

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 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

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

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 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.

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*. Rinneka 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

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. 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;

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

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

- 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 ditetapkan 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.

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.

D. Metode

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. Metode yuridis normatif mencakup 3 (tiga) pendekatan, yaitu:
 - a. Pendekatan dogmatik hukum (yuridis) bertujuan untuk mempelajari dan mengaplikasikan norma hukum berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan dianggap relevan¹⁰ dengan masalah pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Batang tentang Kawasan Tanpa Rokok.
 - b. Pendekatan teori hukum (konseptual),¹¹ bertujuan untuk mempelajari dan mengaplikasikan teori, konsep, pendapat, ajaran-ajaran hukum, yang terkait dengan pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Batang tentang Kawasan Tanpa Rokok.
 - c. Pendekatan filsafat hukum (filosofis),¹² adalah untuk menemukan dan menganalisis asas-asas hukum yang dapat dijadikan acuan dalam pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Batang tentang 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 permasalahan Kawasan Tanpa Rokok.

¹⁰J.J.Bruggink. 1999. *Refleksi Tentang Hukum*. Alih Bahasa Arief Sidharta. Citra Aditya Bakti. Bandung. hlm 169.

¹¹ Abdulkadir Muhammad. 2004. *Hukum dan Penelitian Hukum*. Citra Aditya Bakti. Bandung. hlm 113.

¹²Jhonny Ibrahim. 2005. *Teori dan Penelitian Hukum Normatif*. Bayumedia Publishing. Surabaya. hlm 37.

BAB II

KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

A. Kajian Teoretis

1. 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.¹³

Sedangkan berdasarkan bahan baku atau isi, rokok dibedakan menjadi:

¹³ 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

- 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.¹⁴

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.

¹⁴ *Ibid.* hlm.18-19

Berdasarkan penggunaan filter pada rokok maka rokok dibedakan menjadi rokok filter (RF) dan rokok non filter (NRF). Rokok filter adalah rokok yang pada bagian pangkalnya terdapat gabus sedangkan rokok non filter adalah rokok yang pada bagian pangkalnya tidak terdapat gabus.¹⁵

c. Kategori Perokok

1) Perokok Pasif

Perokok pasif adalah asap rokok yang dihirup oleh seseorang yang tidak merokok (*passive 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:

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 linting, rokok putih, cerutu, rokok pipa, dan tembakau tanpa asap (*chewing tobacco* atau tembakau kunyah).

¹⁵ *Ibid.* hlm. 19

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.¹⁶

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 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.

¹⁶ *Ibid.* hlm. 19

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".¹⁷

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

- 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

¹⁷ *Ibid.* hlm. 19

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 banyak 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.¹⁸

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 netrofil 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.

¹⁸ *Ibid.* hlm. 19-20

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.¹⁹

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 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.²⁰

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

¹⁹ *Ibid.* hlm. 20

²⁰ Zuraída, dkk. 2011. *Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. hlm. 8

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*).²¹

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

2. 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.²²

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

²¹ *Ibid.* hlm. 9

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 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:

²² *Ibid.* hlm. 4

- 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.²³

²³ *Ibid.* hlm. 11

b. Tujuan penetapan Kawasan Tanpa Rokok

Tujuan penetapan Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut:

- 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.²⁴

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

²⁴ *Ibid.* hlm. 16-17

mengikat. Pada tahap ini perlu dibentuk tim perumus 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.²⁵

f. Langkah-Langkah Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok

Langkah-langkah pengembangan Kawasan Tanpa Rokok pada masing-masing kawasan dapat dijelaskan sebagai berikut:

1) Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Petugas kesehatan melaksanakan advokasi kepada pimpinan rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dengan menjelaskan perlunya Kawasan Tanpa Rokok dan keuntungannya jika dikembangkan di area tersebut.

Dari advokasi tersebut akhirnya pimpinan rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya setuju untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok. Contoh fasilitas pelayanan kesehatan adalah Rumah Sakit, Puskesmas, Poliklinik, Poskesdes. Hal yang perlu dilakukan oleh pimpinan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut:

a) Analisis Situasi

²⁵ *Ibid.* hlm. 19

Pimpinan rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya melakukan pengkajian ulang tentang ada tidaknya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan bagaimana sikap dan perilaku sasaran (karyawan/pasien/ pengunjung) terhadap kebijakan Kawasan Tanpa Rokok. Kajian ini untuk memperoleh data sebagai dasar membuat kebijakan.

b) Pembentukan Komite atau Kelompok

Kerja Penyusunan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Pihak pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan mengajak bicara serikat pekerja yang mewakili perokok dan bukan perokok untuk:

- * Menyampaikan maksud, tujuan dan manfaat Kawasan Tanpa Rokok.
- * Membahas rencana kebijakan tentang pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok.
- * Meminta masukan tentang penerapan Kawasan Tanpa Rokok, antisipasi kendala dan sekaligus alternatif solusi.
- * Menetapkan penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan mekanisme pengawasannya.
- * Membahas cara sosialisasi yang efektif bagi karyawan/pasien/pengunjung. Kemudian pihak pimpinan membentuk komite atau kelompok kerja penyusunan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.

c) Membuat Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok

Komite atau kelompok kerja membuat kebijakan yang jelas tujuan dan cara melaksanakannya.

d) Penyiapan Infrastruktur antara lain:

- * Membuat surat keputusan dari pimpinan tentang penanggung jawab dan pengawas Kawasan Tanpa Rokok di fasilitas pelayanan kesehatan.
- * Instrumen pengawasan.
- * Materi sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok.
- * Pembuatan dan penempatan tanda larangan merokok di fasilitas pelayanan kesehatan.
- * Mekanisme dan saluran penyampaian pesan di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.
- * Pelatihan bagi pengawas Kawasan Tanpa Rokok.
- * Pelatihan kelompok sebaya bagi karyawan tentang cara berhenti merokok.

e) Sosialisasi Penerapan Kawasan Tanpa Rokok

Sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok antara lain:

- * Sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan internal bagi karyawan.
- * Sosialisasi tugas dan penanggung jawab dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.

f) Penerapan Kawasan Tanpa Rokok

- * Penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok kepada pasien/pengunjung melalui poster, tanda larangan merokok, pengumuman, pengeras suara dan lain sebagainya.
- * Penyediaan tempat bertanya.
- * Pelaksanaan pengawasan Kawasan Tanpa Rokok.

g) Pengawasan dan Penegakan Hukum

- * Pengawas Kawasan Tanpa Rokok di fasilitas pelayanan kesehatan mencatat pelanggaran dan menerapkan sanksi sesuai peraturan daerah setempat.
- * Melaporkan hasil pengawasan kepada otoritas pengawasan daerah yang ditunjuk oleh pemerintah daerah setempat, baik diminta atau tidak.

h) Pemantauan dan Evaluasi

- * Melakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala tentang kebijakan yang telah dilaksanakan.
- * Meminta pendapat komite dan melakukan kajian terhadap masalah yang ditemukan.
- * Memutuskan apakah perlu penyesuaian terhadap masalah kebijakan.

2) Di Tempat Proses Belajar Mengajar

Petugas kesehatan melaksanakan advokasi kepada pimpinan/pengelola tempat proses belajar mengajar dengan menjelaskan perlunya Kawasan Tanpa Rokok dan keuntungannya jika dikembangkan Kawasan Tanpa Rokok di area tersebut.

Dari advokasi tersebut akhirnya pimpinan/pengelola tempat belajar mengajar setuju untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok. Contoh tempat proses belajar mengajar adalah sekolah, kampus, perpustakaan, ruang praktikum dan lain sebagainya. Hal yang perlu dilakukan oleh pimpinan/pengelola untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut:

a) Analisis Situasi

Penentu kebijakan/pimpinan di tempat proses belajar mengajar melakukan pengkajian ulang tentang ada tidaknya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan bagaimana sikap dan perilaku sasaran (karyawan/guru/dosen/siswa) terhadap kebijakan Kawasan Tanpa Rokok. Kajian ini untuk memperoleh data sebagai dasar membuat kebijakan.

b) Pembentukan Komite atau Kelompok Kerja Penyusunan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.

Pihak pimpinan mengajak bicara karyawan/ guru/dosen/siswa yang mewakili perokok dan bukan perokok untuk:

- * Menyampaikan maksud, tujuan dan manfaat Kawasan Tanpa Rokok.
- * Membahas rencana kebijakan tentang pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok.
- * Meminta masukan tentang penerapan Kawasan Tanpa Rokok, antisipasi kendala dan sekaligus alternatif solusi.
- * Menetapkan penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan mekanisme pengawasannya.
- * Membahas cara sosialisasi yang efektif bagi karyawan/guru/dosen/siswa.

Kemudian pihak pimpinan membentuk komite atau kelompok kerja penyusunan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.

c) Membuat Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok

Komite atau kelompok kerja membuat kebijakan yang jelas tujuan dan cara melaksanakannya.

d) Penyiapan Infrastruktur antara lain:

- * Membuat surat keputusan dari pimpinan tentang penanggung jawab dan pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat proses belajar mengajar.
- * Instrumen pengawasan.
- * Materi sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok.
- * Pembuatan dan penempatan tanda larangan merokok.
- * Mekanisme dan saluran penyampaian pesan tentang KTR di tempat proses belajar mengajar melalui poster, stiker larangan merokok dan lain sebagainya.
- * Pelatihan bagi pengawas Kawasan Tanpa Rokok.
- * Pelatihan kelompok sebaya bagi karyawan/ guru/dosen/siswa tentang cara berhenti merokok.

e) Sosialisasi Penerapan Kawasan Tanpa Rokok antara lain:

- * Sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan internal bagi karyawan/guru/dosen/siswa.
- * Sosialisasi tugas dan penanggung jawab dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.

f) Penerapan Kawasan Tanpa Rokok

- * Penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok kepada karyawan/guru/dosen/siswa melalui poster, tanda larangan merokok, pengumuman, pengeras suara dan lain sebagainya.
- * Penyediaan tempat bertanya.
- * Pelaksanaan pengawasan Kawasan Tanpa Rokok.

g) Pengawasan dan Penegakan Hukum

- * Pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat proses belajar mengajar mencatat pelanggaran dan menerapkan sanksi sesuai peraturan yang berlaku.
- * Melaporkan hasil pengawasan kepada otoritas pengawasan yang ditunjuk, baik diminta atau tidak.

h) Pemantauan dan Evaluasi

- * Melakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala tentang kebijakan yang telah dilaksanakan.
- * Meminta pendapat komite dan lakukan kajian terhadap masalah yang ditemukan.
- * Memutuskan apakah perlu penyesuaian terhadap masalah kebijakan.

3) Di Tempat Anak Bermain

Petugas kesehatan melaksanakan advokasi kepada pemilik/pengelola tempat anak bermain dengan menjelaskan perlunya Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan keuntungannya jika dikembangkan di area tersebut. Dari advokasi tersebut, akhirnya pemilik/pengelola tempat anak bermain setuju untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok. Contoh tempat anak bermain adalah Tempat Penitipan Anak (TPA), tempat pengasuhan anak dan arena bermain anak-anak. Hal yang perlu dilakukan oleh pemilik

tempat anak bermain untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut:

a) Analisis Situasi

Pimpinan/pemilik tempat anak bermain melakukan pengkajian ulang tentang ada tidaknya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan bagaimana sikap dan perilaku sasaran (pengunjung) terhadap kebijakan Kawasan Tanpa Rokok. Kajian ini untuk memperoleh data sebagai dasar membuat kebijakan.

b) Pembentukan Komite atau Kelompok Kerja Penyusunan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok

Pihak pimpinan/pemilik tempat anak bermain mengajak bicara pengelola yang mewakili perokok dan bukan perokok untuk:

- * Menyampaikan maksud, tujuan dan manfaat Kawasan Tanpa Rokok.
- * Membahas rencana kebijakan tentang pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok.
- * Meminta masukan tentang penerapan Kawasan Tanpa Rokok, antisipasi kendala dan sekaligus alternatif solusi.
- * Menetapkan penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan mekanisme pengawasannya.
- * Membahas cara sosialisasi efektif bagi pengelola maupun pengunjung.

Kemudian pihak pimpinan membentuk komite atau kelompok kerja penyusunan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.

c) Membuat Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok

Komite atau kelompok kerja membuat kebijakan yang jelas tujuan dan cara melaksanakannya.

d) Penyiapan Infrastruktur antara lain:

- * Membuat surat keputusan dari pemilik/pimpinan tentang penanggung jawab dan pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat anak bermain.
- * Instrumen pengawasan.
- * Materi sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok.
- * Pembuatan dan penempatan tanda larangan merokok di tempat anak bermain.
- * Mekanisme dan saluran penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok bagi pengunjung di tempat anak bermain, misalnya melalui poster, stiker larangan merokok, pengeras suara dan lain sebagainya.
- * Pelatihan bagi pengawas Kawasan Tanpa Rokok.

e) Sosialisasi Penerapan Kawasan Tanpa Rokok antara lain:

- * Sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan internal bagi pengelola dan pengunjung.
- * Sosialisasi tugas dan penanggung jawab dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.

f) Penerapan Kawasan Tanpa Rokok

- * Penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok kepada pengunjung melalui poster, pengeras suara dan lain sebagainya.
- * Penyediaan tempat bertanya.
- * Pelaksanaan pengawasan Kawasan Tanpa Rokok.

g) Pengawasan dan Penegakan Hukum

- * Pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat anak bermain mencatat pelanggaran dan menerapkan sanksi sesuai dengan peraturan daerah setempat.
- * Melaporkan hasil pengawasan kepada otoritas pengawasan daerah yang ditunjuk oleh pemerintah daerah setempat baik diminta atau tidak.

h) Pemantauan dan Evaluasi

- * Melakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala tentang kebijakan yang telah dilaksanakan.
- * Meminta pendapat komite dan lakukan kajian terhadap masalah yang ditemukan.
- * Memutuskan apakah perlu penyesuaian terhadap kebijakan.

