**NASKAH AKADEMIK**

RANCANGAN PERATURAN DAERAH

.................................

TENTANG

**KAWASAN TANPA ROKOK**

# DAFTAR ISI

[DAFTAR ISI 2](#_Toc53750697)

[BAB 1 PENDAHULUAN 3](#_Toc53750698)

[1.1 Latar Belakang 3](#_Toc53750699)

[1.2. Identifikasi Masalah 4](#_Toc53750700)

[1.3 Tujuan dan Kegunaan 6](#_Toc53750701)

[1.4 Metode 7](#_Toc53750702)

[1.5 Ruang Lingkup dan Sistematika Naskah Akademik 8](#_Toc53750703)

[BAB II KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS 9](#_Toc53750704)

[2.1 Kajian Teoretis 9](#_Toc53750705)

[2.2 Kajian Terhadap Asas dan Prinsip 11](#_Toc53750706)

[2.3 Kajian Terhadap Praktik Empirik 13](#_Toc53750707)

[2.4 Pengaturan Kebijakan Pembatasan Perbuatan Merokok Di Negara Lain. (Studi Kasus Negara Filipina Singapura, Malaysia dan Australia) 15](#_Toc53750708)

[2.4.1. Negara Filipina 15](#_Toc53750709)

[2.4.2. Negara Singapura 16](#_Toc53750710)

[2.4.3. Negara Malaysia 17](#_Toc53750711)

[2.4.4. Negara Australia 18](#_Toc53750712)

[2.5. Kajian Terhadap Implikasi Penerapan Perda KTR 18](#_Toc53750713)

[BAB 3 EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT 21](#_Toc53750714)

[BAB 4 LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS DAN YURIDIS 26](#_Toc53750715)

[4. 1 Landasan Filosofis 26](#_Toc53750716)

[4.2 Landasan Sosiologis 28](#_Toc53750717)

[4.3 Landasan Yuridis 29](#_Toc53750718)

[BAB 5 JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN 55](#_Toc53750719)

[5.1 Ketentuan umum 57](#_Toc53750720)

[5.3. Ketentuan sanksi pada Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta tentang Kawasan Tanpa Rokok 66](#_Toc53750721)

[5.4. Ketentuan Peralihan 68](#_Toc53750722)

[5.5. Ketentuan Penutup 68](#_Toc53750723)

[BAB 6 PENUTUP 69](#_Toc53750724)

[6.1 Kesimpulan 69](#_Toc53750725)

[6.2 Saran 70](#_Toc53750726)

[DAFTAR PUSTAKA 71](#_Toc53750727)

[Literatur ilmiah dan Artikel Media 71](#_Toc53750728)

[Peraturan Perundang-Undangan 72](#_Toc53750729)

[LAMPIRAN 1 74](#_Toc53750730)

# BAB 1 PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan Hak Asasi Manusia dan merupakan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945)[[1]](#footnote-1). Kesehatan memiliki andil dalam pembentukan sumber daya manusia, peningkatan ketahanan, daya saing bangsa, dan pembangunan nasional.

Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna mencapai kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk. Hal ini agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Makna kesehatan telah didasarkan pada Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 (UU 36/2009), bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan merupakan tanggung jawab individu dan orang lain. Selain itu, menciptakan lingkungan yang sehat juga merupakan tanggung jawab dan kewajiban bersama antar masyarakat, pihak swasta, dan pemerintah. Sebagai bagian dari tanggung jawab pemerintah untuk menjaga dan menjamin terpenuhinya kesehatan masyarakat, maka segala urusan bersama yang bersifat wajib antara pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota harus selalu diupayakan.

Guna menciptakan kesehatan harus juga memperhatikan berbagai faktor, antara lain faktor lingkungan sosial, fisik serta perilaku kesehatan masyarakat. Ketiga faktor ini merupakan bagian yang penting dalam determinan sosial kesehatan. Salah satu lingkungan fisik yang perlu diperhatikan adalah udara. Udara memiliki fungsi yang sangat penting bagi kehidupan manusia maupun makhluk hidup lainnya, sehingga diperlukan adanya pengendalian terhadap hal-hal yang dapat memengaruhi kualitas udara. Upaya melindungi kualitas udara dapat dilakukan dengan pengendalian terhadap hal-hal yang dapat menyebabkan pencemaran udara serta pengendalian terhadap aktivitas yang dapat mempengaruhi kualitas udara. Adapun salah satu penyebab pencemaran udara berasal dari polutan asap rokok.

Pencemaran udara dari polutan asap rokok tersebut berbahaya bagi perokok. Asap rokok juga berbahaya bagi orang lain di sekitar perokok. Asap rokok orang lain (AROL) mengandung lebih dari 7.000 jenis senyawa kimia yang 400 diantaranya merupakan zat beracun (berbahaya) dan 69 jenis tergolong zat penyebab kanker (karsinogenik) (United States Surgeon General, 2014)[[2]](#footnote-2). Selain menyebabkan 240.618 kematian pada perokok, aktivitas merokok juga merugikan orang-orang di sekitarnya (Ahsan et al., 2015). Dampak kesehatan AROL antara lain menjadi faktor risiko penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker paru dan kanker payudara serta berbagai gangguan saluran pernafasan (International Agency for Research on Cancer, 2004). Saat ini di Indonesia secara nasional 80.6% perokok masih merokok di dalam gedung/ruangan yang menyebabkan 75.5% orang terpapar asap rokok di dalam ruangan tertutup[[3]](#footnote-3) (Balitbangkes, 2019). Oleh karena itu perlu upaya yang lebih serius untuk menanggulangi permasalahan rokok dan melindungi orang sekitarnya dari bahaya asap rokok orang lain.

Melihat data diatas, dampak asap rokok bagi orang lain menjadi satu penyebab menurunnya kualitas kesehatan dan kualitas hidup manusia. Oleh karena itu sangat penting adanya peraturan daerah yang dapat mengendalikan konsumsi dan memberikan perlindungan terhadap bahaya konsumsi rokok dan asap rokok bagi masyarakat yang bukan perokok, terutama bayi, balita, perempuan hamil dan orang-orang yang rentan terhadap paparan asap rokok orang lain. Pengendalian ini berupa pengendalian terhadap perilaku merokok dan konsumsi tembakau yang diwujudkan dengan pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Pemberlakuan atau rencana pemberlakuan KTR pun mulai banyak dilakukan oleh pemerintah daerah di Indonesia, termasuk oleh Provinsi DKI Jakarta. Namun demikian, pemberlakuan KTR memerlukan payung hukum yang kuat yang didukung oleh naskah akademik dalam mewujudkan peraturan daerah mengenai KTR.

## 1.2. Identifikasi Masalah

Perilaku merokok di Indonesia dan di Provinsi DKI Jakarta khususnya sudah sangat mengkhawatirkan. Dengan jumlah penduduk mencapai 10 juta jiwa, proporsi merokok pada penduduk umur 10 tahun ke atas di Provinsi DKI Jakarta berdasarkan Riskesdas 2018 adalah 28,3 persen dengan rata-rata jumlah rokok yang dihisap per hari mencapai 12,7 batang. Pada tingkat nasional, proporsi merokok pada penduduk umur 10 tahun ke atas adalah 28,9 persen dengan rata-rata jumlah rokok yang dihisap per hari mencapai 12,8 batang. Sedangkan prevalensi merokok pada penduduk umur 10-18 tahun di Indonesia meningkat dari 7,2 persen di tahun 2013 menjadi 9,1 persen di tahun 2018[[4]](#footnote-5).

Pdalam gedung/ ke atas 58,99 persenProporsi frekuensi berada di dekat orang yang merokok di dalam ruangan tertutup pada penduduk umur 10 tahun ke atas di DKI Jakarta adalah 71,6 persen. [[5]](#footnote-7) Pada tingkat nasional, sebanyak 80,6 persen penduduk umur > 10 tahun merokok dalam gedung/ruangan dan sebanyak 75,5 persen penduduk umur > 10 tahun terpapar asap rokok orang lain Ketika sedang berada dalam ruangan tertutup.[[6]](#footnote-8)

Menurut Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Maret 2019, perevalensi perokok DKI Jakarta mencapai 26 persen pada penduduk umur 15 tahun ke atas dengan rata-rata konsumdi 10.3 batang rokok per hari. Jakarta Barat merupakan kota dengan jumlah perokok terbanyak, yakni 29,1 persen dengan rata-rata 73 batang rokok dihabiskan tiap minggunya atau 10,4 batang per hari. Rokok menjadi komoditas dengan pengeluaran terbesar kedua setelah beras di DKI Jakarta[[7]](#footnote-10).

Anak dan remaja menjadikan orang tua atau orang yang lebih tua sebagai panutan dalam perilaku sehari-hari, termasuk kebiasaan merokok. Perilaku merokok orang tua atau tokoh idola menjadi salah satu faktor penyebab anak-anak untuk mulai merokok.[[8]](#footnote-11) Sebanyak 51,5 persen penduduk DKI Jakarta pertama kali merokok ketika mereka berusia 15-19 tahun. Sebanyak 25,6 persen pertama kali merkok pada saat berusia 10-14 tahun dan 2,3 persen ketika masih berusia 5-9 tahun[[9]](#footnote-12).

Selain berdampak pada status kesehatan masyarakat, perilaku merokok penduduk DKI Jakarta juga berkontribusi terhadap capaian beberapa indikator kesehatan di DKI Jakarta, seperti cakupan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan Gerakan Masyarakat Sehat (GERMAS). Oleh karena itu peran Pemda menjadi sangat penting dalam melindungi kesehatan masyarakatnya. Peran Pemda untuk melindungi warganya dari dampak paparan asap rokok diamanatkan oleh UU 36/2009 dan PP 109/2012 yang mengharuskan Pemda menyusun Perda KTR.

DKI Jakarta telah memiliki Peraturan Daerah (Perda) No. 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara. Pasal 13 ayat (1), menyebutkan “Tempat umum, sarana kesehatan, tempat kerja dan tempat yang secara spesifik sebagai tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah dan angkutan umum dinyatakan sebagai kawasan dilarang merokok”[[10]](#footnote-13). Sebagai pengaturan lebih lanjut dari Pasal 13 tersebut, DKI Jakarta telah menerbitkan 3(tiga) Peraturan Gubernur yaitu Peraturan Gubernur Nomor 75 Tahun 2005 Tentang Kawasan Dilarang Merokok, Peraturan Gubernur Nomor 88 Tahun 2010 Tentang Perubahan Peraturan Gubernur Nomor 75 Tahun2005 Tentang Kawasan Dilarang Merokok dan Peraturan Gubernur No 50 Tahun 2012 Tentang Pedoman Pelaksanaan, Pembinaan, Pengawasan dan Penegakan Hukum Kawasan Dilarang Merokok. Namun semua peraturan tersebut belum mengacu pada UU Kesehatan dan PP No 109/2012 yang menggunakan terminologi Kawasan Tanpa Rokok (KTR), di mana definisi KTR adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan Produk Tembakau.

Dalam kaitannya dengan penjelasan di atas, masalah yang perlu diidentifikasi adalah :

1. Bagaimana problematika KTR berkaitan dengan materi yang akan diatur di Provinsi DKI Jakarta?
2. Bagaimana muatan materi KTR yang dibutuhkan sesuai dengan norma nasional dan kondisi lokal?
3. Bagaimana penegakan aturan KTR dapat diwujudkan di Provinsi DKI Jakarta?
4. Bagaimana harmonisasi dan sinkronisasi Perda KTR dengan Perda lainnya di Provinsi DKI Jakarta?

## 1.3 Tujuan dan Kegunaan

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

Disamping itu, nasakah akademik ini juga memberikan gambaran jelas mengapa aturan mengenai KTR harus terpisah dari Perda No. 2/2005 tentang pengendalian pencemaran udara. Perda KTR antara lain berisi subtansi dari penerapan total KTR, serta penerapan sanksi hukum dan sosial bagi pelanggar dan koordinasi antara pemerintah dan warga masyarakat untuk mengawal implementasi Perda KTR.

Kegunaan dari Naskah akademik ini adalah :

1. Memberikan pemahaman kepada Pemerintah Daerah, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD), dan masyarakat di Jakarta mengenai urgensi, konsep dasar dan konsep hirarki penegakan Kawasan Tanpa Rokok, yang wajib diacu dan diakomodasi dalam bentuk Peraturan Daerah yang akan mendukung terciptanya Jakarta 100% tanpa asap rokok.
2. Memberikan pemahaman kepada Pemerintah Daerah, DPRD dan masyarakat di Jakarta mengenai urgensi penyusunan peraturan daerah baru yang mendukung penegakan Kawasan Tanpa Rokok dan Jakarta 100% tanpa asap rokok.
3. Mempermudah perumusan asas-asas dan tujuan serta pasal-pasal yang akan diatur dalam peraturan daerah yang baru tentang Kawasan Tanpa Rokok. Secara khusus, tujuan dan kegunaan kegiatan penyusunan Naskah Akademik ini adalah untuk:
4. Menjelaskan dan merumuskan bahwa merokok merupakan suatu kegiatan yang membahayakan kesehatan individu dan berdampak pada kesehatan lingkungan di Provinsi DKI Jakarta, sehingga harus diatur secara tegas dalam suatu Peraturan Daerah.
5. Merumuskan bahwa Peraturan Daerah terkait penetapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dapat meningkatkan kualitas kesehatan individu dan lingkungan yang bersih dan sehat di Provinsi DKI Jakarta.
6. Merumuskan pertimbangan atau landasan filosofis, sosiologis, yuridis dalam pembentukan Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Provinsi DKI Jakarta.
7. Merumuskan sasaran, ruang lingkup pengaturan, jangkauan, dan arah pengaturan yang tertuang pada Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Provinsi DKI Jakarta agar tujuan untuk meningkatkan kualitas kesehatan dan lingkungan di Provinsi DKI Jakarta tercapai.

## 1.4 Metode

Metode yang digunakan dalam penyusunan naskah akademik ini adalah studi pustaka berupa telaah dokumen peraturan perundangan, hasil studi**,** hasil survei dan dokumen lainnya yang relevan. Selain itu dilakukan juga diskusi kelompok terpumpun (*focus group discussion*/FGD) untuk mendapatkan pandangan dari para ahli dari berbagai bidang terutama untuk mendapatkan pengayaan materi muatan.

## 1.5 Ruang Lingkup dan Sistematika Naskah Akademik

Sesuai dengan UU No.12/2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan, naskah akademik ini disusun dengan sistematika sebagai berikut :

**Bab I Pendahuluan**:

Menggambarkan tentang latar belakang penyusunan naskah akademik. Dalam bab ini juga dipaparkan mengenai tujuan dari naskah akademik ini serta metodologi yang digunakan untuk mengembangkan naskah akademik ini.

**Bab II Kajian Teoretis dan Praktik Empiris**:

Memaparkan tentang pentingnya mengatur kawasan tanpa rokok di Provinsi DKI Jakarta.

**Bab III** **Evaluasi dan Analisis Peraturan Perundangan** **Terkait.**

Bab ini menjelaskan hubungan Perda yang diusulkan dengan peraturan perundang-undangan di atasnya.

**Bab IV Landasan Filosopis, Sosiologis dan Yuridis.**

**Bab V Jangkauan, Arah Pengaturan, dan Ruang Lingkup Materi Muatan Substansi** :

Memaparkan tentang pokok dan lingkup materi apa yang ada dan harus ada dalam Perda KTR. Termasuk di dalamnya adalah bahan-bahan pertimbangan dan pengingat di latar belakang, ringkasan dari ketentuan-ketentuan umum.

# BAB II KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

## 2.1 Kajian Teoretis

Rokok adalah sebuah produk hasil olahan tembakau berbentuk silinder dari kertas berukuran panjang antara 70 sampai 120 mm dengan diameter sekitar 10 mm yang berisi daun-daun yang telah dicacah yang dihasilkan dari tanaman *nicotiana tabacum, nicotianarustica* dan spesies lain atau sintesisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan. Rokok merupakan salah satu zat adiktif yang dapat membahayakan kesehatan individu maupun masyarakat, mengandung berbagai bahan kimia diantaranya yang terpenting adalah tar yang bersifat karsinogenik, nikotin yang bersifat adiktif, benzopyrin, metal-kloride, aseton, ammonia, dan karbon monoksida[[11]](#footnote-14).

Nikotin adalah senyawa pirrolidin, suatu zat kimia organik kelompok alkaloid yang dihasilkan secara alami oleh tumbuhan terutama suku terung-terungan (*Solanaceae*), termasuk diantaranya pada tomat, terong ungu, kentang dan lada hijau namun dengan kadar rendah. Namun, nikotin yang terkandung dalam rokok merupakan zat adiktif kuat. Dalam tempo 5-10 detik setelah rokok dihisap, nikotin mampu melepaskan hormon dopamine di dalam otak yang memberikan rasa nikmat yang menagih. Untuk memenuhi ketagihannya, tubuh membutuhkan dosis nikotin yang terus meningkat. Selain sifat adiktif, nikotin bekerja mempengaruhi pembuluh darah. Dalam darah, nikotin beredar ke seluruh tubuh dalam waktu 15 – 20 menit dari isapan terakhir, merangsang pelepasan katekolamin yang dapat meningkatkan denyut jantung. Nikotin memiliki daya karsinogenk terbatas yang menjadi penghambat kemampuan tubuh untuk melawan sel-sel kanker, namun tidak menyebabkan perkembangan sel-sel sehat menjadi sel-sel kanker[[12]](#footnote-15).

