

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Penggunaan tembakau bertanggungjawab terhadap sebagian besar kematian di seluruh dunia. Mackay & Eriksen (2002) menyebutkan bahwa kematian akibat penggunaan tembakau jumlahnya lebih besar dibandingkan dengan total kematian akibat penyakit AIDS, penggunaan obat-obatan, kecelakaan lalu lintas, pembunuhan maupun bunuh diri. WHO (2012) juga mempertegas tingginya kematian akibat penggunaan tembakau yang jumlahnya lebih besar dibandingkan dengan total kematian akibat AIDS, malaria dan tuberkulosis. Setiap tahunnya, tembakau membunuh sekitar 6 juta orang, baik perokok aktif maupun perokok pasif, dan angka ini diperkirakan akan meningkat hingga 8 juta orang di tahun 2030 (WHO, 2015). Eriksen *et al.* (2015) menyebutkan bahwa penggunaan tembakau membunuh 100 juta orang di abad 20 dan jumlah ini jauh lebih besar dibandingkan dengan total kematian akibat perang dunia I dan perang dunia II. Jika perokok yang ada saat ini tidak berhenti merokok, maka pada abad 21 ini kematian yang terkait dengan penggunaan tembakau diperkirakan sekitar 1 miliar orang.

Tingginya angka kematian karena penggunaan tembakau erat kaitannya dengan bahaya penggunaan tembakau yang tidak hanya terbatas pada kanker paru-paru, penyakit jantung dan emfisema. Penggunaan tembakau dapat memperparah penyakit tidak menular lainnya, penyakit mental, masalah penyalahgunaan zat serta kerusakan lingkungan dan merongrong pembangunan manusia (Eriksen *et al.*, 2015). Penyakit tidak menular lainnya terkait dengan penggunaan tembakau adalah kardiovaskuler, diabetes dan penyakit paru kronik (WHO, 2015). Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 juga menyebutkan bahwa perilaku merokok sangat berpengaruh terhadap berkembangnya penyakit pernafasan kronis, yaitu asma dan penyakit paru obstruksi kronis (Balitbangkes, 2013). Claire *et al.* (2012) juga menyebutkan bahwa terpapar dengan asap rokok dapat menyebabkan penyakit kardiovaskuler, penyakit jantung koroner dan kanker paru-paru pada orang dewasa, serta dapat meningkatkan risiko sindrom kematian mendadak pada bayi, infeksi pernafasan akut dan masalah pendengaran pada anak-anak.

Berbagai penyakit terkait dengan merokok di atas menunjukkan bahwa rokok tidak hanya berbahaya untuk perokok, tetapi juga orang lain yang tidak merokok. Merokok merupakan cara umum penggunaan tembakau di seluruh dunia (CDC Foundation, 2015) yang dilakukan dengan membakar rokok dan atau menghisap asap rokok (Pusat Promkes, 2011). Orang yang merokok, baik secara rutin atau hanya sekedar coba-coba, disebut perokok aktif dan orang yang tidak merokok namun menghirup asap rokok orang lain atau berada dalam 1 ruangan tertutup dengan orang yang sedang merokok disebut perokok pasif (Pusat Promkes, 2011). Perokok pasif perlu mewaspadaai dampak kesehatan yang dapat mereka alami, karena pada 6 juta orang yang meninggal akibat penggunaan tembakau, lebih dari 600.000 kematian karena terkena paparan asap rokok (WHO, 2015). Keller *et al.* (2005) juga menyebutkan bahwa perokok pasif memiliki risiko 24% lebih tinggi untuk terkena kanker paru-paru dibandingkan dengan perokok aktif. Oleh karena itu, dampak perilaku merokok memberikan beban ganda, yaitu untuk perokok (perokok aktif) dan orang lain yang tidak merokok namun terpapar asap rokok (perokok pasif).

Masalah rokok sangat membebani Indonesia. Pada tahun 1998, Indonesia termasuk dalam 5 besar negara konsumen rokok tertinggi di dunia dengan konsumsi sebanyak 215 miliar batang rokok (Mackay & Eriksen, 2002). Posisi Indonesia sebagai konsumen rokok tertinggi di dunia tidak mengalami perbaikan dari tahun ke tahun, bahkan cenderung mengalami peningkatan konsumsi rokok. Hal ini ditunjukkan dengan posisi Indonesia yang menjadi negara konsumen rokok tertinggi ke-4 setelah Cina, Rusia dan Amerika, baik pada tahun 2009 maupun tahun 2014 (Eriksen *et al.*, 2012; Eriksen *et al.*, 2015). Konsumsi rokok di Indonesia perlu diwaspadai, karena pada tahun 2013 konsumsi rokok di Indonesia rata-rata 12,3 batang rokok per orang per hari (Balitbangkes, 2013), sementara di Cina 22 batang rokok per orang per hari (Eriksen *et al.*, 2015). Konsumsi ini sudah mencapai 55,9% konsumsi rokok di Cina yang merupakan negara konsumen rokok nomor 1 dunia.