4) Di Tempat Ibadah

Petugas kesehatan melaksanakan advokasi kepada pengelola/pengurus tempat ibadah dengan menjelaskan perlunya Kawasan Tanpa Rokok dan keuntungannya jika dikembangkan di area tersebut.

Dari advokasi tersebut, akhirnya pengelola/pengurus tempat ibadah setuju untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok. Contoh tempat ibadah adalah masjid, mushola, gereja (termasuk kapel), pura, vihara dan klenteng. Hal yang perlu dilakukan oleh pengelola tempat ibadah untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut:

a) Analisis Situasi

Pengelola di tempat ibadah melakukan pengkajian ulang tentang ada tidaknya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan bagaimana sikap dan perilaku sasaran (jamaah) terhadap kebijakan Kawasan Tanpa Rokok. Kajian ini untuk memperoleh data sebagai dasar membuat kebijakan.

b) Pembentukan Komite atau Kelompok Kerja Penyusunan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok

Pihak pengelola tempat ibadah mengajak bicara pengurus tempat ibadah yang mewakili perokok dan bukan perokok untuk:

- * Menyampaikan maksud, tujuan dan manfaat Kawasan Tanpa Rokok.
 - * Membahas rencana kebijakan tentang pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok.
 - * Meminta masukan tentang penerapan Kawasan Tanpa Rokok, antisipasi kendala dan sekaligus alternatif solusi.
 - * Menetapkan penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan mekanisme pengawasannya.
 - * Membahas cara sosialisasi efektif bagi pengurus maupun jamaah.
- Kemudian pihak pengelola tempat ibadah membentuk komite atau kelompok kerja penyusunan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.

c) Pembuatan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok

Komite atau kelompok kerja membuat kebijakan yang jelas tujuan dan cara melaksanakannya.

d) Penyiapan Infrastruktur antara lain:

- * Membuat surat keputusan dari pengelola tempat ibadah tentang penanggung jawab dan pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat ibadah.
- * Instrumen pengawasan.
- * Materi sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok.
- * Pembuatan dan penempatan tanda larangan merokok di tempat ibadah.
- * Mekanisme dan saluran penyampaian pesan bagi pengurus dan jemaah, misalnya saat shalat Jum'at, misa gereja dan lain sebagainya.
- * Pelatihan bagi pengawas Kawasan Tanpa Rokok.

e) Sosialisasi Penerapan Kawasan Tanpa Rokok antara lain:

- * Sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan internal bagi pengelola dan jemaah.
- * Sosialisasi tugas dan penanggung jawab dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.

f) Penerapan Kawasan Tanpa Rokok

- * Penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok kepada jemaah melalui poster, stiker, tanda larangan merokok, pengumuman, pengeras suara dan lain sebagainya.
- * Penyediaan tempat bertanya.
- * Pelaksanaan pengawasan Kawasan Tanpa Rokok.

g) Pengawasan dan Penegakan Hukum

- * Pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat ibadah setempat mencatat pelanggaran dan menerapkan sanksi sesuai dengan peraturan daerah setempat.
- * Melaporkan hasil pengawasan kepada otoritas pengawasan daerah yang ditunjuk oleh pemerintah daerah setempat, baik diminta atau tidak.

h) Pemantauan dan Evaluasi

- * Melakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala tentang kebijakan yang telah dilaksanakan.
- * Meminta pendapat komite dan melakukan kajian terhadap masalah yang ditemukan.
- * Memutuskan apakah perlu penyesuaian terhadap kebijakan.

5) Di Angkutan Umum

Petugas kesehatan melaksanakan advokasi kepada pemilik/pengelola angkutan umum dengan menjelaskan perlunya Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan keuntungannya jika dikembangkan di area tersebut. Dari advokasi tersebut, akhirnya pemilik/pengelola angkutan umum setuju untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok. Contoh angkutan umum adalah bus, kereta api, angkutan umum kecil (angkot kijang), angkutan umum

sedang (kopaja, bus mini) dan lain sebagainya. Hal yang perlu dilakukan oleh pemilik angkutan umum untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut:

a) Analisis Situasi

Pimpinan/pemilik angkutan umum melakukan pengkajian ulang tentang ada tidaknya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan bagaimana sikap dan perilaku penumpang, supir dan kernet terhadap kebijakan Kawasan Tanpa Rokok. Kajian ini untuk memperoleh data sebagai dasar membuat kebijakan.

b) Pembentukan Komite atau Kelompok Kerja Penyusunan Kebijakan

Kawasan Tanpa Rokok Pihak pimpinan/pemilik angkutan umum mengajak bicara pengelola yang mewakili perokok dan bukan perokok untuk:

- * Menyampaikan maksud, tujuan dan manfaat Kawasan Tanpa Rokok.
- * Membahas rencana kebijakan tentang pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok.
- * Meminta masukan tentang penerapan Kawasan Tanpa Rokok, antisipasi kendala dan sekaligus alternatif solusi.
- * Menetapkan penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan mekanisme pengawasannya.
- * Membahas cara sosialisasi efektif bagi penumpang, supir dan kernet.

Kemudian pihak pimpinan membentuk komite atau kelompok kerja penyusunan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.

c) Membuat Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok

Komite atau kelompok kerja membuat kebijakan yang jelas tujuan dan cara melaksanakannya.

d) Penyiapan Infrastruktur antara lain:

- * Membuat surat keputusan dari pemilik/pimpinan tentang penanggung jawab dan pengawas Kawasan Tanpa Rokok di angkutan umum.
- * Instrumen pengawasan.
- * Materi sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok.
- * Pembuatan dan penempatan tanda larangan merokok di angkutan umum.
- * Mekanisme dan saluran penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok bagi penumpang, supir dan kernet di angkutan umum, misalnya melalui poster, stiker larangan merokok dan lain sebagainya.
- * Pelatihan bagi pengawas Kawasan Tanpa Rokok.

e) Sosialisasi Penerapan Kawasan Tanpa Rokok antara lain:

- * Sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok di angkutan umum.
- * Sosialisasi tugas dan penanggung jawab dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.

f) Penerapan Kawasan Tanpa Rokok

- * Penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok kepada penumpang melalui poster, pengeras suara dan lain sebagainya.
- * Penyediaan tempat bertanya.
- * Pelaksanaan pengawasan Kawasan Tanpa Rokok.

g) Pengawasan dan Penegakan Hukum

- * Pengawas Kawasan Tanpa Rokok di angkutan umum mencatat pelanggaran dan menerapkan sanksi sesuai dengan peraturan daerah setempat.
- * Melaporkan hasil pengawasan kepada otoritas pengawasan daerah yang ditunjuk oleh pemerintah daerah setempat baik diminta atau tidak.

h) Pemantauan dan Evaluasi

- * Melakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala tentang kebijakan yang telah dilaksanakan.
- * Meminta pendapat komite dan melakukan kajian terhadap masalah yang ditemukan.
- * Memutuskan apakah perlu penyesuaian terhadap kebijakan.

6) Di Tempat Kerja

Petugas kesehatan melaksanakan advokasi kepada pimpinan/manajer perusahaan/institusi swasta atau pemerintah dengan menjelaskan perlunya Kawasan Tanpa Rokok dan keuntungannya jika dikembangkan di area tersebut. Dari advokasi tersebut, akhirnya pimpinan setuju untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok. Contoh tempat kerja adalah kawasan pabrik, perkantoran, ruang rapat, ruang sidang/seminar. Hal yang perlu dilakukan oleh pimpinan/manajer untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut:

a) Analisis Situasi

Penentu kebijakan/pimpinan di tempat kerja melakukan pengkajian ulang tentang ada tidaknya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan bagaimana sikap dan perilaku sasaran terhadap kebijakan Kawasan Tanpa Rokok. Kajian ini untuk memperoleh data sebagai dasar membuat kebijakan.

b) Pembentukan Komite atau Kelompok Kerja Penyusunan Kebijakan

Kawasan Tanpa Rokok Pihak pimpinan manajemen tempat kerja mengajak bicara serikat pekerja yang mewakili perokok dan bukan perokok untuk:

- * Menyampaikan maksud, tujuan dan manfaat Kawasan Tanpa Rokok.
- * Membahas rencana kebijakan tentang pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok.
- * Meminta masukan tentang penerapan Kawasan Tanpa Rokok, antisipasi kendala dan sekaligus alternatif solusi.
- * Menetapkan penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan mekanisme pengawasannya.
- * Membahas cara sosialisasi efektif bagi karyawan. Kemudian pihak manajemen membentuk komite atau kelompok kerja penyusunan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.

c) Pembuat Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok

Komite atau kelompok kerja membuat kebijakan yang jelas tujuan dan cara melaksanakannya.

d) Penyiapan Infrastruktur antara lain:

- * Membuat surat keputusan dari pimpinan/manajer tentang penanggung jawab dan pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat kerja.
- * Instrumen pengawasan.
- * Materi sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok.
- * Pembuatan dan penempatan tanda larangan merokok di tempat kerja.
- * Mekanisme dan saluran penyampaian pesan bagi pekerja, yaitu penyuluhan, penyebarluasan informasi melalui poster, pengeras suara dan lain sebagainya.
- * Pelatihan bagi pengawas Kawasan Tanpa Rokok.
- * Pelatihan kelompok sebaya bagi pegawai/karyawan tentang cara berhenti merokok.

e) Sosialisasi Penerapan Kawasan Tanpa Rokok antara lain:

- * Sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan internal bagi manajer dan karyawan.
- * Sosialisasi tugas dan penanggung jawab dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok

f) Penerapan Kawasan Tanpa Rokok

- * Penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok kepada karyawan melalui poster, stiker, tanda larangan merokok, pengumuman, pengeras suara dan sebagainya.
- * Penyediaan tempat bertanya.
- * Pelaksanaan pengawasan Kawasan Tanpa Rokok.

g) Pengawasan dan Penegakan Hukum

- * Pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat kerja setempat mencatat pelanggaran dan menerapkan sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- * Melaporkan hasil pengawasan kepada otoritas pengawasan yang telah ditunjuk baik diminta atau tidak

h) Pemantauan dan Evaluasi

- * Melakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala tentang kebijakan yang telah dilaksanakan.
- * Meminta pendapat komite dan melakukan kajian terhadap masalah yang ditemukan.
- * Memutuskan apakah perlu penyesuaian terhadap kebijakan.

7) Tempat Umum

Petugas kesehatan melaksanakan advokasi kepada para penentu kebijakan/pimpinan/pengelola tempat-tempat umum dengan menjelaskan perlunya Kawasan Tanpa Rokok dan keuntungannya jika dikembangkan di area tersebut. Dari advokasi tersebut akhirnya pimpinan tempat umum setuju untuk pengembangan Kawasan Tanpa Rokok. Contoh tempat umum adalah pusat pembelanjaan, mall, pasar serba ada, hotel, terminal bus dan stasiun. Hal yang perlu dilakukan oleh pengelola tempat umum untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut:

a) Analisis Situasi

Penentu kebijakan/pimpinan di tempat umum melakukan pengkajian ulang tentang ada tidaknya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok serta bagaimana sikap dan perilaku sasaran (karyawan/pengunjung) terhadap kebijakan Kawasan Tanpa Rokok. Kajian ini untuk memperoleh data sebagai dasar untuk membuat kebijakan.

b) Pembentukan Komite atau Kelompok Kerja Penyusunan Kebijakan

Kawasan Tanpa Rokok Pihak pimpinan manajemen tempat umum mengajak bicara/dialog serikat pekerja/serikat buruh yang mewakili perokok dan bukan perokok untuk:

- * Menyampaikan maksud dan tujuan tentang pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok.
- * Membahas rencana kebijakan tentang pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok.
- * Meminta masukan tentang penerapan Kawasan Tanpa Rokok, antisipasi kendala dan sekaligus alternatif solusi.
- * Menetapkan penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan mekanisme pengawasannya.
- * Membahas cara sosialisasi yang efektif bagi karyawan maupun pengunjung.

Kemudian pihak manajemen membentuk komite atau kelompok kerja penyusunan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.

