

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN KAWASAN TANPA
ROKOK DI RSUD M. YUNUS BENGKULU PERSPEKTIF
SIYASAH DUSTURIYAH**



SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Hukum (SH) dalam Ilmu Syariah dan Hukum

Oleh :

TAMZA INDRA
NIM. 1711150077

**PROGRAM STUDI HUKUM TATA NEGARA
FAKULTAS SYARIAH DAN HUKUM
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI FATMAWATI SUKARNO
BENGKULU
BENGKULU, 2022 M/ 1443 H**



KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI FATMAWATI SUKARNO
BENGKULU
FAKULTAS SYARIAH

Alamat: Jl. Raden Fatah Pagar Dewa Tlp. (0736) 51276, 51771 fax (0736) 51771 Bengkulu

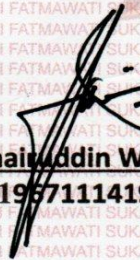
PERSETUJUAN PEMBIMBING

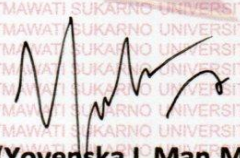
Skripsi yang di tulis oleh Tamza Indra NIM. 1711150077 dengan judul **“Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD M. YUNUS BENGKULU PERSPEKTIF SIYASAH DUSTURIYAH”** Program Studi Hukum Tata Negara Fakultas Syari’ah telah di periksa dan di perbaiki sesuai dengan saran dari Pembimbing I dan Pembimbing II. Oleh karena itu, skripsi ini di setujui untuk Sidang Munaqasyah Skripsi Fakultas Syari’ah Universitas Islam Negeri Fatmawati Sukarno (UINFAS) Bengkulu.

Bengkulu, 2022

Pembimbing I

Pembimbing II


(Dr. Khairuddin Wahid, M.Ag.)


(Yovenska L. Man, M.H.I.)

NIP. 195711141993031002

NIP. 198710282015031001



KEMENTERIAN AGAMA RI
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI FATMAWATI
SUKARNO BENGKULU FAKULTAS SYARIAH
Alamat: Jl. Raden Fatah Pagar Dewa Telp.(0736) 51276 fax(0736) 51771 Bengkulu

PENGESAHAN

Skripsi oleh: Tamza Indra, NIM. 1711150077 yang berjudul
"Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M.
Yunus Bengkulu Perspektif Siyasaah Dusturiyah, Program Studi
Hukum Tata Negara Fakultas Syari'ah, telah diuji dan
dipertahankan di depan Tim Sidang Munaqasyah Skripsi Fakultas
Syari'ah Universitas Islam Negeri Fatmawati Sukarno (UIN)
Bengkulu pada:
Hari : Selasa
Tanggal : 26 Juli 2022
Dan dinyatakan **LULUS**, dapat diterima dan disahkan
sebagai syarat guna memperoleh gelar Sarjana Hukum (S.H.)
dalam Ilmu Hukum Tata Negara.

Bengkulu, 2022 M
1442 H

Dekan,

Dr. H. Suwarjin, MA
NIP.196904021999031004

Tim Sidang Munaqasyah

Ketua

Dr. H. Supandi, M.Ag
NIP.196504101993031007

Sekretaris

Wahyu Abdul Ja'far, M.H.I
NIP.198612062015031005

Penguji I

Dr. Iim Fahima, LC., MA
NIP. 197397122006042001

Penguji II

Giyarsi, M.Pd
NIP. 199108222019032006

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tamza Indra
Nim : 1711150077
Fakultas/Jurusan Prodi : Syar'ah/Hukum Tata Negara
Judul skripsi : Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di
RSUD M.Yunus Bengkulu

Menyatakan bahwa skripsi ini secara keseluruhan adalah asli penelitian atau karya saya sendiri bagian-bagian yang dirujuk sumbernya.

Bengkulu, Juli 2022 M
1443 H
Mahasiswa yang menyatakan



Tamza Indra
NIM. 1711150077

MOTTO

إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا ٦ فَإِذَا فَرَغْتَ فَانصَبْ ٧ وَإِلَىٰ رَبِّكَ فَارْغَب ٨

“Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, maka apabila kamu telah selesai dari suatu urusan, kerjakanlah dengan sungguh-sungguh urusan yang lain, dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap”

(Al-Insyirah, 6-8)

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah atas izin mu ya Allah dan atas doa ke dua orang tua ku serta atas dukugan semua pihak yang membantu dalam penyelesaian Skripsi ku ini, dengan ini aku persembahkan Skripsi ini kepada :

1. Terkhusus kepada kedua orang tua ku yang sudah mendukung dalam setiap langkah yang ku ambil dan semua doa terbaik yang kalian berikan untukku, Skripsi ini ku persembahkan untuk kalian mama dan ayah. Alhamdulillah aku dapat menyelesaikan ini dan insyaallah menjadi ilmu pengetahuan yang dapat aku terapkan dikehidupan yang berguna bagi keluarga, agama, nusa dan bangsa.
2. Untuk Saudara-saudara terimakasih sudah menjadi saudara-saudara hebat yang aku miliki dan semoga bisa membanggakan kedua orang tua kita.
3. Keluarga besarku.
4. RSUD M. Yunus Bengkulu sebagai tempat sarana penelitianku
5. Untuk angkatan Perbankan Syariah Angkatan 2017,
6. Untuk pembimbing I Dr. Khairuddin Wahid, M.Ag. dan pembimbing II Yovenska, L, Man. M.H.I terimakasih tanpa kalian aku tidak akan pernah bisa menyelesaikan Skripsi ini, terimakasih untuk koreksi dan masukan yang selalu kalian berikan untuk ku.
7. Terimakasih buat semua dosen yang terlibat dalam pembuatan skripsi dan dosen pengajar yang telah memberi ilmu pengetahuannya dan terimakasih untuk UINFAS Bengkulu yang telah menerima sehingga saya bisa menuntut ilmu dengan baik.
8. Untuk Agama, Kampus dan Almamaterku.

ABSTRAK

Tamza Indra, NIM 1711150077, Judul Skripsi: Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M.Yunus Bengkulu Perspektif Siyasah Dusturiyah. skripsi Program Studi Hukum Tata Negara (Siyasah dusturiyah), Fakultas Syari'ah, Universitas Islam Negeri Fatmawati Sukarno Bengkulu. Pembimbing : 1. **Dr. Khairuddin Wahid, M.Ag.** 2. **Yovenska, L, Man. M.H.I**

Permasalahan dalam penelitian ini Bagaimana Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M. Yunus Bengkulu dan Aspek apa saja yang menjadi faktor penghambat Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M. Yunus Bengkulu.

Tujuan dari penelitian ini adalah Untuk mengetahui Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M. Yunus Bengkulu. dan mengetahui aspek apa saja yang menjadi faktor penghambat Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD M. Yunus Bengkulu. untuk mencapai tujuan diatas, di gunakan pendekatan penelitian kualitatif dengan jenis penelitian lapangan. Instrumen penelitian yaitu peneliti sendiri, dan teknik pengumpulan data yang di gunakan adalah observasi, wawancara dan dokumentasi.

Berdasarkan hasil penelitian maka dapat disimpulkan bahwa Implementasi Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M. Yunus Bengkulu sudah dilaksanakan. Sarana dan prasarana yang digunakan yaitu adanya himbuan anti rokok yang dilaksanakan oleh security yang mengawasi. Sosialisasi dari pihak Rumah Sakit M.Yunus Kota Bengkulu terhadap kawasan tanpa rokok dilakukan oleh kelompok K3 sudah memberitahu karyawan-karyawannya dan untuk security sudah memberitahu pasien dan juga keluarga pasien yang berkunjung Perspektif hukum Islam mengenai Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD M. Yunus Bengkulu. Menurut pandangan Islam, ada yang mengatakan hukum rokok itu haram dan ada yang mengatakan boleh. Rokok dianggap membawa kepada kebinasaan baik bagi perokok maupun orang yang berada disekitar orang merokok. Ayat tersebut tidak bisa dijadikan sebagai dalil untuk mengharamkan merokok, tidak ada dalil yang eksplisit/kongkrit menjelaskan tentang hukum rokok.

Kata Kunci: *Implementasi Kebijakan, Kawasan Tanpa Rokok,*

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Puji dan syukur penulis atas kehadiran Allah SWT atas rahmat, taufik dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan “ Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M.Yunus Bengkulu.”. Untuk memenuhi salah satu syarat guna untuk memperoleh gelar Sarjana Hukum (S.H) Program Studi Hukum Tata Negara (Siyasah dusturiyah), Fakultas Syari’ah, Universitas Islam Negeri Fatmawati Sukarno Bengkulu.

Shalawat dan salam selalu tercurahkan untuk Nabi besar Muhammad SAW, yang telah berjuang untuk menyampaikan ajaran Islam sehingga umat Islam mendapatkan petunjuk menuju jalan yang benar sesuai syariat islam.

Skripsi ini disusun untuk menyelesaikan study jenjang Strata I (SI) Jurusan Hukum Tata Negara (HTN), Program Studi Hukum Tata Negara (Siyasah dusturiyah), Fakultas Syari’ah, Universitas Islam Negeri Fatmawati Sukarno Bengkulu.

Penulis juga menyadari tanpa bantuan dari berbagai pihak, maka Skripsi ini tidak mungkin terlaksana. Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. KH. Zulkarnain Dali, M.Pd selaku Rektor UINFAS Bengkulu.
2. Dr. Suajin, MA. Selaku Dekan Fakultas Syari’ah Universitas Islam Negeri Fatmawati Sukarno Bengkulu.

3. Dr. Khairuddin Wahid, M.Ag selaku pembimbing I yang telah sabar memberikan bimbingan, motivasi, semangat dan arahan untuk menyelesaikan Skripsi ini
4. Yovenska, L, Man. M.H.I pembimbing II yang telah sabar memberikan bimbingan, motivasi, semangat dan arahan untuk menyelesaikan Skripsi ini.
5. Kedua orang tuaku tercinta yang selalu mensupport serta memberikan do'a, semangat, dan kasih sayang yang luar biasa.
6. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Syari'ah, Universitas Islam Negeri Fatmawati Sukarno Bengkulu.yang telah memberikan ilmunya.
7. Semua pihak yang telah membantu menyelesaikan skripsi ini

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan Skripsi ini masih terdapat banyak kesalahan dan kekurangan maka dari itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak, demi perbaikan Skripsi ini dimasa yang akan datang. Penulis juga berharap semoga karya ini dapat memberi manfaat bagi penulis khususnya serta para pembaca pada umumnya.

Bengkulu, Juli 2022 M
1443 H

Tamza Indra
NIM. 1711150077

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
MOTTO	iv
PERSEMBAHAN	v
ABSTRAK	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABLE	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Kegunaan Penelitian.....	6
E. Penelitian Terdahulu.....	6
F. Metode Penelitian.....	7
BAB II LANDASAN TEORI	
A. Kawasan Tanpa Rokok.....	12
1. Kawasan Tanpa Rokok Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Bengkulu.....	12
2. Ruang Lingkup Kawasan Tanpa Rokok.....	19
3. Tujuan Penetapan Kawasan Dilarang Merokok.....	21
B. Pengertian Rokok.....	22
1. Pengertian Rokok.....	22
2. Bahan-bahan Kimia Yang Terkandung Dalam Rokok.....	24
3. Kandungan Rokok.....	29
4. Dampak Rokok.....	30
5. Dampak Rokok Bagi Kesehatan.....	36
6. Jenis Asap Rokok.....	40
7. Kategori Perokok.....	40
C. Siyasa Dusturiyah.....	41
1. Pengertian Siyasa Dusturiyah.....	41

BAB III GAMBARAN UMUM OBJEK PENELITIAN	49
A. Rumah Sakit Umum Daerah M. Yunus Bengkulu	49
1. Sejarah RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu	49
2. Visi dan Misi RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu.....	53
3. Identitas Informan Penelitian	54
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	56
A. Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M. Yunus Bengkulu	56
B. Perspektif Hukum Islam Mengenai Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M. Yunus Bengkulu	60
BAB V PENUTUP	72
A. Kesimpulan.....	72
B. Saran	73
 DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Informan Penelitian	52
Tabel 3.2 Struktur Organisasi Instalansi K3 RSUD M. Yunus Bengkulu	45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Pengajuan Judul

Lampiran 2 : Lembar Plagiarism Judul

Lampiran 3 : Lembar Daftar Hadir Seminar Proposal

Lampiran 4 : Lembar Catatan Perbaikan Proposal

Lampiran 5 : Lembar Halaman Pengesahan Penunjukan Pembimbing

Lampiran 6 : Surat Penunjukan Pembimbing

Lampiran 7 : Lembar Pedoman Wawancara

Lampiran 8 : Lembar Pengesahan Pengajuan Surat Izin Penelitian

Lampiran 9 : Surat Permohonan Izin Penelitian

Lampiran 10 : Surat Rekomendasi Penelitian

Lampiran 11 : Lembar Surat Selesai Penelitian

Lampiran 12 : Lembar Bimbingan Skripsi

Lampiran 13 : Lembar Foto Dokumentasi Wawancara

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Udara memiliki fungsi yang sangat penting bagi kehidupan manusia dan makhluk lainnya. Untuk melindungi kualitas udara diperlukan upaya-upaya pengendalian terhadap sumber-sumber pencemar udara dan terhadap kegiatan yang memiliki potensi mencemari udara salah satunya adalah rokok. Rokok merupakan salah satu zat adiktif yang mengandung kurang lebih 4000 bahan kimia dimana 200 diantaranya beracun dan 43 jenis lainnya dapat menyebabkan kanker bagi tubuh sehingga apabila digunakan dapat mengakibatkan bahaya kesehatan bagi perokok itu sendiri dan orang lain sekitarnya yang bukan perokok.¹

Berdasarkan penelitian Komisi Nasional yang bergerak dalam penanganan masalah rokok, udara yang mengandung asap rokok dapat mengganggu kesehatan orang yang ada diruangan atau lingkungan terdekat. Walaupun merokok merupakan hak dari setiap orang namun hak ini juga mengandung kewajibannya penghormatan terhadap hak orang lain untuk memperoleh udara yang sehat dan bersih. Tingginya konsumsi rokok di masyarakat Indonesia dipercaya menimbulkan implikasi negatif yang sangat luas, tidak saja terhadap kualitas kesehatan tetapi juga menyangkut kehidupan sosial dan ekonomi di Indonesia. Perlu diketahui bahwa berdasarkan data yang disampaikan oleh Dirjen Pengendalian Penyakit (P2PL) Kementerian

¹Widyastuti. *Kesehatan Reproduksi*. (Yogyakarta: Fitramaya, 2018), h. 44

Kesehatan bahwa tahun 2016 Indonesia menjadi negara Ketiga dengan jumlah perokok aktif terbanyak di Dunia yaitu sebanyak 61,4 juta dengan rincian 60% pria dan 4,55% wanita. Sementara itu perokok pada anak dan remaja juga terus meningkat 43 juta dari 97 juta warga Indonesia adalah perokok pasif (WHO, 2015). WHO juga menyatakan ada sekitar 600.000 perokok pasif yang meninggal setiap tahunnya. Data dari riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2017 juga menunjukkan jumlah perokok di Indonesia mencapai 29,3 persen. Data BPS provinsi Bengkulu adanya peningkatan konsumsi rokok di Bengkulu yakni sebanyak 26,05% dari jumlah penduduk provinsi Bengkulu.

