

**DISERTASI**

**MODEL PENERAPAN KAWASAN TANPA ROKOK DI FASILITAS  
KESEHATAN KOTA MAKASSAR**

***APPLICATION MODEL OF NON-SMOKING AREA IN MAKASSAR  
CITY'S HEALTHCARE***

**NUR INAYAH ISMANIAR  
K013181010**



**PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
SEKOLAH PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2023**

**MODEL PENERAPAN KAWASAN TANPA ROKOK DI FASILITAS KESEHATAN KOTA  
MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

NUR INAYAH ISMANIAR  
K013181010

PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
2023

DISERTASI

**MODEL PENERAPAN KAWASAN TANPA ROKOK DI FASILITAS  
KESEHATAN KOTA MAKASSAR**

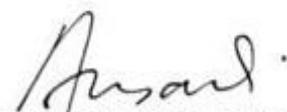
Disusun dan diajukan oleh

**NUR INAYAH ISMANIAR**  
Nomor Pokok K013181010

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi  
pada tanggal 24 Agustus 2023  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui  
Komisi Penasehat,

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

  
Ansariadi, SKM., M.Sc., PH., Ph.D  
Ko-Promotor

  
Prof. Dr. Atjo Wahyu, SKM., M.Kes  
Ko-Promotor

  
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin,

  
Ketua Program Studi Doktor (S3)  
Ilmu Kesehatan Masyarakat

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

Prof. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes, M.Med.Ed

## PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nur Inayah Ismaniar  
NIM : K013181010  
Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan disertasi yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan disertasi.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Agustus 2023



Yang Menyatakan,

Nur Inayah Ismaniar

## ABSTRAK

**NUR INAYAH ISMANIAR.** Model Penerapan Kawasan Tanpa Rokok di Fasilitas Kesehatan Kota Makassar (dibimbing oleh **Sukri Palutturi, Ansariadi, Atjo Wahyu**).

Salah satu upaya penting yang dilakukan oleh pemerintah Indonesia dalam larangan merokok adalah perumusan *Memorandum of Understanding* (MOU) antara Kementerian Dalam Negeri (KEMENDAGRI) dan Kementerian Kesehatan (KEMENKES) yang menekankan pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) untuk melindungi masyarakat dari perokok aktif di fasilitas umum. Fasilitas kesehatan adalah salah satu fasilitas umum yang diatur untuk menegakkan KTR dan seharusnya menjadi contoh dalam mengendalikan aktivitas merokok. Peraturan Daerah Kota Makassar No. 4 Tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok menjadi tantangan tersendiri untuk Kota Makassar dalam upaya melindungi staf, pasien dan pengunjung dari paparan asap rokok di fasilitas umum khususnya di fasilitas kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menentukan model penerapan KTR di fasilitas Kesehatan di Kota Makassar. Penelitian ini dilakukan secara *mix methods* dengan dua tahap, diawali dengan penelitian kualitatif melalui FGD dan wawancara mendalam untuk mendapatkan factor lain terkait penerapan KTR di fasilitas Kesehatan, dilanjutkan dengan penelitian kuantitatif untuk melihat pengaruh signifikan setiap variabelnya.

Hasil penelitian kualitatif menunjukkan bahwa dalam penerapan KTR di fasilitas Kesehatan membutuhkan Keberlanjutan dalam penerapannya agar meningkatkan kepatuhan dan konsistensi. Hasil penelitian kuantitatif menunjukkan bahwa variable faktor lingkungan berpengaruh signifikan terhadap output KTR ( $p=0.019$ ), Keberlanjutan berpengaruh signifikan terhadap input ( $p=0.042$ ), proses ( $p=0.015$ ) dan output ( $p=0.001$ ) dan Keberlanjutan berpengaruh signifikan terhadap Implementasi Kebijakan KTR di Kota Makassar ( $p=0.038$ ). Dihasilkan Model Penerapan KTR di fasilitas kesehatan dengan kriteria memenuhi syarat penilaian *goodness of fit* (RMs Theta=0.093, SRMR=0.066 atau 0.076, dan nilai NFI=0,9 atau 1.865). Model penerapan Kawasan Tanpa Rokok dipengaruhi oleh faktor lingkungan, keberlanjutan, dan input, proses dan output KTR. Direkomendasikan untuk mendorong kerbelanjutan penerapan KTR di fasilitas kesehatan Kota Makassar.

Kata Kunci: Implementasi, Kawasan Tanpa Rokok, Fasilitas Kesehatan, Keberlanjutan, Faktor lingkungan



## ABSTRACT

**NUR INAYAH ISMANIAR.** The Application Model of Smoke-Free Areas (KTR) in Health Facilities of Makassar City (supervised by **Sukri Palutturi, Ansariadi, Atjo Wahyu**).

One of the significant endeavors undertaken by the Indonesian government to curb smoking is the establishment of a Memorandum of Understanding (MOU) between the Ministry of Home Affairs (KEMENDAGRI) and the Ministry of Health (KEMENKES), which places strong emphasis on the application of Smoking-Free Areas (KTR) to safeguard the general public from exposure to active smokers in public facilities. Health facilities are among the public establishments subject to KTR regulations and should exemplify the control of smoking activities. The enactment of Makassar City Regional Regulation No. 4 of 2013, concerning Smoke-Free Areas, presents a formidable challenge for the City of Makassar in its commitment to safeguarding the well-being of staff, patients, and visitors by mitigating their exposure to cigarette smoke, particularly within health facilities. This research aims to develop a comprehensive model for the effective application of KTR within health facilities in Makassar City. Employing a mixed-methods approach, the study comprises two stages: qualitative research utilizing focused group discussions (FGDs) and in-depth interviews to elucidate additional factors pertinent to KTR application within health facilities, followed by quantitative research to assess the significant impact of each variable.

The qualitative findings highlight the importance of ensuring continuity in the application of KTR within health facilities to enhance compliance and consistency. Quantitative analysis reveals that environmental factors exert a statistically significant influence on KTR output ( $p=0.019$ ), while continuity significantly affects input ( $p=0.042$ ), process ( $p=0.015$ ), output ( $p=0.001$ ), and the overall application of KTR policy in Makassar City ( $p=0.038$ ). As a result, a robust model for the application of KTR in health facilities is devised, meeting the criteria for goodness of fit assessment, including RMs Theta = 0.093, SRMR = 0.066 or 0.076, and NFI = 0.9 or 1.865. The proposed model underscores the influence of environmental factors, continuity, as well as KTR inputs, processes, and outputs on the successful application of Smoke-Free Areas. It is recommended to encourage the sustainability of KTR application in Makassar's health facilities.

Key Words: Implementation, Smoking-Free Areas, KTR, Health Facilities, Sustainability, Environmental Factors, application.



## **PRAKATA**

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan hasil penelitian disertasi pada program studi Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Adapun yang menjadi judul disertasi ini adalah Penerapan Kawasan Tanpa Rokok di Fasilitas Kesehatan Kota Makassar. Disertasi ini disusun berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan lebih selama 6 (bulan) dan dilakukan dalam dua tahapan penelitian.

Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang tak terhingga dan pengharagaan kepada Tim Promotor yaitu bapak Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc. PH, P.hd sebagai Promotor, bapak Ansariadi, SKM, M.Sc. PH, P.hd dan Prof. Dr. Atjo Wahyu, SKM, M.Kes sebagai Ko-Promotor yang telah meluangkan waktu untuk berdiskusi dengan penulis dan memberikan masukan serta saran kepada penulis mulai dari pengembangan konsep permasalahan yang akan dikaji dalam penelitian, sejak awal penyusunan naskah literatur, proposal, pelaksanaan sampai penulisan hasil penelitian disertasi ini.

Melalui kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc selaku rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan program pascasarjana Universitas Hasanuddin;
2. Prof. dr. Budu, Ph.D, Sp.M.,(K).,M.Med.Ed selaku Dekan sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada sekolah pascasarjana Unhas Makassar;
3. Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc.PH, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin atas kesempatan yang diberikan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan program Doktoral Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar;
4. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes, M.Med.Ed, selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin atas bimbingan dan perhatian selama ini;
5. Para Penguji Dr. Djazuli Chalidyanto, SKM,.M.ARS selaku penguji eksternal dari Universitas Airlangga Surabaya, Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM, M.Kes, M.Sc.PH, Prof. Dr. dr. H. Muh. Syafar, MS, Prof. Dr. Stang, M.Kes yang telah meluangkan waktu dan banyak memberikan masukan serta saran untuk penelitian, perbaikan dan kesempurnaan penulisan disertasi ini;
6. Para Guru Besar dan staf pengajar dilingkungan Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah

memberikan ilmu selama penulis menempuh pendidikan S3 pada Prodi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin;

7. Ibu Irma Suryani, S.Kom, MM dan Ibu Syamsiah, S.Sos, M.Si selaku staf pengelola Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah banyak membantu dalam hal administrasi perkuliahan dan penyelesaian studi dengan baik;
8. Prof. Dr. Hj. Hasmyati, M.Kes selaku Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan dan Kesehatan Universitas Negeri Makassar dan Andi Atssam Mappanyukki, M.Kes selaku Ketua Program Studi Administrasi Kesehatan Fakultas Ilmu Keolahragaan dan Kesehatan Universitas Negeri Makassar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melanjutkan Pendidikan program doktoral pada Program Studi Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat;
9. Kepala Rumah Sakit dan Puskesmas di Kota Makassar yang telah membantu dalam hal memberikan izin dalam pelaksanaan penelitian pada wilayah kerjanya masing-masing;
10. Teman-teman seperjuangan pendidikan doktoral angkatan 2018 atas perjuangan dari perjalanan suatu proses hidup yang sangat indah dan telah dilalui bersama. Terima kasih atas seluruh dukungan dan semangat yang selalu diberikan kepada penulis.
11. Teman-teman sejawat tenaga pengajar di Program Studi Administrasi Kesehatan Fakultas Ilmu Keolahragaan dan Kesehatan Universitas Negeri yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis selama menempuh pendidikan.

Dan akhirnya disertasi ini penulis persembahkan kepada keluarga besar penulis sayangi yaitu Ibunda tercinta Hj. Salmah Tahir, Ayahanda tercinta Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH, Bapak Mertua Drs. H. M. Arsyad Aras, M.Si dan Ibu Mertua Hj. Rahmatia, S.Pd yang selalu memberikan dukungan dan doa selama penulis menempuh pendidikan ini. Tak lupa disertasi ini penulis persembahkan kepada suami tercinta Faradillah Paratama, SH, MH yang saling setia bersama penulis mendampingi dalam suka dan duka dalam menempuh pendidikan doktoral, semoga segera menyusul untuk menyelesaikan studi doktoralnya juga sesegera mungkin, terima kasih atas semua doa, pengertian dan pengorbanan kepada penulis selama menempuh pendidikan. Anak-anakku tersayang Fadil Reski M.Nur dan Falisha Almahyra Faraya yang selalu menjadi penyejuk hati, motivasi dan inspirasi dikala terkadang penulis merasa lelah. Terima kasih penulis sampaikan kepada seluruh keluarga besar yang senantiasa memberikan dukungan kepada penulis selama menempuh pendidikan.

Penulis menyadari bahwa penulis disertasi ini belum sempurna dan untuk itu penulis selalu mengharapkan masukan dari berbagai pihak demi penyempurnaan penulisan disertasi. Sebelumnya penulis ucapkan terima kasih.

Makassar, Juni 2023

Penulis,

Nur Inayah Ismaniar

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	12
1.3 Tujuan Penelitian.....	13
1.4 Novelty.....	14
1.5 Manfaat Penelitian.....	14
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1 Tinjauan Tentang Implementasi Kebijakan</b> .....	<b>15</b>
2.1.1 Definisi Implementasi .....	15
2.1.2 Definisi Implementasi Kebijakan .....	16
2.1.3 Proses Implementasi Kebijakan .....	16
2.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan.....	20
2.1.5 Faktor yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan Kesehatan .....	27
<b>2.2 Tinjauan tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR)</b> .....	<b>28</b>
2.2.1 Definisi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) .....	28
2.2.2 Aturan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) .....	31
2.2.3 Area Kawasan Tanpa Rokok.....	36

2.2.4 Objek Kawasan Tanpa Rokok .....	39
2.2.5 Sanksi Peraturan Daerah Tentang Kawasan Tanpa Rokok .....	40
<b>2.3 Tinjauan Tentang Perilaku Merokok.....</b>	<b>41</b>
2.3.1 Pengertian Perilaku .....	41
2.3.2 Perilaku Merokok.....	41
2.3.3 Faktor Penyebab Perilaku Merokok .....	42
<b>2.4 Berbagai Model Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok</b> .....	<b>45</b>
2.4.1 Model Implementasi Kebijakan .....	45
2.4.2 Model Implementasi Kebijakan Kesehatan .....	62
2.4.3 Model Implementasi Kebijakan Bebas Asap Rokok .....	66
<b>2.5 Matriks Kajian Literatur .....</b>	<b>73</b>
<b>2.6 Kerangka Teori.....</b>	<b>84</b>
<b>2.7 Kerangka Konsep .....</b>	<b>88</b>
<b>2.8 Definisi Operasional .....</b>	<b>89</b>
<b>2.9 Hipotesis Penelitian.....</b>	<b>101</b>
<b>BAB III METODE PENELITIAN.....</b>	<b>102</b>
<b>3.1 Jenis Dan Desain Penelitian .....</b>	<b>102</b>
<b>3.2 Tahap Penelitian .....</b>	<b>102</b>
3.2.1 Tahap I .....	103
3.2.2 Tahap II .....	107
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>116</b>
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	116
4.2 Hasil Penelitian Tahap 1 FGD .....	120
4.3 Uji Validitas dan Reabilitas .....	136
4.4 Hasil Penelitian Tahap 2 Kuantitatif .....	137
4.5 Pembahasan .....	158
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>227</b>
5.1 Kesimpulan.....	227
5.2 Saran .....	228

<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>235</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>186</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Model Nakamura dan Smallwood (Yulianto Kadji, 2015).....	53
Tabel 2. 2 Model Self-Audit Questionnaire.....	70
Tabel 2. 3 Matriks Kajian Literatur.....	73
Tabel 2. 4 Definisi operasional variabel penelitian .....	89
Tabel 3. 1 Jumlah SDMK dilokasi penelitian .....	107
Tabel 3. 2 Perhitungan proporsi besar sampel berdasarkan lokasi.....	109
Tabel 4. 1 Distribusi frekuensi karakteristik responden (n=232).....	138
Tabel 4. 2 Distribusi variable penelitian.....	140
Tabel 4. 3 Koefisien jalur pengaruh langsung hipotesis 1 .....	147
Tabel 4. 4 Koefisien jalur pengaruh langsung hipotesis 2 .....	148
Tabel 4. 5 Koefisien jalur pengaruh langsung hipotesis 3 .....	150
Tabel 4. 6 Koefisien jalur pengaruh langsung hipotesis 4 .....	151
Tabel 4. 7 Koefisien jalur pengaruh langsung hipotesis 5 .....	152
Tabel 4. 8 Koefisien jalur pengaruh tidak langsung hipotesis 6.....	153
Tabel 4. 9 Hasil penilaian model .....	156

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Model George C. Edward III (Agustino, 2016).....	47
Gambar 2. 2 Model Donald Van Meter dan Carl Van Horn (Dachi, 2017)	49
Gambar 2. 3 Model Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gunn (Murwati, 2010) .....	50
Gambar 2. 4 Model Marile S. Grindle (Murwati, 2010) .....	52
Gambar 2. 5 Model Mazmanian dan Paul Sabatier (Siswadi, 2012) .....	57
Gambar 2. 6 Model Jan Merse (Yulianto Kadji, 2015).....	58
Gambar 2. 7 Model Marwic (Yulianto Kadji, 2015).....	59
Gambar 2. 8 Model Rippley and Franklin (Yulianto Kadji, 2015).....	60
Gambar 2. 9 Model Charles O. Jones (Yulianto Kadji, 2015).....	61
Gambar 2. 10 Model Goggin Brown, dkk (Yulianto Kadji, 2015) .....	62
Gambar 2. 11 Model SMILE (Paneo et al., 2017) .....	63
Gambar 2. 12 Model HARMONICS (Shankardass et al., 2018).....	65
Gambar 2. 13 Model Hubungan Pemerintahan dan Implementasi Kebijakan Kesehatan (Touati et al., 2007) .....	66
Gambar 2. 14 Model IAD (Fallin et al., 2014) .....	67
Gambar 2. 15 Model CFIR dan SEM (Jiang et al., 2021) .....	68
Gambar 2. 16 Kerangka teori sistem implementasi kebijakan kawasan tanpa rokok beserta determinannya.....	87
Gambar 2. 17 Konsep Model Impementasi Kebijakan KTR di Fasilitas Kesehatan Kerangka.....	88
Gambar 3. 1 Alur penelitian tahap I.....	106

Gambar 3. 2 Alur penelitian tahap II.....	115
Gambar 4. 1 Word frequency terkait komitmen organisasi.....	121
Gambar 4. 2 Pencarian kata “ada” terkait komitmen organisasi.....	122
Gambar 4. 3 Word frequency terkait dokumen kebijakan.....	122
Gambar 4. 4 Pencarian kata “ada” terkait dokumen kebijakan.....	123
Gambar 4. 5 Word Frequency terkait “poster” upaya KTR.....	127
Gambar 4. 6 Pencarian kata “poster” terkait upaya implementasi KTR .	128
Gambar 4. 7 Pencarian kata “menegur” terkait upaya implementasi KTR .....	128
Gambar 4. 8 Word frequency terkait sanksi KTR.....	131
Gambar 4. 9 Pencarian kata “ada” terkait sanksi KTR .....	132
Gambar 4. 10 Word frequency terkait audit KTR .....	134
Gambar 4. 11 Pencaran kata “ada” terkait audit KTR .....	135
Gambar 4. 12 Word frequency terkait faktor lain.....	135
Gambar 4. 13 Pencarian kata “perlu” terkait faktor lain dalam implementasi KTR.....	136
Gambar 4. 14 Outer model awal .....	144
Gambar 4. 15 Outer model akhir.....	146
Gambar 4. 17 Variabel yang signifikan dalam model .....	155
Gambar 4. 18 Model Implementasi Kebijakan KTR di fasilitas kesehatan .....	157

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Informed Consent Kuesioner Penelitian .....	246
Lampiran 2: Kuesioner Implementasi Kebijakan KTR di Fasilitas Kesehatan.....	247
Lampiran 3: Kuesioner Input, Proses, dan Output dalam Implementasi KTR di Fasilitas Kesehatan .....	250
Lampiran 4: Kuesioner Determinan Implementasi KTR .....	254
Lampiran 5: Informed Consent menjadi Informan Penelitian Kualitatif...	262
Lampiran 6: Panduan Penelitian Kualitatif .....	264
Lampiran 7: Surat izin Penelitian.....	203
Lampiran 8: Surat Rekomendasi Persetujuan Etik.....	205
Lampiran 9: Analisis Statististik .....	206
Lampiran 10: Dokumentasi .....	231

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 LATAR BELAKANG**

Udara bersih adalah hak asasi setiap orang. Hak tersebut dinyatakan dalam UUD 1945 dalam pasal 28 H ayat (1) yang menyatakan bahwa *“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”*.

