

ANALISIS MODEL LOGIKA DALAM IMPLEMENTASI KAWASAN TANPA ROKOK PADA TATARAN KOTA/KABUPATEN DI INDONESIA

Wenni Haristia¹, Amal Chalik Sjaaf²

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas
Indonesia¹

Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas
Indonesia²

Email: wenni.haristia@gmail.com

Kata kunci:

Merokok; Kawasan
Tanpa Rokok; analisis
model logika;
kota/kabupaten
Indonesia.

Keywords:

Smoking, Smoke-Free
Policy; logic model
analysis; city/district;
Indonesia.

ABSTRAK

Rokok secara langsung berdampak pada beban kesehatan dan beban ekonomi suatu negara. Prevalensi perokok meningkat setiap tahunnya pada setiap tingkatan usia. Upaya perlindungan kepada Masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan akibat paparan rokok dilakukan melalui penetapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Tujuan dari penelitian ini untuk melihat gambaran implementasi KTR pada tataran kota/kabupaten di Indonesia dengan menggunakan analisis model logika yang terdiri dari aspek *input*, *process* (aktivitas), *output*, dan *outcome*. Penelitian ini menggunakan metode *literature review*. Penelitian ini menemukan bahwa implementasi KTR belum optimal di semua wilayah studi. Tantangan utamanya adalah keterbatasan anggaran, keterbatasan SDM/personil dalam pembinaan dan pengawasan, rendahnya komitmen pelaku kebijakan, dan kurangnya koordinasi lintas sektor.

ABSTRACT

Smoking directly impacts a country's health and economic burden. The prevalence of smokers increases every year across all age groups. Efforts to protect the public from the health risks of smoking exposure are carried out through the establishment of Smoke-Free Policy (KTR). The aim of this research is to examine the implementation of KTR at the city/district level in Indonesia using a logic model analysis that includes aspects of input, process (activities), output, and outcomes. This research uses a literature review method. The findings indicate that the implementation of KTR is not yet optimal in all the study areas. The main challenges include budget constraints, limited human resources for guidance and supervision, low commitment from policy actors, and a lack of cross-sector coordination.

PENDAHULUAN

Rokok secara langsung berdampak pada beban kesehatan dan beban ekonomi suatu negara. Rokok merupakan faktor risiko penyakit stroke, jantung, tuberkulosis, diabetes melitus, dan penyakit paru obstruksi kronik (PPOK). Penyakit-penyakit tersebut termasuk dalam sepuluh besar penyumbang beban penyakit tertinggi (DALYs) Indonesia pada tahun 2019 (WHO, 2019). Kajian

dampak rokok bagi perekonomian menunjukkan bahwa pada tahun 2017, kerugian ekonomi dari biaya perawatan penyakit akibat rokok di Indonesia tiga kali lebih besar dari pendapatan cukai rokok (IAKMI, 2020).

Prevalensi perokok meningkat setiap tahunnya pada setiap tingkatan usia. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia menunjukkan adanya peningkatan jumlah perokok pemula dari 7,2% pada tahun 2013 menjadi 9,1% pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2019). Bappenas memperkirakan jumlah tersebut akan meningkat menjadi 15% pada tahun 2024 dan 16% pada tahun 2030. Sementara itu, pemerintah menetapkan target RPJMN tahun 2020-2024 untuk jumlah perokok pemula adalah sebesar 8,7% (Perpres No. 18 Tahun 2020 tentang RPJMN Tahun 2020-2024, 2020). Prevalensi merokok pada orang dewasa Indonesia di tahun 2020 adalah sebesar 34,5% atau sekitar 70,2 juta orang dewasa menggunakan produk tembakau. Penggunaan rokok elektrik juga mengalami peningkatan dari 0,3% pada tahun 2011 menjadi 3% pada tahun 2021 (WHO et al., 2021a). Peningkatan prevalensi juga terjadi pada perokok anak usia 13-15 tahun dari 18,3% pada tahun 2014 menjadi 19,2% pada tahun 2019 (WHO et al., 2021b).

Sebagian besar anak Indonesia menjadi perokok pasif. Sebanyak 6 dari 10 pelajar usia 13-15 tahun terpapar asap rokok di dalam rumah; 7 dari 10 pelajar terpapar asap rokok di tempat umum; dan 1 dari 2 pelajar melihat orang merokok di sekolah (WHO et al., 2021b). Selain berdampak pada kesehatan, rokok juga berdampak pada kesehatan lingkungan. Sisa konsumsi rokok baik konvensional maupun elektrik merupakan sampah residu (B3) yang dapat mencemari udara, merusak kualitas air dan mengancam kelestarian lingkungan hidup.