Dasar hukum Kawasan Tanpa Rokok di Indonesia yaitu Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan dalam upaya menciptakan lingkungan yang sehat, maka setiap orang berkewajiban menghormati hak orang lain dalam memperoleh lingkungan yang sehat, baik fisik, biologi, maupun sosial, dan setiap orang berkewajiban untuk berperilaku hidup sehat dalam mewujudkan, mempertahankan, serta memajukan kesehatan. Lingkungan yang sehat dapat terwujud antara lain dengan menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja dan tempat umum serta tempat-tempat lain yang ditetapkan.²

² Widyastuti. *Kesehatan Reproduksi*. (Yogyakarta: Fitramaya, 2018), h. 45

Peraturan Daerah Provinsi Bengkulu Nomor 4 Tahun 2017 Tentang Kawasan Tanpa Rokok dimana penetapan Kawasan Tanpa Rokok bertujuan untuk: menciptakan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat, melindungi kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan dari bahaya bahan yang mengandung karsinogen dan Zat Adiktif dalam Produk Tembakau yang dapat menyebabkan penyakit, kematian, dan menurunkan kualitas hidup, melindungi penduduk usia produktif, anak, remaja, dan perempuan hamil dari dorongan lingkungan dan pengaruh iklan dan promosi untuk inisiasi penggunaan dan ketergantungan terhadap bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau, meningkatkan kesadaran dan kewaspadaan masyarakat terhadap bahaya merokok dan manfaat hidup tanpa merokok; dan melindungi kesehatan masyarakat dari asap rokok orang lain.

Bahwa rokok mengandung zat psikoaktif membahayakan yang dapat menimbulkan adiksi serta menurunkan derajat kesehatan manusia, oleh karena itu perlu mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok yang merupakan pemenuhan atas hak masyarakat untuk mendapatkan jaminan kesehatan yang layak; bahwa untuk melaksanakan Ketentuan Pasal 115 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 52 Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau bagi kesehatan, maka

Pemerintah Provinsi Bengkulu wajib menetapkan kawasan tanpa rokok.³

Mekasime pelaksanaan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok adalah dengan menganjurkan tempat kerja dan tempat umum dapat membangun area merokok yang secara teknis harus sesuai dengan peraturan. Adapun pengawasan terhadap implementasi kebijakan ini lebih pada pengawasan yang bersifat sosial sehingga dalam pelaksanaannya dibutuhkan peran serta masyarakat dengan supervisi dilakukan oleh tim supervisi yang keanggotaannya berasal dari pejabat. Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Pemerintah Kota dan anggota masyarakat yang dikoordinasikan oleh Kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kesehatan. Dalam hal pelanggaran pihak Pemerintah Daerah diberi kewenangan untuk memberikan sanksi administratif dengan terlebih dahulu memberikan teguran.⁴

Kawasan Tanpa Rokok adalah tempat atau ruangan yang dinyatakan dilarang untuk merokok, memproduksi, menjual, mengiklankan dan/atau mempromosikan rokok. Tujuan penerapan KTR secara khusus adalah menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat rokok, sedangkan secara umum penerapan KTR dapat membantu terwujudnya lingkungan yang bersih, sehat, aman dan nyaman; memberikan perlindungan bagi masyarakat bukan perokok; menurunkan angka perokok; mencegah perokok pemula dan melindungi generasi muda dari penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan

³ Kemenkes RI. 2012. Pedoman Teknis Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok. Kemenkes RI. Jakarta

⁴ Kemenkes RI. 2012. Pedoman Teknis Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok. Kemenkes RI. Jakarta

Zat Adiktif (NAPZA). Maka peneliti disini mengambil judul “Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD M. Yunus Bengkulu Implementasi Kebijakan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M.Yunus Bengkulu Perspektif Siyasa Dusturiyah”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan gambaran dan latar belakang masalah yang telah diuraikan di atas, maka didapatkan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M. Yunus Bengkulu?
2. Bagaimana Implementasi Kebijakan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M.Yunus Bengkulu Perspektif Siyasa Dusturiyah?

C. Tujuan

Berdasarkan rumusan masalah yang telah diuraikan di atas, maka tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui:

1. Untuk mengetahui Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M. Yunus Bengkulu.
2. Untuk mengetahui Implementasi Kebijakan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M.Yunus Bengkulu Perspektif Siyasa Dusturiyah

D. Kegunaan

1. Kegunaan Teoritis
 - a. Untuk menambah wawasan dan memperkaya pengetahuan tentang Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M. Yunus Bengkulu Perspektif Siyasa Dusturiyah.

b. Dapat memberikan sumbangan pemikiran pengembangan ilmu hukum, khususnya dibidang hukum tata negara.

2. Kegunaan Praktis

a. Sebagai bahan pertimbangan untuk mengeluarkan kebijakan-kebijakan pemerintah mengenai kawasan tanpa rokok.

b. Sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya.

E. Penelitian Terdahulu

Penelitian dilakukan oleh Hendry tahun 2014 bahwa berdasarkan pembahasan tentang implementasi kebijakan tentang Kawasan Tanpa Rokok di Stasiun Tawang Kota Semarang dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan kebijakan ini dikatakan sudah berhasil akan tetapi masih kurang optimal meskipun demikian terdapat beberapa perubahan positif yang dirasakan baik oleh pegawai maupun oleh masyarakat seperti Stasiun Tawang menjadi lebih rapi dan nyaman dengan berkurangnya polusi udara akibat paparan asap rokok, berkurangnya sampah yang berserakan akibat rokok, dan berkurangnya jumlah iklan rokok. Hal ini tentunya membawa manfaat bagi masyarakat (pengunjung) baik dari segi sosial, lingkungan maupun kesehatan.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu yaitu peneliti mengambil tempat penelitian di RSD. M. Yunus Kota Bengkulu dan penelitian sebelumnya mengambil tempat di Stasiun Tawang Kota Semarang. Persamaan yaitu sama-sama ingin mengetahui tentang implementasi kebijakan tentang Kawasan Tanpa Rokok.

F. Metode Penelitian

1. Jenis dan Pendekatan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah pendekatan kualitatif. Jenis penelitian dikategorikan penelitian lapangan (*field research*) yaitu penelitian yang dilakukan di kancah atau medan terjadinya gejala.⁵ Penelitian ini menggunakan metode korelasi yaitu metode dengan menghubungkan antara variabel yang dipilih dan dijelaskan dan bertujuan untuk meneliti sejauh mana variabel pada suatu faktor berkaitan dengan variabel yang lain. Dalam penelitian ini metode deskriptif digunakan untuk mengetahui Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M. Yunus Bengkulu Perspektif Siyasa Dusturiyah.

2. Waktu dan Lokasi Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan April 2022 sampai dengan Juni 2022. Lokasi Penelitian ini akan dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah M. Yunus Kota Bengkulu.

3. Identitas Informan Penelitian

Teknik penggunaan informan yang digunakan dalam penelitian ini ialah *pupposive sampling* yaitu penentuan informasi penelitian yang mengetahui informasi secara mendalam dan dapat dipercaya sebagai sumber data yang mempunyai hubungan dengan hal yang akan diteliti.⁶ Mengetahui dan terlibat langsung maupun mempunyai pengaruh dalam

⁵M. Iqbal Hasan, *Pokok-pokok Materi Metodologi Penelitian dan Aplikasinya*, (Jakarta: Ghalia Indonesia, 2012), h. 11.

⁶Burhan Bungin, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, (Jakarta: PT Raja Grafindo Persada, 2015), h. 67

penelitian yang menjadi informan yaitu K3RS Rumah Sakit M. Yunus Kota Bengkulu Ibu Debby Amelia dan Bapak Gusti Mahendra.

4. Sumber dan Teknik Pengumpulan Data

a. Sumber Data

1) Data Primer

Data primer yaitu data yang diperoleh langsung dari dari sumber utamanya. Sehingga data primer adalah data yang diperoleh dari hasil wawancara kepada pihak RSUD M. Yunus Bengkulu.

2) Data Sekunder

Data sekunder yaitu data yang mendukung atas permasalahan yang akan dibahas, yang diperoleh dari hasil studi perpustakaan, bahan bacaan ataupun data dari dinas terkait.⁷

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari jurnal, buku, hasil wawancara kepada pihak RSUD M. Yunus Bengkulu.

b. Teknik Pengumpulan Data

Untuk memperoleh data yang dibutuhkan, penulis akan mengumpulkan data dengan memperoleh dua sumber data. Teknik dilakukan dengan:

1) Observasi

Observasi adalah penelitian atau pengamatan secara langsung kelapangan untuk mendapatkan informasi dan mengetahui permasalahan yang di teliti. Observasi menurut kenyataan yang

⁷ M. Iqbal Hasan, *Pokok- pokok Materi Metodologi Penelitian dan Aplikasinya*, (Jakarta: Ghalia Indonesia, 2012), h. 11.

terjadi di lapangan dapat di artikan dengan kata kata yang cermat dan tepat apa yang diamati, mencatatnya kemudian mengelolanya dan di teliti sesuai dengan cara ilmiah.⁸ Dalam hal ini peneliti mengadakan penelitian dengan cara mengumpulkan data secara langsung, melalui pengamatan di lapangan terhadap aktivitas yang akan di lakukan untuk mendapatkan data tertulis. Observasi yang peneliti lakukan dalam penelitian ini adalah dengan mendatangi langsung pihak RSUD M. Yunus Bengkulu.

2) Wawancara

Wawancara adalah suatu bentuk komunikasi secara respon antara penanya dan di tanya yang bertujuan untuk mendapatkan informasi kepada para informan.⁹ Dalam wawancara digunakan pedoman yang berisikan pokok-pokok yang diperlukan untuk wawancara atau daftar pertanyaan kepada pihak pihak RSUD M. Yunus Bengkulu.

5. Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian kualitatif, dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung, dan setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu. Miles dan Huberman, mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus

⁸ Soejono Soekanto, *Pengantar Penelitian Hukum*, (Jakarta: UI Perss, 1942), h. 22

⁹ Soejono Soekanto, *Pengantar Penelitian Hukum*, (Jakarta: UI Perss, 1942), h. 25

sampai tuntas, sehingga datanya sudah jenuh.¹⁰ Aktivitas dalam analisis data, yaitu: *data reduction*, *data display*, dan *conclusion drawing/verification*. Berikut langkah-langkah analisis ditunjukkan pada gambar di bawah ini:

a. Reduksi Data

Data yang diperoleh dari lapangan jumlahnya cukup banyak, untuk itu maka perlu dicatat secara teliti dan rinci. Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya. Dengan demikian data yang direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya, dan mencarinya bila diperlukan. Reduksi data dapat dibantu dengan peralatan elektronik seperti komputer mini, dengan memberikan kode pada aspek-aspek tertentu.¹¹ Pada penelitian ini, peneliti memilih dan merangkum data-data dan hal penting dari hasil wawancara dan data yang didapatkan.

b. Penyajian Data

Dalam penelitian kualitatif, penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk uraian singkat. Yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam penelitian kualitatif

¹⁰Miles, B. Mathew dan Michael Huberman, *Analisis Data Kualitatif Buku Sumber Tentang Metode-metode Baru*, (Jakarta: UIP, 2005), h. 110

¹¹Burhan Bungin, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, (Jakarta: PT Raja Grafindo Persada, 2015), h. 68

adalah dengan teks yang bersifat naratif. Pada penelitian ini, setelah dilakukan reduksi data, maka peneliti menyajikan data yang sudah di reduksi.

c. Penyimpulan dan Verifikasi

Kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara, dan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Kesimpulan dalam penelitian kualitatif adalah merupakan temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada. Temuan dapat berupa deskripsi atau gambaran suatu objek yang sebelumnya masih remang-remang atau gelap sehingga setelah diteliti menjadi jelas, dapat berupa hubungan kausal atau interaktif, hipotesis atau teori.¹²

¹² Burhan Bungin, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, (Jakarta: PT Raja Grafindo Persada, 2015), h. 68

BAB II

KERANGKA TEORI

A. Kawasan Tanpa Rokok

1. Kawasan Tanpa Rokok Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Bengkulu

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.¹³

Pemerintah Provinsi Bengkulu Badan Layanan Umum Daerah 2
Rsud dr. M. Yunus. Jl Bhayangkara Bengkulu 38129 Teip (0736) 52004 -
57006 Fax (0736)

Keputusan direktur RSUD M. Yunus Bengkulu nomor: 188.4 /A
636/ HK - RS / 2019 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan
RSUD M.Yunus Bengkulu Direktur RSUD M. Yunus Bengkulu,

Menimbang : a. Bahwa untuk meminimalisir pencemaran udara sebagai akibat asap rokok yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan terhadap petugas dan masyarakat yang meminta pelayanan kesehatan di RSUD M.Yunus Bengkulu, maka dipandang perlu untuk ditetapkan kawasan tanpa rokok di RSUD M.Yunus Bengkulu,

¹³ Kemenkes RI. 2012. Pedoman Teknis Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok. Kemenkes RI. Jakarta

b. Bahwa sebagai pelaksanaan ketentuan pasal 5 huruf & Peraturan Daerah Provinsi Bengkulu Nomor 4 Tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok, perlu dilakukan upaya dengan melakukan pengawasan terhadap kepatuhan larangan merokok dengan membentuk Duta Anti Rokok di Rumah Sakit Umum Daerah M. Yunus Bengkulu.¹⁴

c. Bahwa untuk melaksanakan pertimbangan sebagaimana di maksud huruf a dan b diatas, perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD M. Yunus Bengkulu, Mengingat

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1967 tentang Pembentukan Provinsi Bengkulu (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1967 Nomor 19 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2828):

1. Undang Undang Nomor 39 Tahun 1999 Tentang Hak Asasi Manusia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 165):

2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 4431 :¹⁵

3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan lingkungan Hidup

¹⁴ Peraturan Daerah (PERDA) No. 4 tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok

¹⁵ Peraturan Daerah (PERDA) No. 4 tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5001),
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 50711),
6. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637),
7. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 1999 tentang Pengendalian Pencemaran Udara:¹⁶
8. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741)
10. Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Aditif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan (Lembaran Negara

¹⁶ Peraturan Daerah (PERDA) No. 4 tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok

Republik Indonesia tahun 2012 Nomor 278, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5380):

11. Peraturan Bersama Menteri Kesehatan Nomor 188/MENKES/PB/I/2011 dan Menteri dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok (Berita Negara Republik Indonesia tahun 2011 nomor 49):
12. Instruksi Menteri Kesehatan Nomor : 161 / Menkes / Inst/ III / 1990 tentang Lingkungan Kerja Bebas Asap Rokok,
13. Peraturan Daerah Provinal Bengkulu Namar 8 Tahun UTKI tentang Urgiansi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Lembaga teknis Daerah (Lembaran Daerah Provinsi Bengkulu Tahun 2008 Nomor 8); sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Propinsi Bengkulu nomor 6 tahun 2011 tentang perubahan atas Peraturan Daerah Provinsi Bengkulu Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Dadan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Lembaga teka Daerah (Lembaran Daerah Provinal Bengkulu Tahun 2011 Namor 6).¹⁷
14. Peraturan Daerah Kota Bengkulu Nomor : 03 Tahun 2015 Tentang Kawasan Tanpa Kokok,

¹⁷ Peraturan Daerah (PERDA) No. 4 tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok

15. Peraturan Daerah Provinsi Bengkulu Nomor 4 Tahun 2017
tentang Kawasan Tanpa Rokok:

16. Keputusan Gubernur Bengkulu Nomor M.310 XXXVIII
Tahun 2009 tentang Penetapan Status Pola Pengelolaan
Keuangan BLUD (PPK BLUD) Pada RSUD M Yunus
Bengkulu.

