

**DRAFT NASKAH AKADEMIK  
RANCANGAN PERATURAN DAERAH  
TENTANG KAWASAN TANPA ROKOK**

**Daftar Isi**

<b>Bab I Pendahuluan .....</b>	<b>3</b>
<b>I.A. Latar Belakang .....</b>	<b>3</b>
<b>I.B. Identifikasi Masalah.....</b>	<b>4</b>
<b>I.C. Tujuan dan Kegunaan .....</b>	<b>4</b>
<b>I.D. Metode.....</b>	<b>5</b>
<b>I.E. Ruang Lingkup dan Sistematika Naskah Akademik .....</b>	<b>5</b>
<b>Bab II Kajian Teoretis dan Praktik Empiris .....</b>	<b>6</b>
<b>II.A. Kajian Teoretis .....</b>	<b>6</b>
II.A.1. Kedudukan Perda Dalam Hierarki Peraturan Perundang-undangan .....	6
II.A.2 Fungsi Peraturan daerah .....	6
II.A.3. Bahaya Merokok.....	6
II.A.4. Bahaya Asap Rokok Orang Lain .....	7
II.A.5. Kawasan Tanpa Rokok dan Upaya Pengendalian Konsumsi Rokok.....	7
<b>II.B. Kajian terhadap Asas dan Prinsip .....</b>	<b>10</b>
II.B.1. Keadilan .....	10
II.B.2. Perikemanusiaan .....	10
II.B.3. Ketertiban dan kepastian hukum.....	10
II.B.4. Perlindungan .....	11
II.B.5. Manfaat .....	11
II.B.6. Komprehensif.....	11
II.B.7. Non diskriminasi.....	11
<b>II.C. Kajian terhadap Praktik Empiris .....</b>	<b>12</b>
II.C.1. Permasalahan di Masyarakat.....	12
II.C.2. Permasalahan di Banten .....	12
<b>II.D. Kajian terhadap Implikasi Penerapan dengan Sistem Baru .....</b>	<b>13</b>
<b>Bab III Evaluasi dan Analisis Peraturan Perundang-Undangan Terkait.....</b>	<b>16</b>
<b>III.A. Peraturan yang bersifat Atribusi.....</b>	<b>16</b>
III.A.1. Pasal 18 Ayat 6 Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 .....	16
III.A.2. Undang-undang Nomor 9 Tahun 2015 Tentang Perubahan Kedua Atas Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah.....	16
<b>III.B. Peraturan Perundang-undangan yang bersifat Delegasi.....</b>	<b>17</b>
III.B.1. UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan .....	17
III.B.2. PP 109 tahun 2012 tentang Pengaturan Zat Adiktif .....	20
<b>III.C. Peraturan Perundang-undangan Terkait Teknis Pembuatan .....</b>	<b>26</b>
III.C.1. UU Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Perundang-undangan.....	26
III.C.2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah .....	26
<b>III.D. Peraturan Perundang-undangan Terkait Substansi Perlindungan Kesehatan .....</b>	<b>27</b>
III.D.1. UUD 1945 .....	27
III.D.2. Permenkes 40 tahun 2013.....	27
<b>Bab IV Landasan Filosofis, Sosiologis, dan Yuridis .....</b>	<b>32</b>
<b>IV.A. Landasan Filosofis.....</b>	<b>32</b>

IV.B. Landasan Sosiologis.....	33
IV.C. Landasan Yuridis .....	33
<b>Bab V Jangkauan, Arah Pengaturan, dan Ruang Lingkup Materi Muatan .....</b>	<b>35</b>
V.A. Sasaran.....	35
V.B. Arah.....	35
V.C. Jangkauan.....	35
V.D. Ruang Lingkup .....	36
V.D.1. Ketentuan Umum.....	36
V.D.2. Materi yang akan diatur.....	36
V.D.3. Ketentuan Sanksi .....	37
V.D.4. Ketentuan Penutup.....	37
<b>Bab VI Penutup.....</b>	<b>38</b>
A. Simpulan.....	38
B. Saran .....	38
<b>Daftar Pustaka .....</b>	<b>40</b>

# Bab I Pendahuluan

## I.A. Latar Belakang

Kesehatan adalah Hak Asasi Manusia yang harus diwujudkan sebagaimana Pancasila dan UUD 1945 (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2013). UU 36/2009 kesehatan memberi pengertian kesehatan yang luas yang mencakup keadaan fisik, spiritual maupun sosial untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Undang-Undang kesehatan juga menekankan bahwa masalah kesehatan bukan hanya tanggung jawab individu dan masyarakat tapi juga pemerintah (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Salah satu masalah kesehatan di Indonesia adalah tingginya prevalensi merokok. Indonesia merupakan negara dengan jumlah perokok keempat terbesar di dunia dimana satu dari tiga penduduk Indonesia adalah perokok (28.9%) (Ahsan, Wiyono, & Soraya Kiting, 2015; Balitbangkes, 2019). Merokok dan kandungan rokok sudah diketahui bisa mengakibatkan berbagai penyakit berat dan gangguan kesehatan bagi penggunaannya. Disamping itu merokok juga merupakan salah satu faktor risiko penyakit tidak menular, sehingga tingginya angka merokok berkontribusi pada tingginya angka kematian akibat penyakit tidak menular (PTM) yang menyebabkan 73% kematian nasional pada tahun 2016 (World Health Organization, 2018).

Selain berbahaya bagi perokok, 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). Sehingga selain menyebabkan 240.618 kematian pada perokok, merokok juga merugikan orang-orang di sekitarnya (Ahsan et al., 2015). Dampak kesehatan AROL antara lain menyebabkan penyakit jantung dan pembuluh darah, resiko 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 yang menyebabkan 75.5% orang terpapar asap rokok di dalam ruangan (Balitbangkes, 2019). Sehingga perlu upaya yang lebih serius untuk menanggulangi permasalahan rokok dan melindungi orang sekitarnya dari bahaya asap rokok orang lain.

Diantara berbagai best praktis 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) serta peraturan menteri kesehatan dan kementerian dalam negeri. Kewajiban pemerintah daerah adalah menjalankan dan menurunkan aturan hukum dari Undang-undang dan peraturan pemerintah tersebut pada tataran lokal. Perlu ada kebijakan dan peraturan daerah untuk memberikan perlindungan dari asap rokok dan asap rokok orang lain. Kebijakan di tingkat daerah sangat penting agar kebijakan yang sudah

ada dan ditetapkan di tingkat nasional melalui Undang-undang dan peraturan pemerintah bisa mendapatkan petunjuk teknis yang lebih rinci sesuai dengan kebutuhan daerah setempat.

## I.B. Identifikasi Masalah

Banten mengalami trend peningkatan penyakit tidak menular terutama stroke, hipertensi, jantung dan kecelakaan dengan faktor risiko utama merokok, konsumsi alkohol, dan gaya hidup tidak sehat lainnya. Hal ini tidak terlepas dari tingginya aktifitas merokok di Banten. Rokok menyebabkan berbagai macam gangguan penyakit, menurunkan kualitas hidup dan kematian dini terutama bagi anak dan bayi. Selain berpengaruh terhadap kondisi dan kualitas kesehatan, merokok juga merugikan secara ekonomi dan lingkungan.

P prevalensi perokok di Banten adalah 31.5% diatas rata-rata nasional (28.9%) dan menduduki posisi keempat tertinggi di Indonesia. Dari 8 kota/kabupaten di provinsi Banten, baru 5 kabupaten/kota (63%) yang sudah memiliki peraturan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Tiga daerah yang belum mengembangkan kebijakan KTR adalah Pandeglang, Lebak dan Tangerang Selatan.

Terkait dengan masalah pengendalian konsumsi rokok di Pandeglang dan Lebak maka ada beberapa hal yang menjadi permasalahan.

1. Belum adanya peraturan khusus resmi di tingkat kabupaten yang secara khusus mengatur masalah Kawasan Tanpa Rokok
2. Meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular (PTM) yang salah satu factor risiko utamanya adalah tingginya konsumri rokok di kalangan penduduk.
3. Persepsi masyarakat soal merokok yang masih dianggap sebagai aktifitas yang normal sehingga perlu intervensi dari pemerintah daerah untuk melakukan denormalisasi merokok.

Untuk menanggulangi masalah ini perlu kebijakan khusus untuk melakukan perlindungan dari pandemi merokok di Indonesia. Salah satunya adalah dengan menerapkan kebijakan KTR.