Untuk itu, pemerintah melakukan upaya perlindungan kepada Masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan akibat paparan rokok melalui penetapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) yang diselenggarakan di tujuh Kawasan yaitu fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, serta tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan. Namun, belum semua Kota/Kabupaten memiliki peraturan tentang Kawasan tanpa rokok. Sampai dengan tahun 2020, dari 335 kota/kabupaten di Indonesia, terdapat 76 kota/kabupaten yang belum memiliki Perda/Perkada mengenai KTR (Direktorat P2PTM, 2022). Penelitian yang dilakukan oleh The Union Asia Pacific pada tahun 2019-2020 untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan KTR yang diukur berdasarkan 6 indikator di 45 kota di Indonesia menunjukkan hasil yang masih rendah, dengan nilai rata-rata 20,8% (Direktorat P2PTM, 2022).

Penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran implementasi KTR pada tataran kota/kabupaten di Indonesia dengan menggunakan analisis model logika yang terdiri dari aspek *input*, *process* (aktivitas), *output*, dan *outcome*. Jika diketahui tantangan dan hambatan dalam implemmentasi KTR, dapat bermanfaat untuk pengembangan kebijakan, manajermen program dan peningkatan kinerja program di masa yang akan datang.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode *literature review*. Artikel dicari melalui database Google Scholar, Proquest, Science Direct, dan Pubmed dengan menggunakan kata kunci "**Kawasan Tanpa Rokok**", "**Smoke-Free Indonesia**". Pencarian artikel dilakukan pada 24-30 Mei 2023. Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah semua literatur yang mengkaji implementasi KTR pada tataran kota/kabupaten di Indonesia; berbahasa Indonesia/Inggris; diterbitkan tahun 2013-2023 dalam jurnal yang terindeks Sinta atau Scopus; tersedia dalam bentuk *full text*; dan *open access*. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah literatur yang tidak dipublikasikan di jurnal terindeks Sinta atau Scopus; artikel yang tidak dipublikasikan (seperti tesis/disertasi); prosiding; dan artikel yang menggunakan metode *literature review/systematic review*. Semua artikel terpilih dianalisis menggunakan pendekatan kualitatif, dengan menggunakan analisis model logika.

HASIL

Peninjauan dilakukan terhadap semua artikel yang didapatkan dari hasil pencarian melalui database. Setelah proses peninjauan, terdapat 8 artikel yang sesuai dengan tujuan penelitian untuk selanjutnya dianalisis (Tabel 1).

Tabel 1 Rangkuman Literatur KTR pada Tataran Kota/Kabupaten di Indonesia

No.	Judul (Penulis, Tahun)	Metode	Hasil
1.	Implementasi Peraturan Daerah Kabupaten Bintan Nomor 1 Tahun 2016 Tentang Kawasan Tanpa Rokok (Ariska, 2017)	<ul style="list-style-type: none">• Desain penelitian: Kualitatif• Informan: 26 orang (dari setiap OPD Kabupaten Bintan) dan 1 orang informan kunci (dari Dinas Kesehatan Kab. Bintan)• Pengumpulan Data: Wawancara, observasi (dengan daftar ceklis)	<ul style="list-style-type: none">• Gambaran Implementasi: implementasi KTR sudah terlaksana namun belum optimal. Komunikasi, Sumber daya, dan Struktur birokrasi sudah baik.• Tantangan: Sikap kurang tegas dari pelaksana masih dalam menjalankan tugas dengan pengawasan yang terhadap penerapan peraturan daerah kawasan tanpa rokok
2.	Studi efektivitas penerapan kebijakan perda kota tentang kawasan tanpa rokok (KTR)	<ul style="list-style-type: none">• Desain penelitian: <i>Mix Method</i> dengan desain explanatory• Informan: kuantitatif 100 orang, kualitatif; Kualitatif: Kepala	<ul style="list-style-type: none">• Gambaran Implementasi: implementasi KTR di tiga kab./kota (Kota Padang, Kota Padang Panjang, dan Kota Payakumbuh) sudah berjalan namun kurang optimal. Terlihat dari