- c) **Pembuatan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok**
Komite atau kelompok kerja membuat kebijakan yang jelas tujuan dan cara melaksanakannya.
- d) **Penyiapan Infrastruktur antara lain:**
 - * Membuat surat keputusan tentang penanggung jawab dan pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat umum.
 - * Instrumen pengawasan.
 - * Materi sosialisasi pengawasan Kawasan Tanpa Rokok.
 - * Pembuatan dan penempatan tanda larangan merokok di tempat-tempat umum.
 - * Mekanisme dan saluran pesan Kawasan Tanpa Rokok di tempat-tempat umum, yaitu penyuluhan, penyebarluasan informasi melalui media poster, stiker, papan pengumuman dan lain sebagainya.
 - * Pelatihan bagi pengawas Kawasan Tanpa Rokok.
- e) **Sosialisasi Penerapan Kawasan Tanpa Rokok antara lain:**
 - * Sosialisasi Penerapan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan internal.
 - * Sosialisasi tugas dan penanggung jawab dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.
- f) **Penerapan Kawasan Tanpa Rokok**
 - * Penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok kepada pengunjung melalui standar tempat umum seperti poster, tanda larangan merokok, pengumuman, pengeras suara dan lain sebagainya.
 - * Penyediaan tempat bertanya.
 - * Pelaksanaan pengawasan Kawasan Tanpa Rokok.
- g) **Pengawasan dan Penegakan Hukum**
 - * Pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat umum mencatat pelanggaran dan menerapkan sanksi sesuai peraturan daerah setempat.
 - * Melaporkan hasil pengawasan kepada otoritas pengawasan daerah yang ditunjuk oleh pemerintah daerah setempat, baik diminta atau tidak.
- h) **Pemantauan dan Evaluasi**
 - * Melakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala tentang kebijakan yang telah dilaksanakan.
 - * Meminta pendapat komite dan lakukan kajian terhadap masalah yang ditemukan.
 - * Memutuskan apakah perlu penyesuaian terhadap masalah kebijakan.²⁶

B. Kajian Terhadap Asas-asas/Prinsip-prinsip Terkait

1. Hierarkhi Norma/Peraturan Perundang-undangan

Pembentukan norma/peraturan perundang-undangan pada prinsipnya harus berpegang pada pedoman bahwa norma/ peraturan perundang-undangan lebih rendah mengacu pada norma/peraturan perundang-undangan lebih tinggi. Hans Kelsen mengajarkan, bahwa:

²⁶ *Ibid.* hlm. 20-31

Suatu norma dibentuk oleh norma yang lebih tinggi, norma ini dibentuk oleh norma yang lebih tinggi lagi, dan demikian hal itu seterusnya sampai berhenti pada norma yang tertinggi yang tidak dibentuk oleh norma yang lebih tinggi lagi melainkan diperkirakan atau ditetapkan terlebih dulu keberadaannya oleh masyarakat atau rakyat sendiri. Kelsen menamakan norma yang tertinggi ini *Grundnorm*, *Basic Norm* (Norma Dasar).²⁷

Teori Hans Kelsen yang mendapat banyak perhatian tersebut disebut hierarki norma hukum dan rantai validitas yang membentuk piramida hukum (*stufentheorie*). Salah seorang tokoh yang mengembangkan teori tersebut adalah murid Hans Kelsen, yaitu Hans Nawiasky yang mengatakan:

Suatu aturan dasar/pokok negara dapat dituangkan di dalam suatu dokumen negara yang disebut *Staatsverfassung*, atau dapat juga dituangkan dalam beberapa dokumen negara yang tersebar yang disebut dengan istilah *Staatsgrundgesetz*. Dalam kaitannya dengan hierarkhi norma hukum (*stufentheorie*), norma-norma hukum itu berjenjang-jenjang dan berlapis-lapis dalam suatu hierarkhi tata susunan, dimana suatu norma yang lebih rendah berlaku, bersumber dan berdasar pada norma yang lebih tinggi, norma yang lebih tinggi berlaku, bersumber dan berdasar pada norma yang lebih tinggi lagi, demikian seterusnya sampai pada suatu norma yang tidak dapat ditelusuri lebih lanjut dan bersifat hiptetis dan fiktif, yaitu Norma Dasar (*Grundnorm*).²⁸

Teori Nawiasky tersebut disebut dengan *theorie von stufenaufbau der rechtsordnung*. Susunan norma menurut teori tersebut adalah:

- a. Norma fundamental negara (*Staatsfundamentalnorm*);
Staatsfundamentalnorm adalah norma yang merupakan dasar bagi pembentukan konstitusi atau UUD (*staatsverfassung*) dari suatu negara. Posisi hukum dari *Staatsfundamentalnorm* adalah sebagai syarat bagi berlakunya suatu konstitusi. *Staatsfundamentalnorm* ada terlebih dahulu dari konstitusi suatu negara.
- b. Aturan dasar negara (*staatsgrundgesetz*);
- c. Undang-undang formal (*formell gesetz*); dan
- d. Peraturan pelaksanaan dan peraturan otonom (*verordnung en autonome satzung*).²⁹

Hans Nawiasky, sebagaimana dikutip oleh A. Hamid S. Attamimi, lebih lanjut memberikan penjelasan bahwa:

Norma tertinggi yang disebut sebagai norma dasar (*basic norm*) dalam suatu negara sebaiknya tidak disebut sebagai *staatsgrundnorm* melainkan *Staatsfundamentalnorm*, atau norma fundamental negara. *Grundnorm* pada

²⁷ A. Hamid S Attamimi. 1990. Disertasi: *Peranan Keputusan Presiden Republik Indonesia Dalam Penyelenggaraan Pemerintahan Negara*. Jakarta: Universitas Indonesia. hal. 358.

²⁸ Maria Farida Indrati Soeprapto. 1998. *Ilmu Perundang-Undangan Dasar-dasar dan Pembentukannya*. Yogyakarta: Kanisius. hal. 25.

²⁹ A. Hamid S Attamimi. 1990. *Op.Cit* hal. 287.

dasarnya tidak berubah-ubah, sedangkan norma tertinggi berubah misalnya dengan cara kudeta atau revolusi.³⁰

Berdasarkan teori Nawiasky tersebut, A. Hamid S. Attamimi membandingkan dengan teori Kelsen dan menerapkannya pada struktur tata hukum di Indonesia. Attamimi menunjukkan struktur hierarki tata hukum Indonesia dengan menggunakan teori Nawiasky. Berdasarkan teori tersebut, struktur tata hukum Indonesia adalah:

- a. *Staatsfundamentalnorm*: Pancasila (Pembukaan UUD 1945).
- b. *Staatsgrundgesetz*: Batang Tubuh UUD 1945, Tap MPR, dan Konvensi Ketatanegaraan.
- c. *Formell gesetz*: Undang-Undang.
- d. *Verordnung en Autonome Satzung*: Secara hierarkis mulai dari Peraturan Pemerintah hingga Keputusan Bupati atau Walikota.³¹

Pancasila dilihat sebagai cita hukum (*rechtsidee*) merupakan bintang pemandu. Posisi ini mengharuskan pembentukan hukum positif adalah untuk mencapai ide-ide dalam Pancasila, serta dapat digunakan untuk menguji hukum positif. A. Hamid S Attamimi memberikan penjelasan lebih lanjut sebagai berikut:

Dengan ditetapkannya Pancasila sebagai *Staatsfundamentalnorm* maka pembentukan hukum, penerapan, dan pelaksanaannya tidak dapat dilepaskan dari nilai-nilai Pancasila. Namun, dengan penempatan Pancasila sebagai *Staatsfundamentalnorm* berarti menempatkannya di atas Undang-Undang Dasar. Jika demikian, Pancasila tidak termasuk dalam pengertian konstitusi, karena berada di atas konstitusi. Untuk membahas permasalahan ini dapat dilakukan dengan melacak kembali konsepsi norma dasar dan konstitusi menurut Kelsen dan pengembangan yang dibuat oleh Nawiasky, serta melihat hubungan antara Pancasila dan UUD 1945.³²

Kelsen membahas validitas norma-norma hukum dengan meng gambarkannya sebagai suatu rantai validitas yang berujung pada konstitusi negara. Suhendar Abas berpendapat bahwa:

Jika bertanya mengapa konstitusi itu valid, mungkin dapat menunjuk pada konstitusi lama. Akhirnya mencapai beberapa konstitusi hingga konstitusi pertama yang ditetapkan oleh individu atau semacam majelis. Validitas konstitusi pertama adalah presuposisi terakhir, postulat yang final, di mana validitas semua norma dalam tata aturan hukum bergantung. Dokumen yang merupakan wujud konstitusi pertama adalah konstitusi sesungguhnya, suatu norma mengikat, hanya dalam kondisi dipresuposisikan sebagai valid.

³⁰ *Ibid.* hal. 359.

³¹ *Ibid.* hal. 359.

³² *Ibid.* hal. 359.

Presuposisi inilah yang disebut dengan istilah *trancendental-logical pressuposition*.³³

Semua norma hukum adalah milik satu tata aturan hukum yang sama karena validitasnya dapat dilacak kembali, secara langsung atau tidak, kepada konstitusi pertama. Hal ini sebagaimana dikatakan oleh Suhendar Abas:

Konstitusi pertama adalah norma hukum yang mengikat adalah sesuatu yang dipreposisi, dan formulasi preposisi tersebut adalah norma dasar dari tata aturan hukum ini. Kalimat terakhir jelas menunjukkan adanya dua hal, yaitu norma dasar adalah presuposisi atas validitas konstitusi pertama. Norma dasar tidak dibuat dalam prosedur hukum oleh organ pembuat hukum. Norma ini valid, tidak karena dibuat dengan cara tindakan hukum, tetapi valid karena dipresuposisikan valid, dan dipresuposisikan valid karena tanpa presuposisi ini tidak ada tindakan manusia dapat ditafsirkan sebagai hukum, khususnya norma pembuat hukum.³⁴

A. Hamid S Attamimi di lain pihak mengatakan bahwa:

Logika Kelsen sering dipahami secara salah dengan mencampuradukkan antara presuposisi validitas dan konstitusi, manakah yang merupakan norma dasar (*grundnorm*) ? Hal inilah yang selanjutnya diselesaikan oleh Nawiasky dengan membedakan antara *staatsfundamental-norm* dengan *staatsgrundgesetz* atau *grundnorm* dengan alasan bahwa *grundnorm* pada dasarnya tidak berubah sedangkan *staatsfundamentalnorm* dapat berubah seperti melalui kudeta atau revolusi.³⁵

Pendapat Nawiasky tersebut sebenarnya sejalan dengan pandangan Kelsen.

Kelsen juga menyatakan bahwa:

Konstitusi memang dibuat sulit untuk diubah karena dengan demikian menjadi berbeda dengan norma hukum biasa. Selain itu, Kelsen juga menyatakan bahwa suatu tata hukum kehilangan validitasnya secara keseluruhan jika terjadi kudeta atau revolusi yang efektif. Kudeta atau revolusi adalah perubahan tata hukum selain dengan cara yang ditentukan oleh tata hukum itu sendiri. Kudeta atau revolusi menjadi fakta hilangnya presuposisi validitas konstitusi pertama dan digantikan dengan presuposisi yang lain. Tata hukum yang berlaku adalah sebuah tata hukum baru meskipun dengan materi yang sama dengan tata hukum lama.³⁶

Berdasarkan uraian antara pandangan Kelsen dan Nawiasky tersebut dapat disimpulkan bahwa *staats-fundamentalnorm* yang dikemukakan oleh nawiasky adalah presuposisi validitas konstitusi pertama yang dikemukakan oleh Kelsen sebagai norma dasar. Sedangkan *staats-grundgesetz*-nya Nawiasky adalah konstitusi dalam pandangan Kelsen. Pertanyaan selanjutnya adalah apakah Pancasila

³³ 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>

³⁴ *Loc. Cit.*

³⁵ A. Hamid S Attamimi. 1990. *Op. Cit.* hal. 359

³⁶ Suhendar Abas. 2011. *Op. Cit.* tanpa halaman

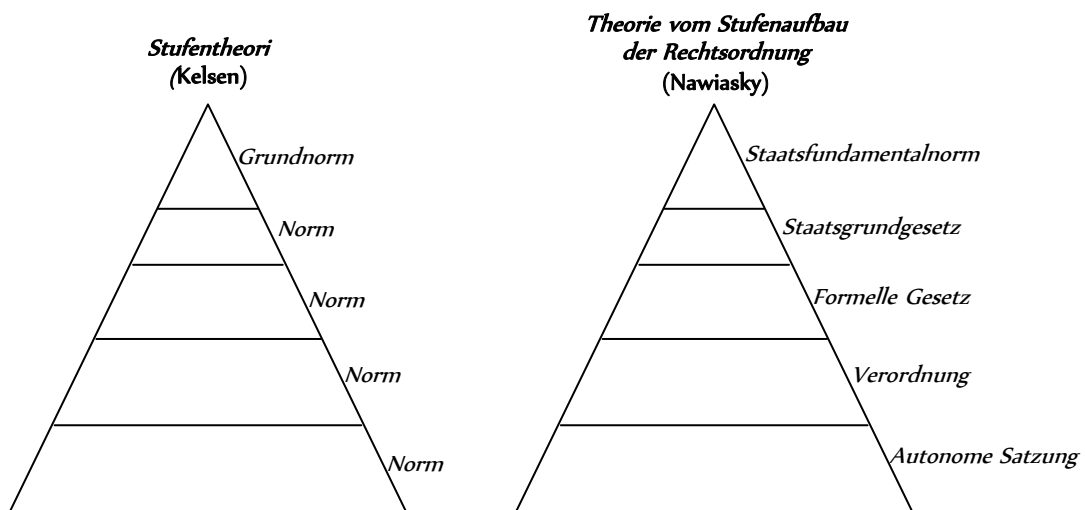
merupakan *staatsfundamentalnorn* atau merupakan bagian dari konstitusi ? RM.

A.B. Kusuma memberikan penjelasan:

Pancasila lahir dan dirumuskan dalam persidangan BPUPKI pada saat membahas dasar negara, khususnya dalam pidato Soekarno tanggal 1 Juni 1945. Soekarno menyebut dasar negara sebagai *Philosophische grondslag* sebagai fondamen, filsafat, pikiran yang sedalam-dalamnya yang diatasnya akan didirikan bangunan negara Indonesia. Soekarno juga menyebutnya dengan istilah *Weltanschauung* atau pandangan hidup. Pancasila adalah lima dasar atau lima asas.³⁷

Berdasarkan uraian mengenai teori hierarki atau tata urutan peraturan perundang-undangan tersebut di atas, maka untuk memudahkan pemahaman dapat disajikan dalam bentuk gambar piramida sebagai berikut:

Gambar 1. Teori Kelsen dan Nawiasky³⁸



Hierarkhi norma atau tata urutan peraturan perundang-undangan di Indonesia, diatur dalam UU No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 7 sebagai berikut:

- (1) Jenis dan hierarki Peraturan Perundang-undangan terdiri atas:
 - a. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 - b. Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat;
 - c. Undang-Undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang;
 - d. Peraturan Pemerintah;
 - e. Peraturan Presiden;
 - f. Peraturan Daerah Provinsi; dan

³⁷ RM. A.B. Kusuma, 2004. *Lahirnya UUD 1945*. Jakarta: Pusat Studi Hukum Tata Negara Fakultas Hukum Universitas Indonesia. hal. 117.

