

**NASKAH AKADEMIK  
&  
RANCANGAN PERATURAN DAERAH  
TENTANG  
KAWASAN TANPA ROKOK DAN KAWASAN  
TERBATAS ROKOK**



**PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK  
TAHUN 2014**

## DAFTAR ISI

|   |     |
|---|-----|
| <b>DAFTAR ISI</b> .....   | 2   |
| <b>KATA PENGANTAR</b> .....   | 3   |
| <b>BAB I. PENDAHULUAN</b> .....   | 5   |
| 1.1. Latar Belakang.....  | 5   |
| 1.2. Identifikasi Masalah.....  | 12  |
| 1.3. Tujuan Penyusunan.....   | 13  |
| 1.4. Tahapan Penelitian.....  | 13  |
| 1.5. Metode Penelitian.....   | 16  |
| <br>  |     |
| <b>BAB II. KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTIK EMPIRIK</b> .....  | 22  |
| 2.1. Kajian Teoritis.....   | 22  |
| 2.2. Kajian Praktis Empirik.....  | 32  |
| 2.3. Kajian Terhadap Implikasi Penerapan<br>Sistem Baru Dalam Peraturan Daerah.....                     | 55  |
| <br>  |     |
| <b>BAB III. EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN<br/>PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT</b> .....                    | 59  |
| <br>  |     |
| <b>BAB IV. LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS DAN<br/>YURIDIS</b> .....                                     | 66  |
| 4.1. Landasan Filosofis.....  | 66  |
| 4.2. Landasan Yuridis.....  | 69  |
| 4.3. Landasan Sosiologis.....   | 71  |
| <br>  |     |
| <b>BAB V. JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN<br/>DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN<br/>PERATURAN DAERAH</b> ..... | 84  |
| 5.1. Ketentuan Umum.....  | 84  |
| 5.2. Ruang Lingkup Materi Muatan.....   | 87  |
| <br>  |     |
| <b>BAB VI. PENUTUP</b> .....  | 102 |

## DAFTAR PUSTAKA

## LAMPIRAN RANCANGAN PERATURAN DAERAH

## KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Kuasa atas Rahmat dan Taufik yang diberikan, sehingga penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Gresik tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok dapat diselesaikan. Penyusunan Naskah Akademik ini telah melalui dan disesuaikan dengan tahapan/prosedur yang telah ditentukan oleh Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan; Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyusunan Produk Hukum Daerah dan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 1 Tahun 2013 tentang Pembentukan Peraturan Daerah.

Naskah Akademik disusun berdasar latar belakang masalah, tujuan, kajian teori dan empirik serta diperkuat dengan landasan filosofis, sosiologis dan yuridis dan telah kami sertakan Lampiran Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Gresik tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok, diharapkan dapat bermanfaat sebagai bahan bagi penyusunan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Gresik tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok yang menjadi prakarsa Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik. Tujuan akhir Raperda tersebut dapat bermanfaat dan berguna serta menjadi payung hukum bagi pemangku kepentingan (*stake holders*) pada Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok.

Naskah Akademik ini telah disusun dengan menggunakan metode penelitian yang tepat yang berbasis pada metode penelitian hukum serta metode penelitian lainnya guna mendapatkan hasil yang baik. Naskah Akademik ini dapat dijadikan sebagai referensi dan pertanggungjawaban ilmiah terhadap pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok.

Penyusunan Naskah Akademik ini tidak dapat diselesaikan tanpa dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu atas dukungan dan

partisipasi yang telah diberikan oleh berbagai pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu, kami ucapkan terimakasih yang tidak terhingga. Selain itu, Naskah Akademik ini tidak lepas dari berbagai kekurangan, untuk itu kritik dan saran yang bersifat konstruktif-solutif sangat kami nantikan.

Surabaya, 5 Oktober 2014

Tim Penyusun



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar belakang

Rokok telah menjadi benda kecil yang paling banyak digemari. Merokok telah menjadi gaya hidup bagi banyak pria dan wanita, bahkan anak-anak dan kaum remaja. Kebiasaan merokok telah mengakibatkan banyak penyakit dari gangguan pernapasan hingga kanker.<sup>1</sup> Meski menyadari bahaya merokok, orang-orang di seluruh dunia masih terus menghisap belasan milyar batang rokok setiap harinya. Jumlah perokok di negara-negara berkembang jauh lebih banyak dibanding jumlah perokok di negara maju. Angka yang sangat memprihatinkan mengingat akibat buruk dari merokok baru dirasakan dalam jangka panjang. Bahkan WHO tahun 2008 telah menyebutkan bahwa angka kematian berkaitan dengan akibat asap rokok 5,4 juta pertahun dapat meningkat hingga 8 juta pertahun dengan jumlah perokok mencapai 1,3 milyar orang pada tahun 2030 dan 70% diantaranya terjadi di negara-negara berkembang.<sup>2</sup>

Penelitian mengenai bahaya merokok sudah banyak dilakukan. Semua penelitian tentang rokok menyatakan bahwa rokok berbahaya untuk kesehatan. Efek-efek yang merugikan akibat merokok sudah diketahui dengan jelas. Banyak penelitian yang membuktikan bahwa kebiasaan merokok meningkatkan risiko timbulnya berbagai penyakit, seperti penyakit jantung dan gangguan pembuluh darah, kanker rongga mulut, kanker laring, kanker esofagus, bronkhitis, tekanan darah tinggi, impotensi, serta gangguan kehamilan dan cacat pada janin.

---

<sup>1</sup>Skurnik Y, Shoenfeld. *Health effects of cigarette smoking*. Clin Dermatol, 1998, 16:545-56

<sup>2</sup>World Health Organization (WHO)2008 : *The WHO report on the global tobacco epidemic, The POWER package*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Menurut data WHO, lebih dari satu milyar orang di dunia menggunakan rokok dan menyebabkan kematian lebih dari 5 juta orang setiap tahunnya. Diperkirakan sebagian besar kematian terjadi pada masyarakat yang tinggal di negara dengan berpenghasilan rendah dan menengah termasuk Indonesia. Dari data yang diperoleh berdasarkan pendataan oleh Kementerian Kesehatan pada Tahun 2010, prevalensi perokok secara nasional sebesar 34,7%. Berarti lebih dari sepertiga penduduk berisiko mengalami beberapa gangguan kesehatan.<sup>3</sup>

Merokok merupakan salah satu gaya hidup yang tidak sehat. Setiap kali menghirup asap rokok, baik sengaja atau tidak sengaja, berarti juga menghisap lebih dari 4000 macam racun. Dengan demikian merokok sama dengan memasukkan racun-racun tadi ke dalam rongga mulut dan tentunya paru-paru. Merokok mengganggu kesehatan, kenyataan ini tidak dapat dipungkiri. Banyak pula penyakit yang telah terbukti sebagai akibat buruk dari merokok.

Kebiasaan merokok merupakan gaya hidup yang merugikan kesehatan, hampir semua perokok memulai mengenal rokok pada usia muda. Setiap jam ada 560 orang mati atau 8,4 juta pertahun mati akibat rokok. Di Indonesia 52,9 % laki-laki merokok dan 3,2 % perempuan merokok. <sup>4</sup>

Penelitian mengenai bahaya merokok sudah banyak dilakukan. Semua penelitian tentang rokok menyatakan bahwa rokok berbahaya untuk kesehatan. Efek-efek yang merugikan akibat merokok pun sudah diketahui dengan jelas. Banyak penelitian yang membuktikan bahwa kebiasaan merokok meningkatkan risiko timbulnya berbagai penyakit.

---

<sup>3</sup>Prevalensi penduduk yang merokok. Available from: [bppsdmk.depkes.go.id/](http://bppsdmk.depkes.go.id/) diakses pada tanggal 23 Januari 2014

<sup>4</sup><http://www.lenterabiru.com/2009/10/rokok-kesehatan-kanker-paru-penyakit-sesak.htm>

Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan dengan upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Pembangunan nasional merupakan usaha meningkatkan kualitas manusia dan masyarakat Indonesia yang dilakukan secara berkesinambungan. Upaya besar bangsa Indonesia dalam meluruskan kembali arah pembangunan nasional yang telah dilakukan menuntut reformasi total kebijakan pembangunan di segala bidang. Pembangunan pada hakikatnya adalah perubahan yang terus-menerus yang merupakan kemajuan dan perbaikan menuju ke arah tujuan yang ingin dicapai.

Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa, dan Negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dengan perilaku hidup sehat. Penelitian menunjukkan bahwa kesehatan individu atau masyarakat lebih banyak bergantung pada pilihan gaya hidup ketimbang unsur bawaan keluarga.

Aktivitas yang dianggap sebagai perilaku berisiko terhadap kesehatan yaitu pemakaian tembakau, minum alkohol berlebihan, penggunaan obat terlarang, dan aktivitas seksual yang tidak aman. Popularitas rokok menjadi fenomena abad ke-20. Jumlah perokok melonjak sejak awal tahun 1900-an tidak lama setelah diperkenalkannya teknologi produksi massal yang baru ditambah dengan gencarnya kampanye periklanan<sup>5</sup>. Di seluruh dunia, tembakau merupakan salah satu penyebab yang paling penting untuk kecacatan, penderitaan, dan kematian prematur. Rokok sangat berbahaya bagi kesehatan tubuh karena menyebabkan timbulnya berbagai penyakit, seperti *stroke*, katarak, kanker mulut dan tenggorokan, infeksi paru, PPOM (Penyakit Paru Obstruktif Menahun), serangan jantung, kanker

---

<sup>5</sup>Litin, Scott. *Mayo Clinic Family Health Book 1*. New York: Harper Collins, 2003, hal 17

pankreas, *aneurisma aorta* (penggembungan pembuluh nadi utama), kanker ginjal, kanker leher rahim, serta penyakit pembuluh darah tepi.<sup>6</sup>

Bagi masyarakat Indonesia, rokok bukan merupakan sesuatu yang asing ditelinga. Untuk beberapa orang, merokok merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan sehari-hari. Banyak orang yang dengan sadar merokok di depan orang yang tidak merokok. Dua hal yang saling bertolak belakang dan dua-duanya merupakan hak. Orang yang tidak merokok memiliki hak untuk menghirup udara bersih dan sehat. Sedangkan perokok juga memiliki hak untuk merokok. Namun hak manakah yang seharusnya lebih diprioritaskan untuk dipenuhi?

Asap rokok orang lain [AROL] adalah asap yang keluar dari ujung rokok yang menyala atau produk tembakau lainnya, yang biasanya merupakan gabungan dengan asap rokok yang dikeluarkan oleh perokok. Asap rokok terdiri dari asap utama (main stream) yang mengandung 25% kadar bahan berbahaya dan asap sampingan (side stream) yang mengandung 75% kadar bahan berbahaya. Perokok pasif mengisap 75% bahan berbahaya ditambah separuh dari asap yang dihembuskan keluar oleh perokok. Asap Rokok mengandung 4000 bahan kimia beracun dan tidak kurang dari 69 diantaranya bersifat karsinogenik atau menyebabkan kanker. Perempuan bukan perokok yang menikah dengan suami perokok memiliki resiko perokok<sup>7</sup>.

Merokok merupakan hak, namun bukan termasuk Hak Asasi Manusia (HAM) sebagaimana tertuang dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, karena ada hak yang lebih tinggi dari pada hak merokok, yaitu hak setiap orang untuk mendapatkan lingkungan yang baik dan sehat sebagaimana tertuang

---

<sup>6</sup>Crofton, John dan David Simpson. *Tembakau Ancaman Global*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo, 2002, hal 20

<sup>7</sup>International Agency for Research on Cancer 2004, 'Tobacco Smoke and Involuntary Smoking: Summary data reported and Evaluation', *IARC Monographs*, Vol. 831



dalam Pasal 28 H ayat (1) UUD Negara RI Tahun 1945. Jika merokok merupakan hak, namun tidak berlaku bagi anak-anak. Dari sisi psikologis, anak belum memiliki hak untuk memutuskan merokok atau tidak merokok. Hal ini karena faktor kedewasaan pada anak yang belum terbentuk, sehingga mereka harus dilindungi agar tidak mengambil keputusan yang dapat memberi dampak buruk bagi dirinya.

Sumber lain yang turut menguatkan argumen tersebut adalah pernyataan dari Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nafsiah Mboi, yang terdapat dalam berita elektronik Pos Kota yang diposting pada Minggu, 10 Februari 2013, berikutisi berita yang dimuat dalam sebuah media lokal Jakarta tersebut:

*“Kalau dia merokok menjadi bagian dari melaksanakan HAM, mestinya perlu diingat bahwa ada hak orang lain disekitarnya yang jelas-jelas dilanggar seperti hak orang lain menghirup udara bersih, hak orang lain untuk hidup sehat dan hak keluarganya untuk tidak merawatnya saat si perokok sakit akibat merokoknya,”*<sup>8</sup>

Penerima asap rokok sendiri banyak dari kalangan anak-anak, wanita hamil, dan bahkan orang usia lanjut yang terdampak akan adanya perokok, hal ini dikarenakan perokok tidak memperdulikan lingkungan sekitarnya. Hal ini dikarenakan perokok cenderung tidak terlalu peduli dengan lingkungan di sekitarnya. Seperti yang dituturkan oleh Menteri Kesehatan RI, Nafsiah Mboi bahwa setidaknya terdapat 11,4 juta anak dengan rentang usia 0–4 tahun yang menjadi perokok pasif akibat dari orang tua atau orang di sekelilingnya yang perokok. Itu artinya bahwa yang menerima dampak lebih buruk dari aktivitas perokok adalah anak-anak, perempuan, maupun lansia yang berposisi sebagai perokok pasif. Bahaya akan perokok pasif turut diperkuat oleh berbagai penelitian yang menyebutkan bahwa perokok pasif cenderung menerima dampak lebih bahaya dari pada perokok aktif. Data dari The Tobacco Atlas 4th Edition tahun 2011 menunjukkan bahwa terdapat

---

<sup>8</sup>Nafsiah Mboi, Pos Kota Jakarta : 10 Februari 2013.

600.000 orang yang meninggal dunia akibat rokok, dan 75% diantaranya adalah perempuan dan anak-anak<sup>9</sup>. Di sisi lain, jumlah para perokok terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Itu artinya akan semakin sedikit udara bersih yang tersedia bagi mereka yang tidak merokok. Menurut data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013<sup>10</sup> menyebutkan bahwa terdapat 19% dari remaja berusia 15–19 tahun yang merokok. Lebih lanjut Riskesdas tahun 2013 menunjukkan sebuah peningkatan jumlah perokok kategori anak-anak yang terbilang cukup luar biasa, yakni sebanyak 426.214 anak dibandingkan tahun 1995 yang mencapai 71.126 anak. Itu artinya bahwa perokok aktif kini bukan lagi orang dewasa, melainkan remaja bahkan anak-anak.

Muliarta<sup>11</sup> menjelaskan bahwa jumlah perokok anak di Indonesia mencapai angka yang cukup tinggi. Bahkan Indonesia merupakan satu-satunya Negara yang mendapat julukan *baby smoker* karena banyaknya jumlah perokok anak. Data menunjukkan, selama tahun 2008–2013, jumlah perokok di bawah usia 10 tahun mencapai 239.000 orang. Sedangkan pada rentang usia 10–14 tahun terdapat 1,2 juta orang. Rokok tidak hanya merugikan bagi perokoknya saja, namun juga merugikan setiap orang yang menghirup asap rokok. *World Health Organization* (WHO) menyebutkan terdapat tiga juta orang yang meninggal setiap tahunnya karena polusi udara. Dan negara berkembang memiliki kecenderungan lebih tinggi terhadap jumlah kematian penduduk akibat rokok.

---

<sup>9</sup>Widyastuti, D.A.R, 2012, Fisip UAJY :*Gerakan Anti Rokok Vs Iklan Rokok*, <http://fisip.uajy.ac.id/2012/05/30/gerakan-anti-rokok-vs-iklan-rokok/> diakses tanggal 23 juni 2014 .

<sup>10</sup>Maryati, 2013, *Jumlah perokok Indonesia terbanyak ketiga di dunia*, Gatra News 31 Mei 2012 diakses dari <http://old.gatranews.com/kesehatan/73-165-kesehatan/13992-jumlah-perokok-indonesia-terbanyak-ketiga-di-dunia> tanggal 23 Juni 2014 .

<sup>11</sup> Muliarta, 2012, *Perokok Anak di bawah 10 Tahun di Indonesia Capai 239.000 Orang*, VOA Indonesia 19 Mei 2012 diakses dari <http://www.voaindonesia.com/content/perokok-anak-di-bawah-10-tahundi-indonesia-capai-239000-orang/727311.html> tanggal 23 Juni 2014

Upaya tersebut merupakan gambaran implementasi tanggung jawab negara melalui kewajiban pemerintah memberikan perlindungan atas hak asasi warga Negara yang termuat dalam norma dasar, yaitu Undang Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD RI 45), Bab tentang Hak Asasi Manusia, antara lain dalam Pasal 28H, ayat (1). Ketentuan dalam Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 28i ayat (4) UUD RI Tahun 1945 itu mengatur tentang kewajiban setiap orang menghormati hak asasi manusia orang lain dalam tertib kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara Pasal 28J, ayat (1), menentukan bahwa setiap orang berhak mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Undang-Undang Dasar Negara RI Tahun 1945 Pasal 28 H ayat (1) menyebutkan:

*“setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan “*

Undang-Undang Dasar Negara RI Tahun 1945 Pasal 28 I (4) menyebutkan :

*“perlindungan, pemajuan , penegakan dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggung jawab negara terutama pemerintah”*

Undang-Undang Dasar Negara RI Tahun 1945 Pasal 28J ayat (1) menyebutkan :

*“setiap orang wajib menghormati hak asasi manusia orang lain dalam tertib kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara”*

Hak asasi merupakan hak mendasar yang dimiliki setiap manusia semenjak lahir. Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Dengan didasarkan pada ketiga Pasal tersebut di atas, maka negara berwenang untuk mengatur kawasan yang tanpa rokok atau kawasan terbatas rokok guna memberikan keseimbangan bagi setiap orang untuk mendapatkan haknya, yaitu hak atas lingkungan dan hak untuk melakukan sesuatu (rokok).

## 1.2. Identifikasi Masalah

Dari uraian latar belakang diatas maka dapat diuraikan identifikasi masalah sebagai berikut :

1. Berdasarkan Pasal 28 H ayat (1) UUD Negara RI Tahun 1945 setiap orang berhak untuk memperoleh lingkungan yang baik dan sehat, namun pada kenyataannya sumber pencemaran lingkungan, khususnya udara cukup banyak, baik sumber bergerak dan sumber tidak bergerak. Salah satu sumber bergerak yang dapat menyebabkan terjadinya pencemaran udara dan dapat mengakibatkan gangguan terhadap kesehatan adalah asap rokok. Dengan demikian perlu adanya instrumen/kebijakan yang dilakukan oleh Pemerintah daerah untuk menyeimbangkan hak, yaitu hak untuk mendapat lingkungan yang baik dan sehat serta hak untuk merokok. Bagaimana kebijakan atau instrumen yang dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Gresik untuk melakukan tugas dan tanggungjawab dalam menyeimbangkan hak masyarakat untuk mendapatkan lingkungan yang baik dan sehat dengan hak seseorang untuk merokok?
2. Pemerintah dalam melakukan tindakan untuk mengendalikan masyarakat dibedakan dalam tindakan nyata (materiil) dan tindakan hukum (formil), namun semua tindakan harus memenuhi unsur keabsahan, yaitu wewenang, substansi dan prosedur. Dalam memenuhi untuk keabsahan tersebut, maka dalam pengendalian terhadap kegiatan orang merokok di kawasan tertentu harus didasarkan pada peraturan perundang-undangan yang jelas. Apa produk hukum yang dapat digunakan sebagai dasar hukum untuk mengatur penetapan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok sesuai dengan muatan materi peraturan perundang-undangan sesuai dengan UU Pembentukan peraturan perundang-undangan?
3. Dalam membentuk peraturan perundang-undangan agar dapat dilaksanakan harus disusun berdasarkan pertimbangan sosiologis,

yuridis dan filosofis. Dengan demikian apa yang menjadi pertimbangan sosiologis, yuridis dan faktual di Pemerintah Kabupaten Gresik terkait dengan penetapan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok?

4. Apa sasaran yang diwujudkan dan ruang lingkup pengaturan peraturan daerah tentang penetapan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok? Serta apa jangkauan dan arah pengaturan rancangan peraturan daerah ini?

### **1.3. Tujuan**

Berdasarkan uraian rumusan masalah diatas adapun tujuan penyusunan naskah akademis ini sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui kebijakan Pemerintah Daerah kabupaten Gresik dalam penerapan Rancangan Peraturan Daerah tentang kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok.
2. Memberikan suatu wawasan kebijakan dari pemerintah daerah dalam mengambil suatu kebijakan tentang kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok
3. Untuk merumuskan permasalahan yang dihadapi sebagai dasar penyusunan rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok
4. Untuk merumuskan pertimbangan atau landasan filosofis, sosiologis, yuridis penyusunan rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok.
5. Untuk merumuskan sasaran, ruang lingkup, pengaturan, jangkauan dan arah pengaturan Rancangan Peraturan Daerah tentang kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok.