No.	Judul (Penulis, Tahun)	Metode	Hasil
	dalam upaya menurunkan perokok aktif di Sumatera Barat tahun 2013. (Azkha, 2013)	Dinas Kesehatan, Organisasi profesi, Tokoh masyarakat, perokok • Pengumpulan Data: kuantitatif: kuesioner; kualitatif: wawancara mendalam, FGD, telaah dokumen • Analisis data: Kuantitatif: univariat; Kualitatif: content analysis	jumlah perokok di tiga kabupaten masih mencapai 59%. • Tantangan: Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan KTR adalah tergantung dari komitmen Kepala Daerah, DPR, Dinas Kesehatan, dan dinas terkait lainnya serta adanya pemberdayaan masyarakat. KTR tanpa adanya komitmen dan dukungan dari semua pihak sulit untuk penerapan KTR.
3.	Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Kota Lubuklinggau berdasarkan Perda Nomor I Tahun 2017 (Musmar & Yusran, 2022)	• Desain penelitian: Kualitatif deskriptif • Informan: Kabid P2P dan Kasi PTM Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau, Seksi Pencegahan dan Pendeteksi Dini SATPOL-PP Lubuklinggau, Kepala Puskesmas Citra Medika Lubuklinggau, Wakil Kesiswaan SMA Negeri 2 Lubuklinggau, Lurah Taba Lestari, Pengelola Masjid Khoirusaadah, serta masyarakat • Pengumpulan Data: Wawancara dan dokumentasi	• Gambaran Implementasi: implementasi kebijakan kawasan tanpa rokok di Kota Lubuklinggau telah berjalan, namun belum optimal • Tantangan: kurangnya informasi yang diberikan pemerintah melalui Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau kepada Pimpinan lembaga atau badan yang dinyatakan sebagai KTR serta masyarakat.

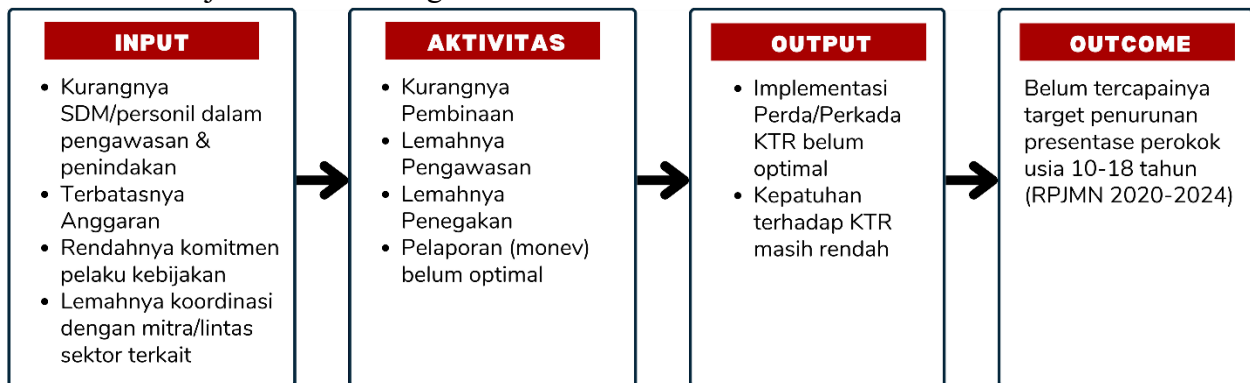
No.	Judul (Penulis, Tahun)	Metode	Hasil
4.	<p><i>Implementation of the Smoke-Free Policy in Medan City, Indonesia: Compliance and Challenges</i> (Nasution et al., 2022)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desain penelitian: <i>Mix Method</i> • Informan: Kuantitatif 144 orang.; Kualitatif: 6 informan kunci yang terdiri dari dua tokoh agama, dua tokoh masyarakat, dan dua praktisi kesehatan • Pengumpulan Data: Kuantitatif: kuesioner; Kualitatif: wawancara mendalam 	<ul style="list-style-type: none"> • Gambaran Implementasi: Implementasi SFP di kota Medan masih memiliki tingkat kepatuhan yang rendah dan menghadapi banyak tantangan. kepatuhan keseluruhan sebesar 44%, mulai dari 0% di fasilitas umum luar ruang hingga 83% di fasilitas kesehatan; kepatuhan yang relatif lebih tinggi di antara fasilitas dalam jarak 1 km dari dinas kesehatan provinsi dan kota dibandingkan dengan yang berada di luar penyangga (namun tidak signifikan pada tingkat 5%, $P = 0,070$) • Tantangan: kurangnya anggaran, pemantauan, penegakan, dan kepekaan
5.	<p>Implementasi Kebijakan Peraturan Daerah Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di Kota Sukabumi (Rizal et al., 2021)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desain penelitian: Kualitatif • Informan: 6 orang (Kepala Seksi Promosi Kesehatan, Satuan Polisi Pamong Praja, Kepala Terminal A Kota Sukabumi, Pengunjung, dan Pedagang di dalam terminal) • Pengumpulan Data: Observasi dan wawancara mendalam 	<ul style="list-style-type: none"> • Gambaran Implementasi: implementasi perda kawasan tanpa rokok belum sepenuhnya terealisasi dengan baik. • Tantangan: Ukuran dan tujuan dari kebijakan masih belum optimal. Sumber daya finansial yang belum cukup sehingga banyak fasilitas yang belum terpenuhi di dalam pelaksanaan kawasan tanpa rokok dan terbatasnya sumber daya waktu serta kurangnya personil Satpol PP dalam melakukan penindakan. Komunikasi antara dinas kesehatan dan pihak pengelola terminal A belum tersampaikan dengan baik dan secara menyeluruh.