Efek candu nikotin pada rokok membuat Indonesia menjadi salah satu negara dengan jumlah perokok tertinggi di dunia. Buku Atlas Tembakau mencatat prevalensi perokok penduduk usia 10 tahun ke atas di Indonesia pada tahun 2013 adalah 29,3 persen. Berdasarkan prevalensi tersebut dan estimasi jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2015, maka terdapat sejumlah 53,7 juta orang di Indonesia adalah perokok aktif. Kondisi tersebut menempatkan Indonesia menjadi peringkat ketiga dunia setelah China dan India sebagai negara dengan jumlah perokok aktif tertinggi di dunia.[[13]](#footnote-17)

Akibat hal tersebut, perokok memiliki risiko untuk mengalami penurunan kualitas kesehatan yang tinggi karena rokok menjadi faktor risiko terbesar terjadinya berbagai gangguan Kesehatan pada pengguna jangka Panjang, seperti 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, tuberkulosis paru, asma, radang paru, dan penyakit saluran nafas lainnya)[[14]](#footnote-18).

Asap rokok orang lain (AROL) juga terbukti sangat merugikan orang-orang di sekitarnya. Dampak kesehatan AROL antara lain menjadi faktor risiko penyebab penyakit jantung dan pembuluh darah, resiko kanker paru dan kanker payudara serta berbagai gangguan saluran pernafasan (International Agency for Research on Cancer, 2004). Dalam pengamatannya selama 50 tahun, *US Surgeon General Report*  tahun 2014 memberikan bukti hubungan antara merokok dengan penyakit di hampir seluruh organ tubuh, termasuk membahayakan janin dalam kandungan. Studi juga menghasilkan temuan penyakit baru terkait merokok, yaitu diabetesmelitus, rematoid artristis, kanker usus besar[[15]](#footnote-19).

Terkait dengan model meniru atau mencontoh adalah cara anak- anak belajar. Anak akan melihat pada tokoh yang jadi panutan seperti orang tua, guru, paman, kakak atau idola. Lingkungan keluarga dan masyarakat yang masih permisif terhadap perilaku merokok di sembarang tempat menjadi contoh nyata bagi anak-anak untuk mulai merokok. Anak melihat panutan yang merokok sebagai simbol dari kebebasan dan keberanian untuk berpetualang. Penelitian Huda (2018) menyebutkan lingkungan dan keluarga sebagai faktor pengaruh kedua terbesar (43.6%) setelah iklan dan rasa ingin tahu[[16]](#footnote-20). Sehingga perlu ada Kawasan Tanpa Rokok untuk meminimalisir role model yang merokok bagi anak-anak.

Lingkungan sangat mendukung anak dan remaja untuk membeli rokok karena rokok bisa dibeli di mana pun dengan harga yang terjangkau kantong mereka. *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS) tahun 2019 menunjukkan 71,3% remaja membeli rokok dengan cara eceran dengan variasi harga rokok batangan mulai dari Rp. 1.000-1.500/batang hingga Rp. 2.000-2.500/batang. Sebesar 76,6% remaja membeli rokok di toko, warung, penjual di jalanan dan kios. Sekitar 60% remaja mengaku tidak pernah dicegah untuk membeli rokok karena usianya.[[17]](#footnote-21)

Pencantuman harga rokok yang murah dan terjangkau merangsang masyarakat untuk membeli. Ditemukan bentuk bentuk promosi yang mencantumkan harga rokok per batang (78,9%), mencantumkan 8 harga per bungkus (18,5%) dan sisanya mencantumkan harga perbatang dan per bungkus secara bersama[[18]](#footnote-22). Cara promosi yang atraktif merangsang anak-anak untuk mengukur uang jajannya untuk membeli rokok. Bentuk promosi lain adalah dengan memajang rokok secara khusus atau pada bagian tertentu di toko/ warung/ minimarket, yang di letakkan di dekat makanan kecil yang sering dibeli oleh anak sekolah. Pajangan rokok semacam ini ditemukan pada 69% area sekitar di sekolah dari 90 sekolah di 5 kota[[19]](#footnote-23).

## 2.2 Kajian Terhadap Asas dan Prinsip

Sesuai dengan UU 12/2012 Pasal 5 tentang pembentukkan peraturan perundang-undangan yang baik, maka suatu peraturan harus bisa memberikan kejelasan tujuan, plembagaan pembentuk yang tepat, kesesuaian antara jenis, hirarki dan materi muatan, dapat dilaksanakan, memiliki kedayagunaan dan kehasilgunaan, kejelasan rumusan dan keterbukaan. Untuk memenuhi hal tersebut, maka dijelaskan dalam naskah akademis ini terkait dengan hal-hal yang diperlukan. Permasalahan utama dalam perilaku merokok adalah bahwa kita menghisap udara atmosfir yang sama.

Asas kepentingan kualitas kesehatan manusia adalah adalah asas yang mengarahkan agar penyelenggaraan kawasan tanpa rokok ditujukan untuk kepentingan menjaga kualitas kesehatan manusia secara keseluruhan, baik perokok aktif maupun perokok pasif dan masyarakat pada umumnya. Oleh karenanya, RaPerda KTR didasarkan pada perlindungan dan penghormatan hak asasi manusia serta harkat dan martabat setiap warga negara dan penduduk Indonesia (asas perikemanusiaan) secara proporsional. Kegiatan membahayakan orang lain dan mengancam kelangsungan hidup suatu bangsa yang dilakukan dengan sengaja adalah bertentangan dengankemanusiaan.

Polutan rokok menyebabkan ruangan atau tempat publik yang dipakai para perokok menjadi gangguan bagi pihak lainnya. Secara fisik ruangan dan lingkungan menjadi tidak nyaman, berasap dan berbau. Secara kesehatan jelas mengancam kesehatan orang sehat, apalagi yang menderita sakit. Pada dasarnya, aktifitas merokok mengganggu ketertiban. Perilaku merokok dimana saja menimbulkan gangguan pada ketertiban. Pihak yang dirugikan membutuhkan kenyamanan yang dilindungi oleh hukum. Dibutuhkan suatu kepastian hukum bahwa ruang publik maupun ruang *privat* yang dipakai oleh dua pihak yang berbeda kepentingan, menjadi nyaman dan tertib.

Perilaku merokok yang dilakukan sebagian warga tak dapat ditolak oleh warga lainnya karena ketidakberdayaan dan ketidakmampuan secara hukum untuk mendapatkan haknya. Oleh karena itu raPerda yang disusun harus memperhatikan asas perlindungan. Warga tidak perokok dan kaum rentan seperti bayi, balita, anak, remaja dan perempuan hamil membutuhkan perlindungan dan kepastian hukum dalam mendapatkan hak-haknya seperti dimaksudkan UUD 1945.

Asap rokok tidak memberikan manfaat bagi tubuh manusia. Perilaku merokok lebih banyak didorong oleh sifat adiktif dari zat yang ada di dalam rokok. Bahkan ketika dalam kandungan, bayi pun sudah terpapar oleh asap perokok aktif yang merokok di dalam rumah atau di tempat publik. RaPerda KTR bermanfaat untuk mencegah bayi, anak, remaja untuk terinisiasi merokok, terpapar zat membahayakan dari asap rokok; mencegah perokok pasif dari akibat bahaya asap rokok; mengurangi kebiasaan merokok dari perokok aktif. Pada akhirnya harapannya adalah dapat mencegah terjadinya penyakit yang menurunkan produktivitas serta menyebabkan kerugian ekonomi yang sangat besar. Berdasar hasil penelitian, triliyunan Rupiah telah dipakai untuk mengkonsumsi danmengatasi gangguan dan penyakit akibat rokok, puluhan kali lipat dari keuntungan cukai rokok yang diperolehnegara.

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam rangka pencegahan penyakit akibat perilaku merokok sangat terfragmentasi*.* Untuk itu, perlu dilakukan suatu upaya komprehensif meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pengendalian perilaku merokok bukan saja masalah *private goods*. Namun, merupakan masalah *public goods,* dimana pemerintah harus secara aktif melakukan berbagai upaya promotif, preventif dan rehabilitatif terhadap kecanduan dan akibat yang ditimbulkannya. Peraturan yang hanya mengatur para perokok (*demands)* saja tidak cukup efektif, pemerintah juga harus mengatur dari aspek *supplies.* Dengan demikian, pengaturan yang dibentuk harus meliputiproduksi, distribusi, pemasaran dan konsumsi rokok, agar tidak terjadi ketimpangan. Kawasan yang dibangun tidak saja mengatur tempat dimana dilarang merokok, tetapi juga termasuk di dalamnya dilarang memasarkan (menjual dan promosi) rokok dalam bentuk apapun. Pemasaran dan penjualan rokok dimana saja dapat menginisiasi dan mendorong anak, remaja maupun dewasa untuk merokok.

Perilaku merokok dan dampak buruk merokok terjadi pada berbagai kelompok. Oleh karena itu pengaturan seyogyanya berlaku untuk semua golongan baik tingkat sosial, ekonomi, ras, pendidikan, kedudukan sosial, hukum, politik dan gender. Pembiaran kegiatan kelompok merokok yang mengganggu kelompok bukan perokok merupakan bentuk diskriminasi terhadap kelompok bukan perokok. Sehingga diperlukan asas keadilan. Asas keadilan adalah yang menetapkan bahwa pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dilakukan harus mencerminkan keadilan secara proporsional bagi setiap warga negara, baik lintas generasi maupun lintas gender

Terkait dengan asas akuntabilitas adalah adalah asas yang menentukan bahwa setiap kegiatan dan hasil akhir penyelenggaraan Kawasan Tanpa Rokok harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dengan demikian penjelasan diatas maka asas-asas yang digunakan dalam naskah akademik dan rancangan peraturan daerah yang diajukan adalah:

1. Keadilan
2. Perikemanusiaan
3. Pengayoman
4. Ketertiban dan kepastian hukum
5. Perlindungan kelestarian dan keberlangsungan ekologi
6. Manfaat
7. Komprehensif
8. Non-diskriminasi
9. Akuntabilitas

## 2.3 Kajian Terhadap Praktik Empirik

(Studi Kasus Kondisi Implementasi Kawasan Tanpa Rokok dan Urgensinya)

Proporsi merokok penduduk usia >= 10 thn, menurut Kota/Kabupaten di Provinsi DKI Jakarta berdasarkan Riskesdas 2018 adalah28.28% .

Tabel 2.2 Data Riskesdas DKI Jakarta 2018

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kota/Kabupaten** | **Perokok Setiap Hari (%, 95% CI)** | **Perokok kadang-kadang (%, 95% CI)** |
| Kepulauan Seribu  Jakarta Selatan  Jakarta Timur  Jakarta Pusat  Jakarta Barat  Jakarta Utara | 28,23 (25,08 - 31,61)  22,68 (21,02 – 24,43)  23,04 (21,55 - 24,60)  21,49 (19,08 – 24,11)  23,62 (21,85 – 25,48)  22,53 (20,60 – 24,58) | 2,99 (1,89 - 4,69)  4,98 (3,98 – 6,22)  5,98 (5,07 – 7,04)  4,96 (3,71-- 6,61)  5,07 (4,19 – 6,12)  5,69 (4,76 – 6,80) |
| **Propinsi DKI Jakarta** | **22,89 (22,07 – 23,72)** | **5,39 (4,93 – 5,90)** |

Dari survei Riskesdas juga terungkap bahwa prevalensi perokok terbanyak di Jakarta Barat (29,1 %) dengan konsumsi rata-rata 10,4 batang per hari dan di Kepulauan Seribu (28,8 %) dengan konsumsi rata-rata 12,9 batang per hari. Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Maret 2019 mengungkapkan bahwa DKI Jakarta memiliki perokok aktif usia >15 tahun sebesar 26 % dengan jumlah konsumsi 10,3 batang rokok per hari (72 batang per minggu). Pengeluaran rumah tangga untuk rokok sebesar Rp. 79,226 per bulan menjadikan rokok sebagai komoditas terbesar kedua setelah pengeluaran untuk beras yang menyumbang kemiskinan di DKI Jakarta Prosentase pengeluaran rumah tangga untuk konsumsi rokok berdasarkan status sosail ekonomi masyarakat di DKI Jakarta adalah sebagai berikut:

* + 20 % masyarakat atas : 20,8 %
  + 40 % masyarakat tengah : 27,9 %
  + 40 % masyarakat bawah : 27,1 %

Pemprov DKI Jakarta memiliki potensi memperoleh keuntungan dari pemberlakuan kawasan tanpa rokok di wilayahnya, baik secara langsung dan tidak langsung sebagai akibat berkurangnya dampak negatif terhadap kesehatan masyarakat di DKI Jakarta. Studi kepatuhan pelaksanaan KTR dalam ruang di DKI Jakarta pada tahun 2020 mengindikasikan implementasi dan penegakan yang tidak optimal. Hal ini di karenakan komitmen pengelola KTR, kepatuhan pengunjung dan penegakan yang dilakukan oleh pemerintah kota masih rendah[[20]](#footnote-24). Survei teresebut merekomndasikan adanya peraturan daerah tentang KTR yang memuat sanksi secara tegas, jelas dan progresif[[21]](#footnote-25).

## 2.4 Pengaturan Kebijakan Pembatasan Perbuatan Merokok Di Negara Lain. (Studi Kasus Negara Filipina Singapura, Malaysia dan Australia)

Sebagai Ibukota negara, DKI Jakarta harus mengacu pada praktik-praktik terbaik dari negara-negara internasional. Berikut adalah beberapa contoh praktik yang ada.

### 2.4.1. Negara Filipina

Kota Davao adalah unit pemerintah daerah pertama yang diberlakukan Undang- undang Anti-Rokok Komprehensif pada tahun 2002. kebijakan bebas rokok diperkuat lebih lanjut oleh berlakunya Ordonansi Kota 0367-12 tahun 2013. Itu menetapkan bahwa merokok setiap Produk Tembakau dan vaping perangkat elektronik apa pun dilarang keras di semua tempat tertutup dan tempat umum luar ruangan. Kota Davao dianugerahi sebagai Metropolitan 100% Bebas Rokok pertama Kota di kawasan ASEAN pada 2013 menurut SEATCA[[22]](#footnote-26).

Kota Maasin, Leyte Selatan dari kota bebas rokok menjadi mempromosikan 100% kota bebas tembakau. Peraturan Kota No. 2017-085 yang mengatur penggunaan, penjualan dan pendistribusian hasil tembakau di kota Maasin itu melarang (1) merokok di semua tempat umum, ruang terbuka umum, alat angkut atau tempat kerja (2) penjualan atau pendistribusian hasil tembakau secara eceran atau grosir dalam jarak 100 meter dari titik mana pun dari sekeliling sekolah, perguruan tinggi, taman bermain umum, pusat penitipan anak, rumah sakit, medis klinik, klinik gigi, klinik optik, puskesmas, panti jompo, maternities, panti jompo, apotik, laboratorium, atau fasilitas apapun dan bangunan yang sering dikunjungi oleh anak di bawah umur dan warga lanjut usia; (3) tidak ada penjualan atau distribusi produk tembakau kepada anak di bawah umur, atau siapa pun, di bawah 18 tahun tua, serta membeli atau membeli rokok atau produk tembakau dari anak di bawah umur; (4) melarang iklan tembakau di luar ruangan atau di dalam ruangan termasuk tetapi tidak terbatas pada baliho, pita, poster, selebaran, cetakan atau siaran menggunakan media apapun. Selain Kota Davao, terdapat juga Kota Balanga, Bataan. Kota tersebut telah menerapkan 100% bebas rokok di mana merokok tidak diperbolehkan di semua tempat tertutup dan tempat umum. Menariknya di Balanga, turut melarangan beberapa kegiatan seperti penjualan, distribusi, periklanan dan promosi produk tembakau dan / atau nikotin elektronik sistem pengiriman. Selain itu, untuk area Kota Universitas yang dideklarasikan dan dalam radius TIGA (3) kilometer dari kota universitas areal dilarang sebagaimana diatur dalam Ordonansi Nomor 09 S 2016.

### 2.4.2. Negara Singapura

Sebagai Negara yang telah melakukan ratifikasi FCTC, Singapura membentuk regulasi dalam *Act Of Smoke Free.*[[23]](#footnote-27) Di dalam regulasi tersebut, Badan Lingkungan Nasional atau National Environment Agency(NEA) berwenang menetapkan tempat dan kendaraan umum sebagai kawasan bebas asap.[[24]](#footnote-28) Selain itu, NEA mengeluarkan pemberitahuan larangan merokok di tempat-tempat tertentu yang mengidentifikasi tempat-tempat umum dan transportasi yang bebas asap rokok serta menetapkan tugas, kekuatan penegakan hukum, dan hukuman.[[25]](#footnote-29) Dalam pengaturan yang dibentuk NEA, merokok di kawasan publik diartikan dengan menghirup atau mengeluarkan asap tembakau atau zat lainnya, termasuk memegang rokok yang menyala atau yang mengeluarkan asap atau bentuk lain dari produksi tembakau.[[26]](#footnote-30)

Selain itu, Pemerintah Singapura sendiri sengaja menggunakan sanksi pidana dalam penerapan kebijakannya. Penggunaan pidana tersebut didasari oleh negara yang secara tegas ingin meningkatkan dan menjaga taraf kesehatan masyarakatnya serta menekan angka penggunaan rokok di kalangan remaja.[[27]](#footnote-31) Sanksi yang digunakan pemerintah Singapura adalah denda $200 ketika pelaku tertangkap tangan merokok di kawasan terbatas.[[28]](#footnote-32) Namun, jika pelaku terkena tuduhan merokok di kawasan publik dan diadili dalam pengadilan maka hukuman dapat mencapai $1000[[29]](#footnote-33).

Menariknya, jika seorang anak kecil yang dilaporkan tertangkap tangan merokok di dalam kawasan atau di luar kawasan publik, maka orang tua dari anak tersebut akan dikenai hukuman denda dengan besaran $300. Di samping itu, Pemerintah Singapura juga menerapkan hukuman pengganti, dimana jika pelaku tidak dapat membayar denda, maka akan diganti dengan dipenjara dalam jangka waktu tidak melebihi 1 bulan[[30]](#footnote-34).

