



LAPORAN PENDAHULUAN

PENYUSUNAN NASKAH AKADEMIK DAN RAPERDA TENTANG KAWASAN TANPA ROKOK

KERJA SAMA:

**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
(LPPM) UNIVERSITAS JENDERAL SOEDIRMAN PURWOKERTO**

DENGAN

**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH (DPRD)
KABUPATEN BATANG**

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JENDERAL SOEDIRMAN
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
PURWOKERTO**

2017



LAPORAN PENDAHULUAN

PENYUSUNAN NASKAH AKADEMIK DAN RAPERDA TENTANG KAWASAN TANPA ROKOK

KERJA SAMA:

**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
(LPPM) UNIVERSITAS JENDERAL SOEDIRMAN PURWOKERTO**

DENGAN

**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH (DPRD)
KABUPATEN BATANG**

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JENDERAL SOEDIRMAN
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
PURWOKERTO**

2017

i

DAFTAR ISI

	Hal
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Identifikasi Masalah	5
C. Tujuan dan Kegunaan Kegiatan Penyusunan Naskah Akademik	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Rokok	7
B. Kawasan Tanpa Rokok	16
BAB III METODE PENELITIAN	21
A. Desain Penelitian	21
B. Lokasi Penelitian	21
C. Sumber Dana	21
D. Nama Kegiatan dan Organisasi	21
E. Lingkup Kegiatan, Data, dan Alih Pengetahuan	22
F. Keluaran	22
G. Tenaga Ahli	22
H. Jangka Waktu Pelaksanaan	23
I. Jenis dan Spesifikasi Laporan	23
J. Spesifikasi Teknis	24
DAFTAR PUSTAKA	26

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hukum harus ditaati, dilaksanakan, dipertahankan dan ditegakkan. Tercapai tidaknya tujuan hukum terletak pada pelaksanaan hukum itu.¹ Kesehatan adalah hak fundamental setiap warga. Setiap individu, keluarga, dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar masyarakat terpenuhi hak hidup sehatnya termasuk bagi masyarakat miskin dan tak mampu.²

Hak asasi manusia atas kesehatan telah diakui di dalam instrumen internasional. Pasal 25 Ayat (1) Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia dan dijamin oleh konstitusi Indonesia. Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 merumuskan:

Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Pasal 9 ayat (3) UU No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia merumuskan hal yang sama bahwa: "Setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat". Selanjutnya pada Pasal 65 ayat (1) UU No. 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup ditegaskan bahwa:

Setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat sebagai bagian dari hak asasi manusia.

UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan juga mengatur tentang hak setiap orang untuk mendapatkan lingkungan yang sehat, sebagaimana dirumuskan dalam Pasal 6, bahwa:

Setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan.

Menurut Katerina Tomasevski bahwa hak atas kesehatan terkait dengan upaya minimalisasi dampak lingkungan bagi kehidupan manusia.³ Kenyataannya lingkungan yang sehat masih jauh dari harapan. Salah satu perilaku yang semakin hari berdampak negatif bagi lingkungan adalah merokok. Merokok merupakan suatu perilaku yang tidak sehat, selain berbahaya bagi diri

¹ Ahmad Sukardja. 2012. *Hukum Tata Negara dan Administrasi Negara Dalam Perspektif Fikih Siyasah*, Cet. Ke-10. Sinar Grafika. Jakarta. hlm. 23

² Wiku Adisasmito. 2010. *Sistem Kesehatan*. Cet. 3, RajaGrafindo Persada. Jakarta. hlm. 5

³ Majda El Muhtaj. 2008. *Dimensi-dimensi HAM : Mengurai hak ekonomi, sosial, dan Budaya*. Ed. 1. RajaGrafindo Persada. Jakarta. hlm. 36

sendiri terlebih lagi pada orang lain yang memiliki hak untuk menghirup udara yang bersih dan terhindar dari segala bahan cemaran yang dikeluarkan oleh asap rokok orang lain. Merokok telah memberikan implikasi besar terhadap lingkungan yang tidak sehat dan merokok dapat pula memberikan dampak yang lebih besar terhadap status kesehatan masyarakat secara keseluruhan.⁴ Merokok merupakan salah satu kebiasaan yang lazim ditemui dalam kehidupan sehari-hari. Di mana-mana, mudah menemui orang merokok. Betapa merokok merupakan bagian hidup masyarakat. Dari segi kesehatan, tidak ada satu titik yang menyetujui atau melihat manfaat yang dikandungnya. Namun tidak mudah untuk menurunkan terlebih menghilangkannya.⁵ Orang yang merokok butuh untuk dihargai (*self esteem*) dari sesama perokok maupun yang bukan perokok, akan tetapi bagi perokok punya tanggung jawab yang lebih besar untuk menciptakan lingkungan sekitar yang lebih sehat sehingga orang yang tidak merokok masih dapat menghirup dan menikmati udara segar.⁶

Banyak pula yang beranggapan bahwa merokok adalah Hak Asasi Manusia. Salah kaprah semacam ini menimbulkan hal-hal yang kurang baik di tengah masyarakat. Hak Asasi Manusia adalah relasi warga negara dengan Pemerintah, di mana Pemerintah harus memberikan perlindungan, penghormatan dan pemenuhan hak asasi manusia. Adapun hak-hak asasi tergabung dalam hak sipil politik dan hak ekonomi, sosial dan budaya. Sementara, merokok bukanlah salah satu bagian dari hak, baik hak sipil politik maupun hak ekonomi, sosial dan budaya. Jadi, merokok sama sekali bukanlah Hak Asasi Manusia. Merokok adalah pilihan bagi setiap orang. Namun, meskipun sebuah pilihan, ada konsekuensi lain yang harus dilakukan, yakni menghormati orang lain agar tidak terkena dampak (asap rokok). Dalam hal ini, negara selaku pemilik otoritas kebijakan dan hukum, wajib memberikan perlindungan dan pemenuhan hak atas kesehatan dan lingkungan yang sehat, kepada tiap warga negara, termasuk bebas dari asap rokok ini. Untuk itu kebijakan seperti Kawasan Tanpa Rokok dilakukan.⁷

Kawasan Tanpa Rokok merupakan ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk melakukan kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan atau mempromosikan rokok. Penetapan kawasan

⁴ Sukri Palutturi. 2010. *Kesehatan Itu Politik*. Ed. 1, Cet.1. Karya Aksara. Semarang. hlm. 6

⁵ M.N. Bustan. 2007. *Epidemiologi: Penyakit Tidak Menular*. Rineka Cipta. Jakarta. hlm. 11

⁶ Sukri Palutturi. 2010. *Op. Cit.* hlm. 7

⁷ Komnas HAM. 2012. *Naskah Akademik RUU Pengesahan Framework Convention on Tobacco Control*. Komnas HAM. Jakarta. hlm. 78