No.	Judul (Penulis, Tahun)	Metode	Hasil
6.	<i>Implementing Smoke Free Policy (SFP) In Binjai City : Compliance And Oportunity</i> (Siregar et al., 2022)	<ul style="list-style-type: none"> • Desain penelitian: Kualitatif dengan metode studi kasus • Informan: 6 informan kunci terdiri dari dua tokoh agama, dua tokoh masyarakat, dan dua praktisi kesehatan. • Pengumpulan Data: Wawancara, observasi, dan telaah dokumen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gambaran Implementasi: kebijakan mengenai KTR belum dilaksanakan secara efisien. Kebijakan tersebut belum berjalan secara efektif. Temuan pengamatan menunjukkan bahwa setiap fasilitas yang dipantau terus melakukan berbagai pelanggaran. • Tantangan: perokok tidak peduli untuk menciptakan lingkungan yang sehat bagi perokok pasif.
7.	<i>Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Asap Rokok di Kota Mataram</i> (Winengan, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Desain penelitian: Kualitatif-deskriptif • Informan: Sekretaris Daerah, Dinas Kesehatan, Ketua Badan Lingkungan Hidup, Wakil Ketua DPRD, Komisi II DPRD, dan beberapa informan dari masyarakat, serta pejabat yang bertanggungjawab pada masing-masing KTR • Pengumpulan Data: wawancara, dan observasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Gambaran Implementasi: implementasi kebijakan kawasan tanpa asap rokok di Kota Mataram tidak berjalan dengan baik. • Tantangan: kurangnya sosialisasi, kurangnya komitmen pelaksana kebijakan, kurangnya kepatuhan masyarakat, dan tidak ditegakkannya aturan sanksi yang telah ditetapkan.
8.	<i>Opportunities and Challenges of Tobacco Control Policy at District Level in Indonesia: A</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Desain penelitian: Kualitatif • Informan: 18 informan (pembuat kebijakan, legislator, dan masyarakat sipil) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gambaran Implementasi: pengetahuan dan dukungan terhadap Kebijakan Bebas Asap Rokok (SFP) yang ada saat ini tinggi, kebijakan lain seperti larangan iklan tembakau luar ruang (OTA) dan larangan menampilkan produk tembakau rendah.

No.	Judul (Penulis, Tahun)	Metode	Hasil
	<i>Qualitative Analysis</i> (Yunarman et al., 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • Pengumpulan Data: Wawancara mendalam 	<ul style="list-style-type: none"> • Tantangan: tiga tantangan utama adalah: (a) kurangnya penegakan SFP yang ada, (b) kurangnya peraturan nasional untuk melarang OTA dan tampilan produk, dan (c) tindakan balasan dari industri tembakau.

Salah satu alat yang dapat digunakan dalam analisis dalam penelitian kualitatif adalah analisis model logika. Analisis model logika adalah proses yang digunakan untuk merinci elemen-elemen kebijakan/program dan menghubungkannya dengan *input*, *process* (aktivitas), *output*, dan *outcome* yang diharapkan. Analisis model logika dapat berperan dalam mengidentifikasi aspek-aspek penting untuk dipantau (*input*, *proses*, *output*, *outcome*), mengidentifikasi pertanyaan evaluasi, menilai kesiapan program untuk mengukur dan mengevaluasi hasil di berbagai titik dalam model logika, dan melakukan evaluasi formatif atau proses terkait implementasi program (Longest, 2014). Analisis ini membantu dalam merencanakan evaluasi dengan mengidentifikasi indikator kunci, target, dan sumber daya yang diperlukan untuk mengukur keberhasilan kebijakan kawasan tanpa rokok.

Berdasarkan peninjauan terhadap 8 artikel terpilih, hasil dari analisis model logika yang dilakukan ditunjukkan dalam diagram alur berikut.