### 2.4.3. Negara Malaysia

Penerapan dalam area kendali ketat tanpa rokok juga dilakukan oleh Negara Malaysia yang dimuat dalam “Warta Kerajaan tentang Peraturan tentang Kawalan Hasil Tembakau” yang dibentuk selaras dengan isi FCTC[[31]](#footnote-35). Pengawasan atas ruang kendali ketat ini dimuat dalam Warta Kerajaan, yang tidak memperbolehkan adanya kegiatan merokok sama sekali.[[32]](#footnote-36) Larangan ini berlaku pada kawasan kendali ketat yang sama sekali tidak memperbolehkan adanya kegiatan merokok di wilayah/kawasan publik termasuk angkutan umum.[[33]](#footnote-37) Selain itu, pemerintah Malaysia juga memperbolehkan yurisdiksi sub-nasional memberlakukan undang-undang bebas asap yang lebih ketat daripada hukum nasional[[34]](#footnote-38).

Sebagai sebuah undang-undang atas ruang kendali ketat merokok, perbuatan merokok dalam kawasan kendali ketat didefinisikan menjadi "menghirup dan mengeluarkan asap atau uap produk tembakau apa pun dan termasuk memiliki atau mengendalikan produk tembakau yang dipicu, dipanaskan atau diuapkan[[35]](#footnote-39).

Penerapan hukuman atas pelanggaran merokok di area kendali ketat tersebut diatur dengan menggunakan sanksi pidana[[36]](#footnote-40). Penggunaan sanksi pidana ini juga dijadikan bentuk hukuman secara lebih represif kepada tindakan yang merusak kesehatan[[37]](#footnote-41). Selain itu, hukuman tersebut diatur dalam Pasal 11 Ayat (3) dimana mereka yang teridentifikasi merokok di area terlarang akan didenda hingga RM10.000 atau menghadapi hukuman penjara yang tidak lebih dari dua tahun[[38]](#footnote-42). Di samping itu, anak kecil yang merokok atau ditemukan memiliki merokok juga akan didenda tidak lebih dari RM 1000[[39]](#footnote-43).

### 2.4.4. Negara Australia

Dalam upaya melakukan pengendalian tembakau dan dampaknya, Australia memiliki strategi yang lebih maju dibanding dengan dua negara di atas, meskipun sama-sama menggunakan hukum pidana sebagai upaya pertanggungjawabannya. Tujuan Australia melakukan pengendalian, adalah adanya kepentingan negara untuk menekan jumlah perokok dan penyebaran bahaya kepada perokok pasif[[40]](#footnote-44).

Penerapan kawasan tanpa rokok diatur dalam beberapa kawasan publik termasuk di hampir semua tempat kerja di dalam ruangan, tempat umum di dalam ruangan, dan di transportasi umum, serta di beberapa tempat di luar ruangan, yang dibentuk melalui kombinasi hukum nasional dan daerah.[[41]](#footnote-45)

Untuk pemberian sanksi atas perbuatan merokok dalam kawasan tanpa rokok, pelaku dapat dikenakan denda $ 110.[[42]](#footnote-46) Lain halnya dengan pelaku yang merokok dan terus merokok setelah diminta untuk berhenti, maka akan dikenai denda $ 440 yang dikeluarkan oleh petugas berwenang[[43]](#footnote-47).

Salah satu contohnya adalah negara bagian New South Wales yang mengatur perbuatan merokok di negara bagian ini dengan memberikan denda sebesar $ 300 kepada orang-orang yang melanggar larangan merokok[[44]](#footnote-48). Kendali ketat dalam upaya pembentukan kawasan publik yang bebas asap rokok ini merupakan turunan dari *Federal Law Regulation on Smoking Free*[[45]](#footnote-49).

## 2.5. Kajian Terhadap Implikasi Penerapan Perda KTR

Dalam melakukan penegakkan Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 50 Tahun 2012 tentang Pedoman, Pelaksanaan, Pembinaan, Pengawasan dan Penegakkan Hukum pada Kawasan Dilarang Merokok(KDM) dan menindak-lanjuti surat dari Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Smoke Free Jakarta Nomor 1/VII/SFJ/2016 tanggal 26 Juli 2016 perihal Inspeksi Mendadak Penegakkan Hukum KDM. Peneggakan dilakukan pada 10 mall yang diberada di Jakarta Pusat, Jakarta Selatan, Jakarta Timur , Jakarta Barat dan Jakarta Utara. Hasil yang ditemukan terjadi 14 pelanggaran di mall Atrium, 19 pelanggaran di mall ITC Cempaka Mas, 11 Pelanggaran di Mall Thamrin City, 2 pelanggaran di Mall Blok M. Kesemua pelangaran hanya dikenai sanksi administrasi berupa teguran dan himbauan kepada penglola dan pelanggar[[46]](#footnote-50). Melihat data pelaksanaan diatas, terlihat bahwa upaya ini masih jauh dari sempurna, sehingga pelanggaran kerap terjadi meskipun telah dilaksanakan berbagai upaya sosialisasi. Tentu saja ini terjadi karena adanya pembiaran dan tidak adanya peraturan yang secara tegas mengatur dan sanksi secara tepat serta jelas.

Selain itu, survey YLKI atas presepsi penerapan KTR di DKI Jakarta pada tahun 2008, terhadap 1000 warga Jakarta, ditemukan bahwa 87,8% warga DKI Jakarta setuju jika Jakarta memiliki aturan mengenai Kawasan Tanpa Rokok dan responden dari perokok sebesar 81% juga menyatakan hal yang sam[[47]](#footnote-51). Dengan antusias yng diperoleh dari survei, sudah sepantasnya pembentukan peraturan ini menjadi hal yang diprioritaskan karena tidak bertentangan jika dibentuk dan di terapkan di Provinsi DKI Jakarta.

Hasil diskusi kelompok terpumpun(*focus group discussion*) yang dilaksanakan pada 11 Agustus 2020 terungkap bahwa pelarangan dengan bentuk peraturan akan menjadi efektif jika tidak mengandung kekerasan, intensitas dari sanksinya tepat, dan konsistensi penerapan bisa menciptakan kepatuhan yang berujung pada perubahan pola perilaku[[48]](#footnote-52).

Dari perspektif hukum, dalam UU pembentukan peraturan perundang-undangan, memuat ketentuan untuk memuat sanksi guna mengatur perilaku seseorang. Pencantuman sanksi pidana telah diatur dalam Kitab Hukum Acara Pidana(KUHAP). Namun, dalam Perda KTR sebaiknya memuat sanksi dalam bentuk tindak pidana ringan dan sanksi lainnya seperti sanksi dan/atau denda administrasi, serta sanksi sosial lainnya[[49]](#footnote-53).

Pengenaan sanksi tindak pidana ringan harus memenuhi kriteria sebagai berikut[[50]](#footnote-54):

1. Asas peradilan sederhana, cepat, dan biaya ringan tidak dapat terwujud dalam RaPerda KTR ini.
2. Pemda harus meningkatkan kualitas anggota Satpol PP agar dapat diangkat sebagai PPNS.
3. PPNS harus memahami hukum pidana dan proses peradilan pidana, misalnya memahami proses pembuatan surat dakwaan.

Penggunaan sanksi-sanksi yang lebih rasional dan efektif dimaksudkan agar tidak membuang sumber daya manusia dan materi yang dimiliki daerah, dengan memuat pasal tentang penghargaan atas penerapan sesuai dengan peraturan; sebagai bentuk penghargaan atas kinerja implementasi dan penegakan (*reward and punishment*)[[51]](#footnote-55).

# BAB 3 EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT

Di Indonesia kebijakan pengendalian merokok di Indonesia masih menimbulkan perdebatan yang panjang, mulai dari hak asasi seorang perokok, fatwa haram merokok di tempat umum sampai dengan dampak anti rokok terhadap perekonomian dan tenaga kerja di Indonesia. meski demikian pemerintah tetap melakukan pengaturan secara rigid. Terkait dengan hak asasi, sering sekali terdapat alasan perokok yang mengatakan bahwa merokok adalah Hak Asasi Manusia. Tentu saja hal ini pemimikiran ini terkesan tidak masuk akal (*common sense*), karena sesuai dengan amanat dari Hak Asasi Manusia jelas disebutkan bahwa pemahaman HAM merupakan hak dasar yang secara kodrati melekat pada diri setiap manusia tidak tanpa terkecuali. Hak tersebut bersifat universal, langgeng, tidak dapat dikurangi, dibatasi, dihalangi, apalagi dicabut atau dihilangkan oleh siapa pun termasuk Negara. HAM dalam segala keadaan, wajib dihormati, dilindungi, dan dipenuhi tidak hanya oleh negara tetapi semua elemen bangsa termasuk pemerintah hingga masyarakat.

Dengan penjelasan diatas, Namun bila kita kaji lebih jauh, ternyata justru kebalikkannya Hak asasi manusia sebenarnya meliputi hak orang/manusia untuk mendapatkan dan menikmati udara bersih dan sehat agar raganya tidak mengalami sakit. Hal ini juga diatur lebih lanjut dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28 H ayat (1) bahwa “**Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan**”. Sama seperti Hak Asasi Manusia, Hak dasar ini tidak boleh dilanggar oleh siapa pun dan harus dijunjung tinggi serta dihormati agar setiap orang dapat menikmati kehidupannya dengan sejahtera. Maka jelas sudah bahwa merokok hanya merupakan hak namun bukan Hak Asasi Manusia. Namun, merokok hanya memiliki bentuk hak, yang berarti bahwa manusia boleh memilih untuk merokok atau tidak. Sebaliknya menghirup dan mendapatkan udara yang sehat bukan merupakan pilihan.Namun, merupakan suatu keharusan karena tanpa udara yang sehat dan bersih manusia akan sakit hingga mati atau tidak menjadi manusia lagi. Selain itu, guna melindungi warga negaranya, Indonesia mengeluarkan berbagai peraturan terkait dengan pengamanan zat adiktif bagi kesehatan, antara lain Undang-Undang Kesehatan Terbahas dalam UU Kesehatan Pasal 115 ayat (1) dan ayat (2) 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; dan*

*g. tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.*

Terdapat pula Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan, yang mengamanatkan pengamanan serta pembuatan kawasan tanpa rokok guna melindungi hak perokok pasif dari paparan asap rokok orang lain.

Pemerintah Provinsi DKI Jakarta saat ini memiliki peraturan yang mengatur tentang larangan merokok di tempat-tempat tertentu, yaitu Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara Pasal 13 tentang Kawasan Dilarang Merokok. Pelaksanaan Pasal 13 tersebut diatur melalui peraturan pelaksanaan, yaitu Peraturan Gubernur Nomor 75 Tahun 2005 tentang Kawasan Dilarang Merokok, Peraturan Gubernur Nomor 88 Tahun 2010 tentang Perubahan atas Peraturan Gubernur Nomor 75 Tahun 2005 tentang Kawasan Dilarang Merokok, dan Peraturan Gubernur Nomor 50 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Pembinaan, Pengawasan dan Penegakan Hukum Kawasan Dilarang Merokok, Peraturan Gubernur Nomor 1 |Tahun 2015 tentang larangan penyelenggaraan reklame rokok dan tembakau pada media luar ruang, Peraturan Gubernur Nomor 244 Tahun 2015 Tentang petunjuk pelaksanaan reklame yang didalamnya memuat larangan iklan rokok di dalam ruang.

Peraturan perundangan tersebut di atas melarang orang merokok di tempat-tempat yang ditetapkan sebagai kawasan dilarang merokok dan pelarangan iklan rokok di luar ruang maupun di dalam ruang. Tempat-tempat yang dilarang adalah tempat pelayanan kesehatan, tempat belajar mengajar, tempat ibadah, arena kegiatan anak-anak, angkutan umum, tempat umum, dan tempat kerja. Pada 4 kategori tempat pertama, kegiatan merokok dilarang hingga batas pagar terluar; sedangkan pada tempat umum dan tempat kerja kegiatan merokok dilarang dilakukan dalam gedung, melainkan di luar gedung di udara terbuka. Sejak tahun 2010, tempat khusus merokok di dalam gedung pada tempat umum dan tempat kerja telah dihapuskan karena sesuai dengan Penetapan dihapuskannya tempat khusus merokok di dalam gedung tersebut didasarkan pada bukti ilmiah hasil pengukuran kadar nikotin di udara11 dan partikel sangat halus di dalam gedung-gedung di Jakarta pada tahun 200912. Pengukuran dilakukan di 34 gedung (5 kantor pemerintah, 5 rumah sakit, 9 restoran, 5 sekolah, 10 tempat hiburan) di 120 titik sampel. Hasil pengukuran kadar nikotin di udara[[52]](#footnote-56):

* + - 1. Kadar nikotin di udara yang dapat dideteksi ditemukan di semua gedung.
      2. Kadar nikotin di udara ditemukan di tempat-tempat hiburan di area khusus merokok dan di area dilarang merokok. Bahkan di area dilarang merokok di tempat hiburan, nikotin di udara ditemukan di semua lokasi yang diukur (100%).

1. Di area dilarang merokok di restoran, nikotin di udara ditemukan di 86% lokasi yang diukur.
2. Nikotin di udara juga ditemukan di semua lokasi yang diukur di kantor pemerintah (100%).

Kesimpulannya: nikotin di udara ditemukan di tempat dilarang merokok dimana terdapat area/tempat khusus merokok di dalam/sekitarnya. Artinya, asap rokok dari tempat khusus merokok (baik berupa ruang atau area terpisah dengan atau tanpa pembatas) tetap menyebar ke tempat sekitarnya (area dilarang merokok).

Sementara itu hasil pengukuran kadar partikel menunjukkan sebagai berikut:

1. Di tempat dimana terdapat kegiatan merokok, kadar partikel sangat halus tercatat 4 kali lebih tinggi dibandingkan dengan kadar di tempat dimana tidak terdapat kegiatan merokok.
2. Kadar partikel sangat halus rata-rata di tempat dimana terdapat kegiatan merokok adalah 245 μg/m3. Angka tersebut sepuluh kali lebih tinggi dari ambang batas yang ditetapkan oleh WHO dalam satu hari yaitu 25 μg/m3 yang bisa menimbulkan bahaya terhadap kesehatan.
3. Kadar partikel sangat halus hampir mendekati 2.000 μg/m3 di beberapa restoran. Dalam 20 menit, semua pengunjung yang berada di tempat ini akan terpajan oleh partikel sangat halus dengan kadar yang sangat tinggi yang berbahaya terhadap kesehatan.
4. Kadar partikel sangat halus tertinggi terdapat di restoran, diikuti dengan di tempat hiburan. Rumah sakit memiliki kadar rata-rata sebesar 50.5 μg/m3, lebih rendah dari kadar di udara luar (65.8 μg/m3). Tidak ditemukan adanya bukti kegiatan merokok di rumah sakit.
5. Merokok merupakan sumber terbesar pencemaran partikel sangat halus di dalam gedung di tempat hiburan dan restoran di Jakarta. Walaupun partikel sangat halus bisa berasal dari sumber lain, sumber utama di dalam gedung adalah asap rokok dan produk tembakau yang dibakar karena pengukuran nikotin di udara seperti disebutkan di atas menunjukkan adanya kegiatan merokok di tempat-tempat tersebut.
6. Ruang khusus merokok (*smoking rooms*) atau area merokok (*smoking area*) dengan atau tanpa sistem ventilasi terbukti tidak efektif melindungi orang dari pajanan asap rokok orang lain. Asap rokok di tempat/ruang/area khusus merokok tetap menyebar ke area dilarang merokok.
7. Perlindungan masyarakat dari bahaya asap rokok yang paling efektif adalah dengan melarang kegiatan merokok di dalam gedung.
8. Penggunaan ventilasi, filter udara dan area/kawasan merokok tidak melindungi masyarakat dari bahaya asap rokok orang lain (WHO, 2007). The American Society of Heating, Refrigerating, and Air Conditioning Engineers (ASHRAE) – asosiasi terkemuka ahli ventilasi menyimpulkan bahwa “cara yang paling efektif menghilangkan resiko kesehatan yang terkait dengan pajanan asap rokok di tempat tertutup adalah dengan melarang aktivitas merokok.

Dalam upaya menekan angka perokok pemula dan paparan asap kepada perokok pasif, Pemerintah daerah(Pemda) DKI Jakarta telah memiliki kepedulian terhadap permasalah asap rokok, dengan mengeluarkan Peraturan Daerah(Perda) No. 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara di Pasal 13. Praktiknya di lapangan, aturan pada pasal ini masih mempunyai kelemahan pada sisi implementasi. Pada pasal 41 ayat (2)

“*Setiap orang yang melanggar ketentuan dalam Pasal 12, Pasal 13, Pasal 14, Pasal 17, Pasal 19 ayat (1) dan ayat (2), pasal 20 ayat (1), Pasal 22, Pasal 23 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 24 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 26 ayat (1), dan Pasal 28 ayat (1) diancam dengan pidana kurungan paling lama 6 (enam) bulan atau denda sebanyak-banyaknya Rp. 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah)”.*

Dengan ketentuan sanksi diatas, sanksi termasuk dalam hukum acara peradilan pidana umum. Hal ini akan menimbulkan ketidakadilan, kepastian dan beban pada sistem peradilan pidana saat ini. Sanksi ini juga tidak bisa dilepaskan dari sejarah adanya Perda tersebut. Selain itu, didalam pasal diatas, terlihat adanya penyatuan beberapa pasal dengan 1 sanksi, membuat klaster Pasal 41 yang memuat pasal 13 tidak memberikan sanksi yang pidana ringan. Hal ini terkait dengan kategori pidana ringan yang diancam dengan pidana penjara atau kurungan paling lama 3 (tiga) bulan dan atau denda sebanyak-banyaknya Rp 7.500,- (tujuh ratus lima puluh ribu rupiah) sehingga harus melalui proses peradilan pidana biasa dan bukan peradilan pidana ringan (tipiring). Untuk hal diatas, diperlukan juga peraturan baru terkait perubahan nomenklatur pertanggungjawaban OPD dalam melaksanakan berbagai kegiatan.