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

Sebatang rokok mengandung tidak kurang dari 4.000 jenis zat kimia dimana 69 zat diantaranya bersifat karsinogenik dan bersifat adiktif. Berbagai bahaya merokok diantaranya penyebab 90% kanker paru pada laki-laki dan 70% pada perempuan, penyebab 22% dari penyakit jantung dan pembuluh darah, dan penyebab kematian yang berkembang paling cepat di dunia bersamaan dengan HIV/AIDS.⁸

Rokok menyebabkan lebih dari 80% laki-laki dan hampir 50% perempuan meninggal karena kanker paru-paru. Perokok pasif diperkirakan menyebabkan kematian sekitar 600.000 kematian dini setiap tahunnya di dunia. Diperkirakan 700 juta anak-anak di dunia, sekitar 40% dari jumlah keseluruhan anak-anak di dunia terpapar asap rokok orang lain di dalam rumahnya. Di Indonesia, 85% rumah tangga terpapar dari asap rokok, estimasinya adalah delapan perokok meninggal karena perokok aktif, satu perokok pasif meninggal karena terpapar asap rokok orang lain. Berdasarkan perhitungan rasio ini, maka sedikitnya 25.000 kematian terjadi dikarenakan terpapar asap rokok orang lain. Bayi yang terpapar asap rokok, baik masih dalam kandungan atau setelah dilahirkan, ada peningkatan risiko kelahiran bayi premature dan memiliki Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) serta berlipat ganda risiko untuk sindrom kematian bayi mendadak. Dihitung berdasarkan anak-anak yang terpapar asap rokok orang lain, terdapat 50-100% risiko untuk terjangkit penyakit sistem pernafasan dan peningkatan akibat penyakit infeksi telinga.⁹

Implementasi UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan adalah dengan ditetapkannya PP No. 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan. PP No.

⁸Kompas. (2009). versi online di <http://www.kompas.com/read/xml2009/01/21/20145028/prevalensi.merokok.pada.anak.te.rus.meningkat>.

⁹ Kementerian Kesehatan. 2012. *Pengendalian Tembakau, Selamatkan Nyawa Selamatkan Uang*. Advocacy Tool, Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Ditjen PP & PL.

109 Tahun 2012 tersebut merupakan pengganti dari PP No. 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan.

Pasal 115 ayat (2) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan secara tegas mengamanatkan kepada pemerintah daerah untuk menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya. Pasal 115 selengkapnya merumuskan sebagai berikut:

- (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.
- (2) Pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya.

PP No. 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan, yang dibentuk sebelum lahirnya UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, telah lebih dahulu mengamanatkan pengaturan mengenai kawasan tanpa rokok. Pasal 22 PP No. 19 Tahun 2003 merumuskan:

Tempat umum, sarana kesehatan, tempat kerja dan tempat yang secara spesifik sebagai tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah dan angkutan umum dinyatakan sebagai kawasan tanpa rokok.

Selanjutnya pada Pasal 25 PP No. 19 Tahun 2003 diamanatkan kepada Pemerintah Daerah untuk mewujudkan kawasan tanpa rokok, yaitu sebagai berikut:

Pemerintah Daerah wajib mewujudkan kawasan tanpa rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22, di wilayahnya.

Pada perkembangan selanjutnya adalah ditetapkannya PP No. 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan sebagai peraturan pelaksanaan dari ketentuan Pasal 116 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menegaskan bahwa:

Ketentuan lebih lanjut mengenai pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.

Kewajiban Pemerintah Daerah untuk menetapkan Kawasan Tanpa Rokok berdasarkan PP No. 109 Tahun 2012 diatur pada Pasal 52 yang merumuskan bahwa:

Pemerintah Daerah wajib menetapkan Kawasan Tanpa Rokok di wilayahnya dengan Peraturan Daerah.

Beberapa provinsi dan kabupaten/kota saat ini, telah memiliki kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), namun terkadang masih ditemukan orang merokok pada kawasan tanpa asap rokok. Pengaturan pembatasan terhadap orang yang merokok adalah kewajiban negara agar setiap warga negara dapat menikmati udara bersih dan lingkungan yang sehat, termasuk di tempat umum.

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka identifikasi masalah dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Merokok tidak hanya berdampak pada orang yang merokok (perokok aktif) tetapi juga pada orang yang tidak merokok yang berada di sekitar para perokok (perokok pasif).
2. Kawasan Tanpa Rokok bertujuan untuk memberikan perlindungan kepada para perokok pasif dari bahaya asap rokok dan memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat serta melindungi kesehatan masyarakat umum dari dampak buruk merokok baik langsung maupun tidak langsung.
3. Kabupaten Batang belum memiliki Peraturan Daerah yang mengatur tentang Kawasan Tanpa Rokok. Sesuai dengan ketentuan Pasal 115 ayat (2) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Pasal 52 PP No. 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan, maka Pemerintah Kabupaten Batang perlu mengatur Kawasan Bebas Rokok dengan membentuk Peraturan Daerah tentang Kawasan Bebas Rokok.

DAFTAR ISI

C. Tujuan dan Kegunaan Kegiatan Penyusunan Naskah Akademik

Sesuai dengan ruang lingkup identifikasi masalah yang dikemukakan di atas, maka tujuan dan kegunaan penyusunan naskah akademik ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Bertujuan untuk memberikan latar belakang, arahan dan dukungan dalam perumusan pengaturan mengenai Kawasan Bebas Rokok.
2. Berguna sebagai acuan atau referensi penyusunan dan pembahasan pengaturan mengenai Kawasan Bebas Rokok.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rokok

a. Pengertian Rokok

Rokok adalah salah satu zat adiktif yang bila digunakan mengakibatkan bahaya bagi kesehatan individu dan masyarakat. Kemudian ada juga yang menyebutkan bahwa rokok adalah hasil olahan tembakau terbungkus termasuk cerutu atau bahan lainnya yang dihasilkan dari tanaman *Nicotiana Tabacum*, *Nicotiana Rustica* dan spesies lainnya atau sintesisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan.

Rokok adalah salah satu zat adiktif yang bila dikonsumsi dapat mengakibatkan bahaya dan dampak buruk bagi kesehatan individu dan masyarakat. Menurut PP No.81/1999 Pasal 1 Ayat (1), rokok adalah hasil olahan tembakau terbungkus termasuk cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *Nicotiana tabacum*, *Nicotiana rustica* dan spesies lainnya atau sintesisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan. Rokok terbuat dari tembakau yang didapat dari tanaman *Nicotiana Tabacum L.* Tembakau digunakan sebagai bahan untuk membuat sigaret, cerutu, tembakau untuk pipa serta pemakaian hisap atau oral. Di Indonesia, tembakau biasanya ditambah cengkeh dan bahan-bahan lain yang dicampur untuk dibuat rokok kretek. Selain kretek, tembakau juga dapat digunakan sebagai rokok liting, rokok putih, cerutu, rokok pipa, dan tembakau tanpa asap.

b. Klasifikasi Rokok

Di Indonesia rokok dibedakan berdasarkan bahan pembungkus rokok, bahan baku atau isi rokok, proses pembuatan rokok dan penggunaan filter pada rokok. Berdasarkan bahan pembungkus maka rokok dibedakan menjadi:

- Klobot: rokok yang bahan pembungkus berupa daun jagung.
- Kawung: rokok yang bahan pembungkus berupa daun aren.
- Sigaret: rokok yang bahan pembungkus berupa kertas.