Gambar 1
Diagram Analisis Model Logika Implementasi KTR

Input

a. Sumber Daya Manusia

Penelitian yang dilakukan oleh Rizal et al. (2021) menyebutkan kendala dari implemementasi KTR di Kota Sukabumi diantaranya adalah kurangnya personil dalam pengawasan dan penindakan, termasuk kendala pengaturan jadwal dibandingkan dengan cakupan wilayah luas

meskipun telah adanya pemberdayaan anak sekolah untuk kegiatan promosi serta pengelola tempat-tempat umum, seperti mall dan terminal, dalam melakukan pengawasan di lokasinya. Berbeda dengan penelitian tersebut, Azkha (2013) menyebutkan bahwa sumber daya manusia dalam implementasi KTR di Kota/Kabupaten studi di Sumatera Barat dirasa cukup dengan dibentuknya tim pengawasan, pemantau, dan penegak perda serta adanya keterlibatan lintas sektor dalam pelaksanaannya.

b. Sumber Daya Keuangan

Empat dari artikel yang ditinjau menyebutkan adanya keterbatasan anggaran dalam implementasi KTR di wilayah studinya (Nasution et al., 2022; Rizal et al., 2021; Siregar et al., 2022; Yunarman et al., 2021). Keterbatasan anggaran mengurangi kemampuan untuk menegakkan kepatuhan dan penyediaan sarana dan prasarana yang mendukung (Yunarman et al., 2021). Sementara itu, beberapa artikel menyebutkan sumber pembiayaan dalam implementasi KTR di wilayah studinya berasal dari APBD (Ariska, 2017; Azkha, 2013; Rizal et al., 2021) dan pemanfaatan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) (Azkha, 2013).

c. Komitmen Pelaku Kebijakan

Empat dari artikel yang ditinjau menyebutkan adanya permasalahan terkait komitmen. Penelitian yang dilakukan oleh Azkha (2013) Siregar et al., (2022), dan Winengan (2017) menyebutkan masih rendahnya komitmen kepala daerah dan jajaran pemda dalam pelaksanaan Perda KTR. Selain komitmen pemerintah daerah, masih rendahnya komitmen pemilik/pengelola tempat tempat KTR dalam penyediaan sarana dan prasarana serta pengawasan di tempat usahanya juga menjadi kendala dari implementasi KTR (Nasution et al., 2022).

d. Kemitraan

Rizal et al., (2021) dalam artikelnya menyebutkan bahwa komunikasi dan koordinasi dengan mitra/lintas sektor belum terjalin sehingga terjadi saling tuding dan lempar tanggung jawab. Berbeda dengan itu, Azkha (2013) menyebutkan bahwa kemitraan lintas sektor sudah terbangun sejak penyusunan draft rancangan perda namun pemberdayaan masyarakat masih kurang digiatkan. Masih rendahnya kesadaran masyarakat dalam mematuhi KTR juga menjadi kendala dari implementasi KTR yang disebutkan dalam artikel Siregar et al. (2022) dan Winengan (2017).

Aktivitas

Penerapan KTR setidaknya mencakup aspek pembinaan, pengawasan, penegakan, dan pelaporan.

a. Pembinaan

Empat dari delapan artikel yang ditinjau menyebutkan kurangnya sosialisasi kepada pemilik/pengelola tempat KTR dan masyarakat (Musmar & Yusran, 2022; Rizal et al., 2021; Yunarman et al., 2021), dimana intensitasnya lebih sedikit dibandingkan iklan rokok. Sementara itu, penelitian Ariska (2017) dan Azkha (2013) menyebutkan bahwa sosialisasi sudah berjalan kepada setiap OPD, Kecamatan, dan kepada masyarakat melalui siaran TV, radio, dan dialog/*talk*

show (media massa), penyajian, baliho, spanduk stiker, leaflet, dan melalui kelompok-kelompok masyarakat.

b. Pengawasan

Empat dari delapan artikel yang ditinjau menyebutkan kurangnya dan lemahnya pengawasan menjadi kendala dalam implementasi KTR (Ariska, 2017; Musmar & Yusran, 2022; Nasution et al., 2022; Yunarman et al., 2021). Lemahnya pengawasan menimbulkan celah terjadinya ketidakpatuhan dan pengabaian terhadap regulasi.

c. Penegakan

Empat dari delapan artikel yang ditinjau menyebutkan kurangnya penegakan aturan sanksi menjadi kendala dalam implementasi KTR (Musmar & Yusran, 2022; Nasution et al., 2022; Winengan, 2017; Yunarman et al., 2021). Kajian Komunitas *No Tobacco Community* di Kota Bogor mengungkapkan bahwa penegakan sanksi dapat meningkatkan kepatuhan masyarakat terhadap suatu ketentuan yang diberlakukan (Yunarman et al., 2021).

d. Pelaporan (Monev)

Penelitian yang dilakukan oleh Azkha (2013) menyebutkan bahwa monitoring dan evaluasi belum dapat berjalan secara maksimal terutama karena adanya kesibukan masing-masing SKPD untuk melaksanakan program pokoknya. Sementara di Kota Depok, monitoring dan evaluasi dilakukan bersamaan dengan kegiatan sosialisasi dan peringatan Hari Tanpa Tembakau Sedunia (HTTS) (Direktorat P2PTM, 2022).