³⁸ A. Hamid S Attamimi. 1990. *Op. Cit.* hal. 291

- g. Peraturan Daerah Kabupaten/Kota.
- (2) Kekuatan hukum Peraturan Perundang-undangan sesuai dengan hierarki sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Jenis peraturan perundang-undangan selain sebagaimana dimaksud pada Pasal 7 juga terdapat jenis lain sebagaimana ditegaskan pada Pasal 8 UU No. 12 Tahun 2011:

- (1) Jenis Peraturan Perundang-undangan selain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) mencakup peraturan yang ditetapkan oleh MPR, DPR, DPD, Mahkamah Agung, Mahkamah Konstitusi, BPK, Komisi Yudisial, Bank Indonesia, Menteri, badan, lembaga, atau komisi yang setingkat yang dibentuk dengan Undang-Undang atau Pemerintah atas perintah Undang-Undang, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Provinsi, Gubernur, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten/Kota, Bupati/Walikota, Kepala Desa atau yang setingkat.
- (2) Peraturan Perundang-undangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diakui keberadaannya dan mempunyai kekuatan hukum mengikat sepanjang diperintahkan oleh Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi atau dibentuk berdasarkan kewenangan.

2. Asas-asas Penyusunan Peraturan Daerah

Hamid S. Attamimi menyampaikan bahwa dalam pembentukan peraturan perundang-undangan, setidaknya ada beberapa pegangan yang harus dikembangkan guna memahami asas-asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik secara benar, meliputi:

- Pertama*, asas yang terkandung dalam Pancasila selaku asas-asas hukum umum bagi peraturan perundang-undangan;
- Kedua*, asas-asas negara berdasar atas hukum selaku asas-asas hukum umum bagi peraturan perundang-undangan;
- Ketiga*, asas pemerintahan berdasar sistem konstitusi selaku asas-asas umum bagi peraturan perundang-undangan, dan
- Keempat*, asas-asas bagi peraturan perundang-undangan yang dikembangkan oleh ahli.³⁹

Berkenaan dengan hal tersebut pembentukan peraturan daerah yang baik selain berpedoman pada asas-asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik (*beginselen van behoorlijke wetgeving*), juga perlu dilandasi oleh asas-asas hukum umum (*algemene rechtsbeginselen*), yang di dalamnya terdiri dari asas negara berdasar atas hukum (*rechtstaat*), pemerintahan berdasar sistem konstitusi, dan negara berdasar kedaulatan rakyat. Peraturan Daerah merupakan salah satu bentuk dari produk hukum daerah, berdasarkan Pasal 236 ayat (1) UU No. 23 Tahun 2014 ditegaskan:

Untuk menyelenggarakan Otonomi Daerah dan Tugas Pembantuan, Daerah membentuk Perda.

³⁹A. Hamid S. Attamimi. 1990. *Op, Cit.* hal. 25

Peraturan Daerah merupakan peraturan yang menjadi dasar hukum bagi pemerintah daerah dalam menyelenggarakan urusan-urusan wajibnya. Dengan demikian peraturan daerah ini berisi tentang ketentuan yang menjadi dasar kewenangan Pemerintah Daerah dalam menjalankan tugas-tugas pemerintahan. Hal tersebut perlu dituangkan dalam suatu Peraturan Daerah mengingat bahwa di era otonomi, Peraturan Daerah dapat mengatur segala urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat yang tidak diatur oleh Pusat. Di bidang tugas pembantuan, Peraturan Daerah tidak mengatur substansi urusan pemerintahan atau kepentingan masyarakat. Peraturan Daerah di bidang tugas pembantuan hanya mengatur tata cara melaksanakan substansi urusan pemerintahan atau suatu kepentingan masyarakat.⁴⁰

Asas pembentukan peraturan perundang-undangan, di dalamnya juga termasuk Peraturan Daerah, berdasarkan UU No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, ditegaskan dalam Pasal 5:

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

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

Purnadi Purbacaraka menjelaskan bahwa dalam membentuk peraturan perundang-undangan termasuk Peraturan Daerah, harus berdasarkan pada asas-asas pembentukan yang baik, meliputi:

- a. *Asas kejelasan tujuan* adalah bahwa setiap pembentukan Peraturan Perundang-undangan harus mempunyai tujuan yang jelas yang hendak dicapai;
- b. *Asas kelembagaan atau organ pembentuk yang tepat* adalah bahwa setiap jenis peraturan perundang-undangan harus dibuat oleh lembaga/pejabat pembentuk peraturan perundang-undangan yang berwenang. Peraturan perundang-undangan tersebut dapat dibatalkan atau batal demi hukum, apabila dibuat oleh lembaga/pejabat yang tidak berwenang;
- c. *Asas kesesuaian antara jenis dan materi muatan* adalah bahwa dalam pembentukan peraturan perundang-undangan harus benar-benar memperhatikan materi muatan yang tepat dengan jenis Peraturan Perundang-undangnya;
- d. *Asas dapat dilaksanakan* adalah bahwa setiap pembentukan peraturan perundang-undangan harus memperhitungkan efektivitas peraturan perundang-undangan tersebut, baik secara filosofis, yuridis maupun sosiologis;

⁴⁰ Bagir Manan. 2004. *Menyongsong Fajar Otonomi Daerah*. PSH. FH UII. Yogyakarta. hal. 72

- 1) *Aspek Filosofis* adalah terkait dengan nilai-nilai etika dan moral yang berlaku di masyarakat. Peraturan Daerah yang mempunyai tingkat kepekaan yang tinggi dibentuk berdasarkan semua nilai-nilai yang baik yang ada dalam masyarakat;
- 2) *Aspek Yuridis* adalah terkait landasan hukum yang menjadi dasar kewenangan pembuatan Perda.
- 3) *Aspek Sosiologis* adalah terkait dengan bagaimana Peraturan Daerah yang disusun tersebut dapat dipahami oleh masyarakat, sesuai dengan kenyataan hidup masyarakat yang bersangkutan.
- e. *Asas hasil guna dan daya guna* adalah bahwa setiap peraturan perundang-undangan dibuat karena memang benar-benar dibutuhkan dan bermanfaat dalam mengatur kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara;
- f. *Asas kejelasan rumusan* adalah bahwa setiap peraturan perundang-undangan harus memenuhi persyaratan teknis penyusunan peraturan perundang-undangan. Sistematika dan pilihan kata atau terminologi, serta bahasa hukumnya jelas dan mudah dimengerti, sehingga tidak menimbulkan berbagai macam interpretasi dalam pelaksanaannya.
- g. *Asas keterbukaan* adalah bahwa dalam proses pembentukan peraturan perundang-undangan mulai perencanaan, persiapan, penyusunan dan pembahasan bersifat transparan. Dengan demikian seluruh lapisan masyarakat mempunyai kesempatan yang seluas-luasnya untuk memberikan masukan dalam proses pembuatan peraturan perundang-undangan;
- h. *Asas materi muatan* adalah materi muatan peraturan perundang-undangan harus mengandung asas-asas sebagai berikut:
 - 1) *Asas kekeluargaan* adalah mencerminkan musyawarah untuk mufakat dalam setiap pengambilan keputusan;
 - 2) *Asas kenusantaraan* adalah bahwa setiap materi muatan Perda senantiasa memperhatikan kepentingan seluruh wilayah Indonesia dan materi muatan peraturan perundang-undangan yang dibuat di daerah merupakan bagian dari sistem hukum nasional yang berdasarkan Pancasila;
 - 3) *Asas Bhinneka Tunggal Ika* adalah bahwa materi muatan Peraturan Daerah harus memperhatikan keragaman penduduk, agama, suku, dan golongan, kondisi khusus daerah, dan budaya khususnya yang menyangkut masalah-masalah sensitif dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara;
 - 4) *Asas keadilan* adalah mencerminkan keadilan secara proporsional bagi setiap warga negara tanpa kecuali;
 - 5) *Asas kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan* adalah bahwa setiap materi muatan peraturan daerah tidak boleh berisi hal-hal yang bersifat membedakan berdasarkan latar belakang, antara lain, agama, suku, ras, golongan, gender atau status sosial;
 - 6) *Asas ketertiban dan kepastian hukum* adalah bahwa setiap materi muatan peraturan daerah harus dapat menimbulkan ketertiban dalam masyarakat melalui jaminan adanya kepastian hukum;
 - 7) *Asas keseimbangan, keserasian, dan keselarasan* adalah bahwa setiap materi muatan peraturan daerah harus mencerminkan keseimbangan, keserasian, dan keselarasan, antara kepentingan individu dan masyarakat dengan kepentingan bangsa dan Negara;
 - 8) *Asas pengayoman* adalah memberikan perlindungan dalam rangka menciptakan ketentraman masyarakat;

- 9) *Asas kemanusiaan* adalah mencerminkan perlindungan dan penghormatan hak-hak asasi manusia serta hakekat dan martabat setiap warga negara secara proporsional;
- 10) *Asas kemanusiaan* adalah mencerminkan perlindungan dan penghormatan hak-hak asasi manusia serta harkat dan martabat setiap warga negara secara proporsional;
- 11) *Asas kebangsaan* adalah mencerminkan sifat dan watak Bangsa Indonesia yang pluralistik dengan tetap menjaga prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia.⁴¹

Selanjutnya, Pasal 6 ayat (1) UU No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan menetapkan bahwa materi muatan peraturan perundang harus mencerminkan asas:

1. pengayoman;
2. kemanusiaan;
3. kebangsaan;
4. kekeluargaan;
5. kenusantaraan;
6. bhineka tunggal ika;
7. keadilan;
8. kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan;
9. ketertiban dan kepastian hukum; dan/atau
10. keseimbangan, keserasian, dan keselarasan.

Berdasarkan uraian di atas, maka pembentukan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Batang tentang Kawasan Tanpa Rokok didasarkan pada asas-asas sebagai berikut:

- a. perikemanusiaan;
- b. keseimbangan;
- c. keserasian, kelestarian, keberlanjutan dan keseimbangan kesehatan, manusia serta lingkungan;
- d. kemanfaatan umum;
- e. perlindungan;
- f. penghormatan terhadap hak dan kewajiban;
- g. keadilan;
- h. partisipatif; dan
- i. transparansi dan akuntabilitas.

C. Praktik Empiris

1. Penggunaan Tembakau

Informasi perilaku penggunaan tembakau dalam Riskesdas 2013 Provinsi Jawa Tengah dibagi menjadi dua kelompok yaitu perilaku merokok dengan hisap dan perilaku penggunaan tembakau dengan mengunyah, karena efek samping yang ditimbulkan akibat merokok dengan hisap dan dengan metode kunyah berbeda.

⁴¹Purnadi Purbacarakan. dkk. 1979. *Perundang-undangan dan Yurisprudensi*. Alumni. Bandung. Hal. 53

Perokok hisap menimbulkan polusi pada perokok pasif dan lingkungan sekitarnya, sedangkan kunyah tembakau hanya berdampak pada dirinya sendiri.⁴²

Berdasarkan Tabel 1. rerata proporsi perokok saat ini di Provinsi Jawa Tengah adalah 22,9 persen. Proporsi perokok saat ini terbanyak di Kabupaten Temanggung dengan perokok setiap hari 33,6 persen dan kadang-kadang merokok 4,5 persen.

Tabel 1. Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun menurut kebiasaan merokok dan kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah 2013⁴³

Kabupaten/Kota	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Cilacap	25,2	5,9	4,0	64,9
Banyumas	27,6	4,3	6,3	61,8
Purbalingga	27,6	5,6	4,7	62,1
Banjarnegara	33,5	5,5	3,0	57,9
Kebumen	27,2	5,5	4,5	62,8
Purworejo	24,7	4,2	4,8	66,3
Wonosobo	30,6	4,9	5,4	59,2
Magelang	25,8	6,2	8,3	59,6
Boyolali	23,2	4,9	5,3	66,6
Klaten	21,5	4,4	5,5	68,6
Sukoharjo	15,6	5,2	2,3	76,9
Wonogiri	21,5	5,5	5,3	67,7
Karanganyar	17,9	6,5	2,8	72,9
Sragen	20,0	2,8	2,5	74,6
Grobogan	21,3	5,7	3,3	69,7
Blora	23,9	4,3	1,0	70,8
Rembang	19,2	3,3	2,4	75,0
Pati	15,5	6,0	3,8	74,6
Kudus	17,3	7,9	2,6	72,2
Jepara	19,1	6,3	4,3	70,3
Demak	19,8	5,3	2,9	72,1
Semarang	24,5	4,7	6,1	64,7
Temanggung	33,6	4,5	5,2	56,8
Kendal	21,0	4,3	3,3	71,3
Batang	23,0	6,2	3,8	67,0
Pekalongan	21,4	5,4	3,7	69,4
Pemalang	26,7	4,9	4,2	64,2
Tegal	23,1	4,7	4,3	67,9
Brebes	24,5	5,5	3,4	66,6
Kota Magelang	23,4	4,2	9,0	63,5
Kota Surakarta	18,9	5,6	6,0	69,5
Kota Salatiga	22,9	4,5	4,8	67,8
Kota Semarang	17,8	5,9	4,8	71,5
Kota Pekalongan	13,9	4,8	3,3	78,0
Kota Tegal	19,2	6,1	4,7	70,0

⁴² Budi Santoso. 2013. *Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2013. Provinsi Jawa Tengah*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. hlm. 157

⁴³ *Ibid.* hlm. 158

JAWA TENGAH	22,9	5,3	4,3	67,5
-------------	------	-----	-----	------

Proporsi terbanyak perokok aktif setiap hari pada umur 30-34 tahun sebesar 30,6 persen, umur 55-59 tahun 29,7 persen, sedangkan proporsi perokok setiap hari pada laki-laki lebih banyak di bandingkan perokok perempuan (45,8% banding 0,7%). Berdasarkan jenis pekerjaan, petani/nelayan/buruh adalah perokok aktif setiap hari yang mempunyai proporsi terbesar (38,8%) dibandingkan kelompok pekerjaan lainnya. Proporsi perokok setiap hari tampak cenderung menurun pada kuintil indeks kepemilikan yang lebih tinggi.

