

ANALISIS IMPLEMENTASI PERATURAN DAERAH KOTA SEMARANG NOMOR 3 TAHUN 2013 TENTANG KAWASAN TANPA ROKOK DI PUSKESMAS INDUK KOTA SEMARANG

Azizah Nur Fatih, Kusyogo Cahyo, Aditya Kusumawati

Peminatan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Diponegoro

Email : azizahnurfatih@gmail.com

Abstract : *Public Health Services (Puskesmas) is one of the health care which obligatory needed at least one in every district. In total of 37 Public Health Services in Semarang Municipality, only 26 Public Health Services already been rated for its Tobacco Free Areas implementation (research by KPKTR and FKM Unimus). The aim of this research is to analyze the implementation of Local Government Regulation Number 3 Year 2013 regarding Tobacco Free Areas in Public Health Services of Semarang Municipality. This research used quantitative method with cross-sectional approach, whereas 111 respondents were the samples gathered with total sampling method. The data were analyzed using univariate, bivariate and multivariate analysis. Univariate analysis showed in numbers that the good communication 66,7%, adequate resources 53,2%, agreeing disposition 53,2% and appropriate bureaucratic structure 79,3%. The result from crosstab shows that good implementation due to good communication 56.8 %, good implementation with adequate resources 64.4 %, good implementation with stakeholders' approval 62.7 % and good implementation with appropriate bureaucracy structure by 58.0 %. Chi Square test ($\alpha=0,05$) was used in bivariate analysis, showed the correspondent variables were resources (p value 0,011), disposition (p value 0,031), and bureaucratic structure (p value 0,034). Meanwhile there is no correlation with communication (p value 0,253). Multivariate analysis showed that resources, disposition, and bureaucratic structure is the dominant factors of the implementation of Local Government Regulation Number 3 Year 2013 regarding Tobacco Free Areas in Public Health Services of Semarang Municipality with R^2 value 20,1%.*

Keyword : *Policy Implementation, Tobacco Free Areas, Public Health Services, Local Regulation*

PENDAHULUAN

Data dari *Tobacco Control Support Center* (TCSC) menunjukkan sebanyak 4.8% dari 1.3 miliar perokok dunia ada di Indonesia. Sehingga Indonesia menduduki urutan ketiga jumlah perokok terbesar dunia setelah India dan Cina. Sebanyak 46% perokok ASEAN berada di Indonesia. Fenomena yang terjadi adalah rata-rata masyarakat Indonesia mulai mengonsumsi rokok sekitar umur 10 sampai 14 tahun. Telah banyak penelitian yang membuktikan bahwa asap rokok banyak mengandung bahan-bahan berbahaya bagi tubuh seperti nikotin, tar, karbon monoksida (CO), nitrogen oksida (NO), arsenic, timbal, cadmium, dan lain sebagainya. Dalam satu batang rokok mengandung 4000 bahan kimia termasuk 43 senyawa yang menyebabkan kanker (karsinogen).^(1,2)

Selain kanker, penyakit akibat rokok yang juga sangat berbahaya adalah Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK). Seseorang dapat dikatakan menderita PPOK apabila pernah mengalami sesak napas yang bertambah ketika beraktifitas dan/atau bertambah dengan meningkatnya usia disertai batuk berdahak atau pernah mengalami sesak napas disertai batuk berdahak dan nilai indeks *Brinkman* ≥ 200 . Indeks *Brinkman* adalah jumlah batang rokok yang dihisap, dihitung sebagai lama merokok (dalam tahun) dikalikan dengan jumlah rokok yang dihisap per hari.⁽³⁾

Fakta menunjukkan terdapat 4,9 juta jumlah kasus kematian akibat rokok tiap 10 detik dalam waktu setahun. 70% fenomena ini terjadi di Negara berkembang. WHO memprediksi pada tahun 2020, kematian akibat rokok menjadi 8.4

juta setahun dimana separuhnya terjadi di Asia. Kematian akibat merokok, 9,8%-nya disebabkan karena penyakit paru kronik dan emfisema. Selain menyebabkan kematian, merokok juga menyebabkan berbagai penyakit. Dari data yang didapat, 5% kasus stroke di Indonesia disebabkan karena merokok.⁽⁴⁾

