

SKRIPSI
IMPLEMENTASI KEBIJAKAN KAWASAN TANPA ROKOK
DI PUSKESMAS ANTANG PERUMNAS KOTA MAKASSAR TAHUN 2021

FAUZIYAH RESKY ANANDA
K011 17 1030



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN KAWASAN TANPA ROKOK
DI PUSKESMAS ANTANG PERUMNAS KOTA MAKASSAR TAHUN 2021**

Disusun dan diajukan oleh

**FAUZIYAH RESKY ANANDA
K011171030**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelasaan Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
pada tanggal 18 Agustus 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



Prof. Dr. Darmawansyah, SE, MS
Nip. 196404241991031002



Suci Rahmadani, SKM, M.Kes
Nip. 199004012019032018

Ketua Program Studi,



Dr. Suriah, SKM, M.Kes
Nip. 197405202002122001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

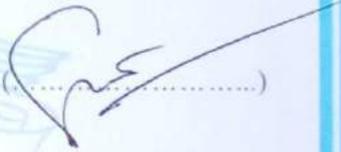
Skripsi ini telah di pertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Rabu
Tanggal 18 Agustus 2021.

Ketua : Prof. Dr. Darmawansyah, SE, MS



(.....)

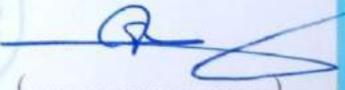
Sekretaris : Suci Rahmadani, SKM.,M.Kes



(.....)

Anggota :

1. Prof. Sukri Palutturi, SKM,M.Kes,M.Sc,PH,Ph.D



(.....)

2. Dr. Suriah, SKM, M.Kes



(.....)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fauziah Resky Ananda
NIM : K011171030
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Hp : 082292033382
e-mail : fauziyahreskyananda@gmail.com

dengan ini menyatakan bahwa judul artikel **“Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar Tahun 2021”** benar bebas dari plagiat, dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, Agustus 2021



Fauziah Resky Ananda

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan

FAUZIYAH RESKY ANANDA

**“IMPLEMENTASI KEBIJAKAN KAWASAN TANPA ROKOK DI PUSKESMAS
ANTANG PERUMNAS KOTA MAKASSAR TAHUN 2021”**

(xv + 129 halaman + vi tabel + ii gambar + vi lampiran)

Kawasan Tanpa Rokok adalah ruangan dan area dengan batas pagar terluar yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan mempromosikan produk tembakau. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar Tahun 2021.

Jenis penelitian yang dilakukan yaitu penelitian kualitatif dengan metode deskriptif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi. Informan dalam penelitian ini terdiri dari 9 responden dipilih dengan menggunakan teknik *purposive sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Antang Perumnas sudah terlaksana dengan baik. Sosialisasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok ini telah dilaksanakan sejak diberlakukannya kebijakan tersebut. Informasi tentang Kawasan Tanpa Rokok telah di sampaikan melalui surat edaran dan sosialisasi. Sumber Daya Manusia sangat mendukung keberhasilan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok. Telah dipasang beberapa papan wicara dan larangan merokok di wilayah puskesmas namun belum ada bantuan dana khusus Kawasan Tanpa Rokok yang diberikan pemerintah kepada pihak puskesmas. Struktur birokrasi yang ada sudah dijalankan namun lebih baik disiapkan tim khusus/satgas yang mengawasi jalannya Kawasan Tanpa Rokok. Pihak puskesmas sangat mendukung adanya Perda No. 4 Tahun 2013 tentang Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Antang Perumnas.

Daftar Pustaka : 44

Kata Kunci : Implementasi Kebijakan, Kawasan Tanpa Rokok

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul **“Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar Tahun 2021”** Penulisan Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Strata-1 di Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Salam dan shalawat tak lupa penulis panjatkan kepada Nabi Muhammad SAW sebagai uswatun khasanah bagi umat manusia.

Penghargaan dan terima kasih yang tidak terhingga saya ucapkan kepada kedua orangtua yang sangat saya cintai Bapak Peltu Juanda dan Ibu Hj. Fatimah, S. Pd., M. Pd dan saudara serta seluruh keluarga yang telah mendukung. Terima kasih atas kasih sayang, motivasi dan doa yang tak berujung, pengertian, nasehat yang tiada hentinya dan pengorbanan luar biasa yang telah kalian berikan sehingga penulis dapat menyelesaikan studi ini.

Alhamdulillah setelah menjalani proses pembelajaran yang tidak singkat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, akhirnya penulis telah menyelesaikan skripsi yang merupakan studi akhir. Dalam proses penyelesaian skripsi ini tidak terlepas dari keterbatasan dan berbagai hambatan. Namun berkat bantuan, bimbingan, dan kerjasama dari berbagai pihak maka hambatan tersebut dapat diatasi

sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih kepada

1. Bapak Dr. Aminuddin Syam, S.KM., M.Kes., M.Med.Ed. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, atas izin penelitian yang telah diberikan.
2. Bapak Prof. Dr. Darmawansyah, SE, MS selaku pembimbing I dan Ibu Suci Rahmadani, SKM, M.Kes selaku pembimbing II atas bimbingannya yang telah banyak mencurahkan tenaga dan pikirannya, meluangkan waktunya yang begitu berharga untuk memberi bimbingan dan pengarahan dengan baik, dan memberikan dukungan serta motivasi dalam penyelesaian skripsi ini.
3. Bapak Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc.PH, Ph.D selaku dosen penguji dari Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dan Dr. Suriah, SKM, M.Kes selaku dosen penguji dari Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku yang telah memberikan saran, kritik dan arahan untuk menyempurnakan penulisan skripsi ini.
4. Bapak DR. H. Muh Alwy Arifin, M. Kes selaku dosen pembimbing akademik atas bimbingan, arahan, dan nasehat yang telah diberikan.
5. Bapak DR. H. Muh Alwy Arifin, M. Kes selaku Ketua Jurusan Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM Unhas.
6. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, terkhusus kepada seluruh dosen Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, yang telah

memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga selama penulis mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

