



FAKULTAS
KESEHATAN
MASYARAKAT

KAJIAN NASKAH AKADEMIK RAPERDA TENTANG KAWASAN TANPA ROKOK KOTA TANGERANG SELATAN



**WAHYU SULISTIADI
MEITA VERUSWATI
DEVINITA AYU NURCAHYANI**

**KAJIAN NASKAH AKADEMIK RAPERDA TENTANG
KAWASAN TANPA ROKOK KOTA TANGERANG
SELATAN**

**WAHYU SULISTIADI
MEITA VERUSWATI
DEVINITA AYU NURCAHYANI**

**Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia
2015**

Kajian Naskah Akademik Raperda Tentang Kawasan Tanpa Rokok Kota Tangerang Selatan

Tim Peneliti :

Wahyu Sulistiadi

Dosen di Departemen Administrasi dan Kebijakan
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas
Indonesia

Meita Veruswati

Peneliti di Pusat Pendidikan dan Pelayanan
Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia

Devinita Ayu Nurcahyani

Peneliti di Pusat Pendidikan dan Pelayanan
Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia

ISBN : 978-623-7768-19-7

Penerbit :

Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia

Redaksi :

Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia Kampus UI Depok, 16424
Tel +6221 7864975
Fax +6221 7863472
Email fkmui@ui.ac.id
www.fkm.ui.ac.id

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	6
1.3 Tujuan	8
1.4 Metode	9
BAB II KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTEK EMPIRIS.	11
2.1 Kajian Teoritis	11
2.2.1 Kondisi Kesehatan dan Prevalensi penyakit Akibat Rokok di Indonesia	11
2.2.2 Faktor Pendukung dan Demand Kebijakan Pengendalian Tembakau	18
2.2.3 Peran Pemerintah dan Swasta dalam Pengendalian Tembakau	23
2.2.4 Definisi Kawasan Tanpa Rokok	32
2.2.5 Langkah – Langkah Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok	40
2.2.6 Sosialisasi dan kampanye Publik Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok	42
2.2.7 Keberhasilan Pelaksanaan Kawasan tanpa Rokok di Daerah Lain	48
2.2.8 Peluang Dalam Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok di Kota Tangerang Selatan	55
2.2 Praktek Empiris	58

2.2.1	Pelaksanaan KTR di Indonesia.....	58
2.2.2	Kawasan Tanpa Rokok dalam Perspektif Kesehatan	61
2.2.3	Kawasan Tanpa Rokok dalam perspektif Politik	63
2.2.4	Kawasan Tanpa Rokok dalam Perspektif Ekonomi	65
BAB III EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN		
PERUNDANG – UNDANGAN TERKAIT		
3.1	Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945	71
3.2	Undang-undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak	72
3.3	Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan	72
3.4	Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Terhadap Kesehatan	73
3.5	Peraturan Pemerintah No. 19 tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok.....	75
3.6	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.....	77
3.7 Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan No. 34 tahun 2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat	79
3.8 Undang-undang No. 1 tahun 2011 tentang Perumahan dan Kawasan Permukiman.....	80
3.9 Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan Nomor 9 Tahun 2012 tentang Ketertiban Umum	81
3.10 Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan No. 8 tahun 2011 tentang Urusan Pemerintahan Kota Tangerang Selatan.....	82
3.11 Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan No. 13 tahun 2012 tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup	82
3.12 Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan No. 4 tahun 2013 tentang Sistem Kesehatan Kota	84
3.13 Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan No. 3 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Perumahan dan Kawasan Permukiman.....	84
BAB IV LANDASAN FILOSOFIS SOSIOLOGIS DAN YURIDIS.....	86
4.1 Landasan Filosofis.....	86
4.2 Landasan Sosiologis	86
4.3 Landasan Yuridis.....	89

BAB V JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN UNDANG- UNDANG, PERATURAN DAERAH PROVINSI, ATAU PERATURAN DAERAH KABUPATEN/KOTA.....	92
5.1 Jangkauan	93
5.2 Arah Pengaturan.....	95
5.3 Ruang Lingkup Materi Muatan	98
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	108
6.1 Simpulan	108
6.2 Saran	108
DAFTAR PUSTAKA	110

GAMBAR

Gambar 2.1 10 Negara dengan Perokok Terbesar dari Jumlah Perokok Dunia (%)	11
Gambar 2.2.....	12
Lima Negara dengan Konsumsi Rokok Terbesar (Milyar Batang)	12
Gambar 2.3 Persentase Jumlah Perokok Usia \geq 15 Tahun di Indonesia Pada Tahun 1995-2010.....	14
Gambar 3.2 Umur Mulai Merokok remaja Meningkatkan Secara Persisten, Indonesia 1995- 2015.....	17
Gambar. Rumah merupakan Public Domain	39
(Sulistiadi,2014)	39
Gambar. Contoh Sponsor Industri Rokok Untuk memikat Generasi Muda	39
Gambar . Proporsi Pengeluaran Bulanan Penduduk termiskin untuk Padi-padian, tembakau/Sirih, Kesehatan dan Pendidikan terhadap Pengeluaran Total di Indonesia Tahun 2003 2013	67

TABEL

Tabel 2.1 Prevalensi Perokok Aktif dan Mantan Perokok Usia \geq 15 Tahun Menurut Karakteristik Demografi Tahun 2007 dan 2010	15
Tabel 3.1 Kabupaten/ Kota yang Menerapkan KTR59	
Tabel. 3.2 Bentuk Kebijakan KTR di Kabupaten /Kota hingga Oktober 2013.....	61

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan oleh pemerintah. Dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, perlindungan terhadap kesehatan sangat jelas diatur dimana dalam ketentuan Pasal 28H ayat (1) disebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. *Second Hand Smoke* (SHS) atau Asap Rokok Orang Lain (AROL) telah dibuktikan sebagai faktor resiko berbagai masalah kesehatan (US CDC, 2008). *Tobacco Control Support Center* - Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (TCSC-IAKMI) 2011 menyatakan “hak bukan perokok untuk menghisap udara bersih, lebih besar dari hak perokok untuk mencemari udara dengan racun yang akan dihisap orang lain”.

Asap rokok yang dihisap ke dalam paru oleh perokok disebut asap rokok utama (*mainstream smoke/MS*) sedangkan asap rokok yang berasal dari ujung rokok yang terbakar disebut asap rokok samping (*side-stream smoke/SS*). Polusi udara yang ditimbulkan disebut Asap Rokok Lingkungan (ARL) atau *Environment Tobacco Smoke* (ETS). Mereka yang menghisap ETS disebut perokok pasif. Kandungan bahan kimia pada asap rokok samping ternyata lebih tinggi dibandingkan dengan asap rokok utama antara lain karena tembakau terbakar pada temperatur yang lebih rendah ketika sedang dihisap membuat pembakaran menjadi kurang lengkap dan mengeluarkan lebih

banyak bahan kimia (JJK 1991 dalam Harris 2012). Menurut Baker (1989) dalam Haris (2012) Asap rokok dapat menimbulkan kelainan atau penyakit pada hampir semua organ tubuh yaitu: stroke, perubahan kimia otak, kanker bibir, mulut, tenggorokan dan laring kelemahan arteri, meningkatkan serangan jantung, penyakit paru obstruktif kronik, kanker paru, asma, kanker hati, kanker lambung, pankreas dan usus besar, impotensi, kanker leher rahim dan mandul.

Di Internasional, dalam rangka mengatasi epidemic tembakau, Sidang WHO ke 56 pada bulan Mei 2003 yang dihadiri 192 negara anggota WHO dengan suara bulat mangadopsi Kerangka Kerja Konvensi Pengendalian Tembakau (*Framework Convention on Tobacco Control - FCTC*). Hingga detik ini, Indonesia yang telah beberapa kali pemilu dengan berbagai kepala negara dari partai yang berbeda, belum juga melakukan aksesinya FCTC yang di dalamnya mencakup 6 (enam) langkah yang ampuh untuk mengendalikan bahaya rokok disuatu negara. 6 (enam) langkah tersebut disingkat menjadi MPOWER, yaitu: 1.) *Monitor tobacco use and prevention policy*, 2.) *Protect people from tobacco smoke*, 3.) *Offer help to quit tobacco use*, 4.) *Warn about the dangers of tobacco*, 5.) *Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*, 6.) *Raise taxes on tobacco*.

Prevalensi perokok di Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2007, 65,6% laki-laki di Indonesia adalah perokok, tahun 2010 meningkat menjadi 65,9% dan tahun 2013 meningkat lagi menjadi 68,8%. Sedangkan proporsi penduduk perempuan yang perokok pada tahun 2007 sebesar 5,2%, tahun 2010 sebesar 4,2% dan tahun 2013 meningkat tajam menjadi 6,9%. (Kemenkes, 2013) Tingginya

angka perokok di Indonesia menyebabkan 76,8 juta orang Indonesia non-perokok secara reguler terpapar asap rokok orang lain (Kemenkes, 2013) dan jumlah ini terus meningkat seiring dengan peningkatan jumlah perokok. Sedangkan hasil penelitian dari *Global Adult Tobacco Survey* (GATS) juga menunjukkan bahwa Indonesia pada tahun 2011 menduduki posisi pertama dengan prevalensi perokok aktif tertinggi, yaitu 67,0% pada laki-laki dan 2,7 % pada wanita, hasil ini dibandingkan dengan negara yang berpendapatan menengah dan rendah yaitu India, Philipina, Thailand, Polandia dan Vietnam. *Data dari Global Youth Tobacco Survey* (GYTS) 2013, anak Indonesia yang berusia 13-15 tahun sebanyak 81% terpapar asap rokok di tempat umum, dan data ini merupakan tertinggi di dunia. Namun tidak hanya di tempat umum, paparan asap rokok juga didapatkan di dalam rumah. Berdasarkan data Riskeudas 2010, prevalensi populasi yang terpapar asap rokok di dalam rumah pada perempuan mencapai 52,9% dan pada laki - laki 24,9 %. Peran kebijakan dari pemerintah pusat dan daerah sangat penting untuk mengatur dan mengurangi dampak buruk asap rokok.

Dalam upaya pengendalian dampak buruk tembakau, Indonesia sudah memiliki aturan tentang kawasan tanpa rokok, yaitu pada UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pada pasal 115 ayat (1) mengatur tujuh kawasan tanpa rokok (KTR) yaitu fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja dan tempat umum serta pada ayat (2) mewajibkan pemerintah daerah menetapkan kawasan tanpa rokok di daerahnya. Salah satu terobosan penting yang dilakukan pemerintah adalah perumusan MOU (*memorandum of understanding*) antara Kementrian

Kesehatan dan Kementrian dalam Negeri yang menekankan pemberlakuan Kawasan tanpa Rokok. Peraturan bersama tersebut dituangkan dalam surat bernomor 188/MENKES/PB/I/2011 dan Nomor 7 Tahun 2011 tentang pedoman kawasan tanpa rokok. Kemudian Peraturan Pemerintah nomor 109 tahun 2012 tentang pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau bagi kesehatan juga mengatur penerapan kawasan tanpa rokok.

Berdasarkan buku pedoman KTR yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI tahun 2011, Kawasan Tanpa Rokok, yang selanjutnya disingkat KTR, adalah wilayah atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau. Kebijakan kawasan tanpa rokok adalah salah satu upaya dalam melindungi mereka yang tidak merokok tetapi terkena paparan asap rokok atau disebut perokok pasif. Kebijakan menerapkan kawasan asap rokok telah diidentifikasi sebagai strategi intervensi utama dalam pengendalian penyakit menular (Kemenkes, 2012). Dalam Pasal 115 ayat (2) menyebutkan bahwa pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok. Dalam buku fakta tembakau dan permasalahannya (2015) menunjukkan di Indonesia bahwa per Desember 2014 terdapat 49 peraturan daerah tingkat kabupaten, 102 peraturan bupati/Walikota dan 13 Provinsi di Indonesia yang memiliki kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (TCSC-IAKMI, 2014).

Pada saat ini, Kota Tangerang Selatan memiliki Surat Edaran Walikota Tangerang Selatan No:800/2225/BKPP/2014 yaitu berupa larangan merokok di area kantor pemerintah. Dalam surat

edaran tersebut, seluruh Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) harus menyiapkan ruangan khusus untuk merokok dan membuat kawasan tanpa rokok di area kerja, menyiapkan larangan berupa tulisan dan gambar pada brosur, leaflet, stiker, pamflet dan papan yang diletakkan pada area gedung tempat kerja. Hal ini dilakukan sesuai dengan amanat PP Nomor 102 Tahun 2009 yang didalamnya mengatur tentang penetapan KTR (Krisna, 2014). Akan tetapi, sampai saat ini Surat Edaran Walikota Tangerang Selatan belum berjalan efektif, hal ini dapat terlihat dengan masih adanya pegawai yang merokok di area kantor.

Berdasarkan Data Riskesdas tahun 2013 prevalensi perokok setiap hari pada umur ≥ 10 Tahun di Kota Tangerang Selatan sebesar 27,5 % dan untuk perokok kadang-kadang sebesar 5%. Prevalensi penyakit yang berkaitan dengan paparan asap rokok menduduki posisi pertama dalam sepuluh penyakit terbesar di Kota Tangerang Selatan yaitu Infeksi Saluran Nafas Atas akut dengan jumlah 103.311 kasus, jumlah ini mengalami kenaikan apabila dibandingkan dengan tahun 2011 yaitu 60.811 kasus (Dinkes, Kota Tangsel 2014). Data tersebut diperkuat dengan hasil sosialisasi awal penetapan KTR di Tangerang Selatan yang mengundang seluruh Lembaga Swadaya masyarakat (LSM), Organisasi Pemuda dan Organisasi Agama yang menunjukkan bahwa masyarakat Tangerang Selatan membutuhkan peraturan KTR dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan, udara sehat dan lingkungan semakin asri dan nyaman.

Beberapa peneliti telah melakukan penelitian adanya hubungan antara iklan rokok dan perilaku merokok bagi perokok pemula. Berdasarkan data DDPTK Kota Tangerang Selatan 2014, pendapatan pemasangan iklan/reklame rokok berjumlah 2,15

Milyar. Agramakur (2012) dalam penelitiannya menyatakan bahwa Iklan rokok merupakan faktor potensial pencetus inisiasi merokok di kalangan remaja, pernyataan yang sama juga ditunjukkan oleh Gucci & Siegel 1999 bahwa paparan iklan dan kebiasaan merokok, hasilnya adalah adanya hubungan antara paparan iklan dan kebiasaan merokok bahwa semakin tinggi paparan iklan, semakin frekuensi merokoknya. Kota Bogor sudah menerapkan larangan iklan/reklame rokok diseluruh wilayahnya, pada tahun 2011 pendapatan daerah Kota Bogor terkait iklan/reklame rokok mencapai 7 Milliar, dengan komitmen pemerintah dan kesadaran masyarakat yang tinggi di Kota Bogor sudah tidak ada lagi iklan/reklame rokok dan pendapatan daerah yang berasal dari iklan/reklame rokok dapat digantikan dengan iklan/reklame produk/jasa yang lebih menguntungkan (Dinkes Kota Bogor, 2014).

Komitmen yang kuat dan konsisten dari pemerintah dan masyarakat dalam pengendalian para perokok yang menghasilkan asap rokok yang sangat berbahaya bagi kesehatan perokok aktif maupun perokok pasif, merupakan salah satu solusi untuk dapat menghirup udara bersih tanpa paparan asap rokok atau biasa disebut penetapan Kawasan Tanpa Rokok. Penerapan KTR merupakan wujud Pemerintah Daerah dalam melaksanakan amanah undang – undang dan dalam pelaksanaannya merupakan tanggung jawab seluruh komponen, baik individu, kelompok, masyarakat maupun pemerintah.

1.2 Identifikasi Masalah

Tidak dapat dipungkiri bahwa rokok memiliki andil yang besar dalam terjadinya penyakit. Penyakit yang disebabkan oleh rokok di

Kota Tangerang Selatan hingga bulan Desember Tahun 2014 menduduki dua peringkat teratas dari 10 penyakit terbesar yaitu ISPA dan hipertensi, terdapat 103.311 kasus penyakit ISPA dimana terdapat kenaikan dari tahun 2011 yaitu sebanyak 60.811 kasus dan 43.308 penyakit Hipertensi di tahun 2014. Hal ini bisa terus bertambah jumlahnya jika peredaran rokok tidak dikendalikan.

Pemerintah perlu membuat peraturan yang melindungi anak dan remaja dari upaya agresif industri tembakau yang menjaring mereka sebagai konsumen jangka panjangnya dan merusak generasi sekarang maupun mendatang. Perlindungan terhadap bahaya paparan asap rokok orang lain (perokok pasif) juga perlu dilakukan mengingat risiko terkena penyakit kanker bagi perokok pasif 30% (tiga puluh persen) lebih besar dibandingkan dengan yang tidak terpapar asap rokok. Salah satu perlindungan terhadap bahaya paparan asap rokok lain yang paling ringan adalah penerapan kawasan tanpa rokok yang melindungi hak bukan perokok untuk menghirup udara yang bersih dan sehat, bebas dari asap rokok. Larangan merokok perlu diterapkan di tempat-tempat umum, tempat kerja dan transportasi umum. Penerapan Kawasan Tanpa Rokok tidak saja untuk memenuhi hak bukan perokok untuk menghirup udara bersih dan sehat, namun juga membantu perokok untuk dapat menahan / menunda kebiasaan merokoknya dan sebagai langkah awal perokok untuk berhenti merokok. Penerapan Kawasan Tanpa Rokok juga semakin menyadarkan banyak orang akan bahaya adiktif rokok dan mengembalikan norma untuk tidak merokok di tempat umum, utamanya di ruangan tertutup.

100% kawasan yang bebas dari asap rokok merupakan satu-satunya cara efektif dan murah

untuk melindungi masyarakat dari bahaya asap rokok orang lain. Menurut WHO *cost effectiveness* akan naik apabila kawasan tanpa asap rokok dilaksanakan secara komprehensif dengan strategi pengendalian tembakau lainnya (Buku Profil Tembakau, 2010).

1.3 Tujuan

Tujuan umum dilakukannya penyusunan Rancangan Peraturan Daerah Tentang Kawasan Tanpa Rokok adalah untuk melaksanakan amanah Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pada pasal 115 ayat (2) yang menyatakan Pemerintah Daerah wajib menetapkan Kawasan Tanpa Rokok di wilayahnya. Rancangan peraturan daerah memerlukan naskah akademik sebagai landasan berfikir secara logis, yuridis maupun akademis yang secara hukum dapat dipertanggungjawabkan.

Tujuan khusus penyusunan naskah akademik sebagai kelengkapan Raperda Kawasan tanpa Rokok adalah untuk :

1. Menjamin perlindungan hukum bagi masyarakat dari paparan asap rokok orang lain
2. Menjamin terpenuhinya hak untuk mendapatkan udara bersih dengan lingkungan yang baik dan sehat yang merupakan hak asasi manusia
3. Membudayakan hidup sehat
4. Membatasi dan mengurangi perokok aktif merokok di lingkungan sekitarnya
5. Memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat, yang meliputi:
 - a. Pelayanan kesehatan,
 - b. Tempat proses belajar mengajar

- c. Tempat anak bermain
- d. Tempat ibadah
- e. Angkutan umum,
- f. Tempat kerja
- g. Tempat umum
- h. Rumah

1.4 Metode

Naskah Akademik ini disusun berdasarkan sumber-sumber informasi yang didapatkan melalui penelusuran berbagai literatur, observasi, wawancara dengan stakeholder, tinjauan dokumen tentang tembakau, bahaya tembakau, organisasi dan prosedur, tugas pokok dan fungsi terhadap lembaga atau instansi yang terkait di bidang pengendalian dampak buruk tembakau, seperti Kemenkes RI, Kementerian Lingkungan Hidup, badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, dan Lembaga Swadaya masyarakat. Penelusuran informasi terkait melalui media elektronik dan non elektronik, peraturan perundang-undangan dan regulasi lain di wilayah hukum Indonesia serta penerapan kawasan tanpa rokok di berbagai negara. Sumber informasi dari internet dilakukan dengan menggunakan beberapa kata kunci, yaitu *tobacco control, second hand smoke, Local Smoke-Free legislation, health policy, smoke free household*.

Penelusuran terhadap berbagai literatur didapatkan hasil sebanyak 872 dokumen yang berkaitan dengan kawasan tanpa rokok. Literatur tersebut mencakup dokumen dalam bentuk, e-books, jurnal dalam dan luar negeri, laporan, peraturan perundang-undangan dan regulasi lainnya. Seluruh dokumen tersebut dipilah dan dipilih untuk selanjutnya digunakan sebagai bahan acuan dalam proses penyusunan naskah akademik ini. Sesuai dengan hasil analisis terhadap sumber

tersebut, dalam bentuk jurnal, artikel dan makalah sebanyak 80 dokumen yang digunakan. Semua sumber informasi tersebut digunakan sebagai dasar pembuatan Naskah Akademik.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, selanjutnya dalam naskah akademik ini akan dilakukan kajian tentang penetapan kawasan tanpa rokok dari berbagai sudut pandang yang meliputi pemenuhan hak mendapatkan udara bersih dan sehat, struktur organisasi, tugas pokok dan fungsi, kewenangan serta kerjasama lintas program dan lintas sektor baik antara pemerintah maupun organisasi non pemerintah. Selanjutnya, proses penyusunan naskah akademik ini dilakukan melalui beberapa tahapan, yaitu:

1. Dilakukan pemilahan dan pemetaan terhadap berbagai tulisan dalam bentuk artikel, teks book, jurnal, laporan dan perundang-undangan yang terkait dengan kawasan tanpa rokok.
2. Dilakukan penilaian secara akademis berdasarkan peraturan perundang-undangan terhadap peran serta negara dalam penetapan kawasan tanpa rokok untuk melindungi setiap warga negaranya perlindungan hukum bagi masyarakat dari paparan asap rokok orang lain.
3. Dilakukan kajian terhadap penetapan kawasan tanpa rokok sebagai sarana peningkatan status kesehatan masyarakat.
4. Dilakukan penyusunan dan penyajian hasil kajian dalam materi peraturan perundang-undangan tentang kawasan tanpa rokok.