## I.C. Tujuan dan Kegunaan

Naskah akademik ini disusun untuk:

- Memberikan landasan akademik dan kerangka pemikiran bagi Rancangan Perda tentang Kawasan Tanpa Rokok di Kabupaten Lebak dan Pandeglang;
- Mengkaji dan meneliti pokok-pokok materi apa saja yang ada dan harus ada dalam Rancangan Perda tentang Kawasan Tanpa Rokok di Kabupaten Lebak/Pandeglang;
- Melihat keterkaitannya dengan peraturan perundang-undangan lainnya sehingga jelas kedudukan dan ketentuan yang diaturnya;
- Memberikan bahan dan data untuk menjadi bahan pembanding antara peraturan perundang-undangan yang ada dalam merancang Rancangan Perda tentang Kawasan Tanpa Rokok di Kabupaten Lebak/Pandeglang;

## I.D. Metode

Penyusunan Naskah Akademik ini didasarkan pada metode Yuridis Normatif yang dilakukan melalui studi pustaka dengan menelaah sumber sekunder berupa peraturan perundang-undangan, perjanjian atau dokumen hukum lainnya, serta hasil penelitian, hasil pengkajian, dan referensi lainnya terkait isu yang menjadi kajian. Metode yuridis normatif juga dikombinasikan dengan metode Yuridis Empiris. Di mana ketentuan seperti tertulis pada peraturan perundang-undangan akan dilihat bagaimana implementasinya pada tingkat empiris.

## I.E. Ruang Lingkup dan Sistematika Naskah Akademik

Sesuai dengan UU 12/2011, naskah akademik ini disusun dengan sistematika sebagai berikut:

Bab I: Pendahuluan, yang berisi latar belakang penyusunan naskah akademik. Bab ini juga memaparkan tujuan dan metode yang digunakan untuk proses penyusunan naskah akademik ini.

Bab II: Kajian Teoretis, Asas dan Prinsip serta Praktik Empiris. Bab ini memaparkan pentingnya mengatur kawasan tanpa rokok di Kabupaten Lebak/Pandeglang ditinjau dari sisi teori dan praktek yang sudah dilakukan di berbagai daerah.

Bab III: Evaluasi dan Analisis Peraturan Perundangan Terkait. Bab ini menjelaskan hubungan perda yang diusulkan dengan peraturan perundang-undangan di atasnya.

Bab IV: Landasan Filosofis, Sosiologis dan Yuridis

Bab V: Jangkauan, Arah Pengaturan, dan Ruang Lingkup Materi Muatan Substansi. Bab ini memaparkan pokok dan lingkup materi apa yang ada dan harus diatur dalam 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

### II.A. Kajian Teoretis

#### II.A.1. Kedudukan Perda Dalam Hierarki Peraturan Perundang-undangan

Pada pasal 1 ayat 3 UUD 1945 menyatakan bahwa Negara Indonesia adalah Negara hukum. Salah satu konsekuensinya adalah dengan pelaksanaan hukum secara berjenjang (hirarki) yaitu hukum yang berada dibawahnya tidak boleh bertentangan dengan produk hukum yang lebih tinggi diatasnya (*lex superior derogate legi inferior*). Terkait hal ini UU No 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan menyebutkan hirarki hukum yang dianut adalah sebagai berikut:

- Undang-undang Dasar Republik Indonesia 1945;
- Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat;
- Undang-undang/ Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang;
- Peraturan Pemerintah;
- Peraturan Presiden;
- Peraturan Daerah Provinsi; dan
- Peraturan Daerah Kabupaten/ Kota

#### II.A.2 Fungsi Peraturan daerah

Secara umum peraturan daerah mempunyai berbagai fungsi antara lain:

- a. Sebagai instrument kebijakan untuk melaksanakan otonomi daerah dan pembantuan sebagaimana diamanatkan dalam UU No 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
- b. Sebagai peraturan pelaksanaan dari peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi. Sehubungan itu, peraturan daerah tidak boleh bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi;
- c. Sebagai instrument penampung kekhususan dan keragaman daerah serta penyalur aspirasi masyarakat di daerah, namun dalam pengaturannya tetap dalam koridor Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI);
- d. Sebagai instrument/ alat pembangunan dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat di daerah.

#### II.A.3. Bahaya Merokok

Rokok mengandung 7.000 bahan kimia dimana 400 jenis diantaranya merupakan zat beracun dan 69 jenis tergolong penyebab kanker. Salah satu kandungannya adalah nikotin yang bersifat adiktif dan berbahaya (Neal L. Benowitz, 2010). Termasuk pula didalamnya ditemukan bahan yang ada di dalam produk-produk ini, seperti misalnya cat kuku (aseton), pembersih toilet (ammonia), racun tikus (sianida), pestisida (DDT) dan asap knalpot mobil (karbonmonoksida).

Konsumsi tembakau juga merupakan salah satu faktor risiko utama dari kelompok utama Penyakit Tidak Menular/PTM yaitu penyakit kardiovaskular, kanker, penyakit paru-paru kronis dan diabetes. PTM diperkirakan dapat mengakibatkan kematian lebih dari 75% di seluruh dunia dan 80% berasal dari negara miskin dan berkembang seperti Indonesia (WHO, 2011). Sebagai salah satu faktor risiko, merokok berkontribusi pada tingginya kematian akibat penyakit tidak menular (PTM) yang menyebabkan 73% kematian nasional pada tahun 2016 (World Health Organization, 2018).

Konsumsi rokok juga berbahaya dari segi ekonomi dan lingkungan. Penelitian dari LDFEUI menyebutkan bahwa konsumsi rokok dalam sebuah keluarga lebih desor dari pengeluaran lain yang lebih produktif seperti kesehatan dan pendidikan. Konsumsi rokok akan mengambil pengeluaran keluarga yang diperuntukkan untuk pembangunan kesehatan yang lain. Seperti dalam teori ekonomi, konsumsi rokok menyebabkan biaya kesempatan yang hilang untuk mendapatkan kualitas hidup yang lebih baik.

Berbagai penelitian juga menunjukkan bahwa dampak produk tembakau dan bahaya pandemic rokok lebih merugikan bagi kelompok ekonomi lemah. Proporsi merokok bagi para penduduk miskin lebih berbahaya dan lebih dalam akibatnya dibanding pengaruhnya terhadap kelompok perokok dari kalangan menengah atau kalangan atas. Karena kesempatan yang hilang karena konsumsi rokok akan hilang lebih banyak bagi kelompok ekonomi lemah.

#### II.A.4. Bahaya Asap Rokok Orang Lain

Merokok juga merugikan orang-orang di sekitarnya, karena asap rokok orang lain (AROL) (United States Surgeon General, 2014). Dampak kesehatan AROL antara lain menyebabkan penyakit jantung dan pembuluh darah, resiko kanker paru dan kanker payudara serta berbagai gangguan saluran pernafasan (International Agency for Research on Cancer, 2004). Di Indonesia secara nasional 80.6% perokok masih merokok di dalam gedung yang menyebabkan 75.5% orang terpapar asap rokok di dalam ruangan (Balitbangkes, 2019).

Asap rokok memberikan kontribusi paling besar terhadap (PM<sub>2,5</sub>) dalam polusi udara di dalam gedung. Dalam data Risesdas 2010 perokok pasif perempuan sebanyak 62 juta, dan laki-laki sebanyak 30 juta sehingga terdapat ada 92 juta perokok pasif di Indonesia. Dan sebanyak 11,4 juta anak usia 0-4 tahun terpapar asap rokok. Sedangkan pada data GATS 2011 menunjukkan jumlah perokok pasif sebanyak 133,3 juta terpapar asap rokok di rumah.

#### II.A.5. Kawasan Tanpa Rokok dan Upaya Pengendalian Konsumsi Rokok

Upaya praktis telah dikembangkan di seluruh dunia untuk melakukan pengendalian terhadap konsumsi tembakau. Berdasarkan pengalaman di berbagai negara pengendalian konsumsi rokok akan efektif jika dilakukan dengan pendekatan dua sisi yaitu supply dan demand control. Sejak disahkannya Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) pada tahun 2003, WHO

mengembangkan pendekatan MPOWER yang terbukti efektif mengendalikan konsumsi rokok jika dilaksanakan sebagai satu paket kebijakan yang saling mendukung (Organization & Control, 2008).

Paket kebijakan MPOWER terdiri dari:

- monitoring rutin prevalensi merokok
- perlindungan melalui kawasan tanpa rokok
- kenaikan cukai dan harga rokok diatas inflasi
- larangan total segala bentuk promosi
- peringatan kesehatan bergambar serta bantuan untuk berhenti merokok

Secara kusus beberapa peraturan yang bisa membantu menurunkan konsumsi rokok akan di bahas lebih detail berikut ini.

Salah satu prinsip utama dalam pengendalian konsumsi rokok adalah bahwa tidak ada batas aman dari merokok dan paparan asap rokok orang lain. Sehingga satu-satunya solusi untuk melindungi masyarakat dari bahaya asap rokok adalah dengan melindungi atau paling tidak meminimalisir paparan asap di ruang public. Salah satu caranya adalah dengan menerapkan kawasan tanpa rokok secara total. Penerapan Kawasan Tanpa Rokok tidak memperbolehkan adanya ruangan khusus merokok di dalam gedung. Karena ventilasi tidak mampu membersihkan paparan asap rokok dari satu ruangan (Eriksen, Mackay, Schluger, Islami, & Drope, 2015).