Output

a. Terbitnya Perda/Perkada tentang KTR

Seluruh artikel menyebutkan bahwa wilayah studinya telah memiliki perda/perkada terkait KTR, namun implementasinya masih belum optimal (Ariska, 2017; Azkha, 2013; Musmar & Yusran, 2022; Nasution et al., 2022; Rizal et al., 2021; Siregar et al., 2022; Winengan, 2017; Yunarman et al., 2021)

b. Kepatuhan terhadap KTR masih rendah

Beberapa survei yang dilakukan di beberapa wilayah di Indonesia menunjukkan masih rendahnya tingkat kepatuhan Masyarakat terhadap penerapan KTR. Di tiga kabupaten di Prov. Sumatera Barat yang menjadi fokus studi, jumlah perokok masih mencapai 59% (Azkha, 2013). Kepatuhan secara keseluruhan di Kota Depok tahun 2022 masih dia angka 56,76% (Direktorat P2PTM, 2022). Angka kepatuhan secara keseluruhan di Kota Medan sebesar 44% dimana nilai kepatuhan tertinggi adalah di fasilitas pelayanan kesehatan (Azkha, 2013; Siregar et al., 2022).

PEMBAHASAN

Sampai dengan tahun 2022, kebijakan KTR telah diterapkan di 85% Kota/Kabupaten di Indonesia. Penerapan KTR dapat berbeda di setiap Kota/Kabupaten, namun setidaknya mencakup aspek pembinaan, pengawasan, penegakan, dan pelaporan. Berdasarkan penelusuran literatur yang

dilakukan, diketahui bahwa implementasi KTR di berbagai wilayah studi seluruhnya belum optimal. Hal ini dapat dilihat dari masih rendahnya nilai kepatuhan masyarakatnya yang dinilai dengan masih banyak ditemukannya pelanggaran terhadap KTR. Evaluasi implementasi KTR merupakan upaya monitoring dan evaluasi agenda program atau kegiatan pemerintah di bidang kesehatan dalam mencapai tujuan indikator baik Renstra maupun RPJMN. Evaluasi dapat dilakukan berdasarkan pendekatan model logika untuk memahami hubungan sebab-akibat antara input, aktivitas, output, dan outcome program dengan cara yang sistematis dan terstruktur. Meskipun efek jangka pendek yang konsisten dari kebijakan KTR di tingkat kabupaten dan provinsi terhadap perokok remaja di Indonesia belum dapat dibuktikan, implementasi KTR yang lemah dan kepatuhan yang buruk dapat mengurangi efektivitas KTR (Septiono et al., 2020).

Belum optimalnya implementasi KTR pada Kota/Kabupaten di wilayah studi disebabkan oleh pengelolaan faktor input (sumber daya manusia, anggaran, komitmen pelaku kebijakan, dan koordinasi-kolaborasi dengan mitra/lintas sektor) yang kurang optimal. Keterbatasan anggaran dapat diatasi dengan mengoptimalkan segala sumber daya keuangan milik daerah (APBD). Selain itu, berdasarkan PMK No. 7/PMK.07/2020 tentang Penggunaan, Pemantauan, Dan Evaluasi Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT), dana tersebut dapat digunakan untuk upaya promotif/preventif dalam hal ini aktivitas pembinaan (sosialisasi) dan penyediaan sarana dan prasarana yang mendukung implementasi KTR (termasuk media promosi). Selanjutnya, pemerintah juga menyediakan dana Dekonsentrasi yang pada salah satu menunya diperuntukkan bagi aktivitas kampanye/sosialisasi KTR, koordinasi pelaksanaan KTR, dan pelatihan upaya berhenti merokok. Pemerintah daerah juga perlu mendorong pemanfaatan dana desa untuk pengadaan sarana dan prasarana yang mendukung implementasi KTR di setiap wilayah, misalnya dalam memberikan insentif bagi masyarakat yang diberi tugas melakukan pengawasan dan penegakan. Dengan begitu upaya optimalisasi penggunaan anggaran ini juga dapat juga menjadi solusi dari terbatasnya SDM dalam pengawasan dan penegakan KTR.

Keterbatasan SDM/personil dalam pembinaan, dan pengawasan dapat dikelola dengan melibatkan lintas sektor sampai dengan masyarakat (*penta helix*). Melalui pemanfaatan dana desa, pemerintah dapat mendorong pemberdayaan masyarakat dalam melakukan pembinaan dan pengawasan salah satunya dengan menetapkan dan mengembangkan Desa KTR. Studi di India dan Nigeria telah menunjukkan bahwa tempat kerja bebas asap rokok berhubungan dengan tingginya proporsi orang dewasa yang melaporkan rumah bebas asap rokok (Goel et al., 2018). Intervensi terpadu ini terbukti berhasil mengubah perilaku merokok pada kawasan rumah tangga (Najmah et al., 2015). Pada Desa KTR, masyarakat dapat melakukan pembinaan (sosialisasi & edukasi) dan pengawasan terhadap perokok aktif yang melanggar batas wilayah KTR.