BAB II KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTEK EMPIRIS

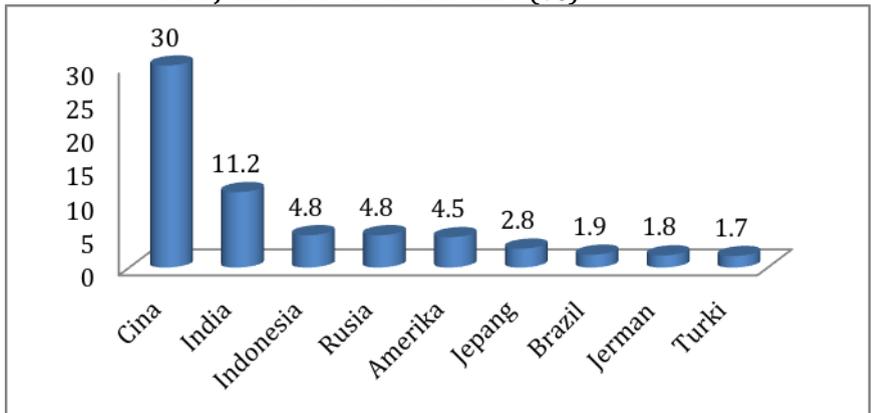
2.1 Kajian Teoritis

2.2.1 Kondisi Kesehatan dan Prevalensi penyakit Akibat Rokok di Indonesia

Indonesia, tembakau merupakan salah satu komoditas perkebunan yang diperkirakan mulai dibudidayakan sejak zaman penjajahan Belanda (Rahadian, 2011). Seiring dengan perkembangan industri dan peningkatan permintaan tembakau, terutama produk yang berupa rokok, masyarakat Indonesia mulai mengenal dan mengkonsumsi rokok. Bahkan karena keberadaan dan harganya yang hampir dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, rokok seakan-akan menjadi barang biasa dalam kehidupan keseharian masyarakat.

Berikut adalah 10 negara dengan perokok terbesar di dunia.

Gambar 2.1 10 Negara dengan Perokok Terbesar dari Jumlah Perokok Dunia (%)

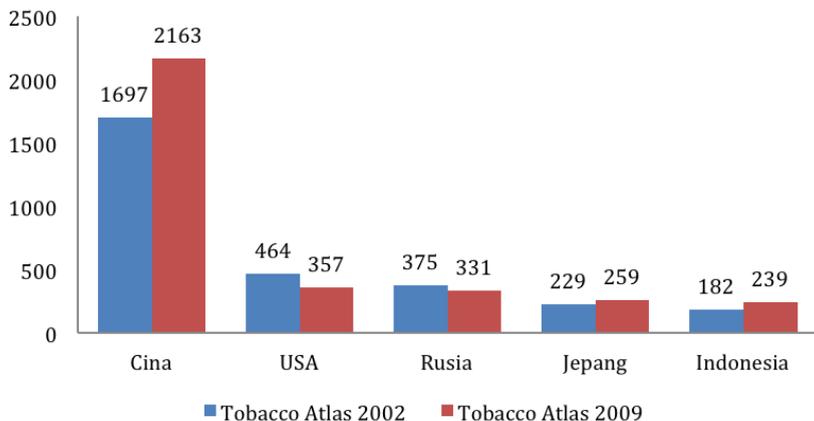


(Sumber: WHO Report on Global Tobacco Epidemic, 2008)

Pada tahun 2002, Indonesia menempati peringkat ke-5 konsumsi rokok terbesar di dunia setelah Cina. Pada saat itu Indonesia tercatat mengkonsumsi 182 Milyar batang rokok, sementara Cina 1.697 Milyar batang, Amerika Serikat 464 Milyar batang, Rusia 375 Milyar batang, dan Jepang 299 Milyar batang. Berdasarkan *Tobacco Atlas 2009* yang dikutip dalam www.ino.searo.who.int, peringkat Indonesia pada tahun 2007 masih menetap pada peringkat ke-5. Berikut adalah gambaran konsumsi rokok kelima negara pengonsumsi rokok terbanyak di dunia.

Gambar 2.2

Lima Negara dengan Konsumsi Rokok Terbesar (Milyar Batang)



(Sumber: *Tobacco Atlas* dalam www.ino.searo.who.int)

Berdasarkan data yang dihimpun WHO, selama periode 1970 hingga 2000, konsumsi rokok di Indonesia mengalami peningkatan hingga 7 kali lipat, yaitu dari sekitar 33 Milyar batang menjadi 217 Milyar batang. Pada tahun 2000 – 2002, tercatat terjadi penurunan jumlah konsumsi rokok yang

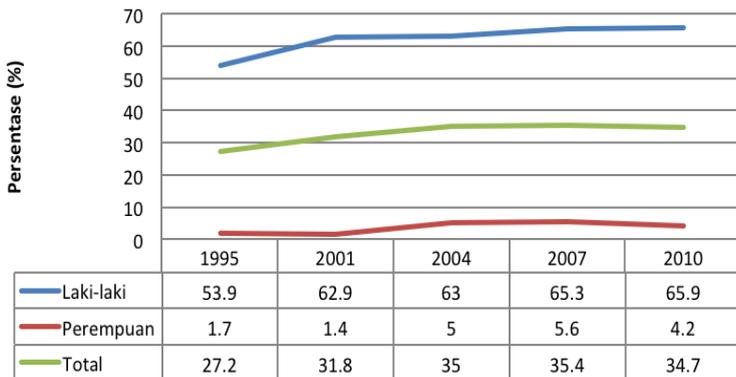
disebabkan adanya peningkatan harga riil rokok pada tahun 1998. Kondisi tersebut ternyata semu, karena Departemen Keuangan menemukan adanya rokok ilegal dan pemalsuan cukai. Penurunan jumlah konsumsi rokok tersebut membuat Departemen Keuangan membekukan peningkatan cukai tahunan selama 2003-2004 dengan tujuan untuk 'menyehatkan industri'. Ternyata kebijakan tersebut berdampak pada peningkatan jumlah konsumsi rokok pada tahun 2008, yaitu mencapai 240 Milyar batang, setelah pada tahun 2005 mencapai 214 Milyar batang. Dari tahun 2005 hingga 2008, jumlah konsumsi rokok di Indonesia memang cenderung mengalami peningkatan, yaitu dari 214 Milyar pada tahun 2005, 220 Milyar pada tahun 2006, 238 Milyar pada tahun 2007, dan 240 Milyar pada tahun 2008 (Koran Tempo, 2009 dalam WHO).

Selain itu, dari sisi prevalensi (%), masalah merokok cenderung meningkat dari 27% tahun 1995 menjadi 34,7% pada tahun 2010, meskipun sempat terjadi penurunan dari 5,2% tahun 2007 ke 4,2% tahun 2010 pada populasi perempuan. Namun, secara keseluruhan, apabila target pemerintah untuk menurunkan prevalensi merokok sebesar 1% per tahun, maka hal ini merupakan suatu tantangan tersendiri bagi pemerintah dan memerlukan upaya yang cukup besar dengan melibatkan berbagai pihak, penerapan multi strategi dan kepemimpinan yang tegas dan terarah.

Besaran masalah konsumsi tembakau berbeda antara laki-laki dan perempuan. Prevalensi (%) merokok cenderung meningkat sejak tahun 1995 (53,4%) sampai dengan tahun 2010 (65,9%) pada laki-laki. Sementara pada perempuan, peningkatan tajam terjadi pada tahun

2004 dan 2007 (4,5% dan 5,2%) dibandingkan tahun 1995 dan 2001 (1,7% dan 1,3%), dan pada tahun 2010 mengalami penurunan (4,2%).

Gambar 2.3 Persentase Jumlah Perokok Usia ≥ 15 Tahun di Indonesia Pada Tahun 1995-2010



(Sumber: *Global Adult Tobacco Survey, 2011*)

Berdasarkan data dari Komisi Perlindungan Anak Indonesia, kenaikan jumlah perokok juga terjadi pada anak-anak usia 10-14 tahun dan pada usia 10 tahun kebawah. Pada tahun 2009, perokok anak usia 10-14 tahun mencapai 1,4 juta anak dan perokok anak usia dibawah 10 tahun berjumlah 426.000 anak. Jumlah perokok anak usia 10-14 tahun pada tahun 2009 tersebut melonjak enam kali lipat dibandingkan dengan tahun 1995. Dan, jumlah perokok anak tersebut diperkirakan akan terus meningkat sebesar 28% setiap tahunnya. Hal yang sama terjadi pada perokok remaja. Remaja yang mengkonsumsi rokok meningkat dari 7,1% pada tahun 1995 menjadi 20,3 % pada tahun 2010. Kenaikan terbesar terjadi pada remaja laki-laki berusia 15-19 tahun dari 13,7% pada tahun 1995 menjadi 38,4% pada tahun 2010 (Suhendro dan Fitra, 2013). Peningkatan prevalensi merokok pada

usia remaja akan menyebabkan masalah yang serius untuk masa-masa mendatang bagi Indonesia karena beban negara yang meningkat terkait dengan peningkatan kasus kematian dan kesakitan akibat rokok.

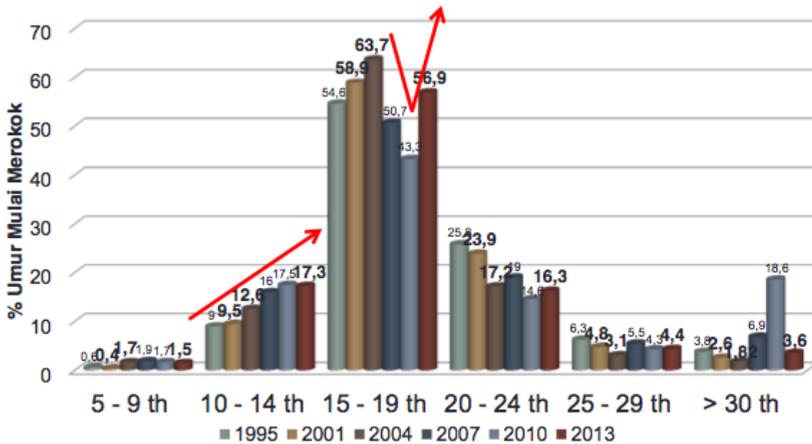
Tabel 2.1 Prevalensi Perokok Aktif dan Mantan Perokok Usia \geq 15 Tahun Menurut Karakteristik Demografi Tahun 2007 dan 2010

Karakteristik	% Jumlah Perokok (2007)	% Jumlah Perokok (2010)
Kelompok Umur (Tahun)		
15 – 24	24.6	26.6
25 – 34	35.0	37.2
35 – 44	36.0	37.0
45 – 54	38.0	38.2
55 – 64	37.5	37.1
65 – 74	34.7	33.6
75+	33.1	32.2
Jenis Kelamin		
Laki-laki	55.7	65.9
Perempuan	4.4	4.2
Pendidikan		
Tidak sekolah	30.9	31.9
Tidak tamat SD	25.3	37.8
Tamat SD	28.3	36.6
Tamat SMP	30.6	33.1
Tamat SMA	34.0	35.5
Tamat PT	27.0	25.5
Tipe Daerah		
Perkotaan	26.6	32.3
Perdesaan	30.9	37.4
Tingkat Pengeluaran per Kapita		
Kuintil 1	29.0	35.0
Kuintil 2	29.6	36.0

Kuintil 3	29.5	36.0
Kuintil 4	29.5	34.4
Kuintil 5	28.7	32.0

(Sumber: Riskesdas 2007 & Riskesdas 2010)

Tabel di atas menunjukkan bahwa berdasarkan karakteristik umur, prevalensi perokok pada kelompok umur 15-24 tahun merupakan kelompok dengan persentase merokok terendah dibanding dengan kelompok usia lain. Berdasarkan jenis kelamin, laki-laki masih mendominasi persentase jumlah perokok di Indonesia dengan kecenderungan semakin meningkat jumlahnya dari tahun 2007 ke 2010, sementara pada perempuan mengalami penurunan. Jika dilihat berdasarkan karakteristik lokasi, kecenderungan lebih banyaknya konsumsi rokok terjadi di daerah pedesaan daripada daerah perkotaan. Meskipun demikian baik di desa maupun di kota, tren jumlah konsumsi rokok meningkat dari tahun 2007 ke 2010.



Sumber: Susenas 1995,2004, SKRT 2001, Riskesdas 2007, 2010, 2013

Gambar 3.2 Umur Mulai Merokok remaja Meningkat Secara Persisten, Indonesia 1995- 2015

Dari diagram di atas jelas terlihat umur mulai merokok paling banyak pada umur 15 – 19 tahun. Menurut WHO, yang disebut remaja adalah mereka yang berada pada tahap transisi antara masa kanak-kanak dan dewasa. Batasan usia remaja menurut WHO adalah 12 sampai 24 tahun. Menurut Menteri Kesehatan RI tahun 2010, batas usia remaja adalah antara 10 sampai 19 tahun dan belum kawin. Di negara ASEAN seperti Singapura, Thailand, Vietnam, Malaysia, Myamar, Kampboja sudah dengan tegas melarang industri rokok mengiklankan, mempromosikan dan mensponsori kegiatan apapun yang berhubungan anak – anak dan remaja. (Soeroyo, 2015)

Jumlah Kasus Terkait dengan Konsumsi Rokok, berdasarkan penyakit dan Jenis Kelamin (Soewarto Kosen 2015)

Penyakit	Total Kasus	Laki-Laki	Wanita
Low Birth Weight babies	216.050	112.870	103.190
Tumor Mulut dan Tenggorokan	6.670	3.350	3.310
Neoplasm of Esophagus	1.710	1.010	700
Neoplasm of Stomach	10.440	2.780	7.660
Neoplasm of Liver	13.400	6.740	6.660
Neoplasm of Pancreas	2,910	1,870	1,040
Neoplasm of Lung, Bronchus and Trachea	54.300	47.790	6.510
Neoplasm of Cervix	28.940	0,00	28.940
Neoplasm of Ovary	7.690	0,00	7.690
Neoplasm of Gall Bladder	10.160	5.990	4,170
Coronary Heart Disease	183.950	112.760	71.190
Cerebrovascular Disease/Stroke	144.780	70.410	74.360
Chronic Obstructive Pulmonary Disease	284.310	206.640	77.670
Total	962.403	570.342	387.885

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa kasus terbanyak pada penyakit yang terkait konsumsi rokok adalah Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Penyakit Paru Obstruktif Kronik) pada laki

-laki dengan jumlah 206.640 kasus, sedangkan pada perempuan kasus penyakit terbanyak adalah Low birth weight babies (berat bayi lahir rendah) dengan jumlah 103.190 kasus. Konsumsi rata - rata per hari pada tahun pada tahun 2013 adalah 12,3 batang atau 369 batang per bulan. Dengan rata - rata Rp.600 per batang total biaya pembelian rokok berjumlah Rp.221.400 per bulan atau 2.656.800 per tahun. Diperkirakan total pengeluaran untuk membeli rokok pada tahun 2013 berjumlah Rp. 138 trilyun. Jadi total kehilangan ekonomi makro pada tahun 2013 yang terdiri dari biaya pembelian rokok (Rp138 trilyun), kehilangan produktivitas karena kematian prematur, sakit dan disabilitas (Rp235,4 trilyun), serta biaya medis penyakit terkait tembakau (Rp5,35 trilyun), berjumlah Rp378,75 trilyun. Beban biaya konsumsi dan kesehatan akibat rokok adalah Rp1,5 juta per kapita. Jumlah tersebut sekitar 3,7 kali hasil pungutan cukai tembakau pada tahun yang sama (2013) yaitu 103.02 trilyun. Pembayaran cukai masih jauh di bawah beban yang ditimbulkannya, sehingga harus ditingkatkan agar tidak membebani masyarakat.

2.2.2 Faktor Pendukung dan Demand Kebijakan Pengendalian Tembakau

Tembakau dan produk-produk turunannya terutama rokok sudah menjadi masalah yang kompleks dan panjang, tidak saja menyangkut masalah di bidang kesehatan tetapi juga menyangkut masalah-masalah yang berkaitan dengan pertanian, industri, ketenagakerjaan baik tenaga kerja pabrik rokok, ataupun petani tembakau, pajak dan cukai, dan masalah lainnya yang berdampak dalam dunia bisnis. Bahkan, besarnya populasi dan tingginya prevalensi merokok telah menempatkan Indonesia pada urutan

ketiga di antara negara-negara dengan konsumsi tembakau tertinggi di dunia pada tahun 2005 yakni dengan tingkat konsumsi sebesar 220 miliar batang per tahun, sungguh menarik dalam dunia bisnis.

Kebijakan pengendalian produk tembakau di Indonesia menjadi semakin sulit dan dilematis karena melibatkan berbagai kepentingan daripihak-pihak yang memiliki argumentasi sama pentingnya dan sama banyaknya, yang menyebabkan adanya persaingan kepentingan yang saling berhadapan. Di satu sisi terdapat pihak yang menginginkan pengendalian yang eksekutif terhadap industri tembakau. Di sisi lain ada pihak yang menolak pengendalian dengan argumentasi bahwa keberadaan industri tembakau merupakan gantungan hidup dari jutaan petani, industri, bahkan perekonomian nasional.

Argumentasi dan silang pendapat ini didasari pada meningkatnya kesadaran publik terhadap kesehatan masyarakat (terutama anak-anak dan perempuan) yang menjadi pijakan bagi sebagian pihak untuk mengevaluasi ekspansi industri tembakau beriringan dengan makin meningkatnya ketergantungan pelaku usaha (petani, buruh tani, buruh pabrik, dan sebagainya) terhadap lapangan kerja di sektor industri produk tembakau, pemerintah pusat terhadap pajak dan cukai rokok, serta pemerintah daerah terhadap pajak dan bagi hasil cukai rokok. Melihat kedua pandangan tersebut, perlu pertimbangan faktor pendukung dan demand dari berbagai aspek kehidupan masyarakat, bangsa dan negara menjadi penting seperti yang dilakukan Easton dalam memasuki sistem politik mulai dari aspek : ekonomi, pendapatan negara, sosial-politik-budaya, kesehatan, anak-anak, konsumen, tenaga kerja, keadilan dan keberlanjutan petani, serta industri

rokok. Kajian yang komprehensif ini akan mempertimbangkan semua argumen dari seluruh *stakeholder* yang terlibat dalam industri tembakau sesuai dengan porsinya, sehingga menjadi sangat penting bahwa kebijakan pengendalian produk tembakau ini harus memotret dengan tepat dan jelas berbagai permasalahan tersebut yang akan diupayakan solusinya. Hal ini juga sejalan dengan faktor penentu sosial dari kesehatan, seperti diperlihatkan dalam Model Dahlgren dan Whitehead, dan SACOSS untuk identifikasi identifikasi pemahaman tentang kemiskinan dan kerugian di suatu populasi.

Pertimbangan sosiologis dalam penentuan faktor pendukung dan demand kebijakan Pengendalian produk tembakau (Kawasan Tanpa Rokok) berdasarkan pada rasional dan kelengkapan pandangan(Sulistiadi, 2014) :

- a. Perlindungan Kesehatan: upaya perlindungan bagi masyarakat secara keseluruhan dari bahaya akibat rokok perlu menjadi pertimbangan dalam pengaturan pengendalian produk tembakau. Dalam hal ini orientasi perlindungan kesehatan hendaknya menjadi unsur pengatur dalam produksi, pelabelan, pengemasan, iklan, sponsor, penjualan, dan penetapan kawasan yang dilarang, dibatasi, atau diperbolehkan untuk merokok. Di samping itu, perlindungan kesehatan perlu diperkuat dengan pengaturan tanggungjawab pemerintah dan atau peranserta masyarakat luas. Dengan demikian, berbagai dampak kesehatan yang timbul dari dari produk tembakau dapat diminimalisasi.
- b. Perlindungan terhadap anak-anak: perlindungan bagi anak-anak yang secara fisik dan mental masih memerlukan pembinaan serta

menjadi salah satu pertimbangan utama dalam pengaturan produk tembakau. Oleh karenanya, pengaturan produk tembakau harus secara jelas dan tegas melarang anak-anak untuk terlibat dalam mata rantai industri rokok, baik untuk mengkonsumsi, menjual, memproduksi maupun mendapat perintah dan/atau permintaan untuk membeli rokok dari siapapun.

- c. Perlindungan terhadap konsumen rokok: perlindungan konsumen perlu dijadikan salah satu orientasi dalam pengaturan produk tembakau. Perlindungan ini menyangkut berbagai informasi produk tembakau kepada konsumen rokok sebagai pihak yang berkaitan erat dengan berbagai dampak rokok terhadap kesehatan. Oleh karena itu, sangatlah penting ada sinergi antara peraturan perlindungan konsumen yang sudah ada dengan peraturan tentang perlindungan produk tembakau.
- d. Ekonomi: produk tembakau memiliki nilai tambah ekonomi yang cukup besar, serta melingkupi kegiatan ekonomi dengan mata rantai yang memiliki keterkaitan cukup panjang baik ke belakang maupun ke depannya, di dalam negeri maupun kaitannya dengan perekonomian internasional. Oleh karenanya pengaturan produk tembakau perlu mempertimbangkan dampak kebijakan dan kondisi setiap pemangku kepentingan dalam rantai tersebut, termasuk kaitannya dengan keadilan dalam pembagian hasil kegiatan ekonomi tembakau tersebut.
- e. Tenaga kerja: Industri tembakau memiliki kontribusi cukup besar dalam penyerapan lapangan kerja dan pengupayaan kesejahteraan pekerja. Pengaturan produk tembakau perlu mempertimbangkan dampaknya bagi

perubahan penyerapan tenaga kerja yang mungkin terjadi dan berpengaruh besar terhadap nasib pekerja. Oleh karenanya perlu penekanan upaya untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan keahlian pekerja yang menuju pada situasi kerja yang makin layak bagi kemanusiaan.

- f. Industri: Industri produk tembakau telah menjadi salah satu industri dengan jumlah pelaku, skala produksi, dan nilai tambah cukup besar dalam perindustrian, baik secara nasional maupun bagi daerah penghasil. Oleh karenanya pengaturan produk tembakau perlu mencermati dampaknya bagi kelangsungan pelaku usaha dalam industri tersebut.
- g. Pendapatan Negara: Kontribusi industri hasil tembakau terhadap pendapat negara cukup besar, terutama yang berasal dari cukai. Oleh karena itu, pengaturan produk tembakau harus memasukkan faktor dampak perubahan pendapatan negara yang mungkin ditimbulkan.
- h. Keadilan dan Keberlanjutan Petani: Dalam beberapa situasi petani masih berada pada posisi yang sulit dan tidak mendapatkan hasil yang adil (setimbang) sesuai kontribusinya. Oleh karena itu pengaturan produk tembakau perlu mempertimbangkan upaya pemenuhan rasa keadilan bagi petani tembakau, yang dilakukan melalui kebijakan pemerintah untuk melindungi petani tembakau terhadap tembakau impor dan untuk meningkatkan daya tawar petani tembakau dan memberdayakan petani tembakau di dalam satu wadah organisasi.
- i. Sosial-Politik: Sebuah peraturan perundang-undangan yang baik hendaknya disusun dengan memperhatikan semua kepentingan yang

terkait. Oleh karena itu, seluruh aspirasi, wacana, dan pemikiran dari pemangku kepentingan terkait dengan pengendalian tembakau harus dianalisis dan sebanyak mungkin *stakeholders* terkait juga dilibatkan sehingga dapat tercapai keseimbangan antara hak dan kewajiban semua *stakeholders*

Sebenarnya jika kebijakan KTR mengikuti ketentuan tersebut, hampir mirip dengan yang ada di FCTC, akan tetapi Indonesia tidak terikat peraturan internasional.

