

**BUKU PANDUAN**  
**PENERAPAN KAMPUS (PERGURUAN TINGGI) SEBAGAI KAWASAN TANPA**  
**ROKOK DI LINGKUNGAN MUHAMMADIYAH**

**KERJA SAMA**

**MUHAMMADIYAH TOBACCO CONTROL CENTER-UNIVERSITAS**  
**MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA (MTCC-UMY), TOBACCO CONTROL NETWORK**  
**DAN MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI, PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN**  
**PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH**

**Editor:**

Dianita Sugiyo, S.Kep., Ns., MHID

dr. Supriyatiningih, Sp. OG., M.Kes

Muhammad Sayuti, M.Pd., M.Ed., PhD

Resti Yulianti Sutrisno, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.KMB

**Tim Penulis:**

Afriansyah Tanjung, S.H., M.Kn

Soewardiman Al Afghani, S.H

Elvin Lazuardi, S.E

Velandani Prakoso, S.IP

Wahyu Budi Nugroho, S.Pd.I

Nabila Nur Fitria, S.E

Indah Novita Sari S.J, S.H

Satria Sukananda, S.H., M.H

Rianti Nur Istiqomah, S.IP

## DAFTAR ISI

<b>BAB I</b> .....	4
<b>PENDAHULUAN</b> .....	4
<b>A. Latar Belakang</b> .....	4
<b>B. Tujuan</b> .....	7
<b>C. Manfaat</b> .....	8
<b>BAB II</b> .....	9
<b>DEFINISI</b> .....	9
<b>BAB III</b> .....	10
<b>BAHAYA ROKOK DAN ASAP ROKOK ORANG LAIN BAGI KESEHATAN</b> .....	10
<b>A. ROKOK DAN KOMPOSISI KIMIANYA</b> .....	10
<b>B. PENGARUH MEROKOK TERHADAP KESEHATAN</b> .....	12
<b>C. DAMPAK KESEHATAN ROKOK ELEKTRIK</b> .....	18
1. <b>Komposisi Berbagai Larutan Berbeda-beda dan tidak terstandar</b> .....	18
2. <b>Kadar Nikotin Rokok Elektronik dan Efeknya</b> .....	19
<b>BAB IV</b> .....	23
<b>DASAR PERTIMBANGAN PERLUNYA PERATURAN</b> .....	23
<b>KAWASAN TANPA ROKOK</b> .....	23
1. <b>Masalah, Fakta dan Data Tentang Bahaya Merokok Bagi Kesehatan</b> .....	23
<b>BAB V</b> .....	35
<b>BAHAYA ROKOK DAN PAPARAN ASAPNYA SERTA ALASAN PERLUNYA PENGENDALIAN IKLAN, REKLAME, PROMOSI DAN SPONSORSIP</b> .....	35
<b>PRODUK TEMBAKAU</b> .....	35
<b>BAB VI</b> .....	48
<b>LANGKAH-LANGKAH PENERAPAN DAN PENGEMBANGAN</b> .....	48
<b>KAWASAN TANPA ROKOK &amp; PENGENDALIAN IKLAN/REKLAME, PROMOSI, DAN SPONSORSHIP ROKOK</b> .....	48

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

1. **Fatwa Majelis Tarjih dan Tajdid Pimpinan Pusat Muhammadiyah Nomor 6/SM/MTT/III/2010** tentang Hukum Merokok menetapkan hukum merokok adalah Haram karena berbagai alasan tersebut dibawah ini;
  - a. Merokok termasuk kategori perbuatan melakukan yang dilarang dalam Q. 7: 157;
  - b. Perbuatan merokok mengandung unsur menjatuhkan diri ke dalam kebinasaan dan bahkan merupakan perbuatan bunuh diri secara perlahan sehingga oleh karena itu bertentangan dengan larangan Al-Quran dalam Q. 2: 195 dan 4;
  - c. Perbuatan merokok membahayakan diri dan orang lain yang terkena paparan asap rokok sebab rokok adalah zat adiktif dan berbahaya sebagaimana telah disepakati oleh para ahli medis dan para akademisi dan oleh karena itu merokok bertentangan dengan prinsip syariah dalam hadis Nabi saw bahwa tidak ada perbuatan membahayakan diri sendiri dan membahayakan orang lain;
  - d. Rokok diakui sebagai zat adiktif dan mengandung unsur racun yang membahayakan walaupun tidak seketika melainkan dalam beberapa waktu kemudian sehingga oleh karena itu perbuatan merokok termasuk kategori melakukan suatu yang melemahkan sehingga bertentangan dengan hadis Nabi saw yang melarang setiap perkara yang memabukkan dan melemahkan;
  - e. Merokok jelas membahayakan kesehatan bagi perokok dan orang sekitar yang terkena paparan asap rokok, maka pembelajaran uang

untuk rokok berarti melakukan perbuatan mubazir (pemborosan) yang dilarang dalam Q. 17: 26-27;

- f. Merokok bertentangan dengan unsur-unsur tujuan Syariah, yaitu (1) perlindungan agama, (2) perlindungan jiwa/raga, (3) perlindungan akal, (4) perlindungan keluarga, dan (5) perlindungan harta.

## **2. Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan**

Pasal 115 Ayat (1) Kawasan Tanpa Rokok antara lain: Fasilitas pelayanan kesehatan; Tempat proses belajar mengajar; Tempat anak bermain; Angkutan umum; Tempat kerja; dan Tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.

**Pasal 115 ayat (2)** Pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya.

## **3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 109 Tahun 2012 Tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan.**

**Pasal 50, Ayat:**

- 1) Kawasan Tanpa Rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 antara lain: a. fasilitas pelayanan kesehatan; b. **tempat proses belajar mengajar**; c. tempat anak bermain; d. tempat ibadah; e. angkutan umum; f. tempat kerja; dan g. tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.
- 2) Larangan kegiatan menjual, mengiklankan, dan mempromosikan Produk Tembakau tidak berlaku bagi tempat yang digunakan untuk kegiatan penjualan Produk Tembakau di lingkungan Kawasan Tanpa Rokok.

**Pasal 51** Kawasan Tanpa Rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 50 huruf f dan huruf g menyediakan tempat khusus untuk merokok.

## A. Ruang Lingkup Penerapan KTR

1. Penerapan Kawasan Tanpa Rokok dan pengendalian iklan/reklame, promosi, dan *sponsorship* rokok dilaksanakan di lingkungan Perguruan Tinggi Muhammadiyah-'Aisyiyah meliputi:
  - a. Larangan merokok atau mengonsumsi produk tembakau;
  - b. Larangan menjual produk tembakau;
  - c. Larangan mengiklankan/memasang reklame produk tembakau;
  - d. Larangan mempromosikan produk tembakau;
  - e. Tidak menyediakan tempat khusus untuk merokok;
  - f. Larangan menerima *sponsorship* dari industri rokok baik dalam bentuk bantuan biaya pembayaran pendidikan atau bentuk lainnya;
  - g. Larangan mendapatkan beasiswa dari industri rokok;
  
2. Jenis kegiatan dalam Penerapan Kawasan Tanpa Rokok dan pengendalian iklan/reklame, promosi, dan *sponsorship* rokok dapat berupa:
  1. Pembentukan tim perumus Kawasan Tanpa Rokok;
  2. Perumusan dan pengesahan SK Rektor terkait Kawasan Tanpa Rokok;
  3. Pembentukan satuan petugas (satgas) Kawasan Tanpa Rokok;
  4. Sosialisasi Kawasan Tanpa Rokok;
  5. Implementasi Kawasan Tanpa Rokok;
  6. Mahasiswa menandatangani pakta integritas tentang komitmen untuk tidak merokok di kampus;

7. Penyediaan dan penyebarluasan media informasi mengenai Kawasan Tanpa Rokok;
8. Memfasilitasi upaya berhenti merokok;
9. *Monitoring* dan Evaluasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok.

## **B. Indikator Capaian**

Indikator capaian meliputi:

1. Tertib administrasi penyelenggaraan terutama Surat Keputusan, Rencana Penerapan, *monitoring*-evaluasi dan pelaporan dan instrumen-instrumen pokok.
2. Kelengkapan minimal sumberdaya:
  - a. Sumber Daya Manusia, seperti : fasilitator, petugas teknis, petugas administratif dll;
  - b. Sarana-prasarana;
  - c. Dukungan biaya;
  - d. Keberfungsian Kelompok Kerja;
  - e. Kelengkapan minimal pelaksana teknis;
  - f. Pendayagunaan jaringan kerja.

Mempertimbangkan hal-hal tersebut di atas, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta memandang perlu membangun kesepahaman di berbagai jajaran untuk melakukan perlindungan terhadap sivitas akademika dari paparan asap rokok, maka dianggap perlu menyusun BUKU PANDUAN PENERAPAN KAMPUS (PERGURUAN TINGGI) KAWASAN TANPA ROKOK DI LINGKUNGAN MUHAMMADIYAH.

## **B. Tujuan**

Buku disusun dalam rangka memberikan informasi lebih lengkap dan acuan yang seragam dalam pelaksanaan KTR pada program **Kampus**

**Senyaman Taman (Kampus Sehat dan Nyaman)** di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta adalah untuk:

1. Mewujudkan kawasan Kampus Tanpa Rokok;
2. Mewujudkan Kampus Hijau Berwawasan *Reduce, Reuse, Recycle* (Kampus Bersih dan Hijau);
3. Mewujudkan Suasana Akademik Yang Kondusif (Kampus Tertib dan Aman);
4. Menjaga & Memanfaatkan Fasilitas Umum UMY Secara Baik & Bertanggungjawab (Kampus Tertib dan Aman) & (Kampus Bersih dan Hijau).

### **C. Manfaat**

Buku pedoman ini diharapkan bermanfaat bagi semua pihak terutama sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Berikut rincian manfaat buku pedoman Kawasan Tanpa Rokok:

1. Meningkatkan produktivitas kerja dan kegiatan belajar mengajar;
2. Dosen, mahasiswa dan karyawan tidak terganggu asap rokok saat bekerja dan dalam melaksanakan kegiatan belajar mengajar;
3. Terciptanya lingkungan kampus maupun sekitarnya yang aman, nyaman dan sehat bebas asap rokok;
4. Sebagai salah satu contoh Perguruan Tinggi Muhammadiyah yang nyaman, sehat dan ramah kepada masyarakat dan penyandang disabilitas.



## **BAB II**

### **DEFINISI**

1. Kesehatan adalah keadaan sehat secara fisik, mental, spiritual dan sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.
2. Merokok adalah kegiatan membakar rokok dan/atau menghisap asap rokok.
3. Rokok adalah salah satu produk tembakau yang dimaksudkan untuk dibakar dan 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 sintetisnya yang asapnya mengandung nikotin dan tar, dengan atau tanpa bahan tambahan.
4. Produk tembakau adalah suatu produk yang secara keseluruhan atau sebagian terbuat dari daun tembakau sebagai bahan bakunya yang diolah untuk digunakan dengan cara dibakar, dihisap dan dihirup atau dikunyah.
5. Zat adiktif adalah bahan yang menyebabkan adiksi atau ketergantungan yang membahayakan kesehatan dengan ditandai perubahan perilaku, kognitif dan fenomena fisiologis, keinginan kuat untuk mengkonsumsi bahan tersebut, kesulitan dalam mengendalikan penggunaannya, memberi prioritas pada penggunaan bahan tersebut dari pada kegiatan lain, meningkatnya toleransi dan dapat menyebabkan keadaan gejala putus zat.
6. Kawasan tanpa rokok adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan atau mempromosikan produk tembakau.

7. Promosi Produk Tembakau adalah kegiatan pengenalan atau penyebarluasan informasi tentang produk tembakau untuk menarik minat beli konsumen terhadap produk tembakau yang akan dan sedang diperdagangkan.

### **BAB III**

#### **BAHAYA ROKOK DAN ASAP ROKOK ORANG LAIN BAGI KESEHATAN**

Asap rokok merupakan asap yang bercampur antara asap dan partikel. Asap ini terdiri dari 4000 senyawa kimia yang bercampur, termasuk didalamnya bahan beracun dan 69 diantaranya merupakan bahan penyebab kanker (Kemenkes RI, 2012). Kebiasaan merokok bagi sebagian besar masyarakat di Indonesia masih dianggap sebagai perilaku yang wajar, dan merupakan bagian dari kehidupan sosial dan gaya hidup. Sebagian besar dari para perokok aktif mengabaikan risiko dan bahaya paparan asap rokok terhadap diri sendiri dan orang di sekitarnya. Di Indonesia, lebih dari 57% dalam sebuah rumah tangga mempunyai sedikitnya satu orang perokok, dan hampir semua perokok 91,8% merokok di rumah. Prevalensi perokok pasif laki laki di Indonesia 31,8% dan perempuan 66%. Rata-rata rokok yang dikonsumsi 1-10 batang per hari sebesar 51,7% dan rata-rata konsumsi rokok 11-20 batang per hari sebesar 42,6% (Riskesdas, 2013).