Pada tahun 2013, peningkatan prevalensi konsumsi tembakau hisap dan tembakau kunyah menjadi 36,3% dengan spesifikasi 64,9% laki-laki dan 2,1% perempuan. Proporsi perokok di Indonesia sebesar 29,3% dari seluruh penduduk Indonesia. Jawa Tengah berada di peringkat 18 dari 33 provinsi di Indonesia dengan proporsi perokok sebesar 28,2% dengan rincian 22,9% perokok setiap hari dan 5,3% merokok kadang-kadang.⁽³⁾

Di Kota Semarang tercatat prevalensi merokok sebanyak 34,2% dengan 9,1 batang rokok per hari. Data tersebut juga menjelaskan jumlah perokok remaja putra sebesar 34,4% dan remaja putri mencapai 4,0% dan perokok perempuan dewasa mencapai 4,5% dari jumlah penduduk Kota Semarang. Perokok pasif menghirup 75% bahan berbahaya yang terkandung dalam asap rokok, ditambah separuh dari asap yang dihembuskan keluar dari tubuh perokok aktif. Dalam upaya melindungi perokok pasif dari asap rokok orang lain maka *World Health Organization* (WHO) merekomendasikan bahwa lingkungan bebas asap rokok 100% merupakan solusi paling efektif untuk mengurangi paparan asap rokok.^(5,6)

Upaya perlindungan pada perokok pasif dari Pemerintah ditunjukkan dalam Undang-Undang

No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan menetapkan 7 kawasan tanpa rokok. Sistem desentralisasi yang dianut oleh Indonesia membuat Pemerintah mewajibkan setiap daerah untuk menetapkan peraturannya sendiri. Pemerintah Kota Semarang menetapkan Perda No. 3 Tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di 7 kawasan seperti dalam UU No. 36 tahun 2009 yaitu fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, serta tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.^(7,8)

Jumlah Puskesmas di Kota Semarang adalah 37 Puskesmas Induk. Data penelitian KPKTR Semarang menyatakan bahwa 26 dari 37 Puskesmas yang diteliti belum baik dalam penerapan KTR di lingkungannya. Masih terjadi pelanggaran di beberapa hal. Masih ditemukan pengunjung atau pegawai Puskesmas yang merokok di lingkungan Puskesmas. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 3 Tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Induk Kota Semarang.⁽⁶⁾

METODE PENELITIAN

Penelitian menggunakan jenis penelitian deskriptif analitik dengan metode kuantitatif dan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah 37 Puskesmas Induk Kota Semarang dengan sub populasi 3 orang pegawai Puskesmas yaitu Kepala Puskesmas, kepala Tata Usaha, dan petugas Promosi Kesehatan. Dengan menggunakan teknik *total sampling* didapatkan jumlah responden sebanyak 111 orang pegawai Puskesmas.

Data primer diperoleh melalui wawancara kepada responden menggunakan panduan kuesioner. Sedangkan data sekunder didapatkan melalui studi pustaka dari buku, jurnal, internet, wawancara dengan pihak lain diluar responden, dan dari instansi terkait (Dinas Kesehatan Kota Semarang), serta referensi-referensi lain.

Analisis data dilakukan dengan 3 jenis analisis. Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel dengan tabel distribusi frekuensi. Analisis bivariat menggunakan *Chi Square test* dengan *level of significant* (α) 5% untuk mengetahui hubungan antara variabel terikat dan variabel bebas. Apabila $p\text{ value} > 0,05$ maka tidak ada hubungan antara variabel terikat dan variabel bebas (H_0 diterima), apabila $p\text{ value} \leq 0,05$ maka ada hubungan antara variabel terikat dan variabel bebas (H_0 ditolak). Analisis multivariat menggunakan uji regresi logistic karena data berskala nominal. Analisis multivariat dilakukan untuk menganalisis hubungan seluruh variabel bebas yang mempunyai kemaknaan statistik berdasarkan analisis bivariat dengan variabel terikat. Serupa dengan analisis bivariat, apabila $p\text{ value} > 0,05$ maka tidak ada hubungan antara variabel terikat dan variabel bebas (H_0 diterima), dan apabila $p\text{ value} \leq 0,05$ maka ada hubungan yang signifikan antara variabel terikat dengan variabel bebas (H_0 ditolak).