Salah satu penelitian literature pada tahun 2010 melakukan review terhadap 31 penelitian di berbagai negara termasuk 19 penelitian biomarker dan hasilnya menyimpulkan secara konsisten bahwa Kawasan Tanpa Rokok menurunkan paparan terhadap perokok pasif di tempat kerja, restoran, pub dan tempat umum lainnya. Dan jika diterapkan dengan baik, Kawasan Tanpa Rokok mampu menurunkan risiko paparan asap rokok hingga 90% (Eriksen et al., 2015).

Di banyak negara bahkan larangan untuk merokok juga sudah diterapkan di tempat- tempat terbuka seperti bar, restoran, pantai, taman kota, kampus dan tempat umum lainnya dengan alasan utama melindungi pekerja, non perokok, pelanggan dan anakanak dari paparan asap rokok. Di negara-negara maju, larangan merokok di tempat umum dan tempat kerja mampu menurunkan konsumsi tembakau hingga 4% (Mulcahy, Evans, Hammond, Repace, & Byrne, 2005). Kawasan Tanpa Rokok tidak hanya melindungi perokok pasif namun juga membantu perokok untuk berhenti. Perokok yang bekerja di lingkungan yang memiliki larangan merokok, dua kali lebih mudah untuk berhenti daripada mereka yang bekerja di lingkungan yang membolehkan merokok di lingkungan kerja (Fichtenberg & Glantz, 2002).

Larangan merokok merupakan kebijakan dengan biaya rendah, dapat memberikan keuntungan ekonomi secara langsung berupa menurunnya risiko terjadi kebakaran, premi asuransi yang lebih murah, produktifitas kerja yang lebih tinggi, dan sedikitnya pekerja yang absen.

Selain memberikan perlindungan dari paparan asap rokok, prinsip kedua yang penting dari pengendalian konsumsi rokok adalah membatasi segala bentuk promosi dari industry rokok.

Diantaranya adalah dengan menerapkan larangan Iklan, Promosi dan Sponsorship Produk Rokok, terutama kepada kelompok rentan termasuk anak-anak dan generasi muda. Bagi perusahaan rokok, anak muda adalah target penting karena pemuda adalah target utama dari promosi industri rokok. Generasi muda untuk dijadikan perokok pemula dan pelanggan tetap di masa yang akan datang.

Pengalaman di banyak negara maju menunjukkan pelarangan total mampu menurunkan konsumsi rokok hingga 7% (López et al., 2004). Menurut penelitian Saffer dalam rentang waktu 10 tahun 14 negara yang melakukan pelarangan total rata-rata mampu menurunkan konsumsi tembakau hingga 9%, sedangkan 78 negara yang tidak menerapkan larangan hanya mampu meraih penurunan konsumsi rokok rata-rata 1% (Saffer, 2000).

Larangan total ini meliputi larangan iklan di semua jenis media, larangan aktifitas pemasaran baik oleh importir dan retail serta larangan semua aktifitas promosi yang melibatkan olahraga dan industri hiburan (Organization & Control, 2008). Larangan sebagian hanya akan memberi sedikit pengaruh atau bahkan tidak berpengaruh sama sekali dalam mengurangi konsumsi rokok. Karena jika larangan sebagian maka iklan, promosi dan sponsorship hanya akan beralih ke media lain yang tidak dikenakan larangan (Saffer & Chaloupka, 2000).

Selain pelarangan promosi, kebijakan lain adalah membatasi akses dan mendorong berhenti merokok dengan intervensi harga. Menaikkan harga tembakau dan produk tembakau melalui peningkatan cukai adalah cara yang efektif untuk menurunkan prevalensi merokok (Saffer & Chaloupka, 2000). Prinsip dari kenaikan harga cukai adalah agar harga jual rokok semakin tidak terjangkau. Harga rokok yang tinggi akan menurunkan jumlah perokok dan mempengaruhi perokok yang masih aktif untuk mengurangi konsumsinya.

Kenaikan harga rokok juga mencegah penggunaan tembakau di kalangan anak-anak dan kelompok miskin karena kelompok ini sensitif terhadap kenaikan harga rokok. Lembaga Demografi UI memperkirakan kenaikan harga 10 persen akan menurunkan konsumsi sebesar 2,9 persen hingga 6,2 persen, dimana 40 persen dari penurunan konsumsi akan mengurangi prevalensi perokok dan 60% lainnya akan mengurangi konsumsi rokok.

Selain itu, perlu juga melakukan edukasi secara terus menerus dengan mengingatkan bahaya rokok melalui pendidikan massal. Salah satunya adalah dengan menerapkan pendidikan layanan masyarakat soal bahaya rokok melalui iklan atau peringatan kesehatan. Peringatan Kesehatan Bergambar salah satunya, bisa membantu mengendalikan konsumsi rokok karena banyak orang yang tahu bahwa merokok itu tidak sehat namun banyak yang belum mengerti penyakit apa saja bisa ditimbulkan.

Peringatan bergambar di bungkus rokok merupakan cara yang efektif untuk menyampaikan bahaya merokok dan pesan kesehatan kepada perokok dan non perokok yang melihatnya. Riset menunjukkan bahwa label peringatan efektif meningkatkan pengetahuan tentang risiko yang berkaitan dengan rokok. Para Perokok melaporkan bahwa mereka menerima lebih banyak informasi tentang risiko merokok dari kemasan produk tembakau dan dari televisi dibandingkan dari sumber lainnya.

Dengan semakin banyak negara yang memperkenalkan label peringatan yang lebih tegas dan mengevaluasi efektivitasnya, semakin banyak bukti yang menunjukkan bahwa peringatan kesehatan yang lebih besar, jelas dan bergambar memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kesadaran akan risiko kesehatan dari konsumsi rokok. Lebih dari 76% responden dalam studi Peringatan Kesehatan di Indonesia lebih menyukai peringatan grafis dan teks daripada teks atau grafis saja; dari mereka yang memilih peringatan gabungan, 78% lebih menyukai gambar yang lebih besar yang mencakup 50% dari kemasan dibandingkan 22% yang lebih menyukai 30% dari kemasan. Dua pertiga dari orang Filipina lebih menyukai label peringatan grafis daripada label peringatan yang hanya berisi teks saja karena gambar lebih mampu menyampaikan informasi kepada orang mengenai risiko kesehatan akibat merokok.

## II.B. Kajian terhadap Asas dan Prinsip

Asas yang digunakan dalam naskah akademik adalah

### II.B.1. Keadilan

Setiap orang berhak mendapatkan udara yang sehat. Sementara itu permasalahan utama dalam perilaku merokok adalah bahwa kita menghisap udara atmosfer yang sama. Walaupun seorang perokok memiliki hak untuk merokok dan menghembuskan asapnya ke udara, di saat yang sama ada hak orang lain yang tidak merokok menjadi terabaikan. Apalagi kita ketahui kemudian, sebagian besar penduduk adalah tidak merokok.

Mayoritas penduduk yang tidak merokok berhak mendapatkan keadilan untuk terhindar dari efek buruk asap rokok orang lain. Dari sudut pandang ini, penyelenggaraan KTR merupakan praktik perwujudan asas keadilan secara merata ke semua lapisan masyarakat.

### II.B.2. Perikemanusiaan

Pengendalian konsumsi rokok merupakan bentuk pelaksanaan kewajiban Negara dalam melindungi kesehatan warga Negara untuk mendapatkan standar kesehatan terbaik yang dapat dijangkau. Untuk menjamin terpenuhinya standar kesehatan tertinggi yang dapat dijangkau ini, maka Negara dan dalam hal ini pemerintah daerah dapat mengembangkan kebijakan-kebijakan kesehatan atau melakukan pembatasan untuk melindungi dan menghormati hak asasi manusia dan menjaga kelangsungan hidup orang lain. Kegiatan membahayakan orang lain dan mengancam kelangsungan hidup suatu bangsa yang dilakukan dengan sengaja adalah bertentangan dengan kemanusiaan.

### II.B.3. Ketertiban dan kepastian hukum

Perilaku merokok di tempat umum dapat mengganggu ketertiban. Penduduk yang tidak merokok tidak dapat menghindari asap rokok yang beredar di tempat umum apalagi jika tidak ada hukum atau peraturan yang melindungi secara langsung dan tegas. Kondisi seperti ini bisa menjadi

menjadi pemicu konflik dan gangguan ketentraman di masyarakat. Maka tugas negara adalah mengayomi semua pihak terutama kelompok rentan sehingga terjadi ketentraman. Pelaksanaan Kawasan Tanpa ROKok akan memberikan perlindungan untuk menciptakan ketentraman masyarakat dan ketertiban di masyarakat.

#### II.B.4. Perlindungan

Asap rokok menyebabkan ruangan atau tempat publik akan mengancam kesehatan perokok dan non perokok apalagi yang menderita sakit. Pihak yang dirugikan membutuhkan kenyamanan yang dilindungi oleh hukum. Menerapkan kawasan tanpa rokok mencegah orang menjadi perokok pasif dan menyelamatkan dari akibat bahaya asap rokok.