#### **A. ROKOK DAN KOMPOSISI KIMIANYA**

Rokok dibuat dengan bahan utama adalah daun tembakau yang dikeringkan yang dapat mengandung 1% – 3% senyawa nikotin. Bila rokok dinyalakan dan asapnya dihisap maka nikotin dalam darah meningkat sekitar 40 –50 mg/ml darah. Dokter spesialis paru dari Rumah Sakit Persahabatan, Agus Dwi Susanto mengatakan, rokok mengandung lebih dari 4000 zat kimia, sebanyak 60 di antaranya bersifat karsinogenik atau penyebab kanker (Kompas, Mei 2016). Lebih lanjut menurut Aditama (1992) ada sekitar 4000

bahan kimia yang dihasilkan dari pembakaran rokok, dan yang bersifat karsinogenik atau menyebabkan kanker diantaranya adalah nikotin, gas karbon monoksida, nitrogen oksida, hidrogen sianida, amoniak, asetilen, benzaldehid, uretan, benzen, metanol, koumarin, 4-etilkatekol, ortokresol, perilen dan lainnya, yang berada dalam bentuk komponen gas dan padat atau partikel. Komponen padat atau partikel dibagi lagi menjadi nikotin dan tar. Dikatakan pula bahwa tar merupakan kumpulan ribuan bahan kimia bersifat karsinogenik yang terdapat dalam asap rokok. Sementara nikotin, selain dapat menjadi senyawa nitrosamin yang bersifat karsinogenik juga merupakan senyawa adiktif, yang menyebabkan seseorang ketagihan dan menimbulkan rasa ketergantungan. Hal yang juga penting untuk diketahui bahwa asap yang ditimbulkan dari ujung rokok yang dibakar (asap sampingan) memiliki kadar senyawa kimia yang lebih tinggi dibandingkan dengan asap yang dihisap oleh si perokok (asap utama), seperti (Sharon *et al.*, 2001):

1. Aseton, 2 – 5 kali lebih tinggi dalam asap sampingan;
2. Benzene, 10 kali lebih tinggi dalam asap sampingan;
3. Gas CO (karbon monoksida), 2,5 – 4,7 kali lebih tinggi dalam asap sampingan.;
4. Nikotin, 1,8 – 3,3 kali lebih tinggi dalam asap sampingan;
5. Asam asetat, 1,9 – 3,9 kali lebih tinggi dalam asap sampingan;
6. Hidrogen sianida, 4,2 – 6,4 kali lebih tinggi dalam asap sampingan;
7. Toluena, 6 – 8 kali lebih tinggi dalam asap sampingan;
8. Anilin, 30 kali lebih tinggi dalam asap sampingan;
9. Nikel, 3 kali lebih tinggi dalam asap sampingan.

**Tabel Bahan dalam asap rokok yang berhubungan dengan terjadinya kanker pada manusia**

Bahan yang terbukti bersifat karsinogenik pada manusia	Bahan yang diduga bersifat karsinogenik pada manusia
4-aminobiphenyl	Benzo(a)pyrene
Arsenic	Cadmium
Benzene	Dibenz(a,h)anthracene
Chromium	Formadehyde
Nickel	N-Nitrosodiethylamine
Vinyl chloride	N-Nitrosodimethylamine

Sumber: Sharon *et al.* (2001)

Rokok di Indonesia, menurut Aditama (1992) mempunyai kadar tar dan nikotin yang lebih tinggi daripada rokok yang diproduksi di luar negeri. Disebutkan juga bahwa jumlah perokok di Indonesia sampai tahun 1986 dari data yang dikumpulkan WHO adalah 75% pria dan 5% wanita dari jumlah penduduk Indonesia, dan jumlah ini cenderung meningkat.

## B. PENGARUH MEROKOK TERHADAP KESEHATAN

Tembakau berada pada peringkat utama penyebab kematian yang dapat dicegah di dunia. Merokok juga merupakan penyebab kematian satu dari 10 kematian orang dewasa di seluruh dunia, serta mengakibatkan 5,4 juta kematian pada tahun 2006, ini berarti rata-rata satu kematian setiap 6,5 detik (Jia-Xiang, 2014). Lebih lanjut Dr. Agus mengungkapkan bahwa pasien penderita kanker paru, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), stroke, dan jantung koroner, kebanyakan adalah perokok (Kompas, 25 Mei 2016). Menurut keadaan terkini, hampir 70% perokok di Indonesia memulai merokok sebelum umur 19 tahun, bahkan data Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional) 2003 menyebutkan usia 8 tahun sudah mulai merokok. Merokok merupakan faktor terbesar yang dapat dicegah yang menyebabkan morbiditas (perbandingan jumlah orang yang sakit dengan yang sehat dalam suatu populasi penduduk) dan mortalitas (perbandingan jumlah orang yang mati dalam suatu populasi penduduk) di negara maju seperti Amerika (Andrew WB and Neil, 2013). **Namun, merokok merupakan hal yang nyaris tidak ada pencegahan di negara berkembang seperti di Indonesia.**

Menurut data dari situasi rokok Indonesia (Wijaya, 2013) beberapa penyakit tidak menular yang diakibatkan oleh kegiatan merokok, diantaranya adalah:

1. 90% penyakit kanker paru-paru pada pria dan 70% pada wanita;
2. 56-80% penyakit saluran pernafasan (brokhitis kronis dan pneumonia);
3. 22% penyakit jantung dan penyakit pembuluh darah lainnya;
4. 50% impotensi pada pria;
5. Infertilitas pada wanita baik sebagai perokok aktif maupun pasif;
6. Abortus spontan, bayi berat lahir rendah, bayi lahir mati dan komplikasi melahirkan lainnya pada wanita;
7. Meningkatkan infeksi saluran pernafasan, penyakit telinga tengah, asma atau *sudden infant death syndrome* (SIDS) pada bayi dan anak-anak.

Lebih lanjut, juga disampaikan bahwa jumlah kematian akibat merokok telah mencapai 5 juta penduduk dunia pada tahun 2005, dan diperkirakan angka ini akan mencapai 100 juta di abad ke-20. Angka tersebut akan terus meningkat dan diperkirakan pada tahun 2030 akan mencapai 8 juta kematian akibat rokok per tahunnya apabila tidak ada upaya-upaya penanggulangan yang efektif. Dari hasil konverensi yang diadakan oleh *the American Cancer Society*, bulan Juni 1998 menyimpulkan bahwa (Frank, 2000):

1. Angka pengonsumsi rokok oleh orang dewasa dan remaja meningkat;
2. Dengan merokok tidak mengurangi risiko kecanduan nikotin;
3. Dengan meningkatnya perokok dan perokok pasif meningkatkan risiko kematian akibat merokok;
4. Asap rokok mengandung konsentrasi komponen toksik dan karsinogenik lebih tinggi dari pada rokok dan merupakan sumber populasi udara utama dari *fine-particle* dan karbon monoksida indoor;

5. Dengan merokok terbukti penyebab kanker paru-paru dan *upper aerodigestive tract*.

Berdasarkan pengamatan epidemiologi dan pada banyak penelitian memperlihatkan bahwa nikotin memberikan pengaruh yang membahayakan bagi kesehatan manusia. Nikotin berpengaruh dalam meningkatkan faktor faktor agresif, melemahkan faktor-faktor pertahanan dan menekan pengaruh pengobatan. Walaupun banyak pengamatan yang menghasilkan hasil yang bertentangan, namun sangat banyak bukti nyata bahwa nikotin pada kenyataannya berbahaya bagi kesehatan tubuh.

Hasil pengamatan terhadap suatu populasi perokok menunjukkan bahwa adanya kecenderungan perokok untuk terus mengkonsumsi rokok yang dapat menyebabkan kerusakan potensial terhadap kesehatan. Kerusakan kesehatan ini terutama diakibatkan dari kandungan tar dan nikotin. Mulai dari kandungan yang rendah dalam rokok dan kerusakan meningkat dengan meningkatnya kadar tar dan nikotin, terlebih lagi bila diikuti dengan meningkatnya level konsumsi rokok (Martin *et al.*, 2001).

Penelusuran karya-karya ilmiah hasil pengamatan terhadap pengaruh negatif merokok terhadap kesehatan ini memperlihatkan bahwa pengaruh merokok sangat besar terhadap kesehatan seseorang. Gangguan-gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh merokok sangat luas dan kompleks.

Hampir seluruh organ fisiologis tubuh seorang yang menghirup atau mengkonsumsi rokok tidak terlepas dari pengaruh asap rokok yang masuk ke dalam tubuh. Diantara senyawa yang terdapat dalam asap rokok adalah nikotin dan senyawa metabolisemenya serta tar, merupakan senyawa yang paling banyak menimbulkan gangguan kesehatan. Sifatnya yang mudah diserap dan masuk ke dalam darah memungkinkan senyawa ini terdapat di seluruh jaringan tubuh perokok maupun perokok pasif. Dengan keberadaan senyawa tersebut dalam jaringan memungkinkan timbulnya gangguan-gangguan oleh senyawa tersebut di dalam jaringan.

Peran nikotin dalam menimbulkan gangguan tersebut dapat bersifat langsung dan tidak langsung terhadap suatu abnormali dari sistem fisiologis

tubuh manusia dan hewan percobaan. Pembentukan senyawa toksik nitrosamin dari nikotin mempunyai peranan yang kuat dan luas dalam menimbulkan gangguan-gangguan fisiologis tersebut. Sebagai senyawa toksik N-nitrosamin dan derivatnya dapat menimbulkan gangguan proses fisiologis pada jaringan seperti pada gangguan penutupan luka lapisan mukosa, kerusakan lapisan dalam saluran darah maupun pernafasan imbulnya peradangan, kanker dan lainnya. Senyawa N-nitrosamin dan senyawa lainnya yang terkandung dalam asap rokok tidak saja bersifat toksik tapi juga bersifat karsinogenik. Sebagai senyawa karsinogenik yang mudah diserap oleh darah, memungkinkan senyawa ini dapat menginduksi terjadinya kanker mulai dari rongga mulut, saluran pernafasan dan paru-paru, pembuluh darah, dan pada jaringan organ fisiologis lainnya. Terbentuknya kanker oleh senyawa tersebut dimulai dengan sifatnya sebagai radikal bebas atau oksidatif kuat dalam berbagai reaksi kimia tubuh. Selain itu senyawa aktif N-nitrosamin dan derivatnya dapat pula menginduksi pembentukan senyawa lain yang bersifat karsinogenik bagi jaringan bersangkutan. Dengan mengetahui senyawa-senyawa toksik dan karsinogenik yang mudah diserap oleh tubuh yang terdapat dalam asap rokok, dan gangguan fisiologis yang dapat ditimbulkannya menjadikan asap rokok secara lambat namun pasti menyebabkan banyak gangguan kesehatan yang dapat bersifat fatal baik bagi si perokok dan terlebih bagi perokok pasif. Sebagai perokok pasif, menurut Aditama (1992) menerima kadar nikotin dan senyawasenyawa karsinogenik lainnya yang lebih tinggi daripada si perokok. Terlebih lagi bagi seorang wanita perokok pasif yang di dalam tubuhnya terdapat GRPR yang terikat kromosom-x (Sharon *et al.*, 2000) yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap terkenanya kanker. Hal-hal tersebut menjadikan wanita sebagai penerima akibat merokok yang paling besar dalam posisi sebagai perokok pasif.

Mensikapi hal tersebut, maka perlu penanggulangan masalah merokok yang dapat menyadarkan masyarakat baik di perkotaan maupun di pedesaan. Penanggulangan masalah merokok bukan saja menjadi tanggung jawab badan-badan kesehatan, melainkan merupakan tanggung jawab bersama

yang melibatkan berbagai sektor terkait, termasuk media masa. Berdasarkan besarnya bahaya kesehatan yang ditimbulkan dengan merokok dan kurangnya informasi yang dapat menyadarkan masyarakat luas terutama di pedesaan, diperoleh bahwa jumlah perokok di pedesaan lebih banyak dari perokok di daerah perkotaan, demikian juga dengan tingkat kematian terkait kegiatan merokok. Hal ini sebagaimana dilaporkan oleh Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar, Litbang Kesehatan, 2007) prevalensi merokok di pedesaan (37,4%) lebih tinggi daripada perkotaan (32,3%). Demikian juga dengan kematian anak-anak dengan orang tua perokok dan terlebih di pedesaan (Tabel dibawah).