Konsumsi rokok yang besar didukung oleh tingginya jumlah perokok yang ada. Lian & Dorotheo (2014) dalam *The ASEAN Tobacco Control Atlas (SEATCA)* menyebutkan bahwa wilayah ASEAN menyumbang 10% perokok dunia dan 50,7%

perokok tersebut berada di Indonesia. Tingginya jumlah perokok di Indonesia ini didukung oleh data Riskesdas yang menunjukkan peningkatan proporsi perokok dari tahun ke tahun. Data Riskesdas Tahun 2007 menyebutkan bahwa proporsi penduduk umur ≥ 15 tahun yang merokok dan mengunyah tembakau di Indonesia sebanyak 34,2%. Angka ini mengalami peningkatan, 34,7% di tahun 2010 menjadi 36,3% di tahun 2013 (Balitbangkes, 2013).

Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang cenderung mengalami peningkatan proporsi perokok dan angkanya selalu di atas angka nasional. Pada tahun 2013, proporsi perokok di NTB menempati urutan ke-7 tertinggi dari 33 provinsi yang ada (Balitbangkes, 2013). Proporsi ini meningkat jauh dibandingkan dengan tahun 2010 ketika Provinsi NTB berada pada urutan ke-22 tertinggi dari 33 provinsi yang ada (Balitbangkes, 2010). Proporsi perokok setiap hari di NTB, yaitu sebesar 26,8%, juga berada di atas angka nasional yang mencapai 24,3% dengan proporsi terbesar di Kabupaten Sumbawa Barat (KSB) sebesar 31% (Ristrini dkk., 2013).

Melindungi masyarakat dari bahaya produk tembakau menjadi tanggung jawab pemerintah, terutama untuk melindungi masyarakat yang tidak merokok namun terpapar asap rokok. Langkah pencegahan dan pengendalian penggunaan produk tembakau telah dilakukan oleh berbagai pihak. WHO dalam *Global Action Plan 2013–2030 for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases* menyebutkan bahwa salah satu cara untuk mengendalikan penggunaan tembakau adalah dengan membuat peraturan tentang area bebas rokok di semua ruangan, baik di tempat kerja, sarana transportasi, maupun tempat lainnya, yang tertuang dalam konvensi kerangka kerja pengendalian tembakau atau *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC) (WHO, 2013). Hasil penelitian Sureda *et al.*, (2014) juga menyebutkan bahwa salah satu cara untuk mengurangi perilaku merokok sekaligus untuk melindungi perokok pasif dari paparan asap rokok adalah dengan membuat peraturan tentang kawasan tanpa rokok (KTR).

Dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 115, Pemerintah Indonesia telah mewajibkan pemerintah daerah untuk menetapkan KTR di wilayah masing-masing. KTR dimaksud ditetapkan di

beberapa tempat, yaitu : (a) fasilitas pelayanan kesehatan, (b) tempat proses belajar mengajar, (c) tempat anak bermain, (d) tempat ibadah, (e) angkutan umum, (f) tempat kerja, serta (g) tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan. Khusus bagi tempat kerja serta tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan dapat menyediakan tempat khusus untuk merokok.

Adanya peraturan di tingkat pusat tidak serta merta diimplementasikan oleh pemerintahan di bawahnya, baik provinsi maupun kabupaten/kota. Provinsi NTB baru mengatur KTR dalam bentuk peraturan pada tahun 2014. Peraturan tersebut berupa Peraturan Daerah (Perda) Provinsi NTB Nomor 3 Tahun 2014 tentang KTR. Berdasarkan hasil Riskesdas 2013, KSB sebagai penyumbang terbesar jumlah perokok di NTB termasuk dalam 5 kabupaten/kota di Provinsi NTB yang memiliki proporsi terbesar penduduk umur ≥ 10 tahun yang tidak setuju dengan adanya KTR (18,9%) (Ristrini dkk., 2013). Hal ini mendukung perilaku merokok yang kerap terlihat di berbagai tempat di KSB.

Kebijakan KTR di KSB sangat diperlukan. Hal ini untuk melindungi masyarakat KSB dari bahaya perilaku merokok. Perlindungan potensial yang dapat dilakukan adalah melindungi perokok pasif. Kaufman *et al.* (2015) menyebutkan bahwa suatu wilayah akan lebih percaya diri dalam melindungi perokok pasif dari paparan asap rokok jika kebijakan/peraturan KTR tersebut dipromosikan dan dipraktikkan langsung oleh pemerintah. Oleh karena itu, dalam rangka menetapkan KTR di berbagai tempat di KSB, perlu diawali dengan penetapan KTR di kantor pemerintah, dalam hal ini kompleks perkantoran Pemerintah Daerah (pemda) KSB, yang dikenal dengan nama kompleks Kemutar Telu Center (KTC).