- Memutuskan :
- KESATU : Rumah Sakit Umum Daerah dr. M.Yunus Bengkulu
Merupakan Kawasan Tanpa Rokok.
- KEDUA : Kawasan Tanpa Rokok sebagaimana di maksud Diktum
KESATU berlaku untuk setiap orang yang berada di
Lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah dr. M.Yunus
Bengkulu (Pasien Pengunjung, Keluarga Pasien dan
Karyawan).
- KETIGA : Untuk pemberitahuan dilakukan pemasangan
tandatanda dilarang merokok terutama pada tempat-
tempat yang mudah terbaca atau dilihat dengan baik,
oleh semua pihak.
- KEEMPAT : Kawasan Tanpa Rokok sebagaimana di maksud
Diktum KESATU adalah kawasan atau area yang
dinyatakan dilarang untuk kegiatan jual-beli, iklan,
promosi dan / atau merokok.
- KELIMA : Dalam pelaksanaan keputusan ini harus sesuai dan
berpedoman pada peraturan perundang-undangan yang
berlaku
- KEENAM : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal Ditetapkan
dengan ketentuan bahwa apabila dikemudian hari
terdapat kekeliruan akan di perbaiki sebagaimana
mestinya.¹⁸

¹⁸ Peraturan Daerah (PERDA) No. 4 tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok

Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Bengkulu Nomor 4 tahun 2017, Kawasan Tanpa Rokok adalah ruangan atau areayang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokokatau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan Produk Tembakau. Penetapan Kawasan Tanpa Rokok bertujuan untuk:

- a. Menciptakan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat
- b. Melindungi kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan dari bahaya bahan yang mengandung karsinogen dan Zat Adiktif dalam Produk Tembakau yang dapat menyebabkan penyakit, kematian, dan menurunkan kualitas hidup;
- c. Melindungi penduduk usia produktif, anak, remaja, dan perempuan hamil dari dorongan lingkungan dan pengaruh iklan dan promosi untuk inisiasi penggunaan dan ketergantungan terhadap bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau
- d. Meningkatkan kesadaran dan kewaspadaan masyarakat terhadap bahaya merokok dan manfaat hidup tanpa merokok
- e. Melindungi kesehatan masyarakat dari asap Rokok orang lain.¹⁹

Penyelenggaraan Kawasan Tanpa Rokok dimaksudkan untuk memberikan jaminan perolehan lingkungan udara yang bersih dan sehat bagi masyarakat di Provinsi Bengkulu. Kawasan Tanpa Rokok Peraturan Daerah Provinsi Bengkulu Nomor 4 tahun 2017 meliputi

¹⁹ Peraturan Daerah (PERDA) No. 4 tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan yang kewenangannya menjadi urusan Pemerintah Provinsi atau Kabupaten/Kota;
- b. Tempat proses belajar mengajar yang kewenangannya menjadi urusan Pemerintah Provinsi atau Kabupaten/Kota;
- c. Kawasan tempat anak bermain yang kewenangannya menjadi urusan Pemerintah Provinsi atau Kabupaten/Kota
- d. Tempat ibadah yang kewenangannya menjadi urusan Pemerintah Provinsi atau Kabupaten/Kota
- e. Fasilitas olahraga yang kewenangannya menjadi urusan Pemerintah Provinsi atau Kabupaten/Kota
- f. Angkutan umum yang kewenangannya menjadi urusan Pemerintah Provinsi atau Kabupaten/Kota
- g. Tempat kerja yang kewenangannya menjadi urusan Pemerintah Provinsi atau Kabupaten/Kota; dan
- h. Tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan oleh daerah sesuai dengan kewenangannya.²⁰

Kepala Daerah sesuai dengan kewenangannya melakukan pembinaan atas penyelenggaraan Kawasan Tanpa Rokok dengan cara:

- a. Mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok;
- b. Mencegah perokok pemula dan melakukan konseling untuk tidak merokok

²⁰ Kemenkes RI. 2012. Pedoman Teknis Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok. Kemenkes RI. Jakarta

- c. Memberikan informasi, edukasi, dan pengembangan kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat
- d. Bekerja sama dengan badan/atau lembaga internasional atau organisasi kemasyarakatan untuk menyelenggarakan Kawasan Tanpa Rokok
- e. Memberikan penghargaan kepada orang yang telah berjasa dalam membantu penyelenggaraan Kawasan Tanpa Rokok.²¹

2. Ruang Lingkup Kawasan Tanpa Rokok

Adapun ruang lingkup Kawasan Tanpa Rokok menurut Kemenkes RI, yaitu :

- a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan 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.
- b. Tempat Proses Belajar Mengajar Tempat proses belajar Mengajar adalah gedung yang digunakan untuk kegiatan belajar, mengajar, pendidikan dan/ atau pelatihan.
- c. Tempat Anak Bermain. Tempat anak bermain adalah area tertutup maupun terbuka yang digunakan untuk kegiatan bermain anak-anak
- d. Tempat Ibadah. Tempat ibadah adalah bangunan atau ruang tertutup yang memiliki ciri-ciri tertentu yang khusus dipergunakan untuk

²¹ Kemenkes RI. 2012. Pedoman Teknis Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok. Kemenkes RI. Jakarta

- beribadah bagi para pemeluk masing-masing agama secara permanen, tidak termasuk tempat ibadah keluarga.
- e. Angkutan Umum. Angkutan umum adalah alat angkutan bagi masyarakat yang dapat berupa kendaraan darat, air, dan udara biasanya dengan kompensasi.
 - f. Tempat Kerja. 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 atau sumber-sumber bahaya.
 - g. Tempat Umum. 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.
 - h. Tempat Lainnya yang Ditetapkan. Tempat lainnya yang ditetapkan adalah tempat terbuka yang dapat dimanfaatkan bersama-sama untuk kegiatan masyarakat Pemimpin atau penanggung jawab tempat-tempat sebagaimana yang telah ditetapkan wajib menetapkan dan menerapkan KTR. Fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah dan angkutan umum merupakan ruang lingkup KTR yang dilarang menyediakan tempat khusus untuk merokok dan merupakan KTR yang bebas dari asap hingga batas terluar.²²

²² Peraturan Daerah (PERDA) No. 4 tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok

Sedangkan tempat kerja, tempat umum, dan tempat lainnya yang ditetapkan dapat menyediakan tempat khusus untuk merokok.

3. Tujuan penetapan kawasan dilarang merokok

Tujuan penetapan kawasan dilarang merokok, adalah:

- a. Mewujudkan kualitas udara yang sehat dan bersih bebas dari asap rokok;
- b. Merubah perilaku masyarakat untuk hidup sehat;
- c. Menurunkan angka perokok dan mencegah perokok pemula
- d. Mewujudkan generasi muda yang sehat
- e. Meningkatkan produktivitas kerja yang optimal;
- f. Menurunkan angka kesakitan dan/ atau angka kematian
- g. Melindungi anak-anak dan bukan perokok dari risiko terhadap kesehatan
- h. Mencegah rasa tidak nyaman, bau dan kotoran dari ruang rokok

Pengaturan pelaksanaan KTR bertujuan untuk:

- a. Memberikan acuan bagi pemerintah daerah dalam menetapkan KTR
- b. Memberikan perlindungan yang efektif dari bahaya asap rokok
- c. Memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat; dan
- d. Melindungi kesehatan masyarakat secara umum dari dampak buruk merokok baik langsung maupun tidak langsung.²³

²³ Peraturan Daerah (PERDA) No. 4 tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok

B. Rokok

1. Pengertian Rokok

Rokok adalah salah satu zat adiktif yang bila digunakan mengakibatkan bahaya bagi kesehatan individu dan masyarakat. Kemudian ada juga yang menyebutkan bahwa rokok adalah hasil olahan tembakau yang dibungkus termasuk cerutu atau bahan lainya yang dihasilkan dari tanamam *Nicotiana Tabacum*, *Nicotiana Rustica* dan spesies lainnya atau sintesisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan. Komponen utama rokok adalah tembakau. Tembakau yang digunakan untuk membuat rokok di Indonesia adalah tembakau yang ditanam dan diproduksi di berbagai daerah di Indonesia, baik sebagai komoditi dalam negeri maupun komoditas mancanegara. Rokok yang menggunakan tembakau sebagai komponen utamanya disebut sebagai rokok putih. Di Indonesia, terdapat sejenis rokok yang dikenal sebagai rokok kretek, selain dari tembakau cengkeh juga digunakan sebagai komponen utama untuk menghasilkan rokok jenis ini. Satu-satunya negara di dunia yang menghasilkan rokok dengan bahan baku tembakau dan cengkeh adalah Indonesia.²⁴

Secara umum merokok menurut para ulama dinilai sebagai tindakan yang memiliki dua macam hukum yaitu haram dan makruh. Namun, dalam penerapannya melekatkan hukum makruh pada kebiasaan

²⁴ Aula ,L Elisabet. *Stop Merokok*. (Jogjakarta: Garailmu, 2010), h. 57

merokok lebih disetujui oleh kalangan masyarakat agar tidak terjadi kesenjangan sosial serta menimbulkan keributan tertentu.²⁵

Dalil yang berbicara mengenai larangan merokok sejatinya memang tidak dituliskan secara jelas. Namun, sebagai umat muslim yang patuh terhadap larangan Allah SWT, tentunya kita wajib mengetahui dan menjalankan segala perintah serta menjauhi larangan yang sudah tertera dalam ayat Al Qur'an. Beberapa dalil yang dapat digunakan sebagai larangan untuk merokok diantaranya adalah sebagai berikut;

الَّذِينَ يَتَّبِعُونَ الرَّسُولَ النَّبِيَّ الْأُمِّيَّ الَّذِي يَجِدُونَهُ مَكْتُوبًا عِنْدَهُمْ فِي التَّوْرَةِ وَالْإِنْجِيلِ يَأْمُرُهُمْ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَاهُمْ عَنِ الْمُنْكَرِ وَيُحِلُّ لَهُمُ الطَّيِّبَاتِ وَيُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ الْخَبَائِثَ وَيَضَعُ عَنْهُمْ إِصْرَهُمْ وَالْأَغْلَالَ الَّتِي كَانَتْ عَلَيْهِمْ ۗ فَالَّذِينَ آمَنُوا بِهِ وَعَزَّرُوهُ وَنَصَرُوهُ وَاتَّبَعُوا النُّورَ الَّذِي أُنزِلَ مَعَهُ ۗ أُولَٰئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ

Artinya: (Yaitu) orang-orang yang mengikut Rasul, Nabi yang ummi yang (namanya) mereka dapati tertulis di dalam Taurat dan Injil yang ada di sisi mereka, yang menyuruh mereka mengerjakan yang ma'ruf dan melarang mereka dari mengerjakan yang mungkar dan menghalalkan bagi mereka segala yang baik dan mengharamkan bagi mereka segala yang buruk dan membuang dari mereka beban-beban dan belenggu-belenggu yang ada pada mereka. Maka orang-orang yang beriman kepadanya, memuliakannya, menolongnya dan mengikuti cahaya yang terang yang diturunkan kepadanya (al-Qur'an), mereka itulah orang-orang yang beruntung. (QS. al-A'raaf: 157).²⁶

Dari ayat tersebut telah menjelaskan bahwa Allah SWT telah menghalalkan segala yang baik bagi umat manusia dan mengharamkan yang buruk bagi manusia. Secara ilmu pengetahuan, kesehatan, rokok merupakan barang yang berpotensi untuk membuat kondisi pemakainya

²⁵ Aula, L Elisabet. *Stop Merokok*. (Jogjakarta: Garailmu, 2010), h. 56

²⁶ Departemen Agama RI. *Alquran dan Terjemahnya*. (Bandung: CV Penerbit Diponegoro, 2019), h.567

justru menurun. Hal ini dapat diartikan bahwa merokok adalah kebiasaan yang tidak baik serta dilarang oleh Allah SWT.

2. Bahan-bahan kimia yang Terkandung dalam Rokok

a. Tar

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

b. Nikotin

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

Nikotin bersifat adiktif yang membuat seseorang menjadi ketagihan untuk bisa selalu merokok. Nikotin merupakan salah satu penyebab penyakit jantung koroner.²⁷

c. Karbonmonoksida

Karbon monoksida atau CO adalah gas beracun yang mempunyai afinitas kuat terhadap hemoglobin kira-kira 210 kali lebih kuat daripada afinitas O₂ terhadap Hb pada sel darah. Reaksi ini menyebabkan berkurangnya kapasitas darah untuk menyalurkan O₂ kepada jaringan tubuh. Gas CO dalam dosis rendah menimbulkan efek atau gangguan pada penderita penyakit paru, jantung ataupun perokok yang sebagian dari hemoglobinnya sudah terikat oleh CO. Asap rokok mengandung sekitar 400 ppm gas monoksida sehingga menjadi sumber polusi CO bagi perokok aktif maupun pasif.

d. Timah hitam Timah hitam (Pb) yang dihasilkan oleh sebatang rokok sebanyak 0,5 µg. Sebungkus rokok isi 20 batang yang habis dihisap dalam satu hari akan menghasilkan 10 µg. Sementara ambang batas bahaya timah hitam yang masuk ke dalam tubuh adalah 20 µg per hari. Pb adalah racun sistemik, keracunan Pb akan menimbulkan rasa logam di mulut, garis hitam pada gusi, gangguan *Gastro Intestinal*, anorexia, muntah-muntah, kolik, *encephalitis*, *wirstdrop*, iritasi, perubahan kepribadian, kelumpuhan dan kebutaan. *Basophilic stippling* dari sel darah merah merupakan gejala pathogenesis bagi

²⁷ Aula, L. Elisabet. *Stop Merokok*. (Jogjakarta: Garailmu, 2010), h. 58

keracunan Pb. Gejala lain dari keracunan ini berupa anemia dan albuminuria.²⁸

- e. Radikal bebas (NO_x, SO₂) Radikal bebas merupakan suatu atom, molekul, senyawa yang dapat berdiri sendiri mempunyai satu atau lebih elektron tidak berpasangan di *orbital* terluarnya. NO_x merupakan oksidator yang cukup kuat yang dapat menyebabkan peroksidasi lipid atau protein sehingga fungsinya terganggu. Bahaya radikal bebas terhadap eritrosit diantaranya adalah dengan merusak struktur membrane eritrosit sehingga plastisitas membran terganggu dan mudah pecah. Keadaan ini dapat menyebabkan turunnya jumlah *eritrosit*.

- f. Kadmium

Kadmium adalah zat yang dapat meracuni jaringan tubuh terutama ginjal. Ginjal sebagai organ yang berfungsi mensekresi enzim eritropoietin pada saat terjadi hipoksia dan akan berhenti jika sudah hiperoksia.

- g. 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 walaupun sedikit ke dalam peredaran darah akan mengakibatkan seseorang pingsan atau koma.