Meski ketentuan-ketentuan yang tercantum dalam peraturan-peraturan diatas yang telah sesuai dengan mandat dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan, kewajiban daerah tetap harus diakomodir dan diperkuat Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok.

Oleh karenanya, upaya yang diarahkan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kualitas sumber daya manusia khususnya 11.063.324 jiwa DKI Jakarta harus dilakukan sesegara mungkin. Guna memutus serta membatasi dampak bahaya asap rokok bagi perokok aktif dan melindungi Hak Asasi Manusia perokok pasif. Pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) juga merupakan salah satu upaya yang ditempuh untuk melindungi masyarakat dari paparan terhadap asap rokok dan terhadap produk tembakau pada umumnya. Hal ini didukung pula oleh UU 36/2009 serta Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 (PP 109/2012) yang **mengharuskan pemerintah daerah** menyusun Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok (Perda KTR). Oleh karena itu diperlukan adanya pembentukan kebijakan daerah yang memberikan perlindungan terhadap bahaya rokok bagi bayi, balita, dan masyarakat bukan perokok berupa pengendalian terhadap perilaku merokok.

# BAB 4 LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS DAN YURIDIS

## 4. 1 Landasan Filosofis

Keadaan sehat, baik secara fisik, mental maupun sosial, merupakan hak asasi setiap orang. Bahkan undang-undang kesehatan menambahkan aspek spiritual dalam definisi sehat yang digunakannya. Dalam konteks Negara Kesatuan Republik Indonesia, kesehatan merupakan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai cita-cita bangsa Indonesia seperti tercantum dalam Pancasila dan UUD 1945.

Kelompok rentan yang harus dilindungi oleh negara adalah anak, perempuan dan keluarga miskin. Anak adalah cikal bakal sumber daya manusia (SDM) yang menjadi asset pembangunan utama era menuju SDM Unggul yang bercirikan yaitu sumber daya manusia yang sehat dan cerdas, adaptif, inovatif, terampil, dan berkarakter (RPJMN 2020- 2024).

Kesehatan adalah hak asasi seorang manusia di dalam kehidupannya. Setiap orang berhak untuk hidup sehat, berada dalam lingkungan yang sehat dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Setiap warga negara diberikan kebebasaan untuk memenuhi haknya. Namun ketika hal tersebut justru melanggar hak asasi warga negara lainnya, maka hukum harus dapat ditegakkan dengan seadil-adilnya. Bahwa sejatinya merokok merupakan hak bukan hak asas manusia.

Kesehatan adalah investasi. Berinvestasi dalam kesehatan akan melahirkan masyarakat yang produktif secara ekonomi dan sosial. Masyarakat yang mampu bertumpu pada kemampuan dirinya dan mampu mempertahankan kedaulatan negara. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. (UU 36/2009 Pasal 3).

Keberadaan negara dan pemerintahan pada dasarnya ditujukan untuk kesejahteraan masyarakat. Strategi desentralisasi yang dianut negara Indonesia saat ini juga dimaksudkan untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat, dengan kesehatan sebagai bagian di dalamnya. Sebagaimana disebutkan dalam UUD 1945, desentralisasi diselenggarakan dengan pemberian otonomi yang seluas- luasnya kepada daerah untuk mengurus sendiri urusan pemerintahannya menurut asas otonomi dan tugas pembantuan. Strategi ini dimaksudkan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan dan peransertamasyarakat.

Disadari atau tidak manusia merupakan sub-sistem yang keberadaannya memengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungan baik sosial maupun alam sebagai satu kesatuan. Oleh sebab itu manusia dituntut untuk berperilaku selaras dengan lingkungannya agar lingkungan tersebut dapat bermanfaat bagi manusia agar bisa bertahan hidup*.* Pencemaran udara yang salah satunya ditimbulkan dari asap rokok menjadi permasalahan serius ketika dipahami bahwa rokok tidak saja berdampak buruk pada kesahatan perokok, tetapi juga mengkontaminasi orang-orang disekelilingnya. Hasil dari berbagai penelitian tentang bahaya yang ditimbulkan oleh asap rokok bagi kesehatan telah banyak diekspos namun sejauh ini belum banyak direspon oleh masyarakat.

Pemerintah sendiri dihadapkan pada suatu dilema untuk bersikap tegas berkaitan dengan pencegahan dampak rokok ini. Melarang orang merokok akan berhadapan dengan hak asasi individual sekaligus juga secara tidak langsung mematikan perusahaan rokok yang telah memberikan kontribusi baik sebagai sumber pendapatan negara maupun dalam penciptaan lapangan kerja. Oleh sebab itu peran pemerintah dalam upaya melarang penggunaan rokok sampai saat ini sangatlah kecil dan hanya terbatas pada penyebaran informasi tentang bahaya rokok bagi kesehatan dan himbauan untuk tidak merokok.

Raperda disusun untuk menjembatani kondisi tersebut, meminimalkan dampak yang ditimbulkan asap rokok dengan tanpa memberikan larangan yang bersifat mutlak, tapi membatasi pengaruh (buruk) asap rokok dan iklan, promosi dan sponsor rokok. Sehingga, diharapkan dengan berjalannya waktu, Perda yang nantinya diberlakukan dapat memberikan proses pembelajaran bagi masyarakat dan menumbuhkan kesadaran mengenai dampak rokok dan arti pentingnya kesehatan bagi pembangunan keluarga, bangsa dan negara.

Suatu negara dalam memberikan ketenteraman, kesejahteraan dan kesehatan, serta perlakuan hukum terhadap rakyatnya pada umumnya selalu dilandasi filosofi negara yang bersangkutan. Filosofi negara pada dasarnya berpangkal dari tatanan pemikiran yang bersumber dari kebiasaan-kebiasaan atau keberadaban sosiologis suatu bangsa. Bagi Negara Indonesia, dalam setiap pokok- pokok pemikiran terkait pembentukan peraturan perundang-undangan maupun pelaksanaannya selalu bersumber dari Pancasila dan UUD 1945. Perilaku buruk merokok yang merugikan pihak lain menggambarkan ketidak beradaban, ketidakadilan dan tidak berperikemanusiaan. Pengaturan KTR didasarkan pada landasan utama kemanusiaan yang adil dan beradab.

## 4.2 Landasan Sosiologis

Sebagaimana yang telah dikemukakan di atas, landasan sosiologis merupakan pertimbangan atau alasan yang menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam berbagai aspek.

1. Pada tahun 2018, data yang dikeluarkan oleh World Health Organization (WHO) tahun 2018 mencatat 225.720 orang meninggal setiap tahunnya akibat penyakit yang berhubungan dengan konsumsi rokok, atau sekitar 14,7 persen, dari keseluruhan tingkat mortalitas[[53]](#footnote-58). Selain itu, WHO mencatat bahwa angka kematian akibat konsumsi rokok diproyeksikan meningkat dari 6 juta kematian per tahun menjadi 8 juta per tahun pada 2030, dan lebih dari 80% (delapan puluh persen) terjadi di negara berpendapatan menengah ke bawah[[54]](#footnote-59) dan di Indonesia, kurang lebih 200ribu orang meninggal setiap tahun akibat rokok[[55]](#footnote-60). Dengan Tingginya jumlah kematian akibat rokok, hal ini juga menjelaskan betapa berbahayanya konsumsi rokok. Dengan tingkat bahaya yang tinggi, tentu hal ini membawa dampak terhadap tatanan sosial masyarakat, salah satunya adalah tentang dampak rokok yang membuat kecanduan. Dari penelitin yang banyak ditemukan, terbukti rokok memiliki kandungan nikotin yang tidak hanya berbahaya bagi kesehatan tapi juga menimbulkan efek candu.
2. Meski demikian sebenarnya, pemerintah daerah(Pemda) DKI Jakarta telah memiliki kepedulian terhadap permasalah asap rokok, mengeluarkan Peraturan Daerah(Perda) No. 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara Pasal 13. Dalam salah satu pasalnya, disebutkan bahwa setiap tempat umum, sarana kesehatan, tempat belajar mengajar, tempat ibadah, tempat bekerja, tempat bermain anak-anak dan angkutan umum wajib menyediakan tempat khusus untuk merokok dengan sistem sirkulasi udara yang layak[[56]](#footnote-61). Peraturan yang baik ini, akan lebih baik jika dibuat dalam peraturan yang lebih spesifik(*lex specialis)* guna membawa kepastian hukum dan keadilan bagi warga negara.
3. Data dari Global Youth Tobacco Survey Tahun 2020 mengungkapkan bahwa 67,2% penduduk Indonesia terpapar asap rokok di ruang publik. Maka menjadi catatan penting bahwa diperlukannya pengaturan-pengaturan secara spesifik demi mencipatakan sumber daya manusia yang dapat berdaya saing untuk meningkatkan pembangunan ekonomi yang berkesinambungan pula.
4. Bahwa dari survei masih ditemukan orang merokok di 60% Mal dan 92% Pasar. Penandaan di Mal sudah baik akan tetapi masih banyak restoran yang menyediakan tempat merokok yang menempel pada restoran mereka yang berhubungan dengan udara luar[[57]](#footnote-62).
5. Hasil survey pemajangan rokok di kota Jakarta dengan sampel 499 warung menunjukan 75% memajang rokok, 70% memasang sejajar mata anak, 65% memajang dekat makanan anak/permen[[58]](#footnote-63).
6. Atas Inisiasi Warga di DKI Jakarta, terdapat 1 kampung tanpa rokok yang berdiri secara mandiri dan inisiasi dari warga. Kampung ini terletak di Jakarta Timur. Alasan Pendirian ini karena ingin mewujudkan semangat kota dan wilayah yang bersih serta sehat[[59]](#footnote-64). Hingga saat ini terdapat 3 kampung tanpa rokok di DKI Jakarta.

## 4.3 Landasan Yuridis

Menjembatani berbagai kepentingan dan kebutuhan yang saling bertentangan baik antar individu, maupun antar kelompok dan antara individu dengan kelompok masyarakat haruslah melalui pembentukan kebijakan publik yang memiliki daya ikat efektif. Hal ini diperlukan agar dapat dihindari terjadinya konflik internal akibat benturan dalam upaya merealisasikan kepentingan dan kebutuhannya masing-masing.

Di dalam Undang-Undang Dasar Tahun 1945 Bab VI Pasal 18 menyatakan bahwa “*pemerintahan daerah provinsi, daerah kabupaten, dan kota mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan*”. DKI Jakarta sebagai kawasan khusus Ibukota sesuai Undang-Undang pemerintahan provinsi daerah khusus Ibukota Jakarta sebagai Ibukota negara kesatuan Republik Indonesia No. 29/2007 Pasal 9 ayat (2) yang diatur dalam menyelenggarakan pemerintahaan dengan asas kekhususan sebagai Ibukota Negara Kesatuan Republik Indonesia sehingga pemerintah daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya, kecuali urusan pemerintahan yang oleh undang-undang ditentukan sebagai urusan pemerintah pusat. Pemerintahan daerah berhak menetapkan peraturan daerah dan peraturan-peraturan lain untuk melaksanakan otonomi dan tugas pembantuan. Namun demikian, kewenangan dan urusan ini harus dilaksanakan secara konkuren, harmonis dan sinergi antara pusat, provinsi dan kabupaten/kota.

Selanjutnya, Undang-Undang Otonomi Daerah No.23/2014 Pasal 12 menyatakan bahwa “kesehatan adalah urusan wajib dari pemerintah daerah”. Urusan wajib adalah urusan pemerintahan yang berkaitan dengan hak dan pelayanan dasar warga negara yang penyelenggaraannya diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan kepada daerah untuk perlindungan hak konstitusional, kepentingan nasional, kesejahteraan masyarakat, serta ketentraman dan ketertiban umum dalam rangka menjaga keutuhan negara Kesatuan Republik Indonesia serta pemenuhan komitmen nasional yang berhubungan dengan perjanjian dan konvensi Internasional.

Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pembentukan Peraturan Perundangan menyatakan bahwa peraturan daerah kota provinsi adalah peraturan perundang-undangan yang dibentuk oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Provinsi dengan persetujuan bersama Gubernur. Pasal 14 menyatakan bahwa

*“Materi muatan Peraturan Daerah Provinsi dan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota berisi materi muatan dalam rangka penyelenggaraan otonomi daerah dan tugas pembantuan serta menampung kondisi khusus daerah dan/atau penjabaran lebih lanjut Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi.”.*

Berdasarkan hasil kajian terhadap peraturan perundangan yang ada, maka Perda KTR merupakan perintah undang- undang dan merupakan peraturan yang harus dijabarkan lebih lanjut di daerah kota. Namun, secara umum, kesehatan adalah bidang yang didesentralisasikan dan merupakan hak serta kewajiban pemerintahan daerah dalam penyelenggaraan otonomi daerah.

Diantara berbagai upaya mengeluarkan kebijakan pengendalian konsumsi rokok, Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah salah satu upaya yang bisa diberlakukan untuk melindungi masyarakat dari aktifitas merokok dan paparan asap rokok orang lain. Di Indonesia, pelaksanaan KTR sejatinya sudah diatur dan diamanatkan oleh Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (UU 36/2009) dan Peraturan Pemerintah nomor 109 tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan (PP 109/2012) dan berbagai peraturan perundang-undangan terkait. Kewajiban pemerintah daerah adalah menjalankan dan menurunkan aturan hukum dari Undang-undang dan peraturan pemerintah tersebut pada tataran lokal berupa Peraturan Daerah. Berikut penjabaran secara detil pasal-pasal yang menjadi mandat Perda KTR.

**Tabel 3. Penjabaran Aturan-Aturan Terkait Kawasan Tanpa Rokok Di Tingkat Pemerintah Daerah**

|  |  |
| --- | --- |
| Deskripsi undang-undang/peraturan | Penjabaran di daerah |
| **1. UU Kesehatan 36/2009** | |
| **Pasal 113**   1. Pengamanan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan. 2. Zat adiktif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi tembakau, produk yang mengandung tembakau, padat, cairan, dan gas yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi dirinya dan/atau masyarakat sekelilingnya. 3. Produksi, peredaran, dan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif harus memenuhi standar dan/atau persyaratan yang ditetapkan. | Pada Pasal ini ditegaskan bahwa zat adiktif adalah tembakau, produk yang mengandung tembakau, padat, cairan, dan gas yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi dirinya dan/atau masyarakat sekelilingnya.  Ayat 1 Pasal 113 sudah jelas, secara eksplisit, bermaksud melindungi tidak saja masyarakat secara umum dengan Kawasan Tanpa Rokok, kata “perseorangan dan keluarga” adalah merepresentasikan orang dan anggota keluarga di dalam rumah (*house*). Bagaimana melindungi perorangan (perokok pasif) dan anggota keluarga (terutama bayi, anak, balita dan remaja) di dalam rumah, tiada lain dengan memberlakukan larangan merokok di dalam rumah. Hal ini tentu saja menimbulkan kontroversi berkaitan dengan privasi.Namun hal tersebut menjadi tidak bermakna manakala menyangkut kepentingan banyak orang dan perlindungan warga lainnya dari perilaku buruk seseorang. |
| **Pasal 115 Ayat (1)**   1. Kawasan tanpa rokok antara lain: 2. Fasilitas pelayanan kesehatan; 3. Tempat proses belajar mengajar; 4. Tempat anak bermain; 5. Tempat ibadah; 6. Angkutan umum; 7. Tempat kerja;dan 8. Tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan. | Pada Pasal 115 ayat 1 ditetapkan secara nasional kawasan-kawasan tersebut adalah kawasan-kawasan sebagaimana disebutkan dalam poin (a) sampai (g). Untuk point (g), yang secara eksplisit disebutkan sebagai “yang ditetapkan”. Dengan demikian, untuk jenis-jenis kawasan yang ditetapkan lainnya dapat diserahan kepada daerah. Melihat kemungkinan dinamisnya lokasi poin (g), maka penetapan tersebut dapat juga dilakukan melalui Peraturan Gubernursesuai evaluasi secara periodik oleh OPD terkait. |
| **Pasal 115 ayat (2)**   1. Pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya. | Daerah wajib membuat Peraturan Daerah dimana materi muatan utamanya adalah KTR |