7. Seluruh staf pegawai FKM Unhas atas segala arahan, dan bantuan yang diberikan selama penulis mengikuti pendidikan terkhusus kepada staf jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.
8. Ibu kepala Sub. Bagian Tata Usaha Puskesmas Antang Perumnas beserta pegawai yang telah memberikan data awal kepada penulis untuk melakukan penelitian ini.
9. Informan penelitian yang telah bersedia menjadi informan hingga penelitian ini dapat berjalan lancar.
10. Kepada Sahabatku “PH Squad” (Asma Baharuddin, Andi Adila Salsabila, Nauwra Ramdhani S.P, Suardi S.Pt, Yusran Darmansyah dan Emil), “Teman sejak Mahasiswa Baru” (Adelia Ansar S.KM dan Bunga Eja) dan Team Ciwit-Ciwit (Arinil Haq Ramdhani S.KM, Susi Susanti, Rospita Four Sumarlin S.KM, Muliana, Puspa Ayu Damayanti, dan Iin Ditya Safitri) yang telah banyak membantu. Terima kasih atas segala bantuan dan dukungannya serta kasih sayangnya selama ini, pengalaman berharga yang sangat penulis rasakan selama di FKM dan menemani penulis selama penelitian hingga tahap Skripsi ini.
11. Keluarga besar HAPSC (*Health Administration and Police Student Community*) yang telah menemani hari-hari penulis selama menempuh jenjang pendidikan di FKM Unhas.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas segala dukungan dan bantuan selama ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu masukan dan saran yang membangun sangat diharapkan oleh penulis. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Wassalamu alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Makassar, Agustus 2021

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI.....	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	iv
RINGKASAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Tinjauan Umum Tentang Implementasi Kebijakan	11
B. Tinjauan Umum Tentang Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok	16
C. Tinjauan Umum Tentang Puskesmas	19
D. Kerangka Teori.....	23
BAB III KERANGKA KONSEP	30
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti	30
B. Kerangka Konseptual.....	33
C. Definisi Konseptual.....	34
BAB IV METODE PENELITIAN.....	38
A. Jenis Penelitian.....	38
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	38

C. Informan Penelitian	38
D. Metode Pengumpulan Data	40
E. Tahapan Penyajian Data	42
F. Instrument Penelitian	43
G. Pengolahan dan Analisis Data	44
H. Keabsahan Data	44
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	46
A. Gambaran Umum Objek Penelitian	46
B. Hasil Penelitian	50
C. Pembahasan	62
BAB V PENUTUP	76
A. Kesimpulan	76
B. Saran	77
DAFTAR PUSTAKA	79
LAMPIRAN	86

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Sintesis Penelitian Terdahulu

Tabel 2. Definisi Operational

Tabel 3. Metode Pengumpulan Data

Tabel 4. Karakteristik Informan

Tabel 5. Indikator Kawasan Tanpa Rokok

Tabel 6. Pengawasan dan Evaluasi Kawasan Tanpa Rokok

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian

Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

DAFTAR SINGKATAN

KTR	: Kawasan Tanpa Rokok
Perda	: Peraturan Daerah
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
SDM	: Sumber Daya Manusia
SOP	: <i>Standard Operational Procedure</i>
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	: Upaya Kesehatan Perorangan
WHO	: <i>World Health Organization</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. *Informed Content*

Lampiran 2. Pedoman Wawancara

Lampiran 3. Lembar Observasi

Lampiran 4. Surat Izin Penelitian

Lampiran 5. Matriks Hasil Wawancara

Lampiran 6. Dokumentasi Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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 disekitarnya yang bukan perokok. 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 (Fernando & Marom, 2018).

Masalah merokok sampai saat ini masih menjadi masalah nasional yang secara terus-menerus diupayakan penanggulangan, karena menyangkut berbagai aspek permasalahan dalam kehidupan, yaitu aspek ekonomi, sosial, politik, utamanya aspek kesehatan. Oleh karena itu pemerintah mengupayakan penanggulangan bahaya rokok melalui pembatasan ruang gerak para perokok diberbagai tempat dan fasilitas umum. Selanjutnya pemerintah memberikan kewenangan kepada pemerintah daerah untuk melakukan pembatasan kepada para perokok melalui kebijakan pemerintah daerah masing-masing (Dolly *et al.*, 2020).

Angka kematian akibat rokok masih sangat tinggi. Penyalahgunaan tembakau merupakan penyebab kematian yang dapat dihindari namun masih saja banyak

orang yang sulit lepas dari jeratan bahaya rokok. Menurut data World Health Organization (WHO) persentase prevalensi perokok dunia pada tahun 2013 mencapai 1,2 milyar orang dan 800 juta diantaranya berada di negara-negara berkembang. Sedangkan data WHO pada tahun 2014 dimana epidemi tembakau telah membunuh sekitar 6 juta orang pertahun, 600 ribu orang diantaranya merupakan perokok pasif (Mua *et al.*, 2018).