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Analisis Univariat

Responden berjumlah 11 orang dengan frekuensi antara Kepala Puskes, kepala Tata Usaha dan petugas promosi

kesehatan masing-masing 33,3%. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa komunikasi dalam implementasi KTR di Puskesmas dengan kategori baik sebesar 66,7% dan yang kurang baik sebesar 33,3%. Variabel sumber daya menunjukkan sumber daya yang memenuhi dinyatakan oleh 53,2% responden dan yang tidak memenuhi 46,8%. Kategori disposisi yang setuju sebesar 53,2% dan yang tidak setuju sebesar 46,8%. Kategori struktur birokrasi yang sesuai sebesar 79,3% dan yang tidak sesuai sebesar 20,7%. Kategori implementasi yang baik sebesar 52,3% dan yang kurang baik sebesar 47,7%.

Analisis univariat menunjukkan bahwa kategori baik pada semua variabel diatas 50%. Namun yang menjadi masalah adalah ketika suatu peraturan dibuat, tujuannya adalah agar diterapkan 100% sedangkan kenyataan di lapangan belum diterapkan 100%. Sehingga akan terjadi kesenjangan antara harapan dan kenyataan.

Suatu peraturan atau kebijakan harus selalu diiringi dengan implementasi. Apabila kebijakan dibuat tanpa ada implementasi, sebaik apapun kebijakan tersebut akan sia-sia. Langkah implementasi akan selalu mengalami masalah dengan masyarakat atau subjek dari kebijakan tersebut. Akan terjadi pro dan kontra dari masing-masing subjek. Maka implementasi adalah penting dalam proses suatu kebijakan. Sebaiknya diiringi dengan monitoring dan evaluasi untuk mengetahui apakah kebijakan sudah berjalan baik dan tepat sasaran.

2. Analisis Bivariat

Tabel 1. Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat

No.	Variabel	ρ value
1.	Hubungan antara Jabatan dengan Implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang	0,013
2.	Hubungan antara Komunikasi dengan Implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang	0,253
3.	Hubungan antara Sumber Daya dengan Implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang	0,011
4.	Hubungan antara Disposisi dengan Implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang	0,031
5.	Hubungan antara Struktur Birokrasi dengan Implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang	0,034

Analisis bivariat adalah untuk menguji hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Apabila ρ value > 0,05 maka H_0 ditolak, artinya tidak ada hubungan antara variabel terikat dan variabel bebas, begitu sebaliknya. Tabel 2

menunjukkan bahwa variabel yang memiliki p value $\leq 0,05$ dan berhubungan dengan Implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang adalah jabatan dengan p value 0,013, sumber daya dengan p value 0,011, disposisi dengan p value 0,031, dan struktur birokrasi dengan p value 0,034. Sedangkan variabel yang memiliki p value $> 0,05$ dan tidak berhubungan dengan Implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang adalah komunikasi dengan p value 0,253

Hubungan antara Jabatan dengan Implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang

Hasil uji crosstab menggunakan *chi square test* menunjukkan bahwa bahwa implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang yang kurang baik lebih banyak dijumpai pada kelompok jabatan responden sebagai staff Puskesmas (56,8%), dibandingkan dengan kelompok jabatan responden sebagai kepala Puskesmas (29,7%). Dengan p value 0,013 maka ada hubungan antara jabatan dengan implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang.

Hal ini dikarenakan pemahaman Kepala Puskesmas terhadap Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR lebih baik dibandingkan

Kepala TU dan petugas promkes. Informasi yang didapatkan oleh Kepala Puskesmas mengenai Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR lebih banyak dibandingkan kepala Tata Usaha dan petugas promkes.

Hubungan antara Komunikasi dengan Implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang

Hasil uji crosstab menggunakan *chi square test* menunjukkan bahwa implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang yang kurang baik lebih banyak dijumpai pada kelompok jabatan responden sebagai staff Puskesmas (56,8%), dibandingkan dengan kelompok jabatan responden sebagai kepala Puskesmas (29,7%). Dengan p value 0,253 maka tidak ada hubungan antara komunikasi dengan implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang.