Sayangnya, masih banyak pelanggaran dan intimidasi yang dirasakan warga Indonesia, salah satunya intimidasi hak asasi manusia memperoleh udara bersih akibat asap rokok. Perilaku merokok berdampak negatif bagi kesehatan individu dan lingkungan. Merokok selain berbahaya bagi si perokok tetapi juga membahayakan tiga kali lipat bagi kesehatan orang lain di sekitarnya. Sebanyak 25% zat berbahaya yang terkandung dalam rokok masuk ke dalam tubuh perokok, sedangkan 75% beredar di udara bebas yang berisiko dihirup oleh orang lain (David, 2018).

Masalah merokok saat ini telah menjadi masalah serius berbagai negara di dunia, tidak hanya dapat mengakibatkan kecanduan tetapi sangat berbahaya bagi kesehatan. Hampir seluruh penduduk di belahan dunia mengenal rokok, baik itu usia dewasa maupun remaja, bahkan anak-anakpun sudah mencoba memulai kebiasaan merokok, yang tinggal di kota maupun di desa. Oleh sebagian orang merokok telah

dianggap sebagai kebutuhan hidup yang tidak dapat ditinggalkan lagi, karena sudah menjadi kebiasaan hidup sehari-hari, bahkan telah dianggap sebagai budaya. Sudah menjadi pemandangan yang biasa jika kita berpapasan dan melihat orang merokok (Seriusman H Sitanggang, 2017)

Jumlah perokok di seluruh dunia telah meningkat secara signifikan seiring bertambahnya populasi dari tahun 1990 hingga 2019 dari sekitar 990 juta orang menjadi 1,1 miliar orang perokok. Pada tahun 2019, tingkat merokok standar di usia global adalah 32,7% untuk pria dan 6,62% untuk wanita dibandingkan dengan tahun 1990 secara global, diperkirakan ada 155 juta perokok berusia antara 15-24 tahun setara dengan 20,1% pria muda dan 5% wanita muda (The Lancet, 2020).

Indonesia menduduki peringkat ketiga terbanyak perokok di dunia, prevalensinya mencapai 33,8% atau sekitar 65,7 juta penduduk Indonesia. Kategori perokok dengan jenis kelamin mencapai 58 juta lelaki dan 3,46 juta perokok wanita. Berdasarkan Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), jumlah perokok di Indonesia semakin meningkat, terutama pada populasi usia 10-18 tahun. Data Riskesdas menyatakan, bahwa terdapat peningkatan prevalensi merokok penduduk umur 10 tahun dari 28,8% pada 2013 menjadi 29,3 persen pada 2018 (Kementrian Kesehatan, 2020). Laporan *Southeast Asia Tobacco Control Alliance* (SEATCA) berjudul *The Tobacco Control Atlas, Asean Region* menunjukkan Indonesia merupakan Negara dengan jumlah

perokok terbanyak di ASEAN, yakni 65,19 juta orang. Angka tersebut setara 34% dari total penduduk Indonesia pada tahun 2016 (Hari Widowati, 2019).

Rokok telah menjadi faktor utama penyebab kematian di dunia yang mengancam miliyaran pria, wanita, dan anak-anak dalam abad ini. Jutaan orang hidup dalam kesehatan yang buruk karena merokok dan peneliti memperkirakan bahwa setiap tahun sekitar 8 juta kematian dini akibat merokok (Hannah Ritchie and Max Roser, 2021). Lebih dari 7 juta dari kematian tersebut adalah si perokok sementara sekitar 1,2 juta adalah hasil dari orang-orang yang terpapar asap rokok (WHO, 2021). Laporan *The Lancet* menyebutkan bahwa diperkirakan merokok menyumbang 7,69 juta kematian pada tahun 2019 (Hannah Ritchie and Max Roser, 2021).

Secara empiris, *World Health Organization* (WHO) memperkirakan bahwa pada tahun 2030, dari 70% kematian yang disebabkan oleh rokok akan terjadi di Negara-negara berkembang termasuk Indonesia (Seriusman H Sitanggang, 2017). Setiap tahun, sekitar 225.700 orang di Indonesia meninggal akibat merokok atau penyakit lain yang berkaitan dengan tembakau (WHO Indonesia, 2020).

Seperti fakta yang diketahui bahwa rokok juga memberikan dampak kerusakan ekonomi. WHO menyebutkan bahwa setiap tahun sekitar \$1 triliun dalam kerusakan ekonomi (Ekpu and Brown, 2015). Jumlah pengeluaran perawatan kesehatan karena penyakit yang disebabkan

oleh merokok mencapai total biaya \$467 miliar pada tahun 2012, atau 5,7% dari pengeluaran kesehatan secara global. Total biaya ekonomi dari merokok yaitu dari pengeluaran kesehatan dan kerugian produktivitas mencapai \$1852 miliar pada tahun 2012, setara dengan besarnya 1,8% dari Produk Domestik Bruto (PDB) tahunan dunia. Hampir 40% dari biaya ini terjadi di negara berkembang yang menjadi beban substansial yang di negara-negara tersebut (Goodchild, Nargis and D'Espaignet, 2018). Perkiraan biaya langsung (*direct cost*) merokok di Indonesia untuk total populasi berkisar antara Rp 17,9 – Rp 27,7 triliun, tergantung asumsi *Relative Risk* (RR). Komponen biaya terbesar antara 56,3% - 58,6% ditanggung oleh BPJS Kesehatan, dengan rawat inap dan perawatan rujukan menjadi komponen utamanya. BPJS Kesehatan mengalokasikan antara Rp 10,4 triliun hingga Rp 15,6 triliun untuk menutupi biaya perawatan kesehatan akibat merokok, yang mewakili antara 61,2 dan 91,8% dari defisit tahun 2019 (Meilissa *et al.*, 2021).

Otoritas kesehatan masyarakat telah menyimpulkan bahwa salah satu solusi yang dilakukan untuk melindungi masyarakat dari perokok aktif adalah dengan mewajibkan fasilitas umum sepenuhnya bebas asap rokok. Salah satu upaya penting yang dilakukan oleh pemerintah Indonesia dalam larangan merokok adalah perumusan *Memorandum Of Understanding* (MOU) antara Kementerian Dalam Negeri (KEMENDAGRI) dan Kementerian Kesehatan (KEMENKES) yang menekankan pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Peraturan

Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri dituangkan dalam surat bernomor 188/MENKES/PB/I/2011 dan Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok. Kawasan Tanpa Rokok merupakan tanggung jawab seluruh komponen bangsa, baik individu, masyarakat, parlemen, maupun pemerintah untuk melindungi generasi sekarang maupun yang akan datang. Komitmen bersama dari berbagai elemen akan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan KTR. Hanya Undang-Undang atau Perda KTR yang dapat memberikan perlindungan hukum bagi bukan perokok terhadap paparan asap rokok orang lain (Seriusman H Sitanggang, 2017)

Amanat UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009 secara tegas menyatakan bahwa pemerintah daerah wajib menetapkan KTR. KTR adalah area atau ruangan yang dilarang untuk melakukan kegiatan seperti produksi, penjualan, iklan, promosi dan atau penggunaan rokok. Tujuannya adalah agar dapat melindungi kesehatan masyarakat dilingkungan dengan memastikan bahwa tempat-tempat yang umum bebas dari jangkauan asap rokok. Adapun tempat-tempat umum yang dimaksudkan meliputi: a) fasilitas tempat pelayanan kesehatan, b) tempat belajar mengajar, c) tempat bermain anak, d) tempat ibadah, e) angkutan umum, f) tempat kerja, serta g) tempat-tempat yang telah ditentukan. Namun dalam implementasinya kepatuhan terhadap kebijakan belum juga terlaksana dengan baik. Penelitian yang dilakukan oleh Yunarman et al., (2020) yang bertujuan untuk mengevaluasi

kepatuhan dalam implementasi kebijakan KTR di Bengkulu, hasilnya kepatuhan relative rendah dalam implementasi di fasilitas umum baik di dalam luar ruangan maupun di luar ruangan di Bengkulu karena kurangnya kepekaan, koordinasi dan keterbatasan anggaran.

Penelitian di atas sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Septiono, Kuipers, Ng, & Kunst pada tahun 2020 dengan judul “Perubahan Perilaku Merokok Remaja dengan Penerapan *Smoke Free Policy* (SFP) di Indonesia”, hasil dari penelitian tersebut menyebutkan tidak ada efek jangka pendek yang konsisten dari SFP di tingkat kabupaten dan provinsi terhadap perokok remaja di Indonesia. Adanya kepatuhan yang rendah pada remaja akibat dorongan masyarakat terhadap kebijakan SFP yang juga rendah secara luas kebijakan public yang tingkat kepatuhannya rendah di seluruh Indonesia.

Dasar hukum pelaksanaan KTR di Provinsi Sulawesi Selatan telah diatur dalam beberapa produk hukum yang dikeluarkan tiap daerah. Upaya pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan telah mendorong dikeluarkannya Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 1 Tahun 2015 tentang Kawasan Tanpa Rokok menyebutkan Pemerintah Daerah dan Kabupaten/Kota sesuai kedudukan dan kewenangan masing-masing, mendorong serta melakukan promosi dan pencegahan atas bahaya asap rokok. Namun dalam implementasinya, data Risesdas (2018) melaporkan kebiasaan merokok dalam gedung atau ruangan masih terjadi walau Pemprov Sulsel telah mensahkan Perda

KTR yang termasuk larangan merokok dalam ruangan. Menurut data, proporsi merokok dalam gedung/ruangan pada penduduk usia 10 tahun ke atas di Provinsi Sulsel adalah sekitar 88,3%. Presentasi tersebut menunjukkan ketidakpatuhan terhadap Perda KTR di Provinsi Sulsel masih tinggi.

Pemenuhan kawasan tanpa rokok telah diatur terlebih dahulu oleh Pemerintah Kota Makassar sesuai Perda Kota Makassar No. 4 Tahun 2013. Namun dalam pengimplementasiannya juga masih sangat rendah sebagai kota terbesar di Sulsel. Di Kota Makassar, rendahnya implementasi KTR sebagian besar disebabkan akibat Kota Makassar yang dipenuhi reklame iklan rokok sekira 619 iklan di 21 titik jalan, selain itu juga karena pajak yang diperoleh dari peredaran penjualan rokok dan iklannya juga terbilang relative rendah (Idris, 2020).

Perda KTR Kota Makassar tersebut telah menetapkan wilayah KTR pada tiap fasilitas umum pemerintah, salah satunya yakni Rumah Sakit dan Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan. Rumah Sakit Umum Daerah dan Puskesmas Kota Makassar merupakan fasilitas kesehatan yang telah menerapkan kebijakan program Kawasan Tanpa Rokok. Program tersebut ditindaklanjuti atas keseriusan pemerintah daerah untuk melaksanakan amanat UU Kesehatan dalam upaya menyediakan lingkungan yang sehat di wilayahnya.

Sesuai UU No. 40 Tahun 2009 adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan

secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna yang dimaksud meliputi tindakan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Rumah sakit sebagai intitusi pelayanan kesehatan sudah seharusnya memiliki lingkungan yang bersih dan sehat, termasuk bebas asap rokok. Melalui UU No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai Kawasan Tanpa Rokok (KTR), yang bertujuan untuk melindungi kesehatan orang-orang yang berada di lingkungan rumah sakit (perokok pasif) dari dampak buruk kebiasaan merokok dan gangguan asap rokok serta untuk menciptakan lingkungan rumah sakit yang berrsih, sehat dan bebas dari asap rokok (Seriusman H Sitanggang, 2017)

Sebagai organisasi kesehatan, rumah sakit memainkan peran kunci dalam mempromosikan langkah untuk berhenti merokok. Rumah sakit juga seharusnya memberi contoh dalam mengendalikan konsumsi tembakau dan menegakkan kepatuhan kebijakan larangan merokok. Tingkat kepatuhan terhadap kebijakan tergantung pada rumah sakit itu sendiri, dan pemerintah pusat dan daerah pada penerapannya (Martinez, 2009). Namun implementasi dan pemeliharaan program yang sukses yang berdasar rumah sakit tanpa rokok diketahui sebagai tantangan yang masih berlangsung di seluruh dunia (Seriusman H Sitanggang, 2017). Implementasi program atau kebijakan merupakan salah satu

tahap yang penting dalam proses kebijakan public. Suatu program atau kebijakan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak dan tujuan yang diinginkan (Ehan, 2015).

Penelitian dilakukan Ehan (2015) tentang implementasi kebijakan pemerintah KTR di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Undata, Palu, menunjukkan bahwa implementasi kebijakan KTR di RS tersebut belum berjalan dengan baik karena ada beberapa pengunjung yang merokok di lingkungan rumah sakit, hal ini disebabkan tidak adanya bangunan “area khusus merokok” dan kurang tegasnya pelaksanaan KTR dalam melaksanakan kebijakan. Seperempat perokok mengaku merokok selama tinggal di rumah sakit sebagai penjaga di ruangan rawat inap (Rigotti *et al.*, 2000).

Tidak hanya pengunjung, namun staf, informasi, wewenang dan fasilitas sebagai sumber daya di rumah sakit juga menjadi penentu efektifitas implementasi penerapan KTR di fasilitas kesehatan. Hal tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Adriana Susanti (2018) menyebutkan bahwa Sumber Daya di Rumah Sakit Islam Faisal belum mendukung dari segi staf, informasi dan wewenang, dan fasilitas masih kurang terpenuhi pada implementasi KTR di rumah sakit tersebut. Sumber daya adalah faktor yang penting untuk implementasi kebijakan agar efektif. Salah satu sumber dayanya adalah sumber daya manusia. Implementasi kebijakan tidak akan berhasil tanpa adanya dukungan sumber daya manusia. Di rumah sakit, staff sebagai sumber daya

manusia sangat diharapkan menjadi panutan oleh orang lain baik itu pengunjung atau orang yang berada di lingkungan rumah sakit agar mematuhi KTR. Namun kenyataannya para staf pula yang melakukan pelanggaran terhadap KTR. Hal tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Tadesse & Zawdie (2019) bahwa kepatuhan staf rumah sakit terhadap kebijakan bebas rokok di rumah sakit berada di level rendah, hal tersebut dialasani dengan didorong tidak adanya pemasangan rambu-rambu peringatan larangan merokok di lingkungan rumah sakit. Padahal staff rumah sakit harusnya menjadi panutan para pengunjung ataupun pasien dalam kepatuhan implementasi KTR di rumah sakit.

Masyarakat Kota Makassar merupakan masyarakat heterogen yang terdiri dari beragam suku dan golongan. Suku dan golongan tersebut antara lain Makassar, Bugis, Mandar dan Tionghoa. Kota Makassar sangat kondusif dalam menggerakkan kegiatan ekonomi, sosial politik serta budaya dalam masyarakat. Secara empiris Kota Makassar merupakan kota yang memiliki pertumbuhan penduduk sangat pesat, hal ini dikarenakan banyaknya pendatang yang keluar masuk pulau Makassar untuk mencari pekerjaan sebagai usaha untuk memperbaiki kehidupannya. Masyarakat datang ke Kota Makassar dengan berbagai motif, sebagai besar adalah motif ekonomi.

Dengan semakin pesatnya pembangunan Kota Makassar tentu tidak lepas dari berbagai permasalahan. Permasalahan di bidang

kesehatan ini berupa bahaya merokok dan asap yang dihasilkan dari merokok. Di Kota Makassar terdapat fasilitas kesehatan milik Pemerintah Kota Makassar yang telah menerapkan kebijakan KTR di lingkungannya. Namun dalam implementasinya masih belum maksimal di jenis fasilitas kesehatan tersebut.

Berdasarkan penelitian Novitasari, Maidin, & Arifah (2017) di Rumah Sakit Umum Daerah Daya Kota Makassar implementasi KTR di rumah sakit tersebut belum maksimal dari segi sosialisasi dan komunikasi dari pemerintah Kota Makassar terhadap pihak rumah sakit terkait implementasi Perda KTR padahal sumber daya yang dimiliki rumah sakit sudah cukup mendukung adanya KTR. Belum dibentuknya tim satgas/tim khusus untuk pengawasan KTR pula yang menjadi Penegakan dalam bentuk sanksi bagi para pelanggar kebijakan juga belum sampai kepada sanksi yang dan belum adanya sanksi tertulis.

Berdasarkan uraian masalah di atas tentang tingginya angka merokok, kerugian ekonomi akibat rokok dan juga rendahnya kepatuhan terhadap penerapan kebijakan KTR di fasilitas kesehatan, maka dapat disimpulkan bahwa diperlukan suatu model yang direkomendasikan untuk implementasi kebijakan khususnya implementasi kebijakan pada fasilitas kesehatan karena metode implementasi kebijakan sebelumnya dianggap belum efektif karena masih juga ditemukannya orang yang merokok pada sejumlah fasilitas kesehatan. Dengan permodelan tersebut dapat ditentukan langkah yang terbaik dalam penerapan

kebijakan kesehatan yang diharapkan dapat mengurangi prevalensi merokok dalam lingkungan fasilitas kesehatan di Kota Makassar. Pada pembuatan model ini kebijakan KTR yang dikaji adalah kebijakan KTR yang dikeluarkan oleh Pemerintah Kota Makassar yaitu Perda Kota Makassar No. 4 Tahun 2013.

## **1.2 RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang maka rumusan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Apakah faktor organisasi berpengaruh signifikan terhadap input, proses dan output kebijakan KTR di fasilitas kesehatan?
2. Apakah faktor lingkungan berpengaruh signifikan terhadap input, proses dan output kebijakan KTR di fasilitas kesehatan?
3. Apakah keberlanjutan berpengaruh signifikan terhadap input, proses dan output kebijakan KTR di fasilitas kesehatan?
4. Apakah faktor organisasi, faktor lingkungan dan keberlanjutan berpengaruh signifikan terhadap implementasi kebijakan KTR di fasilitas kesehatan?
5. Apakah input, proses dan output berpengaruh signifikan terhadap implementasi kebijakan KTR di fasilitas kesehatan?
6. Apakah faktor organisasi, faktor lingkungan dan keberlanjutan berpengaruh signifikan terhadap implementasi kebijakan KTR melalui input, proses dan output di fasilitas kesehatan?

7. Bagaimana model implementasi kebijakan KTR pada fasilitas kesehatan?

### **1.3 TUJUAN PENELITIAN**

#### **1. Tujuan Umum**

Menemukan model implementasi kebijakan KTR pada fasilitas kesehatan di Kota Makassar.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis pengaruh signifikan faktor organisasi terhadap input, proses dan output kebijakan KTR di fasilitas kesehatan.
- b. Menganalisis pengaruh signifikan faktor lingkungan terhadap input, proses dan output kebijakan KTR di fasilitas kesehatan.
- c. Menganalisis pengaruh keberlanjutan terhadap input, proses dan output kebijakan KTR di fasilitas kesehatan.
- d. Menganalisis pengaruh signifikan faktor organisasi, faktor lingkungan dan keberlanjutan terhadap implementasi kebijakan KTR di fasilitas kesehatan.
- e. Menganalisis pengaruh signifikan input, proses dan output terhadap implementasi kebijakan KTR di fasilitas kesehatan
- f. Menganalisis pengaruh signifikan faktor organisasi, faktor lingkungan dan keberlanjutan terhadap implementasi kebijakan KTR melalui input, proses dan output di fasilitas kesehatan
- g. Menganalisis model penerapan KTR di fasilitas kesehatan.