Perilaku merokok penduduk 15 tahun keatas masih belum terjadi penurunan dari 2007 sampai 2013 karena cenderung meningkat dari 34,2 persen tahun 2007 menjadi 36,3 persen tahun 2013. Sebanyak 64,9 persen laki-laki dan 2,1 persen perempuan masih menghisap rokok tahun 2013. Menurut Riskesdas menyebutkan bahwa penduduk berumur lebih dari 10 tahun yang merokok sebesar 29,2% dan angka tersebut meningkat sebesar 34,7 persen pada tahun 2010 untuk kelompok umur di atas 15 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2011). Data dari Riskesdas Tahun 2013 menyatakan bahwa terdapat peningkatan prevalensi merokok penduduk umur 10 Tahun dari 28,8 persen pada tahun 2013 menjadi 29,3 persen pada tahun 2018. Pada saat sekarang ini, kebiasaan merokok tidak hanya menjadi masalah pada orang dewasa, namun juga semakin marak pada kalangan anak dan remaja. Hal ini dibuktikan dengan meningkatnya prevalensi merokok pada populasi usia 10-18 tahun yakni sebesar 1,9 persen dari tahun 2013 sebanyak 7,2 persen ke tahun 2018 hingga 9,1 persen. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi merokok secara nasional adalah 24,3 persen. Prevalensi merokok menurut jenis kelamin, dimana prevalensi pada laki-laki 47,3

persen dan perempuan 1,2 persen. Menurut kelompok umur, prevalensi tertinggi pada usia 30-34 tahun sebesar 32,2 persen, sedangkan pada usia muda/perokok pemula (≤ 19 tahun) sebesar 13,4 persen. Menurut tempat tinggal, prevalensi merokok di pedesaan dan perkotaan tidak terlalu jauh berbeda namun demikian di pedesaan sedikit lebih tinggi 25,8 persen dibandingkan dengan perkotaan 23 persen (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik, persentase merokok pada penduduk umur ≥ 15 Tahun di Sulawesi Selatan di tahun 2020 persentasenya mencapai 24,89 persen dari rata-rata persentase Indonesia secara keseluruhan yang mencapai 28,69 persen (BPS, 2020). Menurut data Atlas Tembakau Indonesia 2020, Terjadi pergeseran penyebab kematian di Indonesia. Tahun 1990 penyebab kematian tertinggi akibat penyakit menular. Sejak tahun 2017 penyumbang kematian tertinggi adalah penyakit tidak menular, yang faktor risikonya adalah perilaku atau gaya hidup, salah satunya adalah merokok. Pada tahun 1990 sekitar 47,6 persen penyebab kematian adalah penyakit tidak menular, sedangkan pada tahun 2017 penyebab kematian terbesar karena penyakit tidak menular mencapai 75,5 persen. Kemudian, proporsi penduduk yang mengonsumsi tembakau (hisap dan kunyah) pada laki-laki tahun 2018 sebesar 62,9 persen, sedangkan pada perempuan sebesar 4,8 persen. Secara keseluruhan jenis kelamin rata-rata penduduk yang mengonsumsi tembakau (hisap dan kunyah) tahun 2018 sebesar 33,8 persen dan rata-rata nasional prevalensi perokok usia 15 tahun ke atas hingga 32,2 persen. Hampir 50 persen provinsi prevalensinya di atas angka rata-rata nasional. (Atlas Tembakau Indonesia, 2020).

Indonesia merupakan salah satu negara konsumen tembakau terbesar didunia. Pada tahun 2005 Indonesia menempati peringkat kelima konsumen rokok terbesar setelah China, Amerika Serikat, Rusia dan Jepang. Pada tahun 2008 Badan Kesehatan Dunia WHO telah menetapkan Indonesia sebagai negara terbesar ketiga sebagai pengguna rokok, setelah China, dan India (Naiem & Anwar, 2019).

Kawasan Tanpa Rokok adalah ruangan dan area dengan batas pagar terluar yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan atau mempromosikan Produk Tembakau. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 115, Pemerintah Daerah wajib menetapkan dan menerapkan KTR di wilayahnya. Untuk menindaklanjuti kebijakan tersebut telah diterbitkan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188/Menkes/PB/I/2011 dan Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok. Maka telah diterbitkan Kebijakan KTR yang diatur dalam Peraturan Daerah Kota Makassar No. 4 Tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok. Peraturan ini mulai berlaku sejak tanggal 31 Oktober 2013 yang berlaku di seluruh wilayah Kota Makassar (Perda Kota Makassar, 2013).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Renaldi pada tahun 2014 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan kebijakan KTR dengan implementasi kebijakan kawasan tanpa rokok di STIKes Hang Tuah Pekanbaru. Ada kecenderungan antara yang memiliki pengetahuan tidak baik terhadap kebijakan KTR dibandingkan dengan yang baik terhadap kebijakan

tersebut. Oleh karena itu alternatif pemecahan masalahnya adalah kebijakan larangan merokok hendaknya benar-benar diterapkan dan sebaiknya selalu dilakukan monitoring atau pengawasan dan membuat sanksi-sanksi yang lebih tegas lagi oleh pihak pengambil keputusan agar kebijakan KTR tersebut dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan (Renaldi, 2014).

Dari penelitian yang dilakukan oleh Siti Irhaminisa pada tahun 2013 di Rumah Sakit Tk. III Dr. R.Soeharsono Tempat Perawatan Tentara (TNT) Banjarmasin menunjukkan bahwa adapun yang menghambat implementasi kebijakan terdapat pada faktor komunikasi, tidak adanya sosialisasi yang dilakukan secara menyeluruh dan berkelanjutan, hanya beberapa pegawai rumah sakit dan pengunjung saja yang mengetahui kebijakan tersebut. Faktor yang selanjutnya yaitu faktor sumber daya, di rumah sakit yang tidak memiliki kesiapan untuk menjalankan kebijakan tersebut. Selanjutnya faktor disposisi, kurang tegasnya pihak rumah untuk memberi sanksi kepada pelanggar kebijakan tersebut. Faktor yang terakhir yaitu struktur birokrasi dimana tidak adanya pedoman untuk menjalankan *Standard Operating Procedures* (SOP) dalam penerapan kebijakan tersebut (Irhaminisa *et al.*, 2013).