**Tabel Bahan dalam asap rokok yang berhubungan dengan terjadinya kanker pada manusia**

Subjek	Perkotaan		Pedesaan	
	Ayah perokok	Ayah tidak perokok	Ayah perokok	Ayah tidak perokok
Kematian bayi	6,3%	5,3%	9,2%	6,4%
Kematian balita	8,1%	6,6%	10,9%	7,6%

Sumber: Richard *et al.* (2009)

Memperhatikan data dalam tabel diatas, dapat diasumsikan bahwa tingkat kesadaran ayah di perkotaan terhadap bahaya merokok yang dapat berakibat pada kematian bayi dan balita lebih besar daripada tingkat kesadaran seorang ayah di pedesaan. Kesadaran akan bahaya merokok dari seorang perokok dapat tercermin melalui penanggulangan masalah merokok yang dilakukan melalui pendekatan "Gaya Hidup Sehat" di perkotaan maupun di pedesaan. Hal ini dapat terekpresi dalam perilaku perokok dengan tidak merokok di dalam rumah. Disadari bahwa dengan merokok di dalam rumah dapat membahayakan perokok pasif dan juga mengganggu kenyamanan anggota keluarga yang berada di dalam rumah. Dampak udara dengan asap rokok yang ada di dalam rumah akan lebih lebih besar apabila ventilasi dan



sirkulasi udara dalam rumah tidak memadai sehingga menjadikan ruangan terasa semakin pengap dengan asap rokok.

Upaya lain dalam penanggulangan masalah rokok adalah melalui kesadaran masyarakat akan kesehatan lingkungan, yang sekaligus merupakan upaya penanggulangan minimal masyarakat melalui kesadaran akan kesehatan lingkungan udara yang bersih dan sehat. Hal tersebut dapat dilihat dari sikap masyarakat setempat terhadap kesehatan udara lingkungan terutama di tempat-tempat umum di sekitarnya dengan adanya area-area bebas rokok. Kurangnya kesadaran masyarakat terhadap bahaya merokok menjadi alasan mengapa sulit untuk menetapkan area bebas asap rokok baik di daerah urban atau perurban. Hal ini dapat dilihat dari adanya dan terpeliharanya Area Bebas Rokok (ABR) seperti di tempat kerja masing-masing, restoran, rumah makan, angkutan umum, tempat ibadah dan sebagainya. Penetapan ABR di berbagai tatanan umum dapat diwujudkan melalui penggalangan komitmen bersama untuk melaksanakannya. Penetapan ABR lebih terlihat nyata keberadaannya di daerah urban daripada daerah periurban, terutama di restoran atau rumah makan sarana kesehatan, tempat kerja, institusi pendidikan, arena kegiatan anak-anak, tempat ibadah dan angkutan umum bis dan kereta ber-AC yang sehat bebas dari asap rokok.

Kedua cara penanggulangan bahaya merokok melalui pendekatan kesadaran masyarakat di tingkat keluarga lalu ke tingkat lingkungan kerja dan sosial, nampaknya lebih memperlihatkan hasil. Kesadaran masyarakat terhadap bahaya merokok dapat dibina dan ditingkatkan dengan dimulai dari lingkungan keluarga sebagai bagian terkecil dari masyarakat untuk hidup bersih dan sehat baik di dalam rumah maupun lingkungannya. Demikian juga dengan kesadaran perlunya memelihara kesehatan udara lingkungan yang bebas polusi asap terutama di tempat umum, dan khususnya bagi mereka yang tidak merokok sebagai hak mereka mendapatkan udara bersih.

## C. DAMPAK KESEHATAN ROKOK ELEKTRIK

### Risiko pajanan dari kandungan cairan (*e-liquid*) dan aerosol (uap)

Dampak rokok elektronik terhadap kesehatan berkaitan erat dengan pajanan terhadap kandungan bahan pada cairan (*e-liquid*) dan aerosol (uap) rokok elektronik yang dijelaskan sebagai berikut:

#### 1. Komposisi Berbagai Larutan Berbeda-beda dan Tidak Terstandar.

Cairan pada katrid rokok elektronik pada umumnya berisi larutan terdiri dari *Propylene glycol*, *Glycerin*, nikotin, water dan perisa (*flavoring*). Larutan ini diistilahkan dengan *E-liquid* atau *E-juice* karena rasanya yang bervariasi seperti rasa buah-buahan, rasa mint, kopi, permen, rasa rokok konvensional dan lain-lain. Komposisi berbagai larutan dalam cairan (*e-liquid*) dan aerosol (uap) bervariasi tiap produk. Cheng (2014, *cit* Badan POM, 2017) melakukan evaluasi terhadap komposisi kimia rokok elektronik dengan metode *systematic literatur* terhadap 29 studi terkait, ditemukan:

- 1) Kadar nikotin, *tobacco-specific nitrosamines* (TSNAs), *aldehydes*, *metals*, *volatile organic compounds* (VOCs), perisa (*flavours*), *solvent carriers* dan *tobacco alkaloids* di dalam katrid, refill (isi ulang) dan aerosol (uap) sangat bervariasi di tiap produk.
- 2) Pangangkutan asupan nikotin (*delivery of nicotine*) dan pelepasan TSNAs, aldehida dan logam juga menunjukkan hasil yang tidak konsisten di tiap produk.
- 3) Kadar nikotin yang tertera di label katrid dan refill rokok elektronik seringkali berbeda signifikan dari kadar yang diukur sebenarnya. Callahan-Lyon P, et.al (2014) : Studi pengukuran *e-liquid* pada rokok elektronik yang dijual melalui ritel dan secara *online* diperoleh hasil kadar nikotin yang bervariasi dari 14,8 – 87,2 mg/ml pada larutan. *FDA's Division of Pharmaceutical Analysis* melakukan pengujian kadar nikotin pada 3 (tiga) katrid yang berbeda dengan label yang sama dan menemukan kadar

nikotin yang bervariasi 26,8 – 43,2 µg /100 ml puff. Dengan tidak adanya standarisasi kualitas, maka dimungkinkan komposisi rokok elektronik tidak dapat terkontrol dan berpotensi menyesatkan.

## **2. Kadar Nikotin Rokok Elektronik dan Efeknya**

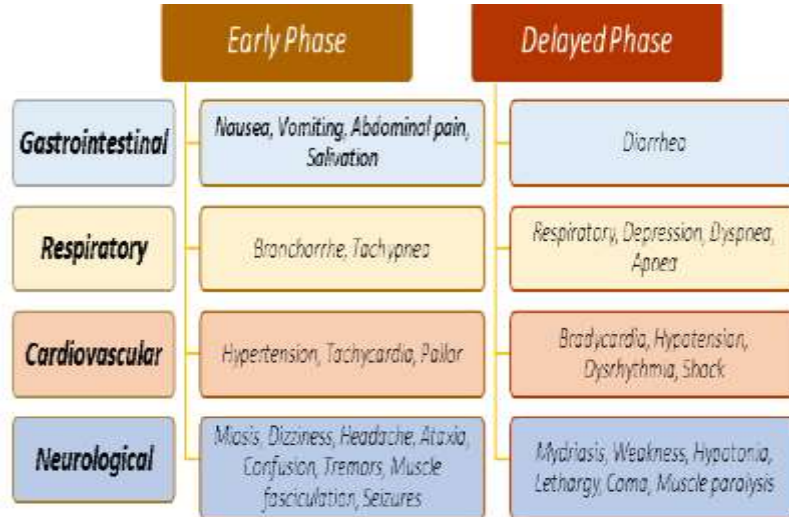
Nikotin (C<sub>10</sub>H<sub>14</sub>N<sub>2</sub>) adalah senyawa yang bersifat toksik dan sifat toksik pada nikotin sangat kuat dan kompleks. Prototipikalnya adalah agonis pada reseptor *kolinergik nicotinic*, dimana secara dramatis merangsang neuron dan pada akhirnya menghalangi transmisi sinaptik. Pada dosis rendah, akan merangsang ganglia otonom. Pada dosis yang lebih tinggi, akan menghambat *ganglia otonom* dan *skeletal muscle neuromuscular junctions*, serta akan berefek langsung pada *central nervous system*. Mual dan muntah adalah gejala yang paling umum dari keracunan nikotin akut. Dosis yang berlebihan akan menyebabkan *tremor*, diikuti oleh kejang.

*Paralysis* dan *kolaps* pembuluh darah adalah ciri yang menonjol dari keracunan nikotin akut. Seringkali kematian disebabkan oleh *respiratory paralysis*, yang mungkin terjadi segera setelah gejala pertama keracunan nikotin akut. Dosis minimum *acute lethal oral* yang tidak dapat ditoleransi manusia diperkirakan sekitar 0,5-0,75 mg per kg berat badan, pada orang dewasa rata-rata sekitar 40 – 60 mg. Dosis letal nikotin menyebabkan depresi dan kelumpuhan sistem saraf pusat, mempengaruhi *peripheral autonomic nervous system ganglia* dan *nerve endings on skeletal muscles*. Nikotin telah terbukti memiliki efek buruk pada proses reproduksi, berat badan janin dan perkembangan janin. Efek kronis yang berhubungan dengan merokok antara lain : Kanker paru-paru, emfisema, penyakit jantung dll.

Sebagian besar produk rokok elektronik mengandung nikotin. Namun seringkali label dan promosi produk terkait kandungan kadar nikotin tidak akurat. FDA melaporkan bahwa kartrid rokok elektronik yang diklaim tanpa nikotin, pada kenyataannya terdeteksi mengandung kadar nikotin. Studi di

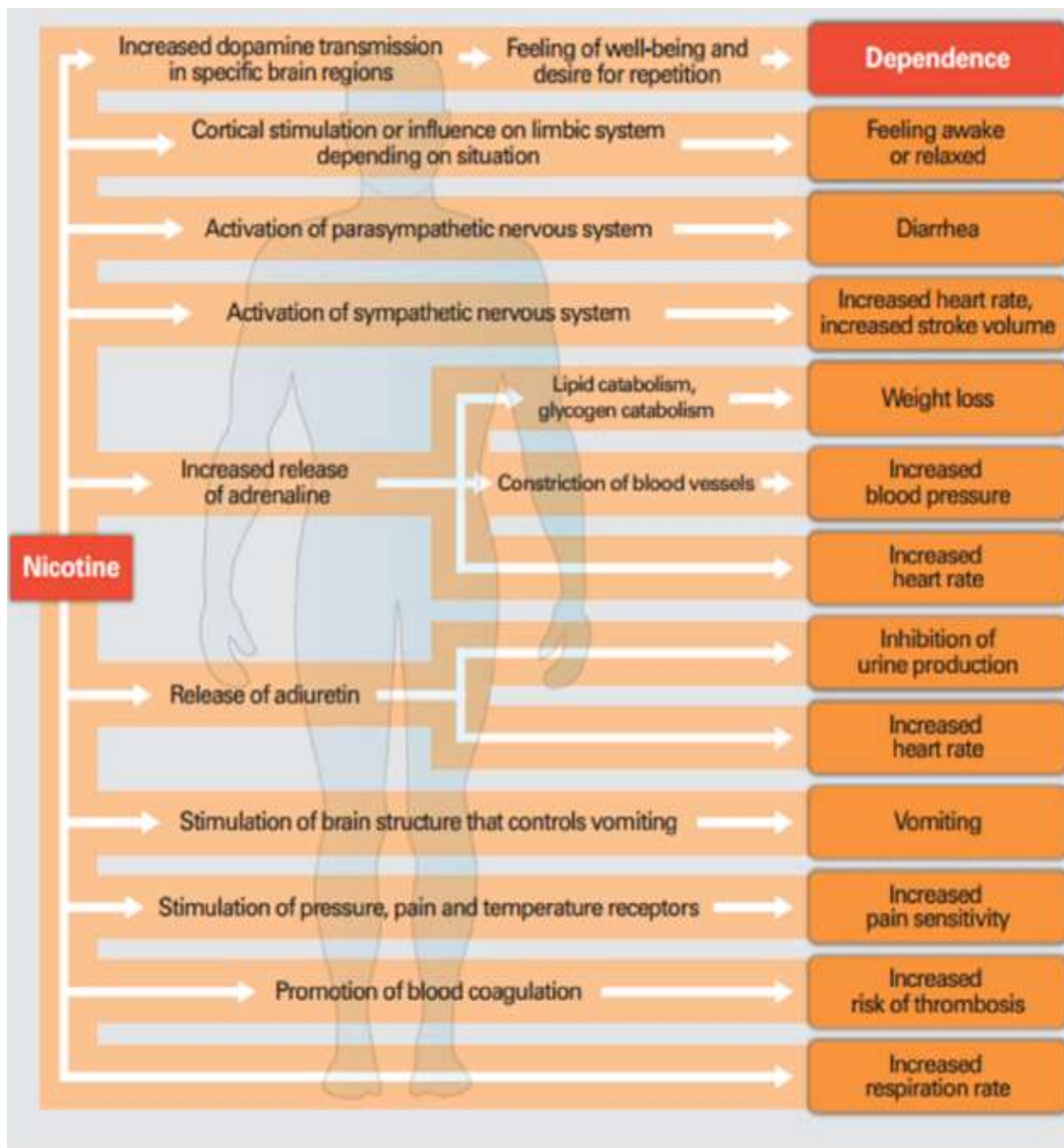
Perancis mengevaluasi kandungan nikotin dari label rokok elektronik, dilakukan uji terhadap 20 sampel katrid, ditemukan bahwa umumnya kandungan nikotin yang sebenarnya lebih tinggi dibandingkan dengan yang tercantum di label, bahkan ditemukan beberapa kasus kandungan nikotin 2 (dua) sampai dengan 5 (lima) kali lebih besar. Goniewicz dkk, (2014, cit Badan POM, 2017) menemukan beberapa produk memberikan kadar nikotin yang berbeda pada katrid yang sama untuk penggunaan tiap kali pakai. Fakta-fakta inkonsistensi kadar nikotin dalam katrid rokok elektronik di atas, tentu sangat mengkhawatirkan karena apabila terjadi paparan kadar nikotin yang berlebihan maka dapat menyebabkan efek yang serius, antara lain :