Rendahnya komitmen pelaku kebijakan dapat dicegah melalui koordinasi dan pelibatan lintas sektor yang dilakukan sejak penyusunan draft perda/perkada sehingga semua pihak memahami perannya dalam implementasi KTR. Peran yang dimiliki tersebut kemudian dioperasionalkan dengan mendorong masing-masing sektor/SKPD membuat dan menjalankan

regulasi di internal instansinya. Hal ini sekaligus dapat menjawab permasalahan terkait lemahnya koordinasi dengan mitra/lintas sektor.

Komitmen kepala daerah, anggota DPR dan pejabat lainnya secara personal dapat ditunjukkan melalui keteladanan, yakni tidak merokok di KTR dan turut melakukan pengawasan terhadap pelanggaran yang terjadi di wilayahnya. Sebagai bentuk komitmen, pemerintah juga dapat menerapkan sanksi disiplin bagi ASN yang ketahuan melanggar larangan merokok di wilayah KTR dengan teguran sampai pemotongan tunjangan kinerja seperti yang dilakukan oleh Pemerintah Prov. DKI Jakarta (Rahajeng, 2016). Komitmen pelaku kebijakan merupakan faktor terbesar optimalnya suatu kebijakan/program karena mereka memiliki kekuasaan untuk membentuk regulasi dan dengan kepemimpinannya dapat mengelola berbagai sumber daya yang dimiliki untuk membuat aktivitas yang efektif sehingga berdampak pada output yang maksimal.

Koordinasi lintas sektor juga monitoring dan evaluasi harus dilakukan secara rutin guna memberikan pemahaman mengenai besarnya masalah dan mencari jalan keluarnya bersama. Dengan data yang dikumpulkan dari kegiatan evaluasi diharapkan dapat meningkatkan peran aktif dan komitmen dari para pelaku kebijakan dalam implementasi KTR, termasuk dalam pengalokasian dan pengelolaan sumberdaya yang dimiliki oleh setiap pelaku. Setiap pemerintah daerah terus mendorong larangan merokok dan pengendalian kawasan bebas asap rokok (KTR) dengan melakukan tindakan rutin dan menggandeng masyarakat dalam kegiatan rutin dan aktif (Sagala et al., 2020).