2.2.3 Peran Pemerintah dan Swasta dalam Pengendalian Tembakau

A. Peran Pemerintah sebagai champion dalam pengendalian tembakau

Kementerian kesehatan mengembangkan kebijakan pengendalian dampak tembakau secara nasional dengan berprinsip kepada : (Sulistiadi, 2015)

1. Perlindungan komprehensif berbasis HAM, berupa : (i) hak untuk hidup, mempertahankan kehidupan dan peningkatan taraf hidup, (ii) lingkungan hidup yang baik dan sehat, (iii) hak anak untuk hidup, mempertahankan kehidupan dan meningkatkan taraf hidup, (iv) hak anak atas perlindungan orang tua, keluarga, masyarakat dan Negara, (v) hak anak untuk memperoleh perlindungan dari berbagai ancaman yang mengancam kelangsungan hidup dalam proses tumbuh kembang.

Sementara kewajiban dasar yang dituju adalah (i) menghormati hak asasi (HAM) orang lain, moral, etika, tata tertib pergaulan sosial dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara, (ii) tugas pemerintah untuk mengormati, menegakkan dan memajukan HAM

- dalam rangka melindungi hak- hak masyarakat, dan (iii) kewajiban setiap warga negara untuk tunduk kepada Undang-Undang, untuk menjamin hak dan kebebasan orang lain, dan memenuhi tuntutan yang adil sesuai pertimbangan moral, keamanan, kertiiban umum dalam masyarakat yang demokratis.
2. Orientasi pencerdasan masyarakat mencakup (i) bidang kesehatan, pendidikan, agama, kesejahteraan sosial, (ii) keseimbangan ekonomi mikro dan makro, dan (iii) perumusan kebijakan politik, pengaturan dan penegakan hukum.
 3. Pendekatan holistik, bahwa upaya pengendalian produk tembakau seharusnya dilakukan secara terintegrasi yang meliputi: (i) penyelenggaraan fungsi perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, (ii) pencegahan, *treatment*, pengembangan upaya berkelanjutan, (iii) berbasis keluarga, lingkungan serta komunitas dan lembaga atau institusi, (iv) perumusan kebijakan, pengaturan, penegakan hukum dan implementasi di tingkat mikro, meso dan makro.

Selanjutnya, agar rencana pengendalian produk tembakau dapat berjalan dan berfungsi dengan baik, diperlukan sejumlah instrumen pelaksanaan utama yang meliputi: (i) regulasi yang berkeadilan yang mengatur dari isu hulu sampai isu hilir, baik pada sisi *demand* maupun *supply reduction*, (ii) pada level nasional, aturan pelaksanaan pengendalian dirumuskan secara terstruktur dan konsisten, (iii) sedang pada tingkat daerah, peraturan pengendalian dirumuskan secara terstandar, dengan sebanyak mungkin kondisi dan situasidaerah secara positif konstruktif.

Berbagai upaya telah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dalam pengendalian produk tembakau, antara lain menyusun Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) tentang Pengamanan Produk Tembakau sebagai Zat Adiktif bagi Kesehatan, serta upaya akses atau ratifikasi *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC). Mengenai RPP Tembakau, dalam proses untuk penetapannya, saat ini sudah ada Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri tentang Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok.

Mengingat pentingnya Akses FCTC, Kementerian Kesehatan telah membentuk Tim Kerja Akses FCTC pada 2012. Menkes sangat mengharapkan agar akses FCTC dapat segera dilaksanakan dan pembahasan RPP Tembakau dapat segera selesai, sehingga dapat segera diberlakukan agar masyarakat Indonesia dapat memperoleh hak untuk hidup sehat, produktif dan harmonis dengan lingkungannya, guna memenuhi kesinambungan pengembangan sumber daya manusia.

Menteri Kesehatan (Menkes) Nafsiah Mboi mengatakan, pemerintah mengupayakan dalam mengakses FCTC masih terkendala oleh keberatan sejumlah kementerian. Namun, berbagai upaya terus dilakukan. Sebelumnya Menkes mengatakan, Kementerian Perindustrian (Kemenperin), Kementerian Perdagangan (Kemendag) dan Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi (Kemenakertrans) sempat mengajukan keberatan soal upaya akses FCTC. Dalam hal ini Kemenperin berpendapat bahwa industri hasil tembakau adalah industri legal, berdasarkan Perpres Nomor 28 Tahun 2008 dimasukkan dalam industri prioritas

yang harus dipertahankan dengan iklim usaha yang kondusif.

Upaya yang telah dilaksanakan antara lain Menkes telah mengajukan permohonan pemrosesan Izin Prakarsa RUU Pengesahan FCTC kepada Kementerian Luar negeri. Pada bulan Juni 2013, Kemenkes mengadakan pertemuan dengan lintas kementerian dalam rangka persiapan rencana akses FCTC. Pada 18 Juni 2013, Menkes mengirimkan surat ke 18 kementerian terkait rencana akses FCTC dan meminta tanggapan dan sampai saat ini ada 4 tanggapan dari Mensesneg, Menperin, Menperdag dan Menakertrans.

Pada tanggal 26 Juli 2013 Kemenkes melakukan pertemuan dengan industri tentang sosialisasi PP No. 109 Tahun 2012 dan rencana Akses FCTC. Sedangkan tanggal 19 Agustus 2013, kemenkes melakukan pertemuan dengan lintas Kementerian tentang up date pelaksanaan PP No.109 tahun 2012 dan rencana akses FCTC. Tembakau membunuh 100 juta orang di seluruh dunia pada abad ke-20; 5,4 juta orang meninggal setiap tahunnya akibat penyakit yang berhubungan dengan konsumsi tembakau

Menteri Kesehatan RI diwakili Staf Khusus Menteri Kesehatan RI Bidang Politik Kebijakan Kesehatan, Bambang Sulistomo, menerima Naskah Akademik Rancangan Undang-Undang tentang Pengesahan Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) yang telah dipelajari dan diserahkan oleh Ketua Komisi Nasional Hak Asasi Manusia (Komnas HAM), Ihdhal Kasim. Komnas HAM telah mempelajari instrumen berikut pasal-pasal yang ada, serta kewajiban yang akan timbul setelah meratifikasi konvensi ini. Komnas HAM, sebagai bagian dari tanggung jawab, memberikan perhatian pada hak-hak di dalam katagori ekonomi, sosial dan

budaya, salah satunya adalah hak kesehatan sebagai bagian dari hak asasi manusia untuk hidup di lingkungan yang sehat. Hak hidup, tidak hanya dikorelasikan dengan pembunuhan dan tindakan kesewenang-wenangan, tetapi juga terkait dengan kondisi suatu negara untuk menghindarkan masyarakat dari kematian yang sebenarnya dapat dicegah, misalnya kematian akibat rokok.

Hak atas kesehatan masyarakat dan hak atas lingkungan yang sehat itu sangat terkait erat dengan konvensi yang dirumuskan oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) tersebut, karena konvensi ini bertujuan untuk mempromosikan perlindungan hak atas kesehatan dan hak atas hidup. Hak atas hidup juga terkait dengan kondisi yang harus dibangun oleh satu negara untuk menghindari masyarakatnya dari kematian karena sesuatu yang bisa dicegah, seperti misalnya mengendalikan asap rokok, mengendalikan rokok dan sebagainya

Pengendalian merokok adalah upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, mencegah penyakit yang diakibatkan konsumsi tembakau, melindungi hak asasi manusia untuk hidup sehat dan melindungi bangsa dan negara dari kerugian ekonomi yang lebih besar.

Pemakaian SK Bersama Mendagri dan Menkes karena perlu komitmen kepala daerah untuk memiliki Peraturan Daerah Kebijakan KTR. Harapannya seluruh kementerian terlibat tapi yang concern Kementerian Dalam Negeri. Contohnya, 40% gambar iklan rokok harus bergambar kesehatan per tanggal 24 Juni 2014, hal tersebut memerlukan bantuan Kementerian Perdagangan.

Selain Kemenkes melakukan advokasi dan sosialisasi ke kepala daerah juga disarankan studi banding ke daerah yang sudah menerapkan. Lampung melakukan studi banding kepada Kota

Bogor daerah yang sudah menerapkan KTR, ternyata tidak ada yang berubah, hanya pengaturan tempat saja yang dikendalikan. Lampung akhirnya membuat Peraturan KTR.

B. Lembaga Swadaya Masyarakat dan Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan sebagai pendukung aktif dalam pengendalian tembakau.

Menurut aktivis anti rokok yang juga mantan ketua umum Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (PB IDI) Kartono Muhammad, salah satu efek yang tak terduga dari penolakan FCTC adalah masuknya produk rokok impor. Karena tidak ikut meratifikasi FCTC, maka Indonesia bisa dikatakan negara yang paling permisif pada produk rokok. Tidak heran bila berbagai negara penghasil rokok melirik Indonesia, yang paling baru Korea.

Dr Kartono berpendapat FCTC sebetulnya bertujuan mengatur peredaran rokok di suatu negara, melalui *demand* dan *supply reduction*. Aturan ini semata menjaga supaya rokok tidak membunuh generasi muda dengan kandungan nikotin dan zat kimia berbahaya lainnya. Dengan penjagaan ini, maka kualitas generasi muda bisa terjaga dan tidak menjadi perokok di usia belia, baik secara aktif maupun pasif. Pada *demand reduction*, diatur tentang paparan asap pada perokok pasif serta kandungan zat dalam rokok. FCTC juga memuat aturan peningkatan kebijakan publik pada bahaya rokok, serta pelatihan pengendalian tembakau bagi tenaga kesehatan, pekerja sosial, media, pendidik dan pengambil kebijakan. Selain itu, ada aturan terkait iklan dan promosi rokok, termasuk bagaimana proses berhenti dari ketergantungan yang ditimbulkan. Sedangkan dari sisi *supply reduction*, terdapat aturan perdagangan produk tembakau, yang mengharuskan negara

memantau setiap transaksi tembakau. Tiap perdagangan harus mencantumkan tujuan dan asal pengiriman produk. Pada bagian ini, terdapat larangan menjual atau memberikan rokok pada anak berusia di bawah 18 tahun. Aturan juga memuat perlindungan kebijakan kesehatan masyarakat terkait pengendalian tembakau terhadap kepentingan industri rokok, perlindungan lingkungan, mekanisme koordinasi nasional, pelaporan, dan pertukaran informasi, serta pengaturan kelembagaan. Dengan ini, jelas sekali FCTC tidak merugikan industri rokok, namun semata melindungi generasi muda supaya tidak sedini mungkin menjadi perokok aktif maupun pasif. Memang ada advokasi yang selalu dilakukan, tapi kalau ada aturan yang jelas tentu lebih menguntungkan.

Advokasi yang dilakukan terus menerus diharapkan bisa mengubah cara berpikir masyarakat dan generasi muda terkait bahaya merokok, yang tidak hanya bagi kesehatan tapi juga sosial dan ekonomi. Tapi lama sekali kalau mengubah *mind set*. Namun dengan ketidaktegasan pemerintah hanya advokasi yang bisa dilakukan, padahal ancaman dari rokok impor bukan main-main.

Tindakan Indonesia tidak mengaksesi Kerangka Kerja Konvensi Pengendalian Tembakau (*Framework Convention on Tobacco Control*) akan merugikan upaya pengendalian dampak tembakau. Apalagi Indonesia sudah menyusun perangkat hukum nasional, yakni Rancangan Peraturan Pemerintah tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan.

Ketua Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI) Sudaryatmo mengatakan, dengan

tidak mengaksesi FCTC, Indonesia tidak bisa terlibat dalam pembahasan protokol-protokol selanjutnya walau Indonesia turut serta dalam pembahasan awal FCTC. Pembahasan protokol sangat penting karena akan mencakup pembahasan efek dari pengaturan dampak tembakau, mulai dari aspek kesehatan publik hingga petani tembakau di negara-negara yang meratifikasi FCTC. Kalau Indonesia ikut tanda tangan, bisa ikut memperjuangkan kepentingan nasional. Pemerintah dinilai mendua karena membuat hukum nasional yang mengacu FCTC, tetapi tidak mengaksesi dokumen itu. FCTC selama ini menjadi model hukum untuk pengendalian dampak tembakau.

Implementasi FCTC dalam aturan negara Indonesia dinilai tidak merugikan pihak manapun, termasuk industri rokok. Penerapan aturan pengendalian tembakau ini tidak lantas membuat perusahaan merokok merugi, dan menghilangkan lapangan pekerjaan. Kalau sekarang diimplementasikan tidak mungkin besok langsung gulung tikar. Apalagi kondisi pasar perusahaan rokok adalah *fixed market*.

Fixed market, adalah kondisi pasar yang tidak bisa dimasuki produk lain dengan konsumen yang sudah jelas. Hal ini dikarenakan sifat rokok yang menimbulkan adiksi atau ketergantungan. Saat seseorang sudah terperangkap rokok akan sulit melepaskan dari ketergantungan yang mengikatnya. Saat itulah dia menjadi konsumen tetap rokok yang pastinya akan membeli produk tembakau tersebut. Kita bisa melihat Thailand yang sudah mengaksesi FCTC. Pabrik rokok di negara tersebut tidak lantas tutup dan terjadi PHK besar-besaran. Semua berjalan baik-baik saja, karena kondisi pasar rokok yang bersifat *fixed market*, Selama konsumen

masih ada, maka tidak mungkin pabrik rokok akan merugi.

Perlakuan FCTC juga tidak merugikan pengusaha terkait besarnya cukai yang ditanggung. Dalam perundang-undangan yang ada, cukai hanya mentok sampai 57 persen. Hal ini tidak seberapa dibanding cukai di Singapura, Brunei Darussalam, bahkan Amerika Serikat. Cukai di ketiga negara tersebut mencapai 80 persen, yang tentunya lebih memberatkan pengusaha rokok. Perlakuan FCTC bertujuan melindungi generasi muda dari produk tembakau yang berdampak negatif, bukannya membangkrutkan usaha rokok. Indonesia bisa dipastikan merugi bila tidak meratifikasi FCTC. Hal ini dikarenakan Indonesia tak punya hak suara pada kebijakan internasional apapun, yang berkaitan dengan tembakau. Padahal FCTC dibentuk oleh negara yang punya kepentingan pada tanaman bahan baku rokok ini, seperti halnya Amerika Serikat. Misalnya saja untuk cukai rokok, kita hanya bisa 57 persen, padahal cukai negara lain hingga 80 persen. Hal ini bisa berbeda bila kita sudah meratifikasi FCTC. Kontribusi cukai rokok hanya Rp 100 triliun, sedangkan APBN Indonesia mencapai Rp 1.500 triliun.

Dari 178 negara yang telah meratifikasi FCTC, semua negara yang berpenghasilan tembakau dan atau rokok telah meratifikasi FCTC, seperti China, India, Bangladesh, Jepang, Brazil, Rusia. Satu-satunya negara besar berpenghasil tembakau besar di dunia yang belum meratifikasi FCTC, hanya Indonesia. Bahkan, negara anggota Badan Kesehatan Dunia (WHO) yang belum meratifikasi FCTC. Tinggal 9 negara, Indonesia dan Somalia dua di diantaranya, plus beberapa negara kecil di Afrika.

Beberapa argumen mendorong YLKI untuk melakukan desakan supaya Indonesia meratifikasi

FCTC karena merupakan inisiator dan pembahas penyusunan FCTC, sejak 1998 sampai 2003. Pembahasan FCTC sudah melibatkan lintas kementerian di Indonesia. Bahkan delegasi Pemerintah sudah mengadopsi FCTC pada Sidang Kesehatan Dunia (WHA) di Jenewa, Swiss, 2003. Dengan begitu, tidak meratifikasi FCTC, sangat tidak santun, dari sisi hukum internasional. Sudah 176 negara yang meratifikasi FCTC dan sudah menjadi hukum internasional sejak 2004. Menurut Tulus, jika Pemerintah Indonesia tidak meratifikasi, secara sosial/ekonomi justru sangat dirugikan, karena tidak bisa ikut dalam pembahasan protokol-protokol selanjutnya. Alasan lain desakan YLKI ini adalah karena FCTC dianggap sebagai instrumen yang sangat elegan, *win-win solution*, untuk mengatasi wabah tembakau, baik dari sisi kesehatan, maupun ekonomi, dan sosial. Ratifikasi tidak berarti melarang produksi rokok, melarang tanam tanaman tembakau. Negara-negara besar penghasil tembakau, China, India, Brazil dan lain-lain telah meratifikasi FCTC, tapi produksi dan konsumsi rokoknya tetap eksis.

2.2.4 Definisi Kawasan Tanpa Rokok

Untuk melindungi kesehatan umat manusia terhadap efek yang membahayakan dari paparan asap orang lain, WHO merekomendasikan:

1. 100% lingkungan bebas asap rokok adalah satu – satunya cara efektif untuk mengurangi paparan asap rokok orang lain di dalam ruangan. Ruang merokok dan ventilasi udara ditempat yang sama, apakah terpisah ataupun tidak, tidak mengurangi paparan sampai ke tingkat aman, dan karenanya tidak dianjurkan.
2. Tetapkan Peraturan Daerah yang menetapkan 100% lingkungan bebas dari asap rokok di

tempat umum dan tempat kerja tertutup. Kebijakan atas dasar kesukarelaan tidak dapat diterima.

3. Laksanakan UU/PERDA dan tegakkan hukumnya. Mengeluarkan peraturan saja tidak cukup. Perlu pelaksanaan dan penegakan hukum untuk memastikan kepatuhannya. Diperlukan upaya yang cukup strategi yang tepat.
4. Lakukan pendekatan edukatif dan libatkan seluruh masyarakat sejak awal. Adanya Undang – Undang tentang lingkungan bebas dari asap rokok akan meningkatkan kemungkinan orang untuk menerapkannya di rumah sukarela.

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atang kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau (Kemenkes,2011). Berdasarkan UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 115 menyebutkan kawasan tanpa rokok antara lain : Fasilitas pelayanan kesehatan; tempat proses belajar mengajar; tempat anak bermain; tempat ibadah; angkutan umum; tempat kerja; dan tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan. Dalam PP Nomor 109 Tahun 2012 pasal 49 telah diatur mengenai Kawasan Tanpa Rokok bahwa dalam rangka penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau bagi kesehatan, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah wajib mewujudkan kawasan tanpa rokok.

Pemahaman atau pola pikir seseorangpun mempengaruhi perilaku kesehatannya. Sehingga perlu ada formula khusus yang mengatur mengenai pola hidup sehat dalam masyarakat dan diimbangi dengan pemahaman positif mengenai dampak

merokok bagi kesehatan. KTR merupakan salah satu dari kebijakan yang diambil oleh pemerintah dalam mengendalikan bahan yang mengandung *zat adiktif* berupa produk tembakau bagi kesehatan. Setiap pejabat publik pun harus dengan kesadaran yang baik untuk mau dan mampu melaksanakan kebijakan KTR tersebut. Selanjutnya KTR harus disediakan dalam tempat khusus yang berhubungan langsung dengan ruang terbuka dan udara bebas. Untuk memaksimalkan sirkulasi udara dapat berjalan dengan baik dan tidak mengganggu orang lain di sekitarnya.

Asumsi lain adalah perokok membebankan biaya keuangan dan risiko fisik kepada orang lain yang berarti bahwa seharusnya perokoklah yang menanggung semua "biaya" atau kerugian akibat merokok. Tetapi pada kenyataannya perokok membebankan secara fisik dan ekonomi kepada orang lain juga. Beban ini meliputi risiko orang lain yang terkena asap rokok di lingkungan sekitarnya dan biaya yang dibebankan pada masyarakat untuk pelayanan kesehatan. Agar permasalahan dan kondisi tersebut di atas dapat dikendalikan maka perlu dilakukan upaya pengamanan terhadap bahaya merokok melalui penetapan Kawasan Tanpa Rokok dan juga membatasi ruang gerak para perokok (Kemenkes, 2011)

Penetapan Kawasan Tanpa Rokok merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok. Penetapan Kawasan Tanpa Rokok ini perlu diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan, untuk melindungi masyarakat yang ada dari asap rokok.

1. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.
2. Tempat proses belajar mengajar adalah sarana yang digunakan untuk kegiatan belajar, mengajar, pendidikan dan/atau pelatihan.
3. Tempat anak bermain adalah area, baik tertutup maupun terbuka, yang digunakan untuk kegiatan bermain anak-anak.
4. Tempat ibadah adalah bangunan atau ruang tertutup yang memiliki ciri- ciri tertentu yang khusus dipergunakan untuk beribadah bagi para pemeluk masing-masing agama secara permanen, tidak termasuk tempat ibadah keluarga.
5. Angkutan umum adalah alat angkutan bagi masyarakat yang dapat berupa kendaraan darat, air dan udara biasanya dengan kompensasi.
6. Tempat kerja adalah ruang atau lapangan tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap dimana tenaga kerja bekerja, atau yang dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha dan dimana terdapat sumber atau sumber-sumber bahaya.
7. Tempat umum adalah semua tempat tertutup yang dapat diakses oleh masyarakat umum dan/atau tempat yang dapat dimanfaatkan bersama-sama untuk kegiatan masyarakat yang dikelola oleh pemerintah, swasta dan masyarakat.
8. Tempat lain yang ditetapkan adalah tempat terbuka dan tertutup yang dimanfaatkan bersama-sama untuk kegiatan masyarakat.

Data dari *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS) 2013, anak Indonesia yang berusia 13-15 tahun sebanyak 81% terpapar asap rokok di tempat umum, dan data ini merupakan tertinggi di dunia. Namun tidak hanya di tempat umum, paparan asap rokok juga didapatkan di dalam rumah. Berdasarkan data RISKESDAS 2010 prevalensi populasi yang terpapar asap rokok di dalam rumah pada perempuan mencapai 52,9% dan pada laki - laki 24,9 %. Penelitian dari Dr Paul Frey dari divisi kardiologi di San Francisco General Hospital, dalam sebuah rilis berita American College of cardiology tahun 2012 menyatakan menghirup asap rokok sekunder (*second hand smoke*) dalam tingkat yang sangat rendah jumlahnya sama yang dihadapi orang tua dan anak - anak dalam komunitas menimbulkan kerusakan pada salah satu fungsi pembuluh darah setelah hanya 30 menit paparan asap rokok.