**Gambar Paparan akut terhadap nikotin-like alkaloids (Schep, et.al, 2013 cit Badan POM, 2017)**



## Gambar Efek Farmakologis Nikotin

(German Cancer Research Centre, 2013 cit Badan POM, 2017)



Nikotin yang digunakan dalam jangka waktu yang lama dan gradual akan terakumulasi dalam tubuh dan mengakibatkan gangguan pada pembuluh darah, seperti penyempitan atau pengentalan darah, dan efek lainnya seperti gambar 2. Sehingga walaupun jumlahnya lebih sedikit apabila terakumulasi, nikotin pada rokok elektronik juga sama bahayanya dengan rokok konvensional. Bahaya yang lain paparan

nikotin selama kehamilan berpotensi menyebabkan efek pada janin diantaranya kerusakan sel otak janin, efek defisit neurologis seperti potensi gangguan kinerja belajar dan memori. Studi Slotkin menyebutkan efek nikotin sangat mirip dengan efek kokain pada perkembangan otak. Pada April 2014, CDC melaporkan hasil jumlah laporan ke *poison centers* terkait keracunan akibat rokok elektronik ber-nikotin, meningkat dari 1 (satu) per bulan di September 2010 menjadi 215 per bulan di Februari 2014. Nikotin cair pada rokok elektronik bisa lebih berbahaya dari rokok konvensional karena tidak hanya dengan dihirup, melainkan juga jika terkena kulit. Masalah serius yang dapat ditimbulkan karena korban keracunan banyak menimpa anak-anak yang tidak sengaja meminum nikotin cair tersebut dari orang tuanya, padahal akibatnya sangat berbahaya yaitu keracunan nikotin akut hingga menyebabkan kematian.

## **BAB IV**

### **DASAR PERTIMBANGAN PERLUNYA PERATURAN**

#### **KAWASAN TANPA ROKOK**

##### **Masalah, Fakta dan Data Tentang Bahaya Merokok Bagi Kesehatan**

Indonesia menduduki peringkat ke-3 dengan jumlah perokok terbesar di dunia setelah China dan India (Rokok, 2011). Pada tahun 2007, Indonesia menduduki peringkat ke-5 konsumen rokok terbesar setelah China, Amerika Serikat, Rusia dan Jepang. Pada tahun yang sama, Riset Kesehatan Dasar menyebutkan bahwa penduduk berumur di atas 10 tahun yang merokok sebesar 29,2% dan angka tersebut meningkat sebesar 34,7% pada tahun 2010 untuk kelompok umur di atas 15 tahun. Peningkatan prevalensi perokok terjadi pada kelompok umur 15-24 tahun, dari 17,3% (2007) menjadi 18,6% atau naik hampir 10% dalam kurun waktu 3 tahun. Peningkatan juga terjadi pada kelompok umur produktif yaitu 25-34 tahun dari 29.0% (2007) menjadi 31.1% (2010) (Rokok, 2011).

Berdasarkan penjelasan diatas terlihat bahwa masalah merokok sampai saat ini masih menjadi masalah nasional yang perlu secara terus menerus diupayakan penanggulangannya, karena menyangkut berbagai aspek permasalahan dalam kehidupan, yaitu aspek hukum, ekonomi, sosial, politik dan utamanya adalah aspek kesehatan (Rokok, 2011). Saat di ini diperkirakan dari 40,3 juta anak tinggal bersama dengan perokok dan terpapar pada asap rokok dilingkungannya dan disebut sebagai perokok pasif. Sedangkan kita tahu bahwa anak yang terpapar asap rokok dapat mengalami peningkatan risiko terkena bronkitis, pneumonia, infeksi telinga tengah, asma, serta kelambatan pertumbuhan paru-paru. Kerusakan kesehatan dini ini dapat menyebabkan kesehatan yang buruk pada masa dewasa. Orang dewasa bukan perokok pun yang terus-menerus terpapar juga akan mengalami peningkatan risiko kanker paru dan jenis kanker lainnya (Rokok, 2011).

Dari aspek kesehatan, rokok mengandung 4000 zat kimia yang berbahaya bagi kesehatan, seperti nikotin yang bersifat adiktif dan tar yang bersifat karsinogenik, bahkan juga formalin. Ada 25 jenis penyakit yang ditimbulkan karena kebiasaan merokok seperti Emfisema, Kanker Paru, Bronkhitis Kronis, dan Penyakit Paru lainnya. Dampak lain adalah terjadinya penyakit Jantung Koroner, peningkatan

kolesterol darah, berat bayi lahir rendah (BBLR) pada bayi ibu perokok, keguguran dan bayi lahir mati (Rokok, 2011). Soewarta Kosen dkk memperkirakan bahwa jika asumsi tanpa biaya rawat inap, maka total biaya yang dikeluarkan oleh masyarakat karena penyakit yang berkaitan dengan tembakau berjumlah Rp. 15.44 triliun. Angka tersebut jauh lebih besar dibandingkan dengan total biaya rawat inap untuk penyakit yang sama pada tahun 2001 yakni Rp. 2.6 triliun. Total biaya rawat inap untuk penyakit yang berkaitan dengan tembakau sebesar Rp. 3.11 triliun, sehingga total biaya rawat inap dan rawat jalan sebesar Rp. 18.55 triliun (Rokok, 2011).

Data terkini menunjukkan sekitar 1,5 juta orang dari rumah tangga perokok yang berobat penyakit hipertensi dengan biaya yang dihabiskan mencapai Rp. 219 miliar sebulan atau Rp. 2,6 triliun lebih setahun. Rumah tangga perokok juga mengeluarkan belanja untuk berobat penyakit Asma sebesar Rp. 1.1 triliun, penyakit TBC Rp. 636 miliar, penyakit pernafasan lain Rp. 4.3 triliun, dan penyakit jantung 2.6 triliun. Jika tidak biaya rawat inap tidak disubsidi, maka total biaya yang dikeluarkan oleh masyarakat akibat penyakit yang berkaitan dengan tembakau adalah Rp. 15.44 triliun (Rokok, 2011).

Selanjutnya untuk biaya-biaya yang dibelanjakan oleh individu perokok untuk membeli tembakau dalam satu bulan adalah Rp. 216.000; - secara makro dimana total biaya yang dibelanjakan oleh perokok di Indonesia dalam satu bulan sebesar Rp.12.77 triliun dan dalam satu tahun adalah Rp. 153.25 triliun. Kerugian ekonomi total penduduk Indonesia dalam setahun akibat konsumsi produk tembakau mencapai Rp. 338,75 triliun, atau lebih dari enam kali pendapatan cukai rokok Pemerintah yang hanya Rp. 53.9 triliun. Secara makro, terdapat kehilangan tahun produktif (*DALYs Loss/Disability Adjusted Life Years Loss*) sebesar 13.935.68 (7.575.22 untuk laki-laki dan 6.360.46 untuk perempuan) atau 25.5% dari total *DALYs Loss* dalam tahun yang sama (51.520 *DALYs Loss*) (Rokok, 2011).

Indonesia menempati urutan ke-7 terbesar dalam jumlah kematian yang disebabkan oleh kanker yakni sebanyak 188.100 orang. Kematian yang disebabkan oleh penyakit sistem pembuluh darah di Indonesia berjumlah 468.700 orang atau menempati urutan ke-6 terbesar dari seluruh negara-negara kelompok WHO. Kematian yang disebabkan oleh penyakit sistem pernafasan adalah penyakit *chronic*



*obstructive pulmonary diseases* (COPD) yakni sebesar 73.100 orang (66.6%) sedangkan asma sebesar 13.690 orang (13.7%). Kematian akibat penyakit tuberkulosis sebesar 127.000 orang yang merupakan terbesar ke-3 setelah negara India dan China (Rokok, 2011).

Berbagai *evidence based* menyatakan bahwa mengonsumsi tembakau dapat menimbulkan penyakit kanker (Mulut, Pharynx, Larynx, Oesophagus, Paru, Pankreas, dan kandung kemih), penyakit sistem pembuluh darah (Jantung Koroner, Aneurisme Aorta, Pembuluh Darah Perifer, Arteriosklerosis, gangguan pembuluh darah otak) dan sistem pernafasan (Bronchitis, Chronis, Emfisema, Paru Obstruktif Kronik, Tuberkulosis Paru, Asma, Radang Paru, dan Penyakit Saluran Nafas lainnya). berikut data yang dapat dijabarkan akibat merokok:

1. Akibat rokok di Indonesia menyebabkan 9.8% kematian karena penyakit Paru Kronik dan Emfisema pada tahun 2001;
2. Wanita yang merokok mungkin mengalami penurunan atau penundaan kemampuan hamil. Pada pria meningkatkan risiko impotensi sebesar 50%;
3. Seorang bukan perokok yang menikah dengan perokok mempunyai risiko Kanker Paru sebesar 20-30% lebih tinggi daripada mereka yang pasangannya bukan perokok dan juga risiko mendapatkan penyakit Jantung.
4. Ibu hamil yang merokok selama masa kehamilan atau terpapar asap rokok di rumahnya atau di lingkungannya berisiko mengalami proses kelahiran yang bermasalah, termasuk berat bayi lebih rendah, lahir mati dan cacat lahir.
5. Lebih dari 40.3 juta anak Indonesia berusia 0-14 tahun tinggal dengan perokok dan terpapar asap di lingkungannya. Anak yang terpapar asap rokok di lingkungannya mengalami pertumbuhan baru yang lambat dan lebih mudah terkena infeksi saluran pernapasan, infeksi telinga dan asma.

