

NASKAH AKADEMIK
RANCANGAN PERATURAN DAERAH
KABUPATEN KARANGANYAR

NOMOR TAHUN 2019
TENTANG
KAWASAN TANPA ROKOK

DINAS KESEHATAN
KABUPATEN KARANGANYAR
TAHUN 2019

KATA PENGANTAR

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

Persentase prevalensi merokok pada populasi usia 10-18 tahun semakin meningkat, berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013 sebesar 7,2%, hasil Sirkesnas tahun 2016 sebesar 8,8% dan dari hasil Riskesdas 2018 sebesar 9,1%. Secara nasional 85,4% perokok merokok di dalam rumah bersama dengan anggota keluarganya.

Berdasarkan hasil pendataan PHBS yang dilaksanakan di Kabupaten Karanganyar selama 5 (lima) tahun terakhir ditemukan lebih dari 50% rumah tangga merokok, padahal dalam satu rumah tangga terdapat lebih dari 1 orang yang merokok. Anggota rumah tangga yang tidak merokok juga mendapatkan paparan asap rokok yang risikonya lebih berbahaya daripada yang merokok. Di dalam rumah tangga yang merokok ditemukan juga balita yang sangat rentan dengan bahaya asap rokok.

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

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Karanganyar,



dr. Cucuk Heru Kusumo, M.Kes.
Pembina Utama Muda
NIP. 19600105 198511 1 002

SISTEMATIKA NASKAH AKADEMIK

JUDUL	1
KATA PENGANTAR	2
DAFTAR ISI	3
BAB I PENDAHULUAN	4
A. LATAR BELAKANG	4
B. SASARAN YANG AKAN DIWUJUDKAN	10
C. IDENTIFIKASI MASALAH	10
D. TUJUAN DAN KEGUNAAN	10
E. METODE PENELITIAN	12
BAB II KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS	14
A. KAJIAN TEORETIS	14
B. PRAKTIK EMPIRIS	18
BAB III EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT	21
BAB IV LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS	24
BAB V JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN PERATURAN DAERAH	27
BAB VI PENUTUP	40
A. SIMPULAN	40
B. REKOMENDASI	42
DAFTAR PUSTAKA	43
LAMPIRAN RANCANGAN PERATURAN DAERAH KABUPATEN KARANGANYAR TENTANG KAWASAN TANPA ROKOK	

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

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

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

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

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

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

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

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, proporsi penduduk umur > 15 tahun yang merokok dan mengunyah tembakau cenderung meningkat, berdasarkan Riskesdas 2007 sebesar 34,2%, Riskesdas 2010 sebesar 34,7%, dan Riskesdas 2013 menjadi 36,3%. Proporsi terbanyak perokok aktif setiap hari pada umur 30-34 tahun sebesar 33,4% dan umur 35-39 tahun sebesar 32,2% yang merupakan penduduk usia produktif. Sedangkan rerata proporsi perokok setiap hari di Provinsi Jawa Tengah sebesar 22,9% dan perokok kadang-kadang sebesar 5,3% (Riskesdas, 2013).

Berdasarkan hasil pendataan PHBS yang dilaksanakan di Kabupaten Karanganyar selama 5 (lima) tahun terakhir ditemukan lebih dari 50% rumah tangga merokok, padahal dalam satu rumah tangga terdapat lebih dari 1 orang yang merokok. Anggota rumah tangga yang tidak merokok juga mendapatkan

paparan asap rokok yang risikonya lebih berbahaya daripada yang merokok. Di rumah-rumah tangga yang merokok ditemukan juga balita yang sangat rentan terhadap bahaya asap rokok.

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

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

Dalam tinjauan ekonomi rumah tangga (Susenas 2005), 70% rumah tangga di Indonesia memiliki belanja tembakau dan sirih. Sebesar 11,5% belanja bulanan keluarga miskin digunakan untuk membeli rokok. Sementara di keluarga kaya, belanja rokok mencapai 9,7%. Pada keluarga yang memiliki anggota keluarga perokok, belanja tembakau yang rata-rata 10,4% total belanja keluarga (4x lipat belanja daging, telur, dan susu) merupakan belanja kedua terbesar sesudah belanja padi-padian. Pengeluaran untuk membeli tembakau pada keluarga yang memiliki anggota keluarga perokok besarnya 3x belanja pendidikan (3,2%) dan hampir 4x belanja kesehatan (2,7%). Bisa dikatakan, keluarga yang memiliki anggota keluarga perokok lebih memilih membeli rokok daripada mengakses

ayanan kesehatan di PUSKESMAS. Ini berarti terjadi misalokasi sumber daya keluarga karena belanja rokok yang berupa pemborosan dan merusak kesehatan ternyata lebih besar daripada belanja untuk investasi sumber daya manusia. Data Susenas ini dikuatkan oleh hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2010 yang menunjukkan bahwa 100% rumah tangga termiskin di Indonesia memiliki kepala keluarga yang adalah perokok.