### **1.4. Tahapan Penyusunan Naskah Akademik**

Tahapan penyusunan kajian akademik ini adalah sebagai pedoman tentang Penyusunan Rancangan Peraturan Daerah tentang kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok dengan

menggunakan metode penelitian normatif dan dan yuridis empiris. Dengan demikian penyusunan naskah akademik didasarkan pada kaidah-kaidah hukum baik yang berbentuk peraturan perundang-undangan dan kebiasaan dalam kegiatan perlindungan dan pengendalian pencemaran udara dicari dan digali, untuk kemudian dirumuskan menjadi rumusan pasal-pasal yang dituangkan ke dalam rancangan peraturan perundang-undangan (Raperda).

Metode ini dilandasi oleh sebuah teori bahwa hukum yang baik hukum yang juga berlandaskan pada kenyataan yang ada dalam masyarakat, bukan semata-mata merupakan kehendak penguasa saja. Secara sistematis penyusunan naskah akademik dilakukan melalui tahapan-tahapan yang runtut dan teratur. Tahapan yang dilakukan meliputi:

- a. inventarisasi bahan hukum;
- b. identifikasi bahan hukum;
- c. sistematisasi bahan hukum;
- d. analisis bahan hukum; dan
- e. perancangan dan penulisan

Rangkaian tahapan dimulai dengan inventarisasi dan identifikasi terhadap sumber bahan hukum yang relevan (primer dan sekunder), yaitu peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan keabsahan pemerintah daerah dalam melakukan perlindungan dan pengendalian terhadap pencemaran udara serta kewenangan daerah menetapkan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok. Langkah berikutnya melakukan sistematisasi keseluruhan bahan hukum yang ada. Proses sistematisasi ini juga diberlakukan terhadap asas-asas hukum, teori-teori, konsep-konsep, doktrin serta bahan rujukan lainnya. Rangkaian tahapan tersebut dimaksudkan untuk mempermudah pengkajian dari permasalahan terhadap pengendalian terhadap kegiatan merokok. Melalui rangkaian tahapan ini diharapkan mampu memberi rekomendasi yang

mendukung perlunya reinterpretasi dan reorientasi pemahaman terhadap kewenangan pemerintah daerah dalam menetapkan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok dan kewenangan untuk memaksakan kepatuhan pelaku usaha untuk menyediakan tetap khusus untuk kawasan rokok.

Secara garis besar proses penyusunan peraturan daerah ini meliputi tiga tahap yaitu: 1). Tahap Konseptualisasi, 2) tahap Sosialisasi dan Konsultasi Publik, dan 3) tahap Proses Politik dan Penetapan.

#### 1. Tahap Konseptualisasi

Tahap ini merupakan tahap awal dari kegiatan technical assistance yang dilakukan oleh tim penyusun. Pada tahap ini tim penyusun melakukan konseptualisasi naskah Akademik dan perumusan Rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok dengan stake holder untuk melakukan identifikasi masalah dan alternative solusi yang dapat digunakan dalam menyelesaikan masalah. Stake holder yang terlibat dalam inventarisasi dan identifikasi permasalahan adalah Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, Badan Lingkungan Hidup, Kantor Pelayanan Perizinan terpadu, Bagian Hukum, Satuan Polisi Pamong Praja serta LSM yang dilakukan dengan konsultasi dengan team ahli, Forum Group diskusi.

#### 2. Tahap Sosialisasi dan Konsultasi Publik

Pada tahap ini, tim penyusunan melakukan Sosialisasi dan Konsultasi publik mengenai Peraturan Daerah Kabupaten Gresik tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok melalui diskusi yang dihadiri oleh Stake holder. Target output kegiatan sosialisasi ini adalah tersosialisasikannya rencana pembentukan rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok dan

memperoleh masukan dari peserta guna perbaikan dan penyempurnaan rancangan peraturan daerah.

### 3. Tahap Proses Politik dan Penetapan

Proses politik dan penetapan merupakan tahap akhir dari kegiatan technical assistance. Proses politik merupakan pembahasan Raperda tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok. Tahap penetapan adalah tahap ketika Raperda sudah disetujui oleh DPRD Kabupaten Gresik bersama dengan Bupati Gresik untuk disahkan menjadi Peraturan Daerah.

## **1.5. Metode Penelitian**

Penelitian ini merupakan kegiatan ilmiah yang berupaya untuk memperoleh pemecahan terhadap suatu permasalahan yang berkaitan dengan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok di Kabupaten Gresik. Oleh karena itu, dibutuhkan metode penelitian yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah melalui pengungkapan kebenaran secara sistematis, analisis-konstruktif terhadap data/bahan yang dikumpulkan dan diolah. Atas dasar inilah, maka di dalam penelitian ini terdapat beberapa unsur dari kerangka metode penelitian tersebut.

### **1.4.1. Tipe Penelitian**

Penelitian ini merupakan suatu penelitian socio-legal research yang dilakukan untuk mencari pemecahan masalah atas permasalahan hukum yang ada. Hasil dari penelitian ini ialah memberikan preskripsi mengenai apa yang seyogyanya mengenai permasalahan yang diajukan. Peter Mahmud Marzuki menyatakan bahwa penelitian hukum merupakan proses untuk menemukan aturan hukum, prinsip-prinsip hukum, maupun



doktrin-doktrin hukum guna menjawab isu hukum yang dihadapi.<sup>12</sup>

#### **1.4.2. Pendekatan Masalah**

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini yaitu pendekatan perundang-undangan (*statute approach*) dan pendekatan konseptual (*conceptual approach*), pendekatan sejarah (*historical approach*) pendekatan kasus (*case approach*).<sup>13</sup> Pendekatan perundang-undangan (*statute approach*) yaitu suatu pendekatan yang dilakukan terhadap berbagai aturan hukum yang berkaitan dengan masalah dalam penelitian ini. Sedangkan pendekatan konseptual (*conceptual approach*), digunakan untuk mengkaji dan menganalisis kerangka pikir atau kerangka konseptual maupun landasan teoritis yang sesuai dengan tujuan penelitian ini.

#### **1.4.2. Jenis dan Sumber Data**

Untuk menemukan, menghimpun, mengolah dan menganalisis permasalahan penelitian, maka diperlukan beberapa jenis dan sumber data yang dapat dijadikan dasar pembenaran dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Adapun jenis dan sumber data yang akan menjadi dasar analisis di dalam penelitian ini sesuai dengan tipe penelitian adalah data sekunder. Data sekunder yang dimaksud dalam penelitian ini adalah data yang yang diperoleh dari bahan-bahan pustaka. Di dalam data sekunder ini terdiri dari tiga bahan hukum, yaitu:<sup>14</sup>

##### **1. Bahan Hukum Primer**

---

<sup>12</sup> Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum*, Cet. 6, Kencana Prenada Media Group, Jakarta, 2010, hlm. 35

<sup>13</sup> *Ibid.*, hlm. 93

<sup>14</sup> Soerjono Soekanto, *Pengantar Penelitian Hukum*, UI Press, Jakarta, 1984, hlm. 12-13

Bahan hukum primer ini diperoleh dari beberapa peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan masalah dalam penelitian ini, di antaranya :

- 1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- 2) Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur/Jawa Tengah/Jawa Barat dan Daerah Istimewa Yogyakarta, sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Nomor 2730);
- 3) Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1981 Nomor 76, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
- 4) Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3886);
- 5) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 109, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4235);
- 6) Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2002 tentang Bangunan Gedung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 134, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4247);
- 7) Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup (Lembaran negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 140 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5059);
- 8) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor

144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063).

- 9) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5072);
- 10) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5234);
- 11) Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587);
- 12) Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 36, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4276);
- 13) Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188/Menkes/PB/I/2011 dan Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Kawasan Tanpa Rokok.
- 14) Peraturan Bersama Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia dan Meteri Dalam Negeri Nomor 12 Tahun 2012 Nomor 72 Tahun 2012 tentang Parameter HAM Dalam Pembentukan Produk Hukum Daerah;
- 15) Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2014 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;
- 16) Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 2 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Gresik Nomor 2 Tahun 2008);

17) Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 23 Tahun 2011 tentang Pedoman Kerja Penyidik Pegawai Negeri Sipil Pada Satuan Kerja Perangkat Daerah; Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 1 Tahun 2013 tentang Pembentukan Peraturan Daerah (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Timur Tahun 2013 Nomor 1 Seri D, Tambahan Lembaran Daerah Nomor 25).

## 2. Bahan Hukum Sekunder

Bahan hukum sekunder ini memberikan penjelasan mengenai bahan hukum primer yang berasal dari beberapa literatur dan tulisan ilmiah lainnya yang dapat menjelaskan terhadap permasalahan dalam penelitian ini.

## 3. Bahan Hukum Tersier

Bahan hukum tersier adalah bahan hukum yang memberikan penjelasan maupun petunjuk terhadap bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder yang dapat berasal dari kamus hukum, ensiklopedia dan sebagainya.

### **1.4.2. Metode Analisis Data**

Bahan hukum primer berupa perundangan-undangan dikumpulkan dengan metode inventarisasi dan kategorisasi. Bahan hukum sekunder dikumpulkan dengan sistem kartu catatan (*card system*), baik dengan kartu ikhtisari (memuat ringkasan tulisan sesuai aslinya, secara garis besar dan pokok gagasan yang memuat pendapat asli penulis); Kartu kutipan (digunakan untuk memuat catatan pokok permasalahan); serta kartu ulasan (berisi analisis dan catatan khusus penulis).

Bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder yang telah dikumpulkan (inventarisasi) kemudian dikelompokkan dan dikaji dengan pendekatan perundangan-undangan guna

memperoleh gambaran sinkronisasi dari semua bahan hukum. Selanjutnya dilakukan sistematisasi dan klaisifikasi kemudian dikaji serta dibandingkan dengan teori dan prinsip hukum yang dikemukakan oleh para ahli, untuk akhirnya dianalisa secara normatif.



## **BAB II**

### **KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTIK EMPIRIS**

#### **A. Kajian Teoritis**

##### **1. Wewenang Pemerintah Daerah Dalam Menyelenggarakan Perlindungan dan Pengendalian Pencemaran Udara.**

Perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup merupakan realisasi kewajiban dari negara atas pemenuhan hak sosial masyarakat dalam memperoleh lingkungan hidup yang baik dan sehat sebagaimana tercantum dalam Pasal 28 H UUD Negara RI Tahun 1945. Dengan dituangkannya hak untuk mendapat lingkungan yang baik dan sehat sebagai hak sosial yang dijamin oleh Konstitusi, maka di sini negara memiliki kewajiban untuk : menjaga (*to protect*), menghargai (*to respect*), dan memenuhi (*to fulfill*). Sebagai kewajiban dari negara untuk memenuhi hak tersebut, maka pemerintah dan pemerintah daerah sebagai pengurus negara memiliki tugas dan tanggungjawab untuk memenuhi hak atas lingkungan yang baik dan sehat.

Lingkungan hidup adalah kesatuan ruang dengan semua benda, daya dan perilakunya yang mempengaruhi alam itu sendiri, kelangsungan perikehidupan, dan kesejahteraan manusia dan makhluk hidup lainnya. Sesuai pengertian tersebut, maka udara merupakan salah satu unsur lingkungan hidup. Dengan demikian pemerintah dan pemerintah daerah memiliki tanggungjawab untuk mengendalikan adanya pencemaran udara, pencemaran udara sangat berkaitan dengan pembangunan kesehatan. Keterkaitan antara lingkungan hidup dan peningkatan derajat kesehatan secara jelas dituangkan dalam Pasal 6 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dengan adanya keterkaitan tersebut, maka pemerintah dan pemerintah daerah memiliki tanggungjawab ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik

maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagaimana tertuang dalam Pasal 15 UU Kesehatan.

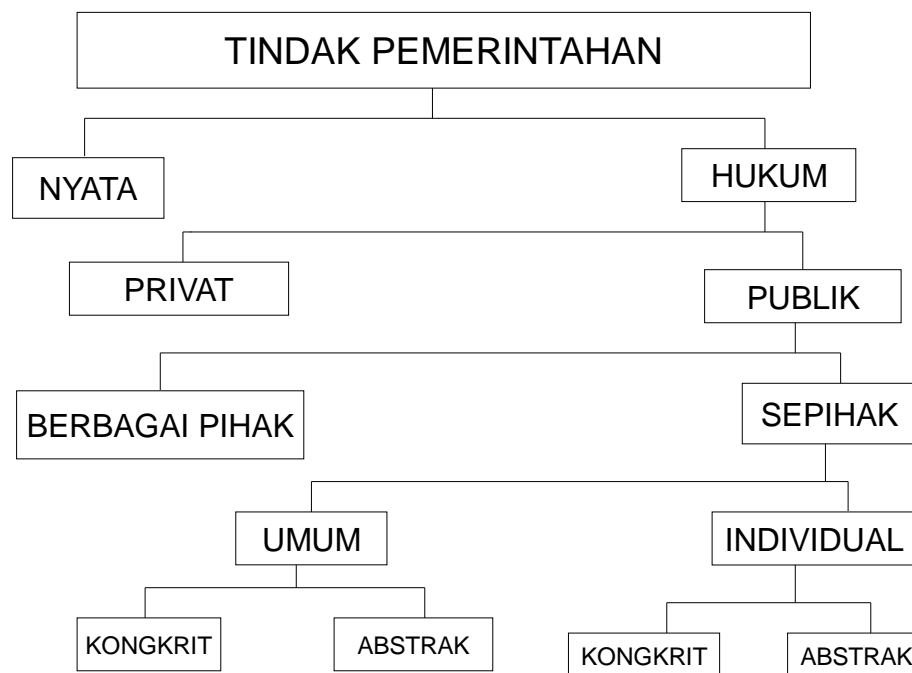
Sejalan dengan tanggungjawab tersebut, maka berdasarkan Pasal 14 Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Salah satu kewenangan Daerah Kabupaten/Kota secara atributif yaitu: Urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah kabupaten/kota merupakan urusan yang berskala kabupaten/kota meliputi:

- a. perencanaan dan pengendalian pembangunan;
- b. perencanaan, pemanfaatan, dan pengawasan tata ruang;
- c. penyelenggaraan ketertiban umum dan ketentraman masyarakat;
- d. penyediaan sarana dan prasarana umum;
- e. **penanganan bidang kesehatan;**
- f. penyelenggaraan pendidikan;
- g. penanggulangan masalah sosial;
- h. pelayanan bidang ketenagakerjaan;
- i. fasilitasi pengembangan koperasi, usaha kecil dan menengah;
- j. pengendalian lingkungan hidup;**
- k. pelayanan pertanahan
- l. pelayanan kependudukan dan catatan sipil;
- m. pelayanan administrasi umum pemerintahan;
- n. pelayanan administrasi penanaman modal;
- o. penyelenggaraan pelayanan dasar lainnya; dan
- p. urusan wajib lainnya yang diamanatkan oleh peraturan peraturan-perundang-undangan.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah disebutkan bahwa Penangan bidang kesehatan dan Pengendalian lingkungan hidup merupakan kewenangan wajib bagi pemerintah daerah yang kemudian kewenangan ini dirinci pada peraturan sektoral dan peraturan

pelaksanaan, antara lain UU Kesehatan, UU Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup (UUPPLH) dan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota.

Dengan diaturnya hak setiap orang untuk mendapat pelayanan kesehatan dalam Konstitusi Indonesia, yaitu Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945: “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”, maka ada kewajiban bagi pemerintah, khususnya instansi yang menjalankan tugas dan fungsinya di bidang kesehatan harus mengimplementasi hak tersebut sebagai upaya mencapai tujuan nasional dalam berbagai kebijakan. Kebijakan Pemerintah untuk merealisasi hak atas kesehatan bagi masyarakat dilakukan oleh pemerintah melalui tindak pemerintahan. Tindak pemerintahan dalam melaksanakan tugas dan fungsinya dapat digambarkan sebagaimana bagan di bawah ini :





Kebijakan pemerintah dalam memenuhi hak atas lingkungan untuk meningkatkan derajat kesehatan setinggi-tingginya dapat dilakukan dengan tindakan materiil atau tindakan nyata dimana pemerintah melakukan tindakan non hukum yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Selain tindakan materiil, pemerintah juga melakukan tindakan hukum berupa membuat membentuk peraturan perundang-undangan dan membuat keputusan yang berkaitan dengan penyelenggaraan dan pelayanan kesehatan.

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup, Uuran Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota, Pemerintah Kabupaten/kota, khususnya Pemerintah Kabupaten Gresik memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan dalam upaya mengendalikan lingkungan hidup, khususnya udara untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

## **2. Keabsahan Tindakan Pemerintah Daerah Dalam melakukan penetapan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok.**

Kebijakan merupakan suatu proses yaitu meliputi implementasi, formulasi dan evaluasi. Kebijakan Publik didefinisikan “sebagai apapun yang dipilih oleh pemerintah untuk dilakukan ataupun untuk tidak dilakukan (*whatever government choose to do or not to do*)”.<sup>15</sup> Dalam pengertian seperti ini, maka pusat perhatian dari kebijakan publik tidak hanya pada apa saja

---

<sup>15</sup>Thoha, Miftah. 2008. Ilmu Administrasi Publik Kontemporer. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.;

yang dilakukan oleh pemerintah Daerah, melainkan termasuk juga apa saja yang tidak dilakukan oleh pemerintah.

Berkaitan dengan kebijakan dalam pembangunan kesehatan, saat ini, penyebab kematian utama di Indonesia untuk semua umur telah bergeser dari penyakit menular ke penyakit tidak menular. Penyakit tidak menular merupakan masalah yang sangat substansial karena pola kejadiannya sangat menentukan keberhasilan peningkatan status kesehatan suatu negara. Secara global, *World Health Organization* (WHO) memperkirakan penyakit tidak menular menyebabkan sekitar 60% kematian dan 43% kesakitan di seluruh dunia. Perubahan pola struktur masyarakat dari agraris ke industri serta perubahan gaya hidup dan social ekonomi masyarakat diduga sebagai hal yang melatar belakang imeningkatnya prevalensi penyakit tidak menular dalam transisi epidemiologi.

Penyakit tidak menular mempunyai faktor risiko yang umumnya sama, yaitu perilaku merokok, diet yang tidak sehat dan seimbang, kurangnya aktifitas fisik serta konsumsi alkohol. Adanya salah satu faktor risiko tersebut, misalnya perilaku merokok mengakibatkan seseorang mempunyai risiko terjadinya lima PTM dan cedera tersebut, dan merokok memberikan kontribusi paling besar dibanding faktor risiko lainnya. Perokok mempunyai risiko 2-4 kali lipat untuk terkena penyakit jantung koroner dan risiko lebih tinggi untuk penyakit kanker paru.

Berdasarkan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 menerangkan bahwa, Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsure kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Dengan demikian, setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip non

diskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunan nasional.

Upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya pada mulanya berupa upaya penyembuhan penyakit, kemudian secara berangsur-angsur berkembang ke arah keterpaduan upaya kesehatan untuk seluruh masyarakat dengan mengikut sertakan masyarakat secara luas yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bersifat menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. Selain itu, sudut pandang para pengambil kebijakan juga masih belum menganggap kesehatan sebagai suatu kebutuhan utama dan investasi berharga di dalam menjalankan pembangunan sehingga alokasi dan kesehatan hingga kini masih tergolong rendah bila dibandingkan dengan negara lain.

Sesuai dengan dampak Rokok yang merupakan salah satu zat adiktif yang bila digunakan dapat mengakibatkan bahaya kesehatan bagi individu dan masyarakat, maka dalam rangka peningkatan upaya penanggulangan bahaya akibat merokok telah ditetapkan Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan dengan tujuan :

1. melindungi kesehatan dari bahaya akibat merokok;
2. membudayakan hidup sehat;
3. menekan perokok pemula;
4. melindungi kesehatan perokok pasif.

Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 ini telah memberikan kewenangan kepada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota untuk melakukan kebijakan pengendalian dan pelarangan terhadap kegiatan merokok di tempat umum. Hal ini sebagaimana diatur dalam Pasal 25 PP Nomor 19 Tahun 2003, yakni, "Pemerintah Daerah wajib mewujudkan kawasan tanpa

rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22, di wilayahnya.” Pasal 25 inilah memberikan kewenangan kepada pemerintah daerah untuk mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok.

Berdasarkan ketentuan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan, maka Pemerintah Daerah, khususnya Pemerintah Kabupaten Gresik memiliki keabsahan untuk menetapkan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok di wilayahnya.

### **3. Wewenang Pemerintah Daerah Dalam Penyelenggaraan Ketertiban Umum dan Ketentraman Masyarakat serta Penanganan Bidang Kesehatan.**

UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah merupakan bagian dari wujud reformasi otonomi daerah dalam rangka meningkatkan efisiensi dan efektivitas penyelenggaraan pemerintahan untuk memberdayakan daerah dan meningkatkan kesejahteraan rakyat. Berdasarkan Pasal 13 ayat (1) huruf c UU No. 32 Tahun 2004, undang-undang memberikan kewenangan pada Pemerintah Daerah untuk melaksanakan penyelenggaraan ketertiban umum dan ketentraman masyarakat sebagai upaya menciptakan kondisi yang kondusif, agar pelaksanaan pembangunan yang dilakukan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah dapat mencapai kesejahteraan masyarakat. Dalam penjelasan Pasal 14 ayat (1) huruf C UU No. 32 Tahun 2004 disebutkan bahwa “yang dimaksud dengan ketertiban umum dan ketentraman masyarakat pada ketentuan ini termasuk penyelenggaraan perlindungan masyarakat”.