Hal ini dikarenakan Kurangnya koordinasi dalam pelaksanaan Perda KTR misalnya. Selain itu media yang banyak digunakan untuk mensosialisasikan bahwa Puskesmas menerapkan peraturan KTR bukan merupakan media yang dianggap efektif.

Hubungan antara Sumber Daya dengan Implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang

Hasil uji crosstab menggunakan *chi square test* menunjukkan bahwa implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang yang kurang baik lebih banyak dijumpai pada kelompok yang sumber dayanya tidak memenuhi (61,5%) dibandingkan dengan kelompok yang sumber dayanya memenuhi (35,6%). Dengan *p value* 0,011 maka ada hubungan antara sumber daya dengan implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang.

Hal tersebut menunjukkan bahwa sumber daya merupakan salah satu faktor penting dalam proses implementasi suatu kebijakan. Sumber daya yang dimaksud antara lain sumber daya manusia, sumber dana, dan sarana prasarana penunjang. Tanpa ada sumber daya manusia yang berkualitas, kebijakan tidak dapat berjalan dengan baik. Tujuan dan sasaran dari kebijakan harus dipahami dan dapat diterima oleh pelaksana sehingga kebijakan dapat berjalan baik dan tepat sasaran.

Hubungan antara Disposisi dengan Implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang

Hasil uji crosstab menggunakan *chi square test* menunjukkan bahwa implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang yang kurang baik

lebih banyak dijumpai pada kelompok disposisi *stakeholder* yang tidak setuju (59,6%) dibandingkan implementasi yang kurang baik pada kelompok disposisi *stakeholder* yang setuju dengan penerapan kawasan tanpa rokok (37,3%). Dengan *p value* 0,031 maka ada hubungan antara disposisi dengan implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang.

Hal tersebut menunjukkan bahwa sikap dari pelaksana sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan suatu kebijakan. Disposisi atau sikap implementor merupakan salah satu faktor yang menentukan apakah kebijakan akan dilaksanakan atau tidak. Disposisi menjadi faktor yang penting karena berhubungan dengan watak dan karakteristik implementor seperti komitmen, kejujuran, konsistensi, dan lainnya. Apabila urgensi dari suatu kebijakan dirasa kurang penting oleh implementor, maka kebijakan tidak akan diimplementasikan.

Hubungan antara Disposisi dengan Implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang

Hasil uji crosstab menggunakan *chi square test* menunjukkan bahwa implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang yang kurang baik

lebih banyak dijumpai pada kelompok dengan struktur birokrasi yang tidak sesuai (69,6%) dibandingkan dengan implementasi yang kurang baik pada kelompok struktur birokrasi yang sudah sesuai dengan peraturan (42,0%). Dengan p value 0,034 maka ada hubungan antara struktur birokrasi dengan implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang.

Struktur birokrasi meliputi struktur organisasi, peraturan-peraturan yang berlaku, prosedur kerja standar atau *Standard Operating Procedure* (SOP) dan pemisahan tugas dan tanggungjawab seras fragmentasi. Dalam penelitian ini menunjukkan struktur birokrasi yang baik mempengaruhi implementasi yang baik begitu pula sebaliknya. Apabila organisasi tidak memiliki struktur birokrasi yang baik, maka seluruh kebijakan yang ada tidak akan dapat dijalankan dengan baik.

3. Analisis Multivariat

Hasil analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik menunjukkan hanya terdapat 2 variabel yang berhubungan secara signifikan dengan Implementasi Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang. Variabel jabatan dengan p value 0,030, nilai OR sebesar 0,361, dengan koefisien -1,019, dan variabel disposisi dengan p value 0,012,

nilai OR sebesar 0,328, dengan koefisien -1,114 maka H_0 ditolak berarti kedua variabel tersebut memberikan pengaruh parsial yang signifikan terhadap implementasi Perda Kota Semarang No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang. Kedua variabel bebas bersifat protektif atau memiliki pengaruh terbalik karena nilai OR kurang dari 1 dan 95% CI tidak mencapai nilai 1. Artinya yang seharusnya jabatan dan disposisi yang baik mempengaruhi implementasi Perda Kota Semarang No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang yang baik namun yang terjadi adalah sebaliknya, yaitu jabatan disposisi yang kurang baik mempengaruhi implementasi Perda Kota Semarang No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang yang baik.

