindungi oleh negara, hukum, Pemerintah, dan setiap orang demi kehormatan serta perlindungan harkat dan martabat manusia. Hak asasi manusia melekat pada manusia secara kodrati sebagai anugerah Tuhan Yang Maha Esa. Hak ini tidak dapat diingkari, karena pengingkaran terhadap hak asasi manusia berarti mengingkari martabat kemanusiaan.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011 Pasal 14 dijelaskan tentang pembentukan Peraturan Perundang-undangan, yang secara jelas telah mengatur mengenai materi muatan Peraturan Daerah yaitu “materi muatan Peraturan Daerah Provinsi dan Peraturan Daerah Kabupaten/Kabupaten berisi materi muatan dalam rangka penyelenggaraan otonomi daerah dan tugas

pembantuan serta menampung kondisi khusus daerah dan/atau penjabaran lebih lanjut Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi”.

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.

Pasal 1 angka 2 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, bahwa Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh Pemerintah Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah menurut asas otonomi daerah dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Selanjutnya dalam Pasal 1 angka 2, dan 6 disebutkan bahwa Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom. Otonomi Daerah adalah hak, wewenang, dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri Urusan Pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia. Urusan Pemerintahan adalah kekuasaan pemerintahan yang menjadi kewenangan Presiden yang pelaksanaannya dilakukan oleh kementerian negara dan penyelenggara Pemerintahan Daerah untuk melindungi, melayani, memberdayakan, dan mensejahterakan masyarakat. Urusan Pemerintahan terdiri dari urusan pemerintahan absolut, urusan pemerintahan konkuren, dan urusan pemerintahan umum. Urusan pemerintahan absolut adalah urusan pemerintahan yang sepenuhnya menjadi kewenangan Pemerintah Pusat. Urusan pemerintahan konkuren adalah urusan pemerintahan yang dibagi antara Pemerintah Pusat dan Daerah Provinsi serta daerah kabupaten/kabupaten. Urusan pemerintahan konkuren yang diserahkan ke daerah menjadi dasar pelaksanaan otonomi daerah. Urusan pemerintahan umum adalah urusan pemerintahan yang

menjadi kewenangan Presiden sebagai kepala pemerintahan. Pasal 11 Undang-Undang Pemerintah Daerah ini menyebutkan bahwa urusan pemerintahan konkuren yang menjadi kewenangan daerah terdiri dari urusan pemerintah wajib dan urusan pemerintahan pilihan. Urusan pemerintahan wajib terdiri atas urusan pemerintahan yang berkaitan dengan pelayanan dasar dan urusan pemerintahan yang tidak berkaitan dengan pelayanan dasar. Urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar adalah urusan pemerintahan wajib yang sebagian substansinya merupakan pelayanan dasar.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014, sebagaimana diubah dengan Undang-undang Nomor 9 Tahun 2015 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. 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, terhadap peraturan perundang-undangan, diperoleh gambaran mengenai permasalahan yang dihadapi dan kondisi yang diinginkan. Gambaran tersebut antara lain mengenai :

1. dasar pertimbangan diperlukannya Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok(KTR);
2. konsepsi pengaturan dalam Peraturan Daerah tentang KTR telah mempertimbangkan kondisi saat ini dan kebutuhan di masa yang akan datang;
3. materi muatan yang akan diatur dalam Peraturan Daerah tentang 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 Pekalongan. Beberapa peraturan perundang-undangan tersebut antara lain adalah:

1. Undang-undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945;
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 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 5679);
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. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 109, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4235);
5. Undang- Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Azasi Manusia.
6. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kabupaten (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 278, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5380);
8. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
9. Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat;
10. 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).

11. Peraturan Bupati Kabupaten Pekalongan No. 13 Tahun 2014 tentang KTR di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Pekalongan

Setelah dievaluasi berdasarkan substansi pokok pengaturan mengenai KTR, beberapa peraturan perundang-undangan juga mengamanatkan 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.	UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945	Pasal 28 H ayat (1)	Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan
2.	Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan	Pasal 115 ayat (2)	Pemerintah Daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya
3.	Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia	Pasal 1 angka 1	Hak Asasi Manusia adalah seperangkat hak yang melekat pada hakikat dan keberadaan manusia sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Esa dan merupakan anugerah-Nya yang wajib dihormati, dijunjung tinggi, dan dilindungi oleh negara, hukum,

			Pemerintah, dan setiap orang demi kehormatan serta perlindungan harkat dan martabat manusia.
4.	Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan	Pasal 52	Pemerintah Daerah wajib menetapkan Kawasan Tanpa Rokok di wilayahnya dengan Peraturan Daerah
5.	Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan	Pasal 49	Dalam rangka penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau bagi Kesehatan, pemerintah dan pemerintah daerah wajib mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok
6.	Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan	Pasal 26	pemerintah melakukan pengendalian iklan produk tembakau pada media cetak, penyiaran, teknologi informasi dan atau media luar ruang
7.	Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa	Pasal 34	ketentuan lebih lanjut mengenai iklan produk tembakau di media luar ruang diatur oleh pemerintah daerah