Penelitian tentang kebijakan rumah bebas asap rokok telah dilakukan di berbagai negara diantaranya Cina, Australia dan New South Wales (NSW). Di Cina, alasan menerapkan kebijakan rumah bebas rokok dengan tujuan untuk kesehatan keluarga dan menjadi panutan bagi anak - anak, lingkungan bersih dan berpotensi untuk mengubah perilaku merokok. Istri mempunyai peran penting dan mempunyai otoritas untuk mengambil keputusan. Tantangan dalam kebijakan tersebut adalah cuaca, situasi sosial, perokok berada di rumah sendirian, perokok masih merokok di dekat jendela yang mengakibatkan rumah masih terpapar asap rokok, diperlukan sosialisasi yang terus menerus tentang bahaya rokok untuk kesehatan untuk membantu wanita dan anak - anak dapat menegakan kebijakan rumah bebas asap rokok (Berg.et al. 2015).

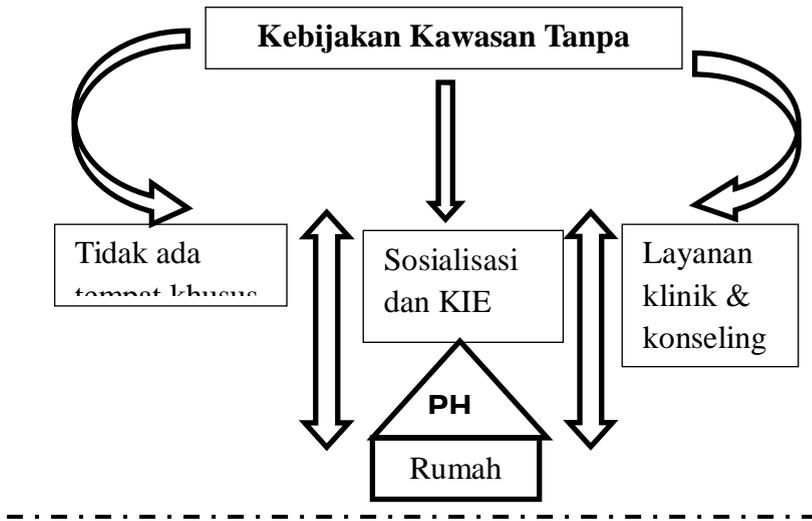
Penelitian di New South Wales, bertujuan untuk mengkaji karakteristik sosio-demografis terkait larangan merokok di rumah dilakukan kepada 17.494 responden. Hasil penelitian didapatkan bahwa 72% orang dewasa telah menerapkan rumah bebas rokok, presentasi tertinggi penerapan pada rumah tangga yang memiliki anak-anak. Untuk perokok yang menerapkan rumah bebas rokok berhubungan dengan kehadiran anak-anak dibandingkan dengan mereka yang tinggal sendirian. Pendidikan yang tinggi juga berhubungan dengan penerapan rumah bebas asap rokok. Implikasi dari hasil tersebut adalah untuk intervensi untuk merubah orang tua yang meroko di depan anak-anak. Diperlukan strategi pada masyarakat yang berpendidikan rendah dengan tujuan meningkatkan kesadaran akan pentingnya penerapan rumah bebas rokok (Merom Dafna and Chris Rissel, 2007).

Penerapan rumah bebas rokok telah diterapkan di Victoria sejak tahun 1989, setiap tahun dilaksanakan survei untuk mengetahui sejauh mana upaya yang dilakukan warga untuk menerapkan rumah bebas rokok, sebanyak 2500 orang dipilih. Dari hasil survei terjadi perubahan perilaku merokok di dalam rumah terutama di sekitar anak-anak. Perubahan sosial yang luas akibat larangan merokok di tempat umum yang tegas mempengaruhi sejauh mana non-perokok akan mentolerir paparan asap rokok di dalam rumah. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa penerapan kebijakan rumah bebas rokok adalah strategi efektif untuk melindungi anak-anak dari asap rokok (Borland, Ron.et al. 1999). Di Indonesia, larangan merokok di dalam rumah merupakan salah satu program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Walaupun dalam pelaksanaannya belum

efektif, ditunjukkan dengan masih banyak anak – anak dan wanita yang terpapar asap rokok di dalam rumah (Risksedas, 2010). Oleh karena itu, diperlukan peraturan yang tegas dan jelas sebagai strategi yang ampuh untuk melindungi non perokok khususnya anak – anak dan perempuan dari bahaya asap rokok.

Di Indonesia iklan/reklame rokok masih banyak terlihat, terbukti masih adanya reklame rokok di jalan – jalan di Kota/Kabupaten, iklan di media elektronik pun masih bisa kita lihat setiap harinya. Dalam poin 5 FCTC, dengan tegas menyatakan bahwa iklan, promosi pemberian sponsor harus di hilangkan untuk mencegah perokok pemula. Laporan Philip Morris tahun 1981, menyatakan “remaja hari ini adalah calon pelanggan tetap hari esok, pola perokok remaja penting bagi Philip Morris”. (WHO Indonesia & Departemen Kesehatan Republik Indonesia, “Larangan menyeluruh iklan, promosi & pemberian sponsor”, Fact Sheet, No. 04/2/2004). Anak – anak dan generasi muda merupakan target potensial dan kunci kelanggengan bisnis yang akan menjadi perokok pemula menggantikan perokok lama yang berhenti merokok atau meninggal karena penyakit akibat rokok (Soeroyo, 2015).

Public



Private

**Gambar. Rumah merupakan Public Domain
(Sulistiadi,2014)**



**Gambar. Contoh Sponsor Industri Rokok Untuk
memikat Generasi Muda**

2.2.5 Langkah – Langkah Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok

Dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota yang akan mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok di beberapa tatanan di daerahnya dapat melakukan serangkaian langkah-langkah sebagai berikut : (Kemenkes, 2011)

1. Persiapan Awal

Dinas kesehatan yang berinisiatif mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok menyusun kerangka konsep dan materi teknis tentang Kawasan Tanpa Rokok. Setelah itu dinas kesehatan melakukan advokasi kepada para penentu kebijakan baik internal sektor kesehatan maupun pihak legislatif untuk memperoleh dukungan kebijakan, dana dan fasilitasi.

2. Konsolidasi Lintas Program

Setelah disusun konsep pengembangan Kawasan Tanpa Rokok, maka dinas kesehatan membahasnya dengan lintas program untuk menyamakan persepsi dan membahas konsep sekaligus merumuskan kegiatan yang diperlukan dalam pengembangan Kawasan Tanpa Rokok.

3. Konsolidasi Lintas Sektor

Konsolidasi lintas sektor dilakukan dengan tujuan untuk menyamakan persepsi juga menentukan peran yang dapat dilakukan oleh masing-masing sektor dalam penetapan Kawasan Tanpa Rokok.

4. Sosialisasi Rencana Penetapan Kawasan Tanpa Rokok

Kegiatan ini merupakan sosialisasi tentang rencana penetapan Kawasan Tanpa Rokok kepada berbagai sasaran yang terkait dengan pelaksanaan penerapan Kawasan Tanpa Rokok

sebelum dibuat suatu peraturan yang mengikat. Pada tahap ini perlu dibentuk tim perumus tentang pengaturan Kawasan Tanpa Rokok, rencana aksi dan penegakan hukum.

5. Pertemuan Tim Perumus
Tim perumus secara berkala melaksanakan pertemuan untuk membahas berbagai hal terkait dengan rencana penetapan Kawasan Tanpa Rokok seperti rencana kegiatan dan penegakan hukumnya.
6. Peluncuran Penetapan Kawasan Tanpa Rokok
Peluncuran Penetapan Kawasan Tanpa Rokok dilakukan oleh pejabat tinggi di daerah atau pimpinan wilayah yang dihadiri oleh semua pihak yang berkepentingan terhadap pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok, tim menyiapkan petunjuk pelaksanaan atau petunjuk teknis serta materi sosialisasinya sehingga penetapan Kawasan Tanpa Rokok dapat langsung dioperasionalkan.
7. Sosialisasi Pascapeluncuran
Penyebarluasan informasi dan sosialisasi tentang Kawasan Tanpa Rokok dilakukan dengan menggunakan berbagai metode dan media di berbagai kesempatan yang ada sehingga pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dapat diketahui dan dilaksanakan oleh semua pihak, baik pembina, pengawas maupun perokok dan bukan perokok dengan pemberlakuan sanksi sesuai hukum yang diterapkan.
8. Evaluasi
Penilaian atas pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok meliputi kegiatan pemantauan kepatuhan dan penegakan hukum atas pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok. Evaluasi dengan menggunakan indikator yang telah

ditetapkan.

2.2.6 Sosialisasi dan kampanye Publik Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok

Dalam buku pedoman pengembangan kawasan tanpa rokok oleh TCSC-IAKMI, dukungan masyarakat di daerah dimana peraturan kawasan tanpa rokok akan diberlakukan mutlak dibutuhkan. Pemahaman masyarakat akan bahaya asap rokok orang lain dan manfaat peraturan kawasan tanpa rokok yang memberikan perlindungan 100% serta pengertian atas hak untuk hidup sehat – akan menjamin kepatuhan yang didasari oleh kesadaran bukan keterpaksaan karena adanya sanksi peraturan.

Pada gilirannya, udara yang 100% bebas dari asap rokok orang lain di tempat- tempat umum tertutup, tempat kerja dan kendaraan umum akan menjadi norma baru yang sehat dan lebih bermartabat. Beberapa negara membuktikan bahwa kebiasaan ini akan dibawa dan diterapkan di tingkat keluarga. Kalau negara lain bisa, mengapa tidak di Indonesia. Masyarakat perlu diyakinkan bahwa Kawasan Tanpa Rokok bukanlah anti perokok tetapi anti asap rokok yang mencemari tempat-tempat umum dan menempatkan bukan perokok ke dalam resiko bahaya yang sama dengan mereka yang merokok. Tidak ada batasan aman bagi paparan asap rokok orang lain. Zat-zat racun yang terhisap akan merusak organ tubuh dan sifatnya kumulatif.

Kampanye publik terbaik adalah yang membawa pesan positif dan inspiratif yang akan meningkatkan antusiasme mereka untuk mendukung. Masyarakat harus merasa bahwa kontribusi mereka akan membawa kebaikan bagi semua. Kampanye akan berhasil apabila masyarakat dapat mengidentifikasi dirinya dengan pesan

yang kita sampaikan. Masyarakat perlu merasa diuntungkan oleh keikutsertaan mendukung perlindungan 100% dari paparan asap rokok orang lain.

Singapore dan Thailand selama bertahun-tahun menerapkan sosialisasi berkelanjutan tidak saja pada masyarakat tetapi juga pada pelaku bisnis dan semua instansi yang berkaitan dengan sarana pelayanan umum dan perkantoran. Pesan yang konsisten dan terus-menerus yang dikaitkan dengan sanksi hukum bagi pelanggarannya akan menciptakan kebiasaan dan selanjutnya norma sosial.

A. Pra Syarat Keberhasilan Pelaksanaan Peraturan Kawasan Tanpa Rokok

a. Semua yang terlibat tahu dan mendukung, yaitu :

- yang terkena peraturan
- yang dilindungi oleh peraturan
- yang membuat peraturan
- yang mengawasi peraturan
- yang menegakkan hukum

Pemahaman yang sama akan mencegah ambiguitas dan menjamin konsistensi pelaksanaan

B. Ada 2 (dua) fase kampanye publik dan sosialisasi masyarakat:

a. Pra peraturan daerah tentang KTR

Tujuan: meningkatkan kesadaran dan penerimaan masyarakat.

Materi sosialisasi:

- Definisi Asap Rokok Orang Lain
- Bahaya Asap Rokok Orang Lain
- Besaran masalah (jumlah atau prevalensi masyarakat yang terpapar asap orang lain)
- Definisi Kawasan Tanpa Asap Rokok 100%

- Mengapa perlu Kawasan Tanpa Asap Rokok 100%
 - Mengapa perlu peraturan KTR berbentuk Produk Hukum?
- b. Pasca peraturan daerah tentang KTR

Tujuan:

- Mendapatkan kesamaan pemahaman tentang isi peraturan
- Meningkatkan kepatuhan terhadap peraturan

Apabila Daerah telah diterbitkan, tidak ada alasan bagi siapapun untuk tidak mengetahuinya. Karenanya, adalah bijaksana apabila pemerintah daerah secara proaktif mendistribusikan Perda Kawasan Tanpa Rokok segera setelah diterbitkan ke seluruh pengelola tempat-tempat umum, tempat kerja dan tempat-tempat lain dimana peraturan akan diberlakukan, seperti yang dilakukan di Singapura. Singapura senantiasa melakukan konsultasi dan kerjasama dengan LSM dan kelompok-kelompok masyarakat lain sambil terus melakukan edukasi tentang bahaya asap rokok orang lain tidak saja bagi masyarakat umum tetapi juga bagi pelaku bisnis dan pengelola tempat umum. Singapura menerapkan sanksi yang ketat dan konsisten terhadap pelanggaran. Partisipasi masyarakat mendapat tempat khusus. Masyarakat dilibatkan untuk ikut memantau pelaksanaan kepatuhan terhadap peraturan.

Penelitian Veruswati (2015) menyebutkan bahwa pengetahuan dan sikap pengelola berhubungan bermakna

dengan kepatuhan hotel dan tempat hiburan terhadap pelaksanaan Perda KTR di Kota Bogor. Pengelola dengan pengetahuan, sikap, dukungan, komitmen dan perilaku merokok yang baik terbukti memiliki kawasan dengan tingkat kepatuhan yang tinggi terhadap pelaksanaan Perda KTR.

New York City menyusun Pedoman Pelaksanaan dari "Undang – Undang Udara Bersih Dalam Ruang" 2003 (*A Guide to the New York State Clean Indoor Air Act, 2003*) dalam bentuk tanya jawab praktis sepanjang setengah halaman. Sebagai panduan praktis, jenis pertanyaannya adalah yang umum ditanyakan oleh masyarakat dengan jawaban yang ringkas, langsung dan informatif. Karena praktisnya dan dikemas dengan bahasa populer, petunjuk teknis tersebut sekaligus dapat berfungsi sebagai materi sosialisasi pasca Peraturan Daerah bagi masyarakat.

Materi sosialisasi (Contoh New York City):

- Apakah Asap Rokok Orang Lain itu?
- Di tempat mana orang merokok dilarang?
- Di tempat mana orang diizinkan merokok?
- Bagaimana cara penegakan hukumnya?
- Kemana saya melapor kalau ada pelanggaran?
- Apakah selalu harus ada pemasangan tanda larangan merokok?
- Apa saja sanksi hukumnya?
- Dimana saya bisa memperoleh

informasi?

- Kalau saya ingin berhenti merokok, dimana saya bisa mendapatkan informasi?

C. Kerjasama dengan Media

Media massa merupakan kekuatan yang dapat mempengaruhi opini publik. Bila media massa berpihak kepada kita, ia dapat membuat hidup dan pekerjaan menjadi mudah dan menyenangkan. Yang dibutuhkan hanyalah pemahaman akan cara kerja mereka, kesadaran akan pentingnya penyampaian pesan secara benar dan beberapa teknik dasar komunikasi media yang bisa dipelajari. Untuk bekerjasama dengan media, kita perlu mengetahui apa yang penting bagi media. Satu hal yang jelas penting adalah berita. Beritalah yang menggerakkan industri media massa. Karena wartawan bekerja perlu memilih prioritas berita, maka "nilai berita" menjadi sangat penting. Kesetiaan media adalah kepada pembaca dan pemirsanya.

D. Mengemas pesan sesuai kelompok sasaran

Contoh pesan untuk pekerja. Pekerja perlu mengetahui bahwa:

- Berada dalam ruangan yang berisi asap rokok orang lain atau memasuki ruang merokok dimana partikel-partikel racun masih terdapat di udara dan menempel di perabotan, di dinding, karpet dan langit-langit, memaksa pekerja untuk menghisap 4000 jenis racun yang terkandung di dalamnya. Untuk sebagian pekerja, waktu yang dilalui di tempat kerja seringkali lebih lama daripada waktu di rumah; Ini membuat paparan asap rokok lebih panjang.
- Karena pekerjaannya, maka pekerja berada

dalam kondisi tidak bisa memilih. Mereka berada pada resiko tinggi terkena bahaya akibat asap rokok orang lain. Satu-satunya perlindungan adalah pemberlakuan larangan merokok di tempat kerja secara penuh tanpa ruang merokok dan berventilasi. Ventilasi terbukti tidak aman dari racun asap rokok, hal ini diakui oleh CEO Philip Morris. Berikut diberikan contoh-contoh kasus yang dapat mendukung memperkuat pesan yang akan disampaikan kepada pekerja

- Studi di Indonesia yang dilakukan oleh Pusat Studi Kebijakan Badan Litbang Depkes RI tentang “Tingkat Paparan Karsinogen Benzo Alpha Pyrene” di 5 tempat kerja di Kecamatan Jagakarsa, Jakarta Selatan*) menunjukkan
 - Kadar zat2 beracun (TSP) yang diisap pekerja perokok dan bukan perokok di masing-masing = 4 x > ambang normal (x 0,67 ug/m³ vs 0,15 ug/m³).
 - Konsentrasi BaP (karsinogen) yang diisap perokok (0,81 ug/m³) dan bukan perokok (0,33 ug/m³) pada tingkat bahaya sedang (nilai bahaya sedang = 0,1-1 ug/m³).
 - Catatan TSP (Total Suspended Particulate = indikator zat toksik dalam debu: dari industri, transportasi, asap rokok) BaP= Benzo Alpha Pyrene = zat toksik yang bersifat karsinogenik
 - Kecamatan Jagakarsa adalah daerah resapan air, bukan wilayah industri, jauh dari transportasi umum dan jalan tol;

Gambaran paparan asap rokok di 5 kantor (Kecamatan dan Kelurahan) Kecamatan Jagakarsa menunjukkan jumlah perokok 54%, 42% merokok lebih dari 10 batang/hari dan umumnya merokok di ruang kerja.

2.2.7 Keberhasilan Pelaksanaan Kawasan tanpa Rokok di Daerah Lain

1. KTR di Kota Bogor

Berawal dari Seminar tentang Rokok yang diadakan oleh Lembaga Menanggulangi Masalah Merokok (LM3) dalam rangka kegiatan Hari Tanpa Tembakau Sedunia (HTTS) tahun 2004, Dinas Kesehatan Kota Bogor khususnya Subdinas Promosi Kesehatan tergerak mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok. Keinginan ini disambut dengan Pusat Promosi Kesehatan yang ditindaklanjuti dengan pertemuan lintas program di Lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bogor. Pertemuan ini bermaksud untuk mendapatkan persamaan persepsi tentang bahaya asap rokok dan perlunya mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok, hal ini disambut positif oleh lintas program. Selanjutnya diadakan pertemuan dengan lintas sektor dengan tujuan yang sama dan hasilnya tidak berbeda, lintas sektorpun menyambut positif.

Lintas sektor dan unsur masyarakat yang terlibat dalam pertemuan tersebut adalah dinas kesehatan, anak sekolah, majelis ulama, pers, dunia swasta (Mal Artalokasari), dinas pariwisata dan lain- lain. Selanjutnya diadakan seminar beberapa kali untuk menyamakan persepsi diantara lintas sektor untuk pembentukan KTR hingga terbentuk

Tim Perumus yang terdiri dari berbagai unsur. Tim Perumus membentuk 3 kelompok, yaitu Bidang Sosialisasi, Bidang Pemantauan, dan Bidang Program. Dengan penuh semangat dan kekompakan diantara anggota tim, dan demi terwujudnya visi Kota Bogor yaitu “Kota Dalam Taman Menuju Kota Internasional”, Tim Perumus menyusun *draft* SK Walikota dan melakukan advokasi kepada Walikota. Gayung bersambut, hal ini sangat didukung oleh Walikota Bogor, yaitu Bapak Diani Budiarto dengan disahkannya SK Walikota pada tahun 2004. Telah diterbitkan 3 Surat Keputusan sekaligus yang berkaitan dengan masalah merokok, yaitu:

- Tentang perlindungan bagi orang yang bukan perokok.
- Tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Tertib Rokok.
- Tentang tim pembina dan Pengawasan Kawasan Tanpa Rokok.

Kawasan Tanpa Rokok artinya di kawasan tersebut tidak diperbolehkan merokok, diberlakukan di tempat pelayanan kesehatan, institusi pendidikan, sarana peribadatan dan angkutan umum. Sedangkan Kawasan Tertib Merokok artinya disediakan tempat tertentu untuk merokok, diberlakukan di institusi pemerintahan dan swasta, BUMN, dan BUMD. Sedangkan tim pembina dan pengawasan Kawasan Tanpa Rokok terdiri dari unsur pers, OSIS, dinas kesehatan, dan bagian hukum.

Setelah diterbitkan SK Walikota, diadakan sosialisasi ke lembaga pendidikan (SMP dan SMA), institusi pelayanan kesehatan

sampai ke Puskesmas dan kantor atau lembaga pemerintah yang ada di Bogor.

Selain tim pembina dan pengawasan Kawasan Tanpa Rokok di tingkat Walikota, unit kerja masing-masing juga membentuk tim monitoring seperti di tingkat dinas, tingkat Puskesmas, tingkat sekolah dan lain-lain. Tim ini dibentuk untuk memantau sejauh mana SK walikota tentang Kawasan Tanpa Rokok dilaksanakan di masing-masing unit. Dalam rangka pembinaan anak sekolah pada event khusus, diadakan pentas seni dan lomba yang berkaitan dengan rokok seperti lomba poster dan karya tulis. Kegiatan ini diprakarsai oleh dinas kesehatan dengan disponsori oleh swasta yaitu Bank Mandiri, BNI, NISP dan lain sebagainya. Sejalan ini ternyata efektivitas SK walikota tentang Kawasan Tanpa Rokok sudah terlihat di lingkungan pendidikan, hal ini terbukti beberapa sekolah sudah memberikan sanksi bila ada siswa yang merokok, mulai dari sanksi yang ringan sampai yang berat yaitu dikeluarkan dari sekolah (Kemenkes,2011).