|  |  |
| --- | --- |
| Pasal 116  Ketentuan lebih lanjut mengenai pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah. | Perda mengikuti PP yang ditetapkan, yaitu PP 109/2012 |
| Pasal 131 |  |
| 1) Upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak harus ditujukan untuk mempersiapkan generasi yang akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak.   1. Upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak anak masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia 18 (delapan belas)tahun. 2. Upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) menjadi tanggung jawab dan kewajiban bersama bagi orang tua, keluarga, masyarakat, dan Pemerintah, dan pemerintah daerah. | Kegiatan merokok di dalam rumah dan di tempat publik dimana terdapat ibu hamil, bayi, anak dan remaja, sangat bertentangan dengan upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak; untuk itu perlu ditetapkan pengaturan pelarangan kegiatan merokok.  Berkaitan dengan anak sampai dengan usia 18 tahun, maka larangan merokok, penyertaan, penjualan, promosi harus diberlakukan untuk usia kurang 18 tahun. Upaya dalam bentuk pelarangan tersebut di atas menjadi tanggung jawab dan kewajiban bersama bagi orang tua, keluarga, masyarakat, dan pemerintah daerah. Pemerintah daerah melalui Perda harus mampu memotong rantai distribusi produk tembakau sampai kepada anak-  anak. Termasuk di dalamnya penjualan, iklan, display, *sponsorship*. |
| **2. PP 109/ 2012** | |
| Pasal 2 |  |
| 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 | Sekali lagi, pengamanan penggunaan zat adiktif yang kemudian menjadi tanggung jawab Pemda secara operasional di daerah, wajib mengamankan tidak saja di tempat umum, juga di dalam rumah yang merupakan tempat tinggal dari anggota keluarga. Larangan merokok di dalam rumah sangat masuk akal, apa lagi untuk kepentingan melindungi warga yang tidak mempunyai kemampuan menolak perilaku buruk seseorang, seperti bayi, anak, dan ibu hamil.  Konsekuensinya, Pemda menambahkan kawasan tanpa rokok adalah di rumah tinggal.  Pilihan yang ditawarkan agar dapat memberikan keadilan adalah rumah / tempat tinggal dimana terdapat ibu hamil, bayi, balita, anak dan remaja sebagai KTR. |
| Pasal 3 |  |
| Penyelenggaraan pengamanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk: | Menjadi tujuan Perda KTR |
| 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; | Tempat umum seperti tersebut dalam KTR yang ditetapkan ditambah dengan rumah/ tempat tinggal |
| 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; | KTR (**termasuk rumah tempat tinggal)** dimana terdapat bayi, balita, anak, remaja dan ibu hamil. + terdapat penderita penyakit lain yang akan diperberat dengan asap rokok  Pemda mengatur dan mengendalikan  iklan dan promosi rokok dan produk tembakau lainnya |
| c. Meningkatkan kesadaran dan kewaspadaan masyarakat terhadap bahaya merokok dan manfaat hidup tanpa merokok;dan | Pemda melalui OPD mengusahakan promosi (pendidikan) kesehatan |
| d. Melindungi kesehatan masyarakat dari asap rokok orang lain | Pemda melindungi warga Provinsi DKI Jakarta dengan menetapkan KTR (+ rumah tinggal) dengan menjauhkan perokok dari bukan perokok.  Tempat merokok harus ditetapkan jauh dari kontaminasi terhadap bukan perokok. Penetapan dan penyediaan ruang untuk merokok di dalam gedung yang sama sangat tidak mendukung dan tidak menjamin kontaminasi terhadap bukan perokok. Oleh karena itu perlu ditetapkan tempat merokok adalah di ruangan terbuka, tidak di dalam ruangan/ gedung, jauh dari bukan perokok. |
| Pasal 6 |  |
| (1) Pemerintah dan Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya bertanggung jawab mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan. | Berkaitan dgn Pasal 14-24; 27-31; sesuai dengan peraturan dan perundangan yangberlaku. Pengejawantahan aturan oleh Pemda sesuai kewenangannya, berarti sesuai dengan apa yang tertulis dalam UU 23 tahun 2014 tentang pemerintahan daerah. Secara teknis, maka Pemda mengikuti ketentuan Permenkes No 40 Tahun 2013 |
| (2) Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi dan edukasi atas pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan | Menyediakan media informasi melalui media khusus atau yang telah ada; serta pendidikan kesehatan melalui OPD terkait. |
| Pasal 7 |  |
| Pemerintah dan Pemerintah Daerah mendorong kegiatan penelitian dan pengembangan dalam rangka pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan. | Pemda mendorong lembaga penelitian dan perguruan tinggi serta pihak yang memiliki kapasitas penelitian untuk mendukung kebijakan ini. |
| Pasal 8 |  |
| Penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan meliputi:   1. Produksi dan impor; 2. Peredaran; 3. Perlindungan khusus bagi anak dan perempuan hamil; dan 4. Kawasan tanpa rokok | Larangan merokok didekat anak (termasuk bayi dan remaja) dan wanita hamil; termasuk di dalam rumah Penetapan kawasan tanpa rokok yang diperluas. |
| Pasal 14 – 24 berisi ketentuan tentang produksi dan….. 27-31 (iklan) | Membutuhkan pemantauan oleh pemerintah daerah, dan masyarakat : OPD terkait untuk melakukan penapisan perijinan, Perdagangan, peredaran, pengiklanan, promosi, pemantauan, pelaporan, penegakan aturan. |
| Pasal 25 |  |
| Setiap orang dilarang menjual Produk Tembakau: a. menggunakan mesin layan diri; b. kepada anak di bawah usia 18 (delapan belas) tahun; dan c. kepada perempuan hamil | Implikasi pada aturan Pemda: penjual produk tembakau harus menanyakan umur dan status kehamilan; penegasan kembali aturan ini |
| Pasal 32 |  |
| Dalam rangka memenuhi akses ketersediaan informasi dan edukasi kesehatan masyarakat, Pemerintah dan Pemerintah Daerah menyelenggarakan iklan layanan masyarakat mengenai bahaya menggunakan produk tembakau. | Perda mewajibkan adanya penerbitan iklan Larangan Merokok di daerah kawasan wilayah Jakarta. |
| Pasal 34 |  |
| Ketentuan lebih lanjut mengenai Iklan Produk Tembakau di media luar ruang diatur oleh Pemerintah Daerah | Pemda wajib memuat aturannya |
| iklan di media luar ruang harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:   1. Tidak diletakkan di Kawasan tanparokok; 2. Tidak diletakkan di Kawasan tanpa rokok; 3. Tidak diletakkan di jalan utama atau protokol; 4. Harus diletakkan sejajar dengan bahu jalan dan tidak boleh memotong jalan atau melintang; dan tidak boleh melebihi ukuran 72 m2 (tujuh puluh dua meter persegi) | Gubernur mengatur **iklan** produk tembakau di media luar ruang (Pasal 31); hal ini bersifat dinamis, dengan demikian ditetapkan dalam bentuk Perda saja; tapi tentu minimal sesuai Pasal 31 |
| Pasal 35  Ketentuanpengendalian Promosi Produk Tembakau sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sebagai berikut:   1. Tidak memberikan secara cuma-cuma, potongan harga, hadiah Produk Tembakau, atau produk lainnya yang dikaitkan dengan produk tembakau; 2. Tidak menggunakan logo dan/atau merek Produk Tembakau pada produk atau barang bukan Produk Tembakau;dan 3. Tidak menggunakan logo dan/atau merek Produk Tembakau pada suatu kegiatan lembaga dan/atau perorangan. | Diatur kembali dalam Perda. |
| Pasal 36  1) Setiap orang yang memproduksi dan/atau mengimpor Produk Tembakau yang mensponsori suatu kegiatan lembaga dan/atau perorangan hanya dapat dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:   * 1. Tidak menggunakan nama merek dagang dan logo Produk Tembakau termasuk *brand image* Produk Tembakau;dan   2. Tidak bertujuan untuk mempromosikan Produk Tembakau.  1. Sponsor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang untuk kegiatan lembaga dan/atau perorangan yang diliput media. | Diatur kembali dalam Perda |
| Pasal 38 |  |
| Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengendalian sponsor produk tembakau sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dan Pasal 37 diatur oleh Pemerintah Daerah(Pemda) | Ada aturan Pemda tentang tatacara pengendalian Sponsor Produk Tembakau Penugasan kepada tim pemantau Sistem pelaporan dan pengaduan oleh masyarakat. Penegakan aturan oleh Satpol PP berserta dinas terkait untuk penegakan sanksi yang ditetapkan |
| Pasal 47 |  |
| Setiap penyelenggaraan kegiatan yang disponsori oleh Produk Tembakau dan/atau bertujuan untuk mempromosikan Produk Tembakau dilarang mengikutsertakan anak di bawah usia 18 (delapan belas) tahun. | Ditetapkan kembali secara eksplisit dalam Perda ada ketentuan / mekanisme penyelenggaraan kegiatan dengan sponsor produk tembakau dan promosinya yang melakukan penapisan anak di bawah umur |
| (2) Setiap orang yang menyelenggarakan kegiatan yang disponsori Produk Tembakau sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang mengikutsertakan anak di bawah usia 18 (delapan belas) tahun dikenakan sanksi oleh pejabat Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya. | Ada sanksi dalam Perda |
| Pasal 48 |  |
| (1) Dalam rangka memberikan perlindungan kepada anak terhadap bahaya bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau, Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib menyediakan poskopelayanan  selama 24 (dua puluh empat) jam. | Penyediaan pelayanan di puskesmas dan Rumah Sakit, termasuk klinik berhenti merokok |
| (2) Posko pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat(1) dapat berupa *hotline service* atau *call center* | Penetapan penyelenggara hotline service |
| Pasal 49 |  |
| Dalam rangka penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan, Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok | Penetapan KTR yang diperluas |
| Pasal 50 |  |
| (1) Kawasan Tanpa Rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 antaralain:   1. Fasilitas pelayanankesehatan; 2. Tempat proses belajar mengajar; 3. Tempat anakbermain; 4. Tempatibadah; 5. Angkutanumum; 6. Tempat kerja;dan 7. Tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan. | KTR diperluas, termasuk di dalam rumah/ tempat tinggal dimana terdapat bayi, anak, remaja dan wanita hamil |
| (2) Larangan kegiatan menjual, mengiklankan, dan mempromosikan Produk Tembakau tidak berlaku bagi tempat yang digunakan untuk kegiatan penjualan Produk Tembakau di lingkungan Kawasan Tanpa Rokok. | Penetapan oleh Gubernur |
| (3) Larangan kegiatan memproduksi Produk Tembakau tidak berlaku bagi tempat yang digunakan untuk kegiatan produksi Produk Tembakau di lingkungan Kawasan Tanpa Rokok. |  |
| (4) Pimpinan atau penanggung jawab tempat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib menerapkan Kawasan Tanpa Rokok. |  |
| Pasal 52 |  |
| Pemerintah Daerah wajib menetapkan Kawasan Tanpa Rokok di wilayahnya dengan Peraturan Daerah | Memiliki dan menetapkan dalam Perda tentang KTR |
| Pasal 54  Peran serta masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 dilaksanakan melalui:   1. Pemikiran dan masukan berkenaan dengan penentuan kebijakan dan/atau pelaksanaan program pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan 2. Penyelenggaraan, pemberian bantuan, dan/atau kerjasama dalam kegiatan penelitian dan pengembangan pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan; 3. Pengadaan dan pemberian bantuan sarana dan prasarana bagi penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagikesehatan; 4. Keikutsertaan dalam pemberian bimbingan dan penyuluhan serta penyebarluasan informasi kepada masyarakat berkenaan dengan penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan;dan   Kegiatan pengawasan dan pelaporan pelanggaran yang ditemukan dalam rangka penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan | Point (a) s/d (e) Ditetapkan kembali dalam KTR masyarakat berhak melaporkan setiap pelanggaran, termasuk pelanggaran merokok di dalam rumah.  Untuk itu dibutuhkan suatu pusat pengaduan dan tindak lanjutnya.  Tindak lanjut yang dibutuhkan berupa respon pembinaan bagi pelanggar dalam bentuk ajakan untuk memenuhi aturan, peneguran halus, peneguran tertulis, peneguran keras, sampai kepada *punishment* berbentuk denda maupun kurungan sesuai ketentuan hukum dan perundangan yang berlaku.  Pengaturan ini secara terperinci ditetapkan dalam Peraturan Gubernur. |
| Pasal 56 |  |
| Dalam rangka meningkatkan peran serta masyarakat, Pemerintah dan Pemerintah Daerah bekerja sama dengan lembaga terkait lainnya untuk menyebarluaskan informasi dan edukasi penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan | Kerjasama penyebarluasan informasi dan pendidikan penyelenggaraan pengamanan produk tembakau sebagai zat adiktif bagi kesehatan ditetapkan kembali dalam Perda. |
| Pasal 57 |  |
| Menteri, menteri terkait, Kepala Badan, dan Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya melakukan pembinaan atas penyelenggaraan pengamanan Produk Tembakau sebagai Zat Adiktif bagi kesehatan. | Penyelenggaraan pengamanan produk tembakau sebagai zat adiktif ditetapkan kembali dalam Perda |
| Pasal 59 |  |
| (1) Menteri, menteri terkait, Kepala Badan, dan Pemerintah Daerah melakukan pengawasan atas pelaksanaan upaya pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing. | Ditetapkan kembali |
| (2) Dalam rangka pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri, menteri terkait, Kepala Badan, dan Pemerintah Daerah dapat mengambil tindakan administratif terhadap pelanggaran ketentuan dalam Peraturan Pemerintah ini sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. | Ditetapkan kembali |
| **3. PMK 40/2013** | |
| Pasal 2 |  |
| Peta Jalan Pengendalian Dampak Konsumsi Rokok Bagi Kesehatan digunakan sebagai acuan bagi Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat dalam pengambilan kebijakan dan strategi berbagai program dan kegiatan di bidang kesehatan yang terkait dengan pengendalian dampak konsumsi rokok di Indonesia. | Pemda mengacu pada peta jalan tersebut Dengan demikian, Perda yang akan dibangun dapat menggunakan muatan materi dalam peta jalan ini sebagai acuan; *rincianPMK ada dalam lampirannya* |
| **4. Lampiran PMK 40/2013** | |
| D. CAPAIAN |  |
| 1. 2009 – 2014\*: Dilahirkannya kebijakan publik dan regulasi meliputi:    1. Ditetapkannya kebijakan yang melindungi masyarakat dari ancaman bahaya rokok.    2. Indonesia menjadi anggota *Conference of the Parties* FCTC.    3. Pelaksanaan proses legislasi    4. PERDA/kebijakan KTR di seluruh wilayah. | Sedang dijalankan |
| 2. 2015-2019: Dilaksanakannya berbagai kebijakan publik dan produk perundang-undangan disertai penerapan sanksi hukum, untuk mencapai:   1. Penurunan prevalensi perokok sebesar 1% pertahun. 2. Penurunan perokok pemula sebesar 1% pertahun. | Menjadi acuan program di OPD terkait |
| 3. 2020 – 2024: keberlanjutan kebijakan untuk mencapai:   1. Penurunan prevalensi perokok 10% pada tahun 2024 dibanding prevalensi perokok pada tahun2013. 2. Perubahan norma sosial terhadap kebiasaan merokok 3. Penurunan prevalensi mortalitas 10% 4 penyakit tidak menular terbesar (Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah, Kanker, Diabetes dan Penyakit Paru Obstruksi Kronik) | Menjadi acuan bagi OPD terkait |
| 2015-2019: Semua kab/ kota memiliki dan menerapkan perda/ kebijakan KTR dan melaksanakan *law enforcement* | Sedang dijalankan |
| Survey tahunan tingkat kepatuhan menerapkan kebijakan KTR | Adanya program di OPD terkait |
| 50 % dari seluruh fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan pemerintah daerah memberikan pelayanan berhenti merokok terintegrasi dengan pengendalian penyakit. | Adanya klinik berhenti merokok, dimuat dalam Perda |
| Survey dan pemantauan berkala untuk mengidentifikasi tingkat kesakitan, disabilitas, dan kematian akibat konsumsi rokok | Adanya monitoring dan *surveilans* berkaitan dengan dampak merokok |
| 2020-2024 : perilaku tidak merokok sudah melembaga dan menjadi norma sosial masyarakat | Perlu Perda preskriptif.  Adanya program promosi (pendidikan kesehatan) |
| 100 % dari seluruh fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan pemerintah daerah memberikan pelayanan berhenti merokok terintegrasi dengan  pengendalian penyakit | Klinik dan layanan berhenti merokok |
| Terlaksanannya pelayanan berhenti merokok yang terintegrasi dengan sistem pelayanan kesehatan primer | Klinik dan layanan berhenti merokok di layanan primer |
| Surveilans penyakit tidak menular untuk mengidentifikasi tingkat kesakitan, disabilitas dan kematian akibat rokok | Adanya surveilans PTM oleh OPD terkait Pada dasarnya upaya yang dilakukan adalah untuk intervensi terhadap faktor risiko PTM yang saat ini sudah meningkat tajam dan akan makin meningkat di masa datang. |
| **5. PBM No. 118/MENKES/PB/I/2011** | |
| Pasal 2 |  |
| Pengaturan pelaksanaan KTR bertujuan untuk:   1. Memberikan acuan bagi pemerintah daerah dalam menetapkan KTR. 2. Memberikan perlindungan yang efektif dari bahaya asap rokok. 3. Memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat;dan. 4. Melindungi kesehatan masyarakat secara umum dari dampak buruk merokok baik langsung maupun tidak langsung. | Memberikan acuan dalam melakukan penetapan wilayah agar menciptakan pelidungan yang efektif bagi masyarakat dan lingkungan.  Mengurangi faktor resiko buruk asap rokok baik langsung maupun tidak langsung. |
| Pasal 3 |  |
| 1. KTR meliputi: 2. Fasilitas pelayanankesehatan; 3. Tempat proses belajarmengajar; 4. Tempat anakbermain; 5. Tempatibadah; 6. Angkutanumum; 7. Tempat kerja;dan 8. Tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan. | Memberikan acuan dalam melakukan penetapan wilayah agar menciptakan perlidungan yang efektif bagi masyarakat dan lingkungan.  Mengurangi faktor resiko buruk asap rokok baik langsung maupun tidak langsung. |
| 1. Pimpinan atau penanggung jawab tempat –tempat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib menetapkan dan menerapkan KTR. | Setiap pimpinan/penanggungjawab kawasan wajib menerapakan dan mengawasi KTR |
| Pasal 4 |  |
| KTR sebagaimana dimaksud dala pasal 3 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf c, huruf d dan huruf e dilarang menyediakan tempat khusus untuk merokok dan merupakan KTR yang bebas dari asap rokok hingga batas terluar. | Tidak diperbolehkan menyedikan tempat merokok dikawasan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat bermain anak, tempat ibadah dan angkutan umum, meskipun berada didalam batas terluar kawasan. |
| Pasal 5 |  |
| 1. KTR sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf (f) dan huruf (g) dapat menyediakan tempat khusus untuk merokok. | Tempat khusus untuk merokok dapat disediakan hanya pada tempat kerja dan tempat lain yang tidak termasuk dalam jenis dan kategori ayat lainnya. |
| 1. Tempat khusus untuk merokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi persyaratan:    1. Merupakan ruang terbuka atau ruang yang berhubungan langsung dengan udara luar sehingga udara dapat bersirkulasi dengan baik:    2. Terpisah dari gedung/tempat/ruang utama dan ruang lain yang digunakan untuk beraktivitas;    3. Jauh dari pintu masuk dan keluar; dan    4. Jauh dari tempat orang berlalu-lalang. | Standar prosedur dari pembentukan penyedian tempat khusus untuk merokok. Tempat ini dapat disesuaikan dengan ketentuan lain dalam peraturan. |
| Pasal 7 |  |
| 1. Menteri Kesehatan melalui Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan bertugas untuk: 2. memberikan penyuluhan dan pengetahuan mengenai bahaya merokok bagi perokok dan perokok pasif; 3. menyediakan konseling berhenti merokok; 4. memberikan informasi dan edukasi, dan pengembangan kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat; dan 5. memberikan bimbingan teknis bagi penyediaan tempat khusus untuk merokok. | Kementerian kesehatan melakukan penyuluhan bahaya rokok, menyediakan konseling berhenti merokok, memberikan pengembangan atas perilaku hidup sehat di masyarakat. Kementerian memberikan bimbingan secara teknis dalam penyedian KTR. |
| (2) Menteri Dalam Negeri melalui Direktur Jenderal Pemberdayaan Masyarakat dan Desa bertugas untuk:   1. Mendorong pemerintah daerah menetapkan dan melaksanakan KTR di wilayahnya masing-masing; 2. Memfasilitasi pemerintah daerah dalam penyusunan dan pelaksanaan Peraturan Daerah provinsi dan kabupaten/kota tentang KTR; dan 3. Memberdayakan masyarakat dalam melaksanakan KTR. |  |
| Pasal 8 ayat (2) |  |
| (2) Gubernur melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan KTR di kabupaten/kota. | Gubernur memiliki tanggung jawab atas pembinaan dan pengawasan terhadap jalannya KTR di wilayah Kota/Kabupaten. |
| Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dilakukan melalui:   * 1. Sosialisasi dan koordinasi;   2. Pemberian pedoman;  1. Konsultasi; 2. Monitoring dan evaluasi; dan/atau 3. Pemberian penghargaan. | Ppembinaan dan pengawasan dilakukan dengan berbagai cara seperti sosialisasi dan korrdinasi kepada OPD, menciptakan pedoman serta berkonsultasi dengan berbagai instansi yang dilakukan secara berkala. Dari hasil pengawasan dan pembinaan dapat diberikan pernghargaan kepada instansi kawasan yang mematuhi agar tercipta iklim KTR yang saling mendukung. |
| Pasal 9 |  |
| 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. | Segala biaya yang digunakan untuk pembinaan dan pengawasan di dapatkan dengan melakukan penganggaran belanja pengeluaran daerah provinsi/kota/kabupaten. |
| B. EKONOMI |  |
| 1. Mendukung revisi Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 tentang Cukai, khususnya mengenai cukai rokok, sehingga diharapkan tingkat cukai rokok minimal 70%dari harga jual eceran. | Menjadi acuan program |
| 2. Mendukung penyederhanaan sistim cukai untuk memperkecil kesenjangan harga rokok termahal dan termurah. | Menjadi acuan program |
| 3. Mendukung penggunaan Dana Bagi Hasil Cukai HasilTembakau (DBHCHT) diarahkan untuk mengatasi dampak buruk rokok. | Menjadi acuan program |
| 4. Mendukung pelaksanaan mekanisme biaya tambahan (*surcharge)* sesuai Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah. | Menjadi acuan program |
| 5. Mendukung implementasi pelaksanaan, pemonitoran dan evaluasi pemanfaatan alokasi pajak rokok daerah untuk kesehatan | Menjadi acuan program |
| 6. Mendukung pelindungan petani tembakau melalui: | Menjadi acuan program |
| a. pembatasan impor daun tembakau. | Menjadi acuan program |
| b. pemberian dorongan upaya alih tanaman (cuaca ekstrim). | Menjadi acuan program |
| c. memperkuat posisi tawar petani. | Menjadi acuan program |
| d. mendorong penggunaan daun tembakau untuk non- rokok, melalui penelitian guna mencari kemungkinan pemanfaatan lain daun tembakau | Menjadi acuan program |
| 7. Mendukung industri rokok untuk mengekspor produknya. | Menjadi acuan program |
| C. PENDIDIKAN |  |
| 1. Mendukung sosialisasi bahaya konsumsi rokok   ke seluruh masyarakat khususnya peserta didik. | Adanya iklan bahaya konsumsi tembakau |
| 2. Mendukung komunitas, keluarga, dan lembaga pendidikan mengambil bagian dalam proses KIE dalam lingkungan masing-masing  3. Mendukung lembaga pendidikan melaksanakan KTR. | Adanya pemberdayaan masyarakat dan peraturan di lembaga penddikan |
| 4. Mendukung lembaga pendidikan memasukkan bahaya konsumsi rokok dalam kurikulum pendidikan. | Adanya kurikulum bahaya konsumsi rokok dalam pendidikan |
| 5. Mendukung lembaga pendidikan tidak menerima *sponsorship* dari industry rokok dan lembaga lain yang terkait rokok. | Larangan lembaga pendidikan menerima sponsorship dari industri rokok |
| D. SOSIAL BUDAYA |  |
| 1. Mendukung program penghentian merokok di semua fasilitas publik serta pengintegrasiannya dalam semua program pendidikan, kesehatan dan kesejahteraan sosial. | Perda KTR yang diperluas |
| 2. Mendukung pelaksanaan berbagai riset di bidang sosiokultural dan *behavioral* terkait dengan budaya danp erilaku merokok serta konsumsi produk tembakau lain. | Keterlibatan lembaga peneliti, perguruan tinggi dalam penelitian terkait soso kultural dan periaku |
| 3. Mendukung dikembangkannya mekanisme pemantauan dan pelaporan masyarakat terhadap intervensi industri dalam hal regulasi. | Penetapan mekanisme pemantauan dan pelaporan masyarakat terhadap intervensi industri |
| 4. Mendukung dikembangkannya mekanisme dalam sistem pelaporan dan penyelesaian keluhan (*complaint resolution*). | Penetapan mekanisme dalam sistem pelaporan dan penyelesaian keluhan. |
| 5. Mendukung dikembangkannya strategi substitusi tanaman tembakau, dan diversifikasi pemanfaatan tanaman tembakau. | Menjadi acuan program |
| 6. Mendukung dikembangkannya kebijakan dalam peningkatan kesejahteraan petani tembakau dan buruh industri rokok melalui upaya substitusi dan diversifikasi produk tembakau. | Menjadi acuan program |
| 7. Mendukung dikembangkannya kebijakan dan peraturan perundang -undangan untuk mengurangi rokok illegal | Menjadi acuan program |