Selanjutnya kesimpulan dari penelitian yang dilakukan oleh Widyaningtyas pada tahun 2018 bahwa Implementasi Peraturan Walikota Samarinda Nomor 51 Tahun 2012 tentang Kawasan Tanpa Rokok (Studi di Taman Cerdas Kota Samarinda) belum berjalan maksimal hal ini terlihat dari kurangnya komunikasi antar pelaksana kebijakan dan juga sosialisasi kepada masyarakat selaku sasaran kebijakan, kurangnya sumberdaya yang dimiliki seperti tidak tersedianya anggaran dan sumber

daya pendukung lainnya yakni berupa tanda larangan merokok maupun plang dan spanduk, kurangnya komitmen dalam melaksanakan kebijakan dan tidak adanya pedoman pelaksanaan kebijakan yaitu Standar Operasional Prosedur, serta faktor-faktor penghambat lainnya seperti faktor kurangnya kesadaran masyarakat, faktor kurang rincinya isi kebijakan peraturan Walikota tentang KTR, serta faktor kurangnya pengawasan yang dilakukan guna melaksanakan peraturan tentang KTR (Widyaningtyas, 2018)

Dalam suatu implementasi terdapat faktor penghambat dan pendukung dalam suatu keberhasilan implementasi kebijakan, diantaranya : (1) Komunikasi dimana upaya penyampaian suatu pesan dari komunikator sehingga menimbulkan dampak tertentu kepada komunikan. Dalam implementasi program, komunikasi digunakan untuk menghubungkan antar aparat pelaksana karena bagaimanapun juga dalam implementasi yang efektif, para *policy maker* dalam meminta para pelaksana (*implemetors*) tidak sekedar dengan suatu petunjuk yang jelas, tetapi yang lebih penting adalah adanya konsistensi komunikasi dari atas ke bawah, dalam arti arus komunikasi yang terjadi harus jelas dan tegas. (2) Sumber daya, dimana bagaimanapun jelas dan konsistennya aturan-aturan, serta bagaimanapun akuratnya dalam penyampaian ketentuan atau atauran-aturan tersebut, jika para pelaksana kebijakan yang bertanggung jawab untuk melaksanakan kebijakan kurang mempunyai sumber-sumber untuk melakukan pekerjaan secara efektif, maka implementasi kebijakan tersebut juga tidak akan bisa efektif. (3) Disposisi yaitu keinginan atau kesepakatan para pelaksana melaksanakan kewajiban. Para

pelaksana tidak hanya mengetahui apa yang harus dilakukan dan mempunyai kemampuan untuk melakukan kebijakan itu, tetapi mereka juga harus mempunyai kemauan untuk melaksanakan kebijakan tersebut. (4) Struktur birokrasi yang dimaksud disini mencakup aspek-aspek, seperti organisasi, pembagian wewenang, hubungan antara unit-unit organisasi yang ada dalam organisasi yang bersangkutan, dan hubungan organisasi dengan organisasi luar (Wati, 2020). Implementasi kebijakan harus didukung dengan adanya anggaran yang memadai untuk terlaksananya penerapan KTR, sebab tanpa anggaran yang cukup, maka implementasi kebijakan tidak berjalan efektif. Ketersediaan sumber daya manusia dan penggerakan sumber daya manusia menjadi peranan yang terpenting dalam sebuah implementasi. Setiap implementasi kebijakan, sumber daya manusia menjadi sasaran implementasi itu sendiri. Dukungan sarana prasarana menjadi faktor penting dalam implementasi pelayanan kesehatan (Marchel, 2019).

Puskesmas Antang Perumnas adalah salah satu puskesmas yang telah menerapkan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Kota Makassar. Puskesmas Antang Perumnas merupakan puskesmas yang memberikan pelayanan Kesehatan rawat jalan dan rawat inap yang bertempat di Jl. Lasuroso Raya No. 19 Kecamatan Manggala Kota Makassar. Dari beberapa kali observasi yang peneliti lakukan, ternyata masih banyak pengunjung Puskesmas Antang Perumnas yang merokok di lingkup wilayah puskesmas. Selain dari hasil pengamatan tersebut, peneliti juga mewawancarai beberapa pegawai puskesmas yang mengatakan bahwa masih banyak pengunjung puskesmas yang merokok, bahkan ada beberapa wanita juga

sebagai perokok pasif. Selain itu peneliti juga menemukan data perokok di wilayah kerja Puskesmas Antang Perumnas masih berada di atas rata-rata. Dari hasil observasi inilah maka peneliti berencana melakukan penelitian dengan judul **“Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar Tahun 2021”**

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan dari latar belakang diatas, maka peneliti merumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana komunikasi dalam Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar ?
2. Bagaimana sumber daya dalam Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar ?
3. Bagaimana disposisi dalam Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar ?
4. Bagaimana struktur birokrasi dalam Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar ?

C. Tujuan Penelitian

Sehubungan dengan rumusan masalah di atas, maka peneliti ingin mencapai tujuan sebagai berikut:

1. Untuk mendeskripsikan proses komunikasi dalam Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar

2. Untuk mendeskripsikan kemampuan sumber daya dalam Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar
3. Untuk mendeskripsikan disposisi dalam Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar
4. Untuk mendeskripsikan struktur birokrasi dalam Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan peneliti serta penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gelar SKM bagi peneliti.