2. KTR di Padang Panjang

Kota Padang Panjang terletak di Provinsi Sumatra Barat merupakan salah satu kota di Indonesia selain Kota Bogor yang telah menerapkan KTR diwilayahnya. Pelaksanaan KTR di kota ini disahkan pada tahun 2009 dalam Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2009 tentang Kawasan Tanpa Rokok. Peraturan ini didukung dengan adanya Peraturan Walikota Padang Panjang Nomor 10 tahun 2009 tentang petunjuk pelaksanaan peraturan daerah Kota Padang Panjang nomor 8 tahun 2009 tentang Kawasan Tanpa Asap Rokok dan Kawasan

Tertib Rokok dibuat aturan mengenai iklan dan promosi rokok.

Penetapan kawasan tanpa asap rokok dengan melarang kegiatan merokok di tempat pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat ibadah, tempat kegiatan anak-anak dan angkutan umum. Selain itu, pemerintah kota juga menetapkan kawasan tertib rokok dengan hanya memperbolehkan merokok pada tempat khusus yang disediakan dimana peraturan ini berlaku di kawasan wisata, hotel, restoran, rumah makan, pasar, terminal, kantor pemerintah, kantor swasta, pabrik dan industri lainnya. Peraturan daerah tersebut hingga saat ini dinilai cukup berhasil karena lembaga pemerintah dan lembaga swasta yang ada menerapkan aturan yang ditetapkan dalam Perda Nomor 8 tahun 2009 di wilayah masing-masing. Meski pada awal penerapannya sempat mengalami penurunan Pendapatan Asli Daerah (PAD) karena tidak adanya pemasukan dari hasil iklan rokok maupun sponsor rokok.

3. KTR di Kota Palembang

Kota Palembang merupakan Kota pertama di Indonesia yang memiliki Peraturan Daerah Nomor 7 tahun 2009 tentang Kawasan Tanpa Rokok secara eksklusif dan sesuai dengan standard internasional yaitu menerapkan 100% Kawasan Tanpa Rokok dengan tidak menyediakan ruang untuk merokok.

4. Penerapan 100% Bebas Asap Rokok di Luar Negeri

a. Amerika Serikat

Upaya yang dilakukan AS dalam melindungi warganya dari bahaya asap rokok dimulai sejak tahun 1970 dengan melakukan larangan merokok di tempat umum. New York menjadi kota yang bebas asap rokok 100% sejak tahun 2003. Yang dimaksud bebas asap rokok adalah tidak adanya area ataupun ruang untuk merokok yang berventiliasi di dalam gedung di tempat umum dan tempat kerja. Saat ini terdapat 11 negara bagian dengan berjuta-juta penduduk di kota besar dan kecil bebas sepenuhnya dari paparan asap rokok.

Dampak kesehatan dengan diterapkannya bebas asap rokok 100% dikemukakan oleh penelitian yang dilakukan "*New York City Health Department*" tahun 2005. Penelitian tersebut menunjukkan sejak diberlakukannya Undang – Undang Bebas Asap Rokok, hampir 200.000 penduduk New York berhenti merokok dan sedikitnya 60.000 kematian dapat dicegah. Pelaksanaan Undang – undang di New York dilakukan dengan konsisten dengan isi UU, Monitoring dan Evaluasi dilakukan sesuai tahapan yang meliputi: pengumpulan data dasar melalui poling pendapat masyarakat sebelum dilakukan amandemen yaitu pada bulan Agustus 2002 dan studi yang dilakukan setelah penerapan amandemen UU tentang dampak ekonomi pelaksanaan Undang – Undang Kawasan Tanpa Rokok. Peran serta masyarakat yang tergabung dalam

Koalisi bebas asap rokok kota New York memainkan peran yang sangat penting dengan menjalankan kampanye yang dinamis untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan bahaya paparan asap rokok orang lain (TCSC-IAKMI,2011).

b. Irlandia

Irlandia merupakan negara pertama yang menerapkan Undang – Undang bebas asap rokok 100% di tempat kerja tertutup. Berdasarkan penelitian yang dilakukan *Office of Tobacco Control* (2005), Allwright s, Paul G, Greiner B, et al (2005), dan Fong, GT, Hyland A, Borland R, et.al (2006) kebijakan bebas asap rokok tersebut mengurangi paparan racun akibat AROL, memperbaiki kesehatan pernafasan para pekerja bar, dan membantu para perokok untuk berhenti merokok. Isu – isu negatif tentang hilangnya pekerjaan dan bencana ekonomi yang disebarluaskan industri tembakau pada sektor jasa tidak terbukti kebenarannya. Irlandia menunjukkan bahwa kebijakan bebas asap rokok 100% dapat berjalan dengan baik, walaupun mendapat perlawanan dari pihak industri rokok peraturan ini mendapat hasil kesuksesan yang luar biasa. Dan pada intinya pelajaran yang bisa diperoleh dari pengalaman Irlandia yaitu bahwa kepemimpinan dan komitmen politik dapat menghasilkan perubahan nyata pada kesehatan. Kesuksesan ini dapat dilihat dari pencapaian yang diperoleh dari kebijakan bebas asap roko 100% adalah 4,1 juta

masyarakat Irlandia telah terlindungi dari bahaya paparan AROL.

c. Australia

Australia merupakan negara pionir dalam menerapkan undang-undang pembatasan merokok ditempat kerja dan tempat umum. Kekuatan untuk memperkenalkan peraturan bebas asap rokok berada di tingkat negara bagian dan wilayah. Bukti yang menunjukkan bahwa perundang-undangan ini memberi keuntungan bagi kesehatan dan tidak merugikan bisnis, membantu pemerintah dalam mengadopsi peraturan bebas asap rokok. Peraturan ini berdampak pada perokok di Australia. Sejak Queensland menerapkan aturan bebas asap rokok 100% pada tahun 2006, hasil dari peraturan tersebut setengah dari perokok mengatakan mulai berhenti merokok di rumah orang lain, dan seperempatnya tidak lagi merokok. Selain Queensland, Tasmania baru-baru ini menerapkan peraturan bebas asap rokok 100% dan akan segera diikuti oleh Australia Selatan. (TCSC-IAKMI,2011)

d. Singapura

Terdapat tiga tahap dalam pengembangan proses legislasi bebas asap rokok di Singapura, yaitu: Tahap perencanaan, tahap pengembangan dan tahap ketiga pelaksanaan. Dimulai sejak tahun 1970 dengan melarang merokok di bis umum, bioskop dan gedung teater dan pada tahun 1994 pelarangan berlaku di

semua tempat-tempat ber-ac kemudian berlanjut berlaku di semua pusat perbelanjaan ber-ac, antrian umum dan jalan bawah tanah dan terus meluas. Hingga pada tahun 2007 berlaku di semua tempat hiburan, pub, bar, diskotik,dll. Upaya advokasi merupakan kunci keberhasilan pengendalian dampak tembakau di Singapura. Advokasi melibatkan berbagai unsur yaitu; kerjasama antar departemen, aktif melakukan konsultasi dengan masyarakat, termasuk LSM dan para pembentuk opini masyarakat di sektor perdagangan. Sosialisasi terus menerus tentang kerugian paparan asap rokok dengan partisipasi media untuk penyebaran informasi dalam proses pelarangan merokok untuk menciptakan lingkungan yang sehat.

Singapura menerapkan legislasi yang simpel dan jelas serta dapat dilaksanakan sebagai dasar pengembangan dan implementasi legislasi bebas asap rokok. Legislasi atau peraturan harus terus menerus ditinjau atau dirubah jika masih terdapat kekurangan dalam implementasinya. Monitoring dan evaluasi yang dilakukan teratur sangat diperlukan dalam melihat indikator proses dan indikator hasil. (TCSC-IAKMI,2011).

2.2.8 Peluang Dalam Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok di Kota Tangerang Selatan

Kota Tangerang Selatan merupakan daerah yang relatif datar. Beberapa kecamatan memiliki lahan yang bergelombang seperti di perbatasan

antara Kecamatan Setu dan Kecamatan Pamulang serta sebagian di Kecamatan Ciputat Timur. Kondisi geologi Tangerang Selatan umumnya adalah batuan alluvium, yang terdiri dari batuan lempung, lanau, pasir, kerikil, kerakal dan bongkah. Jenis batuan ini mempunyai tingkat kemudahan dikerjakan atau *workability* yang baik sampai sedang, unsur ketahanan terhadap erosi cukup baik oleh karena itu wilayah Kota Tangerang Selatan masih cukup layak untuk kegiatan perkotaan.

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) atas dasar harga berlaku Kota Tangerang Selatan pada tahun 2007 adalah sebesar Rp. 5.256.882,05 Juta, sedangkan PDRB atas dasar harga konstan adalah sebesar Rp. 2.768.787,17 Juta. Dengan jumlah penduduk pertengahan tahun 2007 mencapai Rp. 1.042.682 orang, PDRB per kapita adalah sebesar Rp.5,042 Juta. Perkembangan PDRB Kota Tangerang Selatan cenderung menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun demikian juga dengan PDRB per kapita. Pada tahun 2007, laju pertumbuhan ekonomi (LPE) adalah sebesar 6,51%. Pada tahun 2003, PDRB per kapita atas dasar harga konstan adalah sebesar Rp. 863.517 sedangkan pada tahun 2007 adalah sebesar Rp. 1.042.682. Kecamatan yang memberikan kontribusi paling besar adalah Ciputat Timur yaitu sebesar Rp. 1.678.739,29 Trilyun atau 31,93% dari total PDRB sedangkan yang terkecil adalah Setu dengan Rp. 71.045,74 Trilyun atau 1,35%.

Berdasarkan data PDRB tahun 2007, struktur ekonomi Tangerang Selatan didominasi oleh sektor lapangan usaha pengangkutan dan komunikasi (30,29%) dan perdagangan hotel dan restoran (26,81%). Sektor lain yang juga memberikan kontribusi cukup besar adalah jasa-

jasa (17,39%) dan bank, persewaan dan jasa perusahaan (15,40%). Lima sektor lain masing-masing memberikan kontribusi di bawah 10%. Struktur ekonomi tersebut menunjukkan bahwa perekonomian Tangerang Selatan didominasi oleh sektor tersier, yaitu pengangkutan dan komunikasi, perdagangan hotel dan restoran, jasa-jasa dan bank, persewaan dan jasa perusahaan, yang memberikan kontribusi hampir 90%. Sektor sekunder (industri pengolahan; listrik, gas dan air bersih, dan konstruksi) memberikan kontribusi 8,76%, dan sektor primer (pertanian, pertambangan dan penggalian) hanya memberikan kontribusi kurang dari 2%. Jika dilihat kecenderungan sejak tahun 2004 hingga tahun 2007, sektor primer dan sekunder mengecil kontribusinya secara signifikan sedangkan sektor tersier meningkat kontribusinya. (<http://www.tangerangselatankota.go.id/>)

Berdasarkan penjelasan tentang potensi yang dimiliki, maka didapatkan bahwa Kota Tangerang Selatan mempunyai peluang yang tinggi dalam keberhasilan penerapan KTR. Sulistiadi (2015) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa keberhasilan penerapan kebijakan KTR umumnya berada di wilayah kota dibanding kabupaten. Dari 85 penerapan KTR yang merupakan wilayah kota ada 47 peraturan (53,3 %) dan kabupaten ada 38 peraturan (44,7%). Wilayah kota lebih berani langsung menerapkan dalam peraturan tertinggi di wilayahnya berupa Peraturan Daerah.

Faktor penduduk dan *demand* dalam penerapan kebijakan KTR merupakan modal awal suatu daerah untuk menilai kapabilitas sistem politiknya. Faktor tersebut merupakan karakteristik dari wilayah kabupaten/kota yang menjadi obyek penelitian sebagai prediksi penerapan kebijakan pengendalian produk tembakau berupa Kawasan

Tanpa Rokok, walaupun demikian penerapannya tidak bisa diprediksi hanya dengan melihat karakteristik yang dimiliki oleh wilayah saja. Banyak potensi non karakteristik wilayah yang menjadi penentu penerapan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan bisa jadi proses politik (*need and want* dari pemerintah daerah) yang menjadi kunci penerapan KTR.

2.2 Praktek Empiris

2.2.1 Pelaksanaan KTR di Indonesia

Dalam Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 pasal 115 menyatakan bahwa yang termasuk Kawasan Tanpa Rokok antara lain fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, dan tempat umum serta tempat lain yang ditetapkan.

Kebijakan pengendalian produk tembakau di Indonesia dilaksanakan dengan tujuan menjamin terpenuhinya hak asasi bagi masyarakat yang tidak merokok (perokok pasif) untuk mendapatkan perlindungan dari bahaya asap rokok. Sasaran utamanya adalah perlindungan bagi anak-anak dan wanita. Untuk menyediakan udara yang bersih bebas dari asap rokok ditempat-tempat umum , maka dimunculkan kebijakan " Kawasan Tanpa Rokok" yang prinsipnya adalah memberikan tempat khusus yang dapat digunakan untuk merokok dan membatasi tempat-tempat yang dapat digunakan untuk merokok. Hingga Oktober 2013 sudah 85 kabupaten/ kota yang sudah menerapkan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dari 440 Kabupaten Kota, seperti terlihat pada table 3.1. Sebagian besar kabupaten/kota menerapkan KTR setelah dikeluarkannya Peraturan Bersama menteri kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188

dan Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok yang diperkuat dengan PP 109/2012.

Beberapa daerah seperti Kota Palembang telah lebih dahulu mengeluarkan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok, sebelum peraturan bersama tersebut, tepatnya pada tahun 1999. Artinya kebijakan tersebut dibentuk murni berasal dari inisiatif daerah, bukan berdasarkan amanat dari peraturan Pemerintah Pusat.

Tabel 3.1 Kabupaten/ Kota yang Menerapkan KTR

Provinsi	Jumlah Kab/kota	Peraturan KTR	Persentase
Nanggroe Aceh Darussalam	21	1	5%
Sumatera Utara	25	1	4%
Sumatera Barat	19	13	68%
Riau	11	1	9%
Jambi	10	2	20%
Sumatera Selatan	14	1	7%
Bengkulu	9	2	22%
Lampung	10	1	10%
Kep. Bangka Belitung	7	1	14%
Kep. Riau	6	1	17%
Jawa Barat	25	10	40%
Jawa Tengah	35	7	20%
Banten	6	2	33%
Jawa Timur	38	5	13%
Daerah Istimewa Yogyakarta	5	5	100%
Bali	9	3	33%
Nusa Tenggara Barat	9	1	11%
Nusa Tenggara Timur	16	0	0%
Provinsi	Jumlah Kab/kota	Peraturan KTR	Persentase

Kalimantan Barat	12	1	8%
Kalimantan tengah	14	1	7%
Kalimantan Selatan	13	4	31%
Kalimantan Timur	13	4	29%
Kalimantan Utara	0	0	0%
Sulawesi Utara	9	3	33%
Sulawesi Tengah	10	3	30%
Sulawesi Selatan	23	3	13%
Sulawesi Tenggara	10	0	0%
Gorontalo	5	2	40%
Sulawesi Barat	5	0	0%
Maluku	8	0	0%
Maluku Utara	8	1	13%
Papua	20	0	0%
Papua Barat	9	1	11%
Total	440	85	19%

Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok merupakan pendekatan yang komprehensif dalam pengendalian dampak produk tembakau. Namun demikian ada daerah yang dilihat dari potensi daerah mampu menerapkan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok, namun belum semua menerapkan kebijakan tersebut. Kebijakan KTR adalah kebijakan yang selalu mengundang berbagai perdebatan, antara kelompok pro dan kontra.

Bentuk kebijakan KTR hingga bulan Oktober tahun 2013 bervariasi mulai dari Peraturan Daerah yang merupakan kebijakan tertinggi di daerah, Peraturan Bupati/ Walikota, hingga Surat Keputusan/ Edaran Bupati / Walikota. Wilayah kota merespon lebih dominan dibanding Kabupaten dan lebih banyak menerapkan KTR dalam bentuk Peraturan Daerah. Berikut ini terlihat di table 3.2 bahwa daerah merespon kebijakan penendalian

produk tembakau setiap daerah memiliki satu bentuk kebijakan KTR dan sifatnya *mutually exclusive*. Ada beberapa daerah yang akan menggantikan menjadi Rancangan Perda, akan tetapi tidak termasuk dalam penjelasan tabel ini.

Tabel. 3.2 Bentuk Kebijakan KTR di Kabupaten /Kota hingga Oktober 2013

Wilayah	Perda	Persentase	Perbup/ Perwali	Persentase	SK/ Edaran	Persentase	Total	Persentase
Kota	16	34	25	53	6	13	47	55,3
Kabupaten	4	11	27	71	7	18	38	44,7
Total	20	24	52	61	13	15	85	100,0

2.2.2 Kawasan Tanpa Rokok dalam Perspektif Kesehatan

Sudah banyak studi ilmiah yang menyebutkan bahwa mengkonsumsi tembakau dapat menimbulkan penyakit kanker (mulut, pharinx, larinx, oesophagus, paru, pankreas, dan kandung kemih), penyakit sistem pembuluh darah (jantung koroner, aneurisme aorta, pembuluh darah perifer, arteriosklerosis, gangguan pembuluh darah otak) dan sistem pernafasan (bronchitis chronis, emfisema, paru obstruktif kronik, tuberculosis paru, asma, radang paru dan penyakit saluran nafas lainnya (WHO).

Saat ini negara-negara di Asia memasuki transisi epidemiologi yang ditandai dengan mulai merebaknya penyakit kardiovaskular dan penyakit tidak menular lainnya. Negara-negara berpendapatan rendah dan menengah menyumbang 80% kematian global akibat penyakit kardiovaskuler dan 87% disabilitas karena penyakit kardiovaskuler. Dari semua faktor risiko yang dapat mencegah kematian dan disabilitas kardiovaskuler

(merokok, hipertensi, diabetes, hyperlipidaemia, dan kurang olah raga), merokok merupakan faktor yang paling penting karena tingginya prevalensi merokok di negara-negara berkembang (Martini et al. 2006).

WHO memperkirakan bahwa pada tahun 2030, dari 70% kematian yang disebabkan oleh rokok akan terjadi di negara-negara berkembang termasuk Indonesia. Sejalan dengan hal tersebut, Prevalensi perokok di Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2007, 65,6% laki-laki di Indonesia adalah perokok, tahun 2010 meningkat menjadi 65,9% dan tahun 2013 meningkat lagi menjadi 68,8%.

Diperkirakan lebih dari 40,4 juta anak tinggal bersama dengan perokok dan terpapar pada asap rokok di lingkungannya dan disebut sebagai perokok pasif. Sedangkan kita tahu bahwa anak yang terpapar asap rokok dapat mengalami peningkatan risiko terkena bronchitis, pneumonia, infeksi telinga tengah, asma, serta keterlambatan pertumbuhan paru-paru. Kerusakan kesehatan dini ini dapat menyebabkan kesehatan yang buruk pada masa dewasa. Orang dewasa bukan perokok pun yang terus-menerus terpapar juga akan mengalami peningkatan risiko kanker paru dan jenis kanker lainnya (Kemenkes, 2011).

Oleh karena itu pelaksanaan kawasan tanpa rokok ini bertujuan tidak hanya memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat tetapi juga melindungi kesehatan masyarakat secara umum dari dampak buruk merokok langsung dan tidak langsung.

Prinsip kebijakan kawasan tanpa rokok juga menyebutkan bahwa kebijakan perlindungan yang efektif mensyaratkan eliminasi total dari asap tembakau di ruangan sehingga mencapai 100%

lingkungan tanpa asap rokok. Tidak ada batas aman dari paparan asap rokok ataupun ambang tingkat keracunan yang bisa ditoleransi, karena ini bertentangan dengan bukti ilmiah. Pendekatan lain untuk peraturan 100% lingkungan tanpa rokok termasuk penggunaan ventilasi, saringan udara dan pembuatan ruang merokok (dengan ventilasi terpisah ataupun tidak) yang terbukti tidak efektif. Bukti ilmiah menyimpulkan bahwa pendekatan teknik konstruksi tidak mampu melindungi paparan asap tembakau (TCSC – IAKMI, 2008).

2.2.3 Kawasan Tanpa Rokok dalam perspektif Politik

Industri rokok tidak segan menggunakan "kekuatannya" untuk menjaga peraturan yang menguntungkan bagi mereka. Salah satu contohnya adalah ketika proses pembuatan UU Kesehatan tahun 1992. Semula nikotin dicantumkan sebagai zat adiktif didalam RUU Kesehatan, tetapi setelah ada intervensi industri rokok kata nikotin dihilangkan (Dokumen AT, 1992). Industri rokok di Indonesia berkoordinasi dengan industri rokok luar negeri (*British-American Tobacco*) untuk menggagalkan kemungkinan tersebut. Mereka melakukan lobi pada anggota DPR, Pemerintah serta pers. Operasi ini berhasil dengan sukses (Dokumen BAT, 1992).

Pada UU Kesehatan tahun 2009 hampir terjadi hal yang sama. Ayat 2 pasal 113 yang menyatakan tembakau sebagai zat adiktif tiba-tiba lenyap dari UU Kesehatan yang telah disahkan pada Sidang Paripurna DPR. Akibat advokasi dan tekanan publik yang kuat, ayat tersebut kemudian kembali lagi (TCSC-IAKMI, 2007).

Rokok adalah produk yang membuat kecanduan (adiktif), mengandung racun dan bisa

menyebabkan kematian. Untuk menutupi kesan buruk terhadap produk yang dihasilkan tersebut, industri rokok membangun citra positif melalui kedermawanan yang tinggi (TCSC-IAKMI, 2007).

Industri rokok di Indonesia dikenal paling murah hati dalam memberikan sponsor. Berbagai kegiatan olah raga, musik, film, seni-budaya dan bahkan keagamaan telah disponsori oleh industri rokok dari tahun ke tahun. Dari hasil pemantauan selama 10 bulan tahun 2007 terdapat 1.350 kegiatan yang disponsori industri rokok (Kompas Anak, 2007).

Di samping itu, dalam dunia internasional Indonesia menjadi satu-satunya negara di Asia Tenggara yang tidak ikut menandatangani FCTC (*Framework Convention on Tobacco Control*). FCTC adalah traktat atau konvensi internasional yang pertama dalam pengendalian tembakau secara global. Tujuannya adalah untuk melindungi generasi sekarang dan mendatang terhadap kerusakan kesehatan, konsekuensi sosial, lingkungan dan ekonomi karena penggunaan tembakau. FCTC merupakan instrumen yang mengikat secara hukum dalam strategi kesehatan masyarakat global untuk membantu Negara-negara anggota WHO dalam menyusun program-program nasional pengendalian tembakau.