- Cerutu: rokok yang bahan pembungkus berupa daun tembakau.¹⁰

Sedangkan berdasarkan bahan baku atau isi, rokok dibedakan menjadi:

- Rokok putih: rokok yang bahan baku atau isinya hanya daun tembakau yang diberi saus untuk mendapatkan efek rasa dan aroma tertentu.
- Rokok kretek: rokok yang bahan baku atau isinya berupa daun tembakau dan cengkeh yang diberi saus untuk mendapatkan efek rasa dan aroma tertentu.
- Rokok klembak: rokok yang bahan baku atau isinya berupa daun tembakau, cengkeh dan kemenyan yang diberi saus untuk mendapatkan efek rasa dan aroma tertentu.¹¹

Pembagian rokok berdasarkan proses pembuatannya:

- Sigaret kretek tangan (SKT): rokok yang proses pembuatannya dengan cara digiling atau dilinting dengan menggunakan tangan dan atau alat Bantu sederhana.
- Sigaret kretek mesin (SKM): rokok yang proses pembuatannya menggunakan mesin. Sederhananya, material rokok dimasukkan ke dalam mesin pembuat rokok. Keluaran yang dihasilkan mesin pembuat rokok berupa rokok batangan.

Berdasarkan penggunaan filter pada rokok maka rokok dibedakan menjadi rokok filter (RF) dan rokok non filter (RNF). Rokok filter adalah rokok yang pada bagian pangkalnya terdapat gabus sedangkan rokok non filter adalah rokok yang pada bagian pangkalnya tidak terdapat gabus.¹²

c. Kategori Perokok

1) Perokok Pasif

Perokok pasif adalah asap rokok yang dihirup oleh seseorang yang tidak merokok (*pasive smoker*). Asap rokok tersebut bisa menjadi polutan bagi manusia dan lingkungan sekitar. Asap rokok yang terhirup oleh orang-orang bukan perokok karena berada disekitar perokok bisa menimbulkan *second handsmoke*.

2) Perokok aktif

Perokok aktif adalah orang yang suka merokok. Rokok aktif adalah asap rokok yang berasal dari isapan perokok (*mainstream*). Dari perokok aktif ini dapat digolongkan menjadi tiga bagian:

¹⁰ Aila Haris, dkk. 2012. *Asap Rokok Sebagai Bahan Pencemar Dalam Ruangan*. Departemen Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia - RS Persahabatan. Jakarta. hlm. 18

¹¹ *Ibid.* hlm.18-19

¹² *Ibid.* hlm. 19

a) Perokok ringan

Perokok ringan yaitu perokok yang merokok kurang dari sepuluh batang per hari.

b) Perokok sedang

Perokok sedang adalah orang yang menghisap rokok sepuluh sampai dua puluh batang perhari.

c) Perokok berat

Perokok berat adalah orang yang merokok lebih dari duapuluh batang perhari.

d. Bahan Baku Rokok

Rokok terbuat dari tembakau yang diperoleh dari tanaman *Nicotiana Tabacum L.* Tembakau dipergunakan sebagai bahan untuk sigaret, cerutu, tembakau untuk pipa serta pemakaian oral. Di Indonesia, tembakau ditambah cengkih dan bahan-bahan lain dicampur untuk dibuat rokok kretek. Selain kretek, tembakau juga dapat digunakan sebagai rokok liting, rokok putih, cerutu, rokok pipa, dan tembakau tanpa asap (*chewing tobacco* atau tembakau kunyah).

Bahan-bahan kimia yang terkandung dalam rokok adalah sebagai berikut:

1) Tar

Tar adalah zat berwarna coklat berisi berbagai jenis hidrokarbon aromatik polisiklik, amin aromatik dan N-nitrosamine. Tar yang dihasilkan asap rokok akan menimbulkan iritasi pada saluran napas, menyebabkan bronchitis, kanker nasofaring dan kanker paru.

2) Nikotin

Nikotin adalah bahan alkaloid toksik yang merupakan senyawa amin tersier, bersifat basa lemah dengan pH 8,0. Pada pH fisiologis, sebanyak 31% nikotin berbentuk bukan ion dan dapat melalui membran sel. Asap rokok pada umumnya bersifat asam (pH 5,5). Pada pH ini nikotin berada dalam bentuk ion dan tidak dapat melewati membran secara cepat sehingga di mukosa pipih hanya terjadi sedikit absorpsi nikotin dari asap rokok. Pada perokok yang menggunakan pipa, cerutu dan berbagai macam sigaret Eropa, asap rokok bersifat

basa dengan pH 8,5 dan nikotin pada umumnya tidak dalam bentuk ion dan dapat diabsorpsi dengan baik melalui mulut.

3) Karbon monoksida

Karbon monoksida (CO) adalah gas beracun yang mempunyai afinitas kuat terhadap hemoglobin pada sel darah merah, ikatan CO dengan hemoglobin akan membuat haemoglobin tidak bisa melepaskan ikatan CO dan sebagai akibatnya fungsi haemoglobin sebagai pengangkut oksigen berkurang, sehingga membentuk karboksi hemoglobin mencapai tingkat tertentu akan dapat menyebabkan kematian.

4) Timah hitam

Timah hitam (Pb) yang dihasilkan oleh sebatang rokok sebanyak 0,5 ug. Sebungkus rokok (isi 20 batang) yang habis dihisap dalam satu hari akan menghasilkan 10 ug. Sementara ambang batas bahaya timah hitam yang masuk ke dalam tubuh adalah 20 ug per hari. Bisa dibayangkan, bila seorang perokok berat menghisap rata-rata 2 bungkus rokok per hari, berapa banyak zat berbahaya ini masuk ke dalam tubuh.

Rokok mengandung lebih dari 4000 bahan zat organik berupa gas maupun partikel yang telah diidentifikasi dari daun tembakau maupun asap rokok. Bahan tersebut umumnya bersifat toksik, karsinogenik di samping beberapa bahan yang bersifat radioaktif dan adiktif. Komponen dalam rokok dapat dibedakan dalam dua bentuk yaitu fase gas dan fase tar (fase partikulat).