2. Manfaat Bagi Institusi

Hasil penelitian ini bisa menjadi sumber informasi dan rujukan dalam mengembangkan ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang yang mencakup implementasi kebijakan dan bisa juga menjadi bahan referensi bagi siapapun yang berkeinginan melakukan penelitian lanjutan terkait penelitian ini. Hasil ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam mengevaluasi keberhasilan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok yang di terapkan di Puskesmas Antang Perumnas.

3. Manfaat Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan bisa bermanfaat bagi masyarakat khususnya para Promotor Kesehatan dalam mengimplementasikan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan adalah tahap yang penting dalam kebijakan. Tahap ini menentukan apakah kebijakan yang ditempuh oleh pemerintah benar-benar baik di lapangan dan dapat berhasil sesuai dengan apa yang telah direncanakan. Implementasi juga dapat dikonseptualisasikan sebagai proses karena didalamnya terjadi beberapa rangkaian aktivitas yang berkelanjutan (Djiko *et al.*, 2018).

Gambaran sederhana tentang konsep implementasi bahwa, implementasi sebagai konsep dapat digolongkan menjadi dua bagian yaitu implementasi merupakan persamaan fungsi dari maksud, output, dan outcome. Berdasarkan deskripsi tersebut, formula implementasi merupakan fungsi yang terdiri dari maksud dan tujuan, hasil sebagai produk dan hasil dari akibat. Kemudian, implementasi merupakan persamaan fungsi dari kebijakan, formator, implementor, inisiator dan waktu. Penekanan utama kedua fungsi ini adalah kepada kebijakan itu sendiri, kemudian hasil yang dicapai dan dilaksanakan oleh implementor dalam kurun waktu tertentu (Akib, 2010).

Implementasi suatu kebijakan juga sangat berkaitan erat dengan faktor manusia, dengan berbagai latar belakang aspek sosial budaya, politik, dan sebagainya. Oleh karena itu sangatlah penting kerjasama antara pemerintah, swasta dan masyarakat dalam mengimplementasikan suatu kebijakan, khususnya kebijakan KTR ini.

Dukungan pemerintah dalam implementasi kebijakan KTR ini seperti tersedianya dana membangun tempat untuk merokok dan untuk pihak swasta dukungan dapat dilakukan dengan mendukung kebijakan pemerintah, sehingga benturan kepentingan seperti pemasangan iklan rokok dapat disesuaikan dengan kebijakan yang berlaku dan diharapkan masyarakat ikut berpartisipasi dengan patuh kepada peraturan yang dibuat (Sayuti, 2018).

Berdasarkan beberapa pengertian mengenai implementasi dan kebijakan dapat disimpulkan bahwa implementasi adalah upaya memahami dan menjelaskan mengenai pelaksanaan, penerapan, pengintepretasian dan realisasi dari suatu kebijakan publik agar memperoleh hasil yang dapat dijadikan bahan penilaian dan acuan dalam evaluasi pelaksanaan kebijakan seluruhnya (Putri, 2020). Dengan demikian, dalam proses kebijakan publik implementasi kebijakan merupakan tahapan yang bersifat praktis dan dibedakan dari formulasi kebijakan yang dapat dipandang sebagai tahapan yang bersifat teoritis.

Menurut George C. Edward III, studi implementasi kebijakan krusial bagi *public administration and public policy*. Implementasi kebijakan adalah salah satu tahap kebijakan publik, antara pembentukan kebijakan dan konsekuensi kebijakan bagi masyarakat yang dipengaruhinya. Menurut Edward, oleh karena empat faktor yang berpengaruh terhadap implementasi kebijakan bekerja secara simultan dan berinteraksi satu sama lain untuk membantu dan menghambat implementasi kebijakan (Putri, 2020). Adapun empat faktor tersebut antara lain :

1. Faktor Komunikasi.

Komunikasi adalah suatu kegiatan manusia untuk menyampaikan apa yang menjadi pemikiran dan perasaannya, harapan atau pengalamannya kepada orang lain. Komunikasi sangat penting bagi interaksi individu, kelompok, organisasi dan masyarakat yang merupakan jembatann untuk masuk ke dunia sekitar, berarti setiap orang menayangkan diri dan pribadinya untuk mempengaruhi orang lain. Komunikasi menjembatani kita untuk mengkoordinasikan semua kebutuhan dan tujuan hidup kita dengan orang lain. Secara umum George C.Edward III membahas tiga hal yang penting dalam proses komunikasi kebijakan yaitu :

- a) Transmisi : Mereka yang melaksanakan keputusan, harus mengetahui apa yang harus dilakukan. Keputusan dan perintah harus diteruskan kepada personil yang tepat sebelum keputusan dan perintah itu diikuti. Komunikasi harus akurat dan mudah dimengerti. Apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus disampaikan kepada kelompok sasaran (target) sehingga akan mengurangi dampak dari implementasi tersebut.
- b) Kejelasan : Jika kebijakan diimplementasikan sebagaimana yang diinginkan, maka petunjuk-petunjuk pelaksanaan tidak hanya harus diterima oleh para pelaksana, akan tetapi komunikasi harus jelas juga. Ketidakjelasan pesan komunikasi yang disampaikan berkenaan dengan implementasi kebijakan dan akan mendorong terjadinya interpretasi yang salah bahkan mungkin bertentangan dengan makna pesan awal.

- c) Konsistensi: Jika implementasi kebijakan ingin berlangsung efektif, maka perintah-perintah pelaksanaan harus konsisten dan jelas. Sehingga implementasi suatu kebijakan dapat berjalan dengan baik.