Berdasarkan konsep wewenang (*bevoegdheid*), bahwa wewenang yang bersumber dari konstitusi dan/atau undang-undang disebut sebagai wewenang atribusi. Philipus M. Hadjon menyatakan bahwa wewenang atribusi merupakan wewenang yang diberikan atau

ditetapkan pada jabatan (lembaga) tertentu.<sup>16</sup> Wewenang atribusi merupakan wewenang yang bersifat asli dan melekat pada suatu jabatan atau lembaga. Dengan kata lain, bahwa kewenangan Pemerintah Daerah untuk menyelenggarakan ketertiban umum dan ketentraman masyarakat merupakan kewenangan asli (melekat) pada Pemerintah Daerah.

Ketertiban dan ketentraman berasal dari kata dasar “tentram” dan “tertib” yang pengertiannya menurut W.J.B. Poerwadarminta adalah:

“Tertib ialah aturan, peraturan yang baik, misalnya tertib acara aturan dalam sidang (rapat dan sebagainya), acara, program, tertib hukum yaitu aturan yang bertalian hukum. Ketertiban artinya aturan peraturan, kesopanan, peri kelakuan yang baik dalam pergaulan, keadaan serta teratur baik. Tentram ialah aman atau (tidak rusuh, tidak dalam kekacauan) misalnya sekarang barulah ia merasa tentram, tiada tentram hatinya. Ketentraman dapat berarti ketentraman keamanan, ketenangan (pikiran)”.

Selanjutnya pengertian ketertiban umum dan ketentraman menurut Ermaya Suradinata, ialah:

“Ketentraman dan ketertiban adalah suatu keadaan agar pemerintah dan rakyat dapat melakukan kegiatan secara aman, tertib dan teratur. Ketentraman dan ketertiban ini dapat terganggu oleh berbagai sebab dan keadaan diantaranya oleh pelanggaran hukum yang berlaku, yang menyebabkan terganggunya ketentraman dan ketertiban masyarakat, bencana alam maupun bencana yang ditimbulkan oleh manusia atau organisasi lainnya, dan faktor dari bidang ekonomi dan keuangan”.

Berdasarkan pengertian di atas terdapat keterkaitan yang erat dimana dengan adanya rasa aman, masyarakat merasa tenang maka timbullah masyarakat yang tertib hukum dengan segala peraturan yang berlaku dan begitu pula sebaliknya dengan adanya

---

<sup>16</sup> Philipus M. Hadjon, et.all, *Hukum Administrasi dan Good Governance*, Jakarta: Penerbit Universitas Trisakti, hlm. 20

sikap tertib terhadap sesuatu dimana saling menghormati peraturan yang ada, saling mengerti posisi masing-masing, maka masyarakat dapat merasa aman secara jasmani dan psikis, damai dan tenang tanpa adanya gangguan apapun dan itulah yang disebut terciptanya suasana tentram.

Adapun jenis-jenis dan sumber kejadian yang dapat menyebabkan terganggunya ketertiban umum dan ketentraman masyarakat serta harus dihadapi oleh Pemerintah Daerah dalam rangka menciptakan ketertiban umum dan ketentraman masyarakat, sebagaimana dikemukakan oleh Rusdibjono yaitu:<sup>17</sup>

1. bencana alam (*natural disaster*);
2. bencana karena manusia (*man made disaster*), antara lain:
  - a. kriminalitas;
  - b. menguras sumber daya alam;
  - c. narkotika;
  - d. pencemaran;
  - e. polusi;
  - f. pelacuran; dan
  - g. konsumsi minuman keras.
3. kejadian di rumah tangga (*disaster at home*).

Dalam mencapai kesejahteraan masyarakat, penyelenggara roda pemerintahan daerah perlu didukung kondisi daerah yang tentram, tertib dan teratur sehingga penyelenggara roda pemerintahan dapat berjalan dengan lancar dan masyarakat dapat melakukan kegiatannya dengan aman. Ketentraman dan ketertiban umum merupakan salah satu faktor yang mendukung terciptanya kondisi yang kondusif. Dengan demikian untuk mewujudkan ketertiban umum dan ketentraman masyarakat, pemerintah daerah berwenang menetapkan kebijakan dalam bentuk peraturan daerah

---

<sup>17</sup> Rusdibjono, *Mewujudkan Ketertiban dan Ketentraman Masyarakat*, Jakarta: Pustaka, hlm. 27

dan peraturan kepala daerah yang diikuti dengan pengawasan dan penegakan hukum.

Keberhasilan pelaksanaan pembangunan daerah tidak terlepas dari pembinaan di semua bidang pemerintahan, khususnya bidang yang meliputi upaya memelihara ketertiban umum dan ketentraman masyarakat. Ketertiban dan ketentraman merupakan suatu keadaan dinamis yang memungkinkan pemerintah dan masyarakat dapat melakukan kegiatan dengan aman, tentram dan teratur. Penyelenggaraan pemerintahan bukan hanya urusan administrasi saja, melainkan meliputi segala aspek yang menyangkut penyelenggaraan pemerintahan baik sosial politik, ekonomi, budaya, ketertiban dan ketentraman.

Selain urusan wajib dalam penyelenggaraan ketertiban umum dan ketentraman masyarakat, Pemerintah Daerah juga wajib menjalankan urusan penanganan di bidang kesehatan. Hal ini berdasarkan ketentuan Pasal 14 ayat (1) huruf e UU No. 32 Tahun 2004.

Secara teoritik berdasarkan teori desentralisasi, maka urusan wajib tersebut merupakan hasil penyerahan urusan dari pemerintah pusat kepada daerah menjadi urusan rumah tangga daerah. Hazairin dalam *The Liang Gie*<sup>18</sup> mengartikan desentralisasi sebagai suatu cara pemerintahan dalam mana sebagian kekuasaan mengatur dan mengurus dari Pemerintahan Pusat diserahkan kepada kekuasaan bawahan sehingga daerah mempunyai pemerintahan sendiri.

E. Koswara<sup>19</sup> menyatakan desentralisasi adalah sebagai proses penyerahan urusan-urusan pemerintahan yang semula termasuk wewenang pemerintah pusat kepada badan atau lembaga

---

<sup>18</sup> The Liang Gie, *Pertumbuhan Pemerintahan Daerah Di Negara Republik Indaonesi*, Liberty, Yogyakarta, 1967, hlm. 109

<sup>19</sup> E. Koswara, *Otonomi Daerah: untuk demokrasi dan kemandirian rakyat*, Yayasan PARIBA, Jakarta, 2001, hlm. 17

Pemerintahan Daerah agar menjadi urusan rumahtangganya sehingga urusan tersebut beralih kepada dan menjadi tanggung jawab pemerintah daerah.

Dari beberapa pandangan pakar di atas, dengan jelas menafsirkan bahwa dimensi makna desentralisasi melahirkan sisi penyerahan kewenangan, pembagian kekuasaan, pendelegasian kewenangan. Penyerahan, pendelegasian dan pembagian kewenangan dengan sendirinya menciptakan kewenangan pada pemerintah daerah dalam pelaksanaan pemerintahan di daerah, yang didahului pembagian daerah pemerintahan dalam bingkai daerah otonom.

## **B. Kajian Praktik Empirik**

### **2.1. Kandungan Rokok**

Pada saat rokok dihisap komposisi rokok yang dipecah menjadi komponen lainnya misalnya komponen yang cepat menguap akan menjadi asap bersama-sama dengan komponen lainnya terkondensasi. Dengan demikian komponen asap rokok yang dihisap oleh perokok terdiri dari bagian gas (85%) dan bagian partikel 15% (Sianturi, 2003).

Rokok mengandung kurang lebih 4.000 jenis bahan kimia dan 40 jenis diantaranya bersifat karsinogenik (dapat menyebabkan kanker), setidaknya 200 diantaranya berbahaya bagi kesehatan. Racun utama pada rokok adalah tar, nikotin dan karbonmonoksida (CO). Selain itu dalam sebatang rokok juga mengandung bahan-bahan kimia lain yang tak kalah beracun (David, 2003).

Berikut daftar bahan kimia yang terdapat dalam asap rokok dapat dilihat pada table di bawah ini :

| <b>No</b> | <b>Bagian Partikel</b> | <b>Bagian Gas</b> |
|-----------|------------------------|-------------------|
| 1         | Tar                    | Karbonmonoksida   |
| 2         | Indol                  | Ammoniak          |



|   |   |   |
|---|---|---|
| 3 | Nikotin   | Asam <i>Hydrocyanat</i>   |
| 4 | Karbolzol   | Nitrogen Oksida   |
| 5 | Kresol  | Formaldehid   |
|   | Catatan:<br>Keseluruhan bersifat karsinogen dan iritan serta bersifat toksik yang lain. | Catatan:<br>Keseluruhan zat ini bersifat karsinogen, mengiritasi, racun bulu getar alat pernafasan, dan bersifat racun yang lain. |

Rokok (termasuk asap rokok) mengandung racun yang berbahaya bagi kesehatan. Racun yang paling utama, antara lain tar, Gas CO, dan nikotin, timah hitam, dan amoniak:

a. Tar

Tar merupakan bagian partikel rokok sesudah kandungan nikotin dan uap air diasingkan, beberapa komponen zat kimianya karsinogenik (pembentukan kanker). Tar adalah senyawa polinuklin hidrokarbon aromatika yang bersifat karsinogenik. Dengan adanya kandungan bahan kimia yang beracun sebagian dapat merusak sel paru dan menyebabkan berbagai macam penyakit. Selain itu tar dapat menempel pada jalan nafas sehingga dapat menyebabkan kanker. Tar merupakan kumpulan dari beribu-ribu bahan kimia dalam komponen padat asap rokok. Pada saat rokok dihisap, tar masuk kedalam rongga mulut sebagai uap padat asap rokok. Setelah dingin akan menjadi padat dan membentuk endapan berwarna coklat pada permukaan gigi, saluran pernafasan dan paru-paru. Pengendapan ini bervariasi antara 3 mg-40 mg per batang rokok, sementara kadar dalam rokok berkisar 24 mg-45 mg. sedangkan bagi rokok yang menggunakan filter dapat mengalami penurunan 5 mg-15 mg.

walaupun rokok diberi filter efek karsinogenik tetap bisa masuk dalam paru-paru ketika pada saat merokok hirupannya dalam-dalam, menghisap berkali-kali dan jumlah rokok yang digunakan bertambah banyak (Sitepoe, 1997).

b. Gas CO (Karbon monoksida)

Gas CO yang dihasilkan dari sebatang rokok dapat mencapai 3-6%, gas ini dapat dihisap oleh siapa saja. Oleh orang yang merokok atau orang yang terdekat dengan si perokok. Gas CO mempunyai kemampuan mengikat hemoglobin (Hb) yang terdapat dalam sel darah merah (eritrosit) lebih kuat dibanding O<sub>2</sub>, sehingga setiap ada asap rokok disamping kadar O<sub>2</sub> udara yang sudah berkurang, ditambah lagi sel darah merah akan semakin kekurangan O<sub>2</sub>, oleh karena yang diangkut adalah CO dan bukan O<sub>2</sub>. Sel tubuh yang menderita kekurangan O<sub>2</sub> akan berusaha meningkatkan yaitu melalui kompensasi pembuluh darah dengan jalan menciut atau spasme. Bila proses spasme berlangsung lama dan terus menerus maka pembuluh darah akan mudah rusak terjadi proses aterosklerosis (penyempitan pembuluh darah). Penyempitan pembuluh darah akan terjadi di otak, jantung, paru, ginjal, kaki, saluran peranakan, dan ari-ari pada wanita hamil (Kusmana, 2007).

c. Nikotin

Nikotin yaitu zat atau bahan senyawa *porillidin* yang terdapat dalam *Nicotoana Tabacum*, *Nicotiana Rustica* dan spesies lainnya yang bersifat adiktif yang dapat mengakibatkan ketergantungan. Nikotin ini dapat meracuni syaraf tubuh, meningkatkan tekanan darah, menyempitkan pembuluh *perifer* dan menyebabkan ketagihan serta ketergantungan pada pemakainya. Jumlah nikotin yang dihisap dipengaruhi oleh berbagai faktor kualitas rokok, jumlah tembakau setiap batang rokok, dalamnya isapan dan menggunakan filter rokok atau tidak.

Kandungan awal nikotin dalam rokok sebelum dibakar adalah 8-20 mg. setelah dibakar, jumlah nikotin yang masuk ke sirkulasi darah hanya 25% dan akan sampai ke otak dalam waktu 15 detik saja. Dalam otak, nikotin akan diterima oleh reseptor asetil kolin-nikotinik yang kemudian membaginya ke jalur imbalan dan jalur *adrenergic*. Pada jalur imbalan di area mesolimbik otak, nikotin akan memberikan sensasi nikmat sekaligus mengaktivasi system dopaminergik yang akan merangsang keluarnya dopamine, sehingga perokok akan merasa tenang, daya pikir meningkat, dan menekan rasa lapar. Sedangkan di jalur *adrenergic* dibagian lokus seruleus otak, nikotin akan mengaktivasi *system adrenergic* yang akan melepaskan serotonin sehingga menimbulkan rasa senang dan memicu keinginan untuk merokok lagi. Ketika berhenti merokok maka terjadi putus zat nikotin, sehingga rasa nikmat yang biasa diperoleh akan berkurang yang menimbulkan keinginan untuk kembali merokok. Proses menimbulkan adiksi atau ketergantungan nikotin, yang membuat perokok semakin sulit untuk berhenti merokok (Waney, 2008).

d. Timah Hitam (Pb)

Merupakan partikel asap rokok timah hitam (Pb) yang dihasilkan sebatang rokok sebanyak 0,5 mikrogram. Sebungkus rokok (isi 20 batang) yang habis diisap dalam satu hari menghasilkan 10 mikrogram. Sementara ambang batas timah hitam yang masuk ke dalam tubuh antara 20 mikrogram per hari. Bisa dibayangkan bila perokok berat menghisap rerata 2 bungkus rokok perhari, berapa banyak zat berbahaya ini masuk kedalam tubuh (Sitepoe, 1997).

e. Amoniak

Amoniak merupakan gas yang tidak berwarna yang terdiri dari nitrogen dan hidrogen. Zat ini tajam baunya dan sangat merangsang. Begitu kerasnya racun yang ada pada amoniak

sehingga jika masuk sedikitpun kedalam peredaran darah akan mengakibatkan seseorang pingsan atau koma.

Berikut ini ialah gambar mengenai kandungan rokok:



## 2.2. Dampak Negatif Penggunaan Rokok

Dampak negatif penggunaan rokok pada kesehatan telah lama diketahui, dan umumnya penyakit kanker paru merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia. Produk tembakau menjadi masalah, karena mengandung lebih dari 4.000 (empat ribu) zat kimia seperti nikotin yang merupakan zat adiktif, dan tar yang bersifat karsinogenik, yang dapat mengakibatkan berbagai penyakit antara lain kanker. Di samping itu, zat-zat kimia yang dikandung rokok juga mengakibatkan penyakit jantung, impotensi, penyakit darah, enfisema, bronchitis kronik, dan gangguan kehamilan. Fakta menunjukkan, bahwa penggunaan tembakau/rokok diperkirakan mengakibatkan 70% kematian yang disebabkan oleh penyakit-penyakit paru kronik, bronchitis kronik dan enfisema, 40% kematian karena stroke, dan 90% kematian karena kanker paru. Pada tahun 2020, WHO memprediksikan penyakit yang berkaitan

dengan tembakau/rokok sebagai satu-satunya penyebab kematian terbesar yang secara global yang mengakibatkan sekitar 8,4 juta kematian per tahun. Diperkirakan, bahwa separuh dari kematian ini akan terjadi di Asia karena penggunaan tembakau/rokok yang bertambah dengan cepat. Kematian di Asia akan meningkat hampir empat kali lipat dari 1,1 juta di tahun 1990 menjadi 4,2 juta pada tahun 2020.

Berdasarkan penelitian di Inggris yang dilakukan oleh Medical Research Council pada tahun 2007 membuktikan bahwa produk tembakau merupakan zat adiktif berbahaya yang membawa kematian dan gangguan sosial yang lebih besar daripada ganja dan ekstasi. Sementara itu, penelitian dari Columbia University dan Drug Watch International berkesimpulan bahwa alkohol dan produk tembakau merupakan pintu masuk menjadi pecandu narkoba. Penelitian ini dilakukan terhadap 30.000 keluarga di Amerika Serikat yang mempunyai anggota keluarga yang perokok.

Menyadari akan bahaya tembakau/rokok bagi kesehatan, Pemerintah sebenarnya telah melakukan pengendalian tembakau/rokok melalui Peraturan Pemerintah (PP), yaitu Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 1999 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan, yang kemudian diubah dengan PP No. 38 Tahun 2000, dan selanjutnya dicabut dan diganti dengan PP No. 19 Tahun 2003.

Kendatipun Pemerintah telah melakukan pengaturan, namun jika dikaji lebih jauh sebenarnya substansi yang diatur dinilai belum memadai dan belum memuaskan, karena kurang komprehensif dan belum dapat ditegakkan hukum tersebut secara baik di masyarakat. Banyaknya norma-norma larangan dan kewajiban yang tidak diberikan sanksi secara tegas, membuat Peraturan Pemerintah (PP) ini hanya menjadi rumusan verbal dan normatif semata. Di pihak lain, bentuk instrumen hukum yang berupa Peraturan Pemerintah (PP), dan bukan Undang-Undang

(UU), menjadikan materi muatannya menjadi terbatas dan sempit. Untuk diketahui, seluruh aturan yang diatur Peraturan Pemerintah (PP) tersebut merupakan pelaksanaan dari UU Kesehatan.

Ketidaksiwaan pemerintah dalam menanggulangi masalah tembakau/ rokok semakin terlihat terutama dalam melakukan pengendalian tembakau/rokok, baik itu melalui pengenaan pajak yang tinggi, pelarangan iklan, promosi dan pemberian sponsor dalam segala bentuk, pelarangan merokok di tempat umum dan tempat kerja, dan sebagainya, karena merasa khawatir, jika intervensi yang dilakukan akan membawa konsekuensi yang buruk bagi perekonomian, misalnya untuk tahun 2007 saja, sumbangan cukai tembakau untuk APBN berjumlah Rp 41 triliun.

Dalam konteks perdagangan internasional, nilai ekspor tembakau Indonesia ternyata lebih rendah dari nilai impornya (net ekspor negatif), dimana negara mengalami kerugian devisa sebesar US\$ 35 juta pada tahun 2005. Di samping itu juga terdapat kesan, bahwa penurunan penjualan rokok diduga akan menghilangkan jutaan pekerja atau buruh pabrik rokok secara permanen, sementara pengenaan pajak yang tinggi pada tembakau/rokok akan mengakibatkan rendahnya atau turunnya pendapatan pemerintah, atau bahkan penetapan harga tinggi untuk rokok akan mendorong penyelundupan rokok secara besar-besaran.

Sesungguhnya, kekhawatiran itu tidak perlu, karena dengan menaikkan harga produk tembakau akan mengurangi konsumsi, terutama pada anak-anak golongan berpenghasilan rendah dan perokok tidak tetap; meningkatkan penerimaan pemerintah dari cukai tembakau; meringankan beban penyakit yang disebabkan oleh tembakau. Sepanjang sejarah kenaikan harga produk tembakau belum pernah menimbulkan penurunan penerimaan pemerintah manapun di dunia ini. Penerimaan pemerintah dari cukai tembakau di Indonesia meningkat sepanjang waktu dan merupakan 7,6% dari total pendapatan pemerintah tahun 2002,

yaitu sekitar Rp 23 triliun, dan menjadi Rp 41 triliun pada APBN 2007. Di sisi lain, kerugian akibat hilangnya potensi ekonomi yang diakibatkan oleh konsumsi rokok sebesar 154,84 triliun atau 4,5 kali lipat dari pendapatan cukai pada tahun 2005 yang sebesar 32,6 triliun (Kosen, 2007).

Kekhawatiran di sektor tenaga kerja juga kurang beralasan, karena hanya 1,2% dari seluruh pekerja industri yang bergantung pada industri rokok. Departemen Pertanian RI menyebutkan jumlah pekerja pertanian tembakau di Indonesia sekitar 683. ribu atau hanya 1,7% dari jumlah tenaga kerja di sektor pertanian (tahun 2005). Mayoritas pekerja adalah wanita yang pendapatannya hanya 2/3 dari rata-rata upah pekerja industri pengolahan lain. Data-data tersebut menunjukkan bahwa dampak pengendalian produk tembakau tidak besar pengaruhnya terhadap stabilitas ketenagakerjaan, sebagaimana yang selama ini disuarakan oleh produsen rokok.