²⁸ Aula, L Elisabet. *Stop Merokok*. (Jogjakarta: Garailmu, 2010), h. 57

h. Asam Fomat

Asam fomat merupakan sejenis cairan tidak berwarna yang bergerak bebas dan dapat membuat lepuh. Cairan ini sangat tajam dan menusuk baunya. Zat ini dapat menyebabkan seseorang seperti merasa digigit semut.²⁹

i. Hidrogen Sianida

Hidrogen sianida merupakan sejenis gas yang tidak berwarna, tidak berbau dan tidak memiliki rasa. Zat ini merupakan zat yang paling ringan, mudah terbakar dan sangat efisien untuk menghalangi pernapasan dan merusak saluran pernapasan. Sianida adalah salah satu zat yang mengandung racun yang sangat berbahaya. Sedikit saja sianida dimasukkan langsung ke dalam tubuh dapat mengakibatkan kematian.

j. Methanol

Metanol adalah sejenis cairan ringan yang mudah menguap dan mudah terbakar. Meminum atau menghisap metanol mengakibatkan kebutaan dan bahkan kematian

Menurut PP No. 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan, 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

²⁹ Aula ,L Elisabet. *Stop Merokok*. (Jogjakarta: Garailmu, 2010), h. 57

tanaman *nicotiana tabacum*, *nicotiana rustica*, dan spesies lainnya atau sintetisnya yang asapnya mengandung nikotin dan tar, dengan atau tanpa bahan tambahan.³⁰

Rokok adalah silinder dari kertas berukuran panjang antara 70 hingga 120 mm (bervariasi tergantung negara) dengan diameter sekitar 10 mm yang berisi daun-daun tembakau yang telah dicacah. Rokok dibakar pada salah satu ujungnya dan dibiarkan membara agar asapnya dapat dihirup lewat mulut pada ujung lain. Menurut, merokok adalah membakar tembakau yang kemudian diisap asapnya baik menggunakan rokok maupun menggunakan pipa. Temperatur pada sebatang rokok yang tengah dibakar adalah 9000 C untuk ujung rokok yang dibakar dan 300 C untuk ujung rokok yang terselip diantara bibir perokok.³¹

Asap rokok yang dihisap atau asap rokok yang dihirup melalui dua komponen yaitu komponen yang lekas menguap berbentuk gas dan komponen yang bersama gas terkondensi menjadi komponen partikulat. Dengan demikian, asap rokok yang dihisap berupa gas sejumlah 85% dan sisanya berupa partikel. Asap rokok yang dihisap melalui mulut tersebut *mainstream smoke*, sedangkan asap rokok yang terbentuk pada ujung rokok yang terbakar serta asap rokok yang dihembuskan ke udara oleh perokok disebut *sidestream smoke*. *Sidestream smoke* mengakibatkan seseorang menjadi perokok pasif. Perokok pasif adalah orang yang bukan

³⁰ Kemenkes RI. 2012. Pedoman Teknis Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok. Kemenkes RI. Jakarta

³¹ Kemenkes RI. 2012. Pedoman Teknis Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok. Kemenkes RI. Jakarta

perokok namun menghisap atau menghirup asap rokok yang dikeluarkan oleh perokok.

Conrad dan Miller, menyatakan bahwa seseorang akan menjadi perokok melalui dorongan psikologi dan dorongan fisiologis. Dorongan psikologis seperti merokok rasanya seperti rangsangan seksual, sebagai suatu ritual, menunjukkan kejantanan, bangga diri, mengalihkan kecemasan dan menunjukkan kedewasaan. Dorongan fisiologis seperti adanya nikotin yang mengakibatkan ketagihan (adiksi) sehingga seseorang ingin terus merokok.

3. Kandungan Rokok

Di dalam sebatang rokok terdapat gabungan dari bahan-bahan kimia. Satu batang rokok yang dibakar akan mengeluarkan 4000 bahan kimia. Kadar kandungan zat kimia yang terkandung di dalam rokok memiliki kadar yang berbeda. Bahkan untuk merk dan jenis antara satu rokok dengan rokok lainnya pun memiliki kandungan yang berbeda-beda. Asap rokok yang dihirup seorang perokok mengandung komponen gas dan partikel. Komponen gas terdiri dari karbon monoksida, asam hidrogen sianida (HCN), amoniak, Nitrogen Oksida, formaldehid dan senyawa hidrokarbon. Adapun komponen partikel terdiri dari tar, nikotin, benzopiren, fenol, dan Kadmium. Kandungan yang paling dominan di dalam rokok adalah nikotin dan tar. Nikotin adalah zat, atau bahan senyawa pirrolidin yang terdapat dalam *Nicotiana Tabacum*, *Nicotiana Rustica* dan spesies lainnya atau sintetisnya yang bersifat adiktif dapat

mengakibatkan ketergantungan pada perokok. Nikotin berbentuk cairan, tidak berwarna, merupakan basa yang mudah menguap.³²

Nikotin berubah warna menjadi coklat dan berbau mirip tembakau setelah bersentuhan dengan udara, kadar nikotin dalam tembakau sebesar 12%. Kadar nikotin 4-6 mg yang dihisap oleh orang dewasa setiap hari dapat membuat seseorang ketagihan. Tar adalah kumpulan dari beribu-ribu bahan kimia dalam komponen padat asap rokok. Tar merupakan senyawa polinuklir hidrokarbon aromatika yang bersifat karsinogenik. Pada saat rokok dihisap, tar masuk ke dalam rongga mulut sebagai uap padat. Tar biasanya berupa cairan coklat tua atau hitam yang bersifat lengket dan biasanya berakibat menempel pada paru-paru, sehingga membuat paru-paru perokok menjadi coklat, begitu juga halnya pada gigi dan kuku. Pengendapan ini bervariasi antara 3-40 mg per batang rokok, sementara kadar tar dalam rokok berkisar 24-45 mg. Tar yang ada di dalam asap rokok menyebabkan paralise silia yang ada di dalam saluran pernafasan dan menyebabkan penyakit paru lainnya.

4. Dampak Rokok

Telah banyak terbukti bahwa dengan mengkonsumsi tembakau berdampak terhadap status kesehatan. Penyakit seperti kanker paru-paru, oesophagus, laring, mulut, dan tenggorokan, radang pada tenggorokan, dan penyakit kardiovaskuler merupakan penyakit yang disebabkan oleh konsumsi rokok/ tembakau. Namun demikian, tidak hanya pada perokok

³² Widyastuti. *Kesehatan Reproduksi*. (Yogyakarta: Fitramaya, 2018), h. 56

aktif saja yang mendapatkan penyakit tersebut, tetapi masyarakat banyak yang sebutan passive smokers. Telah terbukti bahwa passive smokers beresiko untuk terkena penyakit kardiovaskuler, kanker paru, asma dan penyakit paru lainnya.

Menurut Gondodiputro, ada beberapa penyakit yang disebabkan rokok yaitu :³³

- a. Efek tembakau terhadap susunan saraf pusat Hal ini disebabkan karena nikotin yang diabsorpsi dapat menimbulkan gemetar pada tangan dan kenaikan berbagai hormon dan rangsangan dari sumsum tulang belakang menyebabkan mual dan muntah. Di lain tempat nikotin juga menyebabkan rasa nikmat sehingga perokok akan merasa lebih tenang, daya pikir serasa lebih cemerlang dan mampu menekan rasa lapar. Sedangkan efek lain menimbulkan rangsangan senang sekaligus mencari tembakau lagi. Efek dari tembakau memberi stimulasi depresi ringan, gangguan daya tangkap, alam perasaan, alam pikiran, tingkah laku dan fungsi psikomotor.
- b. Penyakit Kardiovaskuler Karena asap tembakau akan merusak dinding pembuluh darah. Nikotin yang terkandung dalam asap tembakau akan merangsang hormon adrenalin yang akan menyebabkan perangsangan kerja jantung dan menyempitkan pembuluh darah. Seseorang yang stress yang kemudian mengambil pelarian dengan jalan merokok sebenarnya sama saja dengan menambah risiko terkena jantung

³³ Widyastuti. *Kesehatan Reproduksi*. (Yogyakarta: Fitramaya, 2018), h. 56

koroner, proses penyempitan arteri koroner yang mendarahi otot jantung menyebabkan ketidakseimbangan antara kebutuhan dengan suplai menimbulkan kekurangan darah (*ischemia*).³⁴

Sehingga apabila melakukan aktifitas fisik atau stress, kekurangan aliran meningkat sehingga menimbulkan sakit dada. Penyempitan yang berat atau penyumbatan dari satu atau lebih arteri koroner berakhir dengan kematian jaringan/ komplikasi dari infark miokard termasuk irama jantung tidak teratur dan jantung berhenti mendadak. Iskemia yang berat dapat menyebabkan otot jantung kehilangan kemampuannya untuk memompa sehingga terjadi pengumpulan cairan di jaringan tepi maupun penimbunan cairan di paru-paru. Orang yang merokok lebih dari dua puluh batang tembakau perhari memiliki risiko enam kali lebih besar terkena infark miokard dibandingkan dengan bukan perokok. Penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab utama dari kematian di negara-negara industri dan berkembang, yaitu sekitar 30% dari semua panyakit jantung berkaitan dengan memakai tembakau.

c. Arteriosklerosis

Arteriosklerosis merupakan menebal dan mengerasnya pembuluh darah, sehingga menyebabkan pembuluh darah kehilangan elastisitas serta pembuluh darah menyempit. Arteriosklerosis dapat berakhir dengan penyumbatan yang disebabkan oleh gumpalan darah

³⁴ Aula ,L Elisabet. *Stop Merokok*. (Jogjakarta: Garailmu, 2010), h. 61

yang menyumbat pembuluh darah. Sekitar 10% dari pasien yang menderita gangguan sirkulasi pada tungkai (*arteriosklerosis obliteran*).³⁵

Sembilan puluh Sembilan diantaranya adalah perokok. Ada empat tingkat gangguan arteriosklerosis obliteran yaitu tingkat I tanpa gejala, tingkat II kaki sakit saat latihan misalnya berjalan lebih dari 200 meter dan kurang 200 meter, keluhan hilang bila istirahat, tingkat III keluhan yang timbul saat istirahat umumnya saat malam hari dan bila tungkai ditinggikan sedangkan tingkat IV adalah jaringan mati. Dalam stadium ini tindakan yang dilakukan adalah amputasi, jika penyumbatan terjadi di percabangan aorta daerah perut akan menimbulkan sakit di daerah pinggang termasuk pula timbulnya gangguan ereksi.

- d. Tukak Lambung dan Tukak Usus Dua Belas Jari Tembakau meningkatkan asam lambung dengan daya perlindungan. Tembakau meningkatkan asam lambung sehingga terjadilah tukak lambung dan usus dua belas jari. Perokok menderita gangguan dua kali lebih tinggi dari yang bukan perokok.
- e. Efek Terhadap Bayi Ibu hamil merokok mengakibatkan kemungkinan melahirkan premature. Jika kedua orang tuanya perokok mengakibatkan daya tahan bayi menurun pada tahun pertama, sehingga akan menderita radang paru-paru maupun bronchitis dua kali

³⁵ Aula ,L Elisabet. *Stop Merokok*. (Jogjakarta: Garailmu, 2010), h. 62

lipat dibandingkan yang tidak merokok, sedangkan terhadap infeksi lain meningkat 30%. Terdapat bukti bahwa anak yang orangtuanya merokok menunjukkan perkembangan mentalnya terbelakang.

- f. Efek Terhadap Otak dan Daya Ingat Akibat proses arteriosklerosis yaitu penyempitan dan penyumbatan aliran darah ke otak yang dapat merusak jaringan otak karena kekurangan oksigen. Studi tentang hubungan tembakau dan daya ingat juga dilakukan baru-baru ini. Dari hasil analisis otak, peneliti dari *Neuropsychiatric Institute university of California* menemukan bahwa jumlah dan tingkat kepadatan sel yang digunakan untuk berpikir pada orang yang merokok jauh lebih rendah daripada orang yang tidak merokok.³⁶
- g. Impotensi Pada laki-laki berusia 30-40 tahun merokok dapat meningkatkan disfungsi ereksi sekitar 50%. Ereksi tidak dapat terjadi bila darah tidak mengalir bebas ke penis. Oleh karena itu pembuluh darah, nikotin menyempit arteri yang menuju penis, mengurangi aliran darah dan tekanan darah menuju penis. Efek ini meningkat bersama dengan waktu. Masalah ereksi ini merupakan peringatan awal bahwa tembakau telah merusak area lain dari tubuh.
- h. Kanker Asap tembakau menyebabkan lebih dari 85% kanker paru-paru dan berhubungan dengan kanker mulut, faring, laring, esofagus, lambung, pankreas, mulut, saluran kencing, ginjal, ureter, kandung kemih, dan usus. Tipe kanker yang umumnya terjadi pada pemakai

³⁶ Widyastuti. *Kesehatan Reproduksi*. (Yogyakarta: Fitramaya, 2018), h. 63

tembakau adalah kanker kandung kemih, kanker esofagus, kanker pada ginjal, kanker pada pankreas, kanker serviks, kanker payudara dan lain-lain. Mekanisme kanker yang disebabkan tembakau yaitu merokok menyebabkan kanker pada berbagai organ, tetapi organ yang terpengaruh langsung oleh karsinogen adalah saluran nafas.

- i. *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases (COPD)* Kebiasaan merokok mengubah bentuk jaringan saluran dan fungsi pembersihan menghilang, saluran bengkak dan menyempit. Seseorang yang menunjukkan gejala batuk berat selama paling kurang tiga bulan pada setiap tahun berjalan selama dua tahun, dinyatakan mengidap bronchitis kronik. Hal ini sering terjadi pada separuh perokok diatas umur 40 tahun.
- j. Interaksi dengan Obat-obatan Perokok metabolisme berbagai jenis obat lebih cepat dari pada non perokok yang disebabkan enzim-enzim di mukosa, usus, atau hati oleh komponen dalam asap tembakau. Dengan demikian efek obat-obat tersebut berkurang, sehingga perokok membutuhkan obat dengan dosis lebih tinggi daripada non perokok misalnya analgetik.
- k. Penyakit pada Perokok Pasif Perokok pasif dapat terkena penyakit kanker paru-paru dari jantung koroner. Menghisap asap tembakau orang lain dapat memperburuk kondisi mengidap penyakit angina, asam, alergi, gangguan pada wanita hamil.³⁷

³⁷ Widyastuti. *Kesehatan Reproduksi*. (Yogyakarta: Fitramaya, 2018), h. 64

5. Dampak Rokok Bagi Kesehatan

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

- 1) Kanker paru-paru Kanker ialah penyakit yang disebabkan pertumbuhan yang tidak terkendali dari sel abnormal yang ada dibagian tubuh. Hubungan merokok dan kanker paruparu telah diteliti dalam 4-5 dekade terakhir ini. Didapatkan hubungan erat antara kebiasaan merokok, terutama sigaret, dengan timbulnya kanker paru-paru. Bahkan ada yang secara tegas menyatakan bahkan rokok sebagai penyebab utama terjadinya kanker paru-paru.
- 2) Jantung Koroner Merokok terbukti merupakan factor resiko terbesar untuk mati mendadak. Resiko terjadinya penyakit jantung koroner meningkat 2-4 kali pada perokok dibandingkan dengan bukan perokok. Resiko ini meningkat dengan bertambahnya usia dan jumlah rokok yang dihisap. Penelitian menunjukkan bahwa factor resiko merokok bekerja sinergis dengan factor-faktor lain, seperti hipertensi, kadar lemak, gula darah yang tinggi, terhadap tercetusnya PJK. Perlu diketahui bahwa resiko kematian akibat penyakit jantung koroner berkurang dengan 50 persen pada tahun pertama sesudah rokok dihentikan. Akibat penggumpalan atau trombosis dan pengapuran atau aterosklerosis dinding pembuluh darah, merokok jelas akan merusak pembuluh darah perifer. Pembentukan aterosklerosis

pada pembuluh darah koroner jantung jauh lebih banyak bagi perokok dibandingkan dengan yang non perokok. Kondisi ini akibat mendorong vasokonstriksi pembuluh darah koroner. Sebagai pendorong factor resiko PJK yang lain tentu perokok akan meningkatkan kadar kolesterol didalam darah yang akan memberikan resiko tinggi terhadap PJK.