2. Faktor Sumber Daya.

Faktor sumber daya mempunyai peranan penting dalam implementasi kebijakan, karena bagaimanapun dibutuhkan kejelasan dan konsistensi dalam menjalankan suatu kebijakan dari pelaksana (implementor) kebijakan. Jika para personil yang mengimplementasikan kebijakan kurang bertanggung jawab dan kurang mempunyai sumber-sumber untuk melakukan pekerjaan secara efektif, maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan bisa efektif. Sumber-sumber yang akan mendukung kebijakan yang efektif terdiri dari :

- a) Staf : Staf merupakan sumber daya manusia pelaksana kebijakan, dimana sumber daya manusia tersebut memiliki jumlah yang cukup dan memenuhi kualifikasi untuk melaksanakan kebijakan. Disisi lain kurangnya personil yang memiliki keterampilan juga akan menghambat pelaksanaan kebijakan.
- b) Kewenangan : Kewenangan dalam sumber daya adalah kewenangan yang dimiliki oleh sumber daya manusia untuk melaksanakan suatu kebijakan yang ditetapkan. Kewenangan yang dimiliki oleh sumber daya manusia adalah kewenangan setiap pelaksana untuk melakukan hal-hal yang berkaitan dengan apa yang diamanatkan dalam suatu kebijakan.
- c) Informasi : Informasi merupakan sumber penting dalam implementasi kebijakan. Informasi dalam sumber daya adalah informasi yang dimiliki oleh

sumber daya manusia untuk melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan. Informasi untuk melaksanakan kebijakan di sini adalah segala keterangan dalam bentuk tulisan atau pesan, pedoman, petunjuk dan tata cara pelaksanaan yang bertujuan untuk melaksanakan kebijakan.

- d) Sarana dan Prasarana : Sarana dan prasarana adalah semua yang tersedia demi terselenggaranya pelaksanaan suatu kebijakan dan dipergunakan untuk mendukung secara langsung.

3. Faktor Disposisi.

Disposisi diartikan sebagai sikap para pelaksana kebijakan untuk mengimplementasikan kebijakan. Dalam implementasi kebijakan menurut George C. Edward III, jika ingin berhasil secara efektif dan efisien, para implementor tidak hanya harus mengetahui apa yang harus mereka lakukan dan mempunyai kemampuan untuk menerapkan kebijakan tersebut, tetapi mereka juga harus mempunyai kemauan untuk mengimplementasikan kebijakan tersebut.

4. Faktor Struktur Birokrasi.

Pada umumnya, birokrasi dipandang sebagai agen administrasi yang paling bertanggung jawab dalam implementasi kebijakan, meskipun sumber-sumber untuk mengimplementasikan suatu kebijakan sudah mencukupi dan para implementor telah mengetahui apa dan bagaimana cara melakukannya, serta mereka mempunyai keinginan untuk melakukannya, implementasi kebijakan

bisa jadi masih belum efektif, karena terdapat ketidakefisienan struktur birokrasi yang ada.

Menurut George C. Edward III terdapat dua karakteristik yang dapat mendongkrak kinerja struktur birokrasi ke arah yang lebih baik, yaitu :

- a) Dengan melakukan *Standard Operating Procedures* (SOP) dan melaksanakan fragmentasi, apabila keduanya telah dijalankan dengan baik maka kinerja struktur birokrasi akan lebih baik lagi. SOP adalah suatu kegiatan rutin yang memungkinkan para pegawai atau pelaksana kebijakan untuk melaksanakan berbagai kegiatannya setiap hari sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- b) Fragmentasi adalah upaya penyebaran tanggungjawab kegiatan-kegiatan dan aktivitas-aktivitas pegawai di antara beberapa unit.

B. Tinjauan Umum Tentang Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR)

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2012) rokok adalah salah satu produk tembakau yang dimaksudkan untuk dibakar, dihisap, dan dihirup, termasuk rokok kretek, rokok putih, cerutu atau bentuk lainnya yang asapnya mengandung nikotin dan tar, dengan atau tanpa bahan tambahan (Kemenkes RI, 2012). Merokok berarti membakar tembakau yang kemudian dihisap asapnya baik menggunakan rokok maupun menggunakan pipa. Salah satu upaya efektif untuk melindungi seluruh masyarakat dari asap rokok orang lain adalah melalui penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Penerapan KTR memungkinkan masyarakat untuk dapat menikmati udara bersih dan sehat serta terhindar dari berbagai resiko yang merugikan

kesehatan. Perlunya KTR juga menjadi instruksi pemerintah daerah untuk mengeluarkan kebijakan pelarangan merokok di tempat-tempat yang ditentukan. Penetapan kawasan tanpa rokok ini perlu diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum, dan tempat lain yang ditetapkan untuk melindungi masyarakat dari asap rokok (Maulana *et al.*, 2020).

KTR adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau memproduksi, menjual, mengiklankan atau mempromosikan produk tembakau. Setiap orang yang berada di KTR dilarang melakukan kegiatan menggunakan atau mengonsumsi rokok, memproduksi atau membuat rokok, menjual rokok, menyelenggarakan iklan rokok atau mempromosikan rokok. Adapun tempat-tempat umum yang dimaksud meliputi: pelayanan kesehatan, tempat belajar mengajar, tempat bermain anak, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, serta tempat-tempat yang telah ditentukan. KTR ini juga berfungsi melindungi perokok pasif dari asap rokok (Sayuti, 2018). Suatu kebijakan dapat terbentuk dengan adanya dorongan atau dukungan dari pihak yang membutuhkan suatu kebijakan tersebut guna untuk mengatasi masalah yang terjadi dilingkungan sosialnya. Kebijakan merupakan salah satu cara efektif untuk mengatasi suatu masalah yang sedang terjadi. Dengan adanya dukungan yang kuat, berarti pihak tersebut sangat membutuhkan suatu kebijakan itu untuk mengatsai masalah dalam lingkungan sosialnya (Nasution, 2019).