Pengeluaran untuk rokok pada keluarga miskin ternyata lebih besar daripada kelompok keluarga terkaya. Pada keluarga miskin pengeluaran untuk rokok sebesar 12,5%, sementara kelompok keluarga terkaya hanya 9,3% dari pendapatan. Sementara pengeluaran untuk rokok pada keluarga miskin jauh lebih besar dibanding pengeluaran untuk makanan bergizi, pendidikan dan kesehatan. Pengeluaran untuk rokok 15 kali lipat dari pengeluaran untuk daging, 8 kali lipat dari pengeluaran untuk telur dan susu, 8 kali lipat dari pengeluaran untuk kesehatan, dan 6 kali lipat dari pengeluaran untuk pendidikan. Dari penelitian Semba (Hellen Keller International, Jakarta) pada tahun 2006 menunjukkan bahwa kebiasaan merokok kepala keluarga miskin perkotaan di Indonesia memicu malnutrisi (gizi buruk) pada balita. Dengan demikian, pengendalian produk tembakau justru akan membantu mengurangi kemiskinan dan memperbaiki kesehatan serta status gizi di kalangan masyarakat miskin.

Dalam skala global, Sidang Majelis Umum atau World Health Assembly yang ke-56 di Geneva bulan Mei 2003 yang lalu, secara aklamasi semua negara anggota WHO telah menyepakati Naskah Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) atau Konvensi Pengendalian Masalah Tembakau (KPMT). Naskah ini merupakan hasil kerja keras negosiasi selama empat tahun, sejak tahun 1999. Pemerintah Indonesia aktif dalam upaya ini, baik dalam pertemuan-pertemuan internasional sebagai negara anggota WHO, maupun dalam pertemuan regional sebagai anggota WHO kawasan Asia Tenggara (WHO-SEARO) maupun sebagai anggota ASEAN. FCTC ini merupakan instrumen hukum internasional pertama yang dibuat oleh WHO, dan merupakan terobosan dalam upaya pengendalian masalah tembakau secara global. Pemerintah Indonesia sampai batas waktu akhir penandatanganan FCTC, terbukti belum menandatangani. Saat ini, Indonesia adalah satu-satunya negara di Asia yang tidak meratifikasi FCTC. Secara global, 161 negara dari 192 negara anggota WHO telah meratifikasi FCTC. Dengan demikian, Indonesia sejajar dengan negara-negara terbelakang di Afrika Tengah yang masih terlibat konflik suku seperti Eritria, Zambia, Sierra Leone.

Pengaturan terhadap tembakau/rokok, menyangkut dua hal mendasar, yaitu tembakau dan produk turunannya, dan atau perilaku konsumennya. Persoalan pertama berkaitan dengan produksi, distribusi dan konsumsi tembakau dan produk turunannya, sedangkan persoalan kedua menyangkut tindakan terhadap perilaku merokok di masyarakat. Masalah tembakau merupakan masalah yang dilematis, mengingat keterkaitan berbagai sektor seperti kesehatan, ekonomi, ketenagakerjaan, perdagangan dan perindustrian, dan pertanian.

Meningkatnya prevalensi merokok dari tahun ke tahun, menunjukkan bahwa perokok merasakan keuntungan dari rokok secara individual. Para perokok merasakan keuntungan yang



dirasakan lebih besar dari biaya yang dikeluarkan. Terdapat anggapan di kalangan masyarakat, bahwa merokok merupakan hak asasi, dan larangan merokok di tempat umum melanggar hak asasi seseorang. Namun sesungguhnya, banyak perokok tidak sepenuhnya sadar akan risiko penyakit dan kematian dini akibat rokok (private cost), dan sekaligus merokok memberikan beban biaya pada orang yang tidak merokok (financial cost). Oleh karena itu, dapat juga dikatakan bahwa merokok di tempat umum justru melanggar hak orang lain untuk menikmati udara bersih dan menyebabkan gangguan kesehatan pada orang yang tidak merokok. Sebagaimana kita ketahui, asap rokok mengandung 4000 bahan kimia, dan 43 diantaranya menyebabkan kanker.

Dari ranah psikologis, mengkonsumsi rokok berkaitan dengan pembuatan keputusan atas dasar pengetahuan yang telah dimilikinya (informed decision) tentang bagaimana mereka membelanjakan uangnya (hak konsumen). Anggapan ini didasari atas dua hal, pertama perokok membuat pilihan berdasarkan pengetahuan dengan kesadaran penuh akan untung ruginya merokok.<sup>1</sup> Kedua, hanya perokoklah yang akan menanggung akibatnya dan merokok tidak mempengaruhi orang lain.<sup>2</sup> Merokok biasanya dimulai sejak remaja atau menjelang dewasa (future cost). Sekitar 70% dari perokok di Indonesia memulai kebiasaannya sebelum berumur 19 tahun, karena terbiasa melihat anggota keluarganya yang merokok. Remaja mempunyai kemampuan terbatas untuk membuat keputusan, dan membatasi kebebasan orang muda untuk membuat keputusan tertentu. Menghindarkan keinginan merokok pada anak-anak dan remaja serta memberikan perlindungan bagi orang yang tidak merokok menjadi hal yang penting untuk menciptakan generasi yang sehat dimasa mendatang.

Persoalan lain yang terlihat adalah bahwa ternyata rokok itu banyak sekali dinikmati oleh kalangan menengah ke bawah yang

dicirikan oleh penghasilan dan tingkat pendidikan rendah, sehingga merokok identik dengan kemiskinan. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi hal ini adalah dengan menaikkan harga jual rokok, melalui kenaikan cukai rokok. Cara ini dilakukan oleh banyak negara maju yang hendak mengurangi konsumen rokok tanpa mengurangi penghasilan negara. Kedua, adalah dengan pembatasan atau pelarangan iklan rokok, promosi dan pemberian sponsor karena ternyata iklan, promosi dan pemberian sponsor meningkatkan konsumsi tembakau dengan menciptakan situasi di mana pemakaian tembakau dianggap baik dan biasa. Selain itu Iklan cenderung mengurangi motivasi perokok untuk berhenti merokok; mendorong anak-anak untuk mencoba merokok; dan mengurangi peluang diskusi terbuka tentang bahaya penggunaan tembakau karena adanya pendapatan dari iklan industri tembakau.

## **2.2. Dampak Rokok Bagi Kesehatan Individual**

Data konsumsi rokok di dunia cenderung menurun khususnya di negaranegara maju. Keadaan sebaliknya, negaranegara berkembang justru konsumsi rokok justru meningkat, karena lemahnya regulasi dan pengawasan. Meningkatnya konsumsi rokok ini menyebabkan penggunaan tembakau menjadi salah satu penyebab kematian yang meningkat paling cepat di dunia pada saat ini (Shibuya, dkk.:2003). Pada tahun 2020, WHO (2003) memperkirakan bahwa penyakit yang berkaitan dengan konsumsi tembakau akan menjadi masalah kesehatan utama terbesar, dan menyebabkan sekitar 8,4 juta kematian setiap tahun. Sementara data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Departemen Kesehatan menunjukkan bahwa saat ini terjadi perubahan penyebab kematian di Indonesia. Semula penyebab kematian yang utama adalah TBC, kini berubah menjadi stroke. Diduga kuat kematian akibat stroke sangat berkaitan dengan perilaku merokok.

Secara global, tembakau merupakan penyebab sekitar 8,8% dari semua kematian pada tahun 2000 (WHO, 2003), yang menunjukkan peningkatan kematian lebih dari satu juta dibandingkan kematian yang terjadi pada tahun 1990. Konsumsi tembakau membunuh satu orang setiap 10 detik (WHO, 2002). Diperkirakan bahwa separuh kematian tersebut terjadi di Asia, karena tingginya peningkatan penggunaan tembakau. Angka kematian akibat rokok di Asia meningkat hampir empat kali lipat dari 1,1 juta pada tahun 1990 menjadi 4,2 pada tahun 2020. Untuk Indonesia, diperkirakan bahwa 4% - 7,9% dari total beban penyakit pada tahun 1990 terjadi sebagai akibat penggunaan tembakau.

Dewasa ini, diperkirakan satu dari dua perokok jangka panjang akan meninggal dunia. Faktor utama dalam memperkirakan besarnya beban penyakit antara penggunaan tembakau dan terjadinya penyakit kronik adalah lamanya penggunaan rokok. Terdapat selang 20-25 tahun diantara dimulainya waktu kebiasaan merokok dan mulai timbulnya penyakit, seperti kanker paru. Bila lamanya penggunaan rokok menjadi dua kali, insiden kanker paru meningkat sebanyak dua puluh kali (Stanley, 1993). Data lain menyebutkan, kanker paru telah menjadi penyebab utama kematian yang dapat dicegah di dunia (Albert and Samet, 2003). Pada populasi yang dicirikan oleh perilaku merokok yang sangat luas, dapat menyebabkan 90% kasus kanker paru pada laki-laki dan 70% kasus pada wanita, dengan tingkat kematian melebihi 85%. Penelitian Suryanto (1989) menemukan bukti bahwa risiko kanker paru 7,8 kali lebih besar pada perokok aktif dibandingkan dengan bukan perokok.

Sekitar 56-80% dari semua penyakit pernapasan kronik disebabkan oleh tembakau, termasuk bronchitis kronik dan emfisema. Karena bronchitis dikaitkan dengan kesakitan jangka panjang, konsekuensinya adalah beban biaya tinggi pada system kesehatan dalam jangka panjang. Penyakit Jantung dan Pembuluh

Darah (CVD). Secara global, tembakau bertanggung jawab untuk 22% seluruh penyakit jantung dan pembuluh darah. Tembakau juga dihubungkan dengan kejadian arteriosklerosis, hipertensi dan gangguan pembuluh darah otak. Sementara itu, terdapat bukti yang cukup untuk menyimpulkan bahwa merokok menyebabkan kanker rongga mulut pharynx, rongga hidung dan sinussinus, larynx, lambung, pankreas, hati, ginjal, saluran kencing, leher rahim (cervix uteri) dan kanker darah/leukemia (IARC, 2002). Selain kanker, wanita perokok aktif dan perokok pasif mempunyai risiko terhadap penurunan kesuburan (Hull, dkk., 2000). Untuk laki-laki, merokok juga meningkatkan risiko impotensi sampai dengan 50% (Tengs TO, Osgood ND, 2001).

Rokok merupakan faktor risiko penyakit paru obstruktif menahun yang utama. Asap rokok dapat mengganggu aktifitas saluran pernapasan dan mengakibatkan *hipertrofi* kelenjar mukosa. Mekanisme kerusakan paru akibat merokok melalui dua tahap yaitu peradangan yang disertai kerusakan pada matriks ekstra sel dan menghambat proses perbaikan matriks ekstra sel. Mekanisme kerusakan paru akibat rokok adalah melalui radikal bebas yang dikeluarkan oleh asap rokok (Amin, 1996).

Asap rokok juga bisa menyebabkan gangguan kesehatan terhadap perokok pasif yaitu orang yang berada berdekatan dengan perokok yang turut menghisap asap rokok (*Sidestream smoke*). Seorang perempuan yang mempunyai suami menghisap rokok mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk mengidap kanker paru berbanding dengan perempuan yang tidak mempunyai suami yang merokok (Taufik, 2000). Rokok bisa mengakibatkan kulit menjadi mengerut, kering, pucat dan mengeriput terutama didaerah wajah. Mekanisme ini terjadi akibat bahan kimia yang di jumpai di dalam rokok yang mengakibatkan *vasokonstriksi* pembuluh darah tepi dan didaerah terbuka misalnya pada wajah. Bagi mereka yang berkulit putih, kulit menjadi pucat, kecoklatan, mengeriput terutama

dibagian pipi dengan adanya penebalan diantara bagian yang mengeriput (Sitepoe, 2000).

Faktor yang mempengaruhi tinggi risiko terkena kanker paru-paru adalah usia perokok, usia perokok itu mulai merokok dan jumlah rokok yang dihisap dalam satu hari. Risiko terkena kanker paru meningkat 3,62 kali lipat dengan peningkatan usia perokok sebanyak 10 tahun. Risiko terkena kanker paru meningkat 2,82 kali lipat dengan peningkatan jumlah rokok yang dihisap dalam sehari. Risiko terkena kanker paru menurun 0,332 kali lipat dengan peningkatan usia sebanyak 10 tahun perokok mulai merokok (Situmeang, 2001).

Sekitar 85% penderita penyakit paru-paru yang bersifat kronis dan obstruktif misalnya *bronchitis* dan *emfisema* ini adalah perokok. Gejala yang ditimbulkan pada penyakit paru dan obstruktif berupa batuk kronis, berdahak dan gangguan pernafasan. Apabila diadakan uji fungsi paru maka pada perokok, fungsi parunya lebih jelek dibandingkan dengan bukan perokok ( Sitepoe, 2000).

Pada wanita hamil yang perokok akan terjadi efek pada janin dalam kandungannya. Merokok pada wanita hamil memberi risiko yang tinggi untuk terjadinya keguguran, kematian janin, kematian bayi sesudah lahir dan kematian mendadak pada bayi (Sitepoe, 2000).

Menurut Chanoine (dalam Sitepoe, 2000) mengatakan bahwa wanita hamil perokok juga akan mengganggu perkembangan kesehatan fisik maupun intelektual anak-anak yang akan bertumbuh. Merokok bisa mengurangi peluang seseorang untuk memiliki anak. Fertilitas pria ataupun wanita perokok akan mengalami penurunan dibandingkan dengan bukan perokok. Wanita perokok akan mengalami masa menopause lebih cepat dibandingkan wanita yang tidak merokok.

Menurut Sitepoe (2000), rokok juga bisa menjadi penyebab polusi udara dalam ruangan. Asap rokok menjadi penyebab paling dominan dalam polusi ruangan tertutup. Rokok memberikan polutan berupa gas dan logam-logam berat. Gangguan akut dari polusi ruangan dengan rokok adalah bau yang kurang menyenangkan serta menyebabkan iritasi mata, hidung dan tenggorokan. Bau polusi rokok akan mempengaruhi rasa tidak enak badan. Bagi penderita asma, polusi ruangan akan memicu terjadinya asma.

### **2.3. Dampak Rokok Bagi Kesehatan Keluarga**

Pada tahun 2012, tiga dari empat rumah tangga di Indonesia (71%) memiliki paling sedikit satu anggota keluarga yang merokok. Hampir semua perokok (84%) merokok di rumah ketika sedang bersama dengan anggota keluarga lainnya. Bahkan pada tahun 2007, terjadi peningkatan menjadi 85,4% (Risikesdas, 2007). Diperkirakan lebih dari 97% penduduk Indonesia terpapar secara tetap pada asap tembakau lingkungan dirumah mereka sendiri, 43 juta diantaranya adalah anak-anak usia 0-14 tahun. Data dari GYTS (2006), anak yang berusia 13-15 tahun sebanyak 81% terpapar asap rokok di tempat umum, dan data ini merupakan tertinggi di dunia. Perokok pasif mempunyai risiko terkena penyakit akibat rokok sama besarnya dengan perokok aktif, namun risiko ini tidak banyak diketahui orang.

Berbagai penelitian telah membuktikan secara meyakinkan bahwa ibu perokok aktif yang hamil dan/atau ibu yang terpapar oleh asap rokok (perokok pasif) selama kehamilan, merupakan penyebab utama terjadinya bayi dengan berat badan lahir rendah, keguguran spontan, menderita cacat bawaan, perkembangan otak terganggu, lahir mati dan komplikasi pada saat melahirkan. Semakin banyak ibu merokok selama hamil, semakin besar pula kemungkinan berkurangnya berat badan bayi waktu lahir. Berat

badan bayi waktu lahir yang rendah, dikaitkan dengan kesehatan anak dan bayi yang buruk, termasuk peningkatan “stunting” pada masa anak-anak.

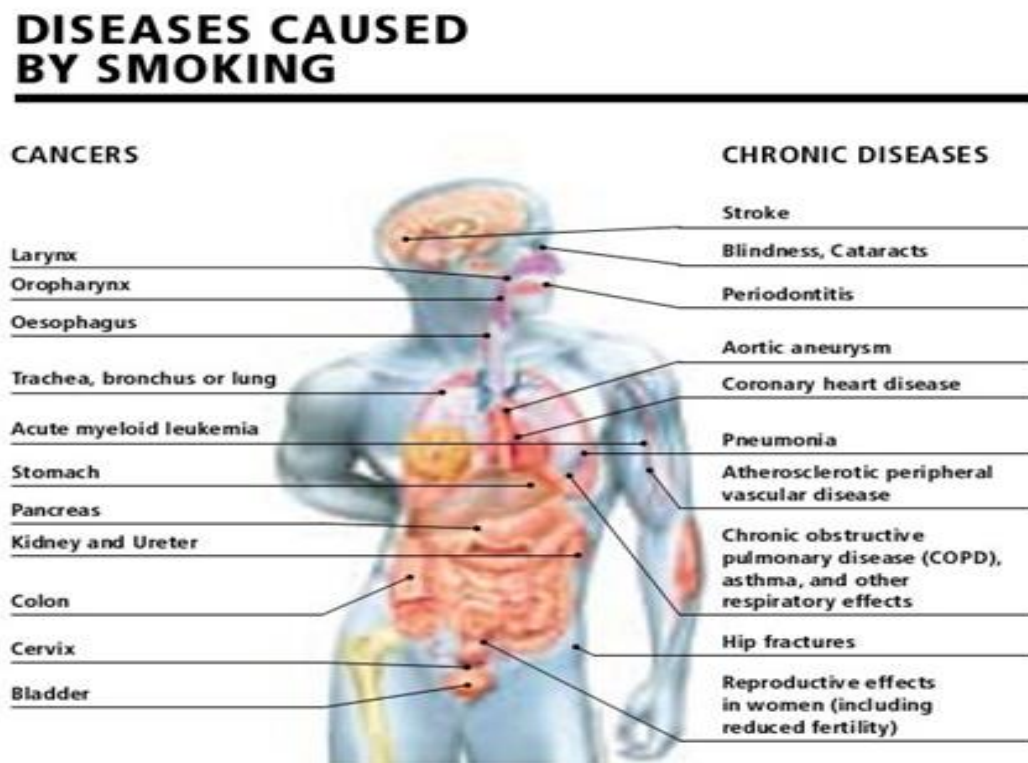
Fakta-fakta menyimpulkan bahwa bayi dan anak yang terpapar asap rokok menunjukkan peningkatan kemungkinan terkena infeksi saluran pernafasan bagian bawah, penyakit telinga bagian tengah, gejala penyakit saluran nafas kronik, asma, menurunnya fungsi paru yang berkaitan dengan menurunnya tingkat pertumbuhan paru, dan meningkatkan terjadinya kematian mendadak pada bayi atau sudden infant death syndrome (SIDS).

Sudah lama diketahui bahwa orang bukan perokok yang hidup serumah dengan perokok aktif mempunyai risiko lebih besar terkena kanker paru dan penyakit lainnya yang berkaitan dengan terhirupnya zat beracun dari lingkungan yang tercemar asap rokok. Wanita yang tidak merokok yang terpapar asap rokok di dalam rumah, mempunyai risiko yang lebih besar mendapatkan kanker paru sebesar 20% hingga 30%. Akibat dari tingginya persentase perokok yang melakukan kebiasaan merokok di dalam rumah, maka prevalensi perokok pasif menjadi 97.560.002 orang untuk semua golongan umur, atau 48,9 % dari populasi. Dilihat menurut wilayah tempat tinggal, wanita yang tinggal di pedesaan mempunyai prevalensi tertinggi untuk menjadi perokok pasif, yaitu 70,6 %. Data Susenas 2001, 65 juta perempuan Indonesia dan 43 juta anakanak berumur antara 0-14 tahun terpapar asap rokok di rumah dan menjadi korban.

Survey Kesehatan Nasional 2001, mendapatkan data tentang kematian pada 3.441 rumah tangga. Sekitar 9,2% kematian pada usia 35 tahun ke atas dapat dikaitkan dengan perilaku merokok. Sebab kematian utama pada tahun 2001 adalah penyakit jantung dan pembuluh darah dan penyakit pernapasan. Demikian pula data dari Riskesdas 2007 seperti yang telah dikutip di atas.

Menurut WHO, kebiasaan merokok telah terbukti menimbulkan 25 jenis penyakit pada berbagai organ tubuh seperti penyakit jantung koroner, kanker paru-paru, *bronchitis* kronis, *emfisima*, penyakit pembuluh darah, perdarahan pembuluh darah otak sampai kelainan kehamilan serta janin yang dikandung oleh ibu yang merokok. Dari sejumlah penyakit itu kematian terbesar perokok disebabkan oleh kanker paru dan *bronchitis* kronik. Kebiasaan merokok pun merupakan penyebab kematian 10% penduduk dunia.

Berikut ini ialah gambar penyakit yang disebabkan oleh rokok pada organ tubuh manusia:



### 2.3.1. Bahaya Rokok pada Saluran Pernapasan

Saluran pernapasan merupakan saluran tempat udara masuk dan keluar selama proses pernapasan. Saluran pernapasan manusia terdiri dari rongga hidung, faring



(tekak), laring (pangkal tenggorokan). Trakea (tenggorokan). Bronkiolus dan alveolus.

a. Kanker Paru-paru

Kanker merupakan pertumbuhan dan penyebaran sel-sel yang tidak normal dan memiliki ciri yang khas. Kanker yang sudah menyebar dan tidak terkontrol lagi biasanya dapat menyebabkan kematian hampir 30% dari seluruh kematian di dunia diakibatkan oleh kanker. Berdasarkan penelitian dalam beberapa dekade menunjukkan bahwa penyebab utama kanker paru-paru adalah asap rokok. Zat-zat karsinogen (pemicu kanker) yang terkandung pada rokok adalah *vinyl chloride*, *benzo-a-pyrenes*, dan *nitroso-nor-nokotin*.

b. *Bronchitis* adalah peradangan atau iritasi pada bronkus.

c. *Emfisema*

*Emfisema* merupakan kerusakan pada paru-paru yang umumnya dialami oleh orang berusia diatas 50 tahun, penyakit ini disebabkan oleh rusaknya dinding *alveolus* menjadi menggelembung. Hal ini menyebabkan pertukaran gas oksigen dan karbondioksida antara alveolus dan kapiler darah menjadi terhambat sehingga penderita sulit bernafas.