#### II.B.5. Manfaat

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. Oleh sebab itu, rancangan perda ini salah satunya memperhatikan dengan sungguh-sungguh asas kemanfaatan untuk publik (umum) secara komprehensif.

#### II.B.6. Komprehensif

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. Peraturan yang hanya mengatur para perokok (demands) saja tidak cukup efektif, pemerintah juga harus mengatur dari aspek supplies. Dengan demikian, Kawasan yang dibangun tidak saja mengatur tempat dimana dilarang merokok, tetapi juga termasuk didalamnya 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.

#### II.B.7. Non diskriminasi

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.

## II.C. Kajian terhadap Praktik Empiris

### II.C.1. Permasalahan di Masyarakat

Indonesia merupakan negara dengan jumlah perokok keempat terbesar di dunia dengan kurang lebih 90 juta perokok (Ahsan et al., 2015). Satu dari tiga penduduk Indonesia adalah perokok (28.9%) (Balitbangkes, 2019). Merokok telah menyebabkan 240.618 kematian pada tahun 2013, dengan korban 127.727 laki-laki dan 112.889 perempuan (Ahsan et al., 2015).

Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010 menunjukkan bahwa 76,6% perokok merokok di dalam rumah ketika bersama anggota keluarga lain. Lebih dari 40,3 juta anak Indonesia berusia 0–14 tahun tinggal dengan perokok dan terpapar asap rokok dilingkungannya. Anak yang terpapar asap rokok di lingkungannya mengalami pertumbuhan paru yang lambat, dan lebih mudah terkena infeksi saluran pernapasan, infeksi telinga dan Asma.

Di Indonesia secara nasional 80.6% perokok masih merokok di dalam gedung yang menyebabkan 75.5% orang terpapar asap rokok di dalam ruangan (Balitbangkes, 2019). Maka perlu upaya maksimal untuk mengendalikan masalah rokok yaitu dengan menerapkan paket kebijakan pengendalian tembakau secara komprehensif. Salah satunya adalah dengan menerapkan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

Di kabupaten Pandeglang Kawasan Tanpa Rokok belum diatur secara komprehensif. Salah satu penetapan Kawasan Tanpa Rokok adalah melalui Surat Keputusan Dinas Kesehatan nomo 800/278/dinkes/2015 tanggal 20 Mei 2015 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di lingkungan dinas kesehatan dan Puskesmas di seluruh Pandeglang (Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang, 2015). Peraturan kepala dinas tentunya masih belum mencukupi untuk memberikan perlindungan kepada masyarakat di tingkat kabupaten karena belum mencakup area Kawasan Tanpa Rokok seperti yang diamanatkan Undang-undang dan peraturan pemerintah.

Sementara itu peraturan KTR di kabupaten Lebak masih diatur melalui peraturan daerah kabupaten lebak nomor 17 tahun 2006 tentang Penyelenggaraan Ketertiban, Kebersihan dan Keindahan. Dalam perda tersebut kawasan tanpa rokok diatur dalam dua ayat di pasal 24 yang menyatakan daerah yang menjadi kawasan tanpa rokok dan kewajiban menyediakan tempat khusus merokok. Dua ayat ini tentunya tidak representatif jika dikaitkan dengan kewajiban melaksanakan KTR sebagaimana diamanatkan Undang-undang dan peraturan pemerintah.

### II.C.2. Permasalahan di Banten

Sementara itu, laporan Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa Banten termasuk provinsi dengan prevalensi merokok tertinggi keempat di Indonesia setelah Jawa Barat, Gorontalo, dan Lampung (lihat table 1). Prevalensi perokok di Banten adalah 31.5%, diatas rata-rata nasional 28.9%. Sementara itu rata-rata konsumsi rokok di Banten adalah 13.2 batang perhari juga diatas rata-rata nasional yang berkisar 12.8 batang/hari. Masalah ini semakin serius karena 74% perokok di Banten merokok di dalam ruangan yang menyebabkan 74.4% penduduk terpapar asap rokok di dalam ruangan (Balitbangkes, 2019).

Sehingga perlindungan dari bahaya asap rokok di Banten masih harus ditingkatkan. Dari 8 kota/kabupaten di provinsi Banten, baru 5 kabupaten/kota (63%) yang sudah memiliki peraturan KTR. Sementara tiga kabupaten/kota yaitu kabupaten Lebak, kabupaten Pandeglang, dan kota Tangerang Selatan belum mengadopsi kebijakan kawasan tanpa rokok. Untuk itu, untuk memperluas cakupan kebijakan kawasan tanpa rokok hingga 100%, ketiga Pemerintah Daerah tersebut perlu didukung untuk segera membuat peraturan kawasan tanpa rokok (KTR).

**Tabel 1: Daftar 10 Provinsi dengan Prevalensi Perokok Tertinggi di Indonesia pada Penduduk Umur  $\geq 10$  Tahun**

No	Provinsi	Prevalensi Perokok (%)*	Rata-rata Konsumsi rokok (batang/hari)	Perokok Merokok di dalam Gedung (%)	Terpapar Asap Rokok Orang Lain di dalam Gedung (%)**
1	Jawa Barat	32.00	11.25	75.10	75.80
2	Gorontalo	31.80	13.01	88.70	81.20
3	Lampung	31.70	12.47	88.70	82.60
<b>4</b>	<b>Banten</b>	<b>31.50</b>	<b>13.19</b>	<b>74.00</b>	<b>74.70</b>
5	Bengkulu	31.40	15.22	89.60	81.10
6	Sulawesi Tengah	31.30	14.72	88.30	83.50
7	Sumatera Barat	30.80	16.67	89.70	84.90
8	Nusa Tenggara Barat	30.30	11.71	78.70	77.00
9	Maluku Utara	29.90	13.32	87.90	77.70
10	Sulawesi Utara	29.70	13.41	83.50	83.30
	<b>Indonesia</b>	<b>28.90</b>	<b>12.80</b>	<b>80.60</b>	<b>75.50</b>

Keterangan:

\* perokok harian dan perokok kadang-kadang

\*\* Proporsi Frekuensi Berada Di Dekat Orang yang Merokok di Dalam Ruangan Tertutup

sumber: Riskesdas 2018

#### II.D. Kajian terhadap Implikasi Penerapan dengan Sistem Baru

Implementasi kebijakan KTR sebetulnya bukan yang benar-benar baru. Karena pelaksanaan KTR sudah diatur dalam berbagai perundang-undangan yang mengatur masing-masing kawasan seperti Undang-undang Rumah Sakit, Peraturan Menteri pendidikan dan peraturan pemerintah.

DI Indonesia sendiri, KTR sudah dilaksanakan di banyak kota, kabupaten bahkan di tingkat provinsi. Meskipun pelaksanaan belum mencakup semua area di wilayah negara ini, namun pelaksanaan di banyak tempat menunjukkan hal yang positif. Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas) 2016 menunjukkan bahwa dari 264 kabupaten/kota yang diteliti, 171 diantaranya (64.8%) sudah memiliki peraturan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). (Siswanto, 2016) Peraturan itu

berbentuk peraturan daerah (51.5%), peraturan gubernur (33.9%), peraturan bupati (62.6%), atau surat edaran (34.5%) (lihat table 2).

**Tabel 2: Persentase Keberadaan dan Bentuk Peraturan KTR Menurut Kabupaten/Kota**

Lokasi	N	n (%) kab/kota memiliki KTR	Bentuk peraturan KTR (%)			
			Perda	Pergub	Perbup	Surat Edaran
Kota	44	40 (90,9)	65,00	30,00	55,00	42,50
Kabupaten	220	131 (59,5)	47,30	35,10	64,90	32,10
Total	264	171 (64,8)	51,50	33,90	62,60	34,50

Sumber: Sirkesnas 2016. Catatan: Tanpa memperhatikan 8 syarat KTR

Meskipun begitu, hanya sedikit (7.6%) kabupaten/kota yang secara konsisten menerapkan KTR sesuai tujuh 7 tempat yang ditetapkan undang-undang. Bahkan 35.2% diantaranya tidak menerapkan KTR meski sudah memiliki peraturannya (lihat table 4). (Siswanto, 2016) Diantara 7 tempat yang harus dijadikan KTR, implementasi paling bagus adalah pada kelompok fasilitas kesehatan (67.8%) disusul tempat kerja (60.2%) dan sekolah/kampus (53.8%). Pelaksanaan KTR di tempat ibadah, tempat umum dan tempat bermain tidak mencapai 30%, sementara KTR di angkutan umum hanya mencapai (16.4%) yang terburuk dibanding tempat lainnya (table 3) (Siswanto, 2016).

