

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

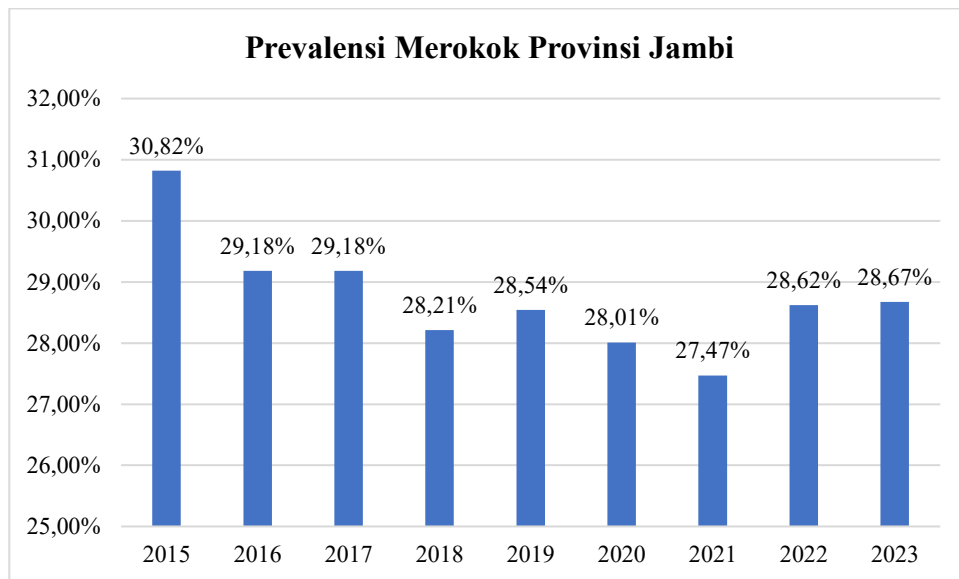
Salah satu masalah kesehatan publik paling signifikan di seluruh dunia adalah penggunaan tembakau dalam rokok. Lebih dari 8 juta orang meninggal setiap tahun karena tembakau, menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Sekitar 7 juta di antaranya meninggal karena konsumsi langsung tembakau, dan 1,2 juta lainnya meninggal karena terpapar asap rokok orang lain.¹ Menurut laporan Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA) dalam ASEAN Towards Tobacco Control, yang dipublikasikan dalam The ASEAN Towards Tobacco Control 2018, lebih dari 942 juta pria dan 175 juta wanita di seluruh dunia, berusia 15 tahun ke atas, adalah perokok aktif.² Menurut data dari American Cancer Society dalam The Tobacco Atlas tahun 2018, Indonesia menempati posisi ketiga tertinggi sebagai konsumen perokok harian dengan 49,8 juta orang, terdiri dari 66,6% pria dan 2,1% wanita, atau sekitar 3,9 juta perempuan.³

Global Adult Tobacco Survey (GATS) pada tahun 2021 melaporkan 34,5% populasi dewasa menggunakan tembakau, dengan rincian 65,5% diantaranya adalah pria dan 3,3% adalah wanita. Dari survei tersebut, 33,5% orang dewasa merupakan perokok aktif, dengan 64,7% pria dan 2,3% wanita. Di Indonesia penggunaan tembakau sangat umum, terutama di kalangan pria. Sebagian besar perokok mengonsumsi rokok kretek (28,6%), yang sangat populer di negara ini. Penggunaan rokok elektronik juga meningkat dengan prevalensi 3,0% di antara orang dewasa. Selain itu paparan asap rokok pasif juga menjadi masalah yang signifikan dengan 59,3% orang dewasa terpapar asap rokok di rumah dan 44,8% terpapar di tempat kerja. Paparan ini memperbesar risiko penyakit serius bagi non-perokok, seperti penyakit jantung, kanker, dan gangguan pernapasan.⁴

Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) pada tahun 2023 prevalensi merokok secara nasional pada seluruh Provinsi di Indonesia tercatat sebesar 81,5 %. Data tersebut menunjukkan bahwa yang paling banyak merokok adalah usia diatas 65 tahun yakni sebesar 85,8% dan yang terendah pada kelompok umur 10-14 tahun yakni 69,4%. Prevalensi merokok berdasarkan jenis kelamin

menunjukkan, bahwa pada laki-laki angkanya mencapai 81,4%, sedangkan pada perempuan lebih besar yakni 84,9%. Berdasarkan wilayah tempat tinggal, prevalensi merokok di daerah perdesaan (88,8%) sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan di daerah perkotaan (75,9%)⁵.