Beberapa peraturan telah diterbitkan sebagai landasan hukum dalam pengembangan Kawasan Tanpa Rokok, sebagai berikut :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 113 sampai dengan 116.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup.
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan.
4. Instruksi Menteri Kesehatan Nomor 84/Menkes/Inst/II/2002 tentang Kawasan Tanpa Rokok di Tempat Kerja dan Sarana Kesehatan.
5. Instruksi Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 161/Menkes/Inst/III/1990 tentang Lingkungan Kerja Bebas Asap Rokok.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor. 40 Tahun 2013 tentang Peta Jalan Pengendalian Dampak Konsumsi Rokok Bagi Kesehatan.
7. Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2013 Kota Makassar tentang Kawasan Tanpa Rokok.

Pengetahuan dan sikap terhadap bahaya merokok dan adanya peraturan Kawasan Tanpa Rokok ini perlu diketahui karena akan berpengaruh terhadap keberhasilan jalannya kebijakan tersebut. Pengetahuan dapat diperoleh dengan berbagai cara diantaranya proses belajar terhadap suatu informasi yang diperoleh seseorang, pengalaman secara langsung maupun dari pengalaman orang lain serta proses pendidikan atau edukasi (Hutapea *et al.*, 2017).

C. Tinjauan Umum Tentang Puskesmas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 Tahun 2014 menyatakan bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes RI, 2014). Puskesmas sebagai tulang punggung penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat di wilayah kerjanya berperan menyelenggarakan upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar memperoleh derajat kesehatan yang optimal, sehingga untuk melaksanakan upaya kesehatan baik upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dibutuhkan manajemen Puskesmas yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan agar menghasilkan kinerja Puskesmas yang efektif dan efisien (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis kesehatan di bawah supervisi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Secara umum, mereka harus memberikan pelayanan preventif, promotif, kuratif sampai dengan rehabilitatif baik melalui upaya kesehatan perorangan (UKP) atau upaya kesehatan masyarakat (UKM). Puskesmas dapat memberikan pelayanan rawat inap selain pelayanan rawat jalan. Untuk memberikan pelayanan yang baik tentunya selalu diusahakan adanya peningkatan

kualitas pelayanan guna mencapai derajat kesehatan yang optimal bagi seluruh masyarakat (Budiarto, 2015).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas tertera visi pembangunan kesehatan yang harus diselenggarakan oleh Puskesmas. Puskesmas melaksanakan pembangunan kesehatan yang sesuai dengan paradigma sehat, pertanggungjawaban wilayah, kemandirian masyarakat, pemerataan, teknologi tepat guna dan keterpaduan dan kesinambungan.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas dimuat juga tentang misi puskesmas. Dalam misi pembangunan kesehatan yang harus diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya visi pembangunan kesehatan nasional. Misi puskesmas adalah:

1. Mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
2. Menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
3. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
4. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.

5. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.
6. Mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional, yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas, agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia sehat (Sanah, 2017)

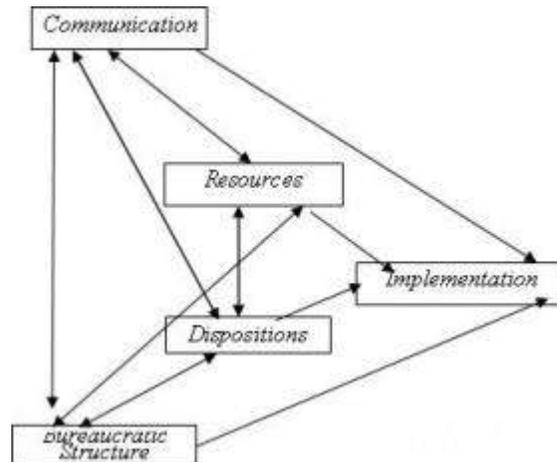
Puskesmas memiliki tiga fungsi, yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan yang berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga dalam pembangunan kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama. Sebagai langkah awal dari program keperawatan kesehatan masyarakat, fungsi dan peran puskesmas bukan saja persoalan teknis medis tetapi juga berbagai keterampilan sumber daya manusia yang mampu mengorganisir model sosial yang ada di masyarakat, juga sebagai lembaga kesehatan yang menjangkau masyarakat di wilayah terkecil dan membutuhkan strategi dalam hal pengorganisasian masyarakat untuk terlibat dalam penyelenggaraan kesehatan secara mandiri (Sanah, 2017)

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas, dimana Puskesmas menyelenggarakan fungsi yaitu penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya dan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya. Dalam menyelenggarakan fungsinya, Puskesmas berwenang untuk:

- a) Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
- b) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan Kesehatan.
- c) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang Kesehatan.
- d) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain.
- e) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya Kesehatan berbasis masyarakat.
- f) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.
- g) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan Kesehatan.
- h) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan Kesehatan.
- i) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

D. Kerangka Teori

Gambar 1. Kerangka Teori Implementasi Kebijakan Publik



Sumber : George C. Edward III, *Implementing Public Policy* (Edward III, 1980)