**Tabel 3: Persentase Kabupaten/Kota yang Menerapkan KTR Menurut Tempat Penerapannya**

Lokasi	N	Tempat penerapan KTR ( % )						
		tempat kerja	sekolah/kampus	faskes	tempat bermain	tempat ibadah	tempat umum	angkutan umum
Kota	40	70,00	65,00	77,50	42,50	45,00	57,50	35,00
Kabupaten	131	57,30	50,40	64,90	13,70	20,60	19,10	10,70
Total	171	60,20	53,80	67,80	20,50	26,30	28,10	16,40

Sumber: Sirkesnas 2016

**Tabel 4: Persentase (%) Kabupaten/Kota Menerapkan KTR di Beberapa Lokasi**

Lokasi	N	Banyaknya lokasi penerapan KTR			
		ada di 7 tempat	salah satu dari 7 tempat	menerapkan diluar dari 7 tempat	tidak menerapkan KTR
Kota	44	29,5	45,5	15,9	9,1
Kabupaten	220	3,2	40,0	16,4	40,5
Total	264	7,6	40,9	16,3	35,2

Sumber: Sirkesnas 2016

Menurut penelitian di Jakarta dan Bali, penerapan KTR yang konsisten bisa menurunkan proporsi merokok. Penerapan kebijakan kawasan tanpa rokok yang konsisten bisa efektif menurunkan proporsi prevalensi merokok. Sebuah studi terhadap tiga provinsi yang sudah menjalankan kebijakan kawasan tanpa rokok menunjukkan bahwa penerapan peraturan KTR yang disertai dengan komitmen pemerintah yang kuat, penegakkan hukum yang konsisten, pengawasan yang rutin, serta dukungan dari organisasi masyarakat mampu memberikan kontribusi dalam penurunan prevalensi perokok (Rahajeng, 2015).

Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di DI Yogyakarta dan Bali mampu menurunkan proporsi perokok harian di 80% dan 66.7% wilayahnya kabupaten/kota yang melaksanakannya (Rahajeng, 2015). Sementara itu penerapan KTR yang disertai dengan penindakan dan penegakkan sanksi yang jelas akan mampu meningkatkan kepatuhan terhadap peraturan KTR. Komitmen, konsisten dan diiringi dengan sanksi hukum yang jelas serta penegakkan yang konsisten akan mampu menurunkan prevalensi perokok 1% hingga 2,6% (Rahajeng, 2015).

## Bab III Evaluasi dan Analisis Peraturan Perundang-Undangan Terkait

Bab ini memuat hasil kajian terhadap peraturan perundang-undangan terkait yang memuat kondisi hukum yang ada, keterkaitan Rancangan Peraturan Daerah tentang Pengelolaan Sampah dengan peraturan perundang-undangan lain, harmonisasi secara vertical dan horizontal, serta status dari peraturan yang ada, termasuk peraturan perundang-undangan yang dicabut dan dinyatakan tidak berlaku serta perundang-undangan yang masih berlaku karena tidak bertentangan dengan Rancangan Peraturan Daerah tentang Pengelolaan Sampah.

### III.A. Peraturan yang bersifat Atribusi

Merupakan peraturan perundang-undangan yang memberikan kewenangan kepada institusi yang bersangkutan untuk menyusun dan menetapkan peraturan perundang-undangan yang bersangkutan, dalam hal ini peraturan daerah.

#### III.A.1. Pasal 18 Ayat 6 Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 memiliki kedudukan paling tinggi dalam hierarki peraturan perundang-undangan di negara ini. Oleh karena itu sudah semestinya Undang-undang Dasar 1945 menjadi landasan konstitusional setiap peraturan perundang-undangan di bawahnya.

Pasal 18 ayat 6 Undang-undang Dasar 1945 berbunyi: “Pemerintahan daerah berhak menetapkan peraturan daerah dan peraturan-peraturan lain untuk melaksanakan otonomi dan tugas pembantuan”. Dengan demikian Undang-undang Dasar 1945 memberi kewenangan kepada pemerintah daerah untuk menetapkan peraturan daerah.

#### III.A.2. Undang-undang Nomor 9 Tahun 2015 Tentang Perubahan Kedua Atas Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah

Ketentuan mengenai penyelenggaraan pemerintahan daerah diatur lebih lanjut dalam Undang-undang Nomor 9 Tahun 2015 Tentang Perubahan Kedua Atas Undang-undang Nomor 23 tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah, termasuk salah satunya mengenai penyusunan dan penetapan peraturan daerah.

Berdasarkan Pasal 1 Undang-undang Nomor 9 Tahun 2015 Tentang Perubahan Kedua Atas Undang-undang Nomor 23 tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah, diatur beberapa batasan pengertian mengenai istilah sebagai berikut:

- Pemerintahan daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh Pemerintah Kabupaten dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi

seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

- Pemerintah Kabupaten adalah Gubernur, Bupati, atau Walikota, dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
- Dewan Perwakilan Rakyat Daerah yang selanjutnya disebut DPRD adalah lembaga perwakilan rakyat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
- Peraturan daerah selanjutnya disebut Perda adalah peraturan daerah provinsi dan/atau peraturan daerah kabupaten/kota.

### III.B. Peraturan Perundang-undangan yang bersifat Delegasi

Merupakan peraturan perundang-undangan yang memberikan delegasi atau amanah untuk menyusun dan menetapkan peraturan perundang-undangan turunannya. Perda KTR merupakan perintah UU dan merupakan kewajiban pemerintah daerah dalam penyelenggaraan otonomi daerah sebagaimana disebutkan dalam Undang-undang kesehatan dan Peraturan Pemerintah 109 tahun 2013. Sebagai penjelasan lebih lanjut, berikut ini disampaikan analisis perundangan dan peraturan terkait yang memerintahkan untuk penjabarannya dalam bentuk peraturan daerah.

#### III.B.1. UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

UU nomor 36/2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa setiap orang berkewajiban atas pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (UU 36/2009 pasal 10, 11, 12, 13). Selain itu, kesehatan merupakan tanggung jawab pemerintah (pasal 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20). Bentuk tanggung jawab tersebut adalah:

- o Merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat,
- o Atas ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya,
- o Atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya,
- o Atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, dan
- o Atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau.

UU 36/2009 juga mengatur pelayanan kesehatan menjadi Pelayanan Kesehatan Masyarakat (PKM) dan Pelayanan Kesehatan Perorangan (PKP). Kesehatan masyarakat menggambarkan bagaimana determinan lingkungan (fisik, biologi, kimia, sosial, budaya, politik, kebijakan, pendidikan), perilaku dan sistem kesehatan mampu meningkatkan derajat kesehatan setinggi-tingginya. Pelayanan Kesehatan Perorangan (PKP) menggambarkan bagaimana genetika, fenotip,

pengetahuan, cara hidup, latar belakang keluarga, pemantauan kesehatan, rekam medik kesehatan, dan kelompok pelayanan kesehatan yang didukung oleh keluarga, masyarakat, dan populasi (termasuk lingkungan dan kebijakan publik) secara keseluruhan mampu meningkatkan derajat kesehatan seseorang. Kesehatan perorangan tersebut secara kumulatif menjadi kesehatan keluarga dan masyarakat.

Dengan demikian untuk meningkatkan derajat kesehatan, individu perlu dibentuk menjadi sehat dan lingkungan perlu dibentuk agar menjadikan individu tersebut sehat, yang pada akhirnya membangun keluarga dan masyarakat sehat. Pembentukan individu, keluarga dan masyarakat yang sehat adalah tugas bersama warga negara dan pemerintah. Ketika ancaman terjadi, seperti halnya adiksi zat tembakau dan lain-lainnya, tugas individu, keluarga dan pemerintah/negara adalah melindungi dari ancaman tersebut. Kebijakan yang diwujudkan adalah dalam bentuk instrumen kebijakan (yaitu: perda), harus memperlihatkan bahwa perlindungan terhadap ancaman pembentukan individu, keluarga dan masyarakat yang sehat dapat berjalan dengan baik.

Pasal 49 dan 50 UU 36/2009 menyatakan bahwa pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat bertanggung jawab atas penyelenggaraan upaya kesehatan serta meningkatkan dan mengembangkan upaya kesehatan. Upaya kesehatan sebagaimana dimaksud sekurang-kurangnya memenuhi kebutuhan kesehatan dasar masyarakat dan didasarkan pada pengkajian serta penelitian.