Peraturan perundangan yang ada telah memperlihatkan adanya kebutuhan untuk membentuk Perda di tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota termasuk Provinsi Ibukota DKI Jakarta. Muatan materi dalam Perda yang akan dibangun adalah penjabaran dari peratuan dan perundangan di atas diperkuat dengan UU 23/2014 tentang pemerintahan Daerah. Dengan demikian, tidak ada pertentangan antara Perda yang akan dibangun dengan Peraturan perundangan.

# BAB 5 JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN

Pembangunan kesehatan pada dasarnya merupakan tanggung jawab semua elemen dari masyarakat dan pemerintah dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan menerapkan hidup sehat. Hal ini guna terwujudnya derajad kesehatan setinggi tingginya sebagai investestasi pembangunan sumber daya manusia dengan mewujudkan kebijakan KTR. Setiap manusia memiliki hak untuk mendapat dan menikmati udara bersih dan sehat dimana pemenuhan hak tersebut tidak dapat dilepaskan dari peran pemerintah.

Pemenuhan atas hak tersebut, tidak terlepas dari peran pemerintah dalam upaya memajukan, melindungi, dan memenuhi Hak Asasi Manusia yang dituangkan dalam kebijakan KTR. Kebijakan ini merupakan bentuk nyata kepedulian Pemprov DKI Jakarta untuk mewujudkan perlindungan dari pemerintah kepada warganya. Mengingat bahwa paparan asap rokok orang lain merupakan bentuk pelanggaran Hak Asasi Manusia bagi orang yang tidak perokok ,yang termasuk Bayi, balita, remaja, ibu hamil dan pria dewasa, sehingga dalam pembuatan kebijakan tentunya akan bersentuhan dengan orang lain dalam hal ini adalah perokok, upaya didalam perumusan kebijakan akan dilakukan secara proporsional.

Sasaran pengaturan KTR adalah setiap penduduk dan pendatang yang berada di wilayah Provinsi DKI Jakarta tanpa terkecuali. Pengaturan bukan hanya sisi *demand* saja(orang merokok) akan tetapi juga mengendalikan dari sisi *supply* hasil olahan tembakau dan turunannya (produksi, distribusi, pemasaran). Arah pengaturan tersebut untuk memberikan pengaturan yang lebih tegas dan komprehensif melingkupi perilaku orang merokok yang tidak menggangu dan membahayakan pihak lain, serta pengendalian produksi, distribusi, penjualan dan pemasaran produk tembakau dan turunannya.

Jangkauan pengaturan meliputi berbagai institusi milik pemerintah, swasta, masyarakat, dan tempat-tempat publik hingga kawasan tempat tinggal. Dengan demikian Perda KTR ini, diciptakan sebagai sarana pengendalian perilaku orang merokok agar menghargai orang lain yang tidak merokok guna memperoleh udara bersih dan sehat bagi lingkungan sekitar. Dengan pengendalian dalam Perda KTR, masyarakat diajak untuk saling memahami, menghormati dan memberikan Hak Asasi Manusia orang lain sehingga tercipta pemahaman yang utuh atas makna Hak Asasi Manusia yang sebenarnya. Meskipun merubah paradigma dan kebiasaan suatu hal yang tidak sederhana, tetapi hal ini merupakan dasar dari tatanan kehidupan yang sesuai dengan citra kemanusia yang adil dan beradab.

Kepatuhan dalam penerapan kawasan tanpa rokok dapat efektif, pada hakekatnya dengan menerapkan kebijakan kawasan tanpa rokok yang tidak hanya ditujukan bagi perokok, tetapi pengaturan lebih ketat dan tegas untuk adanya larangan pembelian rokok oleh warga dengan umur dibawah 18 tahun yang dibentuk dalam peraturan lainnya melalui Peraturan Gubernur. Pengaturan ditujukan juga bagi setiap orang yang melakukan aktivitas berkaitan dengan merokok di kawasan-kawasan yang telah ditetapkan dengan meliputi larangan menjual, mengiklankan produk rokok ditempat publik.

Selain itu, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 menetapkan bahwa Kawasan Tanpa Rokok meliputi: fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, dan tempat umum dan tempat lainnya yang ditetapkan; dan pemerintah daerah wajib menetapkan Kawasan Tanpa Rokok di wilayahnya.

Dalam rangka penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan (Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 Pasal 49), pemerintah daerah wajib mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok di wilayahnya dengan Peraturan Daerah. Selain dilarang merokok, pada Kawasan Tanpa Rokok tersebut diatur pula mengenai larangan kegiatan menjual, mengiklankan, memproduksi, dan mempromosikan rokok. Bahkan pemerintah daerah mengatur lebih lanjut ketentuan- ketentuan iklan rokok di media luar ruang di wilayahnya (Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 Pasal 34).

Penyusunan Rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok didasarkan pada asas pencapaian derajat kesehatan manusia dan kualitas lingkungan hidup yang optimal di daerah, sehingga pemerintah daerah dapat menetapkan ketentuan-ketentuan lebih lanjut yang diperlukan sesuai dengankebutuhan berdasarkan kaidah-kaidah logis dan ilmiah untuk melindungi masyarakat dari bahaya merokok.

Peraturan pelaksanaan Kawasan Dilarang Merokok yang berlaku saat ini, yaitu Peraturan Gubernur Nomor 88 Tahun 2010 tentang Perubahan atas Peraturan Gubernur Nomor 75 Tahun 2005 tentang Kawasan Dilarang Merokok dan Peraturan Gubernur Nomor 50 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Pembinaan, Pengawasan dan Penegakan Hukum Kawasan Dilarang Merokok telah memuat prinsip-prinsip dasar dan tata laksana penerapan dan penegakan Kawasan Dilarang Merokok yang cukup efektif sehingga dalam pelaksanaannya telah menunjukkan kemajuan seperti diperlihatkan pada Bab I Pendahuluan dalam Naskah Akademis ini. Oleh karena itu, ketentuan-ketentuan yang tercantum dalam peraturan-peraturan tersebut yang telah sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku harus diakomodir dan diperkuat dalam Rancangan Peraturan daerah kawasan tanpa rokok.

Berikut ini disampaikan materi muatan Rancangan Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok:

## 5.1 Ketentuan umum

Bagian ini bersifat umum dan terdiri dari bab-bab yang meliputi ketentuan umum, asas dan tujuan. Bab Ketentuan Umum memuat batasan pengertian dan atau definisi mengenai istilah-istilah dalam rancangan peraturan daerah. Asas yang digunakan penting disampaikan sebagai ruh dari peraturan. Tujuan dari peraturan menjadi dasar.

Ketentuan umum yang memuat pengertian di bawah ini:

1. Daerah adalah Provinsi Dearah Khusus Ibukota Jakarta.
2. Pemerintah Daerah adalah Gubernur dan Perangkat Daerah sebagai unsur Penyelenggara Pemerintahahan daerah.
3. Gubernur adalah Kepala daerah Provinsi Dearah Khusus Ibukota Jakarta.
4. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah yang selanjutnya disebut DPRD, adalah dewan perwakilan rakyat daerah Provinsi Dearah Khusus Ibukota Jakarta
5. Rokok adalah salah satu produk tembakau dalam bentuk cair, padat atau *liquid* yang dimaksudkan untuk dibakar, dihisap, dan/atau dihirup termasuk rokok daun nipah, rokok kretek, rokok putih, cerutu, shisha, rokok elektronik atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman Nicotiana Tabacum, Nicotiana Rustica dan spesies lainnya atau sintetisnya yang asapnya mengandung nikotin, tar, dan zat adiktif dengan atau tanpa bahan tambahan.
6. Merokok adalah kegiatan membakar dan/atau menghisap rokok.
7. Kawasan Tanpa Rokok, yang selanjutnya disingkat KTR, adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan atau mempromosikan produktembakau.
8. Asap Rokok Orang Lain (AROL) adalah asap yang keluar dari rokok yang menyala atau dari produk tembakau lain yang biasanya dengan kombinasi asap rokok yang dihembuskan oleh perokok.
9. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan,baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/ataumasyarakat.
10. Tempat proses belajar mengajar adalah tempat berlangsungnya kegiatan Belajar mengajar atau pendidikan dan pelatihan seperti sekolah, Madrasah, perguruan tinggi, tempat kursus, TPA/TPSQ, termasuk Ruang perpustakaan, ruang praktek atau laboratorium,museum dan sejenisnya.
11. Tempat ibadah adalah bangunan atau ruang tertutup yang memiliki ciri tertentu yang khusus dipergunakan untuk beribadah bagi para pemeluk setiap agama secara permanen, tidak termasuk tempat ibadah keluarga.
12. Tempat anak bermain adalah tempat terbuka atau tertutup yang diperuntukkan untuk kegiatan aktivitas oleh usia anak-anak seperti tempat penitipan anak, tempat pengasuhan anak, tempat bermain anak-anak dan lainnya.
13. Angkutan Umum adalah alat angkutan bagi masyarakat yang dapat berupa kendaraan darat, air, dan udara yang penggunaannya dengan kompensasi.
14. Tempat kerja adalah tiap ruangan atau lapangan, tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap dimana tenaga kerja bekerja, atau sering dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha.
15. Tempat umum adalah semua tempat tertutup yang dapat diakses oleh masyarakat umum dan/atau tempat yang dimanfaatkan bersama-sama untuk kegiatan masyarakat, terlepas dari kepemilikan atau hak untuk menggunakan yang dikelola oleh negara, swasta, dan/atau masyarakat.
16. Pimpinan dan/atau penanggungjawab adalah pengelola, manajer, pimpinan, penanggung jawab, dan pemilik pada Kawasan Tanpa Rokok yang diatur dalam Peraturan Daerah ini.
17. Satuan Kerja Perangkat Daerah yang selanjutnya disebut SKPD adalah Unit Kerja Pemerintah Daerah yang rnernpunyai tugas mengelola anggaran dan barangdaerah.