## **1.4 NOVELTY**

Novelty dalam penelitian ini adalah ditemukannya model implementasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok yang khusus diterapkan pada fasilitas kesehatan. Dimensi keberlanjutan merupakan dimensi yang paling berpengaruh signifikan terhadap penerapan KTR di fasilitas kesehatan Kota Makassar.

## **1.5 MANFAAT PENELITIAN**

### **1. Manfaat Ilmiah**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pedoman mengenai implementasi kebijakan KTR pada fasilitas kesehatan.

### **2. Manfaat bagi Institusi**

Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh fasilitas kesehatan sebagai bahan dan informasi untuk meningkatkan kepatuhan terhadap kebijakan KTR.

### **3. Manfaat Praktis**

Hasil penelitian diharapkan menjadi bahan rujukan/referensi bagi peneliti selanjutnya untuk jadi kajian lebih dalam tentang implementasi kebijakan KTR pada fasilitas kesehatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Tentang Implementasi Kebijakan**

##### **2.1.1 Definisi Implementasi**

Implementasi adalah suatu tindakan atau pelaksanaan dari sebuah rencana yang sudah disusun secara matang dan terperinci. Implementasi biasanya dilakukan setelah perencanaan sudah dianggap sempurna. Implementasi bukan sekedar aktivitas, tapi suatu kegiatan yang terencana dan untuk mencapai tujuan kegiatan (Nurdin Usman, 2002). Implementasi biasanya dilakukan setelah perencanaan sudah dianggap fix. Implementasi juga bisa berarti pelaksanaan yang berasal dari kata bahasa Inggris yaitu *Implement* yang berarti melaksanakan (E, 2013).

Implementasi dipandang secara luas mempunyai makna pelaksanaan undang-undang dimana berbagai actor, organisasi, prosedur, dan teknik bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan dalam upaya untuk meraih tujuan-tujuan kebijakan atau program-program (Winarno Budi, 2014). Secara umum istilah implementasi dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia berarti pelaksanaan atau penerapan. Istilah implementasi biasanya dikaitkan dengan suatu kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai tujuan tertentu.

### **2.1.2 Definisi 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 di dalamnya terjadi beberapa rangkaian aktivitas yang berkelanjutan (Djiko *et al* (2018) dalam Fauziah Resky Ananda (2021)).

Implementasi secara sederhana diartikan sebagai menyediakan sarana untuk menjalankan kebijakan public (Dachi, 2017). Makna implementasi adalah upaya untuk memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan merupakan focus perhatian implementasi kebijakan, yakni kejadian-kejadian atau kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman kebijakan negara, yang mencakup baik usaha-usaha untuk mengadministrasikannya maupun untuk menimbulkan akibat atau dampak nyata pada masyarakat atau kejadian-kejadian ((Mazmanian *et al*, 2015) dalam (Andriana Susanti, 2018))

### **2.1.3 Proses Implementasi Kebijakan**

Proses implementasi kebijakan itu sesungguhnya tidak hanya menyangkut perilaku badan administrative yang bertanggung jawab untuk melaksanakan program dan menimbulkan ketaatan pada diri

kelompok sasaran, melainkan pula menyangkut jaringan kekuatan-kekuatan politik, ekonomi dan sosial yang langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi perilaku dari semua pihak yang terlibat, dan yang pada akhirnya berpengaruh terhadap dampak, baik yang diharapkan (*intended*) maupun yang tidak diharapkan (*spillover/negative effects*) (Andriana Susanti, 2018).

Secara umum ada 2 (dua) pendekatan dalam implementasi kebijakan, yaitu (Dachi, 2017):

*a. Pendekatan Top Down*

Pendekatan ini dapat disamakan dengan pendekatan *Command and Control*. Pendekatan ini dilakukan secara tersentralisasi dimulai dari aktor di tingkat pusat dan keputusan-keputusan diambil di tingkat pusat. Pressman dan Wildavsky (Azmy, 2012) berpendapat tipe pendekatan ini secara jelas bergantung pada dokumen resmi. Lebih lanjut bahwa implementasi yang sukses bergantung pada hubungan antara organisasi yang berbeda dan berbagai departemen di tingkat lokal.

*b. Pendekatan Bottom Up*

Bertolak belakang dengan pendekatan *Top Down*, pendekatan *Bottom Up* lebih menyoroti implementasi kebijakan yang terformulasi dari inisiasi warga masyarakat. Pendekatan ini dapat disamakan dengan pendekatan *The Market Approach*

Pendekatan ini bertolak dari perspektif bahwa keputusan politik (kebijakan) yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan harus dilaksanakan oleh administrator atau birokrat yang berada di level bawah (*street level bureaucrat*). Argumentasi yang diberikan adalah bahwa masalah dan persoalan yang terjadi pada level daerah hanya dapat dimengerti secara baik oleh warga setempat. Oleh sebab itu pada tahap implementasinya pun suatu kebijakan selalu melibatkan masyarakat secara partisipatif.

Ada 4 tipeologi implementasi sebuah kebijakan yang menunjukkan potensi kegagalan dan keberhasilan pencapaian tujuan suatu kebijakan (Kasmad, 2013):

- a. *Defiance* atau penyimpangan. Tipe implementasi ini diwarnai terjadinya pengunduran atau bahkan pembatalan implementasi oleh implementor yang disertai dengan perubahan-perubahan, baik tujuan, kelompok sasaran maupun mekanisme implementasi, yang berakibat tidak tercapainya tujuan.
- b. *Delay* atau penundaan, yaitu penundaan tanpa modifikasi. Biasanya dalam kasus ini implementer menunda pelaksanaan implementasi, namun tidak melakukan perubahan terhadap isi kebijakan.

- c. *Strategic Delay* atau penundaan strategis, yaitu penundaan disertai modifikasi yang bertujuan memperbesar keberhasilan implementasi.
- d. *Compliance* atau taat, yaitu tipe implementasi dimana implementer menjalankan implementasi tanpa disertai dengan perubahan terhadap isi dan mekanisme implementasi kebijakan tersebut.

Menurut Abdul Wahab (2012) dalam David (2018) mengemukakan sejumlah tahap implementasi dari formulasi ke implementasi kebijakan negara:

- 1) Tahap I: Terdiri atas kegiatan-kegiatan
  - a. Menggambarkan rencana suatu program dengan penetapan tujuan secara jelas
  - b. Menentukan standar pelaksanaan
  - c. Menentukan biaya yang akan digunakan beserta waktu pelaksanaan
- 2) Tahap II: Merupakan pelaksanaan program dengan mendayagunakan struktur staf, sumber daya, prosedur, biaya serta metode.
- 3) Tahap III: Merupakan kegiatan-kegiatan:
  - a. Menentukan Jadwal
  - b. Melakukan Pemantauan

- c. Mengadakan pengawasan untuk menjamin kelancaran pelaksanaan program. Dengan demikian jika terdapat penyimpangan atau pelanggaran dapat diambil tindakan yang sesuai dengan segera.

Jadi implementasi kebijakan akan selalu berkaitan dengan perencanaan penetapan waktu dan pengawasan. Mempelajari masalah implementasi kebijakan berarti berusaha untuk memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program diberlakukan atau dirumuskan. Yakni peristiwa dan kegiatan yang terjadi setelah proses pengesahan kebijakan baik yang menyangkut usaha untuk mengadministrasi maupun usaha untuk memberikan dampak tertentu pada masyarakat. Hal ini tidak saja mempengaruhi perilaku lembaga yang bertanggung jawab atas sasaran (target grup) tetapi memperhatikan berbagai kekuatan politik, ekonomi, dan sosial yang berpengaruh pada implementasi kebijakan negara (David, 2018).

#### **2.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan**

Sebagaimana Model Implementasi Kebijakan George C. Edward III (1980) dalam Agustino (2016), ada empat variable yang berpengaruh terhadap keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan. Empat variable atau faktor yang dimaksud antara lain meliputi:

- 1) Komunikasi (*Communication*)

Komunikasi adalah proses penyampaian pikiran atau perasaan oleh seseorang kepada orang lain dengan menggunakan lambang-lambang yang bermakna bagi kedua pihak, dalam situasi yang tertentu komunikasi menggunakan media tertentu untuk merubah sikap atau tingkah laku seorang atau sejumlah orang sehingga ada efek tertentu yang diharapkan (Zulaeha, 2015)

Komunikasi kebijakan berarti merupakan proses penyampaian informasi kebijakan dari pembuat kebijakan (*policy maker*) kepada pelaksana kebijakan (*policy implementor*). Menurut Edward III, komunikasi sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan publik, implementasi yang efektif terjadi apabila para pembuat keputusan sudah mengetahui apa yang akan mereka kerjakan.

Komunikasi kebijakan memiliki tiga dimensi, yaitu:

- a. Transformasi (*transmission*), yaitu yang menghendaki agar kebijakan public dapat ditransformasikan kepada para pelaksana, kelompok sasaran, dan pihak lain yang terkait dengan kebijakan.
- b. Kejelasan (*clarity*), yaitu yang menghendaki agar kebijakan yang ditransmisikan kepada pelaksana, target grup, dan pihak lain yang berkepentingan langsung maupun tidak langsung terhadap kebijakan dapat diterima dengan jelas

sehingga di antara mereka mengetahui apa yang menjadi maksud, tujuan dan sasaran serta substansi dari kebijakan public tersebut dapat tercapai secara efektif dan efisien.

- c. Konsistensi (*consistency*), yaitu yang menghendaki agar dalam pelaksanaan kebijakan haruslah konsisten dan jelas (untuk diterapkan dan dijalankan), karena jika perintah yang diberikan berubah-ubah, maka dapat menimbulkan kebingungan bagi para pelaksana lapangan.

## 2) Sumber Daya (*Resources*)

Sumber daya memiliki peran penting dalam menjalankan sebuah implementasi kebijakan, karena tanpa adanya sumber daya yang mendukung dalam mengimplementasikan sebuah kebijakan, maka sulit untuk mencapai cita-cita yang diharapkan. Efektifitas dalam pengimplementasian kebijakan ditentukan dengan tersedianya sumber daya yang memadai terutama personil yang akan menjalankannya harus memiliki rasa tanggung jawab yang tinggi serta mempunyai sumber-sumber untuk melakukan pekerjaan secara efektif (Andriana Susanti, 2018).

Edward III mengemukakan bahwa faktor sumber daya ini juga memiliki peranan penting dalam implementasi kebijakan. Dalam implementasi kebijakan, sumber daya terdiri dari empat variabel, yaitu :

- a. Sumber daya manusia (*Staff*), merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi keberhasilan dan kegagalan pelaksana kebijakan. Edward III menegaskan bahwa "*Probably the most essential recourses in implementing policy is staff*". Sumber daya manusia (*staff*), harus cukup (jumlah) dan cakap (keahlian). Oleh karena itu, sumberdaya manusia harus ada kegiatan dan kelayakan antara jumlah staf yang dibutuhkan dan keahlian yang dimiliki sesuai dengan tugas pekerjaan yang ditanganinya.
- b. Sumber daya anggaran, yang dimaksud adalah dana (anggaran) yang diperlukan untuk membiayai operasionalisasi pelaksana kebijakan. Sumberdaya keuangan (anggaran) akan mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan kebijakan. Disamping program tidak dapat dilaksanakan dengan optimal, terbatasnya anggaran menyebabkan disposisi para pelaku kebijakan rendah, bahkan akan terjadi *goal displacement* yang dilakukan oleh pelaksana kebijakan terhadap pencapaian tujuan. Maka dari itu, perlu ditetapkan suatu sistem insentif dalam sistem akuntabilitas.
- c. Sumber daya peralatan (*facility*), merupakan sarana yang digunakan untuk operasionalisasi implementasi suatu kebijakan yang meliputi gedung, tanah, dan sarana yang

semuanya akan memudahkan dalam memberikan pelayanan dalam implementasi kebijakan.

- d. Sumber daya informasi dan kewenangan, yang dimaksud adalah informasi yang relevan dan cukup tentang berkaitan dengan bagaimana cara mengimplementasikan suatu kebijakan. Kewenangan yang dimaksud adalah kewenangan yang digunakan untuk membuat keputusan sendiri dalam bingkai melaksanakan kebijakan yang menjadi kewenangannya.

### 3) Disposisi (*Dispotition*)

Salah satu faktor yang mempengaruhi efektifitas implementasi kebijakan adalah sikap implementor. Jika implementor setuju dengan bagian-bagian isi dari kebijakan maka mereka akan melaksanakan dengan senang hati tetapi jika pandangan mereka berbeda dengan pembuat kebijakan maka proses implementasi akan mengalami banyak masalah. Ada tiga bentuk sikap/respon implementor terhadap kebijakan; kesadaran pelaksana, petunjuk/arahan pelaksana untuk merespon kebijakan kearah penerimaan atau penolakan, dan intensitas dari respon tersebut. Para pelaksana mungkin memahami maksud dan sasaran program namun seringkali mengalami kegagalan dalam melaksanakan program secara tepat karena mereka menolak tujuan yang ada di dalamnya sehingga secara sembunyi-

sembunyi menghilangkan dan menghindari implementasi kebijakan. Di samping itu dukungan para pejabat pelaksana sangat dibutuhkan dalam mencapai tujuan kebijakan. Dukungan dari pimpinan sangat mempengaruhi pelaksanaan kebijakan dalam mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Wujud dari dukungan pimpinan ini adalah menempatkan kebijakan menjadi prioritas, penempatan pelaksana dengan orang-orang yang mendukung kebijakan, memperhatikan keseimbangan daerah, agama, suku, jenis kelamin dan karakteristik demografi yang lain (Andriana Susanti, 2018).

Disposisi merupakan sikap dari pelaksana kebijakan untuk melaksanakan kebijakan secara sungguh-sungguh sehingga tujuan kebijakan dapat diwujudkan. Sikap yang bisa mempengaruhi berupa sikap menerima, acuh tak acuh, atau menolak. Hal ini dipengaruhi oleh pengetahuan dari seorang implementor akan kebijakan tersebut mampu menguntungkan organisasi atau dirinya sendiri. Pada akhirnya, intensitas disposisi implementor dapat mempengaruhi pelaksana kebijakan. Kurangnya atau terbatasnya intensitas disposisi ini, akan bisa menyebabkan gagalnya implementasi kebijakan.

#### 4) Struktur Birokrasi (*Bureaucratic Structure*)

Menurut Edward III, kebijakan yang begitu kompleks menuntut adanya kerjasama banyak orang, ketika struktur

birokrasi tidak kondusif pada kebijakan yang tersedia, maka hal ini akan menyebabkan sumber-sumber daya yang tidak termotivasi sehingga menghambat jalannya kebijakan. Birokrasi sebagai pelaksana sebuah kebijakan harus dapat mendukung kebijakan yang telah diputuskan secara politik dengan jalan melakukan koordinasi dengan baik.

Dua karakteristik menurut Edward III, yang dapat mendongkrak kinerja struktur birokrasi atau organisasi ke arah yang lebih baik adalah :

- a. Membuat *Standard Operating Procedures* (SOPs) yang lebih fleksibel; SOPs adalah suatu prosedur atau aktivitas terencana rutin yang memungkinkan para pegawai (atau pelaksana kebijakan seperti aparatur, administrator, atau birokrat) untuk melaksanakan kegiatan-kegiatannya pada setiap harinya sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- b. Melaksanakan fragmentasi, tujuannya untuk menyebar pelbagai tanggung jawab aktivitas, kegiatan atau program pada beberapa unit kerja yang sesuai dengan bidangnya masing-masing. Dengan fragmentasinya struktur birokrasi, maka implementasi akan lebih efektif karena dilaksanakan oleh organisasi yang berkompeten dan kapabel.

### **2.1.5 Faktor yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan Kesehatan**

Menurut Leichter dalam Ita Purnamasari (2018), faktor yang memengaruhi kebijakan kesehatan adalah:

#### **1) Faktor Situasional**

Keadaan ini merupakan kondisi yang tidak permanen atau khusus yang dapat berdampak pada kebijakan. Faktor ini bersifat satu kejadian atau terlalu lama menjadi perhatian public.

#### **2) Faktor Struktural**

Faktor ini meliputi:

- a. Sistem politik yaitu mencakup keterbukaan sistem dan kesempatan bagi warga masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembahasan dan keputusan kebijakan.
- b. Bidang ekonomi dan dasar untuk tenaga kerja (contohnya banyak tenaga yang terlatih pada satu daerah, tapi pekerjaan sedikit, maka negara dapat memindahkan tenaga profesional ke daerah yang kurang tenaga)
- c. Kondisi demografi atau kemajuan teknologi (contohnya Perubahan teknologi menambah jumlah wanita hamil melahirkan secara cesar)
- d. Kekayaan suatu negara akan berpengaruh kuat terhadap jenis layanan kesehatan

#### **3) Faktor Budaya**

Kedudukan sabagai minoritas atau perbedaan bahasa dapat menyebabkan kelompok tertentu memiliki informasi yang tidak sama tentang hak-hak mereka, ataupun menerima layanan tidak sesuai dengan kebutuhan mereka. Misalnya di beberapa negara para wanita tidak dapat mudah mengunjungi fasilitas kesehatan (karena harus ditemani suami atau keluarga, contohnya TBC, HIV).

#### 4) Faktor Internasional

Dapat menyebabkan meningkatnya ketergantungan antar negara dan memengaruhi kemandirian dan kerjasama internasional dalam kesehatan. Meskipun banyaknya masalah kesehatan berhubungan dengan pemerintah nasional, sebagian dari masalah memerlukan kerjasama organisasi tingkat nasional, regional maupun multilateral, contohnya pembrantasan polio.

## **2.2 Tinjauan tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR)**

### **2.2.1 Definisi Kawasan Tanpa Rokok (KTR)**

Kawasan Tanpa Rokok adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan Produk Tembakau (RI, 2012). Penetapan KTR merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok. Secara umum

penetapan KTR bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat rokok dan secara khusus, tujuan penetapan KTR adalah mewujudkan lingkungan yang bersih, sehat, aman, dan nyaman, memberikan perlindungan bagi masyarakat bukan perokok, menurunkan angka perokok, mencegah perokok pemula dan melindungi generasi muda dari penyalhgunaan Narkotika, Psikotropika, dan zat Adiktif (NAPZA) (Andriana Susanti, 2018).

Penetapan Kawasan Tanpa Rokok merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok. Penetapan KTR 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 yang ada dari asap rokok (Kementerian Kesehatan RI, 2011)

Area yang termasuk Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut:

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan
- b. Tempat proses belajar mengajar
- c. Tempat anak bermain
- d. Tempat ibadah
- e. Angkutan umum
- f. Tempat kerja

g. Tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan

Ada beberapa alasan penting terkait perlunya peraturan 100%

Kawasan Tanpa Rokok, yaitu:

- a. Pekerja dan karyawan mempunyai hak untuk bekerja di lingkungan kerja yang sehat dan tidak membahayakan.
- b. Setiap orang mempunyai hak untuk tumbuh dan berkembang di lingkungan yang sehat, wujudkan kota dan kabupaten layak tanpa asap rokok.
- c. Tidak ada batas aman untuk setiap paparan asap rokok orang lain, oleh sebab itu 100% KTR merupakan upaya yang efektif untuk melindungi masyarakat.
- d. Pemerintah telah menetapkan KTR untuk melindungi masyarakat dari bahaya asap rokok melalui Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 115 ayat (1) dan Pemerintah Daerah wajib menetapkan KTR di wilayahnya sesuai pasal 115 ayat (2)
- e. Peraturan Pemerintah No. 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan.
- f. Di Indonesia, KTR 100% sangat populer. Jajak pendapat umum memperlihatkan bahwa peraturan tentang KTR sangat populer dimanapun diberlakukan, bahkan di antara para perokok.