Keengganan Indonesia untuk menandatangani FCTC, memang patut disayangkan mengingat estimasi Badan Kesehatan dunia yang menyatakan, bahwa rokok telah membunuh satu diantara 10 orang dewasa di dunia, dan diperkirakan, pada tahun 2020, 7 (tujuh) dari 10 (sepuluh) orang yang mati karena merokok akan terjadi di negara-negara berpendapatan rendah. Merokok memberi biaya pada orang yang tidak merokok (*financial cost*), melalui asap yang

dikeluarkan, dan menyebabkan gangguan kesehatan pada orang yang tidak merokok, disamping dapat melanggar hak orang lain untuk menikmati udara bersih. Udara bebas asap rokok sangat penting, karena asap rokok mengandung 4000 bahan kimia, dan 43 senyawa bersifat karsinogen yang dapat menyebabkan kanker pada manusia, dan tidak ada tingkat paparan yang disebut aman.

Oleh karena itu jika sampai saat ini Pemerintah belum juga mau menandatangani FCTC, maka Pemerintah perlu menyusun peraturan perundang-undangan yang bersifat komprehensif dan holistik untuk mengendalikan tembakau dan produk-produk turunannya mulai dari tahap produksi rokok sampai dengan penggunaan dan ekspor impornya, di tingkat nasional maupun daerah.

2.2.4 Kawasan Tanpa Rokok dalam Perspektif Ekonomi

Banyak penelitian di dunia telah membuktikan bahwa merokok tidak hanya merusak kesehatan, tetapi merusak ekonomi rumah tangga. Pembelian rokok dan menghisap rokok merupakan perbuatan mubazir dan kehilangan peluang, biaya berobat akibat penyakit yang ditimbulkan asap rokok, dan hilangnya pendapatan akibat kematian dini. Kehilangan peluang karena yang yang digunakan untuk membeli rokok dapat lebih berguna untuk membeli makanan bergizi atau membiayai sekolah anak atau sanak keluarga. Kehilangan pendapatan dapat terjadi karena asap rokok dapat menimbulkan berbagai penyakit akut dan kronik dan kematian dini. Ketika sakit, kita tidak dapat bekerja dan karenanya ada pendapatan keluarga yang hilang ketika kita tidak bekerja

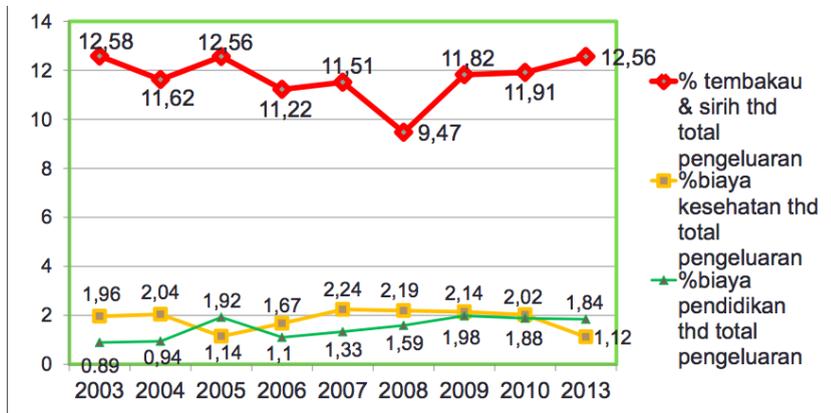
karena sakit. Ketika penyakit berat, orang meninggal lebih awal dari usia harapan hidup. Seharusnya ia bisa bekerja dan menghasilkan uang untuk investasi pendidikan anak, tetapi ia meninggal sebelum anak-anaknya dewasa (Buku Profil Tembakau, 2010).

Konsumsi rata-rata rokok per orang per hari pada tahun 2013 adalah 12,3 batang atau 369 batang per bulan. Dengan harga rata-rata Rp. 600 per batang, total biaya pembelian rokok berjumlah Rp. 221.400 per bulan atau Rp. 2.656.800 per tahun. Diperkirakan total pengeluaran untuk membeli rokok pada tahun 2013 berjumlah Rp. 138 trilyun. Jadi total kehilangan ekonomi makro pada tahun 2013 yang terdiri dari biaya pembelian rokok (Rp. 138 trilyun), kehilangan produktivitas karena kematian prematur, sakit dan disabilitas (Rp. 235,4 trilyun), serta biaya medis penyakit terkait tembakau (Rp. 5,35 trilyun), berjumlah Rp. 378,75 trilyun. Beban biaya konsumsi dan kesehatan akibat rokok adalah Rp. 1,5 juta per kapita. Jumlah tersebut sekitar 3,7 kali hasil pungutan cukai tembakau pada tahun yang sama (2013) yaitu Rp. 103.02 trilyun. Pembayaran cukai masih jauh di bawah beban yang ditimbulkannya, sehingga harus ditingkatkan agar tidak membebani masyarakat (Kosen, 2013).

Biaya konsumsi dan kesehatan yang terkait rokok harus ditanggung oleh konsumen, pemberi kerja, dan pembayar pajak. Belum ada studi tentang proporsi biaya itu di Indonesia, tetapi studi GPI (2009) di Kanada menunjukkan hanya 18% dari biaya tersebut yang dibayarkan melalui cukai sementara 34% dibayarkan oleh pemberi kerja; dan sisanya (48%) ditanggung oleh pembayar pajak, yang mayoritasnya bukan perokok. Biaya eksternalitas lain yang seharusnya dihitung termasuk: biaya kesehatan petani tembakau (*green*

tobacco sickness), peningkatan kesejahteraan petani dan buruh pabrik, pemulihan kesuburan tanah, penanganan deforestasi, kebakaran, serta pengambilan dan pengelolaan limbah B3 puntung rokok. Apabila biaya-biaya di atas diperhitungkan dengan tepat, dampak negatif dan produksi dan konsumsi rokok bisa ditimbang dengan lebih jujur dan terbuka.

Gambar . Proporsi Pengeluaran Bulanan Penduduk termiskin untuk Padi-padian, tembakau/Sirih, Kesehatan dan Pendidikan terhadap Pengeluaran Total di Indonesia Tahun 2003 2013



Sumber; Susenan 2003 -2013

Berikut adalah gambaran tabel jumlah belanja rumah tangga untuk berobat rawat jalan dan rawat inap menurut kelompok rumah tangga dan beberapa penyakit yang terkait tembakau tahun 2007 sbb:

Jenis Penyakit	Rumah Tangga (RT) tempat tinggal penduduk	Rawat Jalan (Rp Milyar)	Rawat Inap (Rp Milyar)	Total (Rp Milyar)
A	b	C	d	e = c+d
Hipertensi	RT Bukan Prokok	1,210	502	1,712
	RT Perokok	2,628	1,100	3,728
Asma	RT Bukan Prokok	327	83	411
	RT Perokok	1,108	260	1,368
TB	RT Bukan Prokok	181	36	217
	RT Perokok	637	166	802
Penyakit Saluran Nafas lain	RT Bukan Prokok	1,390	377	1,767
	RT Perokok	4,306	1,126	5,431
Stroke	RT Bukan Prokok	321	132	453
	RT Perokok	635	402	1,037
Jantung	RT Bukan Prokok	1,082	406	1,488
	RT Perokok	2,602	1,116	3,718
JUMLAH	RT Bukan Prokok	4,891	1,687	6,577
	RT Perokok	13,105	4,801	17,906

Dapat disimpulkan dari tabel tersebut bahwa penduduk yang bukan merokok memiliki jumlah belanja berobat lebih rendah dibandingkan penduduk yang merokok baik berobat rawat jalan maupun berobat rawat inap.

Secara ringkas, setelah dihitung berbagai kerugian yang timbul akibat konsumsi produk tembakau di Indonesia pada tahun 2008 adalah sebagai berikut:

1. Biaya rata-rata yang dibelanjakan oleh individu perokok untuk membeli tembakau dalam satu bulan adalah Rp 216.000,- ; dan secara makro, total biaya yang dibelanjakan oleh para perokok di Indonesia dalam satu bulan adalah: 12,77 Triliun Rupiah dan dalam satu tahun adalah: 153,25 Triliun Rupiah.
2. Total biaya kesehatan yang dibelanjakan oleh rakyat Indonesia (14,904,226 kasus) dalam setahun untuk penyakit yang dikaitkan dengan tembakau berjumlah 15,4 Triliun rupiah untuk pelayanan rawat inap dan 3,1 Triliun Rupiah untuk pelayanan rawat jalan.
3. Dalam tahun 2008, terdapat 602,350 kematian (311,572 laki-laki dan 29,788 perempuan) karena penyakit yang dikaitkan dengan tembakau atau hampir sepertiga dari perkiraan total kematian pada tahun yang sama.
4. Secara makro, terdapat kehilangan tahun produktif (*DALYs Loss/ Disability Adjusted Life Years Loss*) sebesar 13,066,230 (7,575,220 untuk laki-laki dan 5,490,990 untuk wanita) atau 25,5 % dari total *DALYs Loss* dalam tahun yang sama (51,250 *DALYs Loss*).
5. Dengan menggunakan GDP per Capita pada tahun 2008 sebesar US \$ 1,420; secara makro,

Total tahun produktif yang hilang menyebabkan kerugian ekonomi sebesar 18,5 milyar US Dollars (166,5 Triliun Rupiah).

BAB III
EVALUASI DAN ANALISIS
PERATURAN PERUNDANG – UNDANGAN
TERKAIT

3.1 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945

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.

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.

Pasal 28J ayat (1)

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

3.2 Undang-undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak

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

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.

3.3 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Oleh karena itu, setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber

daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunan nasional.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 1 tentang Kesehatan, yang dimaksud dengan kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Penjelasan pada Pasal 115 ayat 1 dan 2 mewajibkan Pemerintah Daerah untuk dapat mewujudkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya dengan mempertimbangkan seluruh aspek holistik. Khusus bagi tempat kerja, tempat umum, dan tempat lainnya dapat menyediakan tempat khusus untuk merokok. Kawasan tanpa rokok antara lain:

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan
- b. Tempat proses belajar mengajar
- c. Tempat anak bermain
- d. Tempat ibadah
- e. Angkutan umum
- f. Tempat kerja
- g. Tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.

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

Zat Adiktif adalah bahan yang menyebabkan adiksi atau ketergantungan yang membahayakan kesehatan dengan ditandai perubahan perilaku, kognitif, dan fenomena fisiologis, keinginan kuat untuk mengonsumsi bahan tersebut, kesulitan dalam mengendalikan penggunaannya, memberi prioritas pada penggunaan bahan tersebut daripada

kegiatan lain, meningkatnya toleransi dan dapat menyebabkan keadaan gejala putus zat.

Rokok adalah salah satu produk tembakau yang dimaksudkan untuk dibakar dan dihisap dan/atau dihirup asapnya, termasuk rokok kretek, rokok putih, cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *nicotiana tabacum*, *nicotiana rustica*, dan spesies lainnya atau sintetisnya yang asapnya mengandung nikotin dan tar, dengan atau tanpa bahan tambahan. Dan nikotin yang terkandung dalam rokok adalah zat, atau bahan senyawa *pyrrolidine* yang terdapat dalam *nicotiana tabacum*, *nicotiana rustica* dan spesies lainnya atau sintetisnya yang bersifat adiktif dapat mengakibatkan ketergantungan.

Penyelenggaraan pengamanan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau bagi kesehatan diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan. Penyelenggaraan pengamanan Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bertujuan untuk:

- a. Melindungi kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan dari bahaya bahan yang mengandung karsinogen dan Zat Adiktif dalam Produk Tembakau yang dapat menyebabkan penyakit, kematian, dan menurunkan kualitas hidup;
- b. Melindungi penduduk usia produktif, anak, remaja, dan perempuan hamil dari dorongan lingkungan dan pengaruh iklan dan promosi untuk inisiasi penggunaan dan ketergantungan terhadap bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau;
- c. Meningkatkan kesadaran dan kewaspadaan masyarakat terhadap bahaya merokok dan manfaat hidup tanpa merokok; dan

- d. Melindungi kesehatan masyarakat dari asap Rokok orang lain.

Penjelasan pada pasal 49 mewajibkan Pemerintah dan Pemerintah Daerah untuk mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok di wilayahnya dengan Peraturan Daerah. Kawasan Tanpa Rokok adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan Produk Tembakau.

Penjelasan pada pasal 50 adalah melarang kegiatan menjual, mengiklankan, dan mempromosikan produk tembakau tidak berlaku bagi tempat yang digunakan untuk kegiatan penjualan produk tembakau di lingkungan Kawasan Tanpa Rokok. Serta melarang kegiatan memproduksi produk tembakau tidak berlaku bagi tempat yang digunakan untuk kegiatan produksi produk tembakau di lingkungan Kawasan Tanpa Rokok.

Serta menyediakan tempat khusus untuk merokok, yang merupakan ruang terbuka yang berhubungan langsung dengan udara luar. Yang dimaksud dengan “ruang terbuka” adalah ruangan yang salah satu sisinya tidak ada dinding ataupun atapnya sehingga asap rokok dapat langsung keluar di udara bebas.

3.5 Peraturan Pemerintah No. 19 tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok

Pada Peraturan Pemerintah No. 19 tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok menjelaskan bahwa penyelenggaraan pengamanan rokok bagi kesehatan bertujuan untuk mencegah penyakit akibat penggunaan rokok bagi individu dan masyarakat dengan :

- a. Melindungi kesehatan masyarakat terhadap insidensi penyakit yang fatal dan penyakit yang dapat menurunkan kualitas hidup akibat penggunaan rokok;
- b. Melindungi penduduk usia produktif dan remaja dari dorongan lingkungan dan pengaruh iklan untuk inisiasi penggunaan dan ketergantungan terhadap rokok;
- c. Meningkatkan kesadaran, kewaspadaan, kemampuan dan kegiatan masyarakat terhadap bahaya kesehatan terhadap penggunaan rokok.

Merokok merugikan kesehatan baik bagi perokok itu sendiri maupun orang lain disekitarnya yang tidak merokok (perokok pasif). Perokok mempunyai risiko 2 - 4 kali lipat untuk terkena penyakit jantung koroner dan risiko lebih tinggi untuk kematian mendadak. Perlindungan terhadap perokok pasif perlu dilakukan mengingat risiko terkena penyakit kanker bagi perokok pasif 30% (tiga puluh persen) lebih besar dibandingkan dengan perokok itu sendiri. Perokok pasif juga dapat terkena penyakit lainnya seperti penyakit jantung iskemik yang disebabkan oleh asap rokok.

Dan pada pasal 22 menerangkan bahwa salah satu penyelenggaraan pengamanan rokok bagi kesehatan dilaksanakan dengan pengaturan penetapan kawasan tanpa rokok pada tempat umum, sarana kesehatan, tempat kerja dan tempat yang secara spesifik sebagai tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah dan angkutan umum.

Penjelasan pasal 23 menjelaskan pimpinan atau penanggungjawab tempat umum dan tempat kerja yang menyediakan tempat khusus untuk merokok harus menyediakan alat penghisap udara

sehingga tidak mengganggu kesehatan bagi yang tidak merokok. Tempat khusus dalam ketentuan ini adalah tempat yang disediakan untuk para perokok yang terpisah dan tidak berhubungan dengan ruangan tanpa rokok dan harus mempunyai alat penghisap udara.

Dalam pasal 24 menjelaskan bahwa dalam angkutan umum dapat disediakan tempat khusus untuk merokok dengan ketentuan:

- a. Lokasi tempat khusus untuk merokok terpisah secara fisik/tidak bercampur dengan kawasan tanpa rokok pada angkutan umum yang sama;
- b. Dalam tempat khusus untuk merokok harus dilengkapi alat penghisap udara atau memiliki sistem sirkulasi udara yang memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh Menteri yang bertanggung jawab di bidang perhubungan.

3.6 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

Asap rokok terbukti dapat membahayakan kesehatan individu, masyarakat, dan lingkungan, sehingga perlu dilakukan tindakan perlindungan terhadap paparan asap rokok. Sehingga dalam rangka melindungi individu, masyarakat, dan lingkungan terhadap paparan asap rokok, pemerintah daerah perlu menetapkan Kawasan Tanpa Rokok.

Berdasarkan Pasal 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, pengaturan pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok bertujuan untuk:

- a. Memberikan acuan bagi pemerintah daerah dalam menetapkan KTR;
- b. Memberikan perlindungan yang efektif dari bahaya asap rokok;
- c. Memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat; dan
- d. Melindungi kesehatan masyarakat secara umum dari dampak buruk merokok baik langsung maupun tidak langsung.

KTR sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) Tempat khusus untuk merokok sebagaimana dimaksud pada Pasal 5 ayat (1) harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. Merupakan ruang terbuka atau ruang yang berhubungan langsung dengan udara luar sehingga udara dapat bersirkulasi dengan baik;
- b. Terpisah dari gedung/tempat/ruang utama dan ruang lain yang digunakan untuk beraktivitas;
- c. Jauh dari pintu masuk dan keluar; dan
- d. Jauh dari tempat orang berlalu-lalang.

Pasal 6 ayat (1) juga menjelaskan bahwa pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok di provinsi dan di kabupaten/kota diatur dalam Peraturan Daerah. Peraturan daerah tersebut paling sedikit memuat tentang:

- a. Pengaturan tentang KTR
- b. Peran serta masyarakat
- c. Pembentukan satuan tugas penegak KTR
- d. Larangan dan kewajiban; dan
- e. Sanksi

3.7 Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 tahun 2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat

Dalam Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 tahun 2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat dijelaskan bahwa Kabupaten/Kota Sehat adalah suatu kondisi kabupaten/kota yang bersih, nyaman, aman dan sehat untuk dihuni penduduk, yang dicapai melalui terselenggaranya penerapan beberapa tatanan dan kegiatan yang terintegrasi yang disepakati masyarakat dan pemerintah daerah.

Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat adalah berbagai kegiatan untuk mewujudkan Kabupaten/Kota Sehat melalui pemberdayaan masyarakat, melalui forum yang difasilitasi oleh pemerintah kabupaten/kota. Tujuannya adalah tercapainya kondisi Kabupaten/Kota untuk hidup dengan bersih, nyaman, aman dan sehat untuk dihuni dan sebagai tempat bekerja bagi warganya dengan cara terlaksananya berbagai program-program kesehatan dan sektor lain, sehingga dapat meningkatkan sarana dan produktivitas dan perekonomian masyarakat.

Tatanan Kabupaten/kota sehat dikelompokkan berdasarkan kawasan dan permasalahan khusus, terdiri dari :

1. Kawasan Permukiman, Sarana dan Prasarana Umum
2. Kawasan Sarana Lalu Lintas Tertib dan Pelayanan Transportasi
3. Kawasan Pertambangan Sehat
4. Kawasan Hutan Sehat
5. Kawasan Industri dan Perkantoran Sehat
6. Kawasan Pariwisata Sehat
7. Ketahanan Pangan dan Gizi
8. Kehidupan Masyarakat Sehat Yang Mandiri

9. Kehidupan Sosial Yang Sehat.

Penjelasan pada indikator kawasan tertib dan pelayanan transportasi yaitu dalam pelayanan angkutan umum (bus, angkot, taxi) adalah terpenuhinya prasyarat kendaraan umum yang bersih dan higienis serta bebas rokok. Dalam indikator kawasan industri dan perkantoran sehat yaitu lingkungan fisik harus tersedianya ruangan khusus untuk merokok. Pada indikator perilaku hidup bersih dan sehat dijelaskan bahwa meningkatkan rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat (antara lain tidak merokok, aktifitas fisik setiap hari dan gizi seimbang). Sedangkan pada indikator tempat umum adalah tersedianya kawasan bebas rokok di tempat umum. Sehingga dari peraturan ini juga menyepakati bahwa perlu adanya kawasan tanpa rokok terutama di tempat umum dan di rumah tangga.

3.8 Undang-Undang Nomor 1 tahun 2011 tentang Perumahan dan Kawasan Permukiman

Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, yang merupakan kebutuhan dasar manusia, dan yang mempunyai peran yang sangat strategis dalam pembentukan watak serta kepribadian bangsa sebagai salah satu upaya membangun manusia Indonesia seutuhnya, berjati diri, mandiri, dan produktif.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 1 tahun 2011 tentang Perumahan dan Kawasan Permukiman menjelaskan bahwa perumahan dan kawasan permukiman diselenggarakan salah satunya dengan berasaskan kesehatan. Asas kesehatan adalah memberikan landasan agar

pembangunan perumahan dan kawasan permukiman memenuhi standar rumah sehat, syarat kesehatan lingkungan, dan perilaku hidup sehat.

Rumah yang layak huni dan terjangkau adalah rumah yang memenuhi persyaratan keselamatan bangunan dan kecukupan minimum luas bangunan serta kesehatan penghuninya, yang mampu dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Yang dimaksud dengan lingkungan yang sehat, aman, serasi, teratur, terencana, terpadu, dan berkelanjutan adalah lingkungan yang memenuhi persyaratan tata ruang, kesesuaian hak atas tanah dan rumah, dan tersedianya prasarana, sarana, dan utilitas umum yang memenuhi persyaratan baku mutu lingkungan.

Dengan adanya Undang-Undang Kawasan Tanpa Rokok mendorong orang dewasa untuk berhenti merokok. Dengan demikian anak-anak yang terpapar asap rokok di rumahpun berkurang. Undang-Undang ini membuat perokok meneruskan kebiasaannya di rumah dan membuat rumahnya bebas asap rokok secara sukarela. Di New Zealand dilaporkan bahwa paparan asap rokok orang lain di rumah tangga berkurang 50% setelah 3 tahun setelah Undang Undang Tanpa Rokok diberlakukan (Dikutip dari Buku Profil Tembakau Indonesia 2009 oleh *Tobacco Control Center IAKMI*).

3.9 Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan Nomor 9 Tahun 2012 tentang Ketertiban Umum

Berdasarkan Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan Nomor 9 Tahun 2012 tentang Ketertiban Umum menjelaskan bahwa Ketertiban Umum dan Ketenteraman Masyarakat, adalah suatu keadaan dinamis yang memungkinkan Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat dapat

melakukan kegiatannya dengan tenteram, tertib, dan teratur.

Dijelaskan pada pasal 7 ayat 1 bahwa setiap orang yang menumpang kendaraan umum dilarang: a. Membuang sampah; b. Membuang sisa makanan; c. Meludah; d. Merokok; dan e. Mengeluarkan anggota badan.

3.10 Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan Nomor 8 tahun 2011 tentang Urusan Pemerintahan Kota Tangerang Selatan

Berdasarkan Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan Nomor 8 tahun 2011 tentang Urusan Pemerintahan Kota Tangerang Selatan Pasal 2 menjelaskan bahwa Pemerintahan daerah berhak dan berkewajiban mengatur dan mengurus urusan pemerintahan yang berdasarkan kriteria pembagian urusan pemerintahan. Urusan pemerintahan terdiri atas urusan wajib dan urusan pilihan. Dan menurut pasal 3, yang menjadi urusan wajib salah satunya meliputi kesehatan. Oleh karena itu, sudah sewajibnya Pemerintah Daerah mengatur Kawasan Tanpa Rokok.