Tabel 2. Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun menurut kebiasaan merokok dan karakteristik, Provinsi Jawa Tengah 2013⁴⁴

Karakteristik	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Kelompok umur (tahun)	25,2	5,9	4,0	64,9
10-14	0,5	1,0	1,1	97,4
15-19	10,4	6,9	2,9	79,8
20-24	26,1	6,6	2,4	64,9
25-29	27,8	5,4	1,8	65,0
30-34	30,6	5,5	3,7	60,2
35-39	28,9	5,7	4,0	61,4
40-44	27,1	5,9	3,9	63,1
45-49	28,8	6,0	5,5	59,6
50-54	29,4	5,4	6,0	59,2
55-59	29,7	4,8	7,5	58,0
60-64	26,5	5,1	7,0	61,3
65+	22,6	5,9	10,7	60,7
Jenis kelamin				
Laki-laki	45,8	10,2	8,2	35,9
Perempuan	0,7	0,5	0,5	98,3
Pendidikan				
Tidak sekolah	18,2	4,0	4,6	73,3
Tidak tamat SD	19,1	3,8	3,9	73,1
Tamat SD	24,9	5,1	4,0	66,1
Tamat SMP	23,7	6,2	3,8	66,3
Tamat SMA	25,6	6,3	5,2	62,9
Tamat PT	14,5	5,9	6,5	73,0
Pekerjaan				
Tidak bekerja	6,2	2,9	2,8	88,1
Pegawai	28,3	7,0	5,4	59,2
Wiraswasta	31,9	6,7	5,7	55,7
Petani/nelayan/buruh	38,8	7,1	5,1	49,0
Lain-lain	28,3	5,8	5,9	60,0
Tempat tinggal				
Perkotaan	20,6	5,1	4,6	69,7
Perdesaan	24,9	5,4	4,0	65,7
Kuintil indeks kepemilikan				
Terbawah	27,3	5,8	3,6	63,4
Menengah bawah	25,9	5,3	4,0	64,7
Menengah	22,6	5,3	4,5	67,6
Menengah atas	22,0	4,7	4,5	68,8
Teratas	17,0	5,2	4,7	73,1

⁴⁴ *Ibid.* hlm. 159

Tabel 3. Rerata jumlah batang rokok yang dihisap penduduk umur ≥ 10 tahun kabupaten/kota, Provinsi Jawa Tengah 2013⁴⁵

Kabupaten/Kota	Perokok (Kretek, putih dan linting)/hari	Perokok (Kretek,putih dan linting)/minggu
Cilacap	9,5	8,0
Banyumas	10,6	9,7
Purbalingga	10,4	8,0
Banjarnegara	9,6	6,3
Kebumen	8,6	5,7
Purworejo	8,8	10,6
Wonosobo	8,3	8,7
Magelang	8,9	8,0
Boyolali	10,6	8,5
Klaten	10,3	10,9
Sukoharjo	8,8	13,1
Wonogiri	9,0	17,5
Karanganyar	9,8	9,6
Sragen	10,5	19,2
Grobogan	10,9	9,2
Blora	11,3	15,3
Rembang	12,9	7,1
Pati	10,5	12,2
Kudus	11,0	14,3
Jepara	11,8	9,7
Demak	11,1	17,4
Semarang	9,1	6,8
Temanggung	9,8	8,0
Kendal	10,8	12,5
Batang	9,8	9,2
Pekalongan	9,6	9,7
Pemalang	9,9	8,3
Tegal	10,4	12,6
Brebes	11,0	15,7
Kota Magelang	9,9	9,0
Kota Surakarta	11,0	10,9
Kota Salatiga	11,5	7,0
Kota Semarang	10,	7 8,2
Kota Pekalongan	10,1	9,9
Kota Tegal	10,9	11,2
JAWA TENGAH	10,1	10,4

⁴⁵ *Ibid.* hlm. 160

Dari tabel 3 tampak bahwa rerata batang rokok yang dihisap per hari per orang di Provinsi Jawa Tengah adalah 10,1 batang (setara satu bungkus). Jumlah rerata batang rokok terbanyak yang dihisap ditemukan di Rembang (13 batang) dan di Jepara (12 batang). Perokok yang tidak merokok setiap hari, dijumpai 10,4 batang/minggu. Jumlah rerata batang rokok terbanyak yang dihisap ditemukan di Wonogiri (18 batang/minggu).

Tabel 4. Rerata jumlah batang rokok tiap hari dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap penduduk umur ≥ 10 tahun menurut karakteristik, Provinsi Jawa Tengah 2013⁴⁶

Karakteristik	Rerata jumlah Rokok (Kretek, putih dan lenting) tiap hari	Rerata jumlah Rokok (Kretek,putih dan linting) per minggu
Kelompok umur (tahun)		
10-14	5,7	3,9
15-19	8,2	7,9
20-24	9,6	10,6
25-29	9,7	11,0
30-34	10,8	13,8
35-39	11,0	10,3
40-44	11,1	10,5
45-49	10,9	11,1
50-54	10,7	10,3
55-59	10,3	11,6
60-64	9,3	10,6
65+	8,2	10,7
Jenis kelamin		
Laki-laki	10,2	10,6
Perempuan	6,2	7,6
Pendidikan		
Tidak sekolah	8,9	9,7
Tidak tamat SD	9,8	10,0
Tamat SD	10,0	10,6
Tamat SMP	10,4	10,2
Tamat SMA	10,4	10,8
Tamat PT	11,2	10,5
Pekerjaan		
Tidak bekerja	8,8	8,1
Pegawai	10,8	10,8
Wiraswasta	11,2	11,5
Petani/nelayan/buruh	9,9	11,2
Lain-lain	10,7	11,6
Tempat tinggal		
Perkotaan	10,5	10,6
Perdesaan	9,8	10,3
Kuintil indeks kepemilikan		
Terbawah	9,5	10,0
Menengah bawah	9,5	10,7
Menengah	10,2	10,8
Menengah atas	10,5	10,7
Teratas	11,3	10,0

⁴⁶ *Ibid.* hlm. 161

Perokok aktif setiap hari berdasarkan kelompok umur proporsi terbanyak pada umur 40-44 tahun, 35-39 tahun, 30-34 tahun, sedangkan perokok setiap hari pada laki-laki proporsi lebih banyak dibandingkan perokok perempuan. Berdasarkan jenis pekerjaan, wiraswasta adalah perokok aktif setiap hari yang mempunyai proporsi terbesar 11,2 dibandingkan kelompok pekerjaan lainnya seperti pegawai dan yang tidak bekerja. Pekerja pegawai dan lainnya menduduki urutan ke dua terbanyak proporsi perokok setiap hari 10-11. Proporsi perokok setiap hari tampak ada kecenderungan menurun menurut kuintil indeks kepemilikan melaksanakan, sebaliknya pada perokok kadang-kadang tampak ada kecenderungan meningkat dengan meningkatnya Kuintil Indeks Kepemilikan.

2. Penderita Tb Paru

Menurut WHO, sejak 1986 tercatat 3 juta kematian per tahun berkaitan dengan penyakit yang dipicu karena merokok. Selain itu diperkirakan tahun 2025 nanti kurang lebih 10 juta kematian akan dipicu oleh rokok.⁴⁷

Jenis rokok yang digunakan oleh kelompok kasus pun sebagian besar jenis rokok kretek yang tanpa filter, hal ini sangat berbahaya karena semua zat berbahaya yang ada dalam rokok dimungkinkan terhirup. Perilaku merokok pada kelompok kasus ini juga sudah dilakukan sejak lama, bahkan sebagian besar sudah merokok lebih dari 20 tahun. Pada kelompok kontrol yaitu yang tidak menderita Tb paru pun ada sebagian kecil yang merokok yaitu 6 orang dari 34. Untuk gambaran perilakunya pun hampir sama seperti kelompok kasus, yaitu sebagian besar merokok antara 10-20 batang perhari dan jenis rokok yang digunakan adalah rokok kretek tanpa filter.

Merokok meningkatkan risiko infeksi pneumonia, ISPA dan juga Tb paru. Merokok dapat meningkatkan risiko infeksi akut dengan beberapa mekanisme yang memungkinkan. Merokok dapat mengganggu kejernihan mukosa silia yang mana digunakan sebagai mekanisme pertahanan utama dalam melawan infeksi. Hal itu juga dapat memperbaiki menempelnya bakteri pada sel epitel pernapasan yang hasilnya adalah kolonisasi bakteri dan infeksi. Merokok dimungkinkan menghasilkan penurunan fungsi T sel yang dimanifestasikan oleh penurunan perkembangan

⁴⁷ 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. hlm. 9

mitogen T sel. Polarisasi fungsi T sel dari respon TH-1 ke TH2 mungkin juga mengganggu pertahanan pejamu dalam melawan infeksi akut.

Merokok juga mempunyai dampak negatif pada fungsi B-limposit membawa kepada menurunnya produksi imunoglobulin. Secara ringkas merokok dapat meningkatkan risiko infeksi melalui efek yang bersifat merugikan pada struktur dan fungsi jalan pernapasan dan respon imunologis pejamu terhadap infeksi.

Pada asap rokok terdapat 4000 zat kimia berbahaya untuk kesehatan. Komponen tersebut antara lain karbonmonoksida (CO), karbondioksida (CO₂), oksigen (O₂), hidrogen sianida, amoniak, nitrogen, senyawa hidrokarbon, nikotin, tar, benzopiren, fenol dan kadmium. Racun akibat rokok akan terakumulasi dalam tubuh seiring dengan lamanya merokok, semakin lama semakin banyak dan menimbulkan akibat yang lebih berbahaya.⁴⁸

Asap rokok mengeluarkan puluhan senyawa kimia yang berbahaya bagi kesehatan dan pada umumnya senyawa-senyawa kimia itu beracun. Pada asap rokok terdapat sekitar 4.000 bahan kimia berbahaya. Asap yang dihasilkan dari perbahan asap rokok yang mengepul ke udara luar ditambah asap yang dihembuskan oleh perokok, mengandung zat kimia lebih tinggi daripada yang dihisap oleh perokok sendiri. Sebagian besar dari toksin asap tembakau kadarnya lebih tinggi di dalam asap yang berkok dan asal dari ujung rokok dan asap ini tidak disaring oleh filter rokok, mengurangi jumlah rokok yang dihisap, misalnya asap rokok dihisap sampai mulut saja kemudian dihembuskan keluar. Saat ini sudah ada beberapa bukti dari perokok pasif yang mengalami gangguan kesehatan yang kronis.

Menurut WHO lingkungan asap rokok adalah penyebab berbagai penyakit, dan juga dapat mengenai orang sehat yang bukan perokok. Paparan asap rokok yang dialami terus menerus pada orang dewasa yang sehat dapat menambah risiko penyakit paru-paru dan penyakit jantung 20-30%. Lingkungan asap rokok memperburuk kondisi seseorang yang mengidap penyakit asma, menyebabkan bronkitis dan pnemonia.⁴⁹

3. Kasus ISPA/Pneumonia

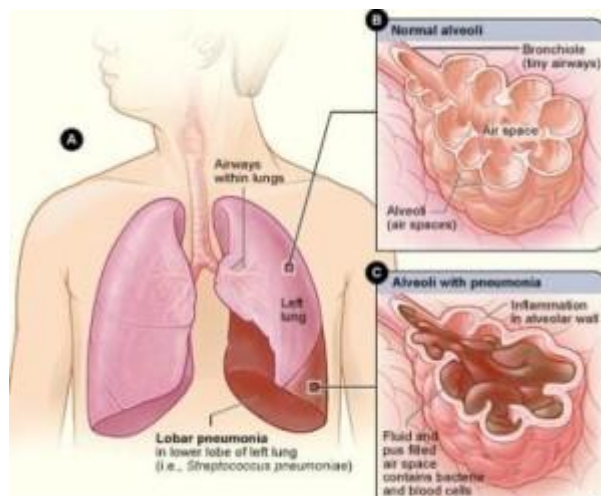
Pneumonia adalah istilah medis yang menggambarkan suatu penyakit pada paru-paru yang dapat terjadi ringan hingga serius dan mengancam nyawa. Pneumonia paling serius jika terjadi pada bayi dan anak-anak, orang tua diatas usia

⁴⁸ *Ibid.* hlm. 10

⁴⁹ *Ibid.* hlm. 10-11

65 tahun, dan orang-orang dengan masalah kesehatan yang mendasarinya atau sistem kekebalan tubuh yang lemah.

Ditinjau dari definisi, Pneumonia adalah infeksi atau peradangan pada salah satu atau kedua paru-paru, lebih tepatnya peradangan itu terjadi pada kantung udara (alveolus, jamak: alveoli). Kantung udara akan terisi cairan atau nanah, sehingga menyebabkan sesak nafas, batuk berdahak, demam, menggigil, dan kesulitan bernapas. Infeksi tersebut disebabkan oleh berbagai organisme, termasuk bakteri, virus dan jamur.