### **2.3.2. Bahaya Rokok pada Jantung dan Pembuluh Darah**

#### a. Jantung Koroner

Jantung adalah organ tubuh yang berfungsi sebagai pemompa darah. Jantung terbentuk dari serabut-serabut otot khusus dan dilengkapi dengan jaringan saraf yang secara teratur dan otomatis memberikan perangsangan berdenyut bagi otot jantung. Dengan semakin tua dan memburuknya kondisi alat-alat tubuh karena berbagai faktor seperti tekanan darah tinggi, merokok, kolesterol yang meningkat dalam darah maka pembuluh darah akan menyempit dan tersumbat seperti sumbatan karet pada sebuah pipa aliran darah tidak akan sampai ke otot-otot jantung yang artinya otot-otot jantung tidak mendapatkan nutrisi dan oksigen. Kelainan inilah yang disebut jantung koroner. Menyempitnya pembuluh arteri koroner secara tiba-tiba dapat menyebabkan penderita merasakan nyeri dada bahkan sampai terjadi serangan jantung mendadak.

b. *Aterosklerosis* (penyumbatan pembuluh darah). Merokok merupakan penyebab utama timbulnya penyakit *aterosklerosis* yaitu menebal dan mengarahnya pembuluh darah.

### **2.3.3. Bahaya Rokok pada Saluran Pencernaan**

Terjadi keseimbangan didalam lambung karena pengeluaran asam yang jika pengeluarannya berlebihan dapat mengganggu organ pencernaan tersebut. Rokok meningkatkan asam lambung yang mengakibatkan lambung terluka atau yang disebut tukak lambung. Perokok akan berisiko menderita gangguan ini dua kali lebih tinggi dari yang bukan perokok (Sitepoe, 1997).

#### **2.3.4. Bahaya Rokok pada Otak**

Akibat proses *ateriosklerosis* yakni terjadinya penyempitan dan penyumbatan aliran darah diseluruh bagian tubuh termasuk penyumbatan darah ke otak yang dapat merusak jaringan otak karena kekurangan oksigen. Kelainan inilah yang disebut struk. Resiko terjadinya struk bagi perokok dua kali lipat lebih besar dari non perokok. Adapun perokok berat beresiko empat kali terkena struk dari pada non perokok.

#### **2.3.5. Bahaya Rokok pada Kulit**

Rokok dan kanker kulit tidak dapat terpisahkan. Hal ini merupakan temuan dari para peneliti belanda. Para perokok memiliki kemungkinan 3,3 kali lebih besar mengidap karsinoma sel *skuamosa* dibandingkan mereka yang tidak merokok. Karsinoma sel *skuamosa* adalah kanker yang berasal dari lapisan tengah epidermis (lapisan bagian atas kulit). Menghisap 21 batang rokok atau lebih per hari dapat meningkatkan resiko penyakit tersebut 4 kali lipat. Para mantan perokok memiliki kemungkinan 1,9 kali lebih besar untuk menderita karsinoma sel *skuamosa* dibandingkan mereka yang bukan perokok. Mereka yang menghisap 1-10 batang rokok per hari mengalami peningkatan resiko 2,4 kali sedangkan menghisap 11-20 batang rokok per hari meningkatkan resiko tersebut hingga 3 kali lipat.

#### **2.3.6. Bahaya Rokok pada Kesehatan Reproduksi**

Seseorang yang merokok selama bertahun-tahun darahnya akan tercemar oleh nekotin yang melalui pembuluh darah akan dibawa keseluruh tubuh termasuk ke organ reproduksi. Pada pria racun nikotin akan berpengaruh

terhadap spermatogenesis atau proses pembentukan sperma pria.

Gangguan kesehatan reproduksi pada wanita yang disebabkan oleh kebiasaan merokok beda dengan pria. Gangguan pada wanita yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi bermacam-macam bentuknya mulai dari gangguan menstruasi, menopause dini, sulit untuk hamil dan gangguan kehamilan. Nikotin dapat menyebabkan gangguan pematangan pada sel telur sehingga pada wanita yang sering terkena asap rokok sulit terjadi kehamilan (Bustan, 2000).

## **B. Praktik Penyelenggaraan Pengendalian Rokok dan Kondisi Yang Ada di Kabupaten Gresik**

Mu'tadin (2012) membagi tipe merokok menjadi empat golongan sebagai berikut:

- a. Perokok sangat berat adalah bila mengkonsumsi rokok lebih dari 31 batang perhari dengan selang merokok lima menit setelah bangun tidur di pagi hari;
- b. Perokok berat merokok sekitar 21-30 batang sehari dengan selang waktu merokok berkisar 6-30 menit setelah bangun tidur pagi hari;
- c. Perokok sedang menghabiskan rokok 11-21 batang dengan selang waktu 31-60 menit setelah bangun pagi;
- d. Perokok ringan menghabiskan rokok sekitar 10 batang dengan selang waktu 60 menit dari bangun pagi.

Perilaku merokok pada individu juga dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain yaitu:

- c. Lingkungan sosial, yaitu : segala aktivitas kehidupan yang paling dekat dengan individu seperti teman-teman, kawan-kawan sebaya, orang tua, saudara-saudara dan media masa;

- d. Variabel demografi, yaitu : bagian-bagian dari masyarakat seperti umur dan jenis kelamin;
- e. Sosio kultural, yaitu : norma-norma dalam masyarakat yang terdiri dari kebiasaan budaya, kelas sosial, tingkat pendidikan, penghasilan dan gengsi pekerjaan; dan
- f. Variabel politik, yaitu : berupa usaha memperlancar kampanye kampanye promosi kesehatan untuk mengurangi perilaku merokok.

Laporan WHO (2003) dalam Utama (2004) juga menyebutkan beberapa penyakit yang berhubungan dengan kebiasaan merokok, yaitu kanker paru, bronchitis kronik, penyakit jantung iskemik, penyakit jantung kardiovaskuler, kanker mulut, kanker tenggorok, penyakit pembuluh darah otak dan gangguan janin dalam kandungan. Akibat bahaya merokok yang menyebabkan berbagai penyakit di atas terdapat sebanyak 1.172 orang di Indonesia meninggal setiap hari karena tembakau (Astuti, 2009).

Dalam kondisi saat ini angka kematian di Indonesia tidak hanya disebabkan oleh Penyakit Menular tetapi juga disebabkan Penyakit tidak menular. Berdasarkan Data Penyakit Tidak Menular di Kabupaten Gresik Tahun 2013 terdapat berbagai penyakit antara lain:

| No. | Jenis Penyakit     | Jumlah      |
|-----|--------------------|-------------|
| 1.  | Hipertensi         | 4.168 orang |
| 2.  | Jantung Koroner    | 39 orang    |
| 3.  | Stroke             | 121 orang   |
| 4.  | Diabetis Militus   | 1.684 orang |
| 5.  | Kanker Leher Rahim | 2 orang     |
| 6.  | Kanker Payudara    | 4 orang     |
| 7.  | PPOK               | 10 orang    |
| 8.  | Asma               | 385 orang   |
| 9.  | Osteoporosis       | 234 orang   |

|     |                     |          |
|-----|---------------------|----------|
| 10. | Gagal Ginjal Kronik | 54 orang |
|-----|---------------------|----------|

Penyakit tidak menular mempunyai faktor risiko yang umumnya sama, yaitu perilaku merokok, diet yang tidak sehat dan seimbang, kurangnya aktifitas fisik serta konsumsi alkohol. Adanya salah satu faktor risiko tersebut, misalnya perilaku merokok mengakibatkan seseorang mempunyai risiko terjadinya lima Penyakit Tidak Menular dan cedera tersebut, dan merokok memberikan kontribusi paling besar dibanding faktor risiko lainnya. Perokok mempunyai risiko 2-4 kali lipat untuk terkena penyakit jantung koroner dan risiko lebih tinggi untuk penyakit kanker paru.

Terhadap kondisi ini Pemerintah Kabupaten Gresik telah melakukan upaya kesehatan yang bersifat preemtif, kuratif dan rehabilitasi, namun upaya kesehatan yang bersifat preventif belum secara optimal dilakukan. Dengan demikian pemerintah Kabupaten Gresik harus melakukan tindakan pencegahan sebagai bentuk dari upaya kesehatan. Salah satu bidang dalam upaya kesehatan adalah pengamanan adiktif sebagaimana tertuang dalam Pasal 48 dan ditindak lanjuti dengan Pasal 113, Pasal 114, Pasal 115 dan Pasal 116 UU Kesehatan. Berdasarkan ketentuan pasal-pasal tersebut, maka Pemerintah Kabupaten Gresik harus melakukan tindakan preventif terhadap pengamanan adiktif yang salah satunya berupa penetapan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok di Kabupaten Gresik.

Berdasarkan muatan materi peraturan perundang-undangan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 Tahun 2014, maka produk hukum daerah yang dapat mengatur dan mengurangi hak rakyat harus dibentuk dalam produk hukum yang dibuat berdasarkan persetujuan wakil rakyat (DPRD), yaitu Peraturan Daerah dan Kabupaten Gresik belum memiliki ketentuan tersebut.

## **D. Implikasi Terhadap Penerapan Sistem Baru Yang Akan Diatur Dalam Peraturan Daerah Terhadap Aspek Kehidupan Masyarakat**

### **4.1. Lingkungan Hidup Yang Sehat**

Kegiatan merokok akan menimbulkan akibat langsung maupun tidak langsung terhadap kesehatan si perokok (perokok aktif) dan lingkungan si perokok secara tidak langsung (perokok pasif). Artinya, kegiatan merokok sebenarnya tidak hanya membahayakan dirinya sendiri, tetapi juga orang lain yang berada disekitarnya. Padahal menurut konstitusi, setiap orang berhak untuk mendapatkan lingkungan yang sehat, yang dijamin oleh UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945 khususnya Pasal 28 H ayat (1) yang berbunyi: Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Berbagai penelitian independen membuktikan bahwa asap rokok orang lain (AROL) berbahaya bagi kesehatan. Penelitian Anwar Jusuf, Guru Besar FKUI menyatakan bahwa risiko yang ditimbulkan pencemaran udara jauh lebih kecil dibandingkan dengan yang ditimbulkan akibat rokok. Asap rokok mengandung lebih dari 4000 bahan kimia, termasuk 43 bahan penyebab kanker yang telah diketahui. Hal ini menyebabkan tidak terdapat "tingkat aman" pada lingkungan yang terpapar dengan asap tembakau. Hasil penelitian ilmiah independen menyimpulkan bahwa asap rokok menyebabkan bahaya kesehatan serius (WHO:2003). Karbon monoksida (CO), yang menyumbang sekitar 4% dari asap rokok untuk setiap batang rokok, mempunyai daya ikat yang kuat terhadap sel darah merah dibandingkan oksigen. Sel darah merah mendistribusikan oksigen ke seluruh bagian tubuh. CO juga meningkatkan penyimpanan kolesterol di pembuluh darah arteri.

Oleh karena itu, mengingat berbahayanya udara yang terpapar asap rokok dan hak individu terhadap udara bersih, maka perilaku merokok ini perlu dikendalikan. Hak dasar tersebut tidak boleh dilanggar oleh siapa pun dan harus dijunjung tinggi dan dihormati agar setiap orang dapat menikmati kehidupannya dengan sehat dan sejahtera. Peningkatan mutu sumber daya manusia dan lingkungan yang saling mendukung dengan pendekatan paradigma sehat, memberikan prioritas pada upaya peningkatan kesehatan, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, dan rehabilitasi sejak pembuahan dalam kandungan sampai usia lanjut.

Lingkungan yang diharapkan adalah kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat fisik, mental, sosial dan spiritual. Lingkungan tersebut mencakup unsur fisik, biologis, dan psikososial. Pemerintah sebenarnya mempunyai program lingkungan sehat, salah satunya adalah meningkatkan wilayah/kawasan sehat termasuk kawasan bebas rokok. Namun faktanya program ini belum terwujud secara optimal. Sasaran umum program lingkungan sehat adalah terciptanya keberdayaan individu, keluarga dan masyarakat dalam bidang kesehatan yang ditandai oleh peningkatan perilaku hidup sehat dan peran aktif dalam memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan diri dan lingkungan sesuai dengan sosial budaya setempat, khususnya pada masa kehamilan, masa bayi, dan kanak-kanak, remaja, perempuan usia produktif, dan kelompok-kelompok lain dengan kebutuhan kesehatan yang khusus. Sasaran khusus program ini adalah (a) meningkatnya perwujudan kepedulian perilaku hidup bersih dan sehat dalam kehidupan bermasyarakat; (b) menurunnya prevalensi perokok, penyalahgunaan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (NAPZA), serta meningkatnya lingkungan sehat bebas rokok, dan bebas NAPZA di sekolah tempat kerja, dan tempat-tempat umum; (c) menurunnya angka kematian dan kecacatan




akibat kelahiran/persalinan, kecelakaan, dan rudapaksa; (d) menurunnya prevalensi dan dampak gangguan jiwa masyarakat; (e) meningkatnya keterlibatan dan tanggung jawab laki-laki dalam kesehatan keluarga; dan (f) berkembangnya sistem jaringan dukungan masyarakat sehingga pada akhirnya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan masyarakat dapat meningkat.

Kegiatan pokok dari program lingkungan sehat dilaksanakan melalui (a) meningkatkan kepedulian terhadap perilaku bersih dan sehat (b) meningkatkan kepedulian terhadap proses perkembangan dini anak; (c) meningkatkan upaya anti tembakau dan NAPZA; (d) meningkatkan pencegahan kecelakaan dan rudapaksa; (e) meningkatkan upaya kesehatan jiwa masyarakat; (f) memperkuat sistem jaringan dukungan masyarakat sesuai dengan potensi dan budaya setempat.

#### **4.2. Pengatura Kawasan Tanpa Rokok Yang Komprehensif**

Pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Gresik tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok akan membawa konsekuensi terhadap :

1. Instansi yang berwenang menerbitkan IMB harus memperhatikan ketersediaan tempat tertentu untuk kegiatan merokok di kawasan terbatas rokok sebagaimana ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten Gresik;
2. Penyediaan sarana dan prasarana yang dilakukan Pemerintah daerah di tempat umum dan tempat atau bangunan milik Pemerintah daerah;
3. Melakukan sosialisasi peraturan daerah tentang Kawasan Terbatas Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok kepada seluruh stake holder secara terus menerus karena substansi perda ini akan merubah perilaku yang sudah tertanam sebagai kebiasaan.
4. Pemerintah Kabupaten melakukan koordinasi dengan pemilik dan/atau penanggungjawab gedung yang masuk dalam kawasan

- tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok dalam upaya untuk menyediakan tempat khusus merokok dan kawasan tanpa rokok;
5. Pemerintah membentuk Tim Pemantau Kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok sebagai satuan tugas penegakan hukum terhadap pelaksanaan peraturan daerah ini;
  6. Pemerintah daerah harus melakukan keseimbangan dan keadilan terhadap pelanggaran merokok di kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok yang dilakukan oleh masyarakat dan aparat pemerintah.
  7. Pemerintah juga harus memberikan penghargaan bagi masyarakat, khususnya pemimpin dan/atau penanggungjawab bangunan yang termasuk kegiatan di kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok.
- 

### **BAB III**

## **EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT**

Evaluasi dan analisis peraturan perundang-undangan dalam Naskah Akademik ini adalah dasar yuridis yang menjadi pertimbangan dalam kerangka kewenangan Pemerintah Kabupaten Gresik dalam mengatur dan menetapkan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok dan peraturan perundang-undangan yang terkait dengan pembentukan peraturan perundang-undangan di daerah. Evaluasi dan analisis dilakukan terhadap peraturan perundang-undangan yang meliputi :

#### **3.1. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah**

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah memberikan kewenangan kepada daerah untuk melakukan pengaturan terhadap daerah masing-masing. Salah satu tujuan pembentukan peraturan daerah adalah sebagai legitimasi bagi Pemerintah Daerah untuk melaksanakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangannya serta untuk menjamin adanya keberlanjutan dari kebijakan yang ditetapkan. Berdasarkan Pasal 14 UU Pemerintahan Daerah dinyatakan bahwa urusan wajib pemerintah Kabupaten/Kota salah satunya adalah **penanganan bidang kesehatan** dan **pengelolaan lingkungan hidup**.

Pemerintah Kabupaten Gresik menetapkan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok bertujuan untuk:

- a. mengendalikan dampak dari kegiatan merokok yang dilakukan warga masyarakat agar tidak menimbulkan pencemaran udara;
- b. melakukan pemenuhan hak masyarakat atas lingkungan hidup yang sehat dan baik;

- c. melakukan upaya kesehatan yang bersifat preventif melalui petataan sarana dan prasarana untuk tersedianya lingkungan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

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

Undang-undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup merupakan peraturan yang memberikan kewenangan kepada Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota untuk menetapkan berbagai instrumen untuk mencegah terjadinya pencemaran lingkungan hidup, baik lingkungan udara, laut, air dan daratan. Berdasarkan Pasal 63 ayat (3) huruf g UU PPLH mencantumkan bahwa Pemerintah Kabupaten/Kota berwenang melakukan pengembangan dan penerapan instrumen lingkungan hidup. Sesuai dengan kewenangan tersebut, maka Pemerintah Kabupaten Gresik mengembangkan dan menetapkan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok di wilayah Kabupaten Gresik sebagai instrumen nyata untuk mencegah terjadinya pencemaran udara. Penetapan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok sebagai instrumen lingkungan hidup, hal ini sesuai dengan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan, khususnya prinsip bertetangga yang baik. Sesuai dengan UU PPLH, pelaksanaan perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup yang didasarkan pada tata kelola pemerintahan yang baik karena dalam setiap proses perumusan dan penerapan instrumen pencegahan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta penanggulangan dan penegakan hukum mewajibkan pengintegrasian aspek transparansi, partisipasi, akuntabilitas, dan keadilan.

Selain itu, Undang-Undang ini juga mengatur:

- a. keutuhan unsur-unsur pengelolaan lingkungan hidup;

- b. kejelasan kewenangan antara pusat dan daerah;
- c. penguatan pada upaya pengendalian lingkungan hidup;
- d. penguatan instrumen pencegahan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup, yang meliputi instrumen kajian lingkungan hidup strategis, tata ruang, baku mutulingkungan hidup, kriteria baku kerusakan lingkungan hidup, amdal, upaya pengelolaan lingkungan hidup danupaya pemantauan lingkungan hidup, perizinan, instrumen ekonomi lingkungan hidup, peraturanperundang-undangan berbasis lingkungan hidup, anggaran berbasis lingkungan hidup, analisis risikolingkungan hidup, dan instrumen lain yang sesuai denganperkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;
- e. pendayagunaan perizinan sebagai instrumen pengendalian;
- f. pendayagunaan pendekatan ekosistem;
- g. kepastian dalam merespons dan mengantisipasi perkembangan lingkungan global;
- h. penguatan demokrasi lingkungan melalui akses informasi, akses partisipasi, dan akses keadilan serta penguatanhak-hak masyarakat dalam perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup;
- i. penegakan hukum perdata, administrasi, dan pidanasecara lebih jelas;
- j. penguatan kelembagaan perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup yang lebih efektif dan responsif; dan
- k. penguatan kewenangan pejabat pengawas lingkungan hidup dan penyidik pegawai negeri sipil lingkungan hidup.

### **3.3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.**

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan secara jelas telah mengatur tentang kebijakan pengendalian terhadap bahan adiktif sebagai upaya untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Kebijakan pemerintah dan pemerintah daerah dalam

meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan melakukan upaya kesehatan, dimana Pasal 48 UU Kesehatan mencantumkan bahwa upaya kesehatan yang dilakukan melalui kegiatan antara lain :

- a. pelayanan kesehatan;
- b. pelayanan kesehatan tradisional;
- c. peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit;
- d. penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan;
- e. kesehatan reproduksi;
- f. keluarga berencana;
- g. kesehatan sekolah;
- h. kesehatan olahraga;
- i. pelayanan kesehatan pada bencana;
- j. pelayanan darah;
- k. kesehatan gigi dan mulut;
- l. penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran;
- m. kesehatan matra;
- n. pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan;
- o. pengamanan makanan dan minuman;
- p. pengamanan zat adiktif; dan/atau**
- q. bedah mayat.

Upaya kesehatan di bidang Pengamanan zat adiktif dalam UU Kesehatan diatur lebih rinci pada Pasal 113, Pasal 114, Pasal 115 dan Pasal 116, dimana Pengamanan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan karena Zat adiktif yang meliputi tembakau, produk yang mengandung tembakau, padat, cairan, dan gas yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi dirinya dan/atau masyarakat sekelilingnya.