- g. Kebijakan KTR menurunkan paparan Asap Rokok Orang Lain (AROL) sebesar 80-90% di kawasan dengan paparan yang tinggi. KTR 100% mengurangi kematian dari penyakit jantung.
- h. Peraturan KTR 100% tidak mengganggu bisnis. Negara-negara telah menerapkan KTR secara menyeluruh, dimana lingkungan asap rokok sangat populer, mudah dilaksanakan dan penegakan KTR diterapkan, menimbulkan dampak positif pada dunia usaha, termasuk restoran, hotel dan bar. (WHO Report On The Global Tobacco Epidemic dalam Kementerian Kesehatan RI, 2017)

### **2.2.2 Aturan Kawasan Tanpa Rokok (KTR)**

Analisis beberapa peraturan perundang-undangan berkaitan dengan KTR, seperti berikut:

1. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
  - a. Kewenangan Pemerintahan Daerah dalam menetapkan kawasan tanpa rokok diatur juga didalam pasal 115 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan yang berbunyi sebagai berikut :

*“Pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya”*

- b. Berdasarkan ketentuan yang sudah diatur didalam pasal 115 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan maka pemerintah daerah mempunyai kewajiban untuk menetapkan suatu peraturan daerah mengenai

kawasan tanpa rokok. Secara hirarki peraturan perundang-undangan maka Peraturan Daerah ini nantinya merupakan turunan dari peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi di atasnya. Berdasarkan Pasal 115 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 maka Pemerintah Daerah Kota Makassar wajib untuk membuat suatu Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok.

2. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 1999 Tentang Pengendalian Pencemaran Udara

- a. Dalam pasal 16 Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 1999 Tentang Pengendalian Pencemaran Udara menyebutkan bahwa Pengendalian pencemaran udara meliputi pencegahan dan penanggulangan pencemaran, serta pemulihan mutu udara dengan melakukan inventarisasi mutu udara ambien. Pencegahan sumber pencemar baik dari sumber bergerak maupun sumber tidak bergerak termasuk sumber gangguan serta penanggulangan keadaan darurat.
- b. Pasal di atas menegaskan bahwa perlu adanya pengendalian pencemaran udara. Pengendalian tersebut baik dari sumber bergerak maupun tidak bergerak. Terkait pencemaran udara dari sumber bergerak yaitu berupa asap rokok maka perlu adanya pengaturan dan

pembatasan aktivitas merokok yang bertujuan agar masyarakat luas terlindungi dari ancaman bahaya merokok dan asap yang dihasilkan. Selain itu masyarakat terjamin hak nya untuk mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat.

3. Peraturan Pemerintah No. 109 Tahun 2012 Tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif

- a. Kewenangan pemerintah daerah dalam menetapkan kawasan tanpa rokok diatur juga didalam Pasal 52 peraturan pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif yang berbunyi sebagai berikut :

*“Pemerintah Daerah Wajib Menetapkan Kawasan Tanpa Rokok Di wilayahnya”*

- b. Peraturan Pemerintah ini menegaskan kembali bahwa pemerintah daerah diberikan kewajiban untuk menetapkan suatu peraturan daerah mengenai kawasan tanpa rokok. Secara Yuridis, Pemerintah Daerah Kota Makassar memiliki landasan yang kuat untuk menetapkan suatu peraturan daerah mengenai kawasan tanpa rokok.

4. Peraturan Bersama Menteri Kesehatan Nomor 188/MENKES/PB/1/2011 dan Menteri Dalam Negeri Nomor 7

Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan kawasan Tanpa Rokok

- a. Kewenangan Pengaturan mengenai kawasan tanpa rokok di kabupaten / kota diatur kembali didalam Pasal 6 ayat (1) Peraturan Bersama Menteri Kesehatan Nomor188/MENKES/PB/1/2011 dan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok menyebutkan bahwa:

*“Ketentuan lebih lanjut mengenai KTR di provinsi dan kabupaten/kota diatur dengan peraturan daerah provinsi dan peraturan daerah kabupaten/kota.”*

- b. Pasal ini menegaskan kembali bahwa Pemerintah Daerah mempunyai kewenangan untuk membuat ketentuan lebih lanjut mengenai kawasan tanpa rokok. Pemerintah Daerah diberikan kebebasan untuk menetapkan kawasan tanpa rokok diwilayahnya masing- masing.
5. Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan No. 34 Tahun 2005 No. 1138/Menkes/PE/VIII/2005 Tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat
    - a. Dalam Pasal 1 ayat 4 Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan No.34 Tahun 2005, No.1138/Menkes/PB/VIII/2005 tentang Penyelenggaraan

Kabupaten/Kota Sehat mengatur mengenai kawasan sehat. Kawasan Sehat adalah suatu kondisi wilayah yang bersih, nyaman, aman dan sehat bagi pekerja dan masyarakat, melalui peningkatan suatu kawasan potensial dengan kegiatan yang terintegrasi yang disepakati masyarakat, kelompok usaha dan pemerintah daerah

- b. Berdasarkan peraturan bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan maka pemerintah daerah kota Makassar harus melakukan beberapa upaya untuk peningkatan suatu kawasan potensial dengan kegiatan yang terintegrasi agar terwujudnya suatu kawasan sehat. Salah satu upaya yang harus dilakukan adalah dengan menetapkan suatu kawasan tanpa rokok. Dengan penetapan kawasan tanpa rokok berarti pemerintah daerah kota Makassar telah melakukan upaya untuk menyelenggarakan kota sehat. Selain itu pemerintahan kota Makassar telah melakukan pembatasan terhadap para perokok dan mengurangi dampak dari asap rokok kepada masyarakat luas.

6. Peraturan Daerah Kota Makassar No. 4 Tahun 2013 Tentang Kawasan Rokok

- a. Dalam pasal 2 Perda Kota Makassar ini menyebutkan bahwa tujuan dari ditetapkannya Kawasan Tanpa Rokok

untuk melindungi kesehatan masyarakat dari bahaya akibat merokok, membudayakan hidup sehat dan menekan angka pertumbuhan perokok pemula.

- b. Peraturan Daerah Kota Makassar No. 4 Tahun 2013 menegaskan bahwa Pemkot Makassar sangat peduli dan serius dalam melindungi kepentingan masyarakat khususnya sebagai pemberian kepastian hukum bagi masyarakat agar terlindungi dari dampak negatif merokok dan asap yang dihasilkan.

#### **2.2.4 Area Kawasan Tanpa Rokok**

Berdasarkan Peraturan Daerah Kota Makassar Nomor 4 Tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok menetapkan beberapa Kawasan Tanpa Rokok, yaitu:

- a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah fasilitas yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitative yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat (Perpres No. 71 tahun 2013). Fasilitas pelayanan kesehatan dalam area KTR sebagaimana dimaksud Perda Kota Makassar No. 4 tahun 2013 meliputi Rumah Sakit, Balai Kesehatan, Puskesmas, Balai Pengobatan, Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak, Klinik

Kecantikan, Tempat Prakti Dokter/Bidan/Perawat, Apotik,  
Toko Obat dan Laboratorium Kesehatan.

b. Tempat Proses Belajar Mengajar

Sarana yang digunakan untuk kegiatan belajar, mengajar, pendidikan dan pelatihan (David, 2018). Tempat proses belajar mengajar yang dimaksud adalah Tempat Pendidikan Formal (Sekolah Dasar, Sekolah Menengah Pertama, Sekolah Menengah Kejuruan, Madrasah, Akademi, Politeknik, Sekolah Tinggi, Institut, Universitas) dan Tempat Pendidikan Non Formal (Lembaga Kursus, Lembaga Pelatihan, Kelompok Belajar, Taman Kanak-kanak, Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat)

c. Tempat Anak Bermain

Area dengan tempat baik terbuka maupun tertutup yang digunakan oleh anak-anak untuk bermain. Tempat anak bermain yang dimaksud adalah Kelompok Bermain Anak, Tempat Penitipan Anak, Tempat Pengasuhan Anak dan Arena Bermain anak.

d. Tempat Ibadah

Tempat ibadah sebagaimana yang dimaksud dalam Perda Kota Makassar tentang KTR adalah Masjid, Mushola, Gereja, Pura, Wihara dan Klenteng.

e. Angkutan Umum

Alat transportasi untuk masyarakat yang berupa mendaraan darat, air dan udara dengan kompensasi. Yang termasuk angkutan umum adalah Bus, Mikrolet, Taxi dan Perahu.

f. Tempat Kerja

Tempat dengan ruangan terbuka atau tertutup, bergerak atau tetap dimana para tenaga kerja bekerja, atau yang dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha dan terdapat sumber bahaya. Tempat kerja tersebut yaitu tempat kerja pada instansi pemerintah dan tempat kerja swasta berbadan hukum dalam bentuk Perseroan Terbatas (Terbuka/Tbk), kecuali tempat memproduksi produk tembakau diperbolehkan memproduksi produk tembakau.

g. Tempat Umum dan tempat lainnya

Tempat umum mencakup semua tempat terbuka ataupun tertutup yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat umum dan atau tempat yang dimanfaatkan bersama-sama untuk kegiatan masyarakat yang dikelola oleh pemerintah, swasta, dan masyarakat. Tempat umum dan tempat lainnya adalah Hotel, Restoran, Pusat Perbelanjaan, Supermarket, Hypermarket, Mall, Plaza, Pasaar Modern, Bioskop, Terminal, Stasiun, Pelabuhan, Tempat Berolahraga, dan Tempat

Wisata. Kawasan sejenis yang belum diterapkan dalam Peraturan Daerah ini, ditetapkan oleh Walikota.

#### **2.2.5 Objek Kawasan Tanpa Rokok**

Dalam implementasinya, terdapat berbagai objek sebagai indikator dalam pelaksanaan dan pengawasan kebijakan KTR, yaitu (David, 2018):

- a. Ada atau tidaknya tanda “dilarang merokok” yang cukup jelas dan mudah terbaca di pintu masuk gedung.
- b. Ada atau tidaknya orang merokok di tempat yang telah ditetapkan sebagai Kawasan Tanpa Rokok.
- c. Ada atau tidaknya area atau ruangan merokok dalam gedung dengan atau tanpa ventilasi untuk menghilangkan asap rokok.
- d. Ada atau tidaknya tanda-tanda promosi atau iklan rokok di Kawasan Tanpa Rokok (penjualan rokok di Kawasan Tanpa Rokok hanya dibenarkan bagi yang memiliki izin usaha untuk menjual)
- e. Ada atau tidaknya asbak dan/atau sarana pendukung merokok di tempat yang ditetapkan sebagai Kawasan Tanpa Rokok
- f. Ada atau tidaknya bau rokok di dalam gedung tertutup yang ditetapkan sebagai Kawasan Tanpa Rokok
- g. Ada atau tidaknya puntung rokok di gedung tertutup yang ditetapkan sebagai Kawasan Tanpa Rokok.

## **2.2.6 Sanksi Peraturan Daerah Tentang Kawasan Tanpa Rokok**

Dalam Peraturan Daerah Kota Makassar Nomor 4 Tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok, adapun sanksi yang diberikan kepada yang melanggar ketentuan tersebut, sebagai berikut:

### **a. Sanksi Administratif**

Pada Perda Kota Makassar No. 4 Tahun 2013 disebutkan, setiap orang yang melakukan pelanggaran pada ketentuan yang sudah diatur maka akan dikenakan sanksi administrative oleh Pemerintah Daerah berupa:

- 1) Teguran lisan;
- 2) Peringatan tertulis;
- 3) Penghentian kegiatan;
- 4) Penerbitan rekomendasi pencabutan izin kepada instansi pemberi izin;
- 5) Denda administrative.

### **b. Sanksi Pidana**

Setiap orang ataupun penanggung jawab KTR yang dengan sengaja tidak mematuhi akan dikenakan sanksi pidana dengan kurungan paling lama 3 (tiga) bulan atau pidana denda paling banyak Rp 50.000.000.

## **2.3 Tinjauan Tentang Perilaku Merokok**

### **2.3.1 Pengertian Perilaku**

Perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan tujuan baik disadari maupun tidak. Perilaku merupakan kumpulan berbagai faktor yang saling berinteraksi. Oleh sebab itu perilaku manusia mempunyai bentangan yang sangat luas, mencakup berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian, bahkan kegiatan internal seperti berpikir, persepsi dan emosi juga merupakan perilaku manusia (Wawan & Dewi, 2010). Perilaku adalah sebuah respon dari diri sendiri terhadap suatu obyek atau benda yang ada di sekitarnya (Notoatmodjo, 2014).

### **2.3.2 Perilaku Merokok**

Perilaku merokok adalah menghisap asap tembakau yang telah menjadi cerutu kemudian disulut api. Ada dua tipe perokok, yaitu perokok aktif yang menghisap rokok secara langsung, dan perokok pasif yang menghisap rokok secara tidak langsung. Perilaku merokok merupakan aktivitas manusia yang berhubungan dengan perilaku merokoknya yang di ukur melalui intensitas merokok, tempat merokok, waktu merokok, dan fungsi merokok dalam kehidupan sehari-hari (Rif'an, 2010)

Perilaku merokok adalah bentuk nyata yang dilakukan individu terhadap kebiasaan merokok. Determinan perilaku

merokok dapat disebabkan oleh banyak faktor baik internal dan eksternal individu. Merokok sebagai bentuk perilaku merupakan manifestasi dari kebutuhan-kebutuhan tertentu yang dapat terpenuhi apabila seseorang dengan cara mengisap rokok yang dapat diamati atau diukur dengan melihat volume atau frekuensi merokok seseorang (Shiffman, 1993 dalam Usman, 2018)

Secara epidemiologi, kecenderungan perilaku merokok merupakan masalah kesehatan di seluruh dunia. WHO memprediksi bahwa pada tahun 2020 penyakit yang berhubungan dengan tembakau akan menjadi masalah kesehatan utama, dan menyebabkan sekitar 8,4 juta kematian setiap tahun. Selain itu prevalensi pria merokok pada negara dengan pendapatan menengah ke bawah masih sangat tinggi yaitu 39%, dibandingkan pada pria dari negara dengan pendapatan menengah ke atas yaitu 35% (WHO, 2011)

### **2.3.3 Faktor Penyebab Perilaku Merokok**

Banyak faktor yang melatarbelakangi perilaku merokok. Secara umum, perilaku merokok merupakan fungsi dari lingkungan dan individu. Artinya, perilaku merokok selain disebabkan faktor dari dalam diri juga disebabkan faktor lingkungan (Rachmat, Thaha and Syafar, 2013). Faktor penyebab perilaku merokok internal dan eksternal yaitu:

- a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan faktor predisposisi yang memengaruhi perilaku seseorang, mereka yang berpengetahuan tinggi diharapkan berperilaku positif (Rachmat, Thaha and Syafar, 2013). Pengetahuan tentang bahaya rokok yang kurang akan memiliki cenderung seseorang untuk merokok, karena itu menurut Notoatmodjo pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Juliansyah and Rizal, 2018).

b. Sikap

Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup dan memiliki batasan-batasan dari seseorang terhadap suatu stimulus (Lubis and Sihotang, 2012). Sikap merupakan mekanisme mental yang mengevaluasi, membentuk pandang, mewarnai perasaan dan akan ikut menentukan kecenderungan perilaku individu, bahkan terhadap individu itu sendiri. Sikap yang timbul tidak saja ditentukan oleh keadaan objek yang sedang dihadapi tetapi juga dengan kaitannya dengan pengalaman-pengalaman masa lalu, oleh situasi saat sekarang, dan oleh harapan-harapan untuk masa yang akan datang (Damang, Syakur and Andriani, 2019). Sikap merupakan faktor personal yang berkaitan dengan perilaku, termasuk perilaku merokok (Rachmat, Thaha and Syafar, 2013).

#### c. Teman Sebaya

Lingkungan masyarakat memiliki peranan penting dalam pembentukan perilaku merokok. Perilaku merokok secara tidak langsung telah menjadi perilaku yang sudah dianggap wajar dalam struktur masyarakat. Selain itu adanya lingkungan pertemanan merupakan aspek yang dapat mempengaruhi perilaku merokok. Lingkungan pertemanan menjadi aspek yang tidak dapat dihindarkan oleh para perokok karena terpengaruh dengan teman sebayanya (Nugroho, 2017)

#### d. Iklan Rokok

Iklan rokok sebagai media promosi rokok dan berbagai jenis sangat potensial membentuk sikap dan perilaku merokok. Bagi perokok, merokok dan iklan rokok memberikan konotasi positif, seperti hidup stabil, kesenangan, baik rasa, merasa begitu kaya, mengesankan, penampilan yang baik dan menarik (Rachmat, Thaha and Syafar, 2013). Melihat iklan di media massa dan elektronik yang menampilkan gambar bahwa perokok adalah lambang kejantanan atau glamour, membuat perokok sering kali terpicu untuk mengikut perilaku seperti yang ada dalam iklan tersebut (Juliansyah and Rizal, 2018)

## **2.4 Berbagai Model Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok**

### **2.4.1 Definisi Model**

Model adalah sebuah representasi yang disederhanakan dari suatu objek, barang, atau ide. Tujuannya adalah untuk mempelajari sistem yang sebenarnya. Model dapat berupa tiruan dari objek, sistem, atau peristiwa nyata yang hanya menyertakan informasi yang dianggap penting untuk dipelajari. Dengan menggunakan model, kita dapat melihat masalah dengan cara yang lebih sederhana. Model ini berfungsi sebagai deskripsi atau formalisasi dari sistem nyata dalam bahasa tertentu. Sistem nyata merujuk pada sistem yang ada dalam kehidupan sehari-hari, yang menarik perhatian kita dan merupakan pusat perhatian kita (Faizarteta, 2020). Semakin banyak kita belajar tentang konsep dan model ini, semakin paham kita tentang berbagai sistem dalam kehidupan nyata. Ini membantu kita dalam memahami kompleksitas dari dunia di sekitar kita.

Dalam proses pemodelan, suatu model didesain dengan maksud untuk menjadi gambaran yang ideal dari operasi sebuah sistem nyata. Melalui model ini, diharapkan dapat menjelaskan hubungan-hubungan penting yang terkait dengan sistem tersebut. Model ini digunakan sebagai sebuah deskripsi fungsional dari sistem nyata, dengan harapan dapat menjelaskan atau menunjukkan hubungan penting yang ada. Tujuan dari studi pemodelan adalah untuk mencari tahu informasi apa yang dianggap penting untuk dikumpulkan sehingga tidak ada model tunggal yang dibuat. Dalam hal ini, suatu sistem dapat memiliki beberapa model, tergantung pada sudut pandang dan preferensi pemodel (Arif, 2017).