Sebagai perspektif di Indonesia terhadap rokok dapat dijabari data sebagai berikut:

1. Terdapat sekitar 40.3 juta anak 0-14 tahun terpapar asap rokok;
2. 40.5% populasi semua umur terpapar asap rokok di dalam rumah;
3. 4.2% perempuan umur di atas 15 tahun merokok;
4. 65.9% laki-laki umur di atas 15 tahun merokok;
5. 69% rumah tangga memiliki pengeluaran untuk rokok;
6. Rata-rata individu perokok menghabiskan Rp.216.000 untuk membeli tembakau;
7. Rata-rata satu perokok per tahun menghabiskan Rp. 2.592.000 untuk membeli tembakau;
8. Rumah tangga perokok terkaya menghabiskan 7% pendapatannya untuk rokok sementara rumah tangga perokok termiskin menghabiskan 12%;
9. Minimal 1 orang anggota rumah tangga yang mengonsumsi tembakau;
10. 50% dari perokok jangka panjang akan meninggal karena penyakit akibat rokok.
11. Hasil riset kesehatan dasar tahun 2010:
  - a. Prevalensi perokok saat ini sebesar 34,7%.
    - 1) Lebih dari separuh perokok (52,3%) menghisap 1-10 batang rokok setiap hari;
    - 2) 2 dari 5 perokok saat ini merokok rata-rata 11-20 batang setiap hari;
    - 3) 4.7% perokok merokok 21-30 batang setiap hari;
    - 4) 2.1% perokok merokok lebih dari 30 batang setiap hari.
  - b. 76.6% perokok merokok di dalam rumah ketika bersama anggota keluarga lain;
  - c. 1.7% perokok mulai merokok pada usia 5-9 tahun dan tertinggi mulai merokok pada kelompok umur 15-19 tahun (43.3%);

- d. Persentasi nasional penduduk berumur 15 tahun ke atas yang merokok setiap hari sebesar 28.2%;
- e. Persentasi merokok penduduk merokok tiap hari tampak tinggi pada kelompok umur produktif (25-64 tahun) dengan rentang 30.7-32.2%;
- f. Terjadi peningkatan prevalensi perokok yang merokok setiap hari untuk umur 25-34 tahun dari 29.0% (2007) menjadi 31.1% (2010). Peningkatan terjadi pada kelompok umur 15-24 tahun dari 17.3% (2007) menjadi 18.6% (2010);
- g. Rokok merupakan salah satu penyebab kematian terbesar di dunia. Diperkirakan hingga menjelang 2030 kematian akibat merokok akan mencapai 10 juta pertahunnya dan di negara-negara berkembang diperkirakan tidak kurang 70% kematian yang disebabkan oleh rokok;
- h. Dari tiap 10 orang dewasa yang meninggal, 1 orang diantaranya meninggal karena disebabkan asap rokok. Di tahun 2025 nanti, saat jumlah perokok dunia sekitar 650 juta orang maka akan ada 10 juta kematian pertahun;
- i. Tahun 2007 di Indonesia, usia perokok makin muda, jumlah perokok usia 15-19 tahun di Indonesia mencapai 18.8% atau meningkat dari tahun 2001 (12.7%). Begitu juga perokok wanita jumlahnya meningkat terus tiap waktu;
- j. Dan yang lebih berbahaya adalah dampak ekonominya. Merokok cenderung menyebabkan merosotnya daya kerja penduduk, yang berakibat pada menurunnya produktivitas perusahaan dan produktivitas nasional. Tiap batang rokok berarti hilangnya waktu kerja produktif sebanyak 10 menit. Pekerja perokok pun jadi cenderung malas dan suka mangkir. Pendek kata, merokok merupakan pemborosan nasional (Rokok, 2011).

## 1. Tujuan Pengaturan Hukum Kawasan Tanpa Rokok

Kesehatan merupakan aspek penting dari Hak Asasi Manusia (HAM) dan modal untuk keberhasilan pembangunan suatu bangsa. Hal ini karena tanpa kesehatan pelaksanaan pembangunan nasional yang menyeluruh dan seutuhnya tidak akan terwujud. Oleh sebab itu pemerintah wajib melakukan pembangunan kesehatan (Arifin, 2016).

Penjelasan diatas sesungguhnya sejalan dengan amanat Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1) yang menyatakan:

“Tiap orang mempunyai hak untuk hidup pada standar yang layak untuk kesehatan dan kesejahteraan mereka, termasuk hak untuk mendapat makanan, perumahan, dan pelayanan kesehatan” (*everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, lifehousing and medical care*)

Berdasarkan ketentuan diatas maka hidup sehat merupakan hak asasi manusia (Fei, Shirley, Wahyati, Tammy, & Siarif, 2016). Pengaturan tentang pedoman pelaksanaan kawasan tanpa rokok merupakan salah satu hal penting dalam membantu upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat seperti yang diperintahkan oleh peraturan perundang-undangan. Pedoman ini bertujuan untuk memberikan perlindungan bagi masyarakat dari bahaya-bahaya yang ditimbulkan oleh asap rokok baik bagi perokok aktif maupun bagi perokok pasif dengan memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat. Selain itu kebijakan memiliki tujuan untuk mengarahkan masyarakat perokok untuk saling menghormati hak asasi manusia untuk memperoleh kehidupan yang sehat (Fei et al., 2016).

Selanjutnya dijelaskan dasar hukum sebagai pertimbangan perlunya peraturan KTR sebagai berikut:

1. Undang-Undang No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia

**Bab III, Pasal 9 ayat (3)**

*Setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat*

**Bab III, Pasal 52**

*Setiap anak berhak atas perlindungan oleh orang tua, keluarga, masyarakat, dan negara.*

*Hak anak adalah hak asasi manusia dan untuk kepentingannya hak anak itu diakui dan dilindungi oleh hukum bahkan sejak dalam kandungan.*

**Bab III, Pasal 53 ayat (1)**

*Setiap anak sejak dalam kandungan berhak untuk hidup mempertahankan hidup dan meningkatkan taraf kehidupannya.*

**Bab IV, Pasal 69 ayat (1)**

*Setiap warga negara wajib menghormati hak asasi manusia orang lain, moral, etika, dan tata tertib kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara.*

**Bab IV, Pasal 69 ayat (2)**

*Setiap hak asasi manusia seorang menimbulkan kewajiban dasar dan tanggung jawab untuk menghormati hak asasi orang lain secara timbal balik serta menjadi tugas pemerintah untuk menghormati, melindungi, menegakkan dan memajukkannya.*

2. Pekerja dan karyawan mempunyai hak untuk bekerja di lingkungan kerja yang sehat dan tidak membahayakan **Undang-Undang No.13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan.**

**Pasal 86**

*(1) Setiap pekerja/buruh mempunyai hak untuk memperoleh perlindungan atas:*

- a. *Keselamatan dan kesehatan kerja;*
- b. *Moral dan kesusilaan; dan*
- c. *Perlakuan yang sesuai dengan harkat, martabat serta nilai-nilai agama.*

3. Anak-anak mempunyai hak yang khusus untuk tumbuh dan berkembang di lingkungan yang sehat, salah satunya harus bebas asap rokok.

***Undang-Undang No.23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak***

***BAB III, Pasal 4***

*Setiap anak berhak untuk dapat hidup, tumbuh, berkembang, dan berpartisipasi secara wajar sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan, serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.*

***Bab IX, Pasal 45 ayat (1)***

*Orang tua dan keluarga bertanggungjawab menjaga kesehatan anak dan merawat anak sejak dalam kandungan.*

***Bab IX, Pasal 46***

*Negara, Pemerintah, Keluarga, dan orang tua wajib mengusahakan agar anak yang lahir terhindar dari penyakit yang mengancam kelangsungan hidup dan/atau menimbulkan kecacatan.*

4. Amanat Undang-Undang Kesehatan No.36 Tahun 2009 pasal 115 ayat 1 dan 2 mengenai Kawasan Tanpa Rokok.

***Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009***

***Pasal 115 Ayat (1)***

*(1) Kawasan Tanpa Rokok antara lain:*

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan;*
- b. Tempat proses belajar mengajar;*
- c. Tempat anak bermain;*
- d. Angkutan umum;*
- e. Tempat kerja; dan*
- f. Tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan*

***Pasal 115 ayat (2)***

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

5. Amanat Peraturan Republik Indonesia Nomor 109 Tahun 2012 Tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan Pasal 31, Pasal 49 dan Pasal 52.

***Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 109 Tahun 2012 Tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan***

*Pasal 31*

*Selain pengendalian Iklan Produk Tembakau sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27, iklan di media luar ruang harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:*

- a. Tidak diletakkan di Kawasan Tanpa Rokok;*
- b. Tidak diletakkan di jalan utama atau protokol;*
- c. Harus diletakkan sejajar dengan bahu jalan dan tidak boleh memotong jalan atau melintang; dan*
- d. Tidak boleh melebihi ukuran 72 m<sup>2</sup> (tujuh puluh dua meter persegi)*

*Pasal 49*

*Dalam rangka penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan, Pemerintah dan Pemerintah Daerah Wajib mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok.*

*Pasal 52*

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

6. Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri dalam Negeri No. 188/MENKES/PB/I/2011 Tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok Nomor 7 Tahun 2011.
7. Surat Edaran Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 440/7465/Bangda Perihal Penerapan Regulasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Daerah.

8. Amar Fatwa tentang Hukum Merokok yang dikeluarkan oleh Majelis Tarjih dan Tajdid PP Muhammadiyah No.6/SM/MTT/III/2010 bahwa wajib hukumnya mengupayakan pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya dan menciptakan lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya suatu kondisi hidup sehat yang merupakan hak setiap orang dan merupakan bagian dari tujuan syariah (maqashid asy-syari'ah)

## **2. Asas Manfaat Dalam Pengaturan Kawasan Tanpa Rokok**

Tujuan dari hukum adalah untuk mencapai kegunaan, oleh karena itu hukum yang baik adalah hukum yang dapat membawa kegunaan bagi masyarakat. Kegunaan yang didapat bisa berupa suatu kebahagiaan, maka baik buruknya suatu hukum dapat dinilai dari seberapa besar hukum memberikan kebahagiaan bagi sebanyak-banyaknya manusia.

Hukum dibentuk untuk dapat mengendalikan kehidupan manusia agar dapat memperoleh kehidupan yang berkeadilan, untuk itu sebuah hukum sudah seharusnya mempunyai patokan yang menjadi dasarnya. Dasar dari sebuah hukum adalah asas, dimana asas akan menjadi petunjuk di dalam hukum itu sendiri.

Salah satu asas hukum yang menjadi dasar pembuatan sebuah kebijakan adalah asas manfaat, manfaat sendiri dapat diartikan sebagai sesuatu yang bermanfaat dan berguna, sehingga sebuah kebijakan diharapkan dapat memberikan manfaat dan berguna bagi masyarakatnya. Dengan kebijakan pedoman kawasan tanpa rokok ini pemerintah dapat melindungi perokok pasif dari bahaya asap rokok dengan memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat serta melindungi masyarakat secara umum dari dampak merokok baik secara langsung maupun tidak langsung melalui pemerintah daerah.

Seperti telah diuraikan oleh bentham bahwa asas manfaat memiliki unsur –unsur yang dikandung didalamnya, diantaranya unsur keadilan, unsur kegunaan dan unsur hak asasi manusia. Unsur keadilan yang didapat dari



Kawasan Tanpa Rokok yaitu seorang perokok bisa tetap merokok dan seroang yang tidak merokok dapat tetap menikmati kehidupannya tanpa harus menghisap asap rokok. Hal ini juga berhubungan dengan hak asasi sebagai manusia. Selain itu unsur kegunaan yang didapat adalah masyarakat yang tidak merokok dapat mengurangi resiko yang diakibatkan oleh asap rokok dengan menghirup udara yang bersih dan sehat.

Unsur-unsur dari asas manfaat dapat berupa akibat dari suatu tindakan, harus di untuk mencapai tujuan hukum. Pembuatan suatu peraturan jelas akan menimbulkan suatu akibat. Dalam pedoman pelaksanaan kawasan tanpa rokok tindakan yang dilakukan yaitu membatasi kegiatan merokok akan memberikan akibat (Muhammad Ridwansyah, 2016).

### **3. Hubungan Ketentuan Kawasan Tanpa Rokok dan Asas Manfaat**

Ketentuan tentang pendoman Kawasan tanpa rokok diatur dalam Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188 Tahun 2011 dan Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok. Peraturan ini memberikan pedoman bagi pemerintah daerah baik pemerintah daerah baik pemerintah daerah provinsi maupun pemerintah daerah kabupaten/kota dalam membuat sebuah peraturan mengenai kawasan bebas rokok. Meskipun peraturan ini baru ada setelah peraturan daerah dibuat.

Dalam peraturan tersebut disebutkan bahwa kawasan tanpa rokok bertujuan untuk memberikan perlindungan bagi masyarakat dari bahaya asap rokok dengan membatasi area merokok terutama diruang publik dengan menyediakan tempat-tempat khusus untuk perokok dimana tempat-tempat tersebut harus memenuhi syarat yang telah ditetapkan dalam peraturan.

Asas manfaat dalam sebuah peraturan bertujuan untuk memberikan kebahagiaan yang sebesar-besarnya bagi semua orang tanpa melanggar haknya sebagai manusia, dalam peraturan ini asas manfaat jelas terkandung

didalamnya dimana peraturan ini memberikan manfaat bagi perokok maupun bagi yang tidak merokok.