Lebih rinci berikut substansi Undang-undang kesehatan yang terkait dengan peraturan Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

Deskripsi di Undang-undang/Peraturan	Penjabaran di daerah
1. UU 36/2009	
Pasal 115 ayat 2 mewajibkan pemerintah daerah untuk menetapkan Kawasan Tanpa Rokok. (2) Pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya.	Daerah membuat Peraturan Daerah dimana materi muatan utamanya adalah KTR
(1) 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.	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 diserahkan kepada daerah. Melihat kemungkinan dinamisnya lokasi poin g, maka penetapan tersebut dapat juga dilakukan melalui peraturan bupati sesuai evaluasi secara periodik oleh Organisasi Perangkat Daerah (OPD) terkait.
Pasal 113	Pada pasal ini ditegaskan bahwa zat adiktif adalah tembakau, produk yang mengandung

<p>(1) Pengamanan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan.</p> <p>(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.</p> <p>(3) Produksi, peredaran, dan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif harus memenuhi standar dan/atau persyaratan yang ditetapkan</p>	<p>tembakau, padat, cairan, dan gas yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi dirinya dan/atau masyarakat sekelilingnya.</p> <p>Ayat 1 pasal 13 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 banak orang dan perlindungan warga lainnya dari perilaku buruk seseorang.</p>
<p>Pasal 116 Ketentuan lebih lanjut mengenai pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah</p>	<p>Perda mengikuti PP yang ditetapkan, yaitu PP 109/ 2012</p>
<p>Pasal 131</p>	
<p>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.</p> <p>(2) Upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak anak masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia 18 (delapan belas) tahun.</p> <p>(3) 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</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>

	Termasuk di dalamnya penjualan, iklan, display, sponsorship.
--	--------------------------------------------------------------

### III.B.2. PP 109 tahun 2012 tentang Pengaturan Zat Adiktif

Deskripsi di Undang-undang/Peraturan	Penjabaran di daerah
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 Kabupaten Lebak/Pandeglang 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 yang berlaku. 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 fihak yang memiliki kapasitas penelitian untuk mendukung kebijakan ini
Pasal 8	
Penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan meliputi: a. produksi dan impor; b. peredaran;	Larangan merokok di dekat anak (termasuk bayi dan remaja) dan wanita hamil; termasuk di dalam rumah Penetapan kawasan tanpa rokok yang diperluas

c. perlindungan khusus bagi anak dan perempuan hamil; dan d. Kawasan Tanpa Rokok	
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 oleh OPD terkait
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: a. tidak diletakkan di Kawasan Tanpa Rokok; b. tidak diletakkan di Kawasan Tanpa Rokok; c. tidak diletakkan di jalan utama atau protokol; d. 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)	Bupati mengatur iklan produk tembakau di media luar ruang (pasal 31); hal ini bersifat dinamis, dengan demikian ditetapkan dalam bentuk perbup saja; tapi tentu minimal sesuai pasal 31
Pasal 35	
Ketentuan pengendalian Promosi Produk Tembakau sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sebagai berikut: a. tidak memberikan secara cuma-cuma, potongan harga, hadiah Produk Tembakau, atau produk lainnya yang dikaitkan dengan Produk Tembakau; b. tidak menggunakan logo dan/atau merek Produk Tembakau pada produk atau barang bukan Produk Tembakau; dan	Diatur kembali dalam Perda

c. tidak menggunakan logo dan/atau merek Produk Tembakau pada suatu kegiatan lembaga dan/atau perorangan.	
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: a. tidak menggunakan nama merek dagang dan logo Produk Tembakau termasuk brand image Produk Tembakau; dan b. tidak bertujuan untuk mempromosikan Produk Tembakau. (2) 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	Ada aturan pemda ttg tata cara pengendalian Sponsor Produk Tembakau Penugasan kepada tim pemantau Sistem pelaporan dan pengaduan oleh masyarakat Penegakan aturan oleh PolPP Ada 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 posko pelayanan 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 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.	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 Bupati
(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	Ada Perda tentang KTR
Pasal 54	
Peran serta masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 dilaksanakan melalui: a. Pemikiran dan masukan berkenaan dengan penentuan kebijakan dan/atau pelaksanaan program pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan b. Penyelenggaraan, pemberian bantuan,	Point a sd 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

<p>dan/atau kerjasama dalam kegiatan penelitian dan pengembangan pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan;</p> <p>c. Pengadaan dan pemberian bantuan sarana dan prasarana bagi penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan;</p> <p>d. 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</p> <p>e. Kegiatan pengawasan dan pelaporan pelanggaran yang ditemukan dalam rangka penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan</p>	<p>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 Bupati.</p>
<p>Pasal 56</p>	
<p>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</p>	<p>Kerjasama penyebarluasan informasi dan pendidikan penyelenggaraan pengamanan produk tembakau sebagai zat adiktif bagi kesehatan ditetapkan kembali dalam Perda</p>
<p>Pasal 57</p>	
<p>Menteri, menteri terkait, Kepala Badan, dan Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya melakukan pembinaan atas penyelenggaraan pengamanan Produk Tembakau sebagai Zat Adiktif bagi kesehatan</p>	<p>Penyelenggaraan pengamanan produk tembakau sebagai zat adiktif ditetapkan kembali dalam Perda</p>
<p>Pasal 59</p>	
<p>(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.</p> <p>(2) Dalam rangka pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri, menteri terkait, Kepala Badan, dan Pemerintah Daerah dapat mengambil tindakan administratif</p>	<p>Ditetapkan kembali</p>

terhadap pelanggaran ketentuan dalam Peraturan Pemerintah ini sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### III.C. Peraturan Perundang-undangan Terkait Teknis Pembuatan

#### III.C.1. UU Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Perundang-undangan

UU nomor 12 tahun 2011 soal Pembentukan Peraturan Perundangan bahwa peraturan perundang-undangan dibentuk oleh DPRD dan persetujuan bersama bupati. Pasal 14 muatannya adalah penyelenggaraan otonomi daerah dan tugas pembantuan dan menampunng kondisi khusus daerah, penjabaran lebih lanjut UU yang lebih tinggi. Sehingga jika ada peraturan atau Undang-undang yang menyebutkan secara khusus soal Kawasan Tanpa Rokok maka pemerintah daerah bisa mengembangkannya menjadi peraturan di tingkat daerah dalam bentuk perda atau peraturan kepala daerah.

#### III.C.2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah merupakan peraturan perundang-undangan turunan dari Undang-undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan. Bila dalam Undang-undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan diatur ketentuan pembentukan peraturan perundang-undangan secara keseluruhan, maka dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah diatur ketentuan pembentukan produk hukum daerah. Oleh karena itu, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah menjadi landasan pembentukan produk hukum daerah, termasuk dalam hal ini adalah pembentukan peraturan daerah.

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah, dalam Pasal 2 diatur bahwa produk hukum daerah bersifat pengaturan dan penetapan. Selanjutnya dalam Pasal 3 diatur bahwa produk hukum daerah berbentuk peraturan daerah, peraturan kepala daerah, peraturan bersama kepala daerah, dan kepala daerah DPRD.

Dalam Pasal 20 diatur bahwa penyusunan produk hukum daerah yang bersifat pengaturan berbentuk perda atau nama lainnya dilakukan berdasarkan program pembentukan perda (propemperda). Dalam Pasal 22 diatur bahwa pemrakarsa dalam mempersiapkan rancangan perda disertai dengan penjelasan atau keterangan dan/atau naskah akademik.

### III.D. Peraturan Perundang-undangan Terkait Substansi Perlindungan Kesehatan

#### III.D.1. UUD 1945

UUD 1945 juga secara eksplisit menyatakan bahwa negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak (UUD 45; Pasal 34). Dengan adanya desentralisasi untuk urusan wajib dimana kesehatan menjadi salah satunya, maka tanggung jawab pemerintah untuk sektor kesehatan, menjadi tanggung jawab pemerintah daerah.

Lebih lanjut UUD 45 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”. 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 serasi antara pusat, propinsi dan kabupaten/kota.

#### III.D.2. Permenkes 40 tahun 2013

Selanjutnya, UU 23/2014 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 perundangundangan 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.

Deskripsi di Undang-undang/Peraturan	Penjabaran di daerah
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; rincian PMK ada dalam lampirannya
4. Lampiran PMK 40/2013	
D. CAPAIAN	
1. 2009 – 2014*: Dilahirkannya kebijakan publik dan regulasi meliputi:	Sedang dijalankan