Gambar 2. Ilustrasi pneumonia

a. Gejala Pneumonia

Tanda-tanda dan gejala pneumonia bervariasi mulai dari yang ringan hingga yang berat, tergantung pada faktor-faktor seperti jenis kuman penyebab, usia penderita dan kondisi kesehatan secara keseluruhan. Tanda-tanda dan gejala pneumonia yang ringan sering kali mirip dengan flu atau *common cold* (sakit demam, batuk-pilek), namun tak kunjung sembuh atau bertahan lama. Ciri-ciri dan gejala pneumonia antara lain:

- 1) Demam, berkeringat dan menggigil
- 2) Suhu tubuh lebih rendah dari normal pada orang di atas usia 65 tahun, dan pada orang dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah.
- 3) Batuk berdahak tebal dan kental (lengket)
- 4) Nyeri dada saat bernapas dalam atau ketika batuk
- 5) Sesak napas (nafas cepat)
- 6) Kelelahan dan nyeri otot
- 7) Mual, muntah atau diare
- 8) Sakit kepala

b. Penyebab pneumonia

Ada banyak kemungkinan penyebab pneumonia, yang paling sering adalah karena infeksi bakteri dan virus dari udara yang kita hirup. Klasifikasi Pneumonia didasarkan pada jenis kuman penyebabnya itu, dan di mana seseorang mendapatkannya. Berikut penyebab pneumonia beserta klasifikasinya:

1) ***Community-acquired pneumonia***

Pneumonia komunitas ini adalah jenis pneumonia yang terbanyak. Terjadi di tengah-tengah masyarakat artinya di luar rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, jenis pneumonia ini disebabkan oleh:

- a) **Virus**, termasuk beberapa jenis virus yang juga menyebabkan pilek dan flu. Virus adalah penyebab pneumonia pada anak yang paling sering terjadi yakni di bawah usia 2 tahun. Viral pneumonia biasanya ringan. Akan tetapi radang paru-paru yang disebabkan oleh virus influenza tertentu dapat menyebabkan sindrom pernafasan akut (SARS), bisa menjadi sangat serius.
- b) **Bakteri**, seperti *Streptococcus pneumoniae* dapat terjadi dengan sendirinya (secara langsung) atau setelah mengalami flu atau batuk pilek sebagai komplikasinya. Bakteri lain, seperti *Mycoplasma pneumoniae*, biasanya menimbulkan gejala pneumonia yang lebih ringan dibanding jenis lainnya.
- c) **Jamur**, biasanya dapat ditemukan di tanah dan kotoran burung. Ini merupakan jenis pneumonia yang paling sering terjadi pada orang dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah seperti HIV-AIDS dan pada orang yang telah menghirup organisme penyebab dalam jumlah yang besar.

2) ***Hospital-acquired pneumonia***

Pneumonia yang didapat di rumah sakit adalah infeksi bakteri yang terjadi pada orang yang selama 48 jam atau lebih dirawat di rumah sakit karena penyakit lainnya. Pneumonia ini bisa lebih serius karena biasanya bakteri penyebab lebih resisten (kebal) terhadap antibiotik.

3) ***Health care-acquired pneumonia***

Perawatan kesehatan pneumonia adalah infeksi bakteri yang terjadi pada orang-orang yang tinggal di fasilitas perawatan jangka panjang atau telah dirawat di klinik rawat jalan, termasuk pusat-pusat dialisis ginjal. Seperti didapat di rumah sakit pneumonia.

4) ***Pneumonia aspirasi***

Pneumonia aspirasi terjadi ketika seseorang menghirup makanan, minuman, muntahan atau air liur masuk ke dalam paru-paru.

c. **Pengobatan pneumonia**

Pengobatan utama pneumonia tergantung pada jenis pneumonianya (penyebab) dan tingkat keparahannya, sehingga ada yang hanya perlu rawat jalan, namun beberapa perlu perawatan inap di rumah sakit atau klinik.

1) **Mengobati Pneumonia yang disebabkan infeksi bakteri**

Antibiotik digunakan untuk mengobati jenis pneumonia ini. Antibiotik harus diberikan dengan pengarahan. Jika antibiotik berhenti sebelum pengobatan selesai, pneumonia dapat kambuh kembali. Kebanyakan pasien akan membaik setelah 1-3 hari pengobatan.

2) **Mengobati Pneumonia yang disebabkan infeksi virus**

Antibiotik tidak berguna jika virus adalah penyebab pneumonia. Namun, obat antivirus dapat membantu mengatasi kondisi tersebut. Gejala biasanya membaik dalam waktu satu sampai tiga minggu.

3) Pencegahan Pneumonia

Untungnya pneumonia ini dapat dicegah yaitu dengan vaksinasi terhadap bakteri penyebab pneumonia dan vaksin influenza. Hal ini penting bagi mereka yang berisiko tinggi seperti orang dengan diabetes, asma, dan masalah kesehatan lainnya yang parah atau kronis. Di samping itu juga harus menjaga kebersihan dengan rajin cuci tangan, **tidak merokok**, serta istirahat cukup dan diet sehat untuk menjaga daya tahan tubuh.

4. Penyakit Akibat Rokok

Berikut ini daftar 15 (lima belas) penyakit yang disebabkan oleh rokok:

- a. Kanker paru
Diketahui sekitar 90% kasus kanker paru diakibatkan oleh rokok. Hal ini karena asap rokok akan masuk secara inhalasi ke dalam paru-paru. Zat dari asap rokok ini akan merangsang sel di paru-paru menjadi tumbuh abnormal. Diperkirakan 1 dari 10 perokok sedang dan 1 dari 5 perokok berat akan meninggal akibat kanker paru.
- b. Kanker kandung kemih
Kanker kandung kemih terjadi pada sekitar 40% perokok. Studi menemukan kadar tinggi dari senyawa 2-naphthylamine dalam rokok menjadi karsinogen yang mengarah pada kanker kandug kemih.
- c. Kanker payudara
Perempuan yang merokok lebih berisiko mengembangkan kanker payudara. Hasil studi menunjukkan perempuan yang mulai merokok pada usia 20 tahun dan 5 tahun sebelum ia hamil pertama kali berisiko lebih besar terkena kanker payudara.
- d. Kanker serviks
Sekitar 30% kematian akibat kanker serviks disebabkan oleh merokok. Hal ini karena perempuan yang merokok lebih rentan terkena infeksi oleh virus menular seksual.
- e. Kanker kerongkongan
Studi menemukan bahwa asap rokok merusak DNA dari sel-sel esofagus sehingga menyebabkan kanker kerongkongan. Sekitar 80% kasus kanker esofagus telah dikaitkan dengan merokok.
- f. Kanker pencernaan
Meskipun asap rokok masuk ke dalam paru-paru, tapi ada beberapa asap yang tertelan sehingga meningkatkan risiko kanker gastrointestinal (pencernaan).
- g. Kanker ginjal
Ketika seseorang merokok, maka asap yang mengandung nikotin dan tembakau akan masuk ke dalam tubuh. Nikotin bersama dengan bahan kimia berbahaya lainnya seperti karbonmonoksida dan tar menyebabkan perubahan denyut jantung, pernapasan sirkulasi dan tekanan darah. Karsinogen yang disaring keluar tubuh melalui ginjal juga mengubah sel DNA dan merusak sel-sel ginjal. Perubahan ini mempengaruhi fungsi ginjal dan memicu kanker.
- h. Kanker mulut
Tembakau adalah penyebab utama kanker mulut. Diketahui perokok 6 kali lebih besar mengalami kanker mulut dibandingkan dengan orang yang tidak merokok, dan orang yang merokok tembakau tanpa asap berisiko 50 kali lipat lebih besar.

- i. Kanker tenggorokan
Asap rokok yang terhirup sebelum masuk ke paru-paru akan melewati tenggorokan, karenanya kanker ini akan berkaitan dengan rokok.
- j. Serangan jantung
Nikotin dalam asap rokok menyebabkan jantung bekerja lebih cepat dan meningkatkan tekanan darah. Sedangkan karbon monoksida mengambil oksigen dalam darah lebih banyak yang membuat jantung memompa darah lebih banyak. Jika jantung bekerja terlalu keras ditambah tekanan darah tinggi, maka bisa menyebabkan serangan jantung.
- k. Penyakit jantung koroner (PJK)
Sebagian besar penyakit jantung koroner disebabkan oleh rokok dan akan memburuk jika memiliki penyakit lain seperti diabetes melitus.
- l. Aterosklerosis
Nikotin dalam asap rokok bisa mempercepat penyumbatan arteri yang bisa disebabkan oleh penumpukan lemak. Hal ini akan menimbulkan terjadinya jaringan parut dan penebalan arteri yang menyebabkan arterosklerosis.
- m. Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK)
Kondisi ini menyebabkan aliran darah terhalangi sehingga membuat seseorang sulit untuk bernafas, dan sekitar 80% kasus PPOK disebabkan oleh rokok. Kondisi ini bisa menyebabkan terjadinya emfisema (sesak nafas akibat kerusakan pada kantung udara atau alveoli) dan bronkitis kronis (batuk dengan lendir yang terjadi terus menerus selama 3 bulan).
- n. Impotensi
Bagi laki-laki berusia 30-an tahun, maka merokok bisa meningkatkan risiko disfungsi ereksi sekitar 50%. Hal ini karena merokok merusak pembuluh darah, nikotin mempersempit arteri sehingga mengurangi aliran darah dan tekanan darah ke penis. Jika seseorang sudah mengalami impotensi, maka bisa menjadi peringatan dini bahwa rokok sudah merusak daerah lain di tubuh.
- o. Gangguan medis lain
Beberapa gangguan juga bisa disebabkan oleh rokok, seperti tekanan darah tinggi (hipertensi), gangguan kesuburan, memperburuk asma dan radang saluran napas, berisiko lebih tinggi mengalami degenerasi makula (hilangnya penglihatan secara bertahap), katarak, menjadi lebih sering sakit-sakitan, menimbulkan noda di gigi dan gusi, mengembangkan sariawan di usus serta merusak penampilan.

BAB III

EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT

A. Keterkaitan Peraturan Perundang-Undangan dan Peraturan Daerah

Menetapkan suatu aturan hukum, selain berdasarkan kaidah normatif, juga didasarkan pada kaidah empiris. Hal tersebut penting maknanya untuk melihat efektivitas dari aturan hukum yang dibuat tersebut. Efektivitas atau keberlakuan penegakan suatu aturan hukum dapat ditandai dengan cara:

1. Masyarakat bisa menerima aturan hukum dan masyarakat akan berperilaku sesuai dengan aturan hukum tersebut.
2. Aparat penegak hukum atau pejabat hukum dapat menerapkan dan menegakkan aturan hukum tersebut.
3. Substansi dari aturan hukum tersebut tidak bertentangan dengan hierarki peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi.

Berdasarkan gambaran umum mengenai peraturan perundang-undangan tersebut di atas, maka dalam merumuskan Raperda Kabupaten Batang tentang Kawasan Tanpa Rokok diperlukan kajian peraturan perundang-undangan yang terkait untuk menganalisa Kawasan Tanpa Rokok. Hal ini perlu dilakukan guna melihat efektivitas ke depan dari Peraturan Daerah yang telah dirancang, serta untuk menghindari tumpang tindih antara satu peraturan dengan peraturan yang lain. Adapun analisa tersebut dapat disajikan sebagai berikut:

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

Pasal 9 ayat (3):

Setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat.

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

Pasal 65 ayat (1):

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

3. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

Pasal 6:

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

Pasal 113:

- (1) Pengamanan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan.
- (2) Zat adiktif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi tembakau, produk yang mengandung tembakau, padat, cairan, dan gas yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi dirinya dan/atau masyarakat sekelilingnya.
- (3) Produksi, peredaran, dan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif harus memenuhi standar dan/atau persyaratan yang ditetapkan.

Pasal 114:

Setiap orang yang memproduksi atau memasukkan rokok ke wilayah Indonesia wajib mencantumkan peringatan kesehatan.

Pasal 115:

- (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.

4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak

Pasal 8:

Setiap anak berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sesuai dengan kebutuhan fisik, mental, spiritual, dan sosial.

Pasal 20:

Negara, pemerintah, masyarakat, keluarga, dan orang tua berkewajiban dan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan perlindungan anak.

Pasal 22:

Negara dan pemerintah berkewajiban dan bertanggung jawab memberikan dukungan sarana dan prasarana dalam penyelenggaraan perlindungan anak.

5. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2002 tentang Penyiaran

Pasal 46 ayat (3) :

Siaran iklan niaga dilarang melakukan:

- a. promosi yang dihubungkan dengan ajaran suatu agama, ideologi, pribadi dan/atau kelompok, yang menyinggung perasaan dan/atau merendahkan martabat agama lain, ideologi lain, pribadi lain, atau kelompok lain;
- b. promosi minuman keras atau sejenisnya dan bahan atau zat adiktif;
- c. promosi rokok yang memperagakan wujud rokok;
- d. hal-hal yang bertentangan dengan kesusilaan masyarakat dan nilai-nilai agama; dan/atau
- e. eksploitasi anak di bawah umur 18 (delapan belas) tahun.

6. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 1999 tentang Pengendalian Pencemaran Udara

Pasal 2:

Pengendalian pencemaran udara meliputi pengendalian dari usaha dan/atau kegiatan sumber bergerak, sumber bergerak spesifik, sumber tidak bergerak, dan sumber tidak bergerak spesifik yang dilakukan dengan upaya pengendalian sumber emisi dan/atau sumber gangguan yang bertujuan untuk mencegah turunnya mutu udara ambien.

Pasal 3:

Perlindungan mutu udara ambien didasarkan pada baku mutu udara ambien, status mutu udara ambien, baku mutu emisi, ambang batas emisi gas buang, baku tingkat gangguan, ambang batas kebisingan dan Indeks Standar Pencemaran Udara.

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

Pasal 41:

Penyelenggaraan perlindungan anak dan perempuan hamil terhadap bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau, dilaksanakan secara terpadu dan komprehensif melalui kegiatan pencegahan, pemulihan kesehatan fisik dan mental serta pemulihan sosial.

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.

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.
- (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.
- (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 51:

- (1) Kawasan Tanpa Rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 50 huruf f dan huruf g menyediakan tempat khusus untuk merokok.
- (2) Tempat khusus untuk merokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus merupakan ruang terbuka yang berhubungan langsung dengan udara luar.