Demikian juga merokok mempercepat pembekuan darah sehingga agregasi trombosit lebih cepat terjadi, yang merupakan salah satu factor pembentukan aterosklerosis sebagai penyebab PJK.³⁸

3) Bronkitis

Bronkitis terjadi karena paru-paru dan alur udara tidak mampu melepaskan mucus yang terdapat didalamnya dengan cara normal. Mucus adalah cairan lengket yang terdapat dalam tabung halus, yang disebut tabung bronchial yang terletak dalam paru-paru. Mucus beserta semua kotoran tersebut biasanya terus bergerak melalui tabung bronchial dengan bantuan rambut halus yang disebut silia. Silia ini terus menerus bergerak bergelombang seperti tentakel bintang laut, anemone, yang membawa mucus keluar dari paru-paru menuju ketenggorokan. Asap rokok memperlambat gerakan silia dan setelah jangka waktu tertentu akan merusaknya sama sekali. Keadaan ini berarti bahwa seorang perokok harus lebih banyak batuk untuk mengeluarkan mukusnya. Karena sistemnya tidak lagi bekerja sebaik semula, seorang perokok lebih mudah menderita radang paru-paru yang disebut bronchitis.

³⁸ Widyastuti. *Kesehatan Reproduksi*. (Yogyakarta: Fitramaya, 2018), h. 65

4) Penyakit Stroke

Stroke adalah penyakit deficit neurologist akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak serta menimbulkan gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah otak yang terganggu. Kejadian serangan penyakit ini bervariasi antar tempat, waktu, dan keadaan penduduk. Dr. Hans Tendra juga mengungkapkan bahwa penyumbatan pembuluh darah otak yang bersifat mendadak atau stroke banyak dikaitkan dengan merokok. Resiko stroke dan resiko kematian lebih tinggi perokok dibandingkan tidak perokok.³⁹

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

³⁹ Widyastuti. *Kesehatan Reproduksi*. (Yogyakarta: Fitramaya, 2018), h. 66

6) Penyakit Diabetes

Diabetes terjadi ketika glukosa dalam darah terlalu tinggi karena tubuh tidak bisa menggunakan dengan benar. Glukosa adalah gula yang diproduksi oleh tubuh dan terutama diambil dari karbohidrat dalam makanan. Bukti-bukti makin banyak menunjuk pada peran rokok terhadap timbulnya penyakit diabetes atau bahwa penderita diabetes akan memperparah resiko kematian jika terus merokok. Banyak penelitian membuktikan bahwa pasien diabetes yang telah terbiasa merokok umumnya membutuhkan tetesan insulin lebih banyak dibanding pasien yang tidak merokok. Hal ini disebabkan karena rokok telah memperlambat kerja aliran darah dalam kulit dan menyebabkannya lambat dalam menyerap insulin ke dalam darah, serta menjadikan efektivitas kerja insulin menjadi berkurang.

7) Impotensi

Impotensi merupakan kegagalan atau disfungsi alat kelamin laki-laki secara berulang. Ciri utamanya adalah kegagalan mempertahankan ereksi atau berhasil ereksi tetapi “kurang keras”. Rokok merupakan salah satu penyumbang penting terjadinya impotensi. Para ahli mengaitkan terjadinya impotensi dengan peran rokok yang merusak jaringan darah dan syaraf. Dan karena seks yang sehat memerlukan “kerjasama” seluruh komponen tubuh, maka adanya gangguan pada

komponen vital menyebabkan gangguan dan bahkan kegagalan seks seperti halnya yang terjadi pada impotensi.⁴⁰

6. Jenis Asap Rokok

Para peneliti menganalisa asap yang dihasilkan dari rokok yang masih menyala namun sedang tidak dihisap oleh pemiliknya atau yang disebut dengan Sidestream Smoke. Mereka menyimpulkan bahwa asap jenis ini mengandung kadar tembakau dan gas berbahaya yang sangat tinggi, lebih dari kadar yang ada pada asap yang dihasilkan dari rokok yang sedang dihisap oleh pemiliknya atau yang dikenal dengan sebutan Mainstream Smoke. Asap Sidestream memiliki kandungan gas karbon monoksida lima kali lipat dari kandungan yang ada pada asap Mainstream dan juga kandungan nikotin dan tar tiga kali lipat dari kandungan yang ada pada asap Mainstream.⁴¹

7. Kategori Perokok

Perokok dibedakan menjadi dua, yaitu:

a. Perokok Pasif

Perokok pasif adalah orang yang tidak merokok tetapi menghirup asap rokok atau pasif smoker. Asap rokok tersebut bisa menjadi polutan bagi manusia dan lingkungan sekitar. Asap rokok yang terhirup oleh orang-orang bukan perokok karena berada disekitar perokok bisa menimbulkan *secone handsmoke*.

⁴⁰ Widyastuti. *Kesehatan Reproduksi*. (Yogyakarta: Fitramaya, 2018), h. 66

⁴¹ Aditama, Yoga Tjandra. *Tuberkolosis, Rokok*. (Jakarta: Balai Penerbit, 2016), h. 120

b. Perokok aktif

Perokok aktif adalah orang yang suka merokok. Kemudian menurut Bustan perokok aktif adalah orang yang merokok dan menghirup asap mainstream. Dari perokok aktif ini dapat digolongkan menjadi tiga bagian:

- 1) Perokok ringan Perokok ringan yaitu perokok yang merokok kurang dari sepuluh batang per hari.
- 2) Perokok sedang Perokok sedang adalah orang yang menghisap rokok sepuluh sampai dua puluh batang perhari.
- 3) Perokok berat Perokok berat adalah orang yang merokok lebih dari dua puluh batang perhari.⁴²

C. Siyasah Dusturiyah

1. Pengertian Siyasah Dusturiyah

Ruang Lingkup Siyasah Dusturiyah Fiqh siyasah dusturiyah mencakup bidang kehidupan yang sangat luas dan kompleks. Keseluruhan persoalan tersebut, dan persoalan fiqh siyasah dusturiyah umumnya tidak lepas dari dua hal pokok: pertama, dalil dalil kulliy, baik ayat-ayat Al-Quran maupun hadis, maqosid syariah, dan semangat ajaran Islam di dalam mengatur masyarakat, yang akan tidak akan berubah bagaimanapun perubahan masyarakat. Karena dalil-dalil kulliy tersebut menjadi unsur dinamisor di dalam mengubah masyarakat. Kedua, aturan-aturan yang dapat berubah

⁴² Aditama, Yoga Tjandra. *Tuberkolosis, Rokok*. (Jakarta: Balai Penerbit, 2016), h. 120

karena perubahan situasi dan kondisi, termasuk di dalamnya hasil ijihad para ulama, meskipun tidak seluruhnya. Fiqh siyasah dusturiyah dapat terbagi kepada:

- 1) Bidang siyasah tasyri'iyah, termasuk dalam persolan ahlu hali wal aqdi, perwakilan persoaln rakyat. Hubungan muslimin dan non muslim di dalam satu negara, seperti Undang-Undang Dasar, Undang-undang, Peraturan Pelaksanaan, Peraturan daerah, dan sebagainya.
- 2) Bidang siyasah tanfidiyah, termasuk di dalamnya persoalan imamah, persoalan bai'ah, wizarah, waliy al-ahadi, dan lain-lain
- 3) Bidang siyasah qadlaiyah, termasuk di dalamnya masalah-masalah peradilan
- 4) Bidang siyasah idariyah, termasuk di dalamnya masalah-masalah administratif dan kepegawaian.⁴³

Kata siyasah berasal dari kata sasa berarti mengatur, mengurus dan memerintah atau pemerintahan, politik dan pembuatan kebijaksanaan. Pengertian secara kebahasaan ini mengisyaratkan bahwa tujuan siyasah adalah mengatur dan membuat kebijaksanaan atas sesuatu yang bersifat politis untuk mencapai sesuatu.⁴⁴

⁴³ Dr. Muhammad Iqbal, *Fiqh Siyasah ,Konstektualisasi Doktrin Politik Islam'*. Jakarta, Prenadamedia Group. 2014, hlm. 177

⁴⁴ A. W. Munawir, *Kamus Almunawir Indonesia dan Arab*, (Surabaya: Pustaka Progresif, 2014), h. 87

Secara terminologis, Abdul Wahhab Khallaf mendefinisikan bahwa siyasah adalah pengaturan perundang-undangan yang diciptakan untuk memelihara ketertiban dan kemaslahatan serta mengatur keadaan.⁴⁵

Sedang kata “dusturi” berasal dari bahasa Arab. Semula artinya adalah seorang yang memiliki otoritas, baik dalam bidang politik maupun agama. Dalam perkembangan selanjutnya, kata ini digunakan untuk menunjukkan anggota kependetaan (pemuka agama) Zoroaster (majusi). Setelah mengalami penyerapan ke dalam bahasa Arab, kata dustur berkembang pengertiannya menjadi asas dasar/ pembinaan. Menurut istilah, dustur berarti kumpulan kaedah yang mengatur dasar dan hubungan kerja sama antara sesama anggota masyarakat dalam sebuah negara baik yang tidak tertulis (konvensi) maupun yang tertulis (kostitusi).⁴⁶ Dusturi adalah prinsip-prinsip pokok bagi pemerintahan negara manapun seperti terbukti di dalam perundang-undangan, peraturan-peraturannya dan adat istiadatnya. Abu A’la al-Maududi menakrifkan dustur dengan Suatu dokumen yang memuat prinsip-prinsip pokok yang menjadi landasan pengaturan suatu Negara.

Dari dua takrif ini dapat disimpulkan bahwa kata dustur sama dengan constitution dalam bahasa inggris, atau Undang-Undang Dasar dalam bahasa Indonesia, kata-kata “dasar” dalam bahasa Indonesia tersebut tidaklah mustahil berasal dari kata dustur tersebut di atas. Dengan demikian, Siyasah Dusturiyah adalah bagian Fiqh Siyasah yang membahas masalah perundang-

⁴⁵ A. Djazuli, *Fiqh Siyasah, Implementasi Kemaslahatan Umat dalam Rambu-Rambu Syari'ah*, (Jakarta: Kencana, 2019), h. 52

⁴⁶ Muhammad Iqbal, *Fiqh Siyasah, Kontekstualisasi Doktrin Politik Islam*, (Jakarta: Gaya Media pratama, 2013), h. 3

undangan Negara agar sejalan dengan nilai-nilai syari'at. Artinya, undang-undang itu mengacu terhadap konstitusinya yang tercermin dalam prinsip-prinsip Islam dalam hukum-hukum syari'at yang disebutkan di dalam al-Qur'an dan yang dijelaskan sunnah Nabi, baik mengenai akidah, ibadah, akhlak, muamalah maupun berbagai macam hubungan yang lain Prinsip-prinsip yang diletakkan dalam perumusan undang-undang dasar adalah jaminan atas hak asasi manusia setiap anggota masyarakat dan persamaan kedudukan semua orang di mata hukum, tanpa membeda-bedakan stratifikasi sosial, kekayaan, pendidikan dan agama.

Sehingga tujuan dibuatnya peraturan perundang-undangan untuk merealisasikan kemaslahatan manusia dan untuk memenuhi kebutuhan manusia yang merupakan prinsip Fiqh Siyasah akan tercapai. Atas hal-hal di ataslah siyasah dusturiyah dikatakan sebagai bagian dari Fiqh Siyasah yang membahas masalah perundang-undangan Negara. Yang lebih spesifik lingkup pembahasannya mengenai prinsip dasar yang berkaitan dengan bentuk pemerintahan, aturan yang berkaitan dengan hak-hak rakyat dan mengenai pembagian kekuasaan.⁴⁷

Dari ulama Indonesia T.M Hasbi membagi ruang lingkup fiqh siyasah menjadi 8 bagian, yaitu :

- a. *Siyâsah Dustûriyyah Syar'iyah* (kebijaksanaan tentang peraturan perundang-undangan);

⁴⁷ Muhammad Iqbal, *Fiqh Siyasah, Kontekstualisasi ...*, h. 3

- b. *Siyâsah Tasyrî'iyah Syar'iyah* (kebijaksanaan tentang penetapan hukum)
- c. *Siyâsah Qadlâ'iyah Syar'iyah* (kebijaksanaan peradilan)
- d. *Siyâsah Mâliyyah Syar'iyah* (kebijaksanaan ekonomi dan moneter)
- e. *Siyâsah `Idâriyyah Syar'iyah* (kebijaksanaan administrasi negara)
- f. *Siyâsah Dauliyyah/Siyâsah Khârijiyyah Syar'iyah* (kebijaksanaan hubungan luar negeri atau internasional)
- g. *Siyâsah Tanfîdziyyah Syar'iyah* (politik pelaksanaan undangundang)
- h. *Siyâsah Harbiyyah Syar'iyah* (politik peperangan).

Dilihat dari pembagian ruang lingkup yang telah diuraikan sebelumnya dapat dilihat ruang lingkup dalam fiqih siyasah secara pokok terbagi menjadi 3 bagian. Pertama fiqih siyasah dusturiyah (perundangundangan) yang meliputi *Siyâsah Tasyrî'iyah* (penetapan hukum), *Siyâsah Qadlâ'iyah* (kebijaksanaan peradilan), *Siyâsah `Idâriyyah* (kebijaksanaan administrasi negara). Kedua *Siyâsah Dauliyyah/Siyâsah Khârijiyyah Syar'iyah* (kebijaksanaan hubungan luar negeri atau internasional) meliputi kepengurusan antara warga negara muslim dengan warga negara non muslim yang berasal dari negara lain dan juga permasalahan tentang politik peperangan atau *Siyâsah Harbiyyah*. Ketiga dan yang terakhir adalah Siyasah Malliyah yang mengurus permasalahan seluruh keuangan negara.⁴⁸

⁴⁸ Muhammad Iqbal, *Fiqh Siyasah: Kontekstualisasi Doktrin Politik Islam* (Jakarta: Prenamedia Group, 2014), hlm.181

Secara keseluruhan persoalan di atas tidak dapat dilepaskan dari dua hal pokok: pertama, dalil-dalil kully, baik ayat-ayat al-Qur'an maupun hadits, maqosid al-Syariah; dan semangat ajaran Islam di dalam mengatur masyarakat Kedua, aturan-aturan yang dapat berubah karena perubahan situasi dan kondisi, termasuk di dalamnya hasil ijtihad para ulama, meskipun tidak seluruhnya.