Fase gas adalah berbagai macam gas berbahaya yang dihasilkan oleh asap rokok; terdiri dari nitrosamin, nitrosopirolidin, hidrasin, vinil klorida, uretan, formaldehid, hidrogen sianida, akrolein, asetaldehida, nitrogen oksida, amonia piridin, dan karbon monoksida. Fase tar adalah bahan yang terserap dari penyaringan asap rokok menggunakan filter cartridge dengan ukuran pori-pori 0,1 μm . Fase ini terdiri dari bensopirin, dibensakridin, dibensokarbasol, piren, fluoranten, hidrokarbon aromatik, polinuklear, naftalen, nitrosamin yang tidak mudah menguap, nikel, arsen, nikotin, alkaloid tembakau, fenol dan kresol.¹³

e. Dampak Rokok

Besar pajanan asap rokok bersifat kompleks dan dipengaruhi oleh jumlah rokok yang dihisap dan pola penghisapan rokok tersebut. Faktor lain yang dapat mempengaruhi pajanan asap rokok adalah usia mulai merokok, lama

¹³ *Ibid.* hlm. 19

merokok dan dalamnya hisapan. Jumlah rokok yang dihisap dapat dinyatakan dalam packyears setara dengan berapa bungkus rokok yang dihisap dalam satu hari (1 bungkus = 20 batang) dikalikan lamanya merokok dalam tahun. Pola penghisapan rokok sangat bervariasi tergantung pada kebiasaan seseorang. Udara yang dihisap melalui rokok berkisar 25-50 ml tiap hisapan. Udara dapat dihisap melalui mulut atau hidung kemudian dikeluarkan kembali dengan cara serupa.

Asap rokok yang dihisap ke dalam paru oleh perokok disebut asap rokok utama (*mainstream smoke/MS*) sedangkan asap rokok yang berasal dari ujung rokok yang terbakar disebut asap rokok samping (*sidestream smoke/SS*). Polusi udara yang ditimbulkan disebut asap rokok lingkungan (ARL) atau *environment tobacco smoke (ETS)*. Mereka yang menghisap ETS disebut perokok pasif.

Mereka yang tidak merokok tetapi terpaksa menghisap asap rokok dari lingkungannya mungkin akan menderita berbagai penyakit akibat rokok kendati mereka sendiri tidak merokok. Kandungan bahan kimia pada asap rokok sampingan ternyata lebih tinggi dibandingkan dengan asap rokok utama antara lain karena tembakau terbakar pada temperatur yang lebih rendah ketika sedang dihisap membuat pembakaran menjadi kurang lengkap dan mengeluarkan lebih banyak bahan kimia.

Dalam hal perokok pasif, *International Non Governmental Coalition Against Tobacco (INGCAT)* telah menyampaikan rekomendasi yang didukung oleh lebih dari 60 negara di seluruh dunia yang dimuat dalam *IUALTD News Bulletin on Tobacco and Health* 1997. Rekomendasi ini berbunyi "paparan terhadap asap rokok lingkungan yang sering kali disebut perokok pasif dapat menyebabkan kanker paru dan kerusakan kardiovaskuler pada orang dewasa yang tidak merokok dan dapat merusak kesehatan paru dan pernapasan pada anak".¹⁴

Merokok dapat menimbulkan berbagai dampak pada kesehatan manusia, baik dampak langsung maupun efek menahun. Dampak ini bisa terkena pada perokok aktif maupun pasif, yaitu:

¹⁴ *Ibid.* hlm. 19

- 1) Dampak langsung merokok:
 - a) Air mata keluar banyak.
 - b) Rambut, baju, badan berbau.
 - c) Denyut nadi dan tekanan darah meningkat.
 - d) Peristaltik usus meningkat, nafsu makan menurun.
- 2) Dampak jangka pendek (segera):
 - a) Sirkulasi darah kurang baik.
 - b) Suhu ujung-ujung jari (tangan/kaki) menurun
 - c) Rasa mengecap dan membau hilang.
 - d) Gigi dan jari menjadi coklat atau hitam.
- 3) Dampak jangka panjang:
 - a) Kerja otak menurun.
 - b) Adrenalin meningkat.
 - c) Tekanan darah dan denyut nadi meningkat.
 - d) Rongga pembuluh darah menciut.
 - e) Muncul efek ketagihan dan ketergantungan

Beberapa jenis penyakit akibat merokok dapat diuraikan sebagai berikut:

- 1) Kanker paru-paru ..
Kanker ialah penyakit yang disebabkan pertumbuhan yang tidak terkendali dari sel abnormal yang ada dibagian tubuh. Hubungan merokok dan kanker paru-paru telah diteliti dalam 4-5 dekade terakhir ini. Didapatkan hubungan erat antara kebiasaan merokok, terutama sigaret, dengan timbulnya kanker paru-paru. Bahkan ada yang secara tegas menyatakan bahkan rokok sebagai penyebab utama terjadinya kanker paru-paru.
- 2) Jantung Koroner
Merokok terbukti merupakan faktor resiko terbesar untuk mati mendadak. Resiko terjadinya penyakit jantung koroner meningkat 2-4 kali pada perokok dibandingkan dengan bukan perokok. Resiko ini meningkat dengan bertambahnya usia dan jumlah rokok yang dihisap. Penelitian menunjukkan bahwa faktor resiko merokok bekerja sinergis dengan faktor- faktor lain, seperti hipertensi, kadar lemak, gula darah yang tinggi, terhadap tercetusnya PJK. Perlu diketahui bahwa resiko kematian akibat penyakit jantung koroner berkurang dengan 50 persen pada tahun pertama sesudah rokok dihentikan.
Akibat penggumpalan (*trombosis*) dan pengapuran (*aterosklerosis*) dinding pembuluh darah, merokok jelas akan merusak pembuluh darah perifer. Pembentukan *aterosklerosis* pada pembuluh darah koroner jantung jauh lebih banyak bagi perokok dibandingkan dengan yang non perokok. Kondisi ini akibat mendorong *vosokonstriksi* pembuluh darah koroner. Sebagai pendorong faktor resiko PJK yang lain tentu perokok akan meningkatkan kadar kolesterol didalam darah yang akan memberikan resiko tinggi terhadap PJK. Demikian juga merokok mempercepat pembekuan darah sehingga agregasi trombosit lebih cepat terjadi, yang merupakan salah satu faktor pembentukan *aterosklerosis* sebagai penyebab PJK.

- 3) **Bronkitis**

Bronkitis terjadi karena paru-paru dan alur udara tidak mampu melepaskan *mucus* yang terdapat didalamnya dengan cara normal. *Mucus* adalah cairan lengket yang terdapat dalam tabung halus, yang disebut tabung *bronchial* yang terletak dalam paru-paru. Mucus beserta semua kotoran tersebut biasanya terus bergerak melalui tabung baronkial dengan bantuan rambut halus yang disebut silia. Silia ini terus menerus bergerak bergelombang seperti tentakel bintang laut, anemone, yang membawa *mucus* keluar dari paru-paru menuju ke tenggorokan.