Pasal 52:

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

B. Harmonisasi Secara Vertikal dan Horizontal

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), kata harmonis diartikan sebagai bersangkut paut dengan (mengenai) harmoni; seia sekata. sedangkan mengharmoniskan diartikan menjadikan harmonis, Pengharmonisan adalah proses, cara, perbuatan mengharmoniskan. dan Keharmonisan diartikan sebagai perihal (keadaan) harmonis; keselarasan; keserasian.⁵⁰

Badan Pembinaan Hukum Nasional Depkumham, memberikan pengertian harmonisasi hukum sebagai kegiatan ilmiah untuk menuju proses perharmonisasian (penyelarasan/kesesuaian/keseimbangan) hukum tertulis yang mengacu pada nilai-nilai filosofis, sosiologis, ekonomis dan yuridis.⁵¹

⁵⁰ Setio Sapto Nugroho. 2009. *Harmonisasi Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan*. Biro Peraturan Perundang-undangan Bidang Perekonomian Sekretariat Negara. Jakarta. hal. 4

⁵¹ *Ibid*

Dari pengertian tersebut di atas dapat diartikan bahwa harmonisasi peraturan perundang-undangan adalah proses penyerasian dan penyelarasan antar peraturan perundang-undangan sebagai suatu bagian integral atau sub sistem dari sistem hukum guna mencapai tujuan hukum.

1. Harmonisasi Vertikal

Pembentuk peraturan perundang-undangan wajib menyusun suatu peraturan perundang-undangan secara selaras dengan pasal-pasal dalam peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi yang merupakan pasal yang menjadi dasar pembentukan peraturan perundang-undangan tersebut. Hal inilah yang disebut dengan **harmonisasi vertikal** peraturan perundang-undangan, yakni harmonisasi peraturan perundang-undangan dengan peraturan perundang-undangan lain **dalam hierarki yang berbeda**.⁵²

Arti penting harmonisasi vertikal peraturan perundang-undangan ini adalah bahwa dalam sistem hukum Indonesia peraturan perundang-undangan tersebut dapat diuji oleh kekuasaan kehakiman. Pasal 24C Undang-Undang Dasar 1945 menyatakan:

Mahkamah Konstitusi berwenang mengadili pada tingkat pertama dan terakhir yang putusannya bersifat final untuk menguji undang-undang terhadap Undang-Undang Dasar, memutuskan sengketa kewenangan lembaga negara yang kewenangannya diberikan oleh Undang-Undang Dasar, memutuskan pembubaran partai politik, dan memutus perselisihan tentang hasil pemilihan umum.

Pasal 24 A ayat (1) Undang-Undang Dasar Tahun 1945, menyatakan:

Mahkamah agung berwenang mengadili pada tingkat kasasi, menguji peraturan perundang-undangan di bawah undang-undang terhadap undang-undang, dan mempunyai wewenang lainnya yang diberikan oleh undang-undang.

Dengan pengaturan sebagaimana tersebut di atas maka suatu undang-undang dapat dimintakan *Judicial Review* atau pegujian yudisial kepada Mahkamah Konstitusi sedangkan peraturan perundang-undangan di bawah undang-undang dapat dimintakan *Judicial Review* atau pegujian yudisial kepada Mahkamah Agung jika di dalamnya terdapat suatu ketentuan yang bertentangan dengan ketentuan dalam peraturan perundang-undangan yang secara hirarki lebih tinggi. Terhadap undang-undang apabila Mahkamah Konstitusi berpendapat bahwa benar terdapat suatu ketentuan di dalamnya yang bertentangan dengan ketentuan dalam Undang-Undang Dasar 1945, maka Mahkamah Konstitusi dapat mengeluarkan putusan untuk membatalkan ketentuan yang dimaksud dan menyatakannya tidak

⁵² *Ibid* hal. 7

berkekuatan hukum tetap. Begitu pula dengan peraturan perundang-undangan di bawah undang-undang apabila Mahkamah Agung berpendapat bahwa benar terdapat suatu ketentuan di dalamnya yang bertentangan dengan ketentuan dalam undang-undang, maka Mahkamah Agung dapat mengeluarkan putusan untuk membatalkan ketentuan yang dimaksud dan menyatakannya tidak berkekuatan hukum tetap.⁵³

Dalam hal inilah harmonisasi vertikal peraturan perundang-undangan mempunyai peranan penting. Selain berfungsi membentuk peraturan perundang-undangan yang saling terkait dan tergantung serta membentuk suatu kebulatan yang utuh, harmonisasi vertikal peraturan perundang-undangan berfungsi sebagai tindakan *preventif* guna mencegah terjadinya *Judicial Review* suatu peraturan perundang-undangan, karena jika hal ini terjadi maka akan timbul berbagai macam kerugian baik dari segi biaya, waktu, maupun tenaga. Dari segi biaya peraturan perundang-undangan tersebut dalam penyusunannya dibiayai dari dana APBN/APBD yang tidak sedikit, dari segi waktu proses penyusunannya membutuhkan waktu yang tidak sebentar bahkan dapat memakan waktu bertahun-tahun, sedangkan dari segi tenaga dalam penyusunan peraturan perundang-undangan dibutuhkan banyak energi, konsentrasi, dan koordinasi dari pembuat peraturan perundang-undangan tersebut. Dengan adanya proses harmonisasi vertikal peraturan perundang-undangan yang baik maka potensi berbagai kerugian di atas dapat dicegah.⁵⁴

2. Harmonisasi secara horizontal

Di samping harmonisasi vertikal tersebut di atas di dalam penyusunan peraturan perundang-undangan harus diperhatikan pula harmonisasi yang dilakukan terhadap peraturan perundang-undangan dalam **struktur hierarki yang sama atau sederajat**. Jenis harmonisasi ini disebut dengan **harmonisasi horinsontal** peraturan perundang-undangan. Harmonisasi horisontal berangkat dari asas *lex posteriore derogat lex priori* yang artinya adalah suatu peraturan perundang-undangan yang baru mengesampingkan/mengalahkan peraturan perundang-undangan yang lama dan asas *lex specialis derogat lex generali* yang berarti suatu peraturan perundang-undangan yang bersifat khusus mengenyampingkan/mengalahkan peraturan perundang-undangan yang bersifat

⁵³ *Ibid* hal. 8

⁵⁴ *Ibid* hal. 8-9

umum. Harmonisasi Horisontal peraturan perundang-undangan yang dilandasi kedua asas tersebut sangat penting artinya dalam penyusunan suatu peraturan perundang-undangan dikarenakan pada hakikatnya suatu peraturan perundang-undangan merupakan bentuk pengaturan yang lintas sektoral dan tidak dapat berdiri sendiri. Di dalam peraturan perundang-undangan tersebut terdapat berbagai sektor dan bidang hukum yang berbeda-beda namun saling kait mengkait dan terhubung satu sama lain sehingga dibutuhkan suatu pengaturan yang komprehensif, bulat dan utuh.⁵⁵

Pembentuk peraturan perundang-undangan dalam hal ini perlu berkoordinasi dengan instansi yang terkait dengan substansi yang akan diatur dalam peraturan perundang-undangan tersebut. Jika proses Harmonisasi Horisontal peraturan perundang-undangan ini gagal dilaksanakan maka akan tercipta kondisi tumpang tindihnya antar sektor dan bidang hukum dalam sistem hukum suatu negara. Kondisi ini akan berdampak sangat masif dan berbahaya karena dapat menciptakan ketidakpastian hukum dan ambiguitas dalam penerapan peraturan perundang-undangan tersebut yang pada akhirnya menggagalkan tujuan hukum untuk mengabdikan pada tujuan negara yakni menciptakan kesejahteraan dan kebahagiaan bagi rakyatnya.

Harmonisasi Horisontal peraturan perundang-undangan tersebut dilakukan berdasarkan asas *lex posterior derogat lex priori* terhadap suatu peraturan perundang-undangan yang berada dalam hierarki yang sama dan sederajat dan dalam prakteknya diatur dalam ketentuan penutup pada suatu peraturan perundang-undangan. Dalam ketentuan penutup suatu peraturan perundang-undangan diatur status peraturan perundang-undangan yang sudah ada apakah dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan atau dinyatakan tidak berlaku sama sekali. Ketentuan ini sangat penting guna mengatur dan menata berbagai aspek dan bidang hukum yang terkait dengan peraturan perundang-undangan tersebut sehingga tidak terjadi dualisme pengaturan suatu aturan hukum yang sama dalam beberapa peraturan perundang-undangan. Sedangkan penerapan *lex specialis derogat lex generali* dalam Harmonisasi Horisontal diperlukan guna membentuk suatu peraturan perundang-undangan yang mempunyai bentuk dan karakteristik

⁵⁵ *Ibid* hal. 9

husus dan berbeda (*sui generis*) dengan peraturan perundang-undangan yang lain guna mencapai tujuan tertentu.⁵⁶

Harmonisasi vertikal dalam pembentukan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Batang tentang Kawasan Tanpa Rokok ini merupakan peraturan pelaksanaan dari perundang-undangan yang lebih tinggi, yaitu Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan peraturan perundang-undangan terkait, yaitu Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup, Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 1999 tentang Pengendalian Pencemaran Udara, dan Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan.

⁵⁶ *Ibid* hal. 10

BAB IV**LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS**

Landasan filosofis, landasan sosiologis dan landasan yuridis merupakan landasan dasar bagi pembentukan suatu peraturan perundang-undangan, sehingga suatu peraturan perundang-undangan dapat dikatakan baik apabila pertimbangan pembentukannya didasarkan pada ketiga landasan tersebut, hal ini sebagaimana pendapat Rosjidi Ranggawidjaja sebagai berikut:

Suatu peraturan perundang-undangan yang baik sekurang-kurangnya memiliki tiga landasan, yaitu landasan filosofis, landasan sosiologis dan landasan yuridis. Meskipun demikian ada yang menambahnya dengan landasan teknik perancangan dan landasan politis. Menurut Rosjidi Ranggawidjaja landasan peraturan perundang-undangan adalah landasan filosofis, landasan sosiologis dan landasan yuridis.⁵⁷

Berdasarkan pendapat Rosjidi Ranggawidjaja tersebut di atas, maka dapat dijelaskan bahwa landasan peraturan perundang-undangan adalah landasan filosofis, landasan sosiologis dan landasan yuridis.

A. Landasan Filosofis

Filsafat atau pandangan hidup sesuatu bangsa tiada lain berisi nilai-nilai moral atau etika dari bangsa tersebut. Moral dan etika pada dasarnya berisi nilai-nilai yang baik dan yang tidak baik. Nilai yang baik adalah pandangan dan cita-cita yang dijunjung tinggi. Di dalamnya ada nilai kebenaran, keadilan, kesusilaan, dan berbagai nilai lainnya yang dianggap baik. Pengertian baik, benar, adil, dan susila tersebut menurut takaran-takaran bangsa yang bersangkutan. Hukum yang baik harus berdasarkan kepada semua itu. Hukum yang dibentuk tanpa memperhatikan moral bangsa akan sia-sia diterapkannya, tidak akan ditaati atau dipatuhi. Semua nilai yang ada di Indonesia akan terakumulasi dalam Pancasila, karena Pancasila adalah pandangan hidup, cita-cita bangsa, falsafah atau jalan kehidupan, dan berbagai sebutan lainnya. Rosjidi Ranggawidjaja berpendapat sebagai berikut:

Apapun jenisnya filsafat hidup bangsa, harus menjadi rujukan dalam membentuk hukum yang akan dipergunakan dalam kehidupan bangsa tersebut. Oleh karena itu kaidah hukum yang dibentuk (yang termuat dalam peraturan undang-undang) harus mencerminkan filsafat hidup bangsa itu. Sekurang-kurangnya tidak bertentangan dengan nilai-nilai moral bangsa. Hukum harus berakar dari moral.⁵⁸

⁵⁷ Rosjidi Ranggawidjaja. 1998. *Pengantar Ilmu Perundang-undangan Indonesia*. Mandar Maju. Bandung. hal. 43

⁵⁸ Rosjidi Ranggawidjaja. 1998. *Pengantar Ilmu Perundang-undangan Indonesia*. Mandar Maju. Bandung. hal. 43.

Tujuan pembentukan Negara dan Pemerintah Indonesia dapat dilihat dari pembukaan UUD 1945 alinea keempat yaitu bahwa untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial. Konteks melindungi segenap bangsa Indonesia dalam pembukaan UUD 1945 dapat dimaknai secara luas yaitu untuk memenuhi tujuan negara lainnya yaitu guna memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Kesejahteraan umum tidak hanya mempunyai aspek lahiriah atau pembangunan fisik semata tetapi juga aspek batiniah yaitu aspek kejiwaan manusianya, disamping pula yang tidak kalah pentingnya yaitu aspek kognitif dalam bentuk kecerdasan.

Hal ini disadari benar oleh para perumus konstitusi dengan menuangkannya di dalam batang tubuh UUD 1945 yaitu Pasal 28H ayat (1) bahwa “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Pasal 28H dalam sistematika UUD 1945 masuk ke dalam Bab XA tentang Hak Asasi Manusia. Ini artinya bahwa hidup sejahtera lahir dan batin, tempat tinggal serta lingkungan hidup yang baik dan sehat merupakan kebutuhan manusia yang menjadi hak asasi yang harus dihormati dan dipenuhi oleh Negara dalam konteks melindungi kehidupan segenap bangsa Indonesia. Pemenuhan keseluruhan hak asasi manusia termasuk hak asasi untuk memperoleh hidup sejahtera lahir dan batin, tempat tinggal serta lingkungan hidup yang baik dan sehat merupakan Kewajiban Negara dan tanggung jawab Pemerintah, sebagaimana tertuang dalam Pasal 28I ayat (4) yang berbunyi: Perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggung jawab negara, terutama pemerintah.

Terkait dengan Kawasan Tanpa Rokok, Konstitusi telah memberikan dasar hukum atas dampak dari konsumsi rokok sebagai hak asasi manusia setiap orang untuk mendapatkan lingkungan hidup yang baik sebagaimana dimaksud Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 tersebut di atas.