Bagi perokok, mereka dapat tetap melakukan kebiasaan merokoknya dan tidak takut mencemari lingkungan sekitarnya. Bagi yang tidak merokok, mereka juga mendapatkan kebahagiaan dengan memperoleh udara yang sehat. Keadilan sebagai hak asasi manusia juga dapat terpenuhi dalam kebijakan tentang pedoman kawasan tanpa rokok ini.

## **BAB V**

# **BAHAYA ROKOK DAN PAPARAN ASAPNYA SERTA ALASAN PERLUNYA PENGENDALIAN IKLAN, REKLAME, PROMOSI DAN *SPONSORSIP* PRODUK TEMBAKAU**

Secara psikologis anak-anak bukan orang dewasa dalam ukuran kecil yang dapat dipersamakan perlakuannya dengan orang dewasa. Dengan keadaan dan perkembangannya yang masih rentan maka anak-anak membutuhkan topangan, sokongan, dan perlindungan pihak orang dewasa dalam hal ini orangtua/keluarga, masyarakat, pemerintah dan negara selaku pihak yang menjamin dan melindungi hak-hak anak.

Karakteristik anak-anak yang sedang dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan atau mengalami proses evolusi kapasitas (*evolving capacity*) selaku insan manusia (*human being*) tidak semestinya tumbuh sendiri dibiarkan tanpa perlindungan orang dewasa sehingga anak-anak membutuhkan pihak-pihak tertentu, baik orangtua/keluarga, masyarakat dan pemerintah serta negara selaku pembuat regulasi (*regulator body*) atau peraturan, pelaksana pemenuhan hak-hak anak (*executive body*) dan pengemban kewajiban negara (*state obligation*) yang berujung pada perlindungan hak anak dan generasi penerus bangsa tentunya. Bahwa, dalam Negara Republik Indonesia, perihal pengakuan, penghormatan dan jaminan serta perlindungan hak-hak anak dimaksud diatur jelas didalam Pasal 28B ayat (2) UUD RI Tahun 1945 yaitu, setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi sehingga secara yuridis konstitusional wajib dijalankan teradap anak-anak Indonesia.

Sebagai bukti diperlukannya pengaturan yang lebih komprehensif dan kompleks terkait dengan pengendalian Reklame, Iklan, Promosi dan *Sponsorsip* produk tembakau di Indonesia khususnya dilingkungan pendidikan dengan meningkatnya prevalensi anak usia dini dibawah umur (10-18 tahun) yang sudah merokok di Indonesia dari hasil Riset Kesehatan Dasar (RKD) tahun 2013 7,2%,

SIRKESNAS tahun 2016 8,8% dan terakhir RKD tahun 2018 pada nilai 9,1% yang kesemua nilai tersebut menjauh dari target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2019 5,4%.

Anak adalah target industri rokok untuk meneruskan keberlangsungan bisnisnya. Industri rokok menempatkan iklan, promosi dan sponsor rokok di jalan menuju sekolah, pusat pemberlanjaan, taman, tempat wisata, tempat ibadah, tempat olahraga dan lainnya. Dimana anak-anak berkegiatan sehingga terpapar. Selain itu, industri rokok melakukan strategi promosi dan penjualan rokok perbatang dengan harga murah bahkan kurang dari Rp 1000, - perbatang. Sehingga terjangkau oleh uang saku anak-anak.

Hasil *monitoring* iklan rokok disekitar sekolah 5 kota tahun 2015, menunjukkan 85% sekolah mulai Sekolah dasar (SD) hingga Sekolah Menengah Atas (SMA) dikepung oleh Iklan, Promosi dan Sponsor Rokok. Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM) mengawasi 85.815 iklan rokok di berbagai media. Sementara itu 99,6% anak usia 13-15 tahun melihat iklan rokok diluar ruang. 92% ditelevisi dan 25% dimedia cetak. Berbagai studi telah membuktikan bahwa iklan, promosi, dan sponsor produk tembakau (rokok) mempengaruhi anak dan remaja untuk mencoba konsumsi rokok. 46% remaja berpendapat bahwa iklan rokok mempengaruhi mereka untuk mulai merokok dan studi *Surgoen General* menyimpulkan bahwa iklan rokok menciptakan kesan bahwa merokok adalah baik dan bias serta mendorong anak-anak untuk mencoba merokok (WHO 2009).



**Sumber: Hasi Utama Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018**

Pengendalian Reklame, Iklan, Promosi dan *Sponsorsip* produk tembakau juga tidak secara khusus ditujukan kepada anak usia dibawah umur namun juga pada orang dewasa dengan pengaruh bujuk, rayuan dan godaan yang ditawarkan dari pelaku usaha produk tembakau kepada konsumennya melalui iklan dan reklame yang sangat komunikatif menunjukkan bahwa perokok adalah seorang yang imajinatif dan pro-aktif bahkan secara nyata memperlihatkan bahwa seorang yang sangat atletis juga orang yang mengonsumsi produk tembakau. Gencarnya reklame, iklan, promosi dan *sponsorsip* produk tembakau yang ditujukan pada masyarakat secara luas melalui *annual event* seperti acara konser musik, peringatan hari besar, dan acara perayaan hari tertentu juga tidak jarang dilakukan, tidak hanya itu untuk menciptakan *consumer engagement* tidak jarang juga yang dengan sengaja masuk dan mendukung kegiatan yang berkaitan dengan anak remaja atau sering kita kenal dengan *youth forum* atau kegiatan yang mendukung *youth action* yang jika tetap dibiarkan akan menciptakan rotasi ketergantungan *product* baik pada penyelenggaraan *event* atau pada penggunaan *product* yang terstigma sebagai *product* anak muda.

Meningkatnya konsumsi produk tembakau juga memiliki relevelasi dengan semangatnya pelaku usaha produk tembakau dalam melakukan iklan, promosi, dan *sponsorsip* terkait dengan produk tembakau atau kita kenal dengan rokok. Sebagaimana yang dikemukakan oleh Pamela. P Dinapoli dan Jacquelyn Shelley dalam penelitiannya berjudul *Parental Awareness of Adolescent Tobacco Use* setiap hari lebih dari 5000 anak muda memutuskan untuk memulai merokok pertamakalinya. Berdasarkan dari uraian penelitian tersebut anak usia dibawah umur dalam memutuskan tindakannya untuk merokok belum mengetahui secara mendetail terhadap tindakan dan akibat yang ditimbulkan terhadap perilaku merokok tersebut.

Dengan adanya iklan niaga seperti reklame, iklan, promosi dan *sponsorship* rokok yang membuat *misleading* dengan membuat informasi visual dalam bentuk seni yang sangat manipulative dengan mengubah produk tembakau atau rokok yang mengandung Zat Adiktif dan Karsinogenik menjadi barang normal untuk dikonsumsi. tujuan dari iklan niaga tersebut untuk membujuk konsumen menggunakan produk

tembakau secara *continues* dan berkelanjutan serta target konsumen akan merasa merokok bukan merupakan perilaku yang salah namun hal yang biasa dan wajar. Masyarakat akan merasa aman jika mengonsumsi produk tembakau yang mengandung kurang lebih 4000 jenis zat kimia beracun dan sebanyak 69 zat diantaranya bersifat *karsinogenik* dan bersifat adiktif.

Berdasarkan uraian tersebut diatas sejalan dengan RKD tahun 2019 menunjukkan bahwa meningkatnya penyakit tidak menular di Indonesia akibat salah satunya tidak ter kendalinya perilaku merokok yang menyebabkan penyakit hipertensi pada usia diatas 18 tahun menunjukkan kenaikan yang sangat signifikan dari rikesdes 2013 25.8% menjadi 34.1% ditahun 2019. Telah dapat dibuktikan jika pengendalian iklan niaga produk tembakau (reklame, iklan, promosi, dan *sponsorship*) sangat penting sekali untuk dilakukan sebab iklan niaga tersebut diatas tidak hanya menyerah terhadap anak usia dibawah umur yang dinilai belum memikirkan konsekuensi atas tindakannya namun juga menyerang terhadap konsumen yang berusia diatas 18 tahun keatas.



**Sumber: Riset Utama Kesehatan Dasar (RKD) Tahun 2018**

Iklan produk tembakau yang dengan sengaja menyembunyikan dan mengaburkan kebenaran terhadap kandungan berbahaya dalam produknya serta

*sponsorsip* dari perusahaan atau pelaku usaha dalam bidang produk tembakau dikenal dengan istilah *Tobacco Industry* juga dengan gencarnya menargetkan sebagai mitra kegiatan anak-anak muda seperti konser bertajuk musik dan kegiatan serta forum akademik lainnya yang dengan tujuan untuk membuat gambaran bahwa mereka hadir dan menemani generasi muda bahkan tidak jarang menemui seorang anak yang sudah memiliki paradigma bahwa “tidak apa-apa merokok asalkan pintar dan aktif”. Melihat dari pergerseran paradigma tersebut tentunya sangat mengawatirkan generasi bangsa kedepannya bagaimana bahan yang mengandung Zat Adiktif dan Karsinogenik dapat disandingkan dengan masa depan yang cerah dan sejahtera. Dibawah ini terdapat hasil yang mengejutkan bahwa meningkatnya prevalensi angka penderita hipertensi sejalan dengan meningkatnya angka penderita penyakit kanker akibat perilaku atau mengonsumsi tembakau (merokok) dan terpapar asap rokok baik secara langsung (*secondhand smoker*) ataupun tidak langsung (*thirdhand smoker*).



**Sumber: Riset Utama Kesehatan Dasar (RKD) Tahun 2018**

Secara umum pengendalian bahan yang mengandung zat adiktif meliputi Zat Adiktif meliputi tembakau, produk yang mengandung tembakau, padat, cairan, dan gas yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi

dirinya dan/atau masyarakat sekelilingnya telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 39 tahun 2009 tentang Kesehatan.

Undang-Undang tentang Kesehatan tersebut diatas mendelegasikan untuk membuat peraturan yang lebih spesifik terkait dengan pengamanan bahan yang mengandung Zat Adiktif, Maka Pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif.

Demi melindungi masyarakat dari godaan dan jeratan perilaku merokok, pemerintah telah menetapkan berbagai Peraturan Perundang-Undangan tentang larangan Iklan, Reklame, Promosi dan Sponsor Zat Adiktif berasal dari Produk Tembakau (Rokok), meliputi: Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2002 tentang Penyiaran, Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif, Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 12 Tahun 2011 tentang Indikator Kota Layak Anak dan Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2015 tentang Kawasan Tanpa Rokok di Lingkungan Sekolah. Beberapa mengatur berbagai cara agar masyarakat tidak terpikat dan tergoda untuk mengkonsumsi rokok dengan membatasi kegiatan sebagai berikut:

## **1. Larangan Iklan/Reklame Zat Adiktif yang bersumber dari Produk Tembakau (Rokok)**

### **a. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2002 tentang Penyiaran**

*Pasal 4 ayat (3) Siaran iklan niaga dilarang melakukan:*

- a) promosi yang dihubungkan dengan ajaran suatu agama, ideologi, pribadi dan/atau kelompok, yang menyinggung perasaan dan/atau merendahkan martabat agama lain, ideologi lain, pribadi lain, atau kelompok lain;*
- b) promosi minuman keras atau sejenisnya dan bahan atau zat adiktif;**
- c) promosi rokok yang memperagakan wujud rokok;**



- d) *hal-hal yang bertentangan dengan kesusilaan masyarakat dan nilai-nilai agama; dan/atau*
- e) ***eksploitasi anak di bawah umur 18 (delapan belas) tahun.***

**b. Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif**

- 1) Pasal 26 Peraturan Pemerintah telah mengatur terkait dengan pengendalian iklan produk tembakau sebagai berikut:
  - (1) *Pemerintah melakukan pengendalian Iklan Produk Tembakau.*
  - (2) *Pengendalian Iklan Produk Tembakau sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada media cetak, media penyiaran, media teknologi informasi, dan/atau media luar ruang.*
- 2) Pasal 31 iklan di media luar ruang harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:
  - a) *tidak diletakkan di Kawasan Tanpa Rokok;*
  - b) *tidak diletakkan di jalan utama atau protokol;*
  - c) *harus diletakkan sejajar dengan bahu jalan dan*
  - d) *tidak boleh memotong jalan atau melintang; dan*
  - e) *tidak boleh melebihi ukuran 72 m<sup>2</sup> (tujuh puluh dua meter persegi).*
- 3) Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2015 tentang Kawasan Tanpa Rokok di Lingkungan Sekolah
  - a) Pasal 4 Untuk mendukung Kawasan tanpa rokok di Lingkungan Sekolah, Sekolah wajib melakukan hal-hal sebagai berikut:
    - (a) *memasukkan larangan terkait rokok dalam aturan tata tertib sekolah;*