Asap rokok memperlambat gerakan silia dan setelah jangka waktu tertentu akan merusaknya sama sekali. Keadaan ini berarti bahwa seorang perokok harus lebih banyak batuk untuk mengeluarkan mukusnya. Karena sistemnya tidak lagi bekerja sebaik semula, seorang perokok lebih mudah menderita radang paru-paru yang disebut *bronchitis*.
- 4) **Penyakit Stroke**

Stroke adalah penyakit *deficit neurologist* akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak serta menimbulkan gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah otak yang terganggu. Kejadian serangan penyakit ini bervariasi antar tempat, waktu, dan keadaan penduduk. Penyumbatan pembuluh darah otak yang bersifat mendadak atau *stroke* banyak dikaitkan dengan merokok. Resiko *stroke* dan resiko kematian lebih tinggi perokok dibandingkan tidak perokok.
- 5) **Hipertensi**

Walaupun nikotin dan merokok menaikkan tekanan darah *diastole* secara akut, namun tidak tampak lebih sering di antara perokok, dan tekanan *diastole* sedikit berubah bila orang berhenti merokok. Hal ini mungkin berhubungan dengan fakta bahwa perokok sekitar 10-12 pon lebih ringan dari pada bukan perokok yang sama umur, tinggi badan dan jenis kelaminnya. Bila mereka berhenti merokok, sering berat badan naik. Dua kekuatan, turunnya tekanan *diastole* akibat adanya nikotin dan naiknya tekanan *diastole* karena peningkatan berat badan, tampaknya mengimbangi satu sama lain pada kebanyakan orang, sehingga tekanan *diastole* sedikit berubah bila mereka berhenti merokok.
- 6) **Penyakit Diabetes**

Diabetes terjadi ketika glukosa dalam darah terlalu tinggi karena tubuh tidak bisa menggunakan dengan benar. Glukosa adalah gula yang diproduksi oleh tubuh dan terutama diambil dari karbohidrat dalam makanan.

Bukti-bukti bayak menunjuk pada peran rokok terhadap timbulnya penyakit diabetes atau penderita diabetes akan memperparah resiko kematian jika terus merokok.
- 7) **Impotensi**

Impotensi merupakan kegagalan atau disfungsi alat kelamin laki-laki secara berulang. Ciri utamanya adalah kegagalan mempertahankan

ereksi atau berhasil ereksi tetapi “kurang keras”. Rokok merupakan salah satu penyumbang penting terjadinya impotensi.

Para ahli mengaitkan terjadinya impotensi dengan peran rokok yang merusak jaringan darah dan syaraf. Karena seks yang sehat memerlukan “kerjasama” seluruh komponen tubuh, maka adanya gangguan pada komponen vital menyebabkan gangguan dan bahkan kegagalan seks seperti halnya yang terjadi pada impotensi.¹⁵

Khusus pengaruh asap rokok pada saluran pernapasan, dapat diuraikan bahwa asap rokok menimbulkan penyakit pada saluran napas, yaitu sebagai berikut:

- a) Penyakit paru obstruktif kronik
Iritasi saluran napas oleh asap rokok dan bahan toksik lain akan menimbulkan reaksi inflamasi saluran napas sehingga terjadi deposit sel radang neutrofil maupun makrofag di tempat tersebut. Neutrofil akan mengeluarkan elastase yang berlebihan mengakibatkan metaplasia sel epitel sekretori dan hipertrofi kelenjar mukus. Elastase neutrofil menghambat *mucociliary clearance*. Di samping itu elastase neutrofil akan merangsang produksi mukus berlebihan akibat hipertrofi kelenjar dan metaplasia sel sekretori.
- b) Kanker paru
Telah diketahui perokok merupakan faktor risiko kanker paru. Asap rokok mengandung bahan toksin dan iritan, mutagenik dan karsinogenik termasuk reactive organic radicals (RORs) yang memicu proliferasi sel, kerusakan kromosom, perubahan formasi DNA dan aktivasi onkogen.
- c) *Interstitial Lung Disease (ILD)*
Merupakan sekelompok penyakit heterogen paru umumnya ditandai dengan sesak napas, batuk kering, *diffuse interstitial infiltrate* yang membatasi fungsi paru dan gangguan pertukaran gas. *Interstitial lung disease* dapat berupa sarkoidosis, fibrosis paru idiopatik (IPF), pneumokoniosis dan penyakit yang berhubungan dengan jaringan ikat.¹⁶

f. Masalah, Fakta dan Data Tentang Rokok

Masalah merokok sampai saat ini masih menjadi masalah nasional yang perlu secara terus menerus diupayakan penanggulangannya, karena menyangkut berbagai aspek permasalahan dalam kehidupan, yaitu aspek ekonomi, sosial, politik, utamanya aspek kesehatan.

Diperkirakan lebih dari 40,3 juta anak tinggal bersama dengan perokok dan terpapar pada asap rokok di lingkungannya dan disebut sebagai perokok pasif. Sedangkan diketahui bahwa anak yang terpapar asap rokok dapat

¹⁵ *Ibid.* hlm. 19-20

¹⁶ *Ibid.* hlm. 20

mengalami peningkatan risiko terkena bronkitis, pneumonia, infeksi telinga tengah, asma, serta kelambatan pertumbuhan paru-paru. Kerusakan kesehatan dini ini dapat menyebabkan kesehatan yang buruk pada masa dewasa. Orang dewasa bukan perokok pun yang terus-menerus terpapar juga akan mengalami peningkatan risiko kanker paru dan jenis kanker lainnya.¹⁷

Dari aspek kesehatan, rokok mengandung 4000 zat kimia yang berbahaya bagi kesehatan, seperti Nikotin yang bersifat adiktif dan Tar yang bersifat karsinogenik, bahkan juga Formalin. Ada 25 jenis penyakit yang ditimbulkan karena kebiasaan merokok seperti emfisema, kanker paru, bronkhitis kronis dan penyakit paru lainnya. Dampak lain adalah terjadinya penyakit jantung koroner, peningkatan kolesterol darah, Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) pada bayi ibu perokok, keguguran dan bayi lahir mati. Diperkirakan bahwa jika asumsi tanpa biaya rawat inap, maka total biaya yang dikeluarkan oleh masyarakat karena penyakit yang berkaitan dengan tembakau berjumlah Rp.15,44 triliun. Angka tersebut jauh lebih besar dibandingkan dengan total biaya rawat inap untuk penyakit yang sama pada tahun 2001 yakni Rp.2,6 triliun. Total biaya rawat inap untuk penyakit yang berkaitan dengan tembakau sebesar Rp. 3,11 triliun, sehingga total biaya untuk rawat inap dan rawat jalan sebesar Rp. 18,55 triliun.