Sesuai dengan ruang lingkup upaya kesehatan, maka upaya kesehatan di bidang pengamanan zat adiktif tidak hanya bersifat rehabilitasi tetapi juga upaya kesehatan yang bersifat preventif, dimana hal ini dapat direalisasikan melalui penetapan kawasan tanpa rokok atau kawasan terbatas rokok. Kebijakan ini sesuai dengan Pasal 115 UU Kesehatan, yaitu dengan adanya penetapan kawasan tanpa rokok yang meliputi :

- 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.

#### **3.4. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan**

Pada Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 Pasal 11 disebutkan : “kawasan tanpa rokok adalah area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan produksi ,penjualan, iklan, promosi dan/atau penggunaan rokok”. Peraturan Pemerintah ini telah memberikan kewenangan kepada pemerintah daerah kabupaten/kota untuk menerapkan larangan merokok melalui penetapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Secara khusus, pada pasal 25 yang berbunyi, “Pemerintah Daerah wajib mewujudkan kawasan tanpa rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22, di wilayahnya”. Pasal 25 inilah memberikan kewenangan kepada pemerintah daerah untuk mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan terbatas rokok.

### **3.5. Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188/MENKES/PB/I/2011 dan Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Kawasan Tanpa Rokok.**

Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri nomor 188/MENKES/PB/I/2011 dan Nomor 7 Tahun 2011 tentang pedoman kawasan tanpa rokok .Didalam peraturan ini, telah disebutkan bahwa pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di setiap wilayahnya. 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
- g. Tempat umum
- h. Tempat lainnya yang ditetapkan

Pengaturan pelaksanaan kawasan tanpa rokok oleh pemerintah ini bertujuan untuk :

- a. Memberikan acuan bagi pemerintah daerah dalam menetapkan kawasan tanpa rokok.
- b. Memberikan perlindungan yang efektif dari bahaya asap rokok.
- c. Memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat.
- d. Melindungi kesehatan masyarakat secara umum dari dampak buruk merokok baik secara langsung maupun tidak langsung.

Dalam Peraturan bersama ini mengatur bahwa untuk Kawasan Tanpa Rokok (KTR) pada fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar; tempat bermain anak, tempat ibadah dan angkutan umum dilarang menyediakan tempat khusus untuk merokok dan tempat ini merupakan KTR yang bebas asap rokok hingga batas terluar. Sedangkan kawasantanpa rokok untuk



tempat kerja dan tempat umum dapat disediakan tempat khusus untuk merokok atau dapat disebut sebagai kawasan terbatas merokok. Tempat khusus untuk merokok sebagaimana diatur dalam Peraturan bersama ini harus memenuhi persyaratan :

1. Merupakan ruang terbuka atau ruang yang berhubungan langsung dengan udara luar sehingga udara dapat bersirkulasi dengan baik;
2. Terpisah dari gedung/tempat/ruang utama dan ruang lain yang digunakan untuk beraktivitas;
3. Jauh dari pintu masuk dan keluar; dan
4. Jauh dari tempat orang berlalu lalang.

Pasal 6 Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri ini mengamahkan kepada Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota untuk membentuk Peraturan Daerah dalam mengatur lebih rinci tentang pengaturan Kawasan Tanpa Rokok. Materi minimal yang harus tertuang dalam Peraturan Daerah ini meliputi :

1. Pengaturan tentang KTR;
2. Peran serta masyarakat;
3. pembentukan satuan tugas penegak KTR;
4. larangan dan kewajiban; dan
5. sanksi yang berupa pengenaan tindak pidana ringan bagi orang perorang dan sanksi administrasi dan/atau denda bagi badan hukum atau badan usaha.

## **BAB IV**

### **LANDASAN FILOSOFIS, LANDASAN YURIDIS, DAN LANDASAN SOSIOLOGIS**

#### **4.1. Landasan Filosofis**

Dasar/landasan filosofis suatu peraturan perundang-undangan, pada prinsipnya terdapat dua pandangan. Pandangan pertama menyatakan bahwa landasan filosofis adalah landasan yang berkaitan dengan dasar atau ideologi negara, yaitu nilai-nilai (cita hukum) yang terkandung dalam Pancasila, sedangkan pandangan yang kedua menyatakan bahwa landasan filosofis adalah pandangan atau ide pokok yang melandasi seluruh isi peraturan perundang-undangan.

Menurut Pasal 28 H ayat (1) UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945 mencantumkan bahwa Setiap orang berhak untuk memperoleh lingkungan hidup yang baik dan sehat. Konsekuensi pengaturan ini membawa kewajiban bagi Negara, pemerintah daerah dan pemangku kepentingan untuk memenuhi kewajiban dalam : menjaga (*to protect*), menghargai (*to respect*), dan memenuhi (*to fulfill*) hak setiap orang untuk memperoleh lingkungan hidup tetap baik dan sehat. Hak setiap orang untuk memperoleh lingkungan hidup yang baik dan sehat terkandung makna bahwa setiap orang berhak untuk memanfaatkan lingkungan hidup untuk memenuhi kelangsungan hidupnya, seperti melakukan usaha atau kegiatan lainnya. Terhadap pemenuhan berbagai hak masyarakat untuk memanfaatkan lingkungan hidup akan menimbulkan berbagai perbedaan hak masing-masing orang, sehingga perlu adanya peranan Negara untuk melakukan penyeimbangan hak tersebut. Penyeimbangan pelaksanaan hak ini sesuai dengan Visi Kabupaten Gresik, yaitu ***Gresik Yang Agamis, Adil , Makmur dan Berkehidupan Yang***

**Berkualitas.** Dengan visi sebagai Kota yang adil, maka Pemerintah Kabupaten Gresik hendak mewujudkan kesamaan hak dan kewajiban secara proporsional dalam segala aspek kehidupan tanpa membedakan latar belakang, suku, agama, ras dan golongan.

Dalam menyeimbangkan hak seseorang untuk merokok dan hak seseorang untuk memperoleh lingkungan hidup yang baik dan sehat, maka pemerintah Kabupaten Gresik berkehendak untuk membentuk Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok, agar setiap orang yang melakukan aktifitas merokok tidak mengurangi hak masyarakat lainnya untuk memperoleh lingkungan yang baik dan sehat. Kehendak Pemerintah Kabupaten Gresik untuk membentuk Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok merupakan implementasi dari peranan negara sebagaimana dijabarkan tersebut dipertegas oleh pendapat W. Friedmann yang membagi fungsi negara ke dalam dua tipe, yakni :

1. Fungsi negara sebagai penyedia (*provider*), fungsi ini dikaitkan dengan konsep kesejahteraan social (*welfare state*). Negara bertanggung jawab menyediakan sarana dan prasarana untuk pemenuhan kebutuhan pokok masyarakat dalam rangka menjamin standar kehidupan bagi semua orang, dalam hal ini menyediakan udara yang bersih dan sehat sebagai realisasi dari UU Lingkungan Hidup;
2. Fungsi negara sebagai pengatur (*regulator*), fungsi negara sebagai pembuat peraturan menggunakan berbagai tingkat kontrol, terutama kekuatan untuk mengatur pengendalian terhadap kegiatan dan/atau usaha yang dapat membawa dampak terhadap lingkungan hidup agar sumber daya lingkungan dapat dimanfaatkan secara berkelanjutan (*sustainable*) oleh generasi yang akan datang serta memenuhi

hak orang lain untuk memperoleh lingkungan yang baik dan sehat.

*Fungsi Negara sebagai pengusaha (Enterprenuer), fungsi Negara sebagai pengusaha berkaitan dengan promosi daerah atas kekayaan alam yang ada untuk dimanfaatkan sebagai sumber pembangunan melalui upaya investasi ke wilayah Gresik agar dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat Gresik Upaya promosi daerah untuk mengembangkan investasi ke wilayah Gresik tetap juga memperhatikan fungsi Negara sebagai regulator, dimana dalam meningkat investor ke Gresik untuk mengembangkan usaha harus tetap memperhatikan perlindungan lingkungan hidup agar lingkungan hidup di Kabupaten Gresik tetap terjaga dan bermanfaat secara berkelanjutan.*

3. Fungsi Negara sebagai Wasit (*Umpire*), fungsi Negara sebagai wasit berkaitan dengan peran Negara dalam memberikan seimbangan antara hak dan kewajiban serta pengaturan penegakan hukum dan perlindungan hukum bagi semua pemangku kepentingan yang terlibat dalam perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup, khususnya dalam pengaturan Izin Lingkungan, yaitu kepada masyarakat, pelaku usaha serta Badan Usaha Milik Daerah yang melakukan kegiatan dan/atau Usaha yang wajib memiliki AMDAL atau UKL-UPL.

Tembakau/rokok merupakan komoditi ekonomi yang memberikan lapangan kerja kepada jutaan manusia baik sejak tingkat perkebunan/pertaniannya maupun sampai dengan pemrosesannya pada pabrik rokok. Sebagaimana diuraikan di Bab Pendahuluan tembakau sebenarnya adalah suatu bahan yang mengandung zat yang berbahaya bagi kesehatan yaitu nikotin yang bersifat adiktif sebagaimana ditentukan secara implisit dalam Undang-Undang Kesehatan. Untuk mengeksplisitkan pengaturannya khususnya pengendaliannya sejak produksi, distribusi dan konsumsi, maka persoalan Rokok perlu diatur lebih lanjut secara komprehensif.

Di satu sisi secara medis/kesehatan zat nikotin yang terkandung dalam tembakau adalah zat adiktif dan termasuk bahan berbahaya bagi kesehatan manusia, namun di sisi lain tembakau (dan rokok kretek) adalah salah satu komoditi ekonomi yang menjadi salah satu andalan ekspor Indonesia dan masukan melalui pajak dan cukai tembakau. Di samping tembakau, cengkeh sebagai bahan baku rokok kretek (di samping sebagai bahan baku obat) perlu pula dikendalikan karena mempunyai dua sisi positif dan negatif. Karena kalau sudah dicampur dalam rokok (kretek) dan dibakar akan menimbulkan asap rokok yang berisi berbagai zat bersifat racun yang membahayakan kesehatan manusia, namun di sisi lain cengkeh adalah salah satu bahan baku obat yang bermanfaat antara lain untuk obat batuk. Di samping itu tembakau dan cengkeh juga melibatkan jutaan manusia yang tergantung kehidupannya baik dari tahap perkebunan/pertanian sampai dengan tenaga kerja (dan keluarga yang menjadi tanggungan para tenaga kerja tersebut) di pabrik-pabrik rokok yang tersebar di berbagai kota di Indonesia khususnya di Pulau Jawa. Oleh karena itu untuk mengatur kedua komoditi yang bersifat im dan yang (positif dan negatif) ini dipergunakan asas keseimbangan kesehatan manusia dan lingkungannya dan nilai ekonomis.

#### **4.2. Landasan Yuridis**

1. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur/Jawa Tengah/Jawa Barat dan Daerah Istimewa Yogyakarta, sebagaimana telah diubah dengan Undang- Undang Nomor 2 Tahun 1965 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Nomor 2730);

3. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1981 Nomor 76, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
4. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3886);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 109, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4235);
6. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2002 tentang Bangunan Gedung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 134, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4247);
7. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup (Lembaran negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 140 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5059);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063).
9. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5072);
10. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5234);
11. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan (Lembaran Negara Republik

Indonesia Tahun 2012 Nomor 36, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4276);

13. Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188/Menkes/PB/I/2011 dan Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Kawasan Tanpa Rokok.
14. Peraturan Bersama Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia dan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 Tahun 2012 Nomor 72 Tahun 2012 tentang Parameter HAM Dalam Pembentukan Produk Hukum Daerah;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2014 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;
16. Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 2 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Gresik Nomor 2 Tahun 2008);
17. Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 23 Tahun 2011 tentang Pedoman Kerja Penyidik Pegawai Negeri Sipil Pada Satuan Kerja Perangkat Daerah; Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 1 Tahun 2013 tentang Pembentukan Peraturan Daerah (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Timur Tahun 2013 Nomor 1 Seri D, Tambahan Lembaran Daerah Nomor 25).

### **4.3. Landasan Sosiologis**

#### **4.3.1. Kondisi Umum Kabupaten Gresik**

##### 4.3.1.1. Geografis Kabupaten Gresik

Kabupaten Gresik terletakdi sebelah Barat Laut dari Ibukota Provinsi Jawa Timur (Surabaya) memiliki luas 1.191,25 kilometer persegi dengan panjang Pantai ± 140 kilometerpersegi. Secara geografis, wilayah Kabupaten Gresik terletak antara 112°– 113° Bujur Timur dan 7° – 8° Lintang Selatan. Wilayahnya merupakan dataran rendah dengan ketinggian 2 – 12 meter di atas permukaan air laut kecuali Kecamatan Panceng yang mempunyai ketinggian 25 meter di atas permukaan air laut.

Secara administrasi pemerintahan, wilayah Kabupaten Gresik terdiri dari 18 kecamatan, 330 Desa dan 26 Kelurahan. Hampir sepertiga bagian dari wilayah Kabupaten Gresik merupakan daerah pesisir pantai, yaitu sepanjang Kecamatan Kebomas, sebagian Kecamatan Gresik, Kecamatan Manyar, Kecamatan Bungah dan Kecamatan Ujungpangkah. Sedangkan Kecamatan Sangkapura dan Kecamatan Tambak berada di Pulau Bawean.

Kabupaten Gresik juga berdekatan dengan kabupaten/kota yang tergabung dalam Gerbangkertosusila, yaitu Gresik, Bangkalan, Mojokerto, Surabaya, Sidoarjo dan Lamongan. Adapun batas-batas wilayah Kabupaten Gresik sebagai berikut :

- Sebelah Utara : Laut Jawa;
- Sebelah Timur : Selat Madura
- Sebelah Selatan : Kab. Sidoarjo, Kab. Mojokerto dan Kota Surabaya;
- Sebelah Barat : Kab. Lamongan

Peta wilayah Kabupaten Gresik :



#### 4.3.1.2. Penduduk

Dari hasil registrasi penduduk menunjukkan bahwa jumlah penduduk Kabupaten Gresik pada Tahun 2012 sebesar 1.307.995 jiwa,



yang terdiri dari 658.786 jiwa penduduk laki-laki dan 649.209 jiwa penduduk perempuan. Jumlah penduduk tersebut berada pada 356.685 keluarga. Dengan luas wilayah 1.191,25 km<sup>2</sup> Kabupaten Gresik mempunyai kepadatan penduduk sebesar 1.098 jiwa/km<sup>2</sup>. Secara total pada Tahun 2012 penduduk laki-laki jumlahnya lebih banyak dibandingkan penduduk perempuan. Hal ini dapat dilihat dari angka rasio jenis kelamin pada tahun 2012 Kabupaten Gresik mempunyai angka rasio jenis kelamin sebesar 101. Ini berarti dari 100 jiwa penduduk perempuan ada 101 jiwa penduduk laki-laki.

#### 4.3.1.3. Tenaga Kerja

Jumlah pencari kerja yang masuk catatan Dinas Tenaga Kerja Kabupaten Gresik pada Tahun 2012 sebanyak 3.301 (laki-laki dan perempuan). Persentase yang terbesar adalah tamat SLTA (52,68 persen), berikutnya 31,38 persen adalah yang tamat sarjana, dan ketiga 13,84 persen yang tamat akademi. Pada tahun 2012 jumlah pencari kerja yang ditempatkan sebesar 2.937 orang, 79,74 persen laki-laki dan 20,26 persen perempuan.

#### 4.3.1.4. Pendidikan

Jumlah lembaga sekolah dasar tahun 2012 ialah 444 buah, sedangkan jumlah murid seluruhnya sebanyak 77.413 siswa, dengan jumlah terbanyak pada kelompok umur 7 – 12 tahun yaitu 71.641 siswa atau sebesar 92,54 persen. Jumlah lembaga sekolah menengah yaitu 100 buah untuk SMP dan 48 untuk SMA. Untuk lembaga SMP jumlah muridnya ialah 30.885 siswa sedangkan untuk lembaga SMA muridnya sejumlah 17.038 siswa. Untuk SMK jumlah lembaga sekolah sebanyak 40 buah dengan jumlah murid 14.927 siswa.

#### 4.3.1.5. Kesehatan

Data RSUD Kabupaten Gresik menunjukkan bahwa jumlah kunjungan rawat jalan selama tahun 2012 ialah 65.911 kunjungan dengan jumlah kasus baru sejumlah 31.079 kasus. Penderita terbanyak ialah penyakit kelainan refraksi yang mencapai 5.962 kasus. Berikutnya ialah kecelakaan dan ruda paksa sejumlah 3.413 kasus, sedangkan penderita terbesar ketiga adalah penyakit sistem otot dan jaringan pengikat yang mencapai 2.507 kasus. Sampai tahun 2012 jumlah posyandu paripurna ialah sebanyak 1.132 buah sedangkan jumlah posyandu non paripurna sejumlah 325 buah.

Berdasarkan kunjungan rawat jalan dan rawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan di Kabupaten Gresik dapat diperoleh data bahwa 20 jenis penyakit yang terbanyak di Kabupaten Gresik tergambar pada tabel di bawah ini

### **20 Penyakit Terbanyak**

| <b>NO</b> | <b>NAMA PENYAKIT</b>                           | <b>Jumlah</b> |
|-----------|--|---------------|
| 1         | Infeksi Acut lain pada saluran pernafasan Acut | 202838        |
| 2         | Penyakit pada Sistem Otot                      | 98675         |
| 3         | Penyakit lain pada Saluran pernafasan Atas     | 75893         |
| 4         | Gastritis                                      | 62863         |
| 5         | Penyakit Tekanan darah Tinggi                  | 62300         |
| 6         | Diare (termasuk tersangka kolera)              | 39479         |
| 7         | Penyakit Kulit Alergi .Dermatitis              | 31107         |
| 8         | Penyakit pulpa dan periopikal                  | 40656         |
| 9         | Diabetes Militus                               | 41488         |
| 10        | Penyakit pulpa dan periopikal                  | 20549         |
| 11        | Observasifebris                                | 49293         |
| 12        | Tonsilitis                                     | 18102         |
| 13        | Typus  | 16332         |
| 14        | Gingivitis                                     | 12551         |
| 15        | Kecelakaan Ruda Paksa                          | 11292         |
| 16        | Vertigo  | 9842          |
| 17        | Asma   | 9199          |
| 18        | Bronkitis                                      | 10218         |

|    |                             |       |
|----|-----------------------------|-------|
| 19 | Gangguan gigi dan jaringan  | 8849  |
| 20 | Hiperlipidemia / colestrol/ | 13530 |

Pelayanan Imunisasi di Puskesmas-puskesmas Kabupaten Gresik secara umum telah melampaui target yang ditetapkan, walaupun di beberapa puskesmas masih dibawah 100 persen. Capaian tertinggi ialah jenis imunisasi DPT HB Combo 3 yang mencapai 118,33 persen. Banyaknya Penyuluh dan Petugas Keluarga Berencana (PPKBD) dan Sub PPKD pada tahun 2012 ialah 356 orang dan 3.552 orang. Jumlah klinik KB tahun 2012 ialah 121 buah. Jumlah PUS pada tahun 2012 ialah 233.434 orang dengan jumlah peserta KB aktif 184.820 pasangan.

Alat kontrasepsi tertinggi adalah suntik (59,04 persen), pil (21,72 persen) dan susuk (8,70 persen). Realisasi perkiraan permintaan masyarakat Tahun 2012 jauh meningkat dibanding Tahun 2011 yaitu sebesar 108,46 persen. Pada tahun 2012 jumlah keluarga yang masuk kategori kelompok keluarga sejahtera I sejumlah 45.532 keluarga, kategori keluarga sejahtera II sejumlah 65.482 keluarga, keluarga sejahtera III sejumlah 140.885 keluarga dan keluarga sejahtera III plus hanya 11.738 keluarga.