- (b) **melakukan penolakan terhadap penawaran iklan, promosi, pemberian sponsor, dan/atau kerja sama dalam bentuk apapun** yang dilakukan oleh perusahaan rokok dan/atau organisasi yang menggunakan merek dagang, logo, semboyan, dan/atau warna yang dapat diasosiasikan sebagai ciri khas perusahaan rokok, untuk keperluan kegiatan kurikuler atau ekstra kulikuler yang dilaksanakan di dalam dan di luar Sekolah;
  - (c) memberlakukan **larangan pemasangan papan iklan, reklame, penyebaran pamflet, dan bentuk-bentuk iklan lainnya** dari perusahaan atau yayasan rokok yang beredar atau dipasang di Lingkungan Sekolah;
  - (d) melarang penjualan rokok di kantin/warung sekolah, koperasi atau bentuk penjualan lain di Lingkungan Sekolah; dan
  - (e) memasang tanda kawasan tanpa rokok di Lingkungan Sekolah.
- b) Pasal 5 ayat (1) Kepala sekolah, guru, tenaga kependidikan, peserta didik, dan Pihak lain dilarang merokok, memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan rokok di Lingkungan Sekolah.
- c) Pasal 5 ayat (5) Dinas pendidikan setempat sesuai dengan kewenangannya memberikan teguran atau sanksi kepada kepala sekolah apabila terbukti melanggar ketentuan Kawasan tanpa rokok di Lingkungan Sekolah berdasarkan laporan atau informasi dari guru, tenaga kependidikan, peserta didik, dan/atau Pihak lain.
- 4) Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 12 Tahun 2011 tentang Indikator Kota Layak Anak, Pasal 10 Indikator KLA untuk klaster kesehatan dasar dan kesejahteraan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 huruf c meliputi:
- a) Angka Kematian Bayi;
  - b) Prevalensi kekurangan gizi pada balita;

- c) *Persentase Air Susu Ibu (ASI) eksklusif;*
- d) *Jumlah Pojok ASI;*
- e) *Persentase imunisasi dasar lengkap;*
- f) *Jumlah lembaga yang memberikan pelayanan kesehatan reproduksi dan mental;*
- g) ***Jumlah anak dari keluarga miskin yang memperoleh akses peningkatan kesejahteraan;***
- h) *Persentase rumah tangga dengan akses air bersih; dan*
- i) ***Tersedia kawasan tanpa rokok.***

## **2. Larangan Promosi dan Sponsor Zat Adiktif yang bersumber dari Produk Tembakau (Rokok)**

- a. *Pasal 35 ayat (1) Pemerintah melakukan pengendalian Promosi Produk Tembakau.*
- b. *Pasal 35 ayat (2) Ketentuan pengendalian Promosi Produk Tembakau sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sebagai berikut:*
  - a) *tidak memberikan **secara cuma-cuma**, potongan harga, hadiah Produk Tembakau, atau produk lainnya yang dikaitkan dengan Produk Tembakau;*
  - b) *tidak menggunakan logo dan/atau merek Produk Tembakau pada produk atau barang bukan Produk Tembakau; dan*
  - c) *tidak menggunakan logo dan/atau merek Produk Tembakau pada suatu kegiatan lembaga dan/atau perorangan.*
- c. *Pasal 39 Setiap orang **dilarang menyiarkan dan menggambarkan** dalam bentuk gambar atau foto, menayangkan, menampilkan atau menampakkan orang sedang merokok, memperlihatkan batang Rokok, asap Rokok, bungkus Rokok atau yang berhubungan dengan Produk Tembakau serta segala bentuk informasi Produk Tembakau di media cetak, media*

*penyiaran, dan media teknologi informasi yang berhubungan dengan kegiatan komersial/iklan atau membuat orang ingin merokok.*

Melihat fenomena tersebut diatas Muhammadiyah melalui Majelis Tarjih dan Tajdid Pimpinan Pusat Muhammadiyah hadir dalam rangka berpartisipasi dalam upaya pembangunan kesehatan masyarakat semaksimal mungkin dan penciptaan lingkungan hidup sehat yang menjadi hak setiap orang, perlu dilakukan penguatan upaya pengendalian tembakau melalui penerbitan fatwa tentang hukum merokok Nomor 6/SM/MTT/III/2010.

Majelis Tarjih dan Tajdid Pimpinan Pusat Muhammadiyah berpendapat Wajib hukumnya mengupayakan pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya dan menciptakan lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya suatu kondisi hidup sehat yang merupakan hak setiap orang dan merupakan bagian dari tujuan syariah.

Majelis Tarjih dan Tajdid Pimpinan Pusat Muhammadiyah menetapkan hukum merokok adalah **Haram** karena berbagai alasan tersebut dibawah ini;

- a. Merokok termasuk kategori perbuatan melakukan *khawā'ir* yang dilarang dalam Q. 7: 157;
- b. Perbuatan merokok mengandung unsur menjatuhkan diri ke dalam kebinasaan dan bahkan merupakan perbuatan bunuh diri secara perlahan sehingga oleh karena itu bertentangan dengan larangan al-Quran dalam Q. 2: 195 dan 4:
- c. Perbuatan merokok membahayakan diri dan orang lain yang terkena paparan asap rokok sebab rokok adalah zat adiktif dan berbahaya sebagaimana telah disepakati oleh para ahli medis dan para akademisi dan oleh karena itu merokok bertentangan dengan prinsip syariah dalam hadis Nabi saw bahwa tidak ada perbuatan membahayakan diri sendiri dan membahayakan orang lain;
- d. Rokok diakui sebagai zat adiktif dan mengandung unsur racun yang membahayakan walaupun tidak seketika melainkan dalam beberapa waktu

kemudian sehingga oleh karena itu perbuatan merokok termasuk kategori melakukan suatu yang melemahkan sehingga bertentangan dengan hadis Nabi saw yang melarang setiap perkara yang memabukkan dan melemahkan;

- e. Merokok jelas membahayakan kesehatan bagi perokok dan orang sekitar yang terkena paparan asap rokok, maka pembelajaan uang untuk rokok berarti melakukan perbuatan mubazir (pemborosan) yang dilarang dalam Q. 17: 26-27;
- f. Merokok bertentangan dengan unsur-unsur tujuan syariah, yaitu (1) perlindungan agama, (2) perlindungan jiwa/raga, (3) perlindungan akal, (4) perlindungan keluarga, dan (5) perlindungan harta.

Fatwa tersebut juga bertujuan untuk memberikan jaminan perlindungan bagi warga Muhammadiyah dalam mencegah perokok pemula dan bagi mereka yang sudah terlanjur merokok juga diwajibkan untuk segera mungkin melakukan berbagai upaya untuk berhenti merokok sebagaimana tertuang dalam fatwa tentang haram merokok tersebut diatas, Mereka yang telah terlanjur menjadi perokok wajib melakukan upaya dan berusaha sesuai dengan kemampuannya untuk berhenti dari kebiasaan merokok dengan mengingat Q. 29: 69, *“Dan orang-orang yang bersungguhsungguh di jalan Kami, benar-benar akan Kami tunjukkan kepada mereka jalanjalan Kami, dan sesungguhnya Allah benar-benar beserta orang-orang yang berbuat baik,”* dan Q. 2: 286, *“Allah tidak akan membebani seseorang kecuali sesuai dengan kemampuannya; ia akan mendapat hasil apa yang ia usahakan dan memikul akibat perbuatan yang dia lakukan;”* dan untuk itu pusat-pusat kesehatan di lingkungan Muhammadiyah harus mengupayakan adanya fasilitas untuk memberikan terapi guna membantu orang yang berupaya berhenti merokok.

Menindaklanjuti keputusan Majelis Tarjih dan Tajdid Pimpinan Pusat Muhammadiyah tentang hukum merokok tersebut beberapa Majelis di lingkungan Pimpinan Pusat Muhammadiyah dan Organisasi Otonom Muhammadiyah Membuat Surat Keputusan Bersama tentang Kerangka Acuan Kerja Muhammadiyah dalam Pengendalian Produk Tembakau, adapun Majelis dan Organisasi Otonom Muhammadiyah yang terlibat sebagai berikut:

1. Majelis Pembina Kesehatan Umum;

2. Majelis Pendidikan Tinggi;
3. Majelis Pendidikan Dasar Dan Menengah;
4. Majelis Pelayanan Sosial;
5. Majelis Tarjih Dan Tajdid;
6. Majelis Tabligh;
7. Majelis Pendidikan Kader;
8. Majelis Ekonomi Dan Kewirausahaan;
9. Majelis Pemberdayaan Masyarakat;
10. Majelis Hukum Dan Hak Asasi Manusia;
11. Majelis Lingkungan Hidup;
12. Majelis Pustaka Dan Informasi;
13. Lembaga Hikmah Dan Kebijakan Publik;
14. Lembaga Seni, Budaya Dan Olah Raga;
15. Lembaga Pengembangan Cabang Dan Ranting;
16. Lembaga Hubungan Luar Negeri;
17. Nasyiatul 'Aisyiyah;
18. Ikatan Pelajar Muhammadiyah;
19. Kwartir Pusat Hizbul Wathan;
20. Tapak Suci Putera Muhammadiyah;
21. Ikatan Mahasiswa Muhammadiyah;
22. Lembaga Penanggulangan Bencana;
23. Majelis Kesehatan PP 'Aisyiyah

Kesepakatan Bersama tersebut diatas menetapkan Kerangka Kerja Muhammadiyah Dalam Pengendalian Produk Tembakau yang akan diberlakukan di lingkungan amal usaha, kantor kesekretariatan dan kegiatan yang berada di bawah Majelis, Lembaga dan Ortom, sejalan dengan jiwa Fatwa Majelis Tarjih dan Tadjid PP

Muhammadiyah Nomor: 6/SM/MTTT/III/2010 tentang Hukum Merokok, dan Surat kesepakatan bersama empat majelis Meliputi Majelis Pembina Kesehatan Umum PP Muhammadiyah, Majelis Pendidikan Tinggi PP Muhammadiyah, Majelis Pendidikan Dasar & Menengah PP Muhammadiyah dan Majelis Pelayanan Sosial PP Muhammadiyah tentang kawasan tanpa rokok dan Edaran PP Muhammadiyah Nomor: 42/I.0/H/2011 tentang Edaran Penerapan Kawasan Tanpa Rokok di Lingkungan Muhammadiyah.

Menindaklanjuti beberapa peraturan terkait dengan Pengendalian dan Larangan Iklan, Reklame, Promosi dan Sponsor Produk Tembakau di Lingkungan Muhammadiyah khususnya dilingkungan Majelis Pendidikan Tinggi, Penelitian dan Pengembangan (Majelis Diktilitbang) Pimpinan Pusat Muhammadiyah agar segera dapat menetapkan program bersama-sama di lingkungan perguruan tinggi, Sekolah Tinggi dan Institut di Lingkungan Muhammadiyah dalam menerapkan pengendalian dan larangan Iklan, Reklame, Promosi dan *Sponsorship* Produk Tembakau (Rokok).

**BAB VI**

**LANGKAH-LANGKAH PENERAPAN DAN PENGEMBANGAN**

**KAWASAN TANPA ROKOK & PENGENDALIAN IKLAN/REKLAME, PROMOSI,**

**DAN *SPONSORSHIP* ROKOK**

**C. Dasar dan Jenis Kegiatan**

Penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan pengendalian iklan/reklame, promosi, dan *sponsorship* rokok sangat penting untuk dilaksanakan di seluruh Universitas Muhammadiyah di Indonesia. Hal ini untuk mendukung program dari pemerintah pusat yang harus dilaksanakan di setiap daerah sebagaimana tercantum dalam Peraturan Pemerintah RI No 109 Tahun 2012 Pasal 49 tentang Kawasan Tanpa Rokok yang berbunyi Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok, yang mana salah satu Kawasan Tanpa Rokok adalah tempat belajar mengajar (PP No 109 pasal 50). Serta mendukung peraturan daerah masing-masing tentang kawasan tanpa rokok.