Koefisien bertanda negatif memiliki arti bahwa hasil uji regresi logistik memiliki arah hubungan yang berlawanan artinya jabatan dan disposisi seharusnya mempengaruhi implementasi Perda Kota Semarang No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang. Namun karena arah hubungannya berlawanan maka yang terjadi adalah implementasi Perda Kota Semarang No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang mempengaruhi jabatan dan disposisi.

KESIMPULAN

1. Implementasi Perda Kota Semarang No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang berjalan baik yang dinyatakan oleh 52,3% responden. Namun kenyataan di lapangan menunjukkan struktur implementasi yang kurang baik disebabkan komunikasi yang kurang baik antar pegawai Puskesmas.
2. Responden yang menyatakan komunikasi yang baik sebesar 66,7%, sumber daya yang memenuhi sebesar 53,2%, yang menyatakan setuju pada variabel disposisi sebesar 53,2%, yang menyatakan struktur birokrasi sudah sesuai sebesar 79,3%, dan yang menyatakan implementasi sudah berjalan baik sebesar 52,3%.
3. Ada hubungan antara jabatan, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi dengan implementasi Perda Kota Semarang No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang.
4. Tidak ada hubungan antara komunikasi dengan implementasi Perda Kota Semarang No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang.
5. Variabel yang berpengaruh paling dominan dalam Implementasi Perda Kota Semarang No. 3 Tahun 2013 tentang KTR di Puskesmas Induk Kota Semarang adalah jabatan dengan p value 0,30 dan variabel disposisi dengan p value 0,012 dengan nilai R^2 25,2%. Nilai $OR < 1$ dan koefisien bertanda negatif berarti ketiga variabel berpengaruh parsial yang signifikan tetapi bersifat protektif dan mempunyai

arah hubungan yang berlawanan.

SARAN

1. Sebaiknya Dinas Kesehatan Kota Semarang segera menyosialisasikan petunjuk pelaksanaan petunjuk pelaksanaan Perda No. 3 Tahun 2013 tentang KTR yang baru saja diundangkan kepada seluruh Puskesmas dan melakukan movev untuk menilai keefektifan Perda.
2. Informasi mengenai KTR yang didapatkan oleh kepala Puskesmas sebaiknya disampaikan kepada seluruh pegawai Puskesmas, serta untuk lebih proaktif menacari tahu perkembangan Perda KTR.
3. Penelitian ini dapat dijadikan referensi untuk penelitian lain yang sejenis, dan apabila dilakukan penelitian yang sejenis, sebaiknya dilakukan dengan metode observasi yang mendalam supaya dapat diketahui benar pelaksanaan KTR di instansi yang diteliti.

DAFTAR PUSTAKA

1. TCSC, IAKMI, KPS, PDKT. Fakta Tembakau: Permasalahannya di Indonesia Tahun 2010. Jakarta: TCSC, IAKMI, KPS, PDKT; 2010.
2. Syafiie RM, Frieda N, Kahija Y La. Stop Smoking!: Studi Kualitatif Terhadap Pengalaman Mantan Pecandu Rokok dalam Menghentikan Kebiasaannya. Semarang; 2009.
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar 2013.

- Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Prototype Media Kawasan Tanpa Rokok. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011.
 5. Rahayuningsih, Febriana. Hubungan Antara Persepsi Perilaku Merokok dengan Perilaku Merokok Siswa SMK X di Kota Semarang. Universitas Diponegoro; 2010.
 6. Universitas Muhammadiyah Semarang, KPKTR Kota Semarang. Survey Tingkat Penerapan Kawasan Tanpa. 2015.
 7. Indonesia KKRI. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. 2009;
 8. Dinas Kesehatan Kota Semarang. Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 3 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok. 2013 p. 1–25.