Pemodelan sistem adalah serangkaian kegiatan pemodelan di mana model dipergunakan sebagai representasi atau abstraksi dari objek atau situasi nyata. Melalui pemodelan ini, dilakukan penyederhanaan dari realitas yang kompleks menjadi bentuk yang lebih mudah dipahami. Ini adalah sebuah proses yang kompleks dan dapat melibatkan banyak pertimbangan serta interpretasi yang bervariasi dari pemodel itu sendiri. Dengan melakukan pemodelan, diharapkan akan terjadi pemahaman yang lebih baik tentang sistem yang diteliti (Arif, 2017)

Model yang dikembangkan dengan sistem dinamik mempunyai karakteristik sebagai berikut (Noorsaman & Wahid, 1998):

- a) Menggambarkan hubungan sebab akibat dari sistem.
- b) Sederhana dalam mathematical nature
- c) Sinonim dengan terminologi dunia industri, ekonomi, dan sosial dalam tata nama.
- d) Dapat melibatkan banyak variabel.
- e) Dapat menghasilkan perubahan yang tidak kontinyu jika dalam keputusan memang dibutuhkan.

#### **2.4. 2 Kegunaan Model**

Terdapat beberapa kegunaan model antara lain sebagai berikut (Faizarteta, 2020):

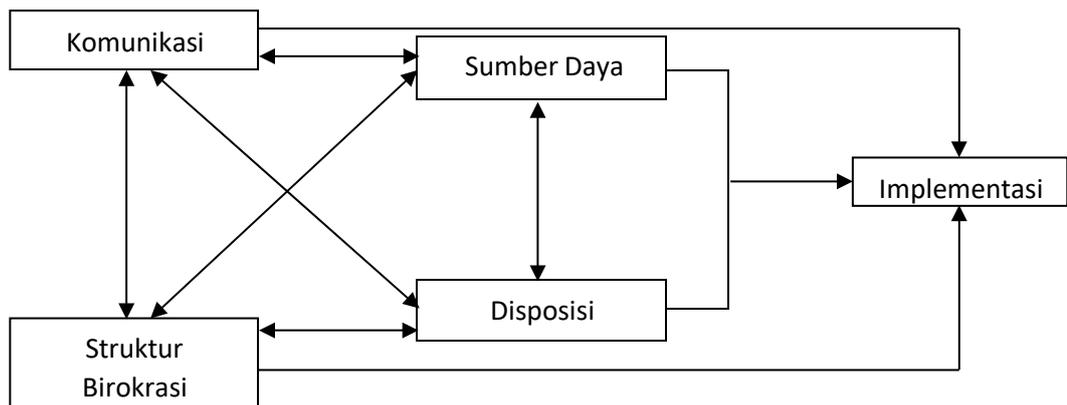
- a) Membantu berpikir dan menjelaskan fakta.
- b) Untuk komunikasi/bimbingan.

- c) Untuk prediksi/evaluasi.
- d) Digunakan untuk kontrol.
- e) Teori alternatif/jika teori sudah ada, sebagai amandemen teori.

## 2.4. 1 Model Implementasi Kebijakan

### 2.4.1.1 Model George C Edward III

Teori Implementasi Kebijakan Model George C Edward III Menurut teori implementasi kebijakan George C Edward III dalam (Agustino,2008) terdapat empat variabel yang sangat menentukan keberhasilan implementasi suatu kebijakan, yaitu : (1) komunikasi;(2) sumberdaya; (3) disposisi; dan (4) sruktur birokrasi. Teori Model George C Edward III dapat digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 2. 1 Model George C. Edward III (Agustino, 2016)**

Model ini memiliki kelebihan yaitu kemampuan menyederhanakan fenomena-fenomena yang kompleks menjadi

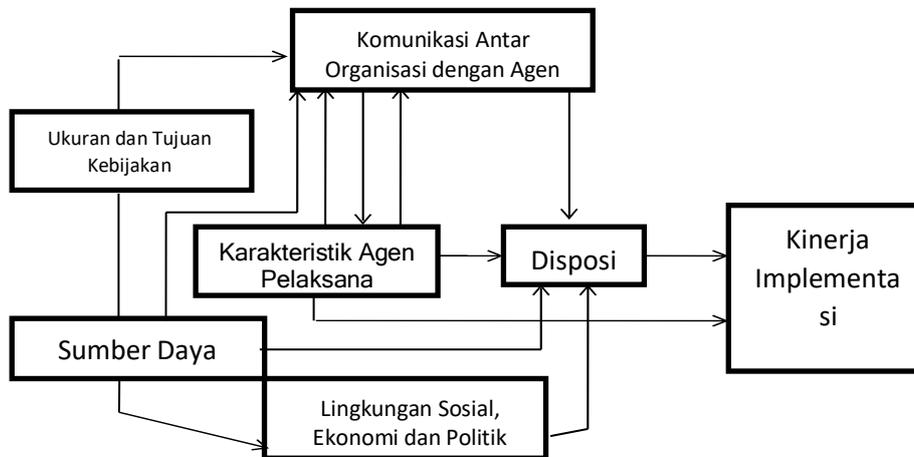
suatu model implementasi kebijakan yang tidak rumit. Namun demikian juga memiliki kelemahan yaitu tidak mampu mengidentifikasi dan menjelaskan faktor di luar organisasi pelaksana, atau birokrasi pemerintahan (Arief, Jumadi and Abdullah, 2016)

#### **2.4.1.2 Model Donald Van Meter dan Carl Van Horn**

Disebut dengan *A Model of The Policy Implementation*. Ada enam variabel menurut Van Metter dan Van Horn yang mempengaruhi kinerja kebijakan publik, adalah (Dachi, 2017):

- a) Ukuran dan tujuan kebijakan
- b) Sumber daya
- c) Karakteristik agen pelaksana
- d) Sikap/ kecenderungan (*Disposition*) para pelaksana
- e) Komunikasi antar organisasi dan aktivitas pelaksana
- f) Lingkungan ekonomi, sosial dan politik

Teori Model Donald Van Meter dan Carl Van Horn dapat digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 2. 2 Model Donald Van Meter dan Carl Van Horn (Dachi, 2017)**

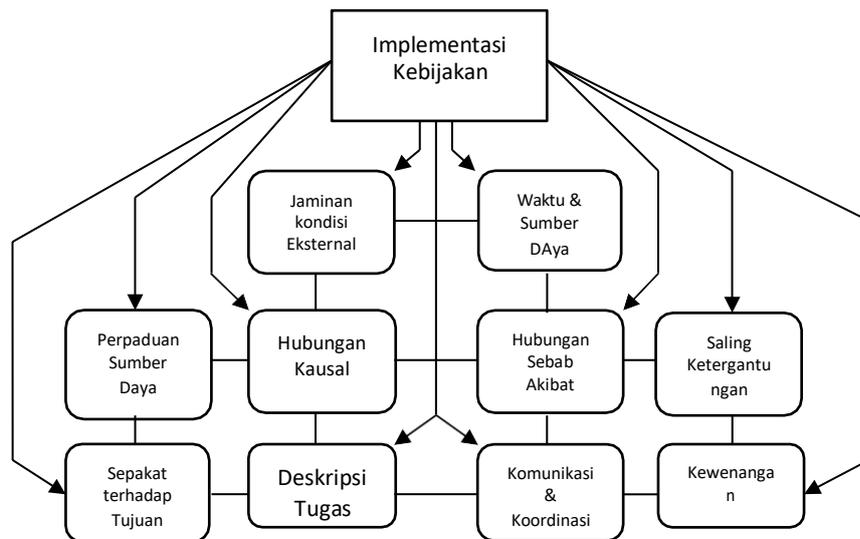
### 2.4.1.3 Model Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gunn

Untuk dapat mengimplementasikan kebijakan public secara sempurna (*perfect implementation*) menurut Hogwood dan Gunn, diperlukan beberapa persyaratan. Adapun syarat-syarat tersebut adalah sebagai berikut (Murwati, 2010):

- 1) Kondisi eksternal yang dihadapi oleh Badan/Instansi pelaksana tidak akan menimbulkan gangguan/kendala yang serius.
- 2) Untuk pelaksanaan program tersedia waktu dan sumber-sumber yang cukup memadai
- 3) Perpaduan sumber-sumber yang diperlukan benar-benar tersedia
- 4) Kebijakan yang akan diimplementasikan didasari oleh suatu hubungan kausalitas yang handal
- 5) Hubungan kausalitas bersifat langsung dan hanya sedikit mata rantai penghubungnya

- 6) Hubungan saling ketergantungan harus kecil
- 7) Pemahaman yang mendalam dan kesepakatan terhadap tujuan
- 8) Tugas-tugas diperinci dan ditempatkan dalam urutan yang tepat
- 9) Komunikasi dan koordinasi yang sempurna
- 10) Pihak-pihak yang memiliki wewenang kekuasaan dapat menuntut dan mendapatkan kepatuhan yang sempurna

Model Hoogwood and Gunn digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 2. 3 Model Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gunn (Murwati, 2010)**

#### 2.4.1.4 Model Marile S. Grindle

Keberhasilan implementasi kebijakan menurut Grindle (1980) dipengaruhi oleh dua faktor variable besar, yaitu isi kebijakan (*content of policy*) dan lingkungan implementasi (*context of implementation*). Ide dasarnya adalah bahwa setelah kebijakan ditransformasikan, maka implementasi kebijakan dilakukan. Keberhasilannya ditentukan oleh data *implementability* dari kebijakan tersebut (Murwati, 2010):

1) *Content of Policy*, mencakup:

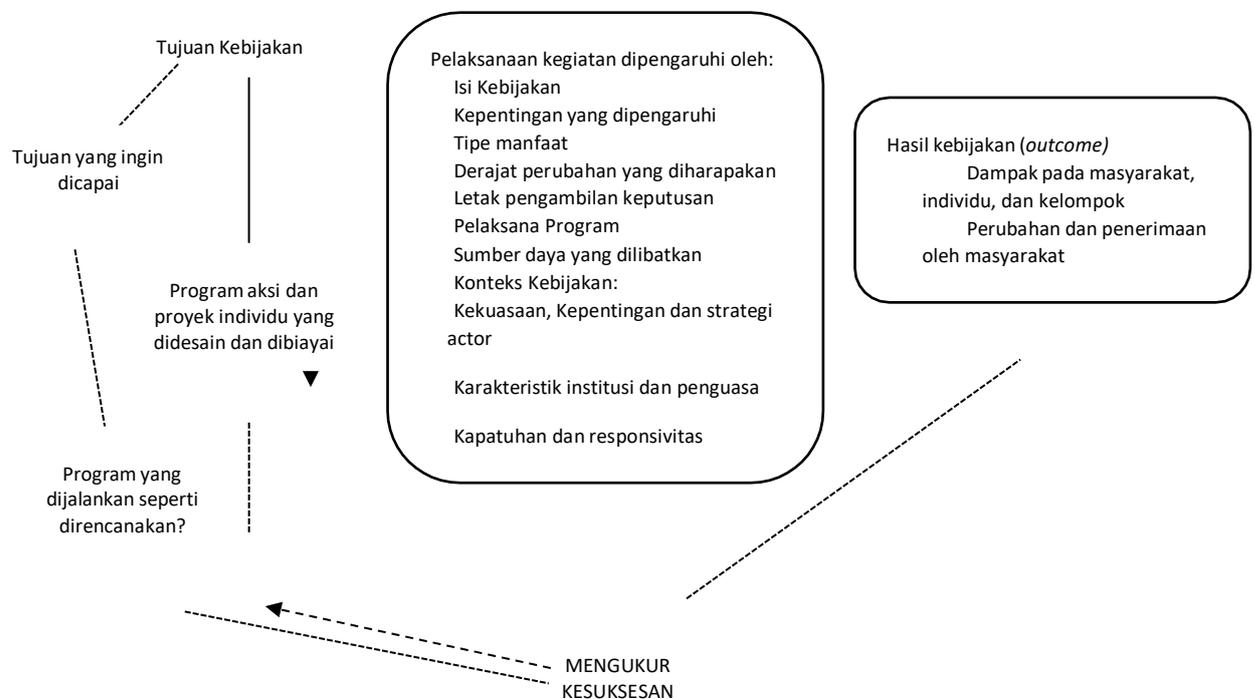
- Se jauh mana kepentingan kelompok sasaran atau *target groups* termuat dalam isi kebijakan (*interest affected*);
- Jenis manfaat yang diterima oleh *target groups* (*type of benefit*);
- Se jauh mana perubahan yang diinginkan dari sebuah kebijakan (*extent of change envisioned*);
- Apabila letak sebuah program sudah tepat (*site of decision making*);
- Apakah sebuah kebijakan telah menyebutkan implementatornya dengan rinci (*program implementators*);
- Apakah sebuah program didukung oleh sumber daya yang memadai (*resources committed*).

2) *Context of Implementation*, mencakup:

- Seberapa besar kekuasaan (*power*)

- kepentingan dan strategi dari mereka yang terlibat dalam implementasi kebijakan (*interest strategies of actors involved*);
- Karakteristik institusi dan rejim yang sedang berkuasa (*institution and regime characteristics*);
- Tingkat kepatuhan dan responsivitas kelompok sasaran (*compliance and responsiveness*)

Model Grindle dapat digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 2. 4 Model Marile S. Grindle (Sumber: Murwati, 2010)**

#### 2.4.1.5 Model Nakamura dan Smallwood

Menurut Nakamura dan Smallwood bahwa kebijakan merupakan suatu instruksi dari pembuat kebijakan ke pelaksana kebijakan yang menjelaskan tujuan-tujuan dan bagaimana tujuan tersebut dapat dicapai. Selanjutnya jika keputusan diambil untuk kepentingan orang

banyak (masyarakat) atau berorientasi kepada kepentingan public (*public interest*), maka kebijakan tersebut dapat digolongkan kepada kebijakan public (Murwati, 2010). Model Nakamura digambarkan secara detail sebagai berikut:

**Tabel 2. 1 Model Nakamura dan Smallwood (Yulianto Kadji, 2015)**

Policy Makers: Environment I Policy Formulation	Policy Implementations: Environment II Policy Implementation	Potential Breakdown
<b>“Classical” Technocracy</b>		
Policy makers formulate specific goals  Policy makers delegate technical authority to implementers to achieve goals	Implementers support policy makers’ goal and devise technical means to achieve these goals	Technical failures of means
<b>Instructed Delegation</b>		
Policy makers formulate spesific goals  Policy makers delegate administratif authority to	Implementers support policy makers’ goals and negotiate administrative means among themselves to achieve goals	Technical failure of means  Negotiation failures (complexity stalemate)

implementer to devise the means to achieve goals		
<b>Bargaining</b>		
Policy makers formulate goals Policy makers bargain with implementers over both goals and/ or means to achieve goals	Implementers bargain with policy makers over goals and/ or means to achieve goals	Technical failures of means Bargaining failures (stalemate, nonimplementation) Cooptation or 'cheating
<b>4. Discretionary Experimentation</b>		
.Policy makers support abstract (undefined) goals. Policy makers delegate broad discretionary authority to implementers to refine goals and means	Implementers refine goals and means for policy makers	Technical failures of means Ambiguity Cooptation Unaccountability
<b>5. Bureaucratic Entrepreneurship</b>		
Policy makers support goals and means formulated by Implementers	Implementer formulate policy goals and means to carry out goals and	Technical failures of means Cooptation Unaccountability

	persuade policy makers to accept their goals	Policy preemption
--	---	-------------------

#### 2.4.1.6 Model Mazmanian dan Paul Sabatier

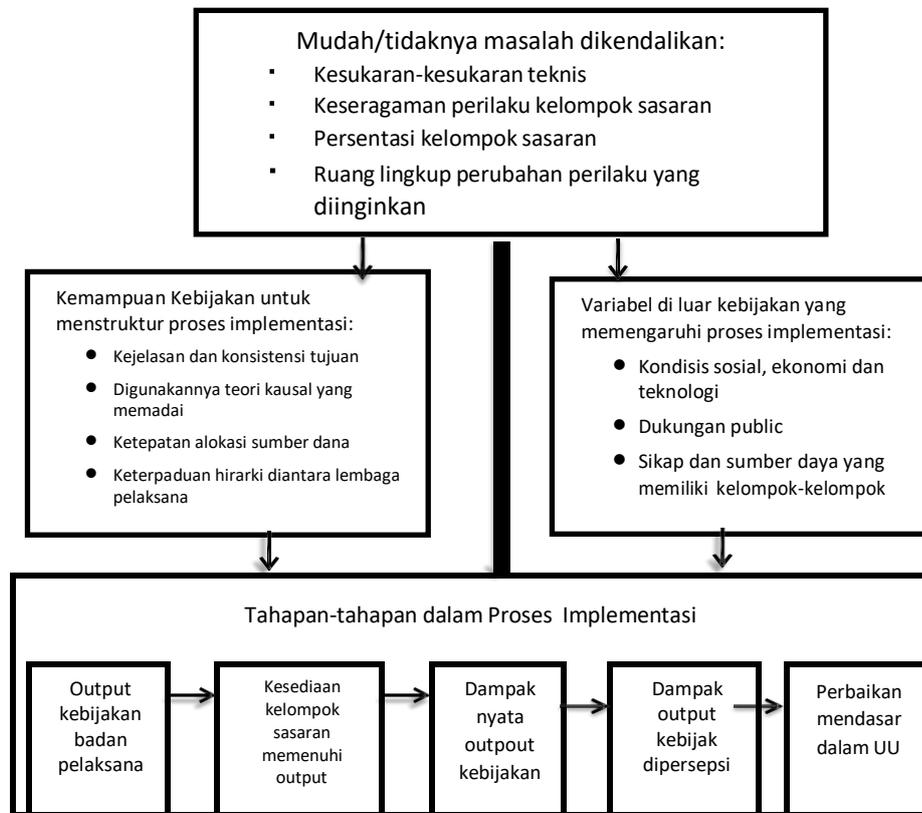
Teori Implementasi Kebijakan Model Mazmanian dan Paul Sabatier (Siswadi, 2012), disebut dengan *A Framework for Implementation Analysis*. Kedua ahli ini berpendapat bahwa peran penting dari implementasi kebijakan publik adalah kemampuannya dalam mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi tercapainya tujuan-tujuan formal pada keseluruhan proses implementasi. Variabel yang dimaksud dapat di klasifikasikan menjadi tiga kategori besar yaitu:

- 1) Mudah Atau Tidaknya Masalah Yang Akan Di Garap, meliputi:
  - a. Kesukaran-kesukaran Teknis
  - b. Keberagaman Perilaku yang Diatur
  - c. Persentase Totalitas Penduduk yang Tercakup dalam Kelompok Sasaran
  - d. Tingkat dan Ruang Lingkup perubahan perilaku yang dikehendaki
- 2) Kemampuan Kebijakan Menstruktur Proses Implementasi Secara Tepat

Para pembuat kebijakan mendayagunakan wewenang yang dimilikinya untuk menstruktur proses implementasi secara tepat melalui beberapa cara:

- a. Kecermatan dan kejelasan penjenjangan tujuan-tujuan resmi yang akan dicapai
  - b. Keterandalan teori kausalitas yang diperlukan
  - c. Ketetapan alokasi sumberdana
  - d. Ketetapan hirarki di dalam lingkungan dan di antara lembaga-lembaga atau instansi-instansi pelaksana
  - e. Aturan-aturan pembuat keputusan dari badan-badan pelaksana
  - f. Kesepakatan para pejabat terhadap tujuan yang termaktub dalam undang-undang
  - g. Akses formal pihak-pihak luar
- 3) Variabel-variabel di luar Undang-undang yang Memengaruhi
- a. Kondisi sosial ekonomi dan teknologi
  - b. Dukungan public
  - c. Sikap dan sumber-sumber yang dimiliki kelompok masyarakat.
  - d. Kesepakatan dan kemampuan kepemimpinan para pejabat pelaksana.