3.11 Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan Nomor 13 tahun 2012 tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup

Pengelolaan Lingkungan Hidup adalah upaya terpadu untuk melestarikan fungsi lingkungan hidup yang meliputi kebijaksanaan penataan, pemanfaatan, pengembangan, pemeliharaan, pemulihan, pengawasan dan pengendalian lingkungan hidup.

Pasal 31 menjelaskan Pemerintah Daerah melaksanakan pengendalian pencemaran udara dari sumber bergerak dan sumber tidak bergerak.

Sumber pencemaran udara yang dimaksud meliputi: kebisingan, getaran, kebauan dan gangguan lainnya.

Walikota berwenang mengenakan sanksi administrasi terhadap penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan yang melanggar ketentuan dalam izin dan/atau peraturan perundang-undangan di bidang lingkungan. Sanksi administrasi berupa teguran tertulis, paksaan pemerintah, pembekuan izin lingkungan dan pencabutan izin lingkungan.

Pada pasal 71 menjelaskan bahwa Penyidik Pegawai Negeri Sipil tertentu di lingkungan Pemerintah Daerah dapat diberikan kewenangan untuk melaksanakan penyidikan terhadap pelanggaran tertentu dalam peraturan daerah ini. Penyidik Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada pasal 71 ayat (1) berwenang:

- a. Melakukan pemeriksaan atas kebenaran laporan atau keterangan berkenaan dengan tindak pidana di bidang lingkungan hidup;
- b. Melakukan pemeriksaan terhadap orang atau badan hukum yang diduga melakukan tindak pidana di bidang lingkungan hidup;
- c. Meminta keterangan dan bahan bukti dari orang atau badan hukum sehubungan dengan peristiwa tindak pidana di bidang lingkungan hidup;
- d. Melakukan pemeriksaan atas pembukuan, catatan, dan dokumen lain berkenaan dengan tindak pidana di bidang lingkungan hidup;
- e. Melakukan pemeriksaan di tempat tertentu yang diduga terdapat bahan bukti, pembukuan, catatan, dan dokumen lain serta melakukan penyitaan dapat dijadikan bukti dalam perkara tindak pidana di bidang lingkungan hidup, dan

- f. Meminta bantuan ahli dalam rangka pelaksanaan tugas penyidikan tindak pidana di bidang lingkungan hidup.

3.12 Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan Nomor 4 tahun 2013 tentang Sistem Kesehatan Kota

Berdasarkan Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan No. 4 tahun 2013 tentang Sistem Kesehatan Kota, pada pasal 58 ayat 2 menjelaskan bahwa dalam mewujudkan dan meningkatkan Kesehatan lingkungan, masyarakat dan pendatang wajib memelihara lingkungan yang bersih dan sehat serta bebas dari ancaman penyakit termasuk asap rokok pada tempat-tempat umum dan perkantoran pemerintah. Penjelasan dalam pasal 58 ini yang dimaksud tempat-tempat umum adalah tempat ibadah, angkutan publik, institusi pendidikan, pelayanan Kesehatan, taman kota.

3.13 Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan Nomor 3 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Perumahan dan Kawasan Permukiman

Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan Nomor 3 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Perumahan dan Kawasan Permukiman, juga menjelaskan bahwa pengertian dari Rumah Layak Huni adalah rumah yang memenuhi syarat kesehatan, kenyamanan dan keselamatan penghuninya.

Penjelasan dari rumah sehat dan layak huni adalah rumah dengan fungsi memadai sebagai tempat tinggal dan/atau hunian. Sehingga dapat disimpulkan bahwa anggota keluarga yang berada di rumah yang tidak merokok harus dapat dilindungi dari segala macam paparan yang dapat

mengganggu kesehatan, dalam hal ini adalah asap rokok.

BAB IV

LANDASAN FILOSOFIS SOSIOLOGIS DAN YURIDIS

4.1 Landasan Filosofis

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pengertian Kesehatan menurut UU Nomor 36 tahun 2009 adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Setiap upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik Pemerintah maupun masyarakat. Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Untuk itu, pemerintah wajib mengupayakan penyelenggaraan kesehatan bangsa Indonesia untuk mencapai kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduknya melalui pembangunan kesehatan dan berwawasan kesehatan harus mempunyai kontribusi positif terbentuknya lingkungan dan perilaku yang sehat.

4.2 Landasan Sosiologis

Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk, agar dapat

mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat tersebut, diselenggarakan berbagai upaya kesehatan di mana salah satu upaya dimaksud adalah pengamanan Zat Adiktif yang diatur dalam Pasal 113 sampai dengan Pasal 116 dan Pasal 199 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam Pasal 113 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dinyatakan bahwa Produk Tembakau merupakan Zat Adiktif.

Dalam kaitannya dengan bidang kesehatan, konsumsi produk tembakau terutama rokok, menjadi masalah tersendiri, karena sebenarnya di dalam produk tembakau yang dibakar terdapat lebih dari 4.000 (empat ribu) zat kimia antara lain Nikotin yang bersifat adiktif dan Tar yang bersifat karsinogenik.

Dalam rangka peningkatan upaya penanggulangan bahaya akibat merokok dan juga implementasi pelaksanaannya di lapangan lebih efektif, efisien dan terpadu, diperlukan peraturan perundang-undangan dalam bentuk Peraturan Pemerintah tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan, dengan tujuan :

- a. Melindungi kesehatan dari bahaya akibat merokok;
- b. Membudayakan hidup sehat;
- c. Menekan perokok pemula;
- d. Melindungi kesehatan perokok pasif.

Prevalensi perokok aktif di Indonesia meningkat dengan sangat cepat setiap tahunnya. Berdasarkan proporsi perokok umur ≥ 15 tahun menurut jenis kelamin, dari Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013

didapatkan proporsi perokok dengan jenis kelamin laki-laki ada sebanyak 64,9% dan proporsi perokok perokok dengan jenis kelamin perempuan ada sebanyak 2,1%.

Tingkat kematian akibat kebiasaan merokok di Indonesia telah mencapai 57.000 (lima puluh tujuh ribu) orang setiap tahunnya dan 4.000.000 (empat juta) kematian di dunia setiap tahunnya. Pada Tahun 2030 diperkirakan tingkat kematian di dunia akibat konsumsi tembakau akan mencapai 10.000 (sepuluh ribu) orang tiap tahunnya, dengan sekitar 70% (tujuh puluh persen) terjadi di negara-negara berkembang termasuk Indonesia (Penjelasan atas Peraturan Pemerintah Nomor 19 tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok).

Pengamanan rokok bagi kesehatan perlu dilaksanakan dengan pemberian informasi tentang kandungan kadar nikotin dan tar yang ada pada setiap batang rokok, pencantuman peringatan pada label, pengaturan produksi dan penjualan rokok dan periklanan dan promosi rokok. Selain itu, perlu ditetapkan pula Kawasan Tanpa Rokok pada tempat umum, sarana kesehatan, tempat kerja dan tempat yang secara spesifik sebagai tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah dan angkutan umum.

Pada UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan juga dijelaskan bahwa setiap Pemerintah Daerah mewajibkan untuk menetapkan Kawasan Tanpa Rokok di wilayahnya dengan Peraturan Daerah. Kawasan Tanpa Rokok adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan Produk Tembakau.

4.3 Landasan Yuridis

Asap rokok terbukti dapat membahayakan kesehatan individu, masyarakat dan lingkungan, sehingga perlu dilakukan tindakan perlindungan terhadap paparan asap rokok. Maka dalam rangka melindungi kesehatan individu dan masyarakat daribahaya akibat merokok tersebut, Pemerintah diwajibkan untuk melakukan upaya penanggulangan, diantaranya pengaturan penetapan Kawasan Tanpa Rokok. Paradigma nasional dalam memberi arah dalam pelaksanaan penetapan Kawasan Tanpa Rokok dapat dijabarkan sebagai berikut:

No.	UU/Peraturan	Penjelasan
1	UUD 1945	Pembukaan alinea ke-4 Pasal 28H dan 28J ayat 1
2	Undang-undang Nomor 23 Tahun 2002	tentang Perlindungan Anak bahwa anak-anak mempunyai hak yang khusus untuk tumbuh dan berkembang di lingkungan yang sehat, salah satunya harus bebas asap rokok.
3	Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009	tentang Kesehatan
4	Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012	tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Terhadap Kesehatan
5	Peraturan Pemerintah No. 19 tahun 2003	tentang Pengamanan Rokok tentang pencegahan penyakit

		akibat penggunaan rokok bagi individu dan masyarakat
6	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, mencakup tujuan dan persyaratan KTR
7	Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan No. 34 tahun 2005	tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat, mencakup pemukiman yang bebas dari asap rokok
8	Undang-undang No. 1 tahun 2011	tentang Perumahan dan Kawasan Permukiman, mencakup standar rumah sehat, syarat kesehatan lingkungan dan perilaku hidup sehat
9	Kepmenkes No. 829 tahun 1999	tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan, mencakup persyaratan kualitas udara pada rumah
10	Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan Nomor 9 Tahun 2012	tentang Ketertiban Umum, mencakup etika di kendaraan umum
11	Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan No. 3 Tahun 2014	tentang Penyelenggaraan Perumahan dan Kawasan Permukiman, mencakup rumah sehat

		dan rumah layak huni
12	Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan No. 8 tahun 2011	tentang Urusan Pemerintahan Kota Tangerang Selatan, mencakup urusan wajib Pemerintah Daerah salah satunya meliputi kesehatan
13	Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan No. 4 tahun 2013	tentang Sistem Kesehatan Kota, bahwa masyarakat wajib memelihara lingkungan yang bersih dan sehat
14	Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan No. 13 tahun 2012	tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup,

BAB V
JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG
LINGKUP MATERI MUATAN UNDANG-UNDANG,
PERATURAN DAERAH PROVINSI, ATAU
PERATURAN DAERAH KABUPATEN/KOTA

Bila mengacu pada Undang – Undang No.12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan, maka berdasarkan pasal 5 yang berbunyi:

Pasal 5

Dalam membentuk Peraturan Perundang-undangan harus dilakukan berdasarkan pada asas Pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang baik, yang meliputi:

- a. kejelasan tujuan;
- b. kelembagaan atau pejabat pembentuk yang tepat;
- c. kesesuaian antara jenis, hierarki, dan materi muatan;
- d. dapat dilaksanakan;
- e. kedayagunaan dan kehasilgunaan;
- f. kejelasan rumusan; dan
- g. keterbukaan.

Pasal 10

Materi muatan yang harus diatur dengan Undang – Undang berisi:

- a. pengaturan lebih lanjut mengenai ketentuan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- b. perintah suatu Undang-Undang untuk diatur dengan Undang-Undang;
- c. pengesahan perjanjian internasional tertentu;
- d. tindak lanjut atas putusan Mahkamah Konstitusi; dan/atau

- e. pemenuhan kebutuhan hukum dalam masyarakat.

Berdasarkan hal tersebut di atas maka pengaturan tentang pelaksanaan KTR harus diatur dalam bentuk Undang-undang karena telah memenuhi unsur kejelasan tujuan, kedayagunaan dan kehasilgunaan dan perintah suatu Undang-Undang untuk diatur dengan Undang-Undang

5.1 Jangkauan

Sasaran Kawasan tanpa Rokok berbeda-beda tergantung tempat di mana KTR tersebut diberlakukan. Sasaran Kawasan Tanpa Rokok adalah di tempat pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan).

1. Sasaran di Fasilitas Pelayanan Kesehatan meliputi:
 - a) Pimpinan/penanggung jawab/ pengelola fasilitas pelayanan kesehatan.
 - b) Pasien.
 - c) Pengunjung.
 - d) Tenaga medis dan non medis.
2. Sasaran di Tempat Proses Belajar Mengajar
 - a) Pimpinan/penanggung jawab/ pengelola tempat proses belajar
 - b) mengajar.
 - c) Peserta didik/siswa.
 - d) Tenaga kependidikan (guru).
 - e) Unsur sekolah lainnya (tenaga administrasi, pegawai di sekolah).

3. Sasaran di Tempat Anak Bermain
 - a) Pimpinan/penanggung jawab/ pengelola tempat anak bermain.
 - b) Pengguna/pengunjung tempat anak bermain.
 - c) Sasaran di Tempat Ibadah
 - d) Pimpinan/penanggung jawab/pengelola tempat ibadah.
 - e) Jemaah.
 - f) Masyarakat di sekitar tempat ibadah.
4. Sasaran di Angkutan Umum
 - a) Pengelola sarana penunjang di angkutan umum (kantin, hiburan, dsb).
 - b) Karyawan.
 - c) Pengemudi dan awak angkutan.
 - d) Penumpang.
5. Sasaran di Tempat Kerja
 - a) Pimpinan/penanggung jawab/pengelola sarana penunjang di tempat kerja (kantin, toko, dsb).
 - b) Staf/pegawai/karyawan.
 - c) Tamu.
6. Sasaran di Tempat Umum
 - a) Pimpinan/penanggung jawab/ pengelola sarana penunjang di tempat umum (restoran, hiburan, dsb).
 - b) Karyawan.
 - c) Pengunjung/pengguna tempat umum
Sebagai contoh adanya Kebijakan KTR dengan Perda Bogor Nomor 12 tahun 2009 tentang Kawasan Tanpa Rokok. Menurut Perda Bogor Nomor 12 tahun 2009 ada delapan kawasan KTR, yaitu: tempat umum, perkantoran, sekolah, tempat ibadah, sarana transportasi, sarana olahraga, tempat hiburan dan tempat kesehatan.

7. Tempat Ibadah
 - a) Pimpinan/penganggung jawab/pengelola tempat ibadah
 - b) Jemaah
 - c) Masyarakat disekitar tempat ibadah
8. Sasaran di rumah
 - a) Perangkat kelurahan/desa
 - b) Kader Kesehatan
 - c) Tokoh masyarakat
 - d) Lembaga Swadaya Masyarakat
 - e) Anggota Keluarga

5.2 Arah Pengaturan

Evaluasi atau penilaian adalah proses penentuan nilai atau keberhasilan dalam mencapai tujuan yang sudah ditetapkan.

Penilaian dapat dilakukan pada waktu jangka pendek maupun jangka panjang disetiap tatanan. (Kemenkes,2011)

Kawasan Tanpa Rokok (KTR)	Evaluasi Jangka Pendek 4-6 Bulan	Evaluasi jangka Panjang 1-3 tahun
Fasilitas pelayanan Kesehatan	1. Adanya tanda KTR yang dipasang 2. Adanya media promosi KTR	1. Kebijakan KTR diterima dan dilaksanakan oleh pimpinan/karyawan/pasien dan pengunjung. 2. Dipatuhi dan dimanfaatkan fasilitas yang mendukung KTR 3. Tidak ada yang merokok di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan
Tempat Proses Belajar	1. Adanya tanda KTR yang	1. Kebijakan KTR diterima dan dilaksanakan oleh pimpinan dan karyawan/guru/dosen

mengajar	dipasang 2.Adanya media promosi KTR	2.Dipatuhi dan dimanfaatkannya fasilitas yang mendukung KTR 3.Tidak ada penjual rokok disekitar tempat proses belajar mengajar 4.Karyawan/guru/dosem/siswa tidak merokok di KTR
Tempat bermain anak	1.Adanya tanda KTR yang dipasang 2.Adanya media promosi KTR.	1.Kebijakan KTR diterima dan dilaksanakan oleh pengelola dan pengunjung 2.Dipatuhi dan dimanfaatkannya fasilitas yang mendukung KTR 3.Tidak ada yang merokok di KTR 4.Tidak ada penjual rokok disekitar 5.Tempat anak bermain 6.Tempat anak bermain bebas asap rokok
Tempat badah	1.Adanya tanda KTR yang dipasang 2.Adanya media promosi KTR.	1.Kebijakan KTR diterima dan dilaksanakan oleh pengelola danjamaah 2. Dipatuhi dan dimanfaatkannya fasilitas yang mendukung KTR 3. Tidak ada yang merokok di KTR 4.Tidak ada penjual rokok disekitar tempat anak bermain 5.Tempat ibadah bebas asap rokok
Angkutan Umum	1.Adanya tanda KTR	1.Kebijakan KTR diterima dan dilaksanakn oleh pengemudi

	<p>yang dipasang</p> <p>2.Adanya media promosi KTR.</p>	<p>dan penumpang angkutan umum.</p> <p>2. Dipatuhi dan dimanfaatkannya fasilitas yang mendukung KTR</p> <p>3. Semua pengemudi dan awak angkutan t idak ada yang merokok di angkutan umum</p> <p>4.Tidak ada penjual rokok disekitar di angkutan umum</p> <p>5.angkutan umum bebas asap rokok</p>
Tempat Kerja	<p>1.Adanya tanda KTR yang dipasang</p> <p>2.Adanya media promosi KTR.</p>	<p>1.Kebijakan KTR diterima dan dilaksanakn oleh pimpinan dan karyawan</p> <p>2. Dipatuhi dan dimanfaatkannya fasilitas yang mendukung KTR</p> <p>3. Karyawan tidak merokok bertambah banyak</p> <p>4.Tidak ada penjual rokok disekitar di sekitar tempat kerja.</p> <p>5.Semua karyawan tidak merokok di KTR</p> <p>6.angkutan umum bebas asap rokok</p>
Tempat Umum	<p>1.Adanya tanda KTR yang dipasang</p> <p>2.Adanya media promosi KTR.</p>	<p>1.Kebijakan KTR diterima dan dilaksanakn oleh pengelola danpengunjung tempat umum</p> <p>2. Dipatuhi dan dimanfaatkannya fasilitas yang mendukung KTR</p> <p>3. Tidak ada yang merokok di KTR</p> <p>4.Tidak ada penjual rokok</p>

		disekitar temoat umum 5.Tempat umum bebas asap rokok
Rumah	1. Adanya tanda KTR yang dipasang 2. Adanya media promosi KTR	1.Kebijakan KTR diterima dan dilaksanakn oleh seluruh penghuni rumah 3. Tidak ada yang merokok di lingkungan rumah 4.Tidak ada penjual rokok di lingkungan rumah 5.Rumah bebas asap rokok

5.3 Ruang Lingkup Materi Muatan

A. Peran Serta Masyarakat

Dalam UU Nomor 12 Tahun 2011 Pada Bab XI Partisipasi Masyarakat

Pasal 96

- (1) Masyarakat berhak memberikan masukan secara lisan dan/atau tertulis dalam Pembentukan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Masukan secara lisan dan/atau tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan melalui:
 - a. rapat dengar pendapat umum;
 - b. kunjungan kerja;
 - c. sosialisasi; dan/atau
 - d. seminar, lokakarya, dan/atau diskusi.
- (3) Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah orang perseorangan atau kelompok orang yang mempunyai kepentingan atas substansi Rancangan Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Untuk memudahkan masyarakat dalam memberikan masukan secara lisan dan/atau tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat (1),

setiap Rancangan Peraturan Perundang-undangan harus dapat diakses dengan mudah oleh masyarakat.

Partisipasi masyarakat menurut (Adi, 2007) adalah keikutsertaan masyarakat dalam proses pengidentifikasian masalah dan potensi yang ada di masyarakat, pemilihan dan pengambilan keputusan tentang alternatif solusi untuk menangani masalah, pelaksanaan upaya mengatasi masalah, dan keterlibatan masyarakat dalam proses mengevaluasi perubahan yang terjadi. Ada dua hal yang terkait dengan partisipasi masyarakat, yakni partisipasi dalam menyusun Peraturan.

Menurut (Notoatmodjo, 2010), bentuk kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam sebuah kebijakan, dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan diantaranya penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk misalnya pelatihan serta menggunakan metode dan teknik yang tepat. Pada saat ini banyak dijumpai lembaga-lembaga swadaya masyarakat (LSM) yang bergerak di bidang kesehatan atau peduli terhadap kesehatan. LSM ini harus digalang kerjasamanya, baik di antara mereka maupun antara mereka dengan pemerintah, agar upaya pemberdayaan masyarakat dapat berdayaguna dan berhasilguna. Setelah itu, sesuai ciri-ciri sasaran, situasi dan kondisi, lalu ditetapkan, diadakan dan digunakan metode dan media komunikasi yang tepat. Oleh karena itu, dalam kaitannya dengan upaya penetapan pelaksanaan KTR peran serta masyarakat merupakan bagian yang sangat penting dan bahkan dapat dikatakan sebagai ujung tombak. Dukungan masyarakat merupakan faktor sangat

penting yang ikut menentukan keberhasilan Perda KTR. Dibutuhkan upaya terkoordinir dan terus menerus dari berbagai sektor, komponen masyarakat termasuk Pengelola Sarana KTR, LSM dan media untuk mencapai kondisi dukungan proaktif sampai tercipta perubahan norma bahwa merokok di ruang publik tertutup adalah tidak normal dan tidak etis.

Keterlibatan dan partisipasi masyarakat dalam bentuk: saran, pendapat, pemikiran, usulan, dan pertimbangan berkenaan dengan pemantauan dan pelaksanaan kebijakan KTR, keikutsertaan dalam pemberian bimbingan dalam penyuluhan, serta penyebarluasan informasi kepada masyarakat tentang KTR, mengingatkan atau menegur perokok untuk tidak merokok di KTR, mengingatkan atau menegur orang dan/atau badan yang mengiklankan dan menjual rokok di KTR, mengingatkan atau menegur orang dan/atau yang memerintahkan anak dibawah umur untuk membeli rokok, memberitahu pimpinan jika terjadi pelanggaran di KTR, melaporkan kepada pejabat berwenang jika terjadi pelanggaran.

B. Larangan

Larangan dalam konteks kebijakan publik merupakan materi muatan yang sifatnya *protective regulatory* (pengaturan perlindungan). Muatan materi larangan dalam kebijakan publik mempertegas dan memperjelas apa yang boleh dilakukan dan apa yang tidak boleh. Larangan dalam konteks Peraturan Daerah tentang KTR sifatnya dalam rangka memberikan perlindungan. Muatan materi larangan dalam kebijakan Kawasan Tanpa Rokok mempertegas dan memperjelas apa yang boleh dilakukan dan

apa yang tidak boleh terkait dengan bahaya rokok.