Sebagai suatu petunjuk bagi manusia, al-Qur'an menyediakan suatu dasar yang kukuh dan tidak berubah bagi semua prinsip-prinsip etik dan moral yang perlu bagi kehidupan ini. Menurut Muhammad Asad, al-Qur'an memberikan suatu jawaban komprehensif untuk persoalan tingkah laku yang baik bagi manusia sebagai anggota masyarakat dalam rangka menciptakan suatu kehidupan berimbang di dunia ini dengan tujuan terakhir kebahagiaan di akhirat.⁴⁹

Ini berarti penerapan nilai-nilai universal al-Qur'an dan hadist adalah faktor penentu keselamatan umat manusia di bumi sampai di akhirat, seperti peraturan yang pernah diperaktekkan Rasulullah SAW dalam negara Islam pertama yang disebut dengan "Konstitusi Madinah" atau "Piagam Madinah".

Isi penting dari prinsip Piagam Madinah adalah membentuk suatu masyarakat yang harmonis, mengatur sebuah umat dan menegakkan pemerintahan atas dasar persamaan hak. Piagam Madinah ini juga merupakan suatu konstitusi yang telah meletakkan dasar-dasar sosial politik bagi masyarakat Madinah dalam sebuah pemerintahan dibawah kepemimpinan

⁴⁹ Muhammad Iqbal, *Fiqh Siyasah, Kontekstualisasi ...*, h. 3

Nabi Muhammad. Piagam Madinah dianggap oleh para pakar politik sebagai Undang-Undang Dasar pertama dalam negara Islam yang didirikan oleh Nabi Muhammad.

Setelah Nabi wafat, tidak ada konstitusi tertulis yang mengatur negara Islam, umat Islam dari zaman ke zaman, dalam menjalankan roda pemerintahan berpedoman kepada prinsip-prinsip al-Qur'an dan teladan Nabi dalam sunnahnya. Pada masa khalifah empat, teladan Nabi masih dapat diterapkan dalam mengatur masyarakat Islam yang sudah berkembang. Namun pasca khulafa' ar-Rasidun tepatnya pada abad ke-19, setelah dunia Islam mengalami penjajahan barat, timbul pemikiran di kalangan ahli tata negara di berbagai dunia Islam untuk mengadakan konstitusi. Pemikiran ini timbul sebagai reaksi atas kemunduran umat Islam dan respon terhadap gagasan politik barat yang masuk di dunia Islam bersamaan dengan kolonialisme terhadap dunia Islam. Sebab salah satu aspek dari isi konstitusi atau Undang-Undang Dasar adalah bidang-bidang kekuasaan negara. Kekuasaan itu dikenal dengan istilah "Majlis Syura" atau "ahl al-halli wa al-aqdi" atau seperti yang disebut Abu A'la al-Maududi sebagai "Dewan Penasehat" dengan ahl al-Ikhtiyar.⁵⁰

Dalam negara-negara yang diperintah raja atau diktator yang mempunyai kekuasaan mutlak, seluruh kekuasaan negara berada pada satu tangan yakni kepala negara bahkan perkataan dan perbuatannya adalah

⁵⁰ Imam Musbikin, *Qowaid al-Fiqhiyah*...h. 124

undang-undang. Perkataan dan perbuatan para pembantu raja dipandang sebagai peraturan pelaksana

BAB III

GAMBARAN UMUM TEMPAT PENELITIAN

A. Rumah sakiu Umum daerah M. Yunus Bengkulu

1. Sejarah RSUD DR. M. Yunus Bengkulu

Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus Bengkulu Beralamat di Jl Bhayangkara, Dusun Besar, Gading Cempaka, Kabupaten/Kota: Bengkulu. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. M. Yunus Bengkulu merupakan Rumah Sakit milik Pemerintah Propinsi Bengkulu dengan klasifikasi Rumah Sakit Kelas B berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1413/ Menkes/ SK/ XII/ 2006 tanggal 27 Desember 2006. Berdasarkan Surat Keputusan Mendagri Nomor 445.28.366 tanggal 10 Juli 1995 RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu resmi menjadi Rumah Sakit Umum Swadana Daerah yang diperkuat dengan Perda Nomor 14 Tahun 1994 tanggal 22 Nopember 1994 dan Surat Keputusan Gubernur Nomor 655 Tahun 1995 tanggal 13 Desember 1995. Berdasarkan Perda Nomor 7 tahun 2002 tentang Organisasi RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu merupakan Lembaga Teknis Daerah yang berbentuk Badan.⁵¹

Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Nomor 821/ 11306/ SK/ UM4 tanggal 2 Januari 2004 tentang pemberlakuan uraian tugas di lingkungan RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu dijabarkan seluruh uraian tugas Pejabat Struktural dan

⁵¹ Profil RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, 2022

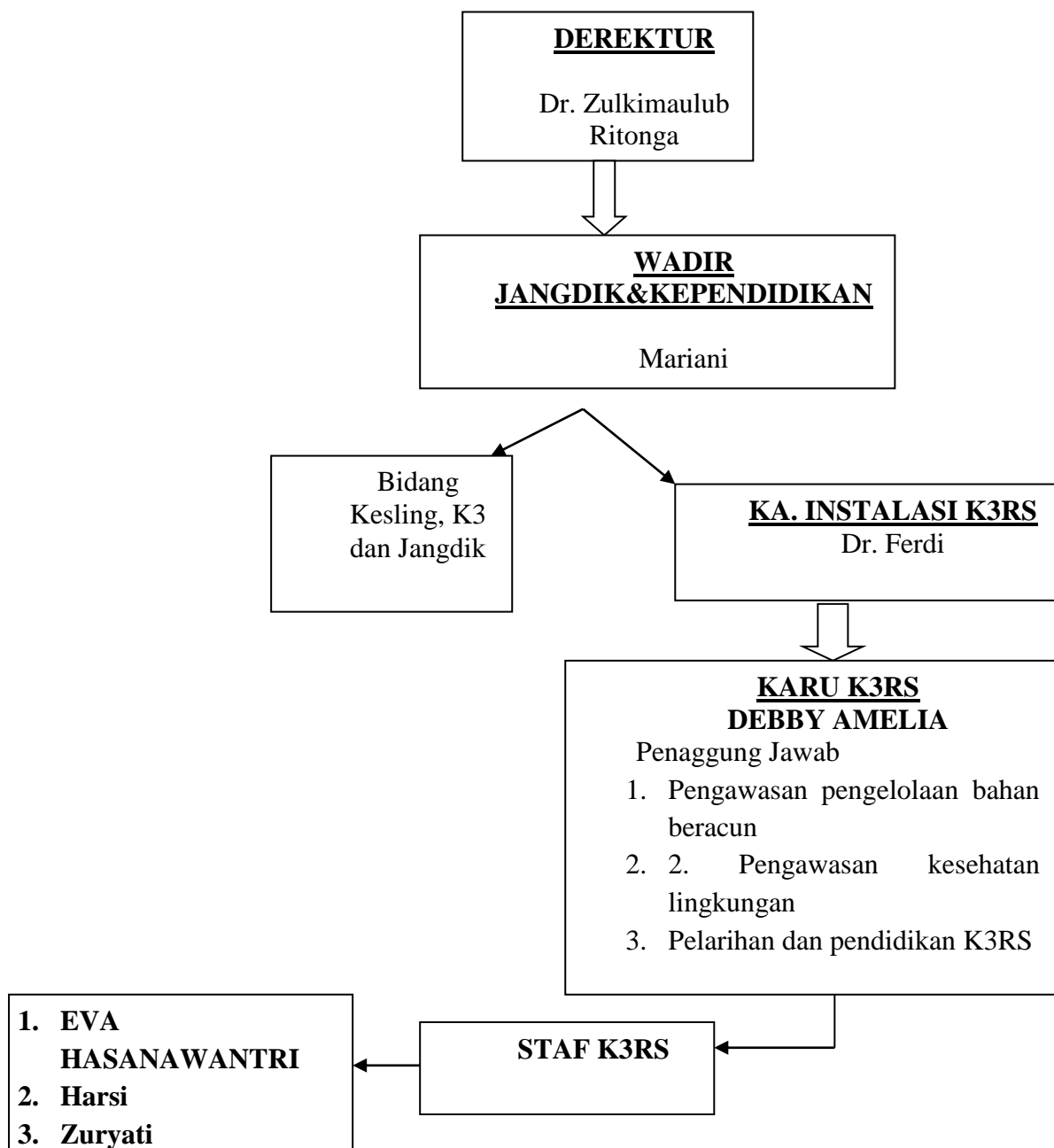
Fungsional/ Instalasi. RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu sebagai Rumah Sakit rujukan tertinggi di Propinsi Bengkulu dalam menyelenggarakan upaya kesehatan diwajibkan harus memperhatikan dasar-dasar pembangunan kesehatan. Pada tahun 2009, RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu telah mengalami perubahan dari Lembaga Teknis Daerah yang berbentuk Badan menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sesuai dengan Keputusan Gubernur Bengkulu Nomor : M. 320 XXXVIII Tahun 2009 Tentang Penetapan Status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) pada RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu.⁵²

RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu merupakan salah satu bentuk sistem informasi kesehatan di daerah. Didalamnya memuat berbagai macam data dan informasi tentang pelayanan kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan sumber daya manusia yang ada di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Profil RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu yang disajikan dari tahun ke tahun mengalami berbagai perubahan sesuai dengan kebutuhan dan pelayanan serta fasilitas kesehatan yang ada di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Berbagai kendala dan hambatan ditemui dalam penyusunan profil antara lain kurangnya kelengkapan data baik berasal dari setiap instalasi maupun dari bagian lainnya. Selain keterlambatan dalam pengumpulan dan pengolahan data juga disebabkan karena kurang peduli petugas dalam memberikan dalam

⁵² Profil RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, 2022

rangka penyusunan profil. Diharapkan agar profil RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2017 ini dapat bermanfaat bagi kita semua terutama untuk perencanaan dan evaluasi peningkatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Propinsi Bengkulu pada umumnya dan bagi kemajuan RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu khususnya. Adapun nama direktur RSUD M. Yunus Bengkulu sebagai berikut:

Tabel 3.1 Struktur Organisasi Instalansi K3 RSUD M. Yunus Bengkulu



Rumah Sakit dr.M.Yunus Bengkulu sebagai rumah sakit rujukan tertinggi di Propinsi Bengkulu, telah melaksanakan berbagai upaya yang ditujukan guna membantu penyembuhan pasien yang datang berobat ke rumah sakit. Upaya tersebut meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Sesuai dengan tugas dan fungsi serta dengan memperhitungkan potensi, kendala, peluang, dan tantangan yang mungkin timbul, RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu pada tahun anggaran tahun 2015.⁵³

Adapun tujuan dan rencana strategis tersebut adalah: Pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran pokok RPJMN 2015-2019 adalah: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak; (2) meningkatnya pengendalian penyakit; (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin; 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional: 1) pilar paradigma sehat di lakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat;

⁵³ Profil RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, 2022

2) penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

2. Visi dan Misi RSUD Dr.M. Yunus Kota Bengkulu

Visi

Menjadi Rumah Sakit rujukan, pendidikan, penelitian yang terpercaya dan mempunyai daya saing se-sumatera tahun 2014

Misi

- a. Menyelenggarakan pelayanan yang profesional
- b. Menyediakan pelayanan unggulan dibidang kesehatan melalui pemberdayaan seluruh potensi sumber daya dan kemitraan Rumah Sakit
- c. Meningkatkan kualitas sumberdaya manusia (SDM) dan pemberdayaan potensi sebagai tenaga profesional dalam memberikan pelayanan
- d. Memenuhi kebutuhan sarana, prasarana dan fasilitas Rumah Sakit untuk menunjang kualitas pelayanan
- e. Menyelenggarakan kegiatan pendidikan, penelitian dan pengembangan
- f. Menerapkan praktek bisnis yang sehat sesuai dengan prinsip efektif, efisien dan ekonomis guna mneingkatkan produktifitas kinerja
- g. Meningkatkan kesejahteraan karyawan.⁵⁴

⁵⁴ Profil RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, 2022

3. Identitas Informan Penelitian

Teknik penggunaan informan yang digunakan dalam penelitian ini ialah *pupposive sampling* yaitu penentuan informasi penelitian yang mengetahui informasi secara mendalam dan dapat dipercaya sebagai sumber data yang mempunyai hubungan dengan hal yang akan diteliti, mengetahui dan terlibat langsung maupun mempunyai pengaruh dalam penelitian seperti :⁵⁵

Table 3.1 Sumber Informan K3RS Rumah Sakit M.Yunus Kota Bengkulu

No	Nama Informan	Jabatan
1	Dr. Ferdi, Sp.AN	KA. Instansi K3RS
2	Debbyy Amelia, Skm	KARU K3RS
3	Zuryati Putri Utami, Skm	Penanggung jawab pengawasan pelayanan kesehatan kerja
4	Eva Hasamawantri, Skm	Staf K3RS
5	Andren Bastion	Pengawasan dan pencegahan kebakaran
6	Gusti Mahendra	Satpam
7	Hariyanto	Satpam
8	Abdul Rohman	Satpam
9	Rahmat	Satpam
10	Diyanto	Masyarakat
11	Riduan Aziz	Masyarakat
12	Rio Anggara	Masyarakat

⁵⁵ Burhan Bungin, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, (Jakarta: PT Raja Grafindo Persada, 2015), h. 67

13	Asep Kurniawan	Masyarakat
14	Agus Santoso	Masyarakat
15	Yadi Ifrianto	Masyarakat
16	Buyung Sudirman	Masyarakat
17	Pisimanadi	Masyarakat
18	Ralismansyah	Masyarakat
19	Rilian Sono	Masyarakat
20	Sahudi	Masyarakat

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M. Yunus Bengkulu

Implementasi kebijakan merupakan cara yang dilakukan untuk mencapai sebuah tujuan pada suatu kebijakan. Dalam implementasi kebijakan terdapat empat faktor atau variabel yang berpengaruh terhadap keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan.

Dalam penerapan kawasan tanpa rokok juga harus adanya peran serta masyarakat, yang harusnya dilakukan oleh masyarakat adalah sebagai berikut :

1. Masyarakat dapat berperan serta dalam mewujudkan Tanpa Rokok.
2. Peran serta masyarakat dapat dilakukan dengan cara:
 - a. Memberikan sumbangan pemikiran dan pertimbangan berkenaan dengan pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.
 - b. Ikut serta dalam memberikan bimbingan dan penyuluhan serta penyebarluasan informasi kepada masyarakat.
 - c. Mengingatkan setiap orang untuk tidak merokok di Kawasan Tanpa Rokok.
 - d. Melaporkan setiap orang yang terbukti merokok di Kawasan Tanpa Rokok (KTR) kepada Penanggungjawab Kawasan Tanpa Rokok (KTR).⁵⁶

⁵⁶ Edwards III, George C. *Implementing Public Policy*. (Jakarta, 2013), hal. 56

Disposisi implementator adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementator seperti pemahaman, komitmen, persepsi, respon, dan tindakan yang akan memengaruhi terhadap pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan tentang Kawasan Tanpa Rokok. Ketegasan sikap dan kesadaran penuh seorang implementator sangat diperlukan untuk mendukung keberhasilan implementasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok. Hasil dari observasi dan dokumentasi yang peneliti peroleh, saat ini tidak ditemukan lagi staf rumah sakit maupun pengunjung yang merokok di lingkungan sekitar Begitu juga dengan hasil penelitian yang peneliti peroleh di Kota Bengkulu.