Tabel 1. Sintesis Penelitian Terdahulu

No	Nama peneliti dan Tahun	Judul	Desain Penelitian	Sampel dan Responden	Hasil Penelitian
1	A. Ikram Rifqi, 2017	Implementasi Peraturan Daerah Kota Makassar no. 4 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di Universitas Hasanuddin	Kualitatif dengan pendekatan deskriptif dengan menggunakan metode wawancara mendalam	Rektor Universitas Hasanuddin, Majelis Wali Amanat Universitas Hasanuddin, Dekan seluruh fakultas di Universitas hasanuddin, perwakilan mahasiswa seluruh fakultas di Universitas Hasanuddin	Beberapa factor dalam implementasi Peraturan Daerah implementasi Peraturan Daerah Kota Makassar no. 4 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di Universitas hasanuddin Factor komunikasi : tidak berjalan dengan baik. Factor Sikap : informan mendukung KTR di Unhas Factor Sumber Daya : SDM sudah cukup, tetapi masih butuh tambahan seperti CCTV, papan larangan merokok, Pedoman Pelaksanaan

					<p>KTR, dan ruangan/area khusus untuk perokok.</p> <p>Factor birokrasi : belum memiliki birokrasi khusus dan belum memiliki SOP</p>
2	Novi Angraini, 2018	Evaluasi Implementasi Peraturan Daerah Kota Makassar No. 4 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di Rumah Sakit Islam Faisal Kota Makassar	Metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi	9 informan, 7 informan dari pegawai yaitu Direktur Utama Rumah Sakit, Kepala K3, Kepala PPI, Kepala Bidang Pendidikan Penelitian dan Pengembangan, Kepala Bagian Umum, pegawai dan 2 informan dari pengunjung di Rumah Sakit Islam Faisal	<p>1.Lingkungan Kebijakan</p> <p>a) Kekuasaan, kepentingan-kepentingan, dan strategi dari actor yang terlibat : tidak ad alur koordinasi antara perumus kebijakan dengan pelaksana kebijakan</p> <p>b) Karakter Lembaga : tidak pernah ada pembinaan, pengawasan maupun penerapan sanksi terkait KTR</p> <p>c) Kepatuhan dan Daya Tampung : pemerintah daerah yang ditunjuk belum maksimal dalam plaksanaan perda ini.</p>

					<p>2. Isi Kebijakan</p> <p>a) Kepentingan-kepentingan yang dipengaruhi : semua pihak yang terkait memiliki peran penting dengan kewenangan dan peran masing-masing.</p> <p>b) Tipe Manfaat :</p> <p>1) pemerintah : melindungi kesehatan masyarakat di Kawasan tanpa rokok dari bahaya rokok</p> <p>2) Rumah Sakit : membantu dalam upaya promotive dan preventif dalam pengendalian rokok di rumah sakit</p> <p>3) Masyarakat Rumah Sakit : lebih sabar, waspada, dan terlindungi terhadap bahaya rokok.</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>c) Derajat Perubahan : jumlah perokok di lingkungan rumah sakit berkurang</p> <p>d) letak Pengambilan keputusan : tidak ada SK/PJ yang dibuat khusus sebagai pengawas KTR</p> <p>e) Pelaksanaan Program : Himbauan KTR tersebar di dalam rumah sakit. Sumber-sumber daya yang digunakan : mendukung adanya kebijakan KTR tetapi pengawasan oleh satpam tidak optimal.</p>
3	Azizah Nur Fatih, et al, 2016	Analisis Implementasi Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 3 Tahun 2013	Deskriptif analitik dengan metode kuantitatif dan pendekatan cross sectional.	3 orang pegawai puskesmas yaitu kepala tata usaha, Dn petugas promosi kesehatan di 37 puskesmas induk Kota Semarang	Implementasi Peraturan Daerah Kota semarang Nomor 3 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Induk Kota Semarang berjalan baik yang dinyatakan oleh 52,3% responden. Ada hubungan antara jabatan, sumber daya,

		tentang Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Induk Kota Semarang			disposisi, dan struktur birokrasi dengan implementasi Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 3 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Induk Kota Semarang. Tidak ada hubungan antara komunikasi dengan implementasi Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 3 Tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Induk Kota Semarang
4	Andi Nurnaningsih, 2018	Evaluasi Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Pada rumah Sakit Umum Daerah Haji	Kualitatif dengan rancangan fenomenologi	9 informan yang terdiri dari Kepala Yanmas, kepala Humas dan Pemasaran, Kepala Penelitian dan pengembangan, Kepala K3, Staf PPI, Staf humas,	1.Komunikasi : belum adanya sosialisasi secara langsung ke rumah sakit terkait KTR 2.Sumber daya : sumber daya manusia yang dimiliki sekarang belum cukup dan belum memadai

		Kota Makassar		Satpam dan 2 informan dari pengunjung	3.Disposisi : setuju dan mendukung adanya KTR di RSUD Haji Kota Makassar 4.Struktur Birokrasi : Faktorselama ini belum memiliki birokrasi khusus
5	Fachrizaral David, 2018	Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (Ktr) Di Rumah Sakit Inco Soroako	Pendekatan kualitatif dengan jenis penelitian deskriptif	Kepala Seksi Penyakit Tidak Menular Luwu Timur, Kepala Seksi Pengawasan dan Penegakan Peraturan Daerah Luwu Timur, Kepala Rumah Sakit Inco Soroako, Karyawan Rumah Sakit Inco Soroako, Security Rumah Sakit Inco Soroako, Pengunjung Rumah Sakit Inco Soroako 5 Orang	Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di rumah sakit Inco Soroako belum sepenuhnya terlaksana dengan baik. Sosialisasi telah dilakukan sejak diberlakukannya kebijakan kawasan tanpa rokok. Namun, belum ada tim khusus untuk mendukung dan mengontrol aktivitas merokok di lingkungan rumah sakit