Larangan merokok di Kawasan Tanpa Rokok memberikan dampak kesehatan bagi perokok maupun bukan perokok. Larangan ini akan (1) mengurangi paparan bukan perokok pada asap tembakau lingkungan, dan (2) mengurangi konsumsi rokok di antara para perokok. Penelitian dengan jelas menyimpulkan bahwa larangan atau pembatasan yang ketat terhadap merokok di tempat kerja memberikan keuntungan ekonomis. Hal ini mencegah tuntutan hukum bukan perokok/perokok pasif serta mengurangi biaya-biaya lainnya, termasuk diantaranya biaya untuk kesehatan, kebersihan udara, pemeliharaan peralatan dan fasilitas, disamping risiko kebakaran, dan kerusakan harta benda.

C. Pembinaan dan Pengawasan

1. Pembinaan

Sesuai bunyi sebagian besar Perda KTR, Walikota melakukan pembinaan terhadap Kawasan Tanpa Rokok. Pelaksanaan tugas pembinaan diserahkan kepada instansi yang ditunjuk dengan ketentuan teknis yang diatur lebih lanjut dalam Peraturan Kepala Daerah jenjang berikutnya. Setiap daerah dapat memilih Pendekatan Pembinaan dan pemantauan rutin yang dianggap Efektif dan Efisien (TCSC-IAKMI 2011), yaitu:

1. Berbasis sektoral melalui masing-masing SKPD secara berjenjang laporan rutin masing-masing skpd disampaikan pada instansi penanggung jawab Perda KTR yang

ditetapkan dalam perda/perwali atau langsung pada sekretaris daerah. Hasil pemantauan adalah gambaran kepatuhan di tingkat sektoral tergantung dari keajegan pemantauan masing-masing sektor yang mungkin tidak sama.

2. Berbasis wilayah menggunakan daerah kerja administratif puskesmas dan organisasi perangkat desa/kota dengan mengintegrasikan pemantauan pelaksanaan Perda KTR dengan monitoring/supervisi rutin program lain yg berjalan. Jenis program yang dipilih untuk integrasi ditetapkan oleh dinas kesehatan. Kecuali kontinuitas pengumpulan data dan pembinaan, basis wilayah kerja administratif puskesmas memungkinkan pemantauan beberapa jenis sarana Kawasan Tanpa Rokok yang ada di wilayah tersebut sekaligus. Kerjasama dengan berbagai SKPD menjadi lebih difungsikan dalam konteks wilayah binaan. Periode pemantauan ditetapkan oleh dinas kesehatan, hasil pemantauan dilaporkan secara berkala untuk kompilasi di tingkat dinas khususnya untuk mengidentifikasi daerah resiko tinggi pelanggaran

2. Pengawasan

Aspek penegakan hukum dengan menggunakan istilah Pengawasan merupakan salah satu pasal penting dalam setiap Perda KTR. Secara operasional Pengawasan meliputi pemantauan,

penemuan kasus pelanggaran dan penindakan sesuai fase dan jenis sanksinya berupa sanksi administratif ataupun sanksi denda. Landasan hukum pengawasan Perda KTR adalah PERWALI: Teknis pelaksanaan Pengawasan ditetapkan lebih lanjut dengan Peraturan Walikota; SK/SE Walikota: Beberapa daerah mengeluarkan SK/SE Walikota tentang Penetapan Pengawasan Perda KTR. Berlakunya Perda KTR dan Pembentukan Tim Pengawas Perda KTR (TCSC-IAKMI, 2011).

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 menjelaskan mengenai pembinaan dan pengawasan pada Pasal 8 bahwa:

1. Menteri Dalam Negeri melakukan pembinaan dan pengawasan umum dan Menteri Kesehatan melakukan pembinaan dan pengawasan teknis terhadap pelaksanaan KTR.
2. Gubernur melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan KTR di kabupaten/kota.
3. Bupati/walikota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan KTR di desa/kelurahan.
4. Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), bupati/walikota dapat melimpahkan kepada camat.

5. Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dilakukan melalui:
 - a. sosialisasi dan koordinasi;
 - b. pemberian pedoman;
 - c. konsultasi;
 - d. monitoring dan evaluasi; dan/atau
 - e. pemberian penghargaan.

Biaya pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 dibebankan pada anggaran pendapatan dan belanja negara dan anggaran pendapatan dan belanja daerah provinsi, kabupaten/kota. Kewajiban pemerintah bersama-sama dengan organisasi kemasyarakatan adalah melakukan kampanye publik melalui informasi terus menerus, agar masyarakat dan pemuka publik mengerti dan menyadari bahaya asap rokok orang lain, serta mendukung upaya legislasinya.

D. Sanksi Pidana

Menurut UU No 12 Tahun 2011, dalam menentukan lamanya pidana atau banyaknya denda perlu dipertimbangkan mengenai dampak yang ditimbulkan oleh tindak pidana dalam masyarakat serta unsur kesalahan pelaku. Ketentuan pidana ditempatkan dalam bab tersendiri, yaitu bab ketentuan pidana yang letaknya sesudah materi pokok yang diatur atau sebelum bab ketentuan peralihan. Jika bab ketentuan peralihan tidak ada, letaknya adalah sebelum bab ketentuan penutup. Lebih lanjut dikatakan jika di dalam Peraturan Perundang-undangan tidak diadakan pengelompokan bab

per bab, ketentuan pidana ditempatkan dalam pasal yang terletak langsung sebelum pasal-pasal yang berisi ketentuan peralihan. Jika tidak ada pasal yang berisi ketentuan peralihan, ketentuan pidana diletakkan sebelum pasal penutup. Ketentuan pidana hanya dimuat dalam Undang-Undang dan Peraturan Daerah.

Berdasarkan Buku Pedoman Pelatihan, Pengawasan dan penegakan Hukum KTR yang dikeluarkan oleh TCSC IAKMI menyebutkan bahwa Sesuai KUHP, pelanggaran PERDA dikategorikan pada pelanggaran, bukan tindak kejahatan dengan sanksi tindak pidana ringan (tipiring) berupa kurungan paling lama 3 (tiga) bulan atau denda yang bervariasi jumlahnya untuk menimbulkan efek jera. Tindak pidana ringan dengan ancaman kurungan paling lama 3 (tiga) bulan memungkinkan dilaksanakannya sidang tipiring di lokasi di luar pengadilan. Pengenaan besaran denda bervariasi antar daerah, bahkan dapat bervariasi pula antar jenis pelanggaran. Sasaran sanksi pelanggaran bervariasi antar daerah: Penanggung Jawab KTR setempat (pengelola gedung/pimpinan/manajer instansi), perokok langsung atau kombinasi keduanya.

Ketentuan Pidana pada Peraturan daerah KTR mengacu pada UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Pasal 199, menyebutkan:

Setiap orang yang dengan sengaja melanggar Kawasan Tanpa Rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 115 dipidana denda paling banyak Rp 50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah).

E. Ketentuan penutup

Sesuai dengan UU Nomor 12 tahun 2011, Ketentuan Penutup ditempatkan dalam bab terakhir. Ketentuan penutup memuat ketentuan mengenai : Penunjukan organ atau alat perlengkapan yang melaksanakan Peraturan Perundang-undangan, Nama singkat; Status Peraturan Perundang-undangan yang sudah ada; dan Saat mulai berlaku Peraturan Perundang-undangan.

Jika materi dalam Peraturan Perundang-undangan baru menyebabkan perlunya penggantian seluruh atau sebagian materi dalam Peraturan Perundang-undangan lama, di dalam Peraturan Perundang-undangan baru harus secara tegas diatur mengenai pencabutan seluruh atau sebagian Peraturan Perundang-undangan lama.

Rumusan pencabutan diawali dengan frase Pada saat Undang-Undang ini mulai berlaku, kecuali untuk pencabutan yang dilakukan dengan Peraturan Perundang-undangan pencabutan tersendiri. Demi kepastian hukum, pencabutan Peraturan Perundang-undangan hendaknya tidak dirumuskan secara umum tetapi menyebutkan dengan tegas Peraturan Perundang-undangan mana yang dicabut. Untuk mencabut Peraturan Perundang-undangan yang telah diundangkan dan telah mulai berlaku, gunakan frase dicabut dan dinyatakan tidak berlaku. Jika jumlah Peraturan perundang-undangan yang dicabut lebih dari 1 (satu), dapat dipertimbangkan cara penulisan dengan rincian dalam bentuk tabulasi. Pencabutan Peraturan Perundang-undangan harus disertai dengan keterangan mengenai, status hukum dari peraturan pelaksanaan, peraturan lebih rendah, atau keputusan yang

telah dikeluarkan berdasarkan Peraturan Perundang-undangan yang dicabut.

Saat mulai berlaku Peraturan Perundang-undangan, pelaksanaannya tidak boleh ditetapkan lebih awal daripada saat mulai berlaku Peraturan Perundang-undangan yang mendasarinya. Penutup merupakan bagian akhir Peraturan Perundang-undangan dan memuat : Rumusan perintah pengundangan dan penempatan Peraturan Perundang-undangan dalam Lembaran Negara Republik Indonesia, Berita Negara Republik Indonesia, Lembaran Daerah, atau Berita Daerah; Penandatanganan pengesahan atau penetapan Peraturan Perundang-undangan; Pengundangan Peraturan Perundang-undangan; dan akhir bagian penutup.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Kebijakan daerah dalam menetapkan Kawasan Tanpa Rokok bertujuan untuk melindungi mereka yang tidak merokok tetapi terkena paparan asap rokok atau disebut perokok pasif. Komitmen yang kuat dan konsisten dari pemerintah dan masyarakat dalam pengendalian para perokok yang menghasilkan asap rokok yang sangat berbahaya bagi kesehatan perokok aktif maupun perokok pasif, merupakan salah satu solusi untuk dapat menghirup udara bersih tanpa paparan asap rokok atau biasa disebut penetapan Kawasan Tanpa Rokok. Penerapan KTR merupakan wujud Pemerintah Daerah dalam melaksanakan amanah undang – undang dan dalam pelaksanaannya merupakan tanggung jawab seluruh komponen, baik individu, kelompok, masyarakat maupun pemerintah.

6.2 Saran

Peraturan Daerah yang efektif mensyaratkan tanggung jawab untuk mematuhi aturan hukum yang ada di dalamnya baik oleh penanggung jawab KTR setempat maupun oleh perokok. Peraturan ini tidak melarang orang merokok tetapi di mana boleh merokok. Tidak mudah untuk mengubah kebiasaan merokok di sembarang tempat yang dibenarkan selama bertahun-tahun. Merokok di dalam ruangan tertutup sangat membahayakan kesehatan khususnya bagi bukan perokok karena asap yang mengandung ribuan zat beracun akan berputar-putar di ruangan dan menempel di setiap benda yang ada, siap untuk dilepaskan lagi dan diisap oleh bukan perokok. Ventilasi terbukti tidak efektif menghilangkan partikel-partikel beracun di asap

rokok. Karenanya, pada awal pemberlakuan Perda KTR dibutuhkan bantuan untuk menjamin kepatuhan sebelum masyarakat menjadi terbiasa dan perilaku tidak merokok di ruang tertutup menjadi norma sosial. Kepatuhan maksimal dapat diperoleh dengan keseimbangan antara sosialisasi pada setiap lapisan masyarakat termasuk penanggung jawab kawasan dan aparat penegak hukum, adanya kesamaan pemahaman semua pihak tentang definisi dan aturan yang berlaku dan penegakan hukum yang konsisten.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, Wiku. 2008. *Case Study: Analisis Tingkat Keseriusan Pemerintah Provinsi DKI Jakarta dalam Memberlakukan Larangan Merokok di Tempat Umum*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Ayuningtyas, Dumilah. *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2014
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2008). *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Riset Kesehatan Dasar 2010*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Belch, George E. & Michael A. Belch. 2004. *Advertising & Promotion: An Integrated Marketing Communication Perspective*. Boston: McGraw-Hill
- Budiahardjo, Agus. *Ambiguitas Kebijakan Pemerintah dalam Industri Rokok*. Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Jember.
- Departemen Kajian Strategis Badan Eksekutif Mahasiswa Ikatan Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. (2012). *Menyikapi Persoalan Rokok di Indonesia*. Depok: Universitas Indonesia.
- Dunn, William N, *Public Policy Analysis : An Introduction*, New Jersey: Pearson Education, 1981
- Edward III, George C, 1980. *Implementing Public*

- Policy: Washington Congressional Quarterly Inc, 1980.
- Easton, David. *A System Analysis of Political life*. New York:Wiley, 1965, 1980
- Fahry, Muhammad N, Implementasi Kawasan Tanpa Rokok di Sekolah (Studi Kualitatif di SMPN 21 Semarang). *Jurnal Kesmas Undip* No 1, Januari 2013.
- Fiske, John. *Cultural and Communication Studies: Sebuah Pengantar Paling Komprehensif*. Yogyakarta: Jalasutra. 2006
- <http://www.gchd.us/ReportsAndData/ClioModelPlanningProcess/PDF/HealthBehaviorTheoryfromGenCoHlthDpt%20ClioBook.pdf>. Health Behavior Theory. 2013.
- Hurt, Richard D, Achadi Anhari et all. Roadmap to a Tobacco Epidemic : Transnasional Tobacco companies invade Indonesia. Research Paper, 15 June 2011.
- Iain Crinson. (2009). *Health Policy a critical Perspective* SAGE. Publication London
- International Tobacco Control Policy Evaluation Project. (Mei, 2009). *Health Warning; An Essential Tool for Communicating Tobacco Health Risk*.
- Jain, Subhash C. 2000. *Marketing Planning & Strategy 6th Edition*. New Jersey: Prentice Hall
- Janovsky, Katja. *WHO Health policy and System's Development*
- Kent Buse, Nicolas Mays and Gill Walt. (2005). *Making Health Policy*. Open University Press New York
- Khan, Omar & John Canny. 2008. *Using Persuasive Techniques from Social Marketing in*

Technologies to Promote Environmentally Sustainable Behaviors. Diunduh dari situs http://www.cs.berkeley.edu/~omar/pubs/env_persuasive_08_long.pdf. Diakses tanggal 3 Mei 2012.

Kosen, S. (2007). 'Penghitungan Beban Ekonomi Tembakau Berdasarkan Data Penyakit dan Biaya RS 2005'. Dipresentasikan pada KONAS IAKMI 2007. Tidak dipublikasikan.

NN.

<http://www.tempo.co/read/news/2012/05/26/173406251/Jumlah-Perempuan-Perokok-di-Indonesia-Naik-Empat-Kali-Lipat>

NN. *Komoditas Tembakau.* 27 September 2012. <http://ditjenbun.deptan.go.id/.../komoditi%20tanaman%..>

NN. *Konsumsi Rokok dan Prevalensi Merokok.* 12 Oktober 2012. www.ino.searo.who.int/.../Tobacco_Initiative_Bab...

Notoatmodjo, Soekidjo. (2007). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni.* Jakarta: Rineka Cipta.

Nugroho, Riant. (2009). *Public Policy Dinamika Kebijakan-Analisis Kebijakan-Manajemen kebijakan.* Jakarta: PT Gramedia Jakarta

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan.

Pratiwi, Gustyanita. (7 Juni 2012). *Polemik Implementasi Kebijakan Publik dalam Industri Rokok.* 26 September 2012. <http://swa.co.id/business->

strategy/marketing/polemik-
implementasi-kebijakan-publik-
dalam-industri-rokok

- Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal
Kementerian Kesehatan RI. (17
September 2012). *Pemerintah Terus
Berupaya Kendalikan Dampak
Merokok*. 26 September 2012.
[http://depkes.go.id/index.php/compo
nent/content/article/43-
newslider/2051-pemerintah-terus-
berupaya-kendalikan-dampak-
merokok.html](http://depkes.go.id/index.php/component/content/article/43-newslider/2051-pemerintah-terus-berupaya-kendalikan-dampak-merokok.html)
- Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal
Kementerian Kesehatan RI. (11
September 2012). *Kemenkes
Luncurkan Hasil Survey Tembakau*. 26
September 2012.
[http://depkes.go.id/index.php/berita
/press-release/2048-kemenkes-
luncurkan-hasil-survei-tembakau.html](http://depkes.go.id/index.php/berita/press-release/2048-kemenkes-luncurkan-hasil-survei-tembakau.html)
- Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia. (2011). *Pedoman
Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok*.
Jakarta: Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia.
- Rahadian, Dimas. (9 September 2011). *CSR
Perusahaan Rokok Indonesia*. 26
September 2012.
[http://rahadiandimas.staff.uns.ac.id/?
p=755](http://rahadiandimas.staff.uns.ac.id/?p=755)
- Saleh, Rahmayulis & Noviani, Ana. (19 April 2012).
*PP Tembakau Tak Batasi Eksistensi
Pabrik Rokok*. 26 September 2012.
[http://www.bisnis.com/articles/pp-
tembakau-tak-batasi-eksistensi-
pabrik-rokok](http://www.bisnis.com/articles/pp-tembakau-tak-batasi-eksistensi-pabrik-rokok)

- Schiffman, Leon G & Leslie Laxor Kanuk. 2008. *Consumer Behavior, 8th Edition*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Severin, Werner J. & James W. Tankard Jr. 2001. *Teori Komunikasi: Sejarah, Metode dan Terapan di Dalam Media Massa, dialihbahasakan oleh Sugeng Harijanto*. Jakarta: Prenada Media.
- Shimp, Terece A. 2010. *Integrated Marketing Communication in Advertising and Promotion*. South-Western: Cengage Learning
- Solita Sarwono. *Sosiologi Kesehatan, Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta
- Soecipto, Patricia. Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pembentukan Kebijakan Pengendalian Dampak Tembakau terhadap Kesehatan. Tesis Fakultas Kesehatan Masyarakat, Depok, Januari 2012
- Soedibyo, Markus. Peta Jalan Pengendalian Produk Tembakau di Indonesia
- TCSC-IAKMI, *Profil Tembakau Indonesia 2007 Tobacco Control Support Center-IAKMI*. (2012). Fakta Tembakau, Permasalahannya di Indonesia Tahun 2012.
- Undang-Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Undang-Undang No.39 Tahun 2007 tentang Cukai
- WHO. (2005). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Switzerland: WHO Document Production Services.
- Wibowo, Tri. Juni. (2003). *Kajian Ekonomi dan Keuangan, Vol.7, No.2: Potret Industri Rokok di Indonesia*. 26 September 2012.

www.fiskal.depkeu.go.id/.../kajian%5
CTri-2.pdf

- Wibowo, Adik. (2014). *Metodologi Penelitian Praktis Bidang Kesehatan*. Raja Grafindo Persada. Depok
- Winarno, Budi. (2012). *Kebijakan Publik (Teori, Proses, dan Studi Kasus)*. Yogyakarta: CAPS.
- Walt, Gill. *Health Policy: An Introduction to Process and Power, 2nd edition* (1994).
- Walt G & Gilson L (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 9: 353-70.
- Borland, Ron. Et al. (1999). *Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the home in Victoria, Australia*. *Tobacco Control* 1999;8:266-271. Downloaded from <http://tobaccocontrol.bmj.com/> on September 18, 2015 - Published by group.bmj.com
- Berg, J Carla. et al. (2015). *Perceived benefits of smoke-free homes, the process of establishing them, and enforcement challenges in Shanghai, China: a qualitative study*. Berg et al. *BMC Public Health* (2015) 15:89 DOI 10.1186/s12889-015-1428-8
- Merom Dafna and Chris Rissel. (2007). *Factors associated with smoke-free homes in NSW: results from the 1998 NSW Health Survey*. Article first published online: 25 SEP 2007. DOI: 10.1111/j.1467-842X.2001.tb00590.
- Inosentius Syamsul, *Meningkatkan Kinerja Fungsi*

- legislasi DPRD*, Adeksi, Jakarta, 2004, hal.73
- Mardiasmo, *Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah*, Yogyakarta, 2002 hal 219
- Nurjanah, Lily Kresnowati, Abdun Mufid. *Gangguan Fungsi Paru Dan Kadar Cotinine Pada Urin Karyawan Yang Terpapa Asap Rokok Orang Lain*. Jurnal Kesehatan Masyarakat. UNNES. 2014.
- Notoadmojo, S. *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat* Cetakan Kedua. Rineka Cipta, Jakarta . 2003
- Notoatmodjo, S. *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta, Jakarta. 2007
- Notoadmojo, S. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta. 2010
- Office Of Tobacco Control. *Smoke-Free Workplace Legislation Implementation Report*, May 2004, Clane, Co Kildare. 2004
- Octavia Melya dan Widodo Hananto. *Kesadaran Hukum Masyarakat di Stasiun Pasar Turi Surabaya terhadap Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan terbatas Rokok*. UNESA. 2008
- TCSC-IAKMI. Buku 1: *Pedoman, Pengawasan/Penegakan Hukum Perda Kawasan Tanpa Rokok*. Jakarta. 2011.
- TCSC-IAKMI. Seri 3. *Pengalaman Keberhasilan Berbagai Negara*. Jakarta. 2008
- TCSC-IAKMI. *Buku Bunga Rampai- Fakta Tembakau dan Permasalahannya*. Edisi V. Tahun 2014
- Ravara, Sofia B Et.Al. *Compliance And Enforcement Of A Partial Smoking Ban In Lisbon Taxis: An Exploratory Cross-Sectional*

- Study*. BMC Public Health. 2013.
- Radiansya, Dena. *Tanggung Jawab Pelaku Usaha Perhotelan terhadap Konsumen Ditinjau dari Undang – Undanh Nomor 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Studi Kasus di Hotel Santosa Tasikmalaya)*. Fakultas Hukum. Universitan Jendral Soedirman.Purwokerto.2012
- Sulistiadi, Wahyu. *Studi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Kabupaten Kota Indonesia*. Disertasi. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.2014.
- Nurjanah, Lily Kresnowati, Abdun Mufid. *Gangguan Fungsi Paru Dan Kadar Cotinine Pada Urin Karyawan Yang Terpapa Asap Rokok Orang Lain*. Jurnal Kesehatan Masyarakat. UNNES. 2014.
- Notoadmojo, S. *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat* Cetakan Kedua. Rineka Cipta, Jakarta . 2003
- Notoatmodjo, S. *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta, Jakarta. 2007
- Notoadmojo, S. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta.2010
- Office Of Tobacco Control. *Smoke-Free Workplace Legislation Implementation Report*, May 2004, Clane, Co Kildare. 2004
- Octavia Melya dan Widodo Hananto. *Kesadaran Hukum Masyarakat di Stasiun Pasar Turi Surabaya terhadap Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan terbatas Rokok*. UNESA. 2008
- Veruswati, Meita. *Faktor- Faktor Pengelola yang*

berhubungan dengan Kepatuhan Hotel dan Tempat Hiburan terhadap Pelaksanaan Perda KTR di Kota Bogor. Universitas Indonesia. 2015



FAKULTAS
**KESEHATAN
MASYARAKAT**



ISBN 978-623-7768-19-7