Berdasarkan observasi yang dilakukan peneliti di KTC, pegawai Pemda KSB terlihat bebas merokok di berbagai tempat di lingkungan kantornya dan di ruang kerjanya, baik ruangan tanpa AC maupun ruangan ber-AC. Beberapa kantin kantor juga terlihat menjual rokok yang memudahkan akses para perokok. Pada kegiatan apel pagi yang wajib untuk dihadiri oleh semua pegawai di KTC yang dilaksanakan setiap hari kerja kerap terlihat pegawai yang merokok.

Dinas Kesehatan KSB selaku *leading sector* di bidang kesehatan hingga tahun 2015 hanya memiliki Surat Keputusan (SK) Kepala Dinas Kesehatan terkait

dengan KTR di lingkup Dinas Kesehatan yang ditetapkan pada tahun 2011. Kondisi ini memunculkan pertanyaan: bagaimana dengan lingkup lainnya? dan mengapa KSB yang disebut kabupaten fitrah kurang memberi perhatian terhadap perilaku merokok?. Analisis kebijakan perlu dilakukan untuk dapat memahami fenomena ini sesuai dengan yang disebutkan Keleher *et al.* (2007) bahwa analisis kebijakan adalah proses mencari fakta, logika, interpretasi, posisi politik dan nilai yang ada, fisibilitas dan proses pembuatan kebijakan.

Pembuatan kebijakan melibatkan 4 faktor, yaitu: (1) aktor/pelaku penyusun kebijakan, (2) faktor kontekstual yang mempengaruhi kebijakan, (3) proses penyusunan kebijakan dan (4) isi/*content* kebijakan (Walt & Gilson 1994 *cit* Buse *et al.*, 2005). Hal ini menimbulkan suatu pertanyaan: bagaimana peran aktor dalam mempengaruhi suatu isu/masalah menjadi agenda kebijakan dan bagaimana isu tersebut dapat berharga. Aktor merupakan individu atau organisasi yang *interest* terhadap isu yang ada (Buse *et al.*, 2005) yang dikenal juga dengan istilah *stakeholder*. *Stakeholder* adalah seseorang yang bisa membantu, baik untuk mencapai tujuan maupun mencegah terjadinya sesuatu (Honadle & Cooper, 1989 *cit* Honadle *et al.*, 2000).

Pentingnya peran *stakeholder* juga terlihat dalam tata cara penyusunan kebijakan di pemerintahan. Dalam menyusun kebijakan di pemerintahan, mengacu kepada Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia (Permendagri RI) Nomor 80 tahun 2015 tentang pembentukan produk hukum daerah. Peraturan kepala daerah atau untuk tingkat kabupaten disebut peraturan bupati memiliki alur penyusunan yang telah ditetapkan. Tim penyusun kebijakan, baik SKPD pemrakarsa maupun pejabat yang ditunjuk, harus berkoordinasi dengan bagian hukum dalam penyusunan naskah kebijakan. Tim penyusun juga harus berkoordinasi dengan SKPD terkait agar isi/cakupan kebijakan tepat, sehingga dapat terimplementasi dengan baik. Setelah itu, tim penyusun mengajukan naskah kebijakan kepada sekretaris daerah. Selanjutnya, sekretaris daerah akan mengajukan kebijakan tersebut kepada kepala daerah atau bupati.

Sesuai dengan yang disebutkan dalam Permendagri RI di atas, kebijakan merupakan usulan SKPD pemrakarsa maupun pejabat yang ditunjuk mengacu