Biaya rata-rata yang dibelanjakan oleh individu perokok untuk membeli tembakau dalam satu bulan adalah Rp.216.000; secara makro total biaya yang dibelanjakan oleh perokok di Indonesia dalam satu bulan sebesar Rp.12,77 triliun dan dalam satu tahun adalah Rp.153,25 triliun. Kerugian ekonomi total penduduk Indonesia dalam setahun akibat konsumsi produk tembakau mencapai Rp.338,75 triliun, atau lebih dari enam kali pendapatan cukai rokok Pemerintah yang hanya Rp. 53,9 triliun. Secara makro, terdapat kehilangan tahun produktif (*DALYs Loss/ Disability Adjusted Life Years Loss*) sebesar 13.935,68 (7.575,22 untuk laki-laki dan 6.360,46 untuk perempuan) atau 25,5% dari total *DALYs Loss* dalam tahun yang sama (51.250 *DALYs Loss*).¹⁸

Fakta membuktikan bahwa bahaya tembakau terhadap kesehatan sangat besar, jauh lebih dari yang disadari oleh sebagian besar masyarakat. Kebiasaan merokok berhubungan dengan kejadian berbagai penyakit, sebagian

¹⁷ Zuraida, dkk. 2011. *Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. hlm. 8

¹⁸ *Ibid.* hlm. 9

besar berakibat kematian. Uraian berikut ini memaparkan risiko kesehatan bagi perokok, rokok dan Indonesia sebagai perspektif dan data yang yang antara lain berisi hasil Riset Kesehatan Dasar 2007 yang diselenggarakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan.

B. Kawasan Tanpa Rokok

Kebiasaan merokok sudah meluas di hampir semua kelompok masyarakat di Indonesia dan cenderung meningkat, terutama di kalangan anak dan remaja sebagai akibat gencarnya promosi rokok di berbagai media massa. Hal ini memberi makna bahwa masalah merokok telah menjadi semakin serius, mengingat merokok berisiko menimbulkan berbagai penyakit atau gangguan kesehatan yang dapat terjadi baik pada perokok itu sendiri maupun orang lain di sekitarnya yang tidak merokok (perokok pasif). Oleh karena itu perlu dilakukan langkah-langkah pengamanan rokok bagi kesehatan, diantaranya melalui penetapan Kawasan Tanpa Rokok.

Pengendalian para perokok yang menghasilkan asap rokok yang sangat berbahaya bagi kesehatan perokok aktif maupun perokok pasif merupakan salah satu solusi menghirup udara bersih tanpa paparan asap rokok atau biasa disebut penetapan Kawasan Tanpa Rokok.¹⁹

Penetapan Kawasan Tanpa Rokok perlu diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum dan tempat lainnya yang ditetapkan serta menjadi kewajiban asasi bagi semua pihak terutama para pimpinan/penentu kebijakan di tempat tersebut untuk mewujudkannya.

a. Pengertian Kawasan Tanpa Rokok

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau.

Penetapan Kawasan Tanpa Rokok merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok. Penetapan Kawasan Tanpa Rokok ini perlu diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar

¹⁹ *Ibid.* hlm. 4

mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan, untuk melindungi masyarakat yang ada dari asap rokok. Tempat ditentukannya sebagai Kawasan Tanpa Rokok tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.
- 2) Tempat proses belajar mengajar adalah sarana yang digunakan untuk kegiatan belajar, mengajar, pendidikan dan/atau pelatihan.
- 3) Tempat anak bermain adalah area, baik tertutup maupun terbuka, yang digunakan untuk kegiatan bermain anak-anak.
- 4) Tempat ibadah adalah bangunan atau ruang tertutup yang memiliki ciri-ciri tertentu yang khusus dipergunakan untuk beribadah bagi para pemeluk masing-masing agama secara permanen, tidak termasuk tempat ibadah keluarga.
- 5) Angkutan umum adalah alat angkutan bagi masyarakat yang dapat berupa kendaraan darat, air dan udara biasanya dengan kompensasi.
- 6) Tempat kerja adalah ruang atau lapangan tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap dimana tenaga kerja bekerja, atau yang dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha dan dimana terdapat sumber atau sumber-sumber bahaya.
- 7) Tempat umum adalah semua tempat tertutup yang dapat diakses oleh masyarakat umum dan/atau tempat yang dapat dimanfaatkan bersama-sama untuk kegiatan masyarakat yang dikelola oleh pemerintah, swasta dan masyarakat.
- 8) Tempat lain yang ditetapkan adalah tempat terbuka yang dimanfaatkan bersama-sama untuk kegiatan masyarakat.²⁰

b. Tujuan penetapan Kawasan Tanpa Rokok

Tujuan penetapan Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut:

²⁰ *Ibid.* hlm. 11

- 1) Menurunkan angka kesakitan dan/atau angka kematian dengan cara mengubah perilaku masyarakat untuk hidup sehat.
- 2) Meningkatkan produktivitas kerja yang optimal.
- 3) Mewujudkan kualitas udara yang sehat dan bersih, bebas dari asap rokok.
- 4) Menurunkan angka perokok dan mencegah perokok pemula.
- 5) Mewujudkan generasi muda yang sehat.

c. Sasaran Kawasan Tanpa Rokok

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, sasaran Kawasan Tanpa Rokok adalah ditempat pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.

- 1) Sasaran di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
 - Pimpinan/penanggung jawab/pengelola fasilitas pelayanan kesehatan.
 - Pasien.
 - Pengunjung.
 - Tenaga medis dan non medis.
- 2) Sasaran di Tempat Proses Belajar Mengajar
 - Pimpinan/penanggung jawab/pengelola tempat proses belajar mengajar.
 - Peserta didik/siswa.
 - Tenaga kependidikan (guru).
 - Unsur sekolah lainnya (tenaga administrasi, pegawai di sekolah).
- 3) Sasaran di Tempat Anak Bermain
 - Pimpinan/penanggung jawab/pengelola tempat anak bermain.
 - Pengguna/pengunjung tempat anak bermain.
- 4) Sasaran di Tempat Ibadah
 - Pimpinan/penanggung jawab/pengelola tempat ibadah.
 - Jemaah.
 - Masyarakat di sekitar tempat ibadah.
- 5) Sasaran di Angkutan Umum
 - Pengelola sarana penunjang di angkutan umum (kantin, hiburan, dsb).
 - Karyawan.
 - Pengemudi dan awak angkutan.
 - Penumpang.
- 6) Sasaran di Tempat Kerja
 - Pimpinan/penanggung jawab/pengelola sarana penunjang di tempat kerja (kantin, toko, dsb).