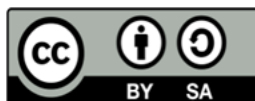
KESIMPULAN

Implementasi KTR belum optimal di semua wilayah studi, yang dapat dilihat dari nilai kepatuhan masyarakatnya terhadap KTR. Hasil analisa model logika dalam melihat hubungan sebab-akibat antara aspek input, proses, dan output menunjukkan akar penyebab belum optimalnya implementasi KTR di wilayah studi adalah keterbatasan anggaran, keterbatasan SDM/personil dalam pembinaan dan pengawasan, rendahnya komitmen pelaku kebijakan, dan kurangnya koordinasi lintas sektor. Tantangan yang paling besar pengaruhnya adalah komitmen pelaku kebijakan. Komitmen para pelaku kebijakan merupakan faktor penentu optimalnya suatu kebijakan/program melalui pembuatan dan pengembangan regulasi serta pengelolaan berbagai sumber daya yang dimiliki dalam merancang aktivitas yang efektif sehingga berdampak pada output yang maksimal. Pemerintah daerah dapat mengoptimalkan pemanfaatan DBHCHT dan dana desa untuk membangun koordinasi lintas sektor dan pemberdayaan masyarakat, sosialisasi, serta meningkatkan upaya pengawasan rutin dan penegakan sanksi melalui pemberian insentif. Perlu adanya kesadaran, komitmen dan tanggung jawab bersama dari lintas program dan lintas sektor serta optimalisasi pemberdayaan masyarakat dalam merubah perilaku dan kondisi lingkungannya melalui pembentukan KTR berbasis komunitas, misalnya berupa Desa/Kampung KTR.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariska, M. (2017). Implementasi peraturan daerah kabupaten bintang nomor 1 tahun 2016 tentang kawasan tanpa rokok. *Jurnal Ilmu Administrasi Negara (JUAN)*, 5(1). <https://ojs.umrah.ac.id/index.php/juan/article/download/695/473>
- Azkha, N. (2013). Studi efektivitas penerapan kebijakan perda kota tentang kawasan tanpa rokok (KTR) dalam upaya menurunkan perokok aktif di Sumatera Barat tahun 2013. *urnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 02(4 Desember), 171–179.
- Direktorat P2PTM, K. R. (Director). (2022, May 31). *HTTS - ICTOH: Implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Indonesia Dalam Mendukung Lingkungan Sehat*. <https://www.youtube.com/watch?v=-GAjrp5HRc>
- Goel, S., Sharma, D., Gupta, R., & Mahajan, V. (2018). Compliance with smoke-free legislation and smoking behaviour: Observational field study from Punjab, India. *Tobacco Control*, 27(4), 407–413. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053559>
- IAKMI. (2020). *Fakta Tembakau Indonesia*. Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia.
- Kemkes RI. (2019). *Laporan nasional riskesdas 2018*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemkes RI.
- Longest, B. B. (2014). *Health Program Management: From Development Through Evaluation* (2nd ed.). Jossey-Bass. <https://www.perlego.com/book/999253/health-program-management-from-development-through-evaluation-pdf>
- Musmar, S., & Yusran, R. (2022). *Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Kota Lubuklinggau berdasarkan Perda Nomor 1 Tahun 2017*. 6.
- Najmah, N., Etrawati, F., Yeni, Y., & Utama, F. (2015). Studi Intervensi Klaster Kawasan Tanpa Rokok pada Tingkat Rumah Tangga. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*, 9(4), Article 4. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v9i4.752.g475>
- Nasution, F., Gurning, F. P., Siregar, P. A., Ahsan, A., & Kusuma, D. (2022). Implementation of the smoke-free policy in Medan city, Indonesia: Compliance and challenges. *International Journal of Preventive Medicine*, 13, 30. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_106_20
- Peraturan Presiden RI Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024, Pub. L. No. Perpres No. 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024 (2020).
- Rahajeng, E. (2016). Pengaruh Penerapan Kawasan Tanpa Rokok Terhadap Penurunan Proporsi Perokok Di Provinsi DKI Jakarta, Daerah Istimewa YOGYAKARTA Dan Bali. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 14(3), 238–249. <https://doi.org/10.22435/jek.v14i3.4694.238-249>
- Rizal, D. K., Dania, D. M., & Sunarya, E. (2021). Implementasi Kebijakan Peraturan Daerah Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di Kota Sukabumi. *Jurnal Ilmiah Muqoddimah: Jurnal Ilmu Sosial, Politik dan Humaniora*, 6(1), 69. <https://doi.org/10.31604/jim.v6i1.2022.69-76>

- Sagala, L. O. H. S., Saktiansyah, L. O. A., & Ahsan, A. (2020). Community Intention in the Whistle-blowing System Development for Smoke-free Zones; Law Enforcement in Kendari City, Sulawesi Tenggara Province, Indonesia. *Public Health of Indonesia*, 6(2), 41–46. <https://doi.org/10.36685/phi.v6i2.326>
- Septiono, W., Kuipers, M. A. G., Ng, N., & Kunst, A. E. (2020). Changes in adolescent smoking with implementation of local smoke-free policies in Indonesia: Quasi-experimental repeat cross-sectional analysis of national surveys of 2007 and 2013. *Drug and Alcohol Dependence*, 209, 107954. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107954>
- Siregar, P. A., Wulandari, S. K., Hayati, F., & Hasibuan, R. (2022). Implementing smoke free policy (SFP) in binjai city: Compliance and oportunity. *Prepotif Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(3). <https://doi.org/10.31004/prepotif.v6i3.8089>
- WHO. (2019). *Global health estimates: Leading causes of DALYs*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
- WHO, Kemenkes RI, & CDC. (2021a). *Global Adult Tobacco Survey (GATS) Fact Sheet, Indonesia 2021*. <https://www.who.int/publications/m/item/2021-gats-fact-sheet-indonesia>
- WHO, Kemenkes RI, & CDC. (2021b). *Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Fact Sheet, Indonesia 2019*. [https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/indonesia-gyts-2019-factsheet-\(ages-13-15\)-\(final\)-indonesian-final.pdf?sfvrsn=b99e597b_2](https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/indonesia-gyts-2019-factsheet-(ages-13-15)-(final)-indonesian-final.pdf?sfvrsn=b99e597b_2)
- Winengan, W. (2017). Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Asap Rokok Di Kota Mataram. *Jurnal Ilmu Administrasi: Media Pengembangan Ilmu dan Praktek Administrasi*, 14(1), 1–16. <https://doi.org/10.31113/jia.v14i1.13>
- Yunarman, S., Munandar, A., Ahsan, A., Akbarjono, A., & Kusuma, D. (2021). Opportunities and challenges of tobacco control policy at district level in indonesia: A qualitative analysis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 22(10), 3055–3060. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.10.3055>



This work is licensed under a
Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License