Tabel 2  
Pola Penyakit Penderita Rawat Jalan di Rumah Sakit di  
Kabupaten Gresik  
Tahun 2012<sup>20</sup>

| Kasus penyakit menurut golongan umur di kabupaten Gresik |                  |                        |                  |                   |                    |                    |
|--|------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| (1)  | (2)              | (3)                    | (4)              | (5)               | (6)                | (7)                |
| <b>Nama Penyakit</b>                                     | <b>0-28 hari</b> | <b>28 hari-1 Tahun</b> | <b>1-4 Tahun</b> | <b>5-14 Tahun</b> | <b>15-24 Tahun</b> | <b>25-44 Tahun</b> |
| Diare/Diarrhea   | 37               | 271                    | 368              | 174               | 144                | 200                |
| Infeksi akut lain pernafasan                             | 21               | 135                    | 359              | 296               | 333                |                    |

<sup>20</sup>Sumber : Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik Tahun 2012

|   |    |     |     |     |     |     |
|---|----|-----|-----|-----|-----|-----|
| atas/Aivte<br>Respiratory<br>Infection  |    |     |     |     |     |     |
| Penyakit lain<br>pada saluran<br>pernafasan<br>atas/Other<br>Respiratory<br>Diseases                | 7  | 3   | 2   | -   | 3   | 6   |
| Pneumonia/<br>Pneumonia   | 6  | 82  | 72  | 32  | 4   | 10  |
| Penyakit mata<br>lainnya/ Other<br>Eye Disorders  |    |     | 3   | 4   | 4   | 15  |
| Penyakit kulit<br>infeksi/<br><i>Dermatis</i>   |    | 1   | 8   | 17  | 5   | 10  |
| Desentri/<br>Dysentery  |    |     |     |     |     |     |
| Penyakit kulit<br>alergi/ Allergie<br><i>Dermatis</i>   | 2  | 1   | 8   | 14  | 10  | 15  |
| Penyakit usus<br>yang lain/<br>Other<br>Intestne Illness  | 2  | 21  | 38  | 31  | 15  | 57  |
| Bronchitis/<br>Bronchitis   | 10 | 101 | 166 | 98  | 32  | 59  |
| Tonsilitis/<br>Tonsillitis  |    | 1   | 22  | 35  | 13  | 21  |
| Infeksi telinga<br>tengah/ Center<br>Ear Infections   | 3  | 13  | 87  | 127 | 120 | 145 |
| Scabies/ <i>Scabies</i>   |    | 9   | 34  | 139 | 79  | 39  |
| Penyakit r.<br>mulut, k.ludah,<br>rahang/ <i>Oral,<br/>Salivary Gland,<br/>and Jaw<br/>Disorder</i> | 2  | 10  | 40  | 31  | 21  | 56  |
| Penyakit pada<br>sistem otot dan<br>jaringan<br>pengikat/<br><i>Mufcular<br/>and Connecti ef</i>    | 4  | 3   | 23  | 85  | 150 | 746 |

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| <i>Tissue Diseases</i>  |  |  |  |  |  |  |
| Penyakit<br>kecacangan /<br><i>Intestinal</i><br><i>Worm Diseases</i> |  |  |  |  |  |  |

#### 4.3.2. Perlunya Kawasan Tanpa Asap Rokok

Tidak ada batas aman terhadap Asap Rokok Orang Lain sehingga sangat penting untuk menerapkan 100% Kawasan Tanpa Asap Rokok untuk dapat menyelamatkan kehidupan. Menurut estimasi International Labor Organization (ILO) tahun 2005 tidak kurang dari 200.000 pekerja yang mati setiap tahun karena paparan asap rokok orang lain di tempat kerja. Kematian karena paparan asap rokok orang lain merupakan 1 dari 7 penyebab kematian akibat kerja.

100% kawasan yang bebas dari asap rokok merupakan satu-satunya cara efektif dan murah untuk melindungi masyarakat dari bahaya asap rokok orang lain. Menurut WHO *cost effectiveness* akan naik apabila kawasan tanpa asap rokok dilaksanakan secara komprehensif dengan strategi pengendalian tembakau lainnya.

Larangan merokok di tempat kerja memberikan dampak kesehatan bagi perokok maupun bukan perokok. Larangan ini akan (1) mengurangi paparan bukan perokok pada asap tembakau lingkungan, dan (2) mengurangi konsumsi rokok di antara para perokok. Penelitian dengan jelas menyimpulkan bahwa larangan atau pembatasan yang ketat terhadap merokok di tempat kerja memberikan keuntungan ekonomis. Hal ini mencegah tuntutan hukum bukan perokok/perokok pasif serta mengurangi biaya-biaya lainnya, termasuk diantaranya biaya untuk kebersihan, pemeliharaan peralatan dan fasilitas, disamping risiko kebakaran, absensi pekerja, dan kerusakan harta benda.

Penerapan Kawasan Tanpa Rokok di tempat – tempat umum mencegah bukan perokok dari paparan asap tembakau lingkungan. PP

19/2003 pasal 22 menyatakan bahwa tempat umum, sarana kesehatan, tempat kerja, tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah dan angkutan umum dinyatakan sebagai kawasan tanpa rokok.

Sementara itu Dalam Undang Undang Kesehatan No 36 Tahun 2009 Pasal 115 dinyatakan bahwa Kawasan Tanpa Rokok antara lain:

- fasilitas pelayanan kesehatan;
- tempat proses belajar mengajar;
- tempat anak bermain;
- tempat ibadah;
- angkutan umum;
- tempat kerja; dan
- tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.

Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 menyatakan sebanyak 34,2% orang dewasa adalah perokok aktif, artinya lebih dari dua pertiga penduduk secara potensial terpapar asap rokok orang lain. Data tahun 2001 dari sumber yang sama mencatat 70% anak-anak usia 0-14 tahun adalah perokok pasif di rumah mereka. Merokok seakan telah menjadi norma sosial. Paparan asap rokok di tempat umum dan di depan orang lain ditoleransi oleh masyarakat. GYTS 2006 menemukan 81% pelajar usia 13-15 tahun terpapar dengan asap rokok orang lain di tempat umum dan 64% terpapar di dalam rumah<sup>i</sup>.

Larangan merokok di tempat kerja memberikan dampak kesehatan bagi perokok maupun bukan perokok. Larangan ini akan: (1) mengurangi paparan bukan perokok dari asap rokok orang lain, dan (2) mengurangi konsumsi rokok di antara para perokok. Penelitian dengan jelas menyimpulkan bahwa 100% kawasan tanpa rokok ditempat kerja memberikan keuntungan ekonomis. Hal ini mencegah tuntutan hukum bukan perokok/perokok pasif serta mengurangi biaya-biaya lainnya, termasuk diantaranya biaya untuk kebersihan,

pemeliharaan peralatan dan fasilitas, disamping resiko kebakaran, absensi pekerja dan kerusakan harta benda.

Terlebih lagi, para pekerja akan mengkonsumsi rokok lebih sedikit, lebih mungkin untuk berhenti merokok, dan lebih mendorong untuk berhenti merokok dan memungkinkan mereka untuk berhenti lebih cepat daripada pekerja di tempat kerja dengan kebijakan yang lemah.

Beberapa tempat umum memisahkan prokok dari bukan perokok, tetapi hal ini tidak melindungi bukan perokok dari efek karsinogen yang ditimbulkan dari orang yang merokok di ruangan yang sama. Bahkan teknologi ventilasi yang paling modern sekalipun tidak dapat menghilangkan racun berbahaya yang terkandung dalam asap rokok orang lain.

#### **4.3.3. Prinsip Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok**

- a. Kebijakan perlindungan yang efektif mensyaratkan eliminasi total dari asap tembakau di ruangan sehingga mencapai 100% lingkungan tanpa asap rokok. Tidak ada batas aman dari paparan asap rokok ataupun ambang tingkat keracunan yang bisa ditoleransi, karena ini bertentangan dengan bukti ilmiah. Pendekatan lain untuk peraturan 100% lingkungan tanpa asap rokok termasuk penggunaan ventilasi, saringan udara dan pembuatan ruang merokok (dengan ventilasi terpisah ataupun tidak) yang terbukti tidak efektif. Bukti ilmiah menyimpulkan bahwa pendekatan teknik konstruksi tidak mampu melindungi paparan asap tembakau.
- b. Semua orang harus terlindung dari paparan asap rokok. Semua tempat kerja tertutup dan tempat umum harus bebas sepenuhnya dari asap rokok.
- c. Peraturan harus dalam bentuk legislasi yang mengikat secara hukum. Kebijakan sukarela yang tidak memiliki sanksi hukum terbukti tidak efektif untuk memberikan perlindungan yang

memadai. Agar efektif, Perda harus sederhana, jelas dan dapat dilaksanakan secara hukum.

- d. Perencanaan yang baik dan sumber daya yang cukup adalah esensial untuk keberhasilan pelaksanaan dan penegakan hukum.
- e. Lembaga-lembaga kemasyarakatan termasuk lembaga swadaya masyarakat dan organisasi profesi memiliki peran sentral untuk membangun dukungan masyarakat umum dan menjamin kepatuhan terhadap peraturan; karenanya harus dilibatkan sebagai mitra aktif dalam proses pengembangan, pelaksanaan dan penegakan hukum.
- f. Pelaksanaan dari peraturan, penegakan hukum dan hasilnya harus dipantau dan dievaluasi terus menerus. Termasuk di dalamnya merespon upaya industri rokok untuk mengecilkan arti ataupun melemahkan pelaksanaan peraturan secara langsung maupun tidak langsung dengan menyebarkan mitos keliru yang menggunakan tangan ketiga (pengusaha restoran, masyarakat perokok, dan sebagainya).
- g. Perlindungan terhadap paparan asap rokok perlu senantiasa diperkuat dan dikembangkan, bilamana perlu dengan amandemen, perbaikan penegakan hukum atau kebijakan lain menampung perkembangan bukti ilmiah dan pengalaman berdasarkan studi kasus.

#### **4.3.4. Beberapa Kawasan Tanpa Rokok di Indonesia**

Sejak tahun 1999, melalui PP 19/2003 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan, Indonesia telah memiliki peraturan untuk melarang orang merokok di tempat-tempat yang ditetapkan. Peraturan Pemerintah tersebut, memasukkan peraturan Kawasan Tanpa Rokok pada bagian enam pasal 22 – 25. Pasal 25 memberikan kewenangan kepada pemerintah daerah untuk mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok. Namun peraturan tersebut belum menerapkan 100% Kawasan Bebas Asap Rokok karena masih dibolehkan membuat ruang khusus untuk merokok dengan ventilasi udara di tempat umum dan tempat kerja.



Dengan adanya ruang untuk merokok, kebijakan kawasan tanpa rokok nyaris tanpa resistensi. Pada kenyataannya, ruang merokok dan ventilasi udara kecuali mahal, kedua hal tersebut secara ilmiah terbukti tidak efektif untuk melindungi perokok pasif, disamping rawan manipulasi dengan dalih "hak azasi bagi perokok".

Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, juga mencantumkan peraturan Kawasan Tanpa Rokok pada Bagian Ketujuh Belas, Pengamanan Zat Adiktif, pasal 115. Menindak lanjuti pasal 25 PP 19/2003, beberapa pemerintah daerah telah mengeluarkan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.

1) DKI Jakarta

DKI Jakarta tidak mempunyai Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok secara eksklusif. Peraturan Kawasan Dilarang Merokok hanya tercantum dalam Peraturan Daerah (PERDA) No. 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara untuk Udara Luar Ruangan. Yang ada hanya Peraturan Gubernur (Per-Gub) Nomor 75 Tahun 2005 tentang Kawasan Dilarang Merokok. DKI Jakarta belum menerapkan 100% Kawasan Tanpa Rokok karena dalam peraturan tersebut masih menyediakan ruang untuk merokok.

2) Kota Bogor

Kota Bogor belum menerbitkan Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok secara eksklusif. Pengaturan tertib Kawasan Tanpa Rokok tertuang dalam Peraturan Daerah No 8 Tahun 2006 tentang Ketertiban Umum, pasal 14 - 16. Kota Bogor juga belum menerapkan 100% Kawasan Tanpa Rokok karena masih mencantumkan ruang untuk merokok. Kota Bogor merencanakan akan menyusun Perda Kawasan Tanpa Rokok secara eksklusif.

3) Kota Cirebon

Peraturan Kawasan Tanpa Rokok di Kota Cirebon berbentuk Surat Keputusan Walikota No 27A/2006 tentang Perlindungan Terhadap Masyarakat Bukan Perokok di Kota Cirebon.

Kota Cirebon merupakan kota pertama yang menerapkan 100% Kawasan Tanpa Rokok yaitu tidak menyediakan ruang untuk merokok. Sayangnya peraturan tersebut belum berbentuk Peraturan Daerah sehingga tidak ada sanksi dan tidak mengikat masyarakat.

4) Kota Surabaya

Kota Surabaya merupakan kota pertama yang mempunyai Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok secara eksklusif, yaitu Peraturan Daerah Kota Surabaya No. 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok. Perda ini membagi 2 kawasan yaitu Kawasan Tanpa Rokok yang menerapkan 100% Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok yang menyediakan ruang khusus untuk merokok.

Untuk melaksanakan Perda No 5 Tahun 2008, Kota Surabaya juga telah membuat Peraturan Walikota Surabaya No 25 Tahun 2009 tentang Pelaksanaan Perda Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok. Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok yang tercantum dalam Perda 5/2009 dirinci dan dipertegas pada Perwali tersebut.

5) Kota Palembang

Kota Palembang merupakan Kota pertama di Indonesia yang memiliki Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok secara eksklusif dan menerapkan 100% Kawasan Tanpa Rokok yaitu tanpa menyediakan ruang merokok. Peraturan Daerah No. 07/2009 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Kota Palembang merupakan satu-satunya Perda Kawasan Tanpa Rokok di Indonesia yang sesuai dengan standard internasional yaitu 100% Kawasan Tanpa Rokok dengan tidak menyediakan ruang untuk merokok.

6) Kota Padang Panjang

Kota Padang Panjang memiliki Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok yaitu Peraturan Daerah Kota Padang Panjang No 8 Tahun 2009 Tentang Kawasan Tanpa Asap Rokok dan Kawasan Tertib Rokok. Peraturan Daerah ini dirinci dan dipertegas dengan Peraturan Walikota Padang Panjang No.10 Tahun 2009 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Padang Panjang No. 8 Tahun 2009 Tentang Kawasan Tanpa Asap Rokok dan Kawasan Tertib Rokok.



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

**A. Ketentuan Umum**

Ketentuan umum merupakan satu ketentuan yang berisi :

- a. Batasan pengertian atau definisi;
- b. Singkatan atau akronim yang digunakan dalam Peraturan Daerah; dan
- c. Hal-hal lain yang bersifat umum yang berlaku bagi pasal-pasal berikutnya antara lain ketentuan yang mencerminkan asas, maksud dan tujuan.

Ketentuan umum yang dimuat dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok ini mencakup hal-hal sebagai berikut:

1. Daerah adalah Daerah Kabupaten Gresik.
2. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Gresik.
3. Bupati adalah Bupati Gresik.
4. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik.
5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik.
6. Orang adalah orang perorangan atau badan usaha, baik yang berbentuk badan hukum maupun tidak berbadan hukum.
7. Kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, sosial, dan budaya yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi.
8. Rokok adalah salah satu produk tembakau yang dimaksudkan untuk dibakar, dihisap, dan/atau dihirup asapnya termasuk rokok kretek, rokok putih, cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *nicotiana tabacum*, *nicotiana rustica*,

dan spesies lainnya atau sintesisnya yang asapnya mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan.

9. Nikotin adalah zat, atau bahan senyawa *pyrrolidine* yang terdapat dalam *nicotiana tabacum*, *nicotiana rustica* dan spesies lainnya atau sintesisnya yang bersifat adiktif dapat mengakibatkan ketergantungan.
10. Tar adalah kondensat asap yang merupakan total residu dihasilkan saat Rokok dibakar setelah dikurangi Nikotin dan air, yang bersifat karsinogenik.
11. Perokok aktif adalah setiap orang yang secara langsung menghisap asap rokok dari rokoknya yang sedang dibakar.
12. Perokok pasif adalah setiap orang yang secara tidak langsung atau terpaksa menghisap asap rokok dari asap perokok aktif.
13. Kawasan Tanpa Rokok yang selanjutnya disingkat KTR, adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan dan/atau mempromosikan produk tembakau.
14. Kawasan Terbatas Rokok yang selanjutnya disingkat KTbR adalah tempat atau area dimana kegiatan merokok hanya boleh dilakukan di tempat khusus yang disediakan.
15. Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok yang selanjutnya disebut Tim Pemantau KTR dan KTbR adalah Tim yang terdiri dari pejabat Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Pemerintah Kabupaten Gresik dan/atau individu yang ditunjuk oleh Bupati.
16. Tempat Khusus Untuk Merokok adalah ruangan yang diperuntukkan khusus untuk kegiatan merokok yang berada di dalam KTR atau KTbR.
17. 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.

18. Tempat proses belajar mengajar adalah gedung yang digunakan untuk kegiatan belajar, mengajar, pendidikan dan/atau pelatihan.
19. Tempat anak bermain adalah area tertutup maupun terbuka yang digunakan untuk kegiatan bermain anak-anak.
20. 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.
21. Angkutan umum adalah alat angkutan bagi masyarakat yang dapat berupa kendaraan darat, air, dan udara biasanya dengan kompensasi.
22. Tempat kerja adalah tiap ruangan 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-sumber bahaya.
23. 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.
24. Tempat lainnya yang ditetapkan adalah tempat terbuka yang dapat dimanfaatkan bersama-sama untuk kegiatan masyarakat.
25. Pimpinan atau penanggung jawab KTR atau KTbR adalah orang yang karena jabatannya memimpin dan/atau bertanggungjawab atas kegiatan dan/atau usaha di kawasan yang ditetapkan sebagai KTR atau KTbR.
26. Prasarana olahraga adalah tempat atau ruang termasuk lingkungan yang digunakan untuk kegiatan olahraga dan/atau penyelenggaraan keolahragaan.

27. Pimpinan lembaga adalah pengelola, manajer, pimpinan penanggung jawab, dan pemilik pada KTR dan KTbR, yang diatur dalam Peraturan Daerah ini.
28. Lembaga adalah badan/organisasi yang bertujuan melakukan suatu kegiatan usaha.
29. Badan adalah sekumpulan orang dan/atau modal yang merupakan kesatuan baik yang melakukan usaha maupun yang tidak melakukan usaha yang meliputi perseroan terbatas, perseroan komanditer, perseroan lainnya, badan usaha milik negara atau daerah dengan nama dan dalam bentuk apapun, firma, kongsi, koperasi, persekutuan, yayasan, organisasi massa, organisasi sosial politik atau organisasi yang sejenis, lembaga dana pensiun, bentuk usaha tetap, serta bentuk badan lainnya.

## **B. Materi Muatan Peraturan Daerah**

Berbicara mengenai istilah “materi muatan” kita tidak dapat melepaskan diri dari penciptanya yaitu A. Hamid, SA. Dalam hal ini kita tetap menghormati para ahli hukum dan perundang-undangan seperti Irawan Suyito, Rusminah, Soehino, Yuniartro, Bagir Manan, Solly Lubis, dan lainnya. A. Hamid, SA adalah “Bapak Perundang-undangan Indonesia” (paling tidak salah satunya). Banyak sekali pendapat, teori, dan istilah yang dikembangkan oleh A. Hamid, SA yang berkaitan dengan dunia perundang-undangan. Salah satunya adalah istilah “materi muatan”, yang diperkenalkannya pada tahun 1979 dalam tulisannya yang berjudul “Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan”, yang kemudian dikembangkan lebih lanjut dan dimuat dalam disertasinya pada tahun 1990 dengan judul “Peranan Keputusan Presiden Republik Indonesia dalam Penyelenggaraan Pemerintahan Negara”.

Dalam disertasinya, A. Hamid, SA mengeluh belum adanya tradisi di Indonesia untuk menghormati ciptaan dalam bidang

ilmiah dibandingkan dengan di negara-negara maju. Menurutnya, di Belanda setiap penulis yang mengutip sesuatu karya cipta ilmiah penulis lainnya (biasanya suatu istilah atau kata atau frasa yang mengandung makna tertentu), selalu disebutkan (biasanya dalam catatan kaki) siapa pencipta istilah atau kata tersebut. Oleh A. Hamid, SA dalam disertasinya dikutipkan berbagai istilah yang diciptakan oleh para ahli hukum dan perundang-undangan Belanda, misalnya van der Hoeven dengan istilahnya “pseudowetgeving”, Mannoury dengan istilahnya “spiegelrecht”, T. Koopmans dengan istilahnya “modificatie” dalam kalimatnya “de wetgever streeft niet meer primair naar codificatie maar naar modificatie”. Berbicara mengenai “materi muatan” tidaklah semudah apa yang dibayangkan orang. Kalau istilah “peraturan perundang-undangan” dengan segala macam seluk-beluknya barangkali para ahli hukum tata negara sudah banyak membicarakannya dan mem bahas nya walaupun sampai sekarang pun belum ada kesepakatan mengenai “peraturan perundang-undangan”, namun paling tidak para ahli perundang-undangan telah mengeluarkan berbagai teori. Misalnya teori “undang-undang dalam artian formil dan materiel”, batasan pengertian “peraturan perundang-undangan” siapa “pembentuk peraturan perundang-undangan”, bagaimana “cara membentuk” dan apa “asas-asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik”, dan sebagainya.

Demikian pula ilmu hukum tata usaha negara telah banyak mempersoalkan kaidah-kaidah bagi teknik dan proses pembentukan berbagai jenis peraturan perundang-undangan. Namun demikian, menurut A. Hamid, SA keduanya belum menyinggung secara mendalam dan membiarkannya tanpa kejernihan mengenai masalah “materi muatan” peraturan perundang-undangan yang semestinya dirnuat dalam tiap jenis peraturan perundang-undangan. Mengenai apa yang harus dimuat



dalam suatu jenis peraturan perundang-undangan baru A. Hamid, SA yang mengeluarkan teorinya secara signifikan pada tahun 1979.

Materi muatan Peraturan Daerah tentang Izin Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok berisi aturan atau norma, baik berupa norma kewenangan maupun norma perilaku. Norma kewenangan merupakan aturan yang memberikan kewenangan kepada Pemerintah Kabupaten Gresik (Kepala Daerah dan Satuan Kerja Perangkat Daerah) untuk melakukan pengaturan, penerbitan, pengawasan dan penegakan hukum terhadap kegiatan merokok di Kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok di Kabupaten Gresik. Sedangkan norma perilaku merupakan aturan yang berisi perintah, larangan, dispensasi dan izin dalam melakukan kegiatan yang berkaitan dengan rokok dan usaha yang wajib menyediakan tempat khusus merokok untuk kawasan terbatas rokok.