Provinsi Jambi termasuk salah satu daerah dengan prevalensi perokok yang tinggi. Data dari Badan Pusat Statistik (BPS) menunjukkan fluktuasi sepanjang periode 2015-2023 yang dapat dilihat melalui grafik sebagai berikut :



Grafik 1.1 Prevalensi Merokok

Berdasarkan Grafik 1.1 diatas, diketahui bahwasannya pada tahun 2015, prevalensi merokok di Jambi sebesar 30,82%, lalu turun menjadi 29,18% pada 2016 dan 2017. Penurunan ini berlanjut hingga 2018 28,21% dan sedikit naik menjadi 28,54% pada tahun 2019. Tahun 2020, mencatat penurunan ke 28,01%, diikuti kenaikan menjadi 27,47% pada 2021. Pada tahun 2022, prevalensi meningkat signifikan menjadi 28,62%, dan menjadi 28,67% pada 2023. Jambi menempati urutan ke-12 dari 34 provinsi dengan prevalensi perokok 28,62% pada tahun 2022, hanya selisih 5,19% dari Lampung yang tertinggi dengan 33,81%.⁶

Merangin adalah Kabupaten terbesar di Provinsi Jambi dengan luas wilayah mencapai 7.679,00 km².⁷ Badan Pusat Statistik menunjukkan bahwa sekitar 24,73% penduduk Kabupaten Merangin di atas lima tahun memiliki kebiasaan merokok, baik setiap hari maupun tidak setiap hari. Tingginya persentase perokok harian menunjukkan bahwa merokok merupakan kebiasaan yang cukup mengakar di masyarakat, yang memerlukan perhatian serius dari segi kesehatan masyarakat

dan upaya pengendalian tembakau.⁸ Rokok, sebagai salah satu kelompok komoditas, menempati porsi yang signifikan dalam pengeluaran rumah tangga di Kabupaten Merangin. Pada tahun 2019, persentase pengeluaran per kapita untuk rokok mencapai 8,63% pada tahun 2021. Persentase ini lebih tinggi dibandingkan dengan banyak kebutuhan pokok lainnya seperti daging, telur, susu, dan buah-buahan.⁹

Pemerintah berupaya mengurangi paparan asap rokok dengan menetapkan aturan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengatur Kawasan Tanpa Rokok (KTR), yang diperjelas oleh PP No. 109 Tahun 2012. Menurut undang-undang ini, pemerintah daerah harus menetapkan KTR di daerah mereka melalui Peraturan Daerah. KTR mencakup fasilitas kesehatan, sekolah, tempat bermain anak, tempat ibadah, transportasi umum, tempat kerja, ruang publik, dan tempat lain yang ditetapkan. Dengan kewenangan ini, setiap daerah memiliki kebebasan untuk menyesuaikan penerapan kebijakan sesuai dengan kebutuhan dan situasi lokal.¹⁰

Penerapan kebijakan dan peraturan tentang kawasan tanpa rokok belum efektif dalam pelaksanaan dilapangan. Hal ini ditunjukkan dengan masih ditemukannya orang yang merokok baik petugas maupun pengunjung rumah sakit, selain itu masih terdapat orang yang berjualan rokok di warung atau kantin di kawasan rumah sakit dan belum ada pemberian sanksi yang tegas hanya sekedar teguran ringan saja¹¹.

Bentuk komitmen pemerintah bagaimana melindungi masyarakat baik yang merokok maupun yang tidak merokok, membutuhkan dukungan serta peran aktif Organisasi Perangkat Daerah (OPD) agar dapat menerapkan implementasikan KTR di wilayah kerjanya masing masing dan dimonitor bagaimana implementasinya di masing-masing perangkat daerah, sehingga dapat dikatakan bahwasanya peranan Organisasi Perangkat Daerah (OPD) penting dalam berjalannya suatu kebijakan KTR¹².

Selain dukungan kepemimpinan, pengawasan dan pemantauan yang berkelanjutan sangat penting untuk memperkuat penerapan kebijakan. Pemeriksaan dan evaluasi rutin membantu mengidentifikasi tantangan potensial dan area perbaikan, sehingga memungkinkan penyesuaian dan tindakan korektif yang tepat waktu. Pengawasan juga membantu menjaga konsistensi dalam menegakkan kebijakan, memastikan bahwa semua area sekolah tetap bebas asap rokok¹³.