<p>a. Ditetapkannya kebijakan yang melindungi masyarakat dari ancaman bahaya rokok.</p> <p>b. Indonesia menjadi anggota Conference of the Parties FCTC.</p> <p>c. Pelaksanaan proses legislasi PERDA/kebijakan KTR di seluruh wilayah.</p>	
<p>2. 2015 -2019: Dilaksanakannya berbagai kebijakan publik dan produk perundang-undangan disertai penerapan sanksi hukum, untuk mencapai:</p> <p>a. Penurunan prevalensi perokok sebesar 1% per tahun.</p> <p>b. Penurunan perokok pemula sebesar 1% per tahun.</p>	Menjadi acuan program di OPD terkait
<p>3. 2020 – 2024: keberlanjutan kebijakan untuk mencapai:</p> <p>a. Penurunan prevalensi perokok 10% pada tahun 2024 dibanding prevalensi perokok pada tahun 2013.</p> <p>b. Perubahan norma sosial terhadap kebiasaan merokok</p> <p>c. Penurunan prevalensi mortalitas 10% 4 penyakit tidak menular terbesar (Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah, Kanker, Diabetes dan Penyakit Paru Obstruksi Kronik)</p>	Menjadi acuan bagi OPD terkait
<p>2015-2019: Semua kab/ kota memiliki dan menerapkan Perda/ kebijakan KTR dan melaksanakan law enforcement</p>	Sedang dijalankan
<p>Survey tahunan tingkat kepatuhan menerapkan kebijakan KTR</p>	Adanya program di OPD terkait
<p>50 % dari seluruh fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan pemerintah daerah memberikan pelayanan berhenti merokok terintegrasi dengan pengendalian penyakit</p>	Adanya klinik berhenti merokok
<p>Survey dan pemantauan berkala untuk mengidentifikasi tingkat kesakitan, disabilitas, dan kematian akibat konsumsi rokok</p>	Adanya monitoring dan surveilans berkaitan dengan dampak merokok
<p>2020-2024 : perilaku tidak merokok sudah melembaga dan menjadi norma social masyarakat</p>	Perlu perda preskriptif Adanya program promosi (pendidikan kesehatan)
<p>100 % dari seluruh fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan pemerintah daerah memberikan pelayanan berhenti merokok terintegrasi dengan pengendalian penyakit</p>	Klinik dan layanan berhenti merokok
<p>Terlaksanannya pelayanan berhenti merokok yang terintegrasi dengan sistem pelayanan kesehatan primer</p>	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 factor risiko PTM yang saat ini sudah meningkat tajam dan akan makin meningkat di masa datang.
<b>KEBIJAKAN PUBLIK</b>	
<p>1. Mendukung ditetapkannya undang-undang yang komprehensif mengatur pengendalian dampak konsumsi rokok terhadap kesehatan.</p> <p>2. Mendukung dan mendorong perubahan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2002 tentang Penyiaran dan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 1999 tentang Pers, khususnya mengenai pelarangan iklan rokok pada media penyiaran dan media massa, karena rokok merupakan zat adiktif yang tidak boleh diiklankan.</p> <p>3. Mendukung dilakukannya uji materiil terhadap pasal-pasal yang terkait dengan iklan rokok dalam Undang-Undang tentang Penyiaran dan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 1999 tentang Pers, sehingga terjadi harmonisasi dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.</p>	Pemkab membangun Perda KTR komprehensif
<b>B. EKONOMI</b>	
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 Hasil Tembakau (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, pemantauan dan evaluasi pemanfaatan alokasi pajak rokok daerah untuk kesehatan	Menjadi acuan program
6. Mendukung perlindungan petani tembakau melalui: a. pembatasan impor daun tembakau.	Menjadi acuan program

b. pemberian dorongan upaya alih tanaman (cuaca ekstrim). c. memperkuat posisi tawar petani. d. mendorong penggunaan daun tembakau untuk non-rokok, melalui penelitian guna mencari kemungkinan pemanfaatan lain daun tembakau	
7. Mendukung industri rokok untuk mengekspor produknya.	Menjadi acuan program
<b>C. PENDIDIKAN</b>	
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 pendidikan
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 industry rokok
<b>D. SOSIAL BUDAYA</b>	
1. Mendukung program penghentian merokok di semua fasilitas publik serta pengintegrasian 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 dan perilaku merokok serta konsumsi produk tembakau lain.	Keterlibatan lembaga peneliti, perguruan tinggi dalam penelitian terkait sosokultural dan perilaku
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 perundangundangan untuk mengurangi rokok ilegal	Menjadi acuan program
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

## Bab IV Landasan Filosofis, Sosiologis, dan Yuridis

### IV.A. Landasan Filosofis

Pembukaan UUD 1945 menyatakan bahwa salah satu tujuan negara adalah “melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa” Pembukaan UUD 1945. Sementara itu keadaan sehat, baik secara fisik, mental maupun sosial, merupakan keinginan setiap orang. Lebih jauh lagi 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.

Kesehatan adalah prsyarat untuk mencapai kesejahteraan. Dan pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama sebagaimana disebutkan dalam Undang-undang Kesehatan 36/2009 pasal 2. Untuk itu pelayanan dan perlindungan kesehatan di tingkat Kabupaten juga harus didasarkan pada prinsip dan asas tersebut.

Pembangunan kesehatan tidak hanya bersifat kuratif namun harus bersifat preventif dengan mengedepankan manfaat yang dapat diperoleh sebesar-besarnya untuk kepentingan masyarakat dan bangsa. Pembangunan kesehatan juga harus diarahkan pada pencegahan kesakitan dan peningkatan kesehatan individu dan kelompok. Paradigma sehat adalah pendekatan yang komprehensif.

Kesehatan adalah juga investasi untuk pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis (UU 36/2009 pasal 3). Negara dan pemerintahan pada dasarnya ditujukan untuk menjaga kesejahteraan masyarakat. Dan proses kebijakan desentralisasi sebagaimana disebutkan dalam UUD 1945, diselenggarakan dengan pemberian otonomi luas kepada daerah untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan dan peranserta masyarakat.

Pencemaran udara yang salah satunya ditimbulkan dari asap rokok menjadi permasalahan serius karena tidak saja berdampak buruk pada kesehatan perokok, tetapi juga berakibat kepada orang-orang disekelilingnya. Maka peran pemerintah daerah untuk memberikan perlindungan dan meminimalkan dampak yang ditimbulkan asap rokok. Disisi lain peraturan Kawasan Tanpa Rokok juga akan memberikan proses pembelajaran bagi masyarakat dan menumbuhkan kesadaran mengenai dampak rokok dan arti pentingnya kesehatan bagi pembangunan keluarga, bangsa dan negara.

Ini lah filosofi negara dan tatanan pemikiran yang bersumber dari Pancasila dan UUD 1945. Bahwa Pengaturan KTR didasarkan pada landasan utama kemanusiaan yang adil dan beradab.

#### IV.B. Landasan Sosiologis

Penggunaan rokok semakin dirasakan bahayanya saat penggunaannya begitu massif dan menjadi budaya, terutama bagi kelompok miskin dan anak-anak. Masyarakat seringkali tidak menyadari akan bahaya penyakit dan kematian dini yang diakibatkan oleh rokok, dimana akibat buruknya akan timbul dalam jangka lama antara 20 sampai 25 tahun kemudian.

Sementara itu kebiasaan merokok itu sendiri bukan budaya asli bangsa Indonesia yang ditanamkan sudah sejak beberapa abad lamanya. Sementara di seluruh dunia peredaran dan penggunaan produk tembakau semakin dibatasi, maka industri tembakau sangat tergantung pada negara-negara berkebang dengan berpenduduk besar seperti Indonesia yang juga sangat konsumtif terhadap produk tembakau.

Disamping itu industri telah menggunakan berbagai cara dan strategi untuk memberikan citra positif pada merokok. Perilaku merokok yang berbahaya telah diubah menjadi sesuatu yang membanggakan, menyenangkan dan berbagai kesesatan pola pikir dalam kehidupan sosial masyarakat. Banyak aspek sosial dalam kehidupan sehari-hari yang dilekatkan dengan merokok seperti pertemuan sosial antar warga, kegiatan keagamaan seperti pengajian, pemberian upah, dan banyak lagi contoh lainnya.

Namun pada kenyataannya, merokok mendatangkan lebih banyak bahaya dalam kehidupan sosial masyarakat. Masyarakat mayoritas yang terganggu oleh perilaku buruk merokok tidak berdaya oleh karena rekayasa sosial yang sukses diciptakan industri rokok. Fenomena sosial ini mengancam ketertiban sosial masyarakat.

Oleh sebab itu perlu kebijakan yang efektif untuk mengendalikan penggunaan rokok, agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Sebagian besar masyarakat menginginkan kebaikan bagi dirinya, keluarga, masyarakat serta bangsanya. Hukum adalah salah satu sarana untuk pembangunan tersebut.

#### IV.C. Landasan Yuridis

Landasan untuk melaksanakan peraturan soal KTR adalah norma dasar dalam UUD 1945 Pasal 28H yang dijabarkan melalui UU 36/2009 dan PP 109/2012 yang mengamanatkan pemda menetapkan KTR. UUD 1945 pasal 28H ayat 1 menyatakan “(1) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Hukum yang hidup adalah hukum yang keberlakuannya berakar pada kesadaran hukum masyarakat. Maka larangan merokok dikawasan tertentu harus dituangkan kedalam suatu kebijakan yang dapat diterima dan didukung oleh seluruh lapisan masyarakat. Raperda KTR tidak saja dimaksudkan untuk menciptakan kepastian hukum tetapi juga dimaksudkan sebagai pembelajaran. Pengendalian kegiatan merokok tidak akan efektif tanpa disertai dengan adanya norma yang akan membebani sanksi atas perilaku yang dipandang menyimpang. Salah satu alasan

pembentukan Perda adalah melaksanakan perintah undang-undang. PP 109/2012 pasal 52 menyatakan bahwa Pemerintah Daerah wajib menetapkan Kawasan Tanpa Rokok di wilayahnya dengan Peraturan Daerah. Dengan demikian, Pemerintahan Daerah wajib melaksanakan perintah tersebut demi kepatuhan terhadap hukum dan selaras dengan kebutuhan masyarakat saat ini dan akan datang.