5.2 Materi Yang DiaturBagian ini merupakan inti dari peraturan, berisi muatan materi yang akan diatur dalam beberapa bagian dan bab:

* Bab dan bagian yang berisikan muatan;

materi diantaranya Kawasan Tanpa Rokok, penyelenggaraan KTR, dan deskripsi setiap KTR;

* Bab dan bagian yang menjelaskan pengaturan penjualan, promosi dan sponsorship produk tembakau;
* Bab dan bagian yang memuat peran serta masyarakat, pembinaan, dan pengasan. Asas Penetapan Kawasan Tanpa Rokok(KTR) dilaksanakan berdasarkan asas:
  1. Asas

Penetapan KTR dilaksanakan berdasarkan asas:

* + 1. Kepentingan kualitas kesehatan manusia adalah adalah asas yang mengarahkan agar penyelenggaraan Kawasan Tanpa Rokok ditujukan untuk kepentingan menjaga kualitas kesehatan manusia secara keseluruhan, baik perokok aktif maupun perokok pasif dan masyarakat padaumumnya;
    2. Kelestarian dan keberlanjutan ekologi adalah asas yang menetapkan bahwa setiap orang memikul kewajiban dan tanggung jawab menjaga kesehatan lingkungan dengan cara menciptakan tempat tertentu menjadi bebas dari asap rokok yang membahayakan kesehatan manusia dalam rangka melestarikan fungsi lingkungan demi keberlanjutan ekologi dalam mendukung kehidupan manusia dan mahluk hidup lain;
    3. Perlindungan hukum adalah adalah asas yang menjamin terlindunginya secara hukum para pihak yang terkait dengan penyelenggaraan Kawasan Tanpa Rokok dalam rangka mewujudkan hak atas kesehatan warga masyarakat;
    4. Keseimbangan antara hak dan kewajiban adalah asas yang menempatkan pengaturan penyelenggaraan kawasan tanpa rokok haruslah dalam keseimbangan antara hak dan kewajiban, baik dari sisi negara, perokok aktif, perokok pasif, maupun masyarakat pada umumnya;
    5. Keterpaduan adalah asas yang menentukan bahwa kebijakan penyelenggaraan Kawasan Tanpa Rokok haruslah dilakukan dalam suatu langkah keterpaduan untuk menyatukan berbagai sektor urusan pemerintahan dalam satu kesamaanpersepsi;
    6. Keadilan adalah asas yang menetapkan bahwa pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dilakukan harus mencerminkan keadilan secara proporsional bagi setiap warga negara, baik lintas generasi maupun lintasgender;
    7. Keterbukaan dan peran serta adalah asas yang menetapkan bahwa setiap anggota masyarakat didorong untuk berperan aktif dalam proses pengambilan keputusan dan pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok, baik secara langsung maupun tidak langsung;dan
    8. Akuntabilitas adalah adalah asas yang menentukan bahwa setiap kegiatan dan hasil akhir penyelenggaraan Kawasan Tanpa Rokok harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
  1. Tujuan

Penetapan Kawasan Tanpa Rokok bertujuan untuk:

* 1. Memberikan perlindungan dari bahaya asap rokok bagi perokok aktif dan/atau pemaparan asap rokok pada oranglain;
  2. Memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagimasyarakat;
  3. Membudayakan hidup sehat;dan
  4. Menekan angka pertumbuhan perokok pemula.
  5. Prinsip

Prinsip penerapan Kawasan Tanpa Rokok adalah:

a. Kegiatan merokok pada KTR adalah bertentangan dengan hukum;

b. Disediakan ruang merokok khusus di tempat umum/tempat kerja tertutup dengan syarat:

(1) Merupakan ruang terbuka atau ruang yang berhubungan langsung dengan udara luar sehingga udara dapat bersirkulasi dengan baik;

(2) Terpisah dari gedung/tempat ruang utama dan ruang lain yang digunakan untuk beraktifitas;

(3) Jauh dari pintu masuk dan keluar;dan

(4) Jauh dari tempat orang berlalu-lalang.

c. Pemaparan asap rokok pada orang lain melalui kegiatan merokok, atau tindakan mengijinkan dan/atau membiarkan orang merokok di KTR adalah bertentangan dengan hukum.

* 1. Ruang Lingkup

Ruang lingkup Kawasan Tanpa Rokok meliputi:

* + 1. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah 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 tempat berlangsungnya kegiatan Belajar mengajar atau pendidikan dan pelatihan seperti sekolah, Madrasah, perguruan tinggi, tempat kursus, TPA/TPSQ, termasuk Ruang perpustakaan, ruang praktek atau laboratorium, museum dan sejenisnya;
    3. Tempat ibadah adalah sarana untuk rnelaksanakan kegiatan keagamaan seperti masjid, mushollah, gereja, kapel, pura, wihara, klenteng dan tempat ibadah lainnya;
    4. Tempat anak bermain tempat yang diperuntukkan untuk kegiatan anak-anak seperti tempat penitipan anak, tempat pengasuhan anak, tempat bermain anak- anak dan lainnya;
    5. Angkutan umum adalah alat angkutan bagi masyarakat yang berupa kendaraan darat, air dan udara;
    6. Tempat kerja adalah tiap ruangan atau lapangan, tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap dimana tenaga kerja bekerja, atau sering dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha;dan
    7. Tempat umum adalah sarana yang dapat digunakan oleh lapisan masyarakat untuk berbaga ikegiatan.
    8. Tempat lain yang ditetapkan.
  1. Kawasan Tanpa Rokok sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c, huruf d, huruf e dan huruf f merupakan kawasan yang bebas dari asap rokok hingga batas pagar terluar atau dengan batas lainnya yang ditentukan. Kawasan Tanpa Rokok sebagaimana dimaksud dalam huruf g merupakan kawasan yang bebas dari asap rokok hingga batas kucuran air dari atap paling luar.
  2. Kewajiban dan Larangan

Kewajiban dan larangan yang ditetapkan pada Kawasan Tanpa Rokok adalah:

* + 1. Setiap orang dilarang merokok diKTR.
    2. Setiap orang/badan dilarang mempromosikan, mengiklankan, menjual rokok di Kawasan Tanpa Rokok;
    3. Larangan menjual dan membeli sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dikecualikan untuk tempat umum yang memiliki ijin untuk mempromosikan, mengiklankan, menjual rokok.
  1. Setiap pimpinan atau penanggung jawab KTR sebagaimana dimaksud pada poin 6 wajib:
     1. Melakukan pengawasan internal pada tempat dan/atau lokasi yang menjadi tanggungjawabnya.
     2. Melarang setiap perokok di KTR di wilayah yang menjaditanggungjawabnya.
     3. Meniadakan asbak atau sejenisnya pada tempat dan/atau lokasi yang menjadi tanggungjawabnya.
     4. Memasang tanda-tanda dilarang merokok sesuai persyaratan di semua pintu masuk utama dan di tempat-tempat yang dipandang perlu dan mudah terbaca dan/atau didengar dengan baik.
  2. Peran Serta Masyarakat
     1. Masyarakat dapat berperan aktif dalam mewujudkanKTR.
     2. Peran serta masyarakat dapat berbentuk:
        1. Pengawasan pelaksanaan Peraturan Daerah ini;
        2. Pemberian bimbingan dan penyuluhan serta penyebarluasan data dan/atau informasi dampak rokok bagi kesehatan.
  3. Setiap orang dapat ikut serta memberikan bimbingan dan penyuluhan dampak rokok bagi kesehatan kepada keluarga dan/ atau lingkungannya. Setiap warga masyarakat berkewajiban ikut serta memelihara dan meningkatkan kualitas udara yang sehat dan bersih serta bebas dan asap rokok.
  4. Pembinaan Dan Pengawasan
     1. Pihak yang melakukan pembinaan adalah:
        1. Gubernur bersama dengan Walikota melakukan pembinaan seluruh KTR diwilayahnya.
        2. Gubernur mendelegasikan pembinaan KTR kepada Kepala SKPD.
        3. Pembinaan KTR dilaksanakan oleh SKPD yang mempunyai tugas pokok dan fungsi sesuai dengan tempat yang dinyatakan sebagai KTR.
     2. SKPD sebagaimana dimaksud pada poin 10 terdiridari:
        1. SKPD yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kesehatan melakukan pembinaan terhadap KTR fasilitas pelayanan kesehatan;
        2. SKPD yang tugas pokok dan fungsinya di bidang pendidikan dan bidang sosial melakukan pembinaan terhadap KTR tempat proses belajar mengajar dan tempat anak bermain dan/atau berkumpulnya anak-anak;
        3. SKPD yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kesejahteraan rakyat melakukan pembinaan terhadap KTR tempat ibadah;
        4. SKPD yang tugas pokok dan fungsinya di bidang perhubungan melakukan pembinaan terhadap KTR angkutan umum;
        5. SKPD yang tugas pokok dan fungsinya di bidang olahraga melakukan pembinaan terhadap KTR fasilitas olahraga;
        6. SKPD yang tugas pokok dan fungsinya di bidang ketenagakerjaan melakukan pembinaan KTR tempat kerja;dan
        7. SKPD yang tugas pokok dan fungsinya di bidang pariwisata dan bidang perhubungan melakukan pembinaan KTR tempat umum;
        8. SKPD yang tugas dan fungsinya di bidang ketertiban umum melakukan pembinaan seluruh KTR.
        9. Ketentuan lebih lanjut mengenai pembinaan KTR diatur dalam Peraturan Gubernur.

1. Pembinaan pelaksanaan KTR dalam rangka pengembangan kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat.
2. Pembinaan pelaksanaan KTR dilaksanakan oleh SKPD sesuai bidang tugasnya dan/atau wewenangnya di bawah koordinasi Dinas Kesehatan.
3. Pembinaan pelaksanaan KTR antara lain berupa:
   1. Pemasangan tanda-tanda dilarang merokok;
   2. Pemberian bimbingan dan/atau penyuluhan;
   3. Pemberdayaan masyarakat;dan
   4. Menyiapkan petunjuk teknis.
4. Pembinaan dapat dilakukan oleh:
   1. Masing-masing SKPD dengan melaksanakan berbagai kegiatan pembinaan dalam rangka pembinaan pelaksanaan KTR;
   2. Masing-masing SKPD dengan bekerja sama dengan masyarakat, badan atau lembaga dan/atau organisasi kemasyarakatan.
   3. Pengawasan

Pihak yang melakukan pengawasan adalah:

* + 1. SKPD bersama-sama masyarakat dan/atau badan/atau lembaga dan/atau organisasi kemasyarakatan melakukan pengawasan pelaksanaan KTR.
    2. Pengawasan KTR dilaksanakan oleh SKPD yang mempunyai tugas pokok dan fungsi sesuai dengan tempat yang dinyatakan sebagai KTR.
    3. Hasil pengawasan wajib dilaporkan oleh masing-masing SKPD sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah setiap 1 (satu) bulan sekali.
    4. Ketentuan lebuh lanjut mengenai pengawasan KTR diatur dalam Peraturan Gubernur.
    5. Pimpinan dan/atau penanggungjawab KTR wajib melakukan inspeksi dan pengawasan di KTR yang menjadi tanggungjawabnya.
    6. Pimpinan dan/atau penanggungjawab KTR wajib melaporkan hasil inspeksi dan pengawasan kepada SKPD terkait setiap 1 (satu) bulan sekali.
    7. Dinas Kesehatan dan Satpol PP berkoordinasi dengan SKPD lainnya wajib melakukan inspeksi dan pengawasan ke seluruh gedung di wilayah kerjanya.
    8. Dinas kesehatan selanjutnya melaporkan hasil inspeksi dan pengawasan kepada Gubernur.
    9. Dalam hal penegakan hukum, Dinas Kesehatan, Satpol PP dan SKPD lainnya melakukan operasi tindak pidana ringan (operasi tipiring) minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan.
  1. Ketentuan Penyidikan

Penyidikan terkait pelanggaran KTR dilakukan dengan cara:

* + 1. Penyidik pegawai negeri sipil di lingkungan pemerintah daerah berwenang melakukan penyidikan terhadap tindak pidana pelanggaran Peraturan Daerah ini.
    2. Penyidik dalam melaksanakan tugas mempunyai wewenang:
       1. Menerima laporan atau pengaduan dari seseorang mengenai adanya tindak pidana atas pelanggaran peraturan daerah;
       2. Melakukan tindakan pertama dan pemeriksaan di tempatkejadian;
       3. Menyuruh berhenti seseorang dan memeriksa tanda pengenal diri tersangka;
       4. Melakukan penyitaan benda atau surat;
       5. Mengambil sidik jari dan memotret seseorang;
       6. Memanggil orang untuk didengar dan diperiksa sebagai tersangka atau saksi;
       7. Mendatangkan ahli yang diperlukan dalam hubungannya dengan pemeriksaan perkara;
       8. Mengadakan penghentian penyidikan setelah mendapat petunjuk dari penyidik POLRI bahwa tidak terdapat cukup bukti atau peristiwa tersebut bukan merupakan tindak pidana dan selanjutnya melalui penyidik memberitahukan hal tersebut kepada penuntut umum, tersangka atau keluarganya;
    3. Mengadakan tindakan lain menurut hukum yang dapat dipertanggungjawabkan.
    4. Penyidik tidak berwenang melakukan penangkapan dan/atau penahanan.
    5. Penyidik Pegawai Negeri Sipil membuat berita acara setiap tindakan dalam hal:
       1. Pemeriksaan tersangka;
       2. Memasuki rumah dan/atau tempat tertutup lainnya;
       3. Penyitaan barang;
       4. Pemeriksaan saksi;
       5. Pemeriksaan di tempat kejadian;
       6. Pengambilan sidik jari dan pemotretan

## 5.3. Ketentuan sanksi pada Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta tentang Kawasan Tanpa Rokok

* 1. Sanksi Administratif
     1. Pimpinan dan/atau penanggungjawab KTR dapat dikenakan sanksi berupa:
        1. Peringatan tertulis;
        2. Paksaan pemerintahan untuk menjalankan sanksi sosial;
        3. Uang paksa;dan/atau
        4. Pencabutan izin.
     2. Tata cara pemberian sanksi administratif di KTR:
        1. Gubernur dan/atau kepala SKPD terkait memberikan peringatan tertulis kepada pimpinan atau penanggungjawab KTR.
        2. Apabila dalam waktu 1 (satu) bulan sejak peringatan tertulis diberikan, pimpinan dan/atau penanggungjawab KTR belum memenuhi ketentuan sebagaimana tercantum dalam peringatan tertulis, maka kepada pimpinan dan/atau penanggungjawab KTR dimaksud diberikan sanksi berupa paksaan pemerintahan atau uang paksa atau pencabutan izin.
        3. Petugas PPNS dan Tim Penegakan dapat melakukan penegakan kepada Setiap orang yang merokok di tempat atau area yang dinyatakan sebagai KTR dan memberikan sanksi langsung kepada pelanggar kawasan perorangan dengan melakukan denda atau sanksi sosial.
        4. Sanksi sebagaimana dimaksud di atas diberikan oleh Gubernur atau pejabat yang berwenang.
  2. Sanksi Pidana
     1. Setiap orang yang merokok di tempat atau area yang dinyatakan sebagai KTR sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) hari atau denda paling sedikit Rp 100.000,00 (serratus ribu rupiah) dan paling banyak Rp 500.000,00 (seratus ribu rupiah) untuk setiap kali pelanggaran.
     2. Setiap orang/badan yang mempromosikan, mengiklankan, menjual, dan/atau membeli rokok di tempat atau area yang dinyatakan sebagai KTR, dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (tujuh) hari atau denda paling banyak Rp.1.500.000,- (satu juta lima ratus ribu rupiah).
     3. Setiap pengelola KTR yang tidak melakukan pengawasan internal, membiarkan orang merokok, tidak menyingkirkan asbak atau sejenisnya, dan tidak memasang tanda-tanda dilarang merokok di tempat atau area yang dinyatakan sebagai KTR dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga hari) hari atau denda paling banyak Rp. 2.500.000,- (dua juta lima ratus ribu rupiah).
     4. Denda dibayarkan langsung ke rekening Kas Daerah setelah ditetapkan oleh hakim sidang Pengadilan Negeri Jakarta Pusat.

## 5.4. Ketentuan Peralihan

* + - * 1. Sebelum pelaksanaan sanksi terhadap Kawasan Tanpa Rokok, dilaksanakan pembinaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal11.

1. Pembinaan dilakukan paling lama 1 (satu) tahun sejak Peraturan Daerah ini diundangkan.

## 5.5. Ketentuan Penutup

Peraturan Daerah ini mulai berlaku pada saat diundangkan.

# BAB 6 PENUTUP

## 6.1 Kesimpulan

Ditinjau dari sudut kesehatan, rokok merupakan faktor resiko kematian dan kesakitan yang menimbulkan kesengsaraan umat manusia serta penurunan kualitas hidup serta bertentangan dengan pembangunan manusia Indonesia. Dari sisi kesehatan, lingkungan dan ekonomi, perilaku buruk konsumsi rokok melanggar Hak Asasi Manusia dan merupakan sarana pemiskinan masyarakat. Berdasarkan aspek legal, rokok merupakan zat adiktif yang mana perlu diatur untuk pengamanan baik produksi, distribusi maupun penggunaannya. Untuk itu telah dibentuk draft peraturan tentang KTR yang bermaksud mengatur, mengamankan dan mengendalikan zat adiktif tersebut.

Masyarakat DKI Jakarta, termasuk mereka yang merokok sekalipun sependapat tentang pentingnya pengaturan perilaku buruk merokok untuk mencegah bahaya terutama bagi generasi muda. Demikian pula halnya para pemegang kepentingan di DKI Jakarta sepakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah ini dalam bentuk pengaturan KTR yang diperluas sesuai kebutuhan DKI Jakarta.

Penetapan kawasan tanpa rokok merupakan amanah undang-undang yang harus diwujudkan oleh pemerintahan daerah, termasuk Provinsi DKI Jakarta. Perda yang akan dibangun didasarkan pada perintah UU 36/2009 tentang Kesehatan dan PP 109/2012 tentang Pengamanan Zat Adiktif dalam Bentuk Produk Tembakau. Selain itu, Perda yang akan dibangun juga memperhatikan UU 23/2014 tentang Pemerintahan Daerah, memungkinkan pelaksanaan otonomi daerah yang harmonis dan konkuren antara pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota.

Maka berdasarkan uraian di atas yang didasarkan pada penelitian dokumen dan pengkajian peraturan perundang-undangan di atas maupun masukan dari para peserta diskusi terpumpun dan berbagai kalangan pihak terkait (*stake holders*), maka dapat disimpulkan dan sekaligus disarankan sebagai berikut:

1. Draft Rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok yang bersifat komprehensif harus segera dibuat, baik inisiatifnya datang dari DPRD maupun dari Pemerintah Provinsi DKI Jakarta.

2. Naskah Akademik dan Draft Rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok ini terbuka untuk disempurnakan oleh pihak- pihak terkait. Dan diharapkan Rancangan Peraturan Daerah ini yang sudah dibahas sejak tahun 2010 dapat segera diterapkan menjadi Peraturan Daerah di Provinsi DKI Jakarta di tahun 2020 ini.

## 6.2 Saran

Peraturan Daerah adalah instrumen dan sarana agar pembangunan untuk kesejahteraan masyarakat DKI Jakarta dapat diwujudkan dengan nyata. Namun demikian, efektifitas Perda sangat tergantung pada implementasi kebijakan dan penegakan aturan. Komitmen dan konsistensi seluruh stakeholder, temasuk birokrat dan masyarakat dalam implementasi Perda merupakan suatu prasyarat agar efektifitasnya dapat dicapai sesuai harapan.