Seluruh staf maupun pengunjung rumah sakit harus mematuhi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Sanksi yang diberlakukan di Kota Bengkulu ini jika ketahuan melanggar larangan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Pada awal diberlakukannya sanksi pemotongan insentif ini terjadi penolakan, namun dengan berjalannya waktu seluruh staf rumah sakit sudah terbiasa dengan adanya sanksi tersebut. Hal ini bisa terlihat dari hasil observasi dan dokumentasi, tidak ditemukan lagi staf maupun pengunjung rumah sakit yang melakukan kegiatan-kegiatan yang di larang dalam kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR).⁵⁷

Situasi yang lain juga peneliti peroleh di Kota Bengkulu. Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan Satpol PP Provinsi Bengkulu menetapkan dan menerapkan sanksi yang tegas atas segala kegiatan yang melanggar kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Hasil observasi dan

⁵⁷ Widyastuti. *Kesehatan Reproduksi*. (Yogyakarta: Fitramaya, 2018), h. 66

dokumentasi, peneliti menemukan masih ada yang merokok selama berada di tempat umum walaupun sudah ada peringatan dilarang merokok. Tidak adanya kepatuhan dikarenakan belum ada sanksi yang tegas yang akan menimbulkan efek jera bagi para perokok. Berdasarkan hasil penelitian dengan melakukan wawancara kepada pihak RSUD M. Yunus Bengkulu sebagai berikut:

Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Rsd M. Yunus Bengkulu disampaikan oleh informan berikut:

“Sudah dilaksanakan dirumah sakit serta ada SK yang sudah dikeluarkan gubernur untuk penguat, sehingga tidak boleh merokok di kawasan rumah sakit”.⁵⁸

Sarana dan prasarana yang digunakan dalam mendukung kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Rsd M. Yunus Bengkulu disampaikan oleh informan berikut:

“Himbauan dan dutaan anti rokok yang akan dilaksanakan oleh security yang akan mengawasi dan adanya sepanduk seperti, kawasan tanpa rokok”⁵⁹

Mengenai sarana dan prasarana untuk melaksanakan kebijakan ini telah tercukupi dengan baik atukah masih ada kekurangan disampaikan oleh informan berikut:

“Sudah tetapi Ada juga pasien yang bandel dan bisa juga sampai 3-4 kali ditegur”⁶⁰

Adapun sosialisasi dari pihak Rumah Sakit M.Yunus Kota Bengkulu terhadap kawasan tanpa rokok, disampaikan oleh informan berikut:

⁵⁸ Debby Amelia, (Karu K3RS). Wawancara Pada 16 Juni 2022

⁵⁹ Debby Amelia, (Karu K3RS). Wawancara Pada 16 Juni 2022

⁶⁰ Debby Amelia, (Karu K3RS). Wawancara Pada 16 Juni 2022

“Iya sudah ada dan dari kelompok K3 sudah memberitahu karyawan-karyawannya dan untuk security sudah memberitahu pasien dan juga keluarga pasien yang berkunjung”⁶¹

Mengenai berapa kali melakukan sosialisasi mengenai kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Rsud M. Yunus Bengkulu, disampaikan oleh informan berikut:

“1 tahun sekali yang rutin”

Adapun kegiatan seperti apa yang dibuat untuk melakukan pendekatan kepada masyarakat mengenai kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Rsud M. Yunus Bengkulu, disampaikan oleh informan berikut:

“Himbauan kepada pasien dan keluarganya bahwa disini ada kawasan tanpa rokok serta adanya plang”.⁶²

Mengenai bagaimana respon masyarakat terhadap kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Rsud M. Yunus Bengkulu, disampaikan oleh informan berikut:

“Ada yang ngerti dan ada juga yang melanggar”

Apa saja yang menjadi Faktor penghambat Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Rsud M. Yunus Bengkulu, disampaikan oleh informan berikut:

“Masih belum terpantau karena area cukup luas dan ada juga yang melanggar dengan cara sembunyi dan tidak ada sanksinya hal ini yang menyebabkan mereka bandel terhadap aturan”⁶³

⁶¹ Debby Amelia, (Karu K3RS). Wawancara Pada 16 Juni 2022

⁶² Debby Amelia, (Karu K3RS). Wawancara Pada 16 Juni 2022

⁶³ Debby Amelia, (Karu K3RS). Wawancara Pada 16 Juni 2022

Apakah ada tindakan dari pihak rumah sakit M. Yunus Bengkulu terhadap pelanggaran bebas rokok, disampaikan oleh informan berikut:

“Sanksi berupa teguran”.⁶⁴

Hal tersebut mengenai pengunjung rumah sakit yang masih merokok pendapat responden lainnya yaitu security sebagai berikut:

“Jadi memang untuk disini rumah sakit ini kami yang patroli untuk melihat sekeliling lingkungan rumah sakit jadi saya yang di tugaskan untuk melarang orang merokok di sekitar rumah sakit namun masih saja ada yang melanggar walaupun itu tidak banyak. Misalkan dalam 1 bulan itu ada 2 kasus.”⁶⁵

Dari hasil penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa adanya himbauan anti rokok yang dilaksanakan oleh security yang mengawasi dan adanya sebanduk seperti, kawasan tanpa rokok. Sarana dan prasarana untuk melaksanakan kebijakan ini telah tercukupi dengan baik atukah masih ada kekurangan dikarenakan ada pasien yang bandel dan bisa juga sampai 3-4 kali ditegur. Dan security sudah memberitahu pasien dan juga keluarga pasien yang berkunjung

B. Perspektif Siyasah Dusturiyah mengenai Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD M. Yunus Bengkulu

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) sudah dilakukan adalah area yang dinyatakan dilarang untuk melakukan kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi dan atau penggunaan rokok. Penetapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok.

⁶⁴ Debby Amelia, (Karu K3RS). Wawancara Pada 16 Juni 2022

⁶⁵ Bapak Gusti Mahendra, (Satpam). Wawancara Pada 16 Juni 2022

Secara umum, penetapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat rokok, dan secara khusus, tujuan penetapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah mewujudkan lingkungan yang bersih, sehat, aman dan nyaman, memberikan perlindungan bagi masyarakat bukan perokok, menurunkan angka perokok, mencegah perokok pemula dan melindungi generasi muda dari penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan zat Adiktif (NAPZA). Adapun penetapan Kawasan Tanpa Rokok ini perlu dilakukan pada tempat umum, tempat kerja, angkutan umum, tempat ibadah, arena kegiatan anak-anak, tempat proses belajar mengajar (termasuk institusi pendidikan tinggi dan tempat pelayanan kesehatan).

Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok yang menyatakan bahwa tidak di perbolehkan melakukan aktifitas merokok pada wilayah yang sudah di tetapkan sebagai Kawasan Tanpa Rokok termasuk di fasilitas pelayanan kesehatan. Tujuan dari kawasan tanpa rokok adalah melindungi masyarakat dengan memastikan bahwa tempat-tempat umum bebas asap rokok. Kawasan Tanpa Rokok harus menjadi norma, terdapat empat alasan kuat untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok, yaitu untuk melindungi anak-anak dan bukan perokok dari risiko terhadap kesehatan, mencegah rasa tidak nyaman, bau dan kotoran dari ruang rokok, untuk mengembangkan opini bahwa tidak merokok adalah perilaku yang lebih normal, dan Kawasan Tanpa Rokok mengurangi secara bermakna konsumsi rokok dengan

menciptakan lingkungan yang mendorong perokok untuk berhenti atau yang terus merokok untuk mengurangi konsumsi rokoknya

Berdasarkan teori implementasi dengan menggunakan indikator, komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi sebagai berikut: Komunikasi Keberhasilan implementasi kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan. Apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran (*target group*) sehingga akan mengurangi distorsi implementasi.⁶⁶

Apabila tujuan dan sasaran dalam kebijakan tidak jelas atau bahkan tidak diketahui sama sekali oleh kelompok sasaran, maka kemungkinan akan terjadi resistensi dari kelompok sasaran.⁶⁷

Komunikasi merupakan proses penyampaian informasi dari komunikator kepada komunikan. Sementara itu, komunikasi kebijakan berarti merupakan proses penyampaian informasi kebijakan dari pembuat kebijakan kepada pelaksana. Informasi perlu disampaikan kepada pelaku kebijakan agar pelaku kebijakan dapat memahami apa yang menjadi isi, tujuan, arah kelompok sasaran (*target group*) kebijakan, sehingga pelaku kebijakan dapat mempersiapkan hal-hal apa saja yang berhubungan dengan pelaksana kebijakan, agar proses implementasi kebijakan bias berjalan dengan efektif serta sesuai dengan tujuan kebijakan itu sendiri

⁶⁶ Edwards III, George C. *Implementing Public Policy*. (Jakarta, 2013), hal. 60

⁶⁷ Subana, M. dan Sudrajat. *Dasar-dasar Penelitian Ilmiah*. (Bandung: Pustaka Setia, 2012), hal. 70

Komunikasi memegang peranan penting karena mereka yang melaksanakan keputusan harus mengetahui apa yang akan mereka lakukan. Hal ini menyangkut penyampaian atau penyebaran informasi, kejelasan dan konsistensi dari informasi yang disampaikan. Komunikasi merupakan aktivitas dasar manusia, sehingga dapat berhubungan satu sama lain dalam kehidupan sehari-hari, baik dilingkungan rumah tangga, ditempat pekerjaan, dalam masyarakat atau dimana saja manusia berada. Tidak ada manusia yang tidak terlibat dalam komunikasi. Pentingnya komunikasi bagi manusia tidak dapat dipungkiri begitu juga halnya dalam pengimplementasian suatu kebijakan. Dengan adanya komunikasi yang baik implementasi suatu kebijakan dapat berjalan dengan baik, berhasil dan begitu juga sebaliknya, kurangnya atau tidak adanya komunikasi maka kebijakan tidak akan terimplementasikan dengan baik bahkan menjadi macet atau malah akan berantakan.⁶⁸

Berdasarkan uraian diatas, maka komunikasi adalah kegiatan yang berkenaan dengan sosialisasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok, baik pada masyarakat. Konsisten dalam hal ini menyangkut kepastian dan kejelasan perintah yang harus dilaksanakan oleh para pelaksana. Artinya perintah-perintah yang diterima oleh pelaksana tidak boleh bertentangan satu sama lain. Oleh karena itu mereka yang akan melaksanakan keputusan harus mengetahui terlebih dahulu apa yang harus mereka lakukan, sehingga keputusan-keputusan kebijakan dan perintah-perintah dari pihak atasan

⁶⁸ Edwards III, George C. *Implementing Public Policy*. (Jakarta, 2013), hal. 61

harus diteruskan kepada bawahan, yang tentu saja diperlukan komunikasi-komunikasi yang akurat dan dapat dimengerti dengan cermat oleh para pelaksana.

Dalam melaksanakan pembangunan untuk kepentingan umum pemerintah mempunyai wewenang untuk mengeluarkan kebijakan karena pemerintah yang dianggap sebagai pelaksana pembangunan masyarakat untuk kemakmuran rakyat dan harus ditaati oleh rakyatnya. Kebijakan pemimpin/khalifah adalah untuk kepentingan rakyatnya. Oleh sebab itu, umat Islam (rakyat) harus mematuhi segala kebijakan imam demi mewujudkan kemaslahatan tersebut. Hal ini sesuai dengan firman Allah yang menerangkan untuk mematuhi Allah, Rasul dan Ulil amri (pemimpin) QS. An-Nisa ayat 59

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا أَطِيعُوا اللَّهَ وَأَطِيعُوا الرَّسُولَ وَأُولِي الْأَمْرِ مِنْكُمْ

Artinya :*Hai orang-orang beriman, taatilah Allah dan taati Rasul-nya dan ulil amri diantara kamu*

Ayat ini menunjukkan bahwa apa yang menjadi keputusan atau kebijakan pemimpin/Pemerintah (ulil amri) wajib di ikuti atau dituruti dan ditati oleh rakyatnya. Untuk memenuhi tuntutan dan kepentingan manusia serta merespon berbagai dinamika kehidupan, maka setiap pengambilan keputusan harus memenuhi kriteria kepentingan umum. Berkaitan dengan pembebasan tanah untuk kepentingan umum, keberadaan pemerintah/penguasa adalah untuk memelihara kepentingan dan kemaslahatan rakyatnya betapapun

kepentingan dan kemaslahatan ini berubah-ubah sesuai dengan perubahan pandangan manusia terhadap suatu perbuatan atau sesuai materi, yaitu apakah suatu perbuatan atau materi itu termasuk kemaslahatan atau kemudharatan.

Selain itu, RSUD M. Yunus di dalam pandangan siyasah dusturiyah merupakan lingkup sulthah tanfidziyah yang bertugas sebagai pelaksanaan undang-undang yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Dalam implementasinya, RSUD M.Yunus sudah berusaha memaksimalkan untuk menetapkan peraturan kebijakan kawasan tanpa rokok sehingga dapat dinyatakan bahwa RSUD.Myunus dalam hal ini telah sesuai dengan ketetapan siyasah dusturiyah.

Seperti Peraturan Daerah tentang merokok bahwa pemerintah harus melakukan pembinaan dan pengawasan, seperti dijelaskan dalam perda yaitu sebagai berikut :

1. Gubernur melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di kabupaten/kota.
2. Bupati/walikota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di desa/kelurahan.
3. Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), bupati/walikota dapat melimpahkan kepada camat.

Untuk bagian pembinaan Kepala Daerah sesuai dengan kewenangannya melakukan pembinaan atas penyelenggaraan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dengan cara: ⁶⁹

1. Mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR).
2. Mencegah perokok pemula dan melakukan konseling untuk tidak merokok.
3. Memberikan informasi, edukasi, dan pengembangan kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat.
4. Bekerja sama dengan badan/atau lembaga internasional atau organisasi kemasyarakatan untuk menyelenggarakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR).
5. Memberikan penghargaan kepada orang yang telah berjasa dalam membantu penyelenggaraan Kawasan Tanpa Rokok.

Setelah dilakukan pembinaan maka pemerintah harus menerapkan pengawasan seperti :⁷⁰

1. Kepala Daerah melakukan pengawasan atas penyelenggaraan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) sesuai dengan tugas dan fungsinya.
2. Dalam rangka pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Daerah dapat mengambil tindakan administratif terhadap pelanggaran ketentuan dalam Peraturan Daerah ini.

⁶⁹ <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/54295/perda-prov-bengkulu-no-4-tahun-2017>

⁷⁰ <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/54295/perda-prov-bengkulu-no-4-tahun-2017>

3. Kepala Daerah menunjuk OPD yang menangani urusan pemerintahan bidang ketenteraman dan ketertiban umum untuk melakukan pengawasan atas pelaksanaan ketentuan tentang penjualan, iklan, sponsor, dan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8.
4. Pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimaksudkan untuk mengetahui:
 - a. Ketaatan setiap orang terhadap ketentuan tentang penjualan, iklan, sponsor, dan Kawasan Tanpa Rokok (KTR); dan
 - b. Ketaatan Pimpinan atau Penanggungjawab Kawasan Tanpa Rokok terhadap ketentuan penyelenggaraan Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

OPD yang menangani urusan pemerintahan bidang ketenteraman dan ketertiban umum berwenang:⁷¹

1. Mengawasi pelaksanaan ketentuan tentang penjualan, pemasangan iklan, dan sponsor.
2. Memasuki Kawasan Tanpa Rokok (KTR), kantor Pimpinan atau Penanggungjawab Kawasan Tanpa Rokok (KTR), dan/atau tempat-tempat tertentu.