Namun, dalam penerapan kebijakan terdapat faktor dalam keberhasilan evaluasi penerapannya, yaitu: (1) Komunikasi, yang diperlukan untuk menghubungkan aparat pelaksana dan memastikan arus komunikasi jelas dan konsisten dari atas ke bawah. (2) Sumber daya, karena tanpa sumber daya yang memadai, kebijakan tidak dapat dievaluasi penerapan secara efektif. (3) Disposisi, yakni keinginan atau kesepakatan pelaksana untuk menjalankan kebijakan dengan kemauan dan kemampuan yang cukup. (4) Struktur birokrasi, yang mencakup organisasi, pembagian wewenang, dan hubungan antara unit-unit organisasi, serta dengan organisasi luar. Evaluasi penerapan kebijakan harus didukung dengan anggaran yang memadai, sumber daya manusia yang kompeten, dan sarana prasarana yang memadai untuk memastikan evaluasi penerapan berjalan efektif.¹⁴

George C. Edward III dalam Dwiyanto Indiahono (2017) menegaskan empat faktor yang sangat menentukan keberhasilan upaya evaluasi penerapan, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Komunikasi merujuk pada transmisi, kejelasan dan konsistensi dari penyampaian informasi yang efektif antara semua pihak yang terlibat dalam implementasi kebijakan. Komunikasi yang baik memastikan bahwa tujuan, prosedur, dan tanggung jawab dipahami dengan jelas oleh semua pihak. Sumber daya mencakup tenaga kerja, dana, waktu, dan teknologi yang tersedia untuk melaksanakan kebijakan. Tanpa sumber daya yang memadai, implementasi dan evaluasi kebijakan menjadi sulit dilakukan. Disposisi adalah motivasi dan komitmen dari para pelaksana kebijakan. Disposisi yang positif terhadap kebijakan meningkatkan peluang keberhasilan implementasi. Struktur birokrasi merujuk pada organisasi dan prosedur yang digunakan untuk mengimplementasikan kebijakan. Struktur yang jelas dan efisien mempermudah pelaksanaan dan evaluasi kebijakan dengan kata lain SOP dan struktur organisasi¹⁵.

Salah satu indikator dalam keberhasilan komunikasi adalah konsistensi dari komunikasi itu sendiri. Penelitian yang dilakukan oleh Sari dan Hayati (2021) yang menyebutkan bahwa konsistensi adalah indikator yang paling memengaruhi komunikasi yang dilakukan dalam implementasi program, informasi yang disampaikan berubah-ubah menyebabkan kebingungan masyarakat yang menjadi salah satu halangan program.¹⁶ Sumber daya mencakup dana atau insentif lain yang

sangat penting untuk mendukung pelaksanaan lancar suatu kebijakan. Keterbatasan atau kekurangan dana atau insentif lain menjadi faktor utama yang sering berkontribusi pada kegagalan pelaksanaan kebijakan.¹⁷ Penelitian yang dilakukan Saputri dkk (2016) menunjukkan hasil bahwa untuk kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di kantor Kecamatan tidak mengeluarkan dana untuk melaksanakan kebijakan tersebut yang menyebabkan tidak maksimalnya implementasi program.¹⁸

Selanjutnya, penelitian Magayanti dan Natsir (2024) mengamati peranan disposisi dan struktur birokrasi dalam penerapan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Manyaran. Hasilnya menunjukkan bahwa mayoritas perokok sadar akan pentingnya hidup sehat, tetapi belum memiliki komitmen dan motivasi yang kuat untuk berhenti merokok¹⁹. Hal itu menunjukkan bahwa indikator komitmen dan motivasi sangat memengaruhi komponen disposisi. Dalam segi struktur birokrasi, ditemukan hambatan seperti sumber daya manusia yang belum optimal, evaluasi penerapan yang kurang terawasi, dan kurangnya tanggapan memadai terhadap kebijakan dari perokok yang tidak sepenuhnya patuh. Sehingga penetapan struktur organisasi adalah salah satu hal yang berpengaruh penting dalam menjalankan komponen struktur birokrasi¹⁹

Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2016 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) telah ditetapkan oleh pemerintah Kabupaten Merangin. Menurut pasal 4 Perda Nomor 2 tahun 2016, adapun tempat-tempat atau area-area tersebut meliputi fasilitas kesehatan, institusi pendidikan, rumah ibadah, transportasi umum, lingkungan kerja, ruang publik, dan area lainnya termasuk dalam KTR. Tujuan dari kebijakan ini adalah untuk membuat lingkungan bersih dan sehat, melindungi orang dari efek buruk asap rokok, dan meningkatkan kesadaran akan pentingnya menjalani gaya hidup tanpa rokok²⁰. Aturan ini mencakup penetapan KTR, pengendalian, pembinaan, pengawasan, dan partisipasi publik dalam evaluasi pelaksanaannya untuk menghukum pelanggarnya dengan sanksi administratif atau pidana. Namun, evaluasi implementasi KTR di Kabupaten Merangin belum mencapai hasil yang diinginkan. Saat ini, 306 KTR telah dibentuk, dan tujuan seharusnya adalah 400 KTR.²¹

Berdasarkan hasil observasi awal yang dilakukan oleh peneliti di berbagai lokasi Organisasi Perangkat Daerah (OPD) Kabupaten Merangin yakni Dinas Pendidikan, Kantor Camat, Kantor Lurah, Dinas Kependudukan Dan Pencatatan Sipil Dinas Kesehatan, masih banyak ditemukan orang yang merokok di lingkungan tersebut, dan berdasarkan hasil wawancara dengan pemegang program Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Dinas Kesehatan Kabupaten Merangin, diketahui bahwa program KTR belum pernah dievaluasi selama delapan tahun penerapannya. Hambatan utama dalam pelaksanaan program ini adalah ketiadaan anggaran yang memadai untuk mendukung kegiatan KTR.

Observasi ini menimbulkan kekhawatiran bahwa kebijakan KTR belum sepenuhnya efektif dan dievaluasi penerapannya dengan baik di lakukan oleh Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Merangin. Hal ini menunjukkan adanya kelemahan dalam penegakan peraturan dan kurangnya kesadaran atau disiplin di kalangan masyarakat dan pegawai. Oleh karena itu, penelitian ini bermaksud untuk mengetahui Implementasi Penerapan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Merangin

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan dari latar belakang diatas, maka peneliti merumuskan masalah penelitian yakni bagaimana Implementasi Penerapan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Merangin tahun 2024.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui implementasi penerapan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Kabupaten Merangin tahun 2024.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui komunikasi dalam penerapan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) oleh Organisasi Perangkat Daerah (OPD) di Kabupaten Merangin.
2. Mengetahui sumber daya dalam penerapan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) oleh Organisasi Perangkat Daerah (OPD) di Kabupaten Merangin.
3. Mengetahui disposisi dalam penerapan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) oleh Organisasi Perangkat Daerah (OPD) di Kabupaten Merangin.

4. Mengetahui struktur birokrasi dalam penerapan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) oleh Organisasi Perangkat Daerah (OPD) di Kabupaten Merangin.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Penelitian ini memberikan kesempatan kepada peneliti untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilan dalam bidang kesehatan masyarakat, khususnya dalam kebijakan kesehatan. Peneliti dapat memahami lebih dalam mengenai tantangan dan faktor-faktor yang mempengaruhi evaluasi penerapan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

1.4.2 Bagi Pemerintah Kabupaten Merangin

Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh Pemerintah Kabupaten Merangin sebagai bahan evaluasi dan pertimbangan dalam memperbaiki dan meningkatkan implementasi kebijakan KTR. Rekomendasi yang dihasilkan dapat membantu dalam perencanaan strategis dan pengambilan keputusan yang lebih baik untuk mencapai target kebijakan.

1.4.3 Bagi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

Penelitian ini dapat menambah referensi ilmiah bagi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan serta memperkaya literatur mengenai evaluasi penerapan kebijakan kesehatan. Selain itu, hasil penelitian ini bisa dijadikan bahan ajar dan diskusi akademik untuk mahasiswa dan dosen.

1.4.4 Bagi Peneliti Lain

Penelitian ini dapat menjadi acuan dan sumber inspirasi bagi peneliti lain yang tertarik dalam bidang kesehatan masyarakat dan kebijakan publik. Peneliti lain dapat menggunakan metodologi dan temuan dari penelitian ini sebagai dasar untuk penelitian lanjutan atau penelitian komparatif di daerah lain.