- Staf/pegawai/karyawan.
 - Tamu.
- 7) Sasaran di Tempat Umum
- Pimpinan/penanggung jawab/pengelola sarana penunjang di tempat umum (restoran, hiburan, dsb).
 - Karyawan.
 - Pengunjung/pengguna tempat umum.

d. Manfaat Kawasan Tanpa Rokok

Penetapan Kawasan Tanpa Rokok merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok. Penetapan Kawasan Tanpa Rokok ini perlu diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.²¹

e. Langkah-Langkah Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok Pada Dinas Kesehatan

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

1) Persiapan Awal

Dinas kesehatan yang berinisiatif mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok menyusun kerangka konsep dan materi teknis tentang Kawasan Tanpa Rokok. Setelah itu dinas kesehatan melakukan advokasi kepada para penentu kebijakan baik internal sektor kesehatan maupun pihak legislatif untuk memperoleh dukungan kebijakan, dana dan fasilitasi. Konsolidasi Lintas Program setelah disusun konsep pengembangan Kawasan Tanpa Rokok, maka dinas kesehatan membahasnya dengan lintas program untuk menyamakan persepsi dan membahas konsep sekaligus merumuskan kegiatan yang diperlukan dalam pengembangan Kawasan Tanpa Rokok.

2) Konsolidasi Lintas Sektor

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

3) Sosialisasi Rencana Penetapan Kawasan Tanpa Rokok

Kegiatan ini merupakan sosialisasi tentang rencana penetapan Kawasan Tanpa Rokok kepada berbagai sasaran yang terkait dengan pelaksanaan penerapan Kawasan Tanpa Rokok sebelum dibuat suatu peraturan yang mengikat. Pada tahap ini perlu dibentuk tim perumus

²¹ *Ibid.* hlm. 16-17

tentang pengaturan Kawasan Tanpa Rokok, rencana aksi dan penegakan hukum.

- 4) Pertemuan Tim Perumus
Tim perumus secara berkala melaksanakan pertemuan untuk membahas berbagai hal terkait dengan rencana penetapan Kawasan Tanpa Rokok seperti rencana kegiatan dan penegakan hukumnya.
- 5) Peluncuran Penetapan Kawasan Tanpa Rokok
Peluncuran Penetapan Kawasan Tanpa Rokok dilakukan oleh pejabat tinggi di daerah atau pimpinan wilayah yang dihadiri oleh semua pihak yang berkepentingan terhadap pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok, tim menyiapkan petunjuk pelaksanaan atau petunjuk teknis serta materi sosialisasinya sehingga penetapan Kawasan Tanpa Rokok dapat langsung dioperasionalkan.
- 6) Sosialisasi Pascapeluncuran
Penyebarluasan informasi dan sosialisasi tentang Kawasan Tanpa Rokok dilakukan dengan menggunakan berbagai metode dan media di berbagai kesempatan yang ada sehingga pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dapat diketahui dan dilaksanakan oleh semua pihak, baik pembina, pengawas maupun perokok dan bukan perokok dengan pemberlakuan sanksi sesuai hukum yang diterapkan.
- 7) Evaluasi
Penilaian atas pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok meliputi kegiatan pemantauan kepatuhan dan penegakan hukum atas pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok. Evaluasi dengan menggunakan indikator yang telah ditetapkan.²²

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penyusunan Naskah Akademik ini, menggunakan Metode Penelitian Hukum, baik melalui metode yuridis normatif, maupun melalui metode empiris, dan metode penelitian sosial dengan metode survei, yaitu:

1. Metode yuridis normatif, dilakukan melalui studi pustaka, yang menelaah (terutama) data sekunder yang berupa peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan kawasan tanpa rokok
2. Metode yuridis empiris, atau *sociolegal* adalah penelitian yang diawali penelitian normatif, yang dilanjutkan dengan observasi yang mendalam untuk mendapatkan data non hukum yang terkait.
3. Metode survei, adalah metode penelitian yang digunakan untuk mencari keterangan secara faktual. Dengan metode ini, dapat membahas dan menganalisis suatu permasalahan yang erat hubungannya dengan kawasan tanpa rokok.

B. Lokasi Kegiatan

Lokasi kegiatan ini adalah di Kabupaten Batang

C. Sumber Dana

Kegiatan ini bersumber dari dana APBD Pemerintah Kabupaten Batang Tahun Anggaran 2017. Jumlah dana yang dibutuhkan sebesar Rp 75.000.000,00 (tujuh puluh lima juta rupiah)

D. Nama Kegiatan dan Organisasi

Nama Kegiatan: Penyusunan Naskah Akademik Raperda Tentang Kawasan Tanpa Rokok

Pekerjaan : Penyusunan Naskah Akademik Raperda Tentang Kawasan Tanpa Rokok

SKPD : Sekretariat DPRD Kabupaten Batang

E. Lingkup Kegiatan, Data, dan Alih Pengetahuan

1. Lingkup Kegiatan

Lingkup kegiatan ini adalah Penyusunan Naskah Akademik Raperda Tentang Kawasan Tanpa Rokok Kabupaten Batang.

2. Data

Data yang akan digunakan dalam Penyusunan Naskah Akademik Raperda tentang Kawasan Tanpa Rokok adalah data dan dokumen-dokumen yang berkaitan dengan pengaturan mengenai Kawasan Tanpa Rokok.

F. Keluaran

Keluaran yang dihasilkan dari kegiatan ini adalah tersusunnya Naskah Akademik Raperda Tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Draf Raperda Tentang Kawasan Tanpa Rokok.

G. Tenaga Ahli

Rincian tenaga ahli dalam Penyusunan Naskah Akademik Raperda Tentang Kawasan Tanpa Rokok ini adalah sebagai berikut:

1. Tenaga Ahli Profesional

a. Ketua Tim

Kualifikasi Pendidikan adalah Doktor (S3) di bidang Ilmu Pemerintahan/Administrasi Publik

b. Tenaga Ahli Hukum

Kualifikasi Pendidikan adalah Doktor/Magister (S3/S2) di bidang Ilmu Hukum

c. Tenaga Ahli Kesehatan Masyarakat

Kualifikasi pendidikan Doktor/Magister (S3/S2) di bidang kesehatan masyarakat

2. Tenaga Pendukung

a. Administratif

Kualifikasi pendidikan D3/SMA

b. Driver

Kualifikasi pendidikan D3/SMA

H. Jangka Waktu Pelaksanaan

Jangka waktu pelaksanaan Penyusunan Naskah Akademik Raperda Tentang Kawasan Tanpa Rokok adalah 6 (enam) bulan dengan rincian sebagai berikut:

No.	Kegiatan	Bulan Ke					
		1	2	3	4	5	6
1.	Diskusi awal dengan Komisi terkait (belanja masalah)	■					
2.	Pengurusan administrasi	■	■				
3.	Laporan pendahuluan		■				
4.	Pengumpulan data		■	■			
5.	Analisis data		■	■			
6.	Penyusunan Naskah Akademik & Draft Raperda		■	■	■		
7.	Laporan Antara				■		
8.	Revisi Naskah Akademik dan Draft Raperda				■		
9.	Diskusi dengan Komisi terkait dan <i>stakeholders</i>					■	
10.	Revisi Naskah Akademik dan Draft Raperda					■	
11.	Laporan Akhir						■