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

Berdasarkan hasil Susenas 2003-2013, besarnya pengeluaran rumah tangga untuk konsumsi rokok nomor 2 (dua) setelah kebutuhan makanan pokok beras pada keluarga miskin di Indonesia. Besarnya pengeluaran rumah tangga untuk makanan pokok/beras yaitu 15,51% sedangkan untuk rokok sebesar 12,56% dari pengeluaran total rumah tangga per hari.

Dari sisi medis, dampak konsumsi rokok terhadap kesehatan telah diketahui sejak lama. Hal ini dibuktikan oleh berbagai data dan fakta yang dimuat dalam ribuan artikel ilmiah. Berbagai penelitian dan pengkajian tersebut menunjukkan hubungan kausal antara konsumsi rokok dengan terjadinya berbagai penyakit. Dari penelitian tentang tembakau dan produk-produk yang berasal dari tembakau (rokok) dapat disimpulkan bahwa produk tembakau atau rokok membahayakan kesehatan si perokok dan lingkungannya. Konsumsi rokok mengakibatkan bahaya kesehatan bagi individu (perokok aktif) dan masyarakat lingkungannya (perokok pasif) karena di dalam sebatang rokok terdapat kurang lebih 4.000 (empat ribu) zat kimia antara lain nikotin yang bersifat adiktif dan tar yang bersifat karsinogenik. Kedua zat ini dapat mengakibatkan berbagai penyakit antara lain kanker, penyakit jantung dan pembuluh darah, impotensi,

- c) Aspek teori hukum, antara lain:
- (1) Prinsip-prinsip dalam pembentukan norma termasuk perumusan sanksi administrasi dan pidana atau bentuk-bentuk pelanggaran;
 - (2) Konstruksi bentuk sanksi baik sanksi administratif maupun pidana termasuk besarannya;
 - (3) Prosedur penegakan hukum acara pidana melalui mekanisme tindak pidana ringan.
- d) Aspek bahasa hukum, bahwa perumusan dilakukan sesuai kaidah bahasa hukum namun mudah dipahami setiap orang tanpa mengabaikan kaidah Bahasa Indonesia

BAB II

KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

A. KAJIAN TEORETIS

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

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

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

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

Mutu suatu negara tergantung pada kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan rakyat dengan baik, karena negara dibentuk untuk menyelenggarakan hidup yang baik bagi semua warganya. Dengan demikian, salah satu fungsi negara adalah memajukan kesejahteraan umum, yaitu dengan menciptakan satu basis kemakmuran bagi seluruh rakyat. Salah satu indikator kemakmuran itu adalah tingginya derajat kesehatan masyarakat dengan keserasian lingkungan. Sehat merupakan idaman setiap orang, yaitu kondisi dimana jiwa dan raga bebas dari penyakit. Bagi suatu bangsa, kesehatan adalah investasi pembangunan sekaligus modal untuk meningkatkan produktivitas warga negaranya.

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

1. **Kewajiban untuk menghormati** (*obligation to respect*), meliputi;
 - a. Kewajiban untuk menghormati persamaan akses atas pelayanan kesehatan dan tidak menghalangi orang-orang atau kelompok tertentu terhadap akses mereka terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia;
 - b. Kewajiban untuk menahan diri dari tindakan-tindakan yang dapat menurunkan kesehatan masyarakat, seperti perbuatan yang dapat menimbulkan pencemaran;
2. **Kewajiban untuk melindungi** (*obligation to protect*), meliputi;
 - a. Kewajiban untuk melakukan langkah-langkah di bidang legislasi atau pun tindakan lainnya yang menjamin persamaan akses terhadap jasa kesehatan apabila jasa tersebut disediakan oleh pihak ketiga.

- b. Kewajiban untuk melakukan langkah-langkah di bidang legislasi atau pun tindakan lainnya untuk melindungi masyarakat dari gangguan kesehatan yang dilakukan pihak ketiga.

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

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

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

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

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

- a. Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menegaskan bahwa Pemerintah Negara Indonesia bertujuan untuk memajukan kesejahteraan umum;
- b. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menjamin hak setiap orang untuk mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat (Pasal 28H ayat 1) dan hak memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur (Pasal 28F);
- c. Pemerintah wajib mewujudkan mutu lingkungan hidup yang sehat, dengan memenuhi kebutuhan dasar untuk hidup sehat dan melindungi masyarakat dari ancaman bahaya yang berasal dari rokok dan produk sejenisnya, sehingga tercapai derajat kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat yang optimal;