Model Mazmanian dan Paul Sabatier dapat digambarkan sebagai berikut:



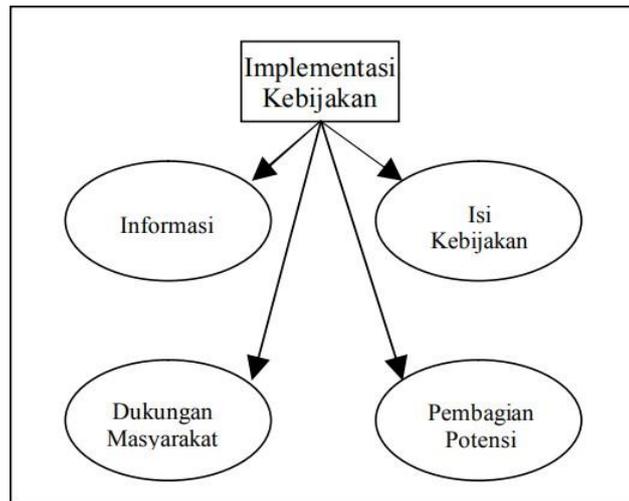
**Gambar 2. 5 Model Mazmanian dan Paul Sabatier (Siswadi, 2012)**

#### 2.4.1.7 Model Jan Merse

Jan Merse mengemukakan bahwa: “Model Implementasi kebijakan dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut: a) informasi, b) isi Kebijakan, c) dukungan Masyarakat (fisik dan non fisik), dan d) pembagian potensi. Khusus dukungan masyarakat berkaitan erat dengan partisipasi masyarakat sebagai salah satu stakeholder dalam proses pelaksanaan program”. Penegasan Jan Merse menunjukkan bahwa setiap implementasi kebijakan tetap membutuhkan dukungan masyarakat atau partisipasi masyarakat sebagai stakeholder. Oleh karena pentingnya partisipasi masyarakat dalam setiap implementasi

kebijakan program pembangunan dan kemasyarakatan (Yulianto Kadji, 2015).

Model Jan Merse dapat digambarkan sebagai berikut:



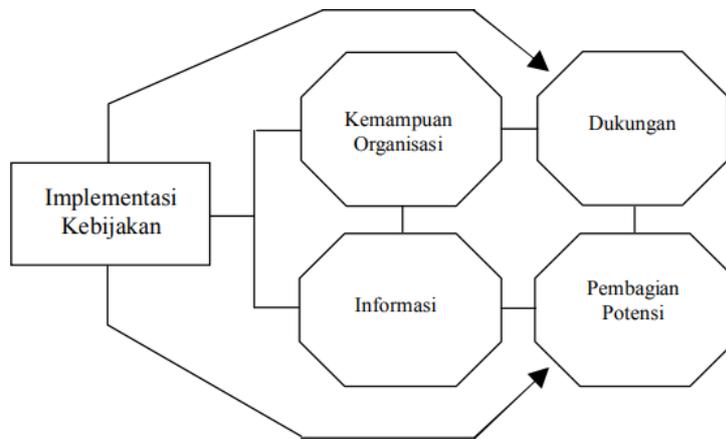
**Gambar 2. 6 Model Jan Merse (Yulianto Kadji, 2015)**

#### **2.4.1.8 Model Marwic**

Warwic mengatakan bahwa: “Dalam Implementasi kebijakan terdapat faktor-faktor yang perlu diperhatikan, yaitu (Yulianto Kadji, 2015):

- a) Kemampuan Organisasi,
- b) Informasi,
- c) Dukungan, dan
- d) pembagian potensi

Model Marwic dapat digambarkan sebagai berikut:

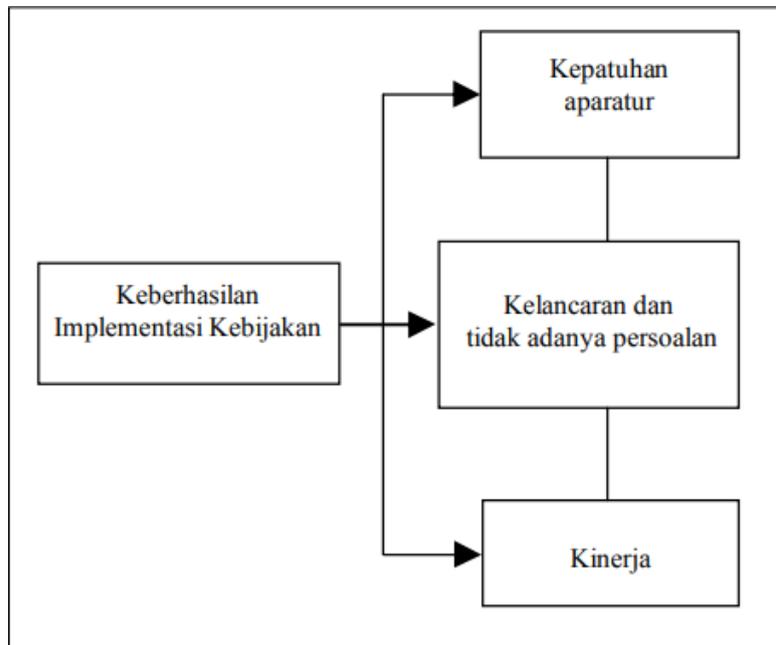


**Gambar 2. 7 Model Marwic (Yulianto Kadji, 2015)**

#### 2.4.1.9 Model Rippley dan Franklin

Menurut Rippley dan Franklin bahwa : “Keberhasilan implementasi kebijakan program ditinjau dari tiga faktor (Yulianto Kadji, 2015):

- a) perspektif kepatuhan yang mengukur implementasi dari kepatuhan aparatur pelaksana,
- b) keberhasilan implementasi diukur dari kelancaran rutinitas dan tiadanya persoalan, dan
- c) implementasi yang berhasil mengarah kepada kinerja yang memuaskan semua pihak terutama kelompok penerima manfaat program”, yang dapat digambarkan berikut ini:



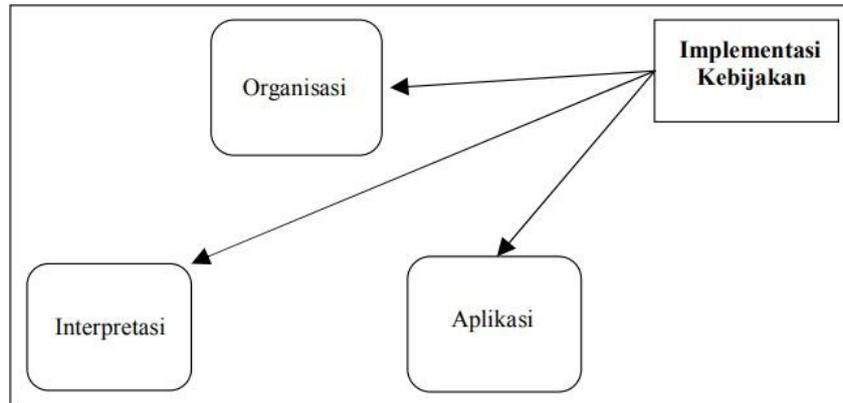
**Gambar 2. 8 Model Ripple and Franklin (Yulianto Kadji, 2015)**

#### **2.4.1.10 Model Charles O. Jones**

Charles O. Jones mengatakan bahwa: implementasi kebijakan adalah suatu kegiatan yang dimaksudkan untuk mengoperasikan sebuah program dengan memperhatikan tiga aktivitas utama kegiatan, yaitu (Yulianto Kadji, 2015):

- 1) Organisasi,
- 2) Interpretasi, dan
- 3) Aplikasi (penerapan).

Penegasan Charles O. Jones tersebut dapat diilustrasikan pada gambar berikut ini:

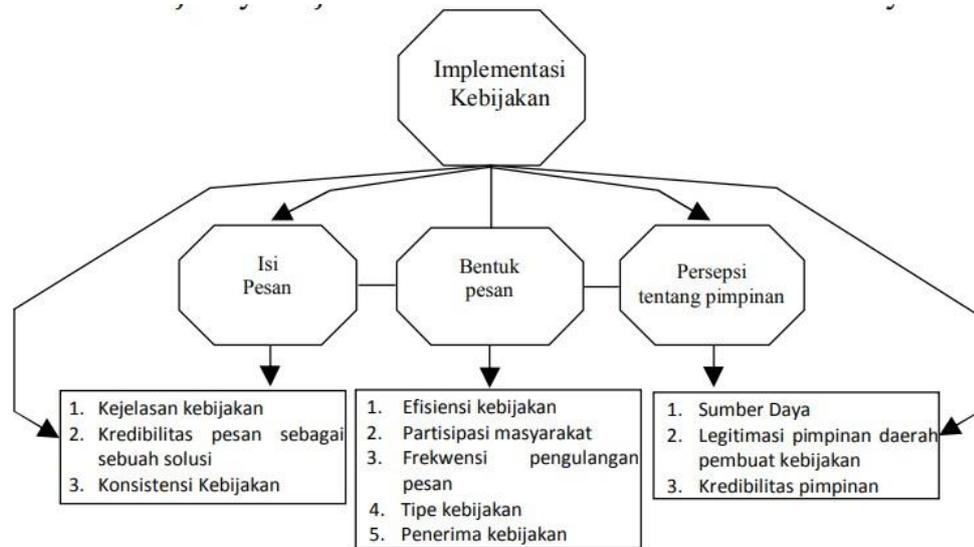


**Gambar 2. 9 Model Charles O. Jones (Yulianto Kadji, 2015)**

#### **2.4.1.11 Model Goggin Brown, dkk.**

Goggin Brown, dkk dalam bukunya *Implementation Theory and Practice Toward a Third Generation*, secara implisit mensyaratkan 3 (tiga) hal penting dalam implementasi kebijakan, yakni:

- 1) isi pesan,
- 2) bentuk pesan, dan
- 3) persepsi tentang pimpinan. Ketiga hal tersebut selanjutnya dijabarkan kedalam sebelas indikator, yaitu (Yulianto Kadji, 2015):



**Gambar 2. 10 Model Goggin Brown, dkk (Yulianto Kadji, 2015)**

## 2.4.2 Model Implementasi Kebijakan Kesehatan

### 2.4.2.1 Model Bhuyan, Jorgensen dan Sharma

Bhuyan, Jorgensen dan Sharma telah merancang dan mengukur kerangka penilaian implementasi kebijakan kesehatan dan memiliki tujuh dimensi yaitu (Mohoshin, 2017):

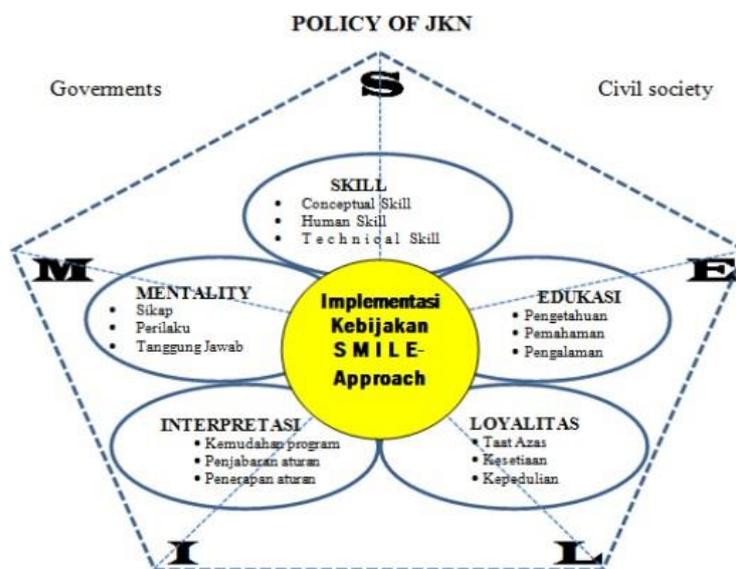
1. Kebijakan, perumusan dan diseminasinya
2. Sosial, konteks politik dan ekonomi
3. Kepemimpinan untuk implementasi kebijakan
4. Keterlibatan pemangku kepentingan dalam implementasi kebijakan
5. Perencanaan pelaksanaan dan mobilisasi sumber daya
6. Pengoperasian dan pelayanan
7. Umpan balik tentang kemajuan dan hasilnya

### 2.4.2.2 Model Pendekatan SMILE (*Skill, Mentality, Interpretation, Loyalty and Education*)

Model ini merupakan perpaduan model *Mental, System and Network* (MSN) dan model Charles O. Jones. Model ini menunjukkan bahwa faktor penentu implementasi kebijakan kesehatan khususnya pada JKN adalah (Paneo *et al.*, 2017):

1. Keterampilan (*Skill*)
2. Mentalitas (*Mentality*)
3. Interpretasi (*Interpretation*)
4. Loyal (*Loyalty*)
5. Pendidikan (*Education*)

Model SMILE dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2. 11 Model SMILE (Paneo *et al.*, 2017)

### **2.4.2.3 Model HARMONICS (HiAP-Analysis using Realist Methods**

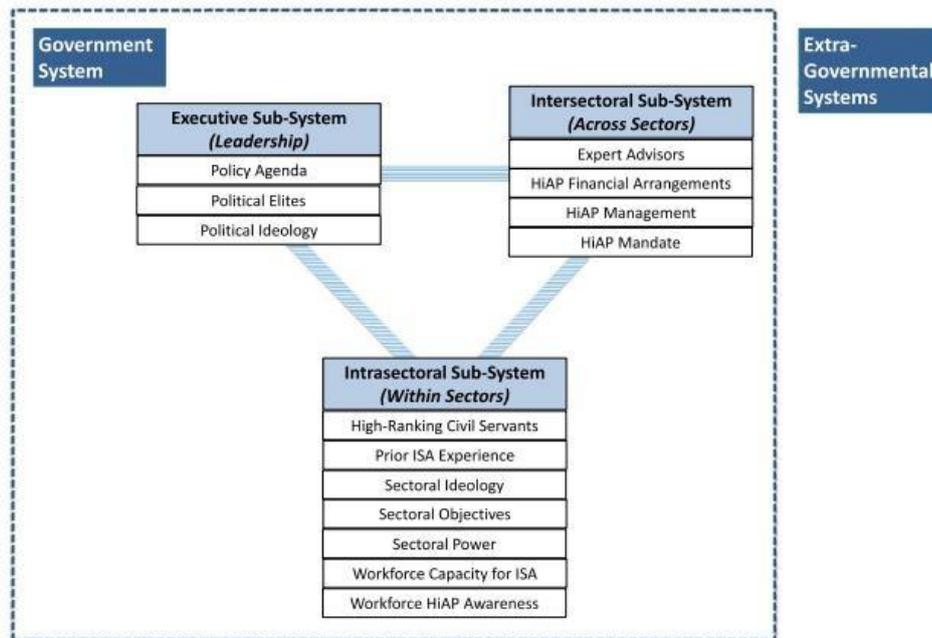
#### ***ON International Case Study)***

Model HARMONICS adalah model HiAP (*Health in All Policies*) dengan sistem 14 komponen yang mengarah pada munculnya hasil implementasi kebijakan kesehatan yang kemudian dikategorikan menjadi 3 subsistem keterlibatan sistem pemerintahan yaitu (Shankardass *et al.*, 2018):

1. *Executive Sub-System (Leadership)*, mencakup komponen:
  - a) Agenda Kebijakan
  - b) Elit Politik
  - c) Ideologi Politik
2. *Intersectoral Sub-System (Across Sectors)*, mencakup komponen:
  - a) Penasehat Ahli
  - b) Pengatur Keuangan HiAP
  - c) Manajemen HiAP
  - d) Mandat HiAP
3. *Intrasectoral Sub-System (Within Sectors)*
  - a) Pegawai Negeri Sipil berpangkat tinggi
  - b) *Prior Intersectoral Action (ISA) Experience*
  - c) Ideologi Sektoral
  - d) Objek Sektoral
  - e) Kekuatan Sektoral
  - f) Tenaga Kerja ISA

g) Tenaga Kerja Kesadaran HiAP

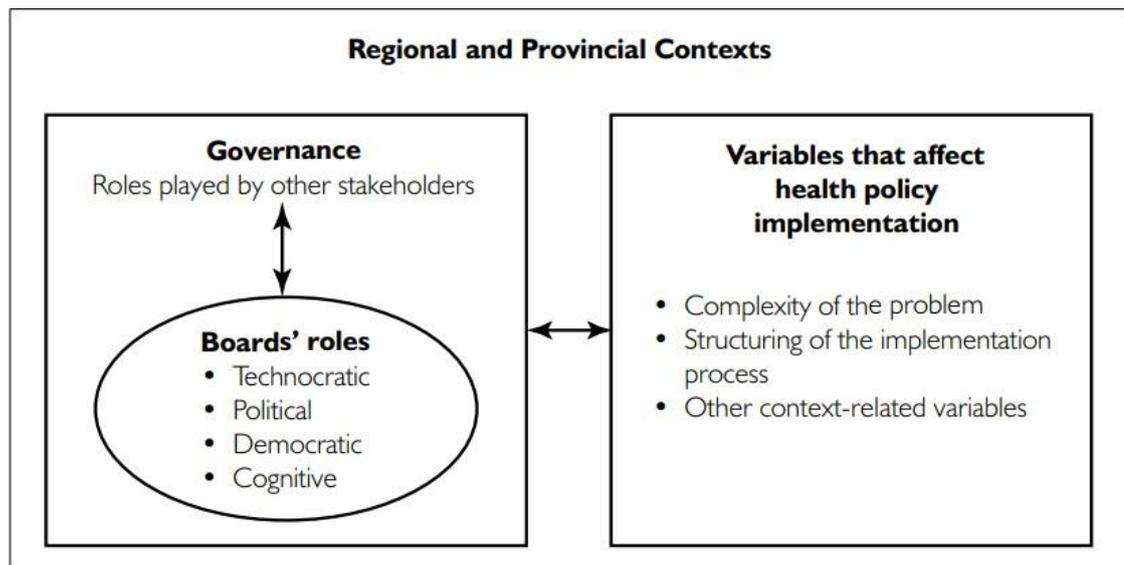
Model HARMONICS selanjutnya digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2. 12 Model HARMONICS (Shankardass et al., 2018)

#### 2.4.2.4 Model Hubungan Pemerintahan dan Implementasi Kebijakan Kesehatan

Model ini adalah hasil analisis dampak pemerintahan terhadap implementasi kebijakan kesehatan yang menggunakan Model Mazmanian dan Sabatier. Model ini mengungkapkan bahwa bentuk spesifik dari pemerintahan dan dampaknya terhadap implementasi kebijakan kesehatan dipengaruhi oleh konteks tertentu pada dua tingkat pemerintahan, yaitu tingkat Provinsi dan Regional (Touati *et al.*, 2007). Model ini dapat digambarkan sebagai berikut:

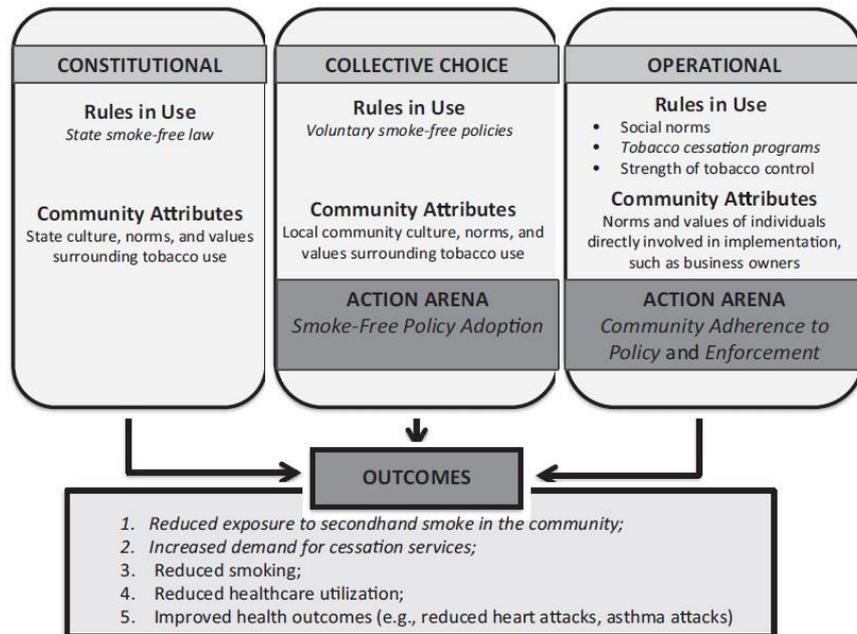


**Gambar 2. 13 Model Hubungan Pemerintahan dan Implementasi Kebijakan Kesehatan (Touati et al., 2007)**

### 2.4.3 Model Implementasi Kebijakan Bebas Asap Rokok

#### 2.4.3.1 Model IAD (Institutional Analysis and Development)

Model ini memandu pemahaman dan pengukuran efektivitas implementasi kebijakan bebas asap rokok yang tidak dibatasi oleh kendala pendekatan pada model *Top Down* atau *Bottom Up* untuk implementasi kebijakan. Model IAD telah digunakan untuk menjadi panduan studi kebijakan pengendalian tembakau pada Sistem Rumah Sakit di Spanyol sebelumnya, yang kemudian membantu menguraikan langkah-langkah mengevaluasi efektivitas implementasi sebuah kebijakan kesehatan (Fallin *et al.*, 2014). Model IAD diilustrasikan sebagai berikut:



**Gambar 2. 14 Model IAD (Fallin et al., 2014)**

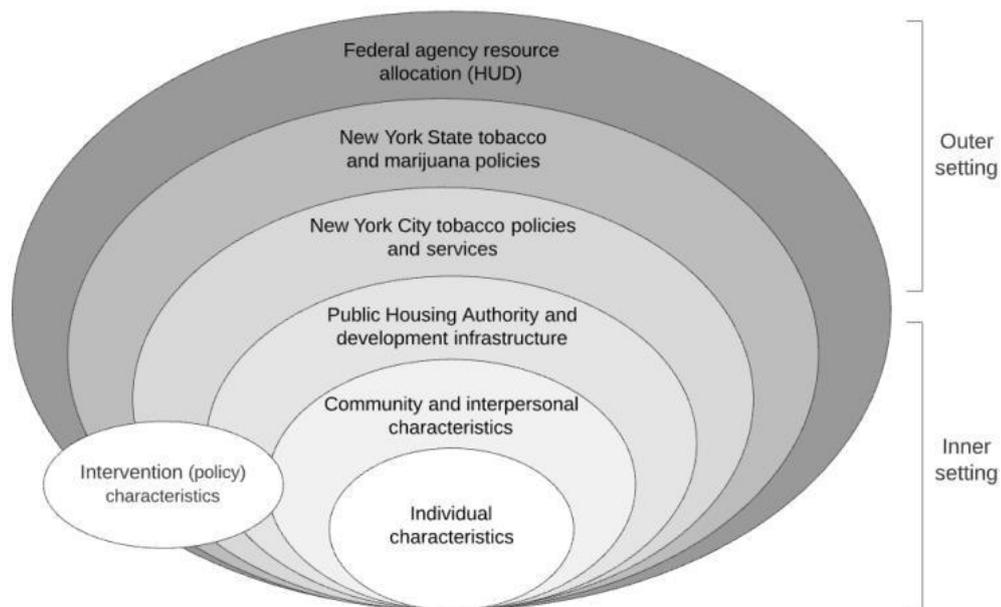
#### 2.4.3.2 Model CFIR and SEM

Model ini merupakan gabungan model CFIR (*The Consolidated Framework for Implementation Research*) dan SEM (*The Socioecological Model*). Dimana model CFIR mencirikan penentu kontekstual implementasi di lima domain, yaitu:

1. *The Outer Setting*, seperti alokasi sumber daya dan kebijakan *external*.
2. *The Inner Setting*, seperti infrastruktur kualitas bangunan, karakteristik masyarakat dan interpersonal yaitu interaksi antara perokok aktif, perokok pasif (staff rumah sakit dan juga pengunjung pasien)
3. Karakter Individu, seperti pengetahuan dan sikap.

4. Karakteristik Intervensi, seperti kompleksitas.
5. Proses implementasi, seperti keterlibatan dan penegakannya.

Sedangkan Model SEM mempertimbangkan faktor multi-level pada efektivitas implementasi kebijakan dengan memperluas kontekstualisasi karakteristik dan perilaku individu kemudian dimasukkan interaksi interpersonal, interaksi komunitas, dan infrastruktur komunitas. Berikut ilustrasi model ini (Jiang *et al.*, 2021):



**Gambar 2. 15 Model CFIR dan SEM (Jiang et al., 2021)**

#### **2.4.3.3 Model Optimalisasi Implementasi Kebijakan terhadap Rokok terhadap Perilaku Konsumen dan Biaya Sosial**

Model ini memberikan gambaran tentang implementasi kebijakan pemerintah terhadap peringatan bahaya merokok, pengaruh kebijakan terhadap perilaku konsumen perokok dan

pengaruh perilaku konsumen terhadap biaya sosial. Disebutkan bahwa perilaku konsumen rokok adalah dipengaruhi oleh implementasi kebijakan tentang peringatan bahaya rokok yang ditunjukkan oleh indikator yang paling dominan yaitu isi pesan dan penggunaan media, sedangkan dampak biaya sosial yang dipengaruhi oleh perilaku konsumen ditunjukkan indikator kognitif dan konatif, dan implementasi kebijakan secara simultan tentang peringatan bahaya merokok dan perilaku konsumen secara kontradiktif berdampak pada biaya sosial (Sumarno, 2011)

#### **2.4.3.4 Model *Self-Audit Questionnaire (SAQ) European Network for Smoke-Free Hospitals (ENSH)***

Model ini merupakan instrument audit yang digunakan oleh European Network for Smoke-free Hospitals untuk menilai sejauh mana implementasi proyek rumah sakit bebas rokok dipatuhi. Model ini mencakup 9 standar yaitu komitmen organisasi, pendidikan dan pelatihan, dukungan, pengendalian tembakau, lingkungan, tempat kerja yang sehat, promosi kesehatan dan pemantauan (Martínez *et al.*, 2009). Berikut adalah bentuk model SAQ.

**Tabel 2. 2 Model Self-Audit Questionnaire**

<b>1. Commitment</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>NA</b>	<b>Observations</b>
1.1 Organisation documents (general contracts, public documents, etc.) specify the smoke-free policy						
1.2 A designated committee is appointed to co-ordinate tobacco policy						
1.3 The chairperson of the committee is of senior management level						
1.4 Financial and human resources are allocated in the organisation's operational plan and/or contract						
1.5 Members of staff know they have the responsibility to take action in the control of the non smoking policy						
<b>2. Communication</b>						
2.1 Staff, patients, and visitors are informed of the organisation's smoke-free policy						
<b>3. Education &amp; Training</b>						
3.1 Staff have been instructed on how to approach and inform smokers in accordance with the policy						
3.2 Brief intervention training is offered to all staff						
3.3 Key clinical staff have been trained in motivational and/or cessation techniques						
3.4 Policy briefings/training is facilitated within staff working time						
<b>4. Identification &amp; Cessation Support</b>						
4.1 There is a systematic procedure in place for identifying smoking patients						
4.2 Motivational interviewing technique is applied during hospital stay						
4.3 NRT/pharmacological therapy is available						
4.4 There is a smoking cessation service available for hospital staff						
4.5 There is a smoking cessation service available for patients (in-patients and out-patients)						
4.6 There are information on smoking cessation available for visitors (parents, caregivers)						
4.7 There are specific resources allocated for cessation support activities						
4.8 There is a systematic follow-up procedure of the patients at one year						
<b>5. Tobacco Control</b>						
5.1 Smoking is prohibited in all eating, work and common areas used by staff, patients and visitors						
5.2 If smoking areas are designated, they are completely separated from non smoking areas						
<b>6. Environment</b>						
6.1 There is signage in all areas for staff, visitors and patients explaining the smoke free policy and indicating smoke free areas						
6.2 Ashtrays are only found in designated smoking areas						
6.3 Tobacco is sold within hospital buildings (0= yes, 3 = no sold)						
6.4 Visitors and patients are never exposed to passive smoking						
<b>7. Healthy Workplace</b>						
7.1 Staff are informed of tobacco policy during the recruitment process						
7.2 Ongoing education programmes regarding tobacco policy exist for staff						
7.3 Smoking habits of staff are monitored regularly						
7.4 Staff receive continuous support towards smoking cessation						
7.5 Members of staff are never exposed to passive smoking						
7.6 Tobacco policy has been incorporated into and enforced according to existing disciplinary procedures						
<b>8. Health promotion</b>						
8.1 Organisation promotes smoke-free activity outside of the organisation						
8.2 Organisation participates in local, national and international antismoking activities						
<b>9. Monitoring</b>						
9.1 The policy is audited and reviewed annually						
9.2 The quality of action plan is audited regularly						

#### **2.4.3.5 Model Implementasi Kebijakan KTR pada Fasilitas Kesehatan**

Meskipun banyak model telah diterapkan, namun belum cukup efektif untuk mengendalikan perilaku merokok pada lingkungan fasilitas kesehatan, padahal fasilitas kesehatanlah yang seharusnya yang menjadi peran kunci dalam mempromosikan langkah untuk berhenti merokok. Serta fasilitas kesehatan juga seharusnya memberi contoh dalam mengendalikan konsumsi tembakau dan menegakkan kepatuhan kebijakan larangan merokok. Oleh karena itu model implementasi kebijakan KTR yang khusus diperuntukkan untuk fasilitas kesehatan dipandang peneliti mampu menjadi solusi. Model ini merupakan pengembangan model kolaborasi Self Audit Questionnaire (SAQ) dengan input, proses dan output serta dimensi baru yang akan ditemukan pada saat dilakukan penelitian tahap 1 terhadap kebijakan KTR.

Model yang ingin dibangun dalam penelitian ini serta diharapkan menjadi *novelty* adalah ditemukannya determinan yang menjadi penentu keberhasilan dalam implementasi kebijakan KTR khususnya pada fasilitas pelayanan kesehatan sebagai pengendalian perilaku merokok. Keberhasilan dalam pengimplementasian suatu kebijakan akan menciptakan perilaku kepatuhan terhadap kelompok sasaran (Haedar Akib, 2010)

Alasan perlunya implementasi kebijakan adalah untuk menunjukkan bukti bahwa dalam implementasi kebijakan terjadi aksi,

interaksi, dan reaksi faktor implementasi kebijakan. Implementasi diperlukan karena pada tahap itulah dapat dilihat kesesuaian berbagai faktor determinan keberhasilan implementasi kebijakan atau program (Haedar Akib, 2010)

## 2.5 Matriks Kajian Literatur

Tabel 2. 3 Matriks Kajian Literatur

No	Penulis/Tahun	Tujuan	Metode	Hasil
1	(Movsisyan <i>et al.</i> , 2014)	Mengembangkan dan menguji model intervensi untuk mengatasi rendahnya kepatuhan terhadap larangan merokok	Survei	Survei menunjukkan peningkatan signifikan dalam persepsi kualitas udara dalam ruangan, pengurangan paparan rokok di tempat kerja dan peningkatan kesadaran karyawan akan kebijakan bebas rokok Model intervensi dapat memfasilitasi peningkatan dalam pemenuhan kebijakan bebas rokok sebagai langkah awal menuju rumah sakit bebas asap rokok
2	(Yunarman <i>et al.</i> , 2020)	Mengevaluasi kepatuhan dan mengeksplorasi tantangan dalam	Kuantitatif dan Kualitatif	Kepatuhan relative rendah karena beberapa tantangan

No	Penulis/Tahun	Tujuan	Metode	Hasil
		implementasinya		
3	(Poder <i>et al.</i> , 2012)	Mengevaluasi kepatuhan staf rumah sakit, dan pengunjung pasien rawat inap di dua rumah sakit Sydney	Kualitatif	Ada pengurangan prevalensi merokok di lingkungan rumah sakit 2 tahun setelah implementasi pada staf dan pengunjung tapi tidak berubah pada pasien pengunjung pasien rawat inap
4	(Hale <i>et al.</i> , 2017)	Mengetahui pengaruh kebijakan bebas rokok terhadap status merokok dan sikap karyawan selama periode 3 tahun	kuantitatif	Kebijakan bebas asap rokok dalam pelayanan lesehatan merupakan intervensi yang diterima baik oleh staf sehingga memiliki efek positif pada lingkungan.

No	Penulis/Tahun	Tujuan	Metode	Hasil
5	(McCrabb <i>et al.</i> , 2017)	Menilai persepsi dan kepatuhan kebijakan bebas rokok staff rumah sakit	Kuantitatif	Penegakan kebijakan dan kepatuhan di rumah sakit rendah Penghentian perawatan rendah di rumah sakit
6	(Shopik <i>et al.</i> , 2012)	Membahas perspektif pasien, memberikan wawasan tentang pergeseran budaya merokok di rumah sakit dan dampak kebijakan bebas rokok	Kualitatif	Dukungan tinggi terhadap kebijakan tetapi tidak dibarengi dengan pengimplementasian Pasien melaporkan bahwa kebijakan tersebut sering dilanggar Paparan asap rokok juga tetap ada di pintu-pintu masuk rumah sakit Penilaian dan pengobatan tembakau ketergantungan tidak memadai

No	Penulis/Tahun	Tujuan	Metode	Hasil
		pada rawat inap		
7	(Sureda <i>et al.</i> , 2014)	Mengevaluasi implementasi bebas rokok di rumah sakit Catalonia berdasarkan particular udara dan data observasional	Kuantitatif	Kebijakan berdampak positif terhadap konsentrasi particular udara setelah implementasi kebijakan bebas rokok
8	(Giles and Bauer, 2020)	Implementasi dan penegakan hidup bebas rokok kebijakan dan peraturan pada halaman rumah sakit di Central	Kualitatif	Jumlah perokok menurun setelah diterapkan kebijakan Memberikan opsi untuk mendenda orang yang melanggar peraturan

No	Penulis/Tahun	Tujuan	Metode	Hasil
		Coast Local Health District		
9	(Serafin <i>et al.</i> , 2014)	Mengeksplorasi persepsi pasien, staff, dan pengunjung tentang rokok di lingkungan rumah sakit NHS	Kualitatif	Para responden menerima bahwa merokok tidak diterima secara sosial tetapi pemahaman tentang perilaku dan manajemen dan pengendaliannya berbeda.
10	(Tadesse and Zawdie, 2019)	Mengevaluasi level dari ketidakpatuhan kebijakan bebas rokok terhadap staf rumah sakit	Kualitatif	Tanda-tanda anti merokok tidak ada di sebagian besar di area rumah sakit Tingkat kepatuhan staf rumah sakit rendah Faktor-faktor terkait ketidakpatuhan adalah kurangnya pengetahuan, jenis kelamin laki-laki, dan sikap kurang baik

No	Penulis/Tahun	Tujuan	Metode	Hasil
11	(Martínez <i>et al.</i> , 2020)	Menguji persepsi pasien tentang peran penyedia layanan kesehatan dalam pengendalian tembakau dan layanan terkait tembakau yang harus mereka berikan setelah pengenalan kebijakan nasional rumah sakit bebas asap rokok	Kuantitatif	sebagian peserta menganggap bahwa professional kesehatan harus menjadi panutan dalam penghentian tembakau dan harus memberikan dukungan berhenti merokok kepada pasien pasien rawat inap sangat mendukung peran rumah sakit dan tenaga kesehatan dalam pengendalian tembakau dan mengharapkan mendapatkan intervensi berhenti merokok selama mereka tinggal di rumah sakit
12	(Martin <i>et al.</i> , 2017)	Mengkaji persepsi dan	Kuantitatif	dukungan staf untuk kebijakan itu tinggi di level.

No	Penulis/Tahun	Tujuan	Metode	Hasil
		pengalaman staf dan pasien tentang kebijakan bebas rokok yang diterapkan di semua fasilitas kesehatan pemerintah di Australia Selatan		2/3 melaporkan telah menyaksikan beberapa ketidakpatuhan terhadap kebijakan  Pasien 50% tidak merokok pada saat dirawat inap
13	(Fauziah Resky Ananda, 2021)	Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas	Kualitatif	Sosialisasi tentang KTR telah dilaksanakan dengan baik sejak diberlakukannya kebijakan tersebut.  Namun sebaiknya dibentuk tim khusus/satgas untuk mengawasi pelaksanaan KTR.

No	Penulis/Tahun	Tujuan	Metode	Hasil
		Antang Perumnas Kota Makassar Tahun 2021.  Jenis		
14	(Andriana Susanti, 2018)	Mengkaji lebih dalam mengenai implementasi kebijakan KTR di RS Faisal Kota Makassar	Kualitatif	Variable komunikasi berjalan dengan baik berdasarkan transmisi, konsistensi dan kejelasan terhadap aturan yang mesti berlaku menyangkut KTR dan penerapannya di RS Faisal Namun Sumber Daya di RS Faisal belum mendukung dari segi staf, informasi dan wewenang, dan dari segi fasilitas masih kurang terpenuhi.  Disposisi juga belum berjalan dengan baik dimana pengangkatan birokrasi tidak berjalan karena semua berdasarkan sistem satu arah,

No	Penulis/Tahun	Tujuan	Metode	Hasil
				<p>dan insentif tidak berlaku</p> <p>mengingat hal tersebut hanya menjadi tanggung jawab moral semata.</p> <p>Birokrasi di RS Islam Faisal kurang berjalan sesuai dengan aturan dan meknisme, pimpinan menjadi penanggung jawab Kebijakan KTR dan tidak membuat SOP KTR untuk Rumah Sakit.</p>
15	(Nurhaningsih, Maidin and Arifah, 2017)	Mengetahui implementasi atau pelaksanaan kebijakan KTR di RSUD Haji Kota Makassar	Kualitatif	<p>Informan mengetahui tentang KTR dan wajib diterapkan di RS Namun tidak maksimalnya sosialisasi dan komunikasi dari Pemkot terkait Perda Kota Makassar tentang KTR.</p> <p>Kurangnya Sumber Daya untuk pengawasan seperti tim satgas pelaksanaan KTR di RSUD Haji Kota Makassar.</p>

No	Penulis/Tahun	Tujuan	Metode	Hasil
16	(Novitasari, Maidin and Arifah, 2017)	Mengevaluasi implementasi KTR di RSUD Kota Makassar	Kualitatif	Sosialisasi dan komunikasi belum maksimal dari Pemkot Makssar terkait perda KTR di RSUD Kota Makassar Dibutuhkannya pembentukan tim satgas/tim khusus untuk mengawasi KTR
17	(Habibi, Surahmawati and Somp, 2016)	Mengetahui implementasi Perda KTR pada RSUD Haji dan Rumah Sakit Stella Maris	Kualitatif	Impelementasi sudah diterapkan pada RSUD Haji dan RS Stella Maris Namun perlu dilakukan evaluasi secara berkala untuk mengetahui perkembangan dari implementasi kebijakan KTR di dua RS tersebut
18	(David, 2018)	Mendeskrripsikan faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan kawasan tanpa	Kualitatif	Implementasi kebijakan KTR belum terlaksana dengan baik Belum ada tim khusus untuk mendukung dan mengontrol aktivitas merokok di lingkungan RS.