I. Jenis dan Spesifikasi Laporan

1. Jenis Laporan

Jenis laporan yang dibuat dalam pekerjaan ini meliputi :

- a. Laporan Pendahuluan
- b. Laporan Antara
- c. Laporan Akhir

2. Spesifikasi Laporan

Laporan yang harus diserahkan sebagai produk akhir adalah sebagai berikut:

a. Laporan Pendahuluan

Laporan Pendahuluan memuat rencana kerja penerima swakelola secara menyeluruh, mobilisasi tenaga ahli dan pendukung lainnya serta jadwal penerima swakelola.

b. Laporan Antara

Laporan Antara memuat hasil sementara pelaksanaan kegiatan (draft laporan akhir). Laporan Antara dipresentasikan di depan Komisi terkait dan *stakeholders*.

c. Laporan Akhir

Laporan Akhir memuat Laporan akhir setelah melalui pembahasan dan penyempurnaan.

J. Spesifikasi Teknis

Penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Batang harus dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan berpedoman pada ketentuan yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan.

Sistematika Naskah Akademik adalah sebagai berikut:

JUDUL

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

B. Identifikasi Masalah

C. Tujuan dan Kegunaan Kegiatan Penyusunan Naskah Akademik

D. Metode

BAB II. KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

A. Kajian Teoretis

B. Praktik Empiris

C. Kajian terhadap asas/prinsip yang terkait dengan penyusunan norma

D. Kajian terhadap praktik penyelenggaraan, kondisi yang ada, serta permasalahan yang dihadapi masyarakat

E. Kajian terhadap implikasi penerapan sistem baru yang akan diatur dalam Peraturan Daerah terhadap aspek kehidupan masyarakat dan dampaknya terhadap aspek beban keuangan Daerah

BAB III. EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT

- A. Kondisi Hukum yang Ada
- B. Keterkaitan Undang-Undang dan Peraturan Daerah
- C. Harmonisasi Secara Vertikal dan Horizontal

BAB IV. LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS

BAB V. JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN PERATURAN DAERAH

- A. Jangkauan Pengaturan
- B. Arah Pengaturan
- C. Ruang Lingkup Materi Muatan

BAB VI. PENUTUP

- A. Simpulan
- B. Saran

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN DRAF RAPERDA

DAFTAR PUSTAKA

- A. Hamid S Attamimi. 1990. *Disertasi: Peranan Keputusan Presiden Republik Indonesia Dalam Penyelenggaraan Pemerintahan Negara*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Abdulkadir Muhammad. 2004. *Hukum dan Penelitian Hukum*. Citra Aditya Bakti. Bandung.
- Ahmad Sukardja. 2012. *Hukum Tata Negara dan Administrasi Negara Dalam Perspektif Fikih Siyasah*, Cet. Ke-10. Sinar Grafika. Jakarta.
- Aila Haris, dkk. 2012. *Asap Rokok Sebagai Bahan Pencemar Dalam Ruangan*. Departemen Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia - RS Persahabatan. Jakarta.
- Bagir Manan 1992. *Dasar-Dasar Perundang-undangan Indonesia*. Ind-Hill. Co. Jakarta.
- Bagir Manan. 2004. *Menyongsong Fajar Otonomi Daerah*. PSH. FH UII. Yogyakarta.
- Budi Santoso. 2013. *Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2013. Provinsi Jawa Tengah*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Dwi Sarwani SR dan Sri Nurlaela. 2012. *Merokok Dan Tuberkulosis Paru (Studi Kasus di RS Margono Soekarjo Purwokerto)*. Prosiding Seminar Nasional Kesehatan Jurusan Kesehatan Masyarakat FKIK UNSOED Purwokerto, 31 Maret 2012.
- J.J.Bruggink. 1999. *Refleksi Tentang Hukum*. Alih Bahasa Arief Sidharta. Citra Aditya Bakti. Bandung.
- Jhonny Ibrahim. 2005. *Teori dan Penelitian Hukum Normatif*. Bayumedia Publishing. Surabaya.
- Jimly Asshiddiqie. 2002. *Konsolidasi Naskah UUD 1945 Setelah Perubahan Keempat*. Pusat Studi Hukum Tata Negara FH. UI. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan. 2012. *Pengendalian Tembakau, Selamatkan Nyawa Selamatkan Uang*. Advocacy Tool, Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Ditjen PP & PL.
- Komnas HAM. 2012. *Naskah Akademik RUU Pengesahan Framework Convention on Tobacco Control*. Komnas HAM. Jakarta. 78
- Kompas. (2009). versi online di <http://www.kompas.com/read/xml2009/01/21/20145028/prevalensi.merokok.pada.anak.terus.meningkat>.

- M.N. Bustan. 2007. *Epidemiologi: Penyakit Tidak Menular*. Rinneka Cipta. Jakarta.
- Majda El Muhtaj. 2008. *Dimensi-dimensi HAM : Mengurai hak ekonomi, sosial, dan Budaya*. Ed. 1. RajaGrafindo Persada. Jakarta.
- Maria Farida Indrati Soeprapto. 1998. *Ilmu Perundang-Undangan Dasar-dasar dan Pembentukannya*. Yogyakarta: Kanisius.
- Purnadi Purbacarakan. dkk. 1979. *Perundang-undangan dan Yurisprudensi*. Alumni. Bandung.
- RM. A.B. Kusuma, 2004. *Lahirnya UUD 1945*. Jakarta: Pusat Studi Hukum Tata Negara Fakultas Hukum Universitas Indonesia.
- Rosjidi Ranggawidjaja. 1998. *Pengantar Ilmu Perundang-undangan Indonesia*. Mandar Maju. Bandung.
- Setio Supto Nugroho. 2009. *Harmonisasi Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan*. Biro Peraturan Perundang-undangan Bidang Perekonomian Sekretariat Negara. Jakarta.
- Soimin. 2010. *Pembentukan Peraturan Negara Di Indonesia*. Sinar Grafika. Jakarta.
- Suhendar Abas. 2011. *Stufenbau Teori Hans Kelsen dan Tinjauan Terhadap Tata Urutan Perundang-Undang Di Indonesia*. Diakses melalui <http://suhendarabas.blogspot.com/2011/05/stufenbau-teori-hans-kelsen-dan.html>
- Sukri Palutturi. 2010. *Kesehatan Itu Politik*. Ed. 1, Cet.1. Karya Aksara. Semarang.
- Wiku Adisasmito. 2010. *Sistem Kesehatan*. Cet. 3, RajaGrafindo Persada. Jakarta.
- Zuraida, dkk. 2011. *Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.