Adapun materi muatan Rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok ialah sebagai berikut:

### **1) Asas dan Tujuan**

Penetapan KTR dan KTbR berasaskan:

- a. kepentingan kualitas kesehatan manusia;
- b. keseimbangan kesehatan manusia dan lingkungan;
- c. kemanfaatan umum;
- d. keserasian;
- e. kelestarian dan keberlanjutan;
- f. partisipatif;
- g. keadilan; dan
- h. transparansi dan akuntabilitas.

Adapun penjelasan asas tersebut ialah:

- Yang dimaksud dengan asas “kepentingan kualitas kesehatan manusia” ialah bahwa penyelenggaraan KTR dan KTbR semata-mata untuk meningkatkan derajat kualitas kesehatan warga masyarakat.

- Yang dimaksud dengan asas “keseimbangan kesehatan manusia dan lingkungan” ialah bahwa pembangunan kesehatan harus dilaksanakan secara berimbang antara kepentingan individu dan kelestarian lingkungan.
- Yang dimaksud dengan asas “kemanfaatan umum” ialah bahwa KTR dan KTbR harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga Negara.
- Yang dimaksud dengan asas “keserasian” ialah bahwa KTR dan KTbR harus memperhatikan berbagai aspek seperti kepentingan ekonomi, sosial, budaya (adab sopan santun) dan kesehatan.
- Yang dimaksud dengan asas “kelestarian dan keberlanjutan” ialah bahwa setiap orang memikul kewajiban dan tanggung jawab terhadap generasi mendatang dan terhadap sesamanya dalam satu generasi dengan melakukan upaya mempertahankan KTR dan pencegahan terhadap perokok pemula.
- Yang dimaksud dengan asas “partisipatif” ialah bahwa setiap anggota masyarakat didorong untuk berperan aktif dalam proses pengambilan keputusan dan pelaksanaan KTR dan KTbR, baik secara langsung maupun tidak langsung.
- Yang dimaksud dengan asas “keadilan” ialah bahwa pelaksanaan KTR dan KTbR dilakukan harus mencerminkan keadilan secara proporsional bagi setiap warga negara, baik lintas generasi maupun lintas gender.
- Yang dimaksud dengan asas “transparansi dan akuntabilitas” ialah bahwa setiap warga masyarakat dapat dengan mudah untuk mengakses dan mendapatkan informasi KTR dan KTbR, serta dapat dipertanggungjawabkan.

Adapun Penetapan KTR dan KTbR bertujuan untuk:

- a. memberikan perlindungan yang efektif dari bahaya asap rokok bagi perokok aktif dan/atau perokok pasif;
- b. memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat;
- c. melindungi kesehatan masyarakat secara umum dari dampak buruk merokok baik langsung maupun tidak langsung;
- d. menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat, bebas dari asap rokok;
- e. menjadi salah satu syarat untuk mendapatkan izin mendirikan bangunan; dan
- f. mencegah perokok pemula.

## **2) Hak dan Kewajiban**

Dalam penetapan KTR dan KTbR, setiap orang berhak:

- a. memperoleh lingkungan yang bersih dan sehat;
- b. memperoleh udara yang bebas dari asap rokok;
- c. atas informasi dan edukasi yang benar mengenai bahaya asap rokok; dan
- d. berperan dalam upaya perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup.

Sedangkan dalam upaya perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup, setiap orang berkewajiban:

- a. menjaga dan memelihara kebersihan lingkungan hidup;
- b. menjaga hak orang lain dalam menjalankan haknya, khususnya hak untuk merokok.

## **3) Kawasan-Kawasan Yang Ditetapkan Sebagai KTR**

Tempat-tempat tertentu yang ditetapkan sebagai KTR meliputi:

- a. fasilitas pelayanan kesehatan;
- b. tempat proses belajar mengajar;

- c. tempat anak bermain;
- d. tempat ibadah;
- e. angkutan umum;
- f. tempat kerja;
- g. tempat umum; dan
- h. tempat lain yang ditetapkan.

#### **4) Norma Larangan dan Kewajiban Pada KTR**

Setiap orang yang berada di dalam KTR dilarang melakukan kegiatan:

- a. memproduksi atau membuat rokok;
- b. menjual rokok;
- c. menyelenggarakan iklan rokok;
- d. mempromosikan rokok; dan/atau
- e. menggunakan rokok.

Selain itu, pimpinan atau penanggungjawab KTR wajib untuk:

- a. membuat dan memasang tanda/petunjuk/ peringatan larangan merokok; dan/atau
- b. memberikan teguran dan peringatan kepada setiap orang yang melanggar ketentuan larangan pada KTR.

#### **5) Kawasan Terbatas Rokok**

Tempat-tempat tertentu yang ditetapkan sebagai KTbR meliputi:

- a. tempat kerja;
- b. tempat umum; dan
- c. tempat lain yang ditetapkan.

Selain KTbR sebagaimana disebutkan di atas, Bupati berwenang menetapkan tempat tertentu lainnya sebagai KTbR dengan Keputusan Bupati. Ketentuan lebih lanjut mengenai KTbR diatur dalam Peraturan Bupati.

Beberapa norma hukum lainnya yang diatur dalam ketentuan mengenai KTbR ialah sebagai berikut:

- Setiap orang yang berada di dalam KTbR dilarang merokok kecuali di tempat khusus yang disediakan untuk merokok.
- Pimpinan atau penanggungjawab KTbR wajib menyediakan tempat khusus untuk merokok.
- Tempat khusus untuk merokok memenuhi persyaratan:
  - a. merupakan ruang terbuka atau ruang yang berhubungan langsung dengan udara luar sehingga udara dapat bersirkulasi dengan baik;
  - b. terpisah dari gedung/tempat/ruang utama dan ruang lain yang digunakan untuk beraktivitas;
  - c. jauh dari pintu masuk dan keluar; dan
  - d. jauh dari tempat orang lalu lalang.
- Pimpinan atau penanggung jawab KTbR wajib:
  - a. membuat dan memasang tanda/petunjuk/ peringatan larangan merokok dan tanda/petunjuk ruangan boleh merokok; dan
  - b. memberikan teguran dan peringatan kepada setiap orang yang melanggar ketentuan KTbR.
- Ketentuan lebih lanjut mengenai pembuatan dan pemasangan tanda/petunjuk/peringatan diatur dalam Peraturan Bupati.
- Satuan kerja perangkat daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang perijinan pendirian bangunan, wajib mempersyaratkan adanya ruangan khusus merokok sebagai syarat memperoleh izin mendirikan bangunan.
- Syarat adanya ruangan khusus merokok hanya diwajibkan bagi bangunan yang termasuk dalam KTbR.

*Contoh tanda/petunjuk larangan merokok di Kota Surabaya:*



*Keterangan Gambar:*

- Selain adanya tanda gambar rokok dan lingkaran berwarna merah, harus juga dituliskan ketentuan mengenai ketentuan pidana dalam Peraturan Daerah tentang KTR dan KTbR yang diletakkan di bawah tanda gambar
- Harus dicantumkan Peraturan Daerah tentang KTR dan KTbR
- Ukuran gambar ialah: tinggi/panjang (tegak) =30 centimeter, lebar= 20 centimeter

*Contoh tanda/petunjuk ruangan boleh merokok:*



*Keterangan Gambar:*

- Selain adanya tanda gambar rokok dan lingkaran berwarna biru, harus juga dituliskan tulisan yaitu: “RUANGAN MEROKOK (*SMOKING ROOM*)”
- Ukuran gambar ialah: tinggi/panjang (tegak) =30 centimeter, lebar= 20 centimeter

## **6) Peran Serta Masyarakat**

- a. Masyarakat dapat berperan serta dalam mewujudkan KTR dan KTbR di Daerah.
- b. Peran serta masyarakat dapat dilakukan dengan cara :
  - 1) memberikan saran, usulan, pendapat, pemikiran dan pertimbangan berkenaan dengan penentuan kebijakan yang terkait dengan KTR dan KTbR;

- 2) melakukan pengadaan dan pemberian bantuan sarana dan prasarana yang diperlukan untuk mewujudkan KTR dan KTbR;
  - 3) keikutsertaan dalam pemberian bimbingan dalam penyuluhan, serta penyebarluasan informasi kepada masyarakat tentang KTR dan KTbR;
  - 4) mengingatkan atau menegur perokok untuk tidak merokok di KTR;
  - 5) memberitahu pemilik, pengelola, dan penanggung jawab KTR jika terjadi pelanggaran;
  - 6) melaporkan kepada pejabat berwenang jika terjadi pelanggaran.
- c. Peranserta masyarakat dapat dilakukan secara :
- 1) perorangan;
  - 2) kelompok;
  - 3) badan hukum;
  - 4) badan usaha;
  - 5) lembaga; dan
  - 6) organisasi.

## **7) Pembinaan dan Pengawasan**

- a. Bupati berwenang melakukan pembinaan dan pengawasan pada KTR dan KTbR.
- b. Pembinaan dan pengawasan meliputi:
  - 1) penyebarluasan informasi dan sosialisasi;
  - 2) koordinasi dengan seluruh instansi, elemen organisasi masyarakat, kalangan pendidikan, tokoh-tokoh masyarakat, dan tokoh-tokoh agama;
  - 3) pemberian pedoman;
  - 4) konsultasi;
  - 5) monitoring dan evaluasi; dan/atau
  - 6) pemberian penghargaan.



- c. Setiap pimpinan lembaga dan/atau badan wajib melaksanakan pengendalian di lingkungan KTR atau KTbR sesuai kewenangannya.
- d. Pemerintah Kabupaten bertanggung jawab dan wajib menyebarluaskan informasi yang berkenaan dengan keterlibatan masyarakat dalam terwujudnya KTR dan KTbR.

**8) Tim Pemantau KTR dan KTbR**

- a. Dalam rangka pembinaan dan pengawasan, Bupati membentuk Tim Pemantau KTR dan KTbR.
- b. Tim Pemantau KTR dan KTbR mempunyai kewenangan untuk memasuki KTR dan KTbR baik pada waktu siang maupun malam atau selama jam kerja maupun di luar jam kerja untuk melaksanakan tugas sebagaimana diatur dalam Peraturan Daerah ini.
- c. Dalam melaksanakan tugas Tim Pemantau KTR dan KTbR terlebih dahulu memberitahukan maksud dan tujuannya kepada pimpinan lembaga dan/atau badan kecuali inspeksi mendadak.
- d. Ketentuan lebih lanjut mengenai tugas dan tata cara pelaksanaan tugas Tim Pemantau KTR dan KTbR diatur dalam Peraturan Bupati.
- e. Tim Pemantau KTR dan KTbR terdiri dari:
  - 1) Satuan Polisi Pamong Praja;
  - 2) Dinas Kesehatan;
  - 3) Inspektorat;
  - 4) Dinas Sosial;
  - 5) Dinas Pendidikan;
  - 6) Dinas Perdagangan;
  - 7) Bagian Hukum Sekretariat Daerah Kabupaten Gresik;
  - 8) Penyidik Pegawai Negeri Sipil di Lingkungan Pemerintah Kabupaten; dan

- 9) unsur akademisi bidang hukum dan kesehatan.
- f. Dalam melaksanakan tugasnya, Tim Pemantau KTR dan KTbR dapat melibatkan Kepolisian Republik Indonesia.
  - g. Tim Pemantau KTR dan KTbR ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
  - h. Tim Pemantau KTR dan KTbR melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala.

### **9) Sanksi Administrasi**

- a. Bupati berwenang menerapkan sanksi administrasi kepada setiap orang yang melanggar ketentuan dalam Peraturan Daerah..
- b. Bupati berwenang menerapkan sanksi administrasi kepada pimpinan atau penanggung jawab KTR dan/atau KTbR yang melanggar Peraturan Daerah.
- c. Sanksi administrasi dapat berupa :
  - 1) teguran lisan;
  - 2) teguran tertulis;
  - 3) penghentian kegiatan;
  - 4) denda administrasi; atau
  - 5) pencabutan izin usaha.
- d. Dalam hal pimpinan atau penanggung jawab KTR dan/atau KTbR merupakan pegawai negeri sipil, sanksi administrasi yang dikenakan ialah sanksi kepegawaian sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- e. Dalam melaksanakan kewenangannya untuk menerapkan sanksi administrasi, Bupati dapat melimpahkan kepada Tim Pemantau KTR dan KTbR.
- f. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administrasi diatur dalam Peraturan Bupati.

- g. Bupati berwenang mengenakan sanksi administrasi kepada anggota Tim Pemantau KTR dan KTbR yang tidak mengawasi KTR dan KTbR.
- h. Pengenaan sanksi administrasi sebagaimana dimaksud pada huruf g disesuaikan dengan sanksi kepegawaian sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan.

#### **10) Ketentuan Penyidikan**

- a. Penyidik Pegawai Negeri Sipil tertentu di lingkungan Pemerintah Kabupaten diberi wewenang khusus sebagai penyidik untuk melakukan penyidikan tindak pidana sebagaimana dimaksud dalam Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana.
- b. Wewenang Penyidik Pegawai Negeri Sipil meliputi:
  - a. menerima laporan pengaduan dari seseorang tentang adanya tindak pidana;
  - b. melakukan tindakan pertama pada saat itu di tempat kejadian dan melakukan pemeriksaan;
  - c. menyuruh berhenti seseorang tersangka dan memeriksa tanda pengenal diri tersangka;
  - d. melakukan penyitaan benda dan/atau surat;
  - e. mengambil sidik jari dan memotret tersangka;
  - f. memanggil orang untuk didengar dan diperiksa sebagai tersangka atau saksi;
  - g. mendatangkan orang ahli dalam hubungannya dengan pemeriksaan perkara;
  - h. mengadakan penghentian penyidikan setelah mendapat petunjuk dari Penyidik Kepolisian Republik Indonesia bahwa tidak cukup bukti atau peristiwa tersebut merupakan tindak pidana dan selanjutnya melalui Penyidik memberitahukan hak tersebut kepada Penuntut Umum, tersangka atau keluarganya;

- i. melakukan tindakan lain menurut hukum yang dapat dipertanggungjawabkan.
- c. Penyidik Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada huruf b berada di bawah koordinasi Penyidik Kepolisian Republik Indonesia sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana.
- d. Penyidik Pegawai Negeri Sipil memberitahukan dimulainya penyidikan dan menyampaikan hasil penyidikannya kepada Penuntut Umum melalui Penyidik Kepolisian Republik Indonesia sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana.

#### **11) Ketentuan Pidana**

- a. Selain dikenakan sanksi administratif, setiap orang yang melanggar ketentuan larangan pada KTR dan KTbR dapat dikenakan pidana kurungan paling lama 3 (tiga) bulan atau denda paling banyak Rp. 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah).
- b. Tindak pidana sebagaimana tersebut merupakan tindak pidana pelanggaran.

#### **12) Ketentuan Peralihan**

- a. Sebelum pelaksanaan sanksi administrasi, Bupati melaksanakan pembinaan secara terus menerus yang dilaksanakan oleh Tim Pemantau KTR dan KTbR.
- b. Pembinaan sebagaimana dilakukan paling lama 1 (satu) tahun sejak Peraturan Daerah ini diundangkan.
- c. Dalam hal Peraturan Bupati yang mengatur mengenai tanda/petunjuk/peringatan belum ditetapkan, pimpinan atau penanggungjawab KTR dan KTbR menetapkan tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok atau

tanda/petunjuk ruangan boleh merokok paling lambat 1 (satu) bulan sejak Peraturan Daerah diundangkan.

- d. Tempat dan/atau bangunan KTbR sudah harus menyediakan tempat khusus merokok paling lambat 1 (satu) tahun sejak Peraturan Daerah ini diundangkan.

Secara umum, sebaiknya Raperda KTR dan KTbR memuat

Bab-bab sebagai berikut:

|          |                             |
|----------|-----------------------------|
| BAB I    | : KETENTUAN UMUM            |
| BAB II   | : ASAS DAN TUJUAN           |
| BAB III  | : HAK DAN KEWAJIBAN         |
| BAB IV   | : KTR                       |
| BAB V    | : KTbR                      |
| BAB V    | : PERAN SERTA MASYARAKAT    |
| BAB VII  | : PEMBINAAN DAN PENGAWASAN  |
| BAB VIII | : TIM PEMANTAU KTR DAN KTbR |
| BAB IX   | : SANKSI ADMINISTRATIF      |
| BAB X    | : PENYIDIKAN                |
| BAB XI   | : KETENTUAN PIDANA PIDANA   |
| BAB XII  | : KETENTUAN PERALIHAN       |
| BAB XIII | : KETENTUAN PENUTUP         |

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **6.1 Kesimpulan**

Ruang lingkup muatan materi yang akan diatur dalam peraturan daerah ini yang meliputi :

- 1) ketentuan kewenangan Pemerintah Daerah Kabupaten Gresik dalam melakukan penetapan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok sebagaimana telah didasarkan pada Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
- 2) Norma perintah bagi pemilik dan penanggungjawab bangunan untuk menyediakan tempat khusus merokok untuk bangunan di kawasan terbatas rokok;
- 3) Norma larangan bagi seseorang untuk melakukan aktifitas yang berkaitan dengan rokok di kawasan tanpa rokok;
- 4) Peran serta masyarakat dalam mewujudkan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok untuk menjamin ketersediaan lingkungan udara yang baik dan sehat;
- 5) Pembinaan, Pengawasan dan Penegakan hukum terhadap kegiatan yang melanggar peraturan daerah ini .

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok Dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

1. memberikan legitimasi kepada pemerintah daerah kabupaten Gresik dalam melakuakn kebijakan untuk menetapkan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok sebagai tindakan untuk memenuhi tanggungjawab untuk menyediakan lingkungan yang baik dan sehat sebagai hak asasi yang tercantum dalam UUD Negara RI Tahun 1945

2. Melakukan penyeimbangan atas terpenuhinya semua hak masyarakat sebagaimana tercantum dalam UUD Negara RI Tahun 1945.

## **6.2. Saran**

Agar pelaksanaan penyusunan Rancangan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok dapat dilaksanakan secara baik, maka diperlukan mekanisme dan prosedur yang transparan sesuai dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 Tahun 2014 tentang Pedoman Pembentukan Produk Hukum Daerah.

Upaya yang perlu dipersiapkan dalam menjamin terlaksananya peraturan daerah ini adalah sosialisasi yang cukup intens kepada seluruh stake holder agar semua pihak dapat mengetahui dan melaksanakan norma dalam Peraturan Daerah serta dukungan pembiayaan yang cukup untuk biaya penyediaan sarana dan prasarana serta biaya untuk pembinaan, pengawasan dan pengakan hukum.

## DAFTAR PUSTAKA

- Skurnik Y, Shoenfeld. *Health effects of cigarette smoking*. Clin Dermatol, 1998
- World Health Organization (WHO)2008 : *The WHO report on the global tobacco epidemic, The POWER package*. Geneva, Switzerland: World Health Organization
- Prevalensi penduduk yang merokok. Available from: [bppsdmk.depkes.go.id/](http://bppsdmk.depkes.go.id/) diakses pada tanggal 23 Januari 2014
- Litin, Scott. *Mayo Clinic Family Health Book 1*. New York: Harper Collins, 2003
- Crofton, John dan David Simpson. *Tembakau Ancaman Global*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo, 2002
- International Agency for Research on Cancer 2004, 'Tobacco Smoke and Involuntary Smoking: Summary data reported and Evaluation', *IARC Monographs*, Vol. 831
- Nafsiah Mboi, Pos Kota Jakarta : 10 Februari 2013.
- Widyastuti, D.A.R, 2012, Fisip UAJY :Gerakan Anti Rokok Vs Iklan Rokok, <http://fisip.uajy.ac.id/2012/05/30/gerakan-anti-rokok-vs-iklan-rokok/> diakse tanggal 23 juni 2014 .
- Maryati, 2013, *Jumlah perokok Indonesia terbanyak ketiga di dunia*, Gatra News 31 Mei 2012 diakses dari <http://old.gatranews.com/kesehatan/73-165-kesehatan/13992-jumlah-perokok-indonesia-terbanyak-ketiga-di-dunia> tanggal 23 Juni 2014 .
- Muliarta, 2012, Perokok Anak di bawah 10 Tahun di Indonesia Capai 239.000 Orang, VOA Indonesia 19 Mei 2012 diakses dari <http://www.voaindonesia.com/content/perokok-anak-di-bawah-10-tahundi-indonesia-capai-239000-orang/727311.html> tanggal 23 Juni 2014
- Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum*, Cet. 6, Kencana Prenada Media Group, Jakarta, 2010
- Soerjono Soekanto, *Pengantar Penelitian Hukum*, UI Press, Jakarta, 1984



Thoha, Miftah. 2008. Ilmu Administrasi Publik Kontemporer. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.;

Philipus M. Hadjon, et.all, *Hukum Administrasi dan Good Governance*, Jakarta: Penerbit Universitas Trisakti

Rusdibjono, *Mewujudkan Ketertiban dan Ketentraman Masyarakat*, Jakarta: Pustaka

The Liang Gie, *Pertumbuhan Pemerintahan Daerah Di Negara Republik Indaonesi*, Liberty, Yogyakarta, 1967

E. Koswara, *Otonomi Daerah: untuk demokrasi dan kemandirian rakyat*, Yayasan PARIBA, Jakarta, 2001

Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik Tahun 2012

---

---

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

---

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

---

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

---

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Merokok dan Kawasan Terbatas Rokok dimaksudkan untuk :

---

---