Penegakkan aturan membutuhkan keberanian dan ketegasan dari aparat. Namun demikian, mengingat zat adiktif sangat memengaruhi perilaku manusia, maka kesabaran dan ketekunan sangat dibutuhkan dalam penyadaran, pendidikan serta pencarian jalan keluar bagi permasalahan tersebut diatas. Selain itu juga dibutuhkan keberanian serta kerjasama masyarakat untuk menyelesaikan permasalahan adiksi tanpa menimbulkan konflik yang tidak perlu.

Implikasi dari Perda membutuhkan perubahan dalam sistem kesehatan, sistem administrasi dan sistem sosial. Dukungan sumber daya dari pemerintah dan masyarakat sangat dibutuhkan dalam mensukseskan implementasi kebijakan tersebut yang bersifat multi sektor. SKPD terkait perlu menyusun strategi dan roadmap agar tersusun operasionalisasi Perda yang harmonis serta sinergis.

# DAFTAR PUSTAKA

# Literatur ilmiah dan Artikel Media

*“Details|Tobacco Control Laws,”.* (t.thn.). Dipetik Agustus 3 , 2020, dari ttps://www.tobaccocontrollaws.org/legislation/country//summary.

Anak, Y. l. (2020). *Menuju Kota Layak Anak, Tanpa (iklan, promosi dan sponsor).* Jakarta: Yayasan lentara Anak.

Bustan, M. (2007). *Epidemiologi : Penyakit Tidak Menular, .* Jakarta: Rinneka Cipta.

Firmansyah, T. (2016, May 28 ). *200 Orang Meninggal Akibat Rokok Setiap Tahun*. Diambil kembali dari https://republika.co.id/berita/nasional/umum/16/05/28/o7vt17377-200-ribu-orang-meninggal-akibat-rokok-setiap-tahun

Forum Warga Kota Jakarta. (2019). *Survei KDM Di Mall Dan Pasar DKI Jakarta.* Jakarta: Forum Warga Kota Jakarta.

Grashinta, A. (2020). Aspek Psikologi Penerapan Sanksi. *FGD Urgensi Perda KTR DKI Jakarta.* Jakarta.

Harun, M. (2009). *Tembakau Ancaman Dunia.* Jakarta: Kompas Elek media komputindo.

health, r. o. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress.* USA: U.S. Department of Health and Human Services.

Hertanto, H. (2020). Kajian Penerapan Tindak Pidana Ringan Dalam Proses Peradilan Pidana. *FGD Urgensi Raperda Kawasan Tanpa Rokok DKI Jakarta.* Jakarta.

Huda, A. K. (2018). Gambaran Penyebab Perilaku Merokok Pada Anak Usia Sekolah. *Skripsi Fakultas Kesehatan UMS*, 4-6.

Indonesia, U. (2020). *Fakta Tembakau Indonesia .* Jakarta: IAKMI.

Indonesia, Y. L. (2008). *Survei Presepsi Masyarakat DKI Jakarta atas Peraturan Tanpa Rokok.* YLKI.

Jakarta, B. p.–P. (2006). *Lihat Dasar Hukum Pengendalian Pencemaran Udara dan Kawasan Dilarang Merokok, Jakarta, 2006, hal. 22.* Jakarta: BPLHD.

Jakarta, S. P. (2016). *Perihal Inspeksi Mendadak Penegakkan Hukum KDM.* Jakarta: Satpol PP DKI Jakarta.

Jeffrey Drope, P. a. (2018). *The Tobacco Atlas.* Georgia,USA: the American Cancer Society, Inc.

Kemenkes, B. P. (2019). *Global Youth Tobacco Survey Indonesia, .* Jakartaa: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

Lian, T. Y., & Dorotheo, U. (2018). *The Tobacco Control Atlas: ASEAN Region, Fourth Edition.* Bangkok: Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA) .

Litbang Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Riset Kesehatan Dasar 2018.* Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Organization, W. H. (2008). *WHO report on the Global Tobacco Epidemic; The Mpower.* Geneva: WHO.

Organization, W. H. (2020). *Pernyataan Hari Tanpa Tembakau Sedunia 2020*. Dipetik Juni 13, 2020, dari https://www.who.int/indonesia/news/detail/30-05-2020-pernyataan-hari-tanpa-tembakau-sedunia-2020.

P2PTM Kemenkes RI. (2019, Januari 02 ). *Kampung Tanpa Rokok Di Jakarta Turunkan Jumlah Perokok*. Diambil kembali dari Kampung Tanpa Rokok Di Jakarta Turunkan Jumlah Perokok: http://www.p2ptm.kemkes.go.id/artikel-sehat/kampung-tanpa-rokok-di-jakarta-turunkan-jumlah-perokok

Priherdityo, E. (t.thn.). *WHO:Rokok Bunuh, Sepertiga Populasi Manusia Pada 2023*. Dipetik March 3, 2019, dari https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20170112183607-255-185919/who-rokok-bunuh-sepertiga-populasi-manusiapada-.

RI, L. K. (2018). *Riset Dasar Kesehatan Provinsi DKI Jakarta 2018.* Kementerian Kesehatan.

Statistik, B. P. (2019). *STATISTIK KESEJAHTERAAN RAKYAT 2019.* Badan Pusat Statistik.

Sukendro, S. (2007.). *Filosofi Rokok.* Yogyakarta: Pinus Book Publisher.

Wibowo, A. S. (2020). Perumusan Sanksi dalam Perda KTR. *FGD Urgensi Raperda Kawasan Tanpa Rokok DKI Jakarta.*

“Malaysia Details | Tobacco Control Laws.” Diakses 3 Agustus 2019. https://www.tobaccocontrollaws.org/legislation/country/malaysia/summary.

“Smoking in Singapore: Legal Age and Penalties for Illegal Smoking.” SingaporeLegalAdvice.com. Diakses 19 Juli 2019. https://singaporelegaladvice.com/law-articles/smoking-singapore-legal-age-penalties-illegal/.

“Singapore Details | Tobacco Control Laws.” Diakses 3 Agustus 2019. https://www.tobaccocontrollaws.org/legislation/country/singapore/summary.

# Peraturan Perundang-Undangan

Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.

Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.

Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.

Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2007 tentang Penataan Ruang.

Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik.

Undang-Undang Nomor 22 Tahun 2009 tentang Lalu Lintas dan Angkutan Jalan.

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.

Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 Tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan

*Act To Prohibition Smoking Singapore Act 39 of 2018 wef 01/01/2019*

*Federal Law Regulation on Smoking Free of Australia*

*Framework Convention On Tobacco Control –* Kerangka Kerja Pengendalian Tembakau

Warta Kerajaan Negara Malaysia Tentang Peraturan-peraturan Kawalan hasil Tembakau 2004

Peraturan Gubernur Nomor 75 Tahun 2005 Tentang Kawasan Dilarang Merokok.

Peraturan Gubernur Nomor 88 Tahun 2010 Tentang Perubahan Peraturan Gubernur Nomor 75 Tahun2005 Tentang Kawasan Dilarang Merokok

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

Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 1999 tentang Pengendalian Pencemaran Udara.

Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah.

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

# LAMPIRAN 1

DRAF PERDA

1. Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945 [↑](#footnote-ref-1)
2. *The Tobacco Atlas Sixth Edition*, 2018 (<https://tobaccoatlas.org/topic/prevalence/>) [↑](#footnote-ref-2)
3. Balitbangkes, *Laporan Riskesdas 2018*, Kementerian Kesehatan, Jakarta, 2018 [↑](#footnote-ref-3)
4. IAKMI, *Fakta Tembakau Indonesia 2020,* Iakmi-TCSC, Jakarta,2020 [↑](#footnote-ref-5)
5. Balitbangkes, *Laporan Provinsi DKI Jakarta Riskesdas 2018*, Kementerian Kesehatan, Jakarta, 2018 [↑](#footnote-ref-7)
6. Balitbangkes, *supranote1* [↑](#footnote-ref-8)
7. Badan Pusat Statistik , *Statistik Kesejahteraan Rakyat 2019*, BPS RI, Jakarta, 2020, hlm 118 [↑](#footnote-ref-10)
8. Terbahas secara detil dalam kajian teoritis Bab 2. [↑](#footnote-ref-11)
9. Balitbangkes, *supranote* [↑](#footnote-ref-12)
10. Lihat Dasar Hukum Pengendalian Pencemaran Udara dan Kawasan Dilarang Merokok, Jakarta, 2006, hlm. 22 [↑](#footnote-ref-13)
11. M.N. Bustan, Epidemiologi : Penyakit Tidak Menular, Jakarta: Rinneka Cipta, 2007 [↑](#footnote-ref-14)
12. Suryo Sukendro, Filosofi Rokok, Yogyakarta: Pinus Book Publisher, 2007. [↑](#footnote-ref-15)
13. *The Tobacco Atlas Sixth Edition*, *supranote2* [↑](#footnote-ref-17)
14. Muherman Harun, *Tembakau Ancaman Dunia,* Jakarta, Kompas Elek media komputindo, 2009, Hlm.10-16 [↑](#footnote-ref-18)
15. U.S. Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress,2014*  [↑](#footnote-ref-19)
16. *Gambaran Penyebab Perilaku Merokok Pada Anak Usia Sekolah*, Huda, K.A., Jurnal Keperawatan UMS, Surakarta, 2018 [↑](#footnote-ref-20)
17. *Global Youth Tobacco Survey Indonesia*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan, 2019 [↑](#footnote-ref-21)
18. Yayasan lentara Anak, Yayasan lentara Anak, menuju kota layak anak, tanpa (iklan, promosi dab sponsor) rokok, Lentera Anak, Jakarta, 2020 [↑](#footnote-ref-22)
19. *Id* [↑](#footnote-ref-23)
20. Putu Dwi Astuti, “Survei Tingkat Kepatuhan Kawasan Tanpa Rokok Jakarta-Bali-Medan.”,Udayana Center, dalam FGD mengukur Kepatuhan Kawasan Tanpa Rokok,15 Juli 2020 [↑](#footnote-ref-24)
21. *Id* [↑](#footnote-ref-25)
22. SEATCA, *The Tobacco Control Atlas Asean Region, Fourth Edition*, 2018 [↑](#footnote-ref-26)
23. [https://www.gov.sg/news/content/ecitizen---no-smoking-rules-in-](https://www.gov.sg/news/content/ecitizen---no-smoking-rules-in-singapore), akses 15 Juli 2019 11:39 [↑](#footnote-ref-27)
24. “ Details | Tobacco Control Laws,” diakses 3 Agustus 2019,https://www.tobaccocontrollaws.org/legislation/country//summary.“Details|Tobacco Control Laws,”diakses 3 Agustus 2019,

    https://www.tobaccocontrollaws.org/legislation/country//summary. [↑](#footnote-ref-28)
25. *Id.* [↑](#footnote-ref-29)
26. “Smoking in : Legal Age and Penalties for Illegal Smoking,” LegalAdvice.com, diakses 19 Juli 2019, https://legaladvice.com/law-articles/smoking--legal-age-penalties-illegal/. [↑](#footnote-ref-30)
27. *Id* [↑](#footnote-ref-31)
28. Isi pasal tersebut :

    *An individual who is caught smoking in a prohibited place is liable to a composition of $200. If convicted in Court, the offender may be liable to a fine of up to $1,000.* [↑](#footnote-ref-32)
29. Dalam Act To Prohibition Smoking dimuat dalam *Act 39 of 2018 wef 01/01/2019* [↑](#footnote-ref-33)
30. *Id* [↑](#footnote-ref-34)
31. Akta Makanan 1983 tentang Peraturan-peraturan Kawalan hasil Tembakau 2004 [↑](#footnote-ref-35)
32. *Id.,* dimuat dalam Pasal 13 Ayat (1) 13. (1) berisi orang belum dewasa yang merokok, mengunyah, membeli atau mempunyai dalam milikannya apa-apa hasil tembakau, sama ada untuk kegunaannya sendiri atau tidak, melakukan suatu kesalahan dan apabila disabitkan boleh didenda tidak melebihi satu ribu ringgit. [↑](#footnote-ref-36)
33. *Id.* [↑](#footnote-ref-37)
34. “Malaysia Details | Tobacco Control Laws,” diakses 3 Agustus 2019, https://www.tobaccocontrollaws.org/legislation/country/malaysia/summary. [↑](#footnote-ref-38)
35. Kontrol Produk Tembakau (Amandemen )No. 2,Peraturan 2015, reg. 2, PU(A) 304 [↑](#footnote-ref-39)
36. <https://www.health.nsw.gov.au/tobacco/Pages/smoke-free-laws.aspx>, akses 15 Juli 2019 11:39 [↑](#footnote-ref-40)
37. “Jangan Sembarangan Merokok di Malaysia, Ini Denda yang Akan Dikenakan Bagi Pelanggar,” Bangka Pos, diakses 19 Juli 2019, https://bangka.tribunnews.com/2018/10/16/jangan-sembarangan-merokok-di-malaysia-ini-denda-yang-akan-dikenakan-bagi-pelanggar. [↑](#footnote-ref-41)
38. Diatur dalam pasal 11 ayat 2 : Mana-mana orang yang melanggar subperaturan (1) melakukan suatu kesalahan dan apabila disabitkan boleh d*Id*enda t*Id*ak melebihi sepuluh ribu ringgit atau dipenjarakan selama tempoh t*Id*ak melebihi dua tahun. [↑](#footnote-ref-42)
39. Dimuat dalam Akta Makanan 1983 tentang Peraturan-peraturan Kawalan hasil Tembakau 2004 pasal 13 ayat 1 : “Orang belum dewasa yang merokok, mengunyah, membeli atau mempunyai dalam milikannya apa-apa hasil tembakau, sama ada untuk kegunaannya sendiri atau tidak, melakukan suatu kesalahan dan apabila disabitkan boleh didenda tidak melebihi satu ribu ringgit” [↑](#footnote-ref-43)
40. Tobacco in Australia, “Foreword: Tobacco Control in Australia,” diakses 20 Juli 2019, https://www.tobaccoinaustralia.org.au/foreword. [↑](#footnote-ref-44)
41. Termuat dalam Pasal 5B Ayat 3 yang mengatur tentang kawasan bebas asap rokok di Australia. [↑](#footnote-ref-45)
42. Termuat dalam Criminal Code 2002 Pasal 332A [↑](#footnote-ref-46)
43. Dimuat dalam Regulasi Smoke free public place act, 2003 Number 16 [↑](#footnote-ref-47)
44. <https://www.health.nsw.gov.au/tobacco/Pages/smoke-free-laws.aspx>, akses 15 Juli 2019 11:39 [↑](#footnote-ref-48)
45. Australia, “Foreword: Tobacco Control in Australia.” [↑](#footnote-ref-49)
46. Laporan Menindak-Lanjuti Surat Dari Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Smoke Free Jakarta Nomor 1/VII/SFJ/2016 Tanggal 26 Juli 2016 Perihal ”Inspeksi Mendadak Penegakkan Hukum KDM.” [↑](#footnote-ref-50)
47. YLKI, Hasil survei YLKI atas presepsi penerapan KTR di DKI Jakarta pada 2008, Jakarta , 2008 [↑](#footnote-ref-51)
48. Aully Grashinta, “Aspek Psikologi Penerapan Sanksi Tindak Pidana Ringan Perda KTR Dalam Membuat Efek Jera Pelanggar.”, Jakarta, 11 Agustus 2020 [↑](#footnote-ref-52)
49. Hertanto, “Suatu Analisis Terhadap Proses Pemeriksaan Tindak Pidana Ringan Dalam Rancangan Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok DKI Jakarta.”, Jakarta 11 Agustus 2020. [↑](#footnote-ref-53)
50. *Id* [↑](#footnote-ref-54)
51. Ari Subagio Wibowo, *Perumusan Sanksi-Sanksi Dalam Perda KTR,* FGD Urgensi KTR DKI Jakarta, 11 Agustus 2020. [↑](#footnote-ref-55)
52. Studi Pajanan Asap Rokok Orang Lain oleh BPLHD DKI Jakarta, Johns Hopkins School of Public Health dan Swisscontact Indonesia Foundation, 2009. [↑](#footnote-ref-56)
53. https://www.who.int/indonesia/news/detail/30-05-2020-pernyataan-hari-tanpa-tembakau-sedunia-2020 [↑](#footnote-ref-58)
54. Endro Priherdityo, “WHO:Rokok Bunuh, Sepertiga Populasi Manusia Pada 2023,” accessed March 3, 2019, https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20170112183607-255-185919/who-rokok-bunuh-sepertiga-populasi-manusia-pada-2030,. [↑](#footnote-ref-59)
55. Teguh Firmansyah, “200 ribu Orang Meninggal Akibat Rokok Setiap Tahun.”, <https://republika.co.id/berita/nasional/umum/16/05/28/o7vt17377-200-ribu-orang-meninggal-akibat-rokok-setiap-tahun>, Akses 10 Juli 2020 [↑](#footnote-ref-60)
56. Lihat Dasar Hukum Pengendalian Pencemaran Udara dan Kawasan Dilarang Merokok, Jakarta, 2006, hal. 22 [↑](#footnote-ref-61)
57. FAKTA, Survei KDM Di Mall Dan Pasar DKI Jakarta, FAKTA, Jakarta, 2019 [↑](#footnote-ref-62)
58. Yayasan Lentera Anak, s*upranote*, hlm 2 [↑](#footnote-ref-63)
59. P2PTM Kemenkes RI, Kampung tanpa rokok di Jakarta, turunkan jumlah perokok, <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/artikel-sehat/kampung-tanpa-rokok-di-jakarta-turunkan-jumlah-perokok>, Akses 14 Oktober 2020 [↑](#footnote-ref-64)