B. Landasan Sosiologis

Aspek sosiologis adalah terkait dengan bagaimana Peraturan Daerah yang disusun tersebut dapat dipahami oleh masyarakat, sesuai dengan kenyataan hidup masyarakat yang bersangkutan. Keyakinan umum atau kesadaran hukum masyarakat merupakan

landasan sosiologis dari suatu peraturan perundang-undangan. Hal ini sebagaimana dikatakan oleh Bagir Manan sebagai berikut:

Suatu peraturan perundang-undangan dikatakan mempunyai landasan sosiologis apabila ketentuan-ketentuannya sesuai dengan keyakinan umum atau kesadaran hukum masyarakat. Hal ini penting agar peraturan perundang-undangan yang dibuat ditaati oleh masyarakat, tidak menjadi huruf-huruf mati belaka. Hal ini berarti bahwa peraturan perundang-undangan yang dibuat harus dipahami oleh masyarakat sesuai dengan kenyataan hidup masyarakat yang bersangkutan. Membuat suatu aturan yang tidak sesuai dengan tata nilai, keyakinan dan kesadaran masyarakat tidak akan ada artinya, tidak mungkin dapat diterapkan dengan “hukum yang hidup” (*living law*) dalam masyarakat dan dalam suatu masyarakat, akan menjadi nilai kehidupan selanjutnya. Produk perundang-undangan tidak sekedar merekam keadaan seketika. Masyarakat berubah, nilai-nilai pun berubah, kecenderungan dan harapan masyarakat harus dapat diprediksi dan terakumulasi dalam peraturan perundang-undangan yang berorientasi masa depan.⁵⁹

Landasan sosiologis adalah suatu peraturan perundang-undangan yang dibuat harus dapat dipahami oleh masyarakat sesuai dengan kenyataan hidup. Hal ini berarti bahwa hukum yang dibentuk harus sesuai dengan hukum yang hidup (*the living law*) dalam masyarakat. Dalam kondisi demikian inilah maka perundang-undangan tidak mungkin lepas dari gejala-gejala sosial yang ada di masyarakat.⁶⁰

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka landasan sosiologis dari pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok adalah bahwa asap rokok mengandung zat adiktif dengan atau tanpa bahan tambahan yang bila digunakan dapat mengakibatkan bahaya kesehatan bagi individu maupun masyarakat, baik selaku perokok aktif maupun perokok pasif.

Dalam rangka mencegah dampak negatif penggunaan rokok, baik langsung maupun tidak langsung, terhadap kesehatan serta menghormati hak asasi manusia, maka perlu diatur mengenai ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan Rokok.

C. Landasan Yuridis

Landasan yuridis adalah landasan hukum yang menjadi dasar kewenangan pembuat peraturan perundang-undangan. Apakah kewenangan seorang pejabat atau badan mempunyai dasar hukum yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan atau tidak. Dasar hukum kewenangan membentuk peraturan perundang-undangan sangat diperlukan. Tanpa disebutkan dalam peraturan perundang-undangan, seorang

⁵⁹ Bagir Manan 1992. *Dasar-Dasar Perundang-undangan Indonesia*. Ind-Hill. Co. Jakarta. hal. 43.

⁶⁰ Soimin. 2010. *Pembentukan Peraturan Negara Di Indonesia*. Sinar Grafika. Jakarta. hlm. 18

pejabat atau suatu badan adalah tidak berwenang mengeluarkan peraturan. Misalnya, Pasal 20 ayat (1) UUD 1945 memberikan kewenangan kepada Dewan Perwakilan Rakyat untuk membentuk Undang-undang. Ketentuan dalam Pasal 20 ayat (1) tersebut adalah:

Dewan Perwakilan Rakyat memegang kekuasaan membentuk undang-undang (*hasil perubahan pertama*).

Jimly Asshiddiqie membuat perbandingan perumusan atas Pasal 20 ayat (1) tersebut kaitannya dengan sebelum dan sesudah amandemen Undang-Undang Dasar 1945 sebagai berikut:

Sebelum amandemen UUD 1945, Pasal 5 ayat (1) menentukan Presiden memegang kekuasaan membentuk undang-undang dengan persetujuan DPR. Dalam rumusan yang baru berdasarkan hasil Perubahan Pertama dinyatakan bahwa Presiden berhak mengajukan rancangan *undang-undang* kepada DPR. Dalam Pasal 20 ayat (1) ini ditegaskan DPR memegang kekuasaan membentuk undang-undang. Dengan adanya perubahan ini, jelaslah bahwa kekuasaan legislatif yang semula utamanya dipegang oleh Presiden dengan persetujuan DPR, dialihkan menjadi dipegang oleh DPR, sedangkan Presiden hanya dinyatakan berhak mengajukan rancangan undang-undang, bukan sebagai pemegang kekuasaan legislatif yang utama. Perubahan ini biasa disebut sebagai pergeseran kekuasaan legislatif dari Presiden ke DPR.⁶¹

Demikian pula ketentuan Pasal 5 ayat (2) memberikan dasar hukum kewenangan kepada Presiden dalam menetapkan peraturan Pemerintah untuk menjalankan Undang-undang. Landasan demikian sering disebut sebagai landasan yuridis formal. Ketentuan dalam Pasal 5 ayat (2) tersebut adalah sebagai berikut:

Presiden menetapkan peraturan pemerintah untuk menjalankan undang-undang sebagaimana mestinya (*asli*).

Jimly Asshiddiqie, memberikan pendapatnya atas Pasal 5 ayat (2) tersebut sebagai berikut:

Peraturan Pemerintah ini menyangkut kewenangan *pouvoir réglementaire* yang didasarkan atas kewenangan legislatif yang dimiliki oleh Dewan Perwakilan Rakyat. Sifat mengatur (*regeling*) dari peraturan pemerintah ini adalah merupakan *derivat* atau turunan dari kewenangan untuk menetapkan materi undang-undang yang berada di Dewan Perwakilan Rakyat (parlemen).⁶²

Landasan yuridis formal selain menetapkan badan yang berwenang membentuk, juga secara garis besar ditetapkan sebagai proses dan prosedur penetapannya. Misalnya, suatu Undang-undang sebelum ditetapkan (istilah UUD 1945: disahkan) menjadi Undang-undang harus mendapat persetujuan dulu dari Dewan Perwakilan Rakyat. Demikian juga misalnya Peraturan Daerah, dibentuk oleh Kepala Daerah dengan

⁶¹ Jimly Asshiddiqie. 2002. *Konsolidasi Naskah UUD 1945 Setelah Perubahan Keempat*. Pusat Studi Hukum Tata Negara FH. UI. Jakarta. hal. 25.

⁶² *Ibid.* hal. 7.

persetujuan DPRD. Kalau suatu Peraturan Daerah tersebut dibuat oleh Kepala Daerah tanpa persetujuan DPRD maka Peraturan Daerah tersebut batal demi hukum.

Selain menentukan kewenangan, landasan hukum juga merupakan dasar keberadaan atau pengakuan dari suatu jenis peraturan perundang-undangan, sebagaimana dikemukakan oleh Rosjidi Ranggawidjaja berikut:

Landasan yuridis sebagai landasan yuridis material. Landasan yuridis material menunjuk kepada materi muatan tertentu yang harus dimuat dalam suatu peraturan perundang-undangan tertentu. Pembentuk peraturan menghendaki bahwa suatu materi tertentu hendaknya diatur dalam suatu peraturan perundang-undangan tertentu pula. Dalam UUD 1945 disebutkan adanya materi tertentu yang harus diatur dengan UU. Isi atau substansi suatu peraturan perundang-undangan harus sesuai dengan “wadahnya”. Selain itu, isi suatu peraturan perundang-undangan tidak boleh bertentangan dengan isi peraturan perundangan yang derajatnya lebih tinggi. Jadi, seyogyanya jenis peraturan perundangan serta badan yang berwenang membentuknya harus mempunyai landasan formal secara tegas dalam peraturan perundangan. Tanpa landasan formal demikian, maka prinsip negara bedasar atas hukum akan menjadi goyah.⁶³

Menurut Bagir Manan, dasar yuridis sangat penting dalam pembuatan peraturan perundang-undangan karena menunjukkan:

- 1) Keharusan adanya kewenangan dari pembuat peraturan perundang-undangan. Setiap peraturan perundang-undangan harus dibuat oleh badan atau pejabat yang berwenang.
- 2) Keharusan adanya kesesuaian bentuk atau jenis peraturan perundang-undangan dengan materi yang daitur terutama kalau diperintahkan oleh peraturan perundang-undangan tingkat lebih tinggi atau sederajat.
- 3) Keharusan mengikuti tata cara tertentu. Apabila tata cara tersebut tidak diikuti, peraturan perundang-undangan mungkin batal demi hukum atau tidak/belum mempunyai kekuatan hukum mengikat.
- 4) Keharusan tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi tingkatannya. Suatu Undang-undang tidak boleh mengandung kaidah yang bertentangan dengan UUD. Demikian pula seterusnya sampai pada peraturan perundang-undangan tingkat bawah.⁶⁴

Berkaitan dengan pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Batang tentang Kawasan Tanpa Rokok, merupakan peraturan pelaksanaan dari peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, yaitu ketentuan Pasal 115 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan jo. Pasal 52 Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan.

⁶³ Rosjidi Ranggawidjaja. 1998. *Op. Cit.* hal. 45.

⁶⁴ Bagir Manan, 1992. *Op. Cit.* hal. 75.

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

Berpedoman pada lampiran 1 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan, dalam BAB V yang mengatur rumusan mengenai Jangkauan, Arah Pengaturan, dan Ruang Lingkup Materi Muatan Undang-Undang, menjelaskan bahwa Naskah Akademik berfungsi mengarahkan ruang lingkup materi muatan Rancangan Undang-Undang, Rancangan Peraturan Daerah Provinsi, atau Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota yang akan dibentuk.

A. Jangkauan Pengaturan

Lingkup atau jangkauan pengaturan dalam Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok ini adalah norma kewenangan yang dimiliki Pemerintah Daerah Kabupaten Batang untuk menetapkan pengaturan mengenai Kawasan Tanpa Rokok dalam satu Peraturan Daerah dalam rangka 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.

B. Arah Pengaturan

Suatu kebijakan publik yang baik dan dirumuskan dalam bentuk peraturan perundang-undangan yang baik seharusnya memuat asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik, seperti dirumuskan dalam Pasal 5 UU No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan:

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

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

Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok merupakan upaya untuk memberikan payung hukum bagi perlindungan terhadap bahaya asap rokok dan memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat. Terkait dengan hal tersebut, maka arah pengaturan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok diarahkan untuk:

- a. melindungi kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat dan lingkungan dari bahaya bahan yang mengandung karsinogen dan zat adiktif dalam produk tembakau yang dapat menyebabkan penyakit, kematian, dan menurunkan kualitas hidup, baik langsung maupun tidak langsung;
- b. melindungi penduduk usia produktif, anak, remaja, dan perempuan hamil dari dorongan lingkungan dan pengaruh iklan dan promosi untuk inisiasi penggunaan dan ketergantungan terhadap bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau;
- c. meningkatkan kesadaran dan kewaspadaan masyarakat terhadap bahaya merokok dan manfaat hidup tanpa merokok;
- d. menciptakan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat; dan
- e. meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

C. Ruang Lingkup Materi Muatan

Ruang lingkup Materi Muatan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok ini mencakup:

1. Ketentuan Umum

Dalam Ketentuan Umum ini, memuat rumusan akademik mengenai pengertian istilah dan frasa, yaitu:

- a. Istilah adalah kata atau frasa yang dipakai sebagai nama/lambang, yang mengungkapkan makna, konsep, proses, keadaan atau sifat yang khas dalam bidang ilmu pengetahuan hukum dan sosial.
- b. Frasa adalah satuan linguistik yang lebih besar dari kata, dan lebih kecil dari klausa dan kalimat. Frasa berarti juga kumpulan kata non predikat.

2. Materi Muatan yang Diatur

Materi muatan yang diatur dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok ini meliputi:

- a. Hak dan Kewajiban
- b. Kawasan Tanpa Rokok
- c. Larangan dan Pengendalian
- d. Peran Serta Masyarakat
- e. Pembiayaan
- f. Pembinaan dan Pengawasan
- g. Ketentuan Penyidikan
- h. Ketentuan Pidana
- i. Ketentuan Penutup



BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan Naskah Akademik mengenai Rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Dampak negatif penggunaan rokok pada kesehatan telah lama diketahui. Kanker paru merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia, di samping dapat menyebabkan serangan jantung, impotensi, penyakit darah, enfisema, stroke, dan gangguan kehamilan serta janin yang sebenarnya dapat dicegah.
2. Merokok merugikan kesehatan baik bagi perokok itu sendiri maupun orang lain di sekitarnya yang tidak merokok (perokok pasif). Perokok mempunyai risiko dua sampai empat kali lipat untuk terkena penyakit jantung koroner dan risiko lebih tinggi untuk kematian mendadak.
3. Perlindungan terhadap bahaya paparan asap rokok diperlukan untuk pencapaian kesejahteraan manusia agar terwujud dan terpeliharanya derajat kesehatan yang tinggi, karena kesehatan menjadi komponen penting dari tercapainya kesejahteraan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang menegaskan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan. Untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, maka Pemerintah Daerah berkewajiban menyelenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh.

B. Saran

Penerapan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok bertujuan untuk mempersempit area bagi perokok sehingga generasi sekarang maupun akan datang dapat terlindungi dari bahaya rokok. Dan hal tersebut merupakan tanggung jawab seluruh komponen bangsa, baik individu, masyarakat maupun pemerintah. Komitmen bersama sangat dibutuhkan dalam keberhasilan penerapan Kawasan Tanpa Rokok. Oleh sebab itu, pengembangan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) perlu diwujudkan bersama.

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.ana.k.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*. Alumi. 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 Sapto 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.