	Produk Tembakau Bagi Kesehatan		
8.	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/Kabupaten/Kota diatur dengan Peraturan Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota



## **BAB IV**

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

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

Terlindunginya penduduk Kabupaten Pekalongan dari bahaya akibat paparan zat beracun asap rokok orang lain merupakan hak hidup manusia yang paling fundamental. Di Kabupaten Pekalongan, pemahaman akan hak individu untuk menghisap udara bersih yang bebas dari asap rokok, masih belum merata di masyarakat. Hak orang menikmati udara sehat merupakan hak konstitusional, bahwa hak tersebut ditempatkan dalam peraturan yang tertinggi di Indonesia. Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 menyebutkan 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, artinya bahwa pemerintah seharusnya memaksimalkan upaya pemenuhan atas hak tersebut.

Sistem perlindungan kesehatan kepada warga Kabupaten Pekalongan terhadap bahaya asap rokok yang saat ini merupakan agenda yang mendesak sehingga diperlukan adanya perangkat hukum yang diperlukan untuk menciptakan Kabupaten Pekalongan 100% bebas dari asap rokok. Berdasarkan hal tersebut maka strategi penyempurnaan yang paling tepat yaitu dengan mengesahkan sebuah peraturan daerah yang tidak hanya mengkategorikan 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 merupakan *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.

Perlu dipahami bahwa di ruangan tertutup, partikel racun akan menempel di dinding, karpet, lantai, dan benda-benda di sekitar, yang akan terhirup oleh orang lain, tak terkecuali di ruang khusus untuk merokok

tertutup yang berada di tempat-tempat umum, meskipun ruang tersebut dilengkapi dengan ventilasi atau penyaring udara, sebab perlengkapan ventilasi atau penyaring udara ini terbukti tidak efektif menyedot racun. Penyediaan ruang merokok di tempat umum yang tertutup sebenarnya tidak memberikan perlindungan sesungguhnya bagi orang yang tidak merokok, karena kontaminasi asap rokok dapat menyebar melalui AC sentral ataupun melalui buka-tutup pintu. Selain itu juga adanya pembagian area: “*smoking*” dan “*non smoking*”, di satu ruang yang sama juga merupakan tindakan sia-sia karena tetap saja asap rokok menyebar ke mana-mana termasuk ke ruang “*non smoking*” area tersebut. Sehingga tidak ada batas aman bagi paparan asap rokok orang lain. Orang yang bukan perokok tapi ikut menghisap asap rokok orang lain juga memiliki risiko yang sama bahkan berisiko lebih jika dibandingkan dengan perokok aktif.

Sikap permisif terhadap perilaku merokok di sembarang tempat tanpa ada aturan yang membatasi, membuat perokok merasa berhak merokok di mana saja 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 manapun dan kapanpun. Ketika masyarakat belum sepenuhnya memahami risiko bahaya asap rokok orang lain, maka dalam hal ini pemerintah berkewajiban menegakkan peraturan yang efektif untuk 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 suatu kebiasaan memang membutuhkan waktu dan ketekunan yang dapat mendorong perubahan tersebut, hal ini dapat dilakukan melalui pengaturan dalam sebuah produk hukum agar tercipta norma yang diinginkan.

Perlindungan akan berjalan efektif ketika masyarakat paham akan hak hidupnya, sekaligus 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. Oleh karena itu dengan dibentuknya Peraturan Daerah ini diharapkan akan mampu mengisi kekosongan hukum yang selama ini selalu dimanfaatkan oleh para pelanggar, sehingga tujuan pemerintah daerah dalam upaya mewujudkan warga Kabupaten Pekalongan dapat menikmati kehidupan yang sehat tanpa asap rokok dapat terwujud.

### **C. Dasar Yuridis**

Pemerintah Kabupaten Pekalongan 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 Pekalongan untuk mengatur kawasan tanpa rokok melalui peraturan daerah merupakan kewajiban normatif yang harus ditunaikan. Adanya perintah yang bersifat delegatif tersebut, maka tiada pilihan bagi Kabupaten Pekalongan selain harus segera melaksanakan perintah tersebut.