No	Penulis/Tahun	Tujuan	Metode	Hasil
		rokok di rumah sakit Inco		Tidak adanya teguran terhadap pengunjung yang merokok di lingkungan RS
19	(Agustian, 2019)	Menganalisis implementasi kebijakan KTR di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya	Kualitatif	Ada tim pengawas pelaksanaan KTR namun tidak sepenuhnya menjalankan fungsinya Tidak ada SOP pemberian sanksi bagi para pelanggar kebijakan KTR
20	(Simamora, 2019)	Menganalisis implementasi kebijakan KTR di RSUD Dolok Sanggul	Kualitatif	Kurangnya peran serta staff RS Rendahnya kepatuhan dari pengunjung Tidak adanya sanksi tegas kepada pelanggar Tidak ada komunikasi antar lembaga yg terkait
21	(Budiwan, Arwan and Syam, 2021)	Mengetahui implementasi kebijakan KTR	Kualitatif	Konsep komunikasi sudah cukup baik Disposisi sudah cukup baik Satgas KTR kurang insentif

No	Penulis/Tahun	Tujuan	Metode	Hasil
		di RSUD Undata Palu		

Hasil kajian literature ditemukan berbagai penelitian yang menyusun model maupun pengembangan model terkait implementasi kebijakan bebas rokok di fasilitas kesehatan menunjukkan rendahnya kepatuhan terhadap Kebijakan KTR, beberapa literature juga menunjukkan bahwa khususnya pada fasilitas kesehatan Kota Makassar baik itu rumah sakit maupun puskesmas, kepatuhannya juga masih rendah. Dapat disimpulkan bahwa model yang ada sebatas pengujian indicator yang menyusun variable. Variable yang digunakan juga merupakan variable implementasi kebijakan secara umum sehingga ketika diaplikasikan di fasilitas kesehatan tingkat kepatuhan masih rendah ditemukan. Maka dari itu peneliti ingin mengembangkan sebuah model implementasi kebijakan KTR khusus di fasilitas kesehatan sehingga implementasi kebijakan KTR lebih efektif dalam penerapan yang telah disesuaikan khusus pada Fasilitas Kesehatan.

## 2.6 Kerangka Teori

### 1. Teori Determinan Impelementasi Kebijakan KTR Fasilitas Kesehatan.

Teori ini dibentuk dengan variable yang berpengaruh terhadap implementasi Kebijakan bebas asap rokok di rumah sakit. Sembilan

variable atau faktor yang dimaksud antara lain meliputi (Martínez *et al.*, 2009):

- a. Komitmen Organisasi
- b. Komunikasi
- c. Pendidikan dan Pelatihan
- d. Dukungan
- e. Pengendalian tembakau
- f. Lingkungan
- g. Tempat kerja yang sehat
- h. Promosi Kesehatan
- i. Pemantauan

## 2. Indikator Kawasan Tanpa Rokok

Indikator untuk penerapan ini penting sebagai alat ukur dalam pengembangan KTR (Kementerian Kesehatan RI, 2011):

### 1) Indikator *Input*

- a. Adanya kebijakan tertulis tentang KTR
- b. Adanya petugas pemantau pelaksanaan KTR
- c. Adanya media promosi kesehatan tentang KTR/larangan merokok dilingkungan penerapan KTR

### 2) Indikator *Proses*

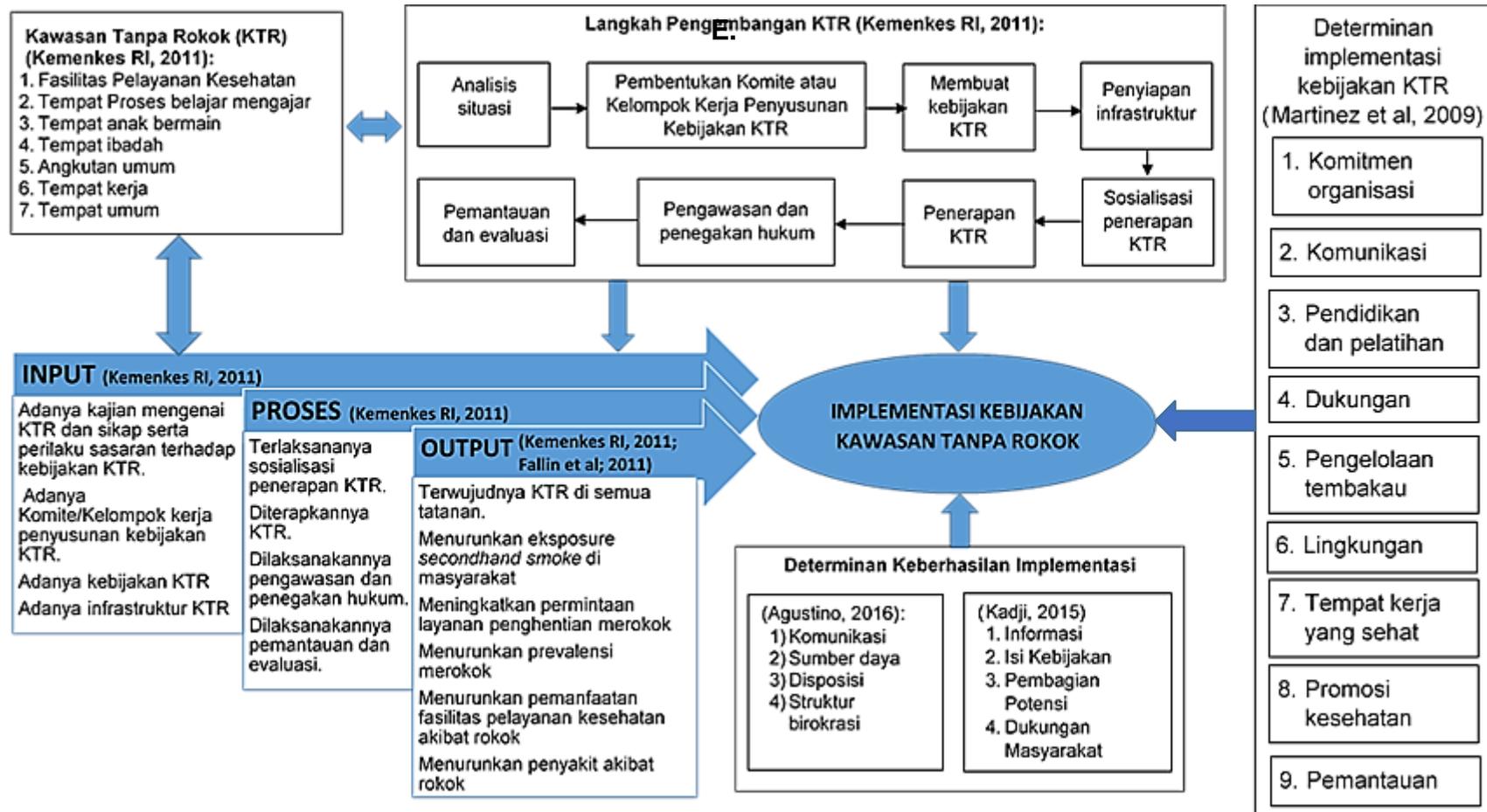
- a. Terlaksananya sosialisasi penerapan KTR secara langsung maupun tidak langsung
- b. Pengaturan tugas dan tanggung jawab dalam pelaksanaan KTR

- c. Terpasangnya pengumuman tentang KTR
- d. Terpasangnya tanda KTR
- e. Terlaksananya penyuluhan KTR dan bahaya merokok

3) Indikator *Output*

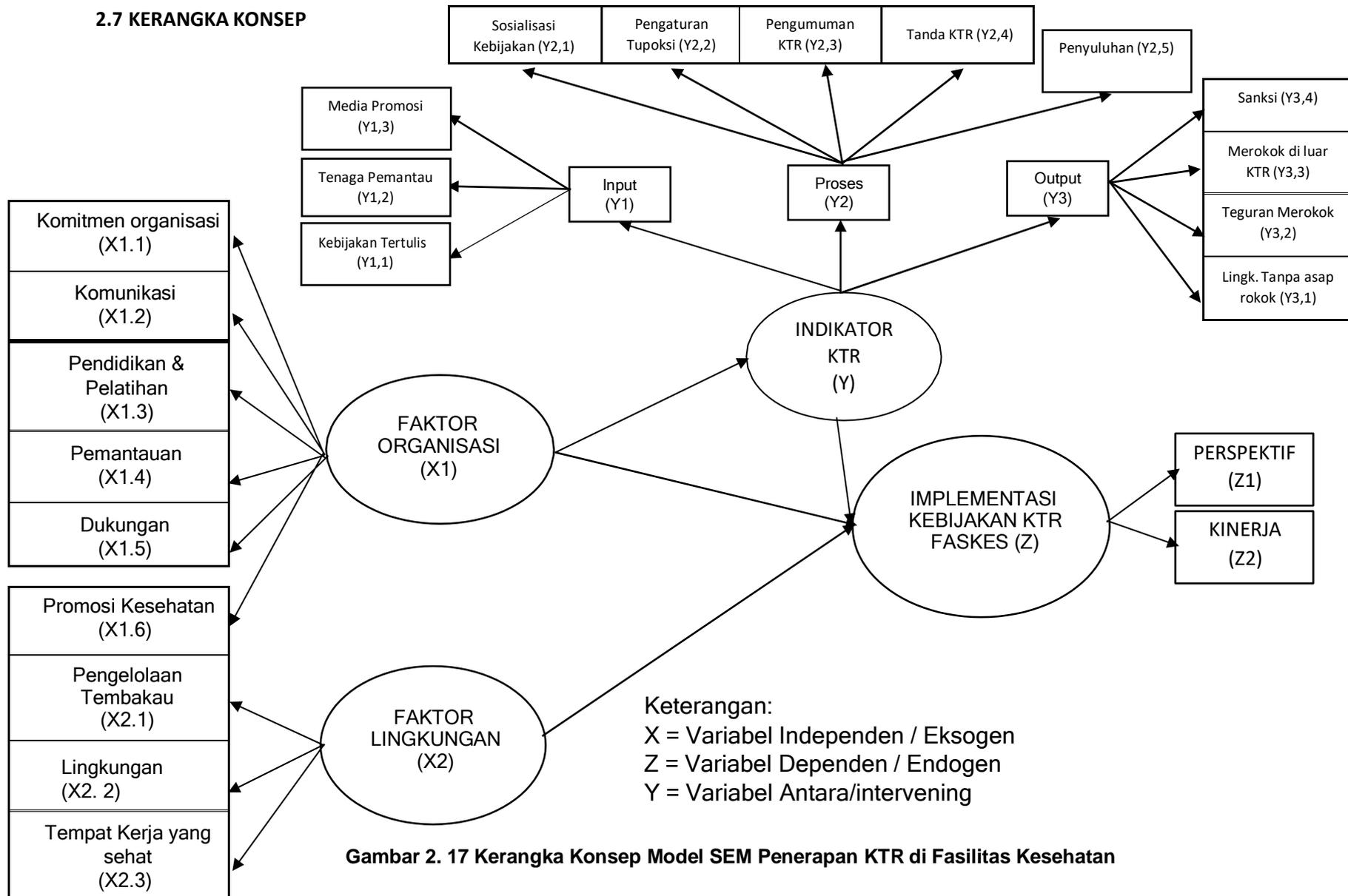
- a. Lingkungan tanpa asap rokok
- b. Saling menegur ketika ada yang merokok di lingkungan KTR
- c. Perokok merokok di luar KTR
- d. Adanya sanksi bagi yang melanggar

## KERANGKA TEORI



Gambar 2. 16 Kerangka teori sistem implementasi kebijakan kawasan tanpa rokok beserta determinannya

## 2.7 KERANGKA KONSEP



Gambar 2. 17 Kerangka Konsep Model SEM Penerapan KTR di Fasilitas Kesehatan

## 2.8 Definisi Operasional

Tabel 2. 4 Definisi operasional variabel penelitian

Variabel	Definisi operasional	Cara pengukuran	Kriteria objektif	Skala data
Implementasi kebijakan kawasan tanpa rokok	Pelaksanaan aturan di fasilitas kesehatan untuk bebas dari asap rokok	Menggunakan kuesioner yang disusun berdasarkan pedoman KTR dari Kemenkes (2011) melalui evaluasi jangka pendek dan jangka panjang. Kuesioner terdiri dari 6 pertanyaan dengan pilihan jawaban ya skor 1 dan tidak skor 0. Pertanyaan 1 dan 2	Implementasi jangka pendek berhasil jika total skor jawaban responden = 2 pada item pertanyaan 1 dan 2  Implementasi jangka panjang berhasil jika jawaban total skor	Nominal

Variabel	Definisi operasional	Cara pengukuran	Kriteria objektif	Skala data
		mencerminkan penilaian evaluasi jangka pendek dan pertanyaan nomor 3 sampai 6 mencerminkan evaluasi jangka panjang.	jawabanya = 4 pada item pertanyaan 3 sampai 6	
Determinan keberhasilan implementasi	Faktor penentu keberhasilan implementasi kebijakan di fasilitas kesehatan meliputi faktor penguat maupun faktor penghambat	Menggunakan kuesioner dan pedoman <i>Focused group discussion (FGD)</i> untuk mengetahui apakah determinan tersebut merupakan faktor penguat atau faktor penghambat	-	Rasio

Variabel	Definisi operasional	Cara pengukuran	Kriteria objektif	Skala data
	<p>implementasi, terdiri dari 9 faktor yakni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Komitmen organisasi adalah dokumen organisasi tentang kebijakan KTR, komite dan tanggung jawab staff terhadap KTR.</li> </ul>	<p>implementasi selain itu dari hasil FGD akan diperoleh determinan tambahan selain 9 faktor tersebut yang berkontribusi pada keberhasilan implementasi kebijakan KTR.</p>		

Variabel	Definisi operasional	Cara pengukuran	Kriteria objektif	Skala data
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komunikasi adalah informasi yang diterima staff pasien dan pengunjung dan sosialisasi kebijakan KTR</li> <li>• Pendidikan dan pelatihan adalah pendidikan/pelatihan tentang metode</li> </ul>			

Variabel	Definisi operasional	Cara pengukuran	Kriteria objektif	Skala data
	<p>peneguran perokok, intervensi, dan motivasi penghentian merokok</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dukungan adalah adanya layanan berhenti merokok di rumah sakit</li> <li>• Pengendalian tembakau adalah</li> </ul>			

Variabel	Definisi operasional	Cara pengukuran	Kriteria objektif	Skala data
	<p>adanya informasi, sumber daya khusus, prosedur tentang KTR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lingkungan adalah ada tanda bebas rokok, area khusus merokok, penjualan rokok dan tentang perokok pasif.</li> </ul>			

Variabel	Definisi operasional	Cara pengukuran	Kriteria objektif	Skala data
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tempat kerja yang sehat adalah penyampaian kebijakan KTR saat rekrutmen, pendidikan/pelatihan berkelanjutan tentang KTR, dan dipantaunya staf merokok.</li> </ul>			

Variabel	Definisi operasional	Cara pengukuran	Kriteria objektif	Skala data
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promosi kesehatan adalah mempromosikan aktivitas bebas rokok, organisasi berpartisipasi dalam kegiatan anti merokok.</li> <li>• Pemantauan adalah audit pelaksanaan KTR</li> </ul>			

Variabel	Definisi operasional	Cara pengukuran	Kriteria objektif	Skala data
Input	Adanya persiapan yang dilalui sebelum menerapkan kebijakan kawasan tanpa rokok di fasilitas kesehatan yaitu adanya kebijakan tertulis tentang KTR di rumah sakit, tenaga pemantau/satgas KTR, dan media promosi larangan merokok/KTR.	Menggunakan kuesioner yang disusun dari indikator input berdasarkan pedoman KTR dari Kemenkes (2011), terdiri dari 3 pertanyaan dengan pilihan jawaban ya skor 1 dan tidak skor 0.	Baik: Jika total skor jawaban responden = 3  Kurang: jika total skor jawaban responden <3	Nominal

Variabel	Definisi operasional	Cara pengukuran	Kriteria objektif	Skala data
Proses	Adanya pelaksanaan kegiatan saat menerapkan kebijakan kawasan tanpa rokok di fasilitas kesehatan yaitu sosialisasi, pengaturan tugas dan tanggung jawab, pengumuman kebijakan, tanda dan penyuluhan KTR.	Menggunakan kuesioner yang disusun dari indikator proses berdasarkan pedoman KTR dari Kemenkes (2011), terdiri dari 5 pertanyaan dengan pilihan jawaban ya skor 1 dan tidak skor 0.	Baik: Jika total skor jawaban responden = 5  Kurang: jika total skor jawaban responden <5	Nominal

<b>Variabel</b>	<b>Definisi operasional</b>	<b>Cara pengukuran</b>	<b>Kriteria objektif</b>	<b>Skala data</b>
Output	Adanya hasil dari proses penerapan kebijakan kawasan tanpa rokok di fasilitas kesehatan adalah lingkungan, petugas kesehatan, perokok aktif dan sanksi KTR	Menggunakan kuesioner yang disusun dari indicator output berdasarkan pedoman KTR dari Kemenkes (2011), terdiri dari 4 pertanyaan dengan pilihan jawaban ya skor 1 dan tidak skor 0.	Baik: Jika total skor jawaban responden = 4  Kurang: jika total skor jawaban responden <4	Nominal
Model	Model dalam penelitian ini adalah representasi atau abstraksi atau situasi nyata pada			

<b>Variabel</b>	<b>Definisi operasional</b>	<b>Cara pengukuran</b>	<b>Kriteria objektif</b>	<b>Skala data</b>
	penerapan KTR fasilitas kesehatan di Kota Makassar.			

## 2.9 Hipotesis Penelitian

1. Faktor organisasi pengaruh signifikan terhadap input, proses dan output kebijakan KTR di fasilitas kesehatan.
2. Faktor lingkungan pengaruh signifikan terhadap input, proses dan output kebijakan KTR di fasilitas kesehatan.
3. Keberlanjutan pengaruh signifikan terhadap input, proses dan output kebijakan KTR di fasilitas kesehatan.
4. Faktor organisasi, faktor lingkungan dan keberlanjutan pengaruh signifikan terhadap implementasi kebijakan KTR di fasilitas kesehatan.
5. Input, proses dan output pengaruh signifikan terhadap implementasi kebijakan KTR di fasilitas kesehatan
6. Faktor organisasi, faktor lingkungan dan keberlanjutan pengaruh signifikan terhadap implementasi kebijakan KTR melalui input, proses dan output di fasilitas kesehatan
7. Menganalisis model implementasi kebijakan KTR di fasilitas kesehatan. Dihasilkan model implementasi kebijakan KTR pada fasilitas Kesehatan yang memenuhi kriteria *goodness of fit*.