## Bab V Jangkauan, Arah Pengaturan, dan Ruang Lingkup Materi Muatan

Latar belakang timbulnya gagasan untuk membentuk kebijakan KTR bertolak dari pengakuan dan perlindungan hak asasi manusia. Setiap manusia memiliki hak untuk mendapat dan menikmati udara bersih dan sehat dimana pemenuhan hak tersebut tidak dapat dilepaskan dari peran pemerintah. Hal ini mengingat bahwa hak untuk mendapatkan udara bersih dan sehat merupakan hak asasi yang implementasinya akan berhadapan dan bersentuhan dengan hak orang lain untuk menikmati rokok sehingga pembatasan penggunaan dari kedua hak tersebut harus dituangkan melalui suatu perumusan kebijakan yang proporsional.

### V.A. Sasaran

Sasaran pengaturan KTR adalah setiap penduduk dan pendatang yang berada di wilayah Kabupaten Lebak/Pandeglang tanpa terkecuali. Pengaturan terhadap sisi demand saja (kegiatan merokok) tidak mungkin berhasil tanpa mengendalikan sisi supply (produksi, distribusi, pemasaran). Pengaturan komprehensif melingkupi perilaku merokok yang tidak mengganggu dan membahayakan pihak lain, serta pengendalian produksi, distribusi, penjualan, dan pemasaran produk tembakau. Pengaturan meliputi berbagai institusi milik pemerintah, swasta dan masyarakat, tempat-tempat publik, dan juga tempat tinggal.

### V.B. Arah

Dengan demikian keberadaan Perda KTR diarahkan pertama-tama sebagai sarana pengendali sosial yakni mengendalikan masyarakat agar toleransi dan saling mengakui serta menghormati hak-hak mereka yang implementasinya seringkali menimbulkan benturan; namun Perda ini juga dimaksudkan sebagai sarana pembaharu sosial yang dapat menggerakkan kesadaran masyarakat dalam memahami secara benar dan utuh mengenai hak asasi mereka. Hak selalu harus dipahami secara benar dan utuh yaitu selain memberikan hak bagi dirinya juga memberikan kewajiban untuk mengakui dan menghormati hak orang lain. Demikian pula pelaksanaan hak individual atau kelompok tertentu janganlah merugikan pelaksanaan hak masyarakat secara kolektif maupun sebaliknya. Walaupun merubah paradigma berkaitan dengan pola berpikir mengenai penerapan hak asasi mungkin terkesan sederhana akan tetapi fakta menunjukkan banyaknya konflik yang terjadi akhir-akhir ini selalu dilatar belakangi adanya pemahaman yang keliru mengenai penerapan hak asasi.

### V.C. Jangkauan

Agar penetapan kawasan tanpa rokok dapat efektif pada hakekatnya regulasi berkaitan dengan penetapan kawasan tanpa rokok tidak saja ditujukan bagi pengguna rokok tetapi juga ditujukan

bagi setiap orang yang melakukan aktivitas berkaitan dengan rokok dikawasan tersebut. Hal ini didasarkan pada pertimbangan bahwa menetapkan kawasan tanpa rokok tidaklah akan memberikan hasil maksimal manakala larangan untuk melakukan kegiatan berkaitan dengan rokok tidak berlaku dikawasan tersebut. Seperti misalnya apabila dikawasan tanpa rokok tersebut terdapat seseorang yang karena tidak ada larangan, berkeliaran menjajakan rokok dikawasan tersebut maka hal ini tentu akan menjadi pemicu terjadinya pelanggaran terhadap peraturan larangan merokok di kawasan tersebut. Iklan rokok dalam berbagai bentuk dilarang digunakan di tempat-tempat umum.

KTR diargumentasikan sebagai pengurangan hak seseorang dalam mencari penghidupan yang juga merupakan salah satu hak asasi manusia. Namun perdagangan dan penghidupan dari iklan rokok bukanlah satu satunya pilihan untuk mendapatkan penghidupan. Perda yang dibentuk saat ini mengatur perilaku buruk merokok yang membahayakan, dimana hal-hal yang bersifat urgent dan important untuk diatur akan ditetapkan. Pada tahap berikutnya, perlu diberikan pengaturan yang lebih ketat, termasuk larangan pembelian rokok oleh warga di bawah umur 18 tahun dan penjualan di tempat-tempat yang ditentukan oleh peraturan Bupati.

## V.D. Ruang Lingkup

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

### V.D.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

### V.D.2. Materi yang akan diatur

Bagian 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 pengawasan.

### V.D.3. Ketentuan Sanksi

Bagian ini berisikan bab-bab yang berkaitan dengan sanksi, penyidikan dan ketentuan administratif serta pidana kurungan atau denda terhadap pelanggaran yang dilakukan terhadap aturan di atas.

### V.D.4. Ketentuan Penutup

Bagian ini berisikan ketentuan penutup dimana disampaikan saat keberlakuan Perda. Secara rinci, draft raperda disampaikan pada lampiran di bagian akhir dari naskah ini.

## Bab VI Penutup

### A. Simpulan

Ditinjau dari sudut kesehatan, rokok merupakan penyebab kematian dan kesakitan yang menimbulkan kesengsaraan umat manusia serta penurunan kualitas hidup serta bertentangan dengan pembangunan manusia Indonesia. Dari sudut sosial 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 Kawasan Tanpa Rokok yang bermaksud mengatur, mengamankan dan mengendalikan zat adiktif tersebut.

Masyarakat Kabupaten Lebak/Pandeglang, 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 Kabupaten Lebak/Pandeglang sepakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah ini dalam bentuk pengaturan Kawasan Tanpa Rokok yang diperluas sesuai kebutuhan Kabupaten Lebak/Pandeglang.

Penetapan kawasan tanpa rokok merupakan amanah undang-undang yang harus diwujudkan oleh pemerintahan daerah, termasuk Kabupaten Lebak/Pandeglang. 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

### B. Saran

Peraturan Daerah adalah instrumen dan sarana agar pembangunan untuk kesejahteraan masyarakat Jawa Barat dapat diwujudkan dengan nyata. Namun demikian, efektifitas perda sangat tergantung pada implementasi kebijakan dan penegakan aturan. Komitmen dan konsistensi seluruh stakeholder, termasuk 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. OPD terkait perlu menyusun strategi dan roadmap agar tersusun operasionalisasi perda yang harmonis serta sinergis.

## Daftar Pustaka

- Ahsan, A., Wiyono, N., & Soraya Kiting, A. (2015). *Bunga Rampai Fakta Tembakau Dan Permasalahannya Di Indonesia 2014*.
- Balitbangkes, B. P. dan P. K. (2019). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. *Diakses Dari Bpkp. Go. Id Pada Tanggal, 12*.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang. (2015, July 7). DINAS KESEHATAN KABUPATEN PANDEGLANG: Kadinkes Pandeglang Terbitkan SK Kawasan Tanpa Rokok. Retrieved August 5, 2019, from <http://dinkespandeglang.blogspot.com/2015/07/kadinkes-pandeglang-terbitkan-sk.html>
- Eriksen, M. P., Mackay, J., Schluger, N. W., Islami, F., & Drope, J. (2015). *The tobacco atlas*. Atlanta, Georgia, 30303, USA: Published by the American Cancer Society.
- Fichtenberg, C. M., & Glantz, S. A. (2002). Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: Systematic review. *Bmj*, *325*(7357), 188.
- International Agency for Research on Cancer, I. (2004). *Tobacco smoke and involuntary smoking* (Vol. 83). Iarc.
- López, M. L., Herrero, P., Comas, A., Leijts, I., Cueto, A., Charlton, A., ... De Vries, H. (2004). Impact of cigarette advertising on smoking behaviour in Spanish adolescents as measured using recognition of billboard advertising. *The European Journal of Public Health*, *14*(4), 428–432.
- Mulcahy, M., Evans, D. S., Hammond, S. K., Repace, J. L., & Byrne, M. (2005). Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: An assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*, *14*(6), 384–388.
- Organization, W. H., & Control, R. for I. T. (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package*. World Health Organization.
- Rahajeng, E. (2015). Pengaruh Penerapan Kawasan Tanpa Rokok terhadap Penurunan Proporsi Perokok di Provinsi DKI Jakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta dan Bali. *Indonesian Journal of Health Ecology*, *14*(3), 238–249.
- Saffer, H. (2000). Tobacco advertising and promotion. In P. Jha & F. J. Chaloupka (Eds.), *Tobacco control in developing countries*. Oxford University Press.
- Saffer, H., & Chaloupka, F. (2000). The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, *19*(6), 1117–1137. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(00\)00054-0](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(00)00054-0)
- Siswanto, S. (2016). *Laporan Survei Indikator Kesehatan Nasional (SIRKERNAS) 2016*. Retrieved from <http://labdata.litbang.depkes.go.id/riset-badan-litbangkes/menu-riskesnas/menu-rikus/422-sirk-2016>
- United States Surgeon General. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General: (510072014-001)* [Data set]. <https://doi.org/10.1037/e510072014-001>
- World Health Organization. (2018). *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Retrieved from World Health Organization website: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>