Rumusan Rancangan Peraturan Daerah melalui Naskah Akademik ini pada dasarnya untuk acuan (landasan hukum) bagi Kabupaten Pekalongan. Adapun penyusunannya telah memperhatikan persyaratan sebagaimana yang ditentukan dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011, bahwa asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik meliputi 1) kejelasan tujuan; 2) kelembagaan atau pejabat pembentuk yang tepat; 3) kesesuaian antara jenis dan materi muatan; 4) dapat dilaksanakan; 5) kedayagunaan dan kehasilgunaan; 6) kejelasan rumusan; dan 7) keterbukaan. Peraturan perundang-undangan dibentuk karena memang dibutuhkan dan bermanfaat dalam mengatur kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Proses pembentukannya diawali dari perencanaan, persiapan, penyusunan, dan pembahasan yang bersifat transparan dan terbuka, sehingga seluruh lapisan masyarakat mempunyai kesempatan untuk memberikan masukan. Produk hukum yang dihasilkan senantiasa harus saling mendukung antara hukum yang satu dengan lainnya. Peraturan Daerah semestinya juga mendukung peraturan lainnya. Pembentukan Peraturan Daerah juga didukung oleh hasil penelitian, yang

merupakan syarat awal dibentuknya Peraturan Daerah, atau dikenal dengan Naskah Akademik. Rumusan Rancangan Peraturan Daerah yang diawali dengan penyusunan Naskah Akademik ini merupakan landasan hukum dibentuknya Peraturan Daerah Kabupaten Pekalongan tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

**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 keempat, 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 dan Undang-Undang No 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia. Hal tersebut ditegaskan dalam Pasal 28H UUD 1945, yaitu "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan". Selanjutnya disebutkan dalam Pasal 28J UUD 1945 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 karena bahwa 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 daripada 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 batin, 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**

- a. Pasal 9 ayat (3): Setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat.
- b. Pasal 52: Setiap anak berhak atas perlindungan oleh orang tua, keluarga, masyarakat, dan negara. Hak anak adalah hak asasi manusia dan untuk kepentingan

hak anak itu diakui dan dilindungi oleh hukum bahkan sejak dalam kandungan.

- c. Pasal 53 ayat(1):  
Setiap anak sejak dalam kandungan berhak untuk hidup, mempertahankan hidup, dan meningkatkan taraf kehidupannya.
- d. Pasal 69 ayat (1):  
Setiap warga negara wajib menghormati hak asasi manusia orang lain, moral, etika dan tata tertib kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara.
- e. 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 Nomor 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.

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

- a. 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.
- b. Pasal 45 ayat (1): Orang tua dan keluarga bertanggung jawab menjaga kesehatan anak dan merawat anak sejak dalam kandungan.

- c. 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

- a. Pasal 115 ayat (1): Kawasan Tanpa Rokok meliputi:
- 1) fasilitas pelayanan kesehatan;
  - 2) tempat proses belajar-mengajar;
  - 3) tempat anak bermain;
  - 4) angkutan umum;
  - 5) tempat kerja; dan
  - 6) tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan
- b. 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 tercantum dalam pasal-pasal, antara lain ketentuan yang mencerminkan asas, maksud, dan tujuan. Merujuk pada ketentuan tersebut, Rancangan Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok ini memuat ketentuan umum yang dirumuskan sebagai berikut:

1. **Daerah adalah** Kabupaten Pekalongan.
2. **Pemerintah Daerah adalah** bupati dan perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. **Bupati** adalah bupati Pekalongan.
4. **Dewan Perwakilan Rakyat Daerah yang selanjutnya disebut DPRD adalah** Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Pekalongan.



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 **termasuk shisha, rokok elektronik, produk tembakau yang dipanaskan dan bentuk lainnya** 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 merokok, akan tetapi 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 bermain 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, klenteng, dan sejenis.
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 Bupati dan dikoordinasikan kepada DPRD yang mempunyai tugas untuk membina dan mengawasi pelaksanaan kegiatan perlindungan bagi masyarakat bukan perokok.

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

### **a. Asas, dan Tujuan**

#### 1) Asas

Pengaturan dan penetapan Kawasan Tanpa Rokok berasaskan pada:

- a) kepentingan kualitas kesehatan manusia;
- b) keseimbangan;
- c) kemanfaatan;
- d) keterpaduan;
- e) keserasian;
- f) partisipasi;
- g) keadilan;
- h) transparansi dan akuntabilitas;

## 2) 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:

1. Membuat kebijakan 100 % kawasan tanpa asap rokok.
2. Membuat kebijakan 100% wilayah tanpa iklan rokok.
3. Semua orang harus terlindung dan/atau bebas sepenuhnya dari paparan asap rokok.
4. Tidak ada ruang merokok di Kawasan Tanpa Rokok.
5. Pemaparan asap rokok pada orang lain melalui kegiatan merokok, atau tindakan mengizinkan dan atau membiarkan orang merokok di kawasan tanpa rokok merupakan Tindakan yang bertentangan dengan hukum.