Penerapan Kawasan Tanpa Rokok dan pengendalian iklan/reklame, promosi, dan *sponsorship* rokok dilaksanakan di lingkungan universitas meliputi:

1. Larangan merokok atau mengkonsumsi produk tembakau;
2. Larangan menjual produk tembakau;
3. Larangan mengiklankan/memasang Reklame produk tembakau;
4. Larangan mempromosikan produk tembakau;
5. Tidak menyediakan tempat khusus untuk merokok;
6. Larangan menerima *sponsorship* dari industri rokok baik dalam bentuk bantuan biaya pembayaran biaya Pendidikan atau bentuk lainnya;
7. Larangan mendapatkan beasiswa dari industri rokok;

(PP No 109 Tahun 2012 Pasal 49 dan 50 dan Fatwa Majelis Tarjih dan Tajdid PP Muhammadiyah No.6/SM/MTT/III/2010 bagian Kedua : Tausiah)



Produk Tembakau yang dimaksud pada poin di atas meliputi Rokok dan Produk Tembakau lainnya yang penggunaannya terutama dengan cara dibakar dan dihisap dan/atau dihirup asapnya, yang mengandung Zat Adiktif dan bahan lainnya yang berbahaya bagi kesehatan Produk Tembakau yang dimaksud pada adalah produk yang mengandung *nicotiana tabacum*, *nicotiana rustica*, dan spesies lainnya dan/atau hasil olahannya termasuk pembuatan sintetis yang jenis dan sifatnya sama atau serupa dengan yang dihasilkan oleh *nicotiana spesies* dan penggunaannya dengan cara dibakar dan dihisap dan/atau dihirup (PP No 109 Tahun 2012 Pasal 4 dan 5).

Jenis kegiatan dalam Penerapan Kawasan Tanpa Rokok dan pengendalian iklan/reklame, promosi, dan *sponsorship* rokok dapat berupa

10. Pembentukan tim perumus Kawasan Tanpa Rokok;
11. Perumusan dan pengesahan SK Rektor terkait Kawasan Tanpa Rokok;
12. Pembentukan satuan petugas (satgas) Kawasan Tanpa Rokok;
13. Sosialisasi Kawasan Tanpa Rokok;
14. Implementasi Kawasan Tanpa Rokok;
15. Mahasiswa menandatangani Pakta integritas tentang komitmen untuk tidak merokok di kampus;
16. Penyediaan dan penyebarluasan media informasi mengenai Kawasan Tanpa Rokok;
17. Memfasilitasi upaya berhenti merokok;
18. *Monitoring* dan Evaluasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok.

#### **D. Langkah-Langkah Penerapan Dan Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok**

Bagi universitas yang akan menerapkan dan mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok di kampus dapat melakukan serangkaian langkah-langkah sebagai berikut:

## 1. Persiapan Awal

Universitas yang berinisiatif menerapkan dan mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok menyusun kerangka konsep dan materi teknis tentang Kawasan Tanpa Rokok. Setelah itu Universitas melakukan advokasi kepada para penentu kebijakan di internal dan eksternal kampus untuk memperoleh dukungan kebijakan baik secara materiil maupun non-materiil.

## 2. Konsolidasi Lintas Program

Setelah disusun konsep pengembangan Kawasan Tanpa Rokok, maka Universitas memahaminya dengan lintas program untuk menyamakan persepsi dan membahas konsep sekaligus merumuskan kegiatan yang diperlukan dalam pengembangan KTR.

## 3. Konsolidasi Lintas Bidang Studi

Konsolidasi ini bertujuan untuk menyamakan persepsi juga menentukan peran yang dapat dilakukan oleh masing-masing bidang studi dalam penetapan KTR

## 4. Sosialisasi Rencana Penetapan Kawasan Tanpa Rokok

Kegiatan ini merupakan sosialisasi tentang rencana penetapan KTR kepada berbagai sasaran yang terkait dengan pelaksanaan penerapan KTR sebelum dibuat suatu peraturan yang mengikat. Pada tahap ini perlu dibentuk tim perumus tentang pengaturan KTR, rencana aksi, dan penegakan hukum.

## 5. Pertemuan Tim Perumus

Tim perumus secara berkala melaksanakan pertemuan untuk membahas berbagai hal terkait dengan rencana penetapan Kawasan Tanpa Rokok seperti rencana kegiatan dan penegakan hukumnya

## 6. Peluncuran Penetapan Kawasan Tanpa Rokok

Peluncuran Penetapan Kawasan Tanpa Rokok dilakukan oleh Rektor dan jajarannya yang dihadiri oleh semua pihak yang berkepentingan terhadap

pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok, tim menyiapkan petunjuk pelaksanaan atau petunjuk teknis serta materi sosialisasinya sehingga penetapan Kawasan Tanpa Rokok dapat langsung dioperasionalkan.

#### 7. Sosialisasi Pasca peluncuran

Penyebarluasan informasi dan sosialisasi tentang Kawasan Tanpa Rokok dilakukan dengan menggunakan berbagai metode dan media di berbagai kesempatan yang ada sehingga pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dapat diketahui dan dilaksanakan oleh semua pihak, baik pembina, pengawas maupun perokok dan bukan perokok dengan pemberlakuan sanksi sesuai hukum yang diterapkan. Juga sosialisasi terhadap mahasiswa baru pada Masa Ta'aruf atau orientasi mahasiswa baru.

#### 8. Implementasi dan Evaluasi

Penilaian atas pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok meliputi kegiatan pemantauan kepatuhan dan penegakan hukum atas pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok. Evaluasi dengan menggunakan indikator yang telah ditetapkan.

### **E. Penghargaan dan Sanksi**

Penghargaan dan sanksi dilakukan sebagai salah satu bentuk pembinaan persyarikatan terhadap pemberlakuan KTR di lingkungan persyarikatan. Tujuan utamanya adalah motivasi bagi Perguruan Tinggi Muhammadiyah agar tetap konsisten terhadap upaya dalam mendukung kesehatan ini. Selain itu juga untuk mengendalikan iklan/reklame, promosi, dan sponsor rokok yang masuk dalam kegiatan kampus, baik dalam kegiatan yang dilakukan oleh mahasiswa maupun oleh pihak kampus sendiri. <sup>1</sup>

#### **1. Penghargaan**

- a) Penghargaan terhadap partisipasi masyarakat maupun pihak terkait lainnya :

---

<sup>1</sup> Pedoman Penerapan KTR di Lingkungan Muhammadiyah dibuat oleh MPKU PP Muhammadiyah th 2018 hal. 22

Partisipasi masyarakat dan pihak terkait lainnya dalam keikutsertaan KTR itu sendiri. Memberikan penghargaan kepada perorangan menjadi sebuah bentuk apresiasi terhadap budaya sehat untuk sesama, seperti :

- 1) Pelopor pembentukan KTR dan pelopor pengendalian terhadap iklan/reklame, promosi, dan *sponsorship* rokok yang masuk dalam setiap kegiatan di Perguruan Tinggi Muhammadiyah.
  - 2) Penanggungjawab KTR yang wilayah kerjanya benar-benar bebas dari rokok dan bebas dari iklan/reklame, promosi, dan *sponsorship* rokok.
  - 3) Motivator yang telah berhasil menghentikan perilaku perokok dan menghentikan segala dana yang masuk dalam kegiatan yang berasal dari iklan/reklame, promosi, dan *sponsorship* rokok
  - 4) Pasien yang telah berhasil berhenti merokok
  - 5) Orang yang melaporkan adanya kegiatan merokok, kegiatan yang berhubungan dengan iklan/reklame, promosi, dan *sponsorship* rokok di KTR dengan disertai bukti yang dapat dipertanggungjawabkan.
- b. Penghargaan terhadap tempat-tempat yang secara penuh melaksanakan aturan:

Penghargaan tempat-tempat ini dapat berupa perankingan tempat tempat yang dikategorikan tempat taat KTR. Dapat dijadikan *Pionner* bagi tempat tempat lainnya baik tempat KTR sendiri maupun tempat diluar KTR untuk menerapkan KTR itu sendiri.

Penghargaan diberikan dalam bentuk :

- 1) Ucapan terima kasih
- 2) Insentif sesuai kondisi lokal
- 3) Piagam penghargaan/ Sertifikat dalam menunjang karir di Perguruan Tinggi Muhammadiyah yang ditempati.

Penghargaan diberikan oleh pimpinan lembaga struktural dan lembaga yang membidangi Perguruan Tinggi Muhammadiyah.<sup>2</sup>

## 2. Sanksi

a) Sanksi diberikan kepada :

Penanggung jawab KTR yang kurang/belum berhasil mewujudkan KTR dan masih memberikan akses terhadap iklan/reklame, promosi, dan *sponsorship* rokok masuk di wilayah kerjanya, yang antara lain terindikasi dari sarana prasarana, tata administrasi, perilaku-perilaku di lingkungan/ lembaga yang belum kondusif dan masih ditemukan beberapa pelanggaran merokok di dalam area KTR.

b) Sanksi diberikan dalam bentuk:

- 1) Teguran
- 2) Peringatan lisan
- 3) Peringatan tertulis
- 4) Sanksi sosial
- 5) Denda sesuai dengan kondisi dan kesepakatan bersama

c) Sanksi diberikan oleh pimpinan lembaga struktural dan lembaga Perguruan Tinggi Muhammadiyah.<sup>3</sup>

## F. Indikator Capaian

Indikator capaian meliputi :

3. Tertib administrasi penyelenggaraan terutama Surat Keputusan, Rencana Penerapan, *monitoring*-evaluasi dan pelaporan dan instrumen-instrumen pokok.
4. Kelengkapan minimal sumberdaya ;

---

<sup>2</sup> Pedoman Penerapan KTR di Lingkungan Muhammadiyah dibuat oleh MPKU PP Muhammadiyah th 2018 hal. 23

<sup>3</sup> Pedoman Penerapan KTR di Lingkungan Muhammadiyah dibuat oleh MPKU PP Muhammadiyah th 2018 hal. 24

- g. Sumber Daya Manusia, seperti : fasilitator, petugas teknis, petugas administratif dll.
  - h. Sarana-prasarana
  - i. Dukungan biaya
5. Keberfungsian Kelompok Kerja
  6. Kelengkapan minimal pelaksana teknis
  7. Pendayagunaan jaringan kerja.<sup>4</sup>

Selain indikator capaian diatas, terdapat juga indikator yang diperlukan sebagai alat pengukur dalam pengembangan KTR di lingkungan Perguruan Tinggi Muhammadiyah, diantaranya adalah :

a. Indikator Input:

1. Adanya kajian mengenai kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan sikap serta perilaku sasaran terhadap kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan Perguruan Tinggi Muhammadiyah.
2. Adanya Komite/Kelompok kerja penyusunan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan Perguruan Tinggi Muhammadiyah.
3. Adanya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan Perguruan Tinggi Muhammadiyah.
4. Adanya infrastruktur Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan Perguruan Tinggi Muhammadiyah.

b. Indikator Proses:

1. Ada tanda larangan merokok di lingkungan Perguruan Tinggi Muhammadiyah.
2. Tidak ada asbak/sarana merokok di lingkungan Perguruan Tinggi Muhammadiyah.

---

<sup>4</sup> Pedoman Penerapan KTR di Lingkungan Muhammadiyah dibuat oleh MPKU PP Muhammadiyah th 2018 hal. 24

3. Tidak ada iklan/promosi rokok di lingkungan Perguruan Tinggi Muhammadiyah.
4. Terlaksananya sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan Perguruan Tinggi Muhammadiyah.
5. Diterapkannya Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan Perguruan Tinggi Muhammadiyah.
6. Ada tindakan peneguran terhadap orang merokok di lingkungan Perguruan Tinggi Muhammadiyah.
7. Dilaksanakannya pengawasan dan penegakan hukum di lingkungan Perguruan Tinggi Muhammadiyah.
8. Dilaksanakannya pemantauan dan evaluasi di lingkungan Perguruan Tinggi Muhammadiyah.

c. Indikator *Output*:

1. Terwujudnya Kawasan Tanpa Rokok di semua tatanan di lingkungan Perguruan Tinggi Muhammadiyah.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Pedoman Pengembangan KTR disusun oleh Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI th 2011 hal 32

**Kontak Layanan Berhenti merokok MTCC UMY:**

**KLINIK PRATAMA FIRDAUS UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

Jl Kapten Pierre Tendean 56, Wirobrajan, Yogyakarta

Telpon : 0274 374393

Atau 0274 387656 ext. 390 (MTCC UMY)

Email : [mtcc@umy.ac.id](mailto:mtcc@umy.ac.id)

FB dan Instagram : MTCC UMY

**QUIT LINE, Layanan Berhenti Merokok kementerian Kesehatan RI**

**0-800-177-6565**