⁷¹<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/54295/perda-prov-bengkulu-no-4-tahun-2017>

3. Meminta keterangan kepada Pimpinan atau Penanggungjawab Kawasan Tanpa Rokok (KTR), petugas pengawas Kawasan Tanpa Rokok (KTR), dan setiap orang yang diperlukan.
4. Memotret atau membuat rekaman audio visual.
5. Membuat salinan dari dokumen dan/atau membuat catatan yang diperlukan.
6. Menegur Pimpinan atau Penanggungjawab Kawasan Tanpa Rokok (KTR) yang melakukan pelanggaran.
7. Memerintahkan Pimpinan atau Penanggungjawab Kawasan Tanpa Rokok (KTR) untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu guna memenuhi ketentuan Peraturan Daerah ini.
8. menghentikan pelanggaran di Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

Dalam penerapannya seperti dalam pasal 8 yaitu :⁷²

1. Pimpinan atau Penanggungjawab Kawasan Tanpa Rokok (KTR) wajib melakukan pengawasan terhadap setiap orang yang merokok, memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan Produk Tembakau di Kawasan Tanpa Rokok yang menjadi wilayah kerjanya.
2. Dalam melaksanakan tugas pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pimpinan atau Penanggungjawab Kawasan Tanpa Rokok (KTR) berwenang:

⁷² <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/54295/perda-prov-bengkulu-no-4-tahun-2017>

- a. Menegur setiap orang yang merokok, memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan Produk Tembakau di Kawasan Tanpa Rokok (KTR) yang menjadi wilayah kerjanya, kecuali bagi tempat yang digunakan untuk kegiatan penjualan dan produksi Produk Tembakau sebagaimana dimaksud Pasal 8 ayat (3);
- b. Memerintahkan setiap orang yang tidak mengindahkan teguran sebagaimana dimaksud pada ayat huruf a, untuk meninggalkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR).
- c. Menghentikan penjualan, iklan, dan/atau promosi Produk Tembakau pada Kawasan Tanpa Rokok (KTR).⁷³

Sumber Daya Implementasi suatu kebijakan harus di dukung oleh sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun sumber daya financial. Hal ini cenderung menjadi tidak efektif, meskipun pemerintah implementasi diteruskan secara cermat, jelas dan konsisten apabila memiliki kekurangan sumber-sumber yang diperlukan oleh pelaksana untuk menjalankan kebijakan-kebijakan. Sumber daya memiliki peranan penting dalam implementasi kebijakan.⁷⁴

Walaupun isi kebijakan sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumber daya untuk melaksanakan, implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia, yakni kompetensi

⁷³ <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/54295/perda-prov-bengkulu-no-4-tahun-2017>

⁷⁴ Edwards III, George C. *Implementing Public Policy*. (Jakarta, 2013), hal. 62

implementor, dan sumber daya financial. Sumber daya adalah faktor yang penting untuk implementasi kebijakan agar efektif. Tanpa sumber daya, kebijakan hanya tinggal di kertas menjadi dokumen saja.

Sumber daya disini berkaitan dengan segala sumber yang dapat digunakan untuk mendukung keberhasilan implementasi kebijakan. sumber daya ini mencakup sumber daya manusia, anggaran, fasilitas, informasi dan kewenangan. Salah satu faktor yang mempengaruhi efektifitas implementasi kebijakan adalah sikap implementor. Jika implementor setuju dengan bagian-bagian isi dari kebijakan maka mereka akan melaksanakan dengan senang hati tetapi jika pandangan mereka berbeda dengan pembuat kebijakan maka proses implementasi akan mengalami banyak masalah.

Struktur Birokrasi Birokrasi merupakan lembaga yang memiliki kemampuan besar dalam menggerakkan organisasi, karena birokrasi ditata secara formal untuk melahirkan tindakan rasional dalam sebuah organisasi. Bentuk organisasi dipilih sebagai suatu kesepakatan kolektif untuk memecahkan berbagai masalah sosial. Struktur organisasi pelaksana kebijakan mempunyai pengaruh penting pada implementasi kebijakan. Para pelaksana kebijakan dapat saja mengetahui apa yang harus dilakukan, memiliki keinginan serta dukungan fasilitas untuk melakukannya, tetapi pada akhirnya tidak dapat berbuat apa-apa karena terhalang oleh struktur organisasi dimana mereka bekerja. Birokrasi baik secara sadar atau tidak

sadar memilih bentuk-bentuk organisasi untuk kesepakatan kolektif dalam memecahkan masalah-masalah kehidupan sosial modern.⁷⁵

Banyak masyarakat yang menyadari bahaya menjadi perokok pasif. Kementerian kesehatan Republik Indonesia pernah membuat sebuah iklan yang menayangkan kisah seorang ibu yang menjadi korban dari menghirup asap rokok. Menurut riset kesehatan dasar tahun 2003, perokok dari tahun ke tahun tidak mengalami penurunan yang signifikan, bahkan sekarang perokok di usia dini semakin bertambah.

Menurut pandangan islam, ada yang mengatakan hukum rokok itu haram dan ada yang mengatakan boleh. Beberapa menyatakan hukum rokok berdasarkan ayat-ayat yang dapat disimpulkan maknanya dengan hakekat rokok itu sendiri. Adapun yang mengharamkan rokok karena dalil di surat *Al-Baqarah* ayat 195 yang berbunyi:

وَأَنْفِقُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ ۗ وَأَحْسِنُوا ۗ إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ

Artinya: “Dan belanjakanlah (harta bendamu) di jalan Allah, dan janganlah kamu menjatuhkan dirimu sendiri ke dalam kebinasaan, dan berbuat baiklah, Karena Sesungguhnya Allah menyukai orang-orang yang berbuat baik”

Rokok dianggap membawa kepada kebinasaan baik bagi perokok maupun orang yang berada disekitar orang merokok. Banyak ahli kesehatan sepakat bahwa rokok dapat membawa kebinasaan. Sebenarnya ayat tersebut tidak bisa dijadikan sebagai dalil untuk mengharamkan merokok, tidak ada dalil yang eksplisit/kongkrit menjelaskan tentang hukum rokok tersebut.

⁷⁵ Riant Nugroho, *Kebijakan Publik: Formulasi, Implementasi, dan Evaluasi, Edisi ke-3*, (Jakarta:Elex Media Komputindo, 2014), hal. 79

Perkembangan negara menjadi negara yang menerapkan konteks globalisasi telah memberikan beberapa dampak positif dan negatif. Dampak negatif yang dihasilkan dari adanya globalisasi, tampak pada penyalahgunaan konteks globalisasi yang sebagian besar orang mengasumsikan paham yang bebas untuk mengekspresikan diri maupun bebas berperilaku.⁷⁶

Kondisi ini mempengaruhi terhadap perilaku masyarakat yang lebih memikirkan diri sendiri dan mendapatkan keuntungan bagi dirinya tanpa menghiraukan kepentingan orang lain. Hal tersebut juga memberi masyarakat dari mereka yang tidak memperdulikan kesehatan orang lain.

⁷⁶ Riant Nugroho, *Kebijakan Publik: Formulasi, Implementasi, dan Evaluasi, Edisi ke-3*, (Jakarta:Elex Media Komputindo, 2014), hal. 79

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Sesuai dengan rumusan masalah pada penelitian ini, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M. Yunus Bengkulu sudah dilaksanakan dirumah sakit serta ada SK yang sudah dikeluarkan gubernur untuk penguat, sehingga tidak boleh merokok di kawasan rumah sakit. Sarana dan prasarana yang digunakan dalam mendukung kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di RSUD M. Yunus Bengkulu yaitu adanya himbauan anti rokok yang dilaksanakan oleh security yang mengawasi dan adanya sepanduk seperti, kawasan tanpa rokok. Sarana dan prasarana untuk melaksanakan kebijakan ini telah tercukupi dengan baik ataukah masih ada kekurangan dikarenakan ada pasien yang bandel dan bisa juga sampai 3-4 kali ditegur. Sosialisasi dari pihak Rumah Sakit M.Yunus Kota Bengkulu terhadap kawasan tanpa rokok dilakukan oleh kelompok K3 sudah memberitahu karyawan-karyawannya dan untuk security sudah memberitahu pasien dan juga keluarga pasien yang berkunjung
2. Perspektif Siyash mengenai Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD M. Yunus Bengkulu. Dalam pandangan siyash dusturiyah maerupakan lingkup sulthah tanfidziyah yang bertugas

sebagai pelaksanaan undang-undang yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Dalam implementasinya, RSUD M.Yunus sudah berusaha memaksimalkan untuk menetapkan peraturan kebijakan kawasan tanpa rokok sehingga dapat dinyatakan bahwa RSUD M.yunus dalam hal ini telah sesuai dengan ketetapan siyasah dusturiyah. Menurut pandangan Islam, ada yang mengatakan hukum rokok itu haram dan ada yang mengatakan boleh. Beberapa menyatakan hukum rokok berdasarkan ayat-ayat yang dapat disimpulkan maknanya dengan hakekat rokok itu sendiri. Rokok dianggap membawa kepada kebinasaan baik bagi perokok maupun orang yang berada disekitar orang merokok. Ayat tersebut tidak bisa dijadikan sebagai dalil untuk mengharamkan merokok, tidak ada dalil yang eksplisit/kongkrit menjelaskan tentang hukum rokok. Hanya saja dalam Islam rokok dianggap membawa kepada kebinasaan dan Perda No.4 Tahun 2017 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di Kota Bengkulu membantu dalam mengurangi perokok aktif maupun pasif.

B. Saran

Berdasarkan uraian kesimpulan diatas, maka penulis merekomendasikan saran-saran terkait Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD M. Yunus Bengkulu sebagai berikut:

1. Sehubungan dengan kurangnya sumberdaya yang menjadi pelaksana KTR, kedepannya agar di bentuk tim khusus untuk dapat mengontrol dan menghentikan aktivitas merokok di lingkungan rumah sakit, sekolah dan dinkes karena kalau hanya mengandalkan Satpol PP saja program tidak akan berjalan. Pihak yang bertanggung jawab dalam

penegakan aturan kawasan tanpa rokok seperti satpol PP dapat menegakkan Perda KTR yang telah ditetapkan.

2. Untuk masyarakat lebih baik tidak merokok atau mengurangi merokok didalam Islam dijelaskan bahwa hukumnya Mubah bahkan ada juga pendapat orang bahwa merokok itu haram dan tidak adanya kemashlahatan untuk umat, karena merokok dapat memberikan dampak yang buruk bagi perokok maupun orang yang ada disekitarnya. Merokok dalam aspek kesehatan dapat menyebabkan penyakit paru-paru baik bagi perokok aktif maupun pasif. Untuk pemerintah diharapkan lebih memberikan arahan dan sosialisasi dalam segala aspek masyarakat, baik itu langsung kelingkungan masyarakat banyak maupun melalui para tokoh pemuka masyarakat seperti pemuka agama sehingga bisa disosialisasikan dalam agenda-agenda dakwah dan ke pemerintahan wilayah kerja kecamatan ataupun ke kelurahan yang ada di kota Bengkulu.

DAFTAR PUSTAKA

Buku:

Agustino, Leo. 2016. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: CV. Alfabeta

Aditama, Yoga Tjandra 2016. *Tuberkolosis, Rokok*. Jakarta: Balai Penerbit

Aula, L Elisabet. 2010. *Stop Merokok*. Jogjakarta: Garailmu,

Azwar, A. 2016. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Bina Rupa Aksara. Jakarta.

Erwan dan Dyah. 2015. *Implementasi Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gava Nedia

Edwards III, George C. 2013. *Implementing Public Policy*. Jakarta.

Irawan dan Hasan. 2015. *Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Graha Ilmu

Jones, Charles O. 2014. *Pengantar Kebijakan Publik (Public Policy)*, Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada

Muhammad Iqbal, 2014. *Fiqh Siyasaah, Konstektualisasi Doktrin Politik Islam*. Jakarta, Prenadamedia Group.

Purwanto E.A. dan D.R. Sulistyastuti. 2012. *Implementasi Kebijakan Publik*. Gava Media. Yogyakarta.

Rahardjo, S. 2012. *Sosiologi Hukum Perkembangan Metode dan Masalah*. Genta Publishing. Yogyakarta.

Ranggawidjaja, R. 2018. *Pengantar Ilmu Perundang-Undangan Indonesia*. Mandar Maju. Bandung.

Riant Nugroho, 2014. *Kebijakan Publik: Formulasi, Implementasi, dan Evaluasi, Edisi ke-3*, Jakarta: Elex Media Komputindo,

Subana, M. dan Sudrajat. 2012. *Dasar-dasar Penelitian Ilmiah*. Bandung: Pustaka Setia.

- Subarsono, AG. 2015. *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Solichin. 2012. *Analisis Kebijakan*. Jakarta: Bumi Aksara
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sujarweni, Wiratna. 2014. *Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Tangkilisan, Hessel Nogi. S. 2013. *Implementasi Kebijakan Publik*. Jakarta: Lukman Offset..
- Tangkilisan, Hessel Nogi. S. 2013. *Kebijakan Publik Yang Membumi*. Jakarta: Lukman Offset.
- Winarno, Budi. 2016. *Kebijakan Publik Organisasi*. Yogyakarta: CAPS (Center of Academic Publishing Service)

Perundang-undangan:

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Peraturan Daerah Provinsi Bengkulu Nomor 4 Tahun 2017 Tentang Kawasan Tanpa Rokok

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

Sumber Lain:

Sanjaya, Ade. 2015. *Pengertian Implementasi Kebijakan Definisi Menurut Para Ahli*. <http://www.landasanteori.com/2015/10/pengertian-implementasi-kebijakan.html>.

Sindonews.com <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/54295/perda-prov-bengkulu-no-4-tahun-2017>

SURAT KETERANGAN PLAGIASI

Tim Uji Pengawas Fakultas Syariah Institut Agama Islam Negeri

Bengkulu Menerangkan bahwa:

Nama : Tamza Indra

Nim : 1711150077

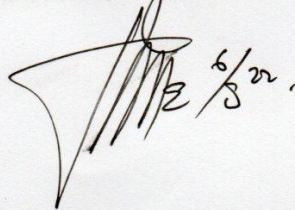
Prodi : Hukum Tata Negara

Judul Skripsi : Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Rsud M.
Yunus Bengkulu Perspektif Siyasa Dusturiyah

Telah dilakukan Uji Plagiasi terhadap skripsi sebagaimana tersebut diatas,
dengan tidak ditemukan karya tulis yang bersumber dari hasil karya orang lain
dengan presentasi plagiasi%

Demikian surat keterangan plagiasi ini kami buat untuk dipergunakan
sebagaimana mestinya.

Ketua Tim Uji Plagiasi,



Hidayat Darussalam, M.E.Sy
NIP: 198611072020121008

Yang Menyatakan,



Tamza Indra
Nim: 1711150077