kepada *stakeholder* kebijakan. Kebijakan KTR yang hingga saat ini belum ada di KSB menunjukkan *stakeholder* kebijakan belum menetapkan isu atau masalah perilaku merokok, khususnya perlindungan perokok pasif di kompleks perkantoran Pemda KSB menjadi agenda kebijakan. Peran *stakeholder* sangat diperlukan untuk membuat isu ini menjadi berharga, sehingga bisa menjadi prioritas agenda kebijakan. Hal ini sesuai dengan yang disebutkan oleh Fischer *et al.*(2007) bahwa suatu isu/masalah menjadi agenda kebijakan merupakan fungsi dari masalah itu sendiri serta keterlibatan aktor di dalamnya. Oleh karena itu, untuk memahami alasan suatu isu/masalah menjadi agenda kebijakan perlu diketahui aktor/*stakeholder* yang terlibat, persepsi, posisi aktor terhadap masalah yang ada hingga interaksi/jaringan di antara aktor.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, ditetapkan rumusan masalah sebagai berikut: “Mengapa kebijakan KTR belum menjadi prioritas bagi Pemda KSB?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mendesripsikan karakteristik *stakeholder* pembuatan kebijakan KTR di kompleks perkantoran Pemda KSB.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui persepsi *stakeholder* pembuatan kebijakan KTR di kompleks perkantoran Pemda KSB tentang perilaku merokok dan KTR.
- b. Mengetahui kepentingan *stakeholder* pembuatan kebijakan KTR di kompleks perkantoran Pemda KSB terkait dengan KTR.
- c. Mengetahui posisi *stakeholder* pembuatan kebijakan KTR di kompleks perkantoran Pemda KSB terhadap KTR.
- d. Mengetahui interaksi dan jaringan sosial di antara *stakeholder* pembuatan kebijakan KTR di kompleks perkantoran Pemda KSB.
- e. Mengetahui kesiapan *stakeholder* pembuatan kebijakan KTR di kompleks perkantoran Pemda KSB untuk mewujudkan KTR.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat praktis

- a. Bagi Dinas Kesehatan KSB dapat digunakan sebagai masukan dalam mengembangkan program pencegahan dan pengendalian perilaku merokok, khususnya penerapan KTR.
- b. Bagi petugas kesehatan dapat digunakan sebagai acuan untuk memahami proses kebijakan kesehatan.
- c. Bagi masyarakat dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk mengusulkan suatu isu kebijakan.

2. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya program promosi kesehatan dan sebagai acuan bagi peneliti lain yang ingin mengembangkan program pengendalian penggunaan tembakau.

E. Keaslian Penelitian

Beberapa penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti lain terkait dengan KTR dan menjadi rujukan pada penelitian ini antara lain:

1. Gafar (2011) meneliti evaluasi proses penerapan kebijakan KTR di Kota Padang Panjang Sumatera Barat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa KTR telah dilaksanakan dengan baik. Salah satu faktor yang menunjang keberhasilan tersebut adalah keterlibatan semua elemen dalam proses pembuatan hingga penerapan kebijakan. Lahirnya kebijakan KTR karena adanya kepedulian walikota tentang kesehatan masyarakat. Persamaan dengan penelitian yang dilakukan adalah meneliti KTR. Perbedaannya terletak pada tujuan penelitian, yaitu analisis terhadap kebijakan, jenis dan metode penelitian, yaitu penelitian kualitatif dengan metode studi kasus, dan subjek penelitian, yaitu kelompok pembuat dan pengambil kebijakan serta kelompok penerima kebijakan di Kota Padang Panjang Sumatera Barat.
2. Mardhiah (2011) meneliti dukungan *stakeholder* terhadap KTR di lingkungan Kampus Terpadu Politeknik Kesehatan Kemenkes Nangroe Aceh Darussalam. Hasil penelitian menunjukkan bahwa non perokok lebih mendukung kebijakan

KTR di kampus dibandingkan dengan perokok. Peneliti juga menyebutkan bahwa kebijakan dilarang merokok dapat diterapkan sebagai langkah awal dalam menanggulangi masalah rokok dan diharapkan dapat diinisiasi oleh pejabat, dosen dan staf di lingkungan kampus. Persamaan dengan penelitian yang dilakukan adalah meneliti tentang KTR. Perbedaannya terletak pada tujuan penelitian, yaitu menggambarkan dukungan perokok dan non perokok, jenis dan metode penelitian, yaitu penelitian kualitatif dengan metode studi kasus, dan subjek penelitian, yaitu mahasiswa, pejabat, dosen dan pemilik warung penjual rokok di Kampus Terpadu Politeknik Kesehatan Kemenkes Nangroe Aceh Darussalam.

3. Azkha (2013) meneliti efektivitas penerapan kebijakan Perda Kota Padang Panjang dan Kota Payakumbuh tentang KTR dalam upaya menurunkan perokok aktif di Sumatera Barat tahun 2013. Hasil penelitian menunjukkan bahwa di Padang Panjang peraturan telah berjalan dengan baik karena adanya komitmen dari walikota, DPRD, dinas kesehatan dan dinas terkait lainnya serta adanya pemberdayaan masyarakat. Persamaan dengan penelitian yang dilakukan adalah meneliti tentang KTR. Perbedaannya terletak pada tujuan penelitian, yaitu mengetahui efektivitas kebijakan KTR dalam upaya menurunkan perokok aktif, jenis dan metode penelitian, yaitu penelitian dengan metode campuran dengan desain *explanatory*, dan subjek penelitian, yaitu masyarakat untuk kuantitatif dan Dinas Kesehatan, organisasi profesi, tokoh masyarakat dan perokok untuk kualitatif.