### **1. Kawasan Tanpa Rokok**

Ruang lingkup dan objek yang akan diatur oleh Peraturan Daerah ini yaitu 7 Kawasan Tanpa Rokok (KTR), yang meliputi:

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

- f. tempat kerja; dan
- g. tempat umum.

## **2. Tugas dan kewenangan pemerintah daerah**

- a. Pelaksanaan penetapan kawasan tanpa rokok Pemerintah Daerah bertugas:
  - 1) memberikan layanan serta akses komunikasi, informasi, dan edukasi yang benar kepada masyarakat tentang bahaya konsumsi rokok;
  - 2) melakukan koordinasi lintas lembaga pemerintah maupun dengan masyarakat;
  - 3) meningkatkan kuantitas dan kualitas tenaga penyuluh kesehatan dan komponen masyarakat dalam upaya pencegahan konsumsi rokok;
  - 4) memfasilitasi terbentuknya klinik berhenti merokok.
- b. Dalam pembinaan pelaksanaan kawasan tanpa rokok, Pemerintah Daerah berwenang menetapkan kebijakan tentang:
  - 1) pengawasan pelaksanaan kawasan tanpa rokok;
  - 2) pengurangan dampak buruk akibat paparan asap rokok;
  - 3) tempat pelayanan komprehensif pengurangan dampak buruk; dan
  - 4) perlindungan kepentingan masyarakat terhadap paparan asap rokok.

## **3. Hak dan Kewajiban**

Hak dan kewajiban dibagi menjadi dua bagian. Bagian pertama yaitu 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 (c) 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.

#### **4. Pembinaan dan Pengawasan**

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

Pembinaan dilakukan dengan tindakan :

- a. Menyebarkan 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 Perangkat Daerah yang membidangi kesehatan berkoordinasi dengan instansi atau Perangkat Daerah terkait.

## **5. 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.

## **6. 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, dimana 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 OPD 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).

#### **7. Ketentuan Peralihan**

Sebelum pelaksanaan sanksi terhadap pelanggaran di Kawasan Tanpa Rokok, Bupati melaksanakan 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.

#### **8. 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 Bupati.

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



## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. SIMPULAN**

Merokok, yang merupakan perilaku buruk untuk kesehatan, saat ini telah menjadi bagian hidup sehari-hari masyarakat Kabupaten Pekalongan. 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).

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 Pekalongan 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 yaitu perlunya penegakan peraturan daerah yang menegaskan penetapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di berbagai tempat publik dan fasilitas umum demi melindungi masyarakat dari bahaya paparan AROL. Kebijakan ini juga didukung dasar hukum 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 Pekalongan.

## **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 maupun dari Pemerintah Kabupaten Pekalongan.
2. Naskah Akademik dan Draft Rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok ini terbuka untuk disempurnakan oleh pihak-pihak terkait. Diharapkan Rancangan Peraturan Daerah ini sudah dapat dibahas Penda dan DPRD Kabupaten Pekalongan pada awal tahun 2023 ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- ACDP Indonesia, 2016, 31,89% Perokok Anak Isap 70 Batang per Minggu, <https://acdpendonesia.wordpress.com/2016/12/22/3189-perokok-anak-isap-70-batang-per-minggu/> (diakses 10 Oktober 2018)
- A Fauzi Yahya, *Menaklukkan Pembunuh No. 1: Mencegah dan mengatasi Penyakit Jantung Koroner Secara Tepat dan Cepat*, Pekalongan: Qanita, 2010.
- BPS.go.id, *Kabupaten Pekalongan Dalam Angka 2017*, diakses 10 Oktober 2018
- 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.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah 2015, <http://www.depkes.go.id> (diakses 20 Oktober 2018)
- 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)
- Hidayah. Nurul, 2016, Perilaku Merokok Anak Usia 10-15 Tahun dengan Riwayat orang Tua Perokok (Studi Kasus Pada Anak Sekolah di Daerah Urban), <https://lib.unnes.ac.id/28268/1/6411412024.pdf>
- <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2016/08/23/provinsi-mana-dengan-jumlah-perokok-terbanyak>. diakses tanggal 15 Oktober 2018
- <https://indonesiana.tempo.co/read/122606/2018/02/10/596-61-Triliun--Kerugian-Setahun-Akibat-Rokok-di-Indonesia>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok*, Jakarta: 2011.
- Puslitbang Kemenkes RI, 2015, Perilaku Beresiko Kesehatan Pada pelajar SMP dan SMA di Indonesia, [http://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS\\_2015\\_Indonesia\\_Report\\_Bahasa.pdf](http://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS_2015_Indonesia_Report_Bahasa.pdf) (diakses 10 Agustus 2018)
- 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*.