

Research Article

Hubungan Komunikasi, Sumber Daya, Disposisi, dan Struktur Birokrasi dengan Implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Puskesmas Sanggeng Kabupaten Manokwari

Yaneke Yosister Henni Ramandei¹, Arius Togodly², Wahyuti^{3*}, Sarce Makaba⁴, Rosmin Tinggimenehe⁵, Yacob Ruru⁶

^{1,2,3,4,5,6}Program Magister IKM/FKM Universitas Cenderawasih

Abstract

The implementation of the Smoke Free Area (SFA) policy is one of the public health strategies aimed at protecting communities from exposure to cigarette smoke. This study was conducted to analyze the relationship between communication, resources, disposition, and bureaucratic structure with the implementation of SFA policy at Sanggeng Health Center and to determine the most dominant factor influencing its implementation. This study employed an analytical observational design with a cross-sectional approach. The population consisted of all employees working at Sanggeng Health Center, Manokwari Regency. A total sampling technique was applied, involving 59 respondents. Data were analyzed using univariate analysis for frequency distribution, bivariate analysis using Chi-square/Fisher Exact Test, and multivariate analysis using logistic regression to identify the dominant variable. The results showed that most respondents perceived the implementation of SFA policy as good (76.3%). Bivariate analysis indicated that communication ($p=0.198$), resources ($p=0.412$), and disposition ($p=0.666$) were not significantly associated with Smoke Free Area implementation. Multivariate analysis confirmed that bureaucratic structure was the most dominant factor, with respondents in a good bureaucratic structure having 16.88 times greater odds of achieving optimal SFA implementation compared with those in a poor bureaucratic structure ($OR=16.880$; 95% CI: 2.943–96.817; $p=0.002$). Conclusion: Bureaucratic structure was the only factor significantly associated with SFA implementation and emerged as the most dominant determinant. Strengthening organizational systems, including clear standard operating procedures, role distribution, and routine supervision, is essential to improve the effectiveness of Smoke Free Area implementation in primary healthcare facilities.

Keywords: Bureaucratic structure; Communication; Disposition; Resources; Smoke Free Area Implementation

Pendahuluan

Perilaku merokok masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat yang signifikan karena berkontribusi terhadap

meningkatnya kejadian penyakit tidak menular serta paparan asap rokok bagi perokok pasif. Terdata lebih dari 7 juta kematian akibat rokok di dunia dan 1,6 juta diantaranya adalah perokok pasif (WHO, 2023). *World Health Organization* (WHO) juga menyebutkan bahwa 80% dari 1,3 miliar perokok didunia berasal dari negara dengan pendapatan rendah dan menengah (Listyorini, 2023). Kadar nikotin dalam rokok adalah ancaman bagi kesehatan, efeknya bagi Kesehatan dapat beresiko beragam jenis kanker mulai dari

*corresponding author: Wahyuti

Program Magister IKM/FKM, Universitas Cenderawasih, Indonesia

Email: wahyutimaidin@gmail.com

Submission: 24-04-2026 Revised: 27-06-2026

Accepted: 17-07-2026 Published: 10-08-2026



kanker paru, kanker mulut hingga penyakit kardiovaskular (Maulana, 2023).

Di Indonesia kasus perokok juga masih fluktuatif, berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, jumlah perokok aktif diperkirakan mencapai sekitar 70 juta orang, dengan kelompok usia 15-19 tahun sebagai perokok terbanyak (56,5%), diikuti usia 10-14 tahun sebanyak 18,4% (Kemenkes RI, 2023). Data ini menunjukkan perlunya perhatian khusus sebab kasus perokok tidak hanya pada usia dewasa, tetapi menjurus pada generasi muda. Adapun di Provinsi Papua tahun 2020, dilaporkan terdapat 24,91% proporsi perokok aktif (Widyawati, 2020).

Berbagai upaya intervensi untuk menekan dan menurunkan angka perokok telah dilakukan. Secara global, kebijakan *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC) telah diterapkan 57 negara dan studi *literatur review* menyimpulkan bahwa pada negara-negara yang menerapkan kebijakan FCTC itu telah membawa manfaat dengan penurunan kasus rokok 4,4% hingga 30,3% (Chugh et al., 2023; PeSufri et al., 2023). Adapun di Indonesia, (Subagyo & Primawanti, 2022) salah satu programnya adalah kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Pemerintah menetapkan kebijakan KTR melalui Undang-Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 115 ayat (1) dan ayat (2) yang mengamanatkan kepada Pemerintah Daerah (wajib) untuk menetapkan dan menerapkan KTR di wilayahnya dan diperkuat dengan surat edaran penyelenggaraan Kawasan Tanpa Rokok di daerah (Kesehatan & Indonesia, 2022). Tujuan KTR adalah melindungi masyarakat dari paparan asap rokok dan menciptakan lingkungan yang sehat. Kebijakan ini menjadi bagian yang sangat penting dalam upaya promotif dan preventif di sektor kesehatan (Wahyuti et al., 2025).

Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki peran strategis dalam implementasi KTR karena tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan, tetapi juga berfungsi sebagai pusat promosi kesehatan

dan perubahan perilaku masyarakat. Namun, implementasi KTR di berbagai daerah masih belum optimal. Bahkan studi yang membandingkan implementasi KTR di Singapura dan Indonesia menyimpulkan bahwa di Indonesia implementasi masih belum maksimal karena bersifat parsial dan lemah sanksi, sedangkan Singapura sudah sangat tegas dengan sanksi berat (Pramayora & Ringgi, 2024). Studi di Denpasar (Saputra, 2024), menemukan hal yang serupa bahwa penerapan KTR masih belum disertai pemberian sanksi yang tegas, masih terdapat pelanggaran kebijakan KTR, lemahnya pengawasan, serta belum konsistennya penerapan sanksi di lapangan. Temuan ini menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi KTR tidak hanya bergantung pada keberadaan kebijakan, tetapi juga pada faktor pendukung lainnya.

Keberhasilan implementasi kebijakan KTR dipengaruhi oleh beberapa faktor penting, seperti komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi. Studi di Kota Ambon dan Kabupaten Merangin menemukan hasil bahwa dalam penerapan KTR seringkali tidak optimal karena belum tersedia SOP yang jelas, masalah sumber daya minim dan fasilitas kurang mendukung (Alfiani & Fadli, 2025). Penelitian lainnya di Binjai Sumatera Utara dan Aceh juga menemukan bahwa faktor komunikasi dan birokrasi memegang peran penting dalam berjalannya program KTR (Hasibuan & Ulfha, 2022; Nurdin et al., 2025). Faktor ini perlu menjadi perhatian karena dapat menentukan sejauh mana kebijakan dapat diterapkan secara efektif di lapangan (Putri, 2025).

Puskesmas Sanggeng Kabupaten Manokwari telah menerapkan PERDA Peraturan Daerah Kabupaten Manokwari Nomor 13 Tahun 2021 Tentang Kawasan Tanpa Rokok, 2021 KTR (Manokwari, 2021). Namun berdasarkan pengamatan awal masih ditemukan adanya aktivitas merokok di lingkungan puskesmas serta belum optimalnya pengawasan. Kondisi ini menunjukkan bahwa implementasi KTR belum sepenuhnya berjalan efektif dan masih

dipengaruhi oleh berbagai faktor internal organisasi. Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini dilakukan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Puskesmas Sanggeng Kabupaten Manokwari, khususnya ditinjau dari aspek komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan observasional analitik menggunakan desain *cross sectional study*. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah implementasi Kawasan Tanpa Rokok. Variabel independen antara lain aspek komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi. Populasi penelitian adalah seluruh ASN yang bekerja pada Puskesmas Sanggeng Kabupaten Manokwari Provinsi Papua Barat yaitu sebanyak 59 orang, sehingga penarikan sampel menggunakan teknik sampling jenuh atau *total sampling*. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner yang diisi oleh responden. Analisa data dilakukan melalui tiga tahapan yaitu analisis univariat, bivariat dan multivariat untuk mencari faktor dominan yang memengaruhi implementasi KTR.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan cross-sectional yang dilaksanakan di Puskesmas Sanggeng Kabupaten Manokwari pada April 2026. Populasi penelitian adalah seluruh pegawai Aparatur Sipil Negara (ASN) di Puskesmas Sanggeng sebanyak 59 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling, sehingga seluruh populasi dijadikan sampel. Kriteria inklusi meliputi pegawai ASN yang bersedia menjadi responden, mampu berkomunikasi dengan baik, berada di lokasi penelitian, dan menandatangani *informed consent*. Kriteria eksklusi meliputi pegawai yang tidak berada di lokasi penelitian, tidak menyelesaikan pengisian kuesioner, atau tidak bersedia menjadi responden.

Data dikumpulkan menggunakan kuesioner yang disusun oleh peneliti berdasarkan teori

implementasi kebijakan (Edwards III, 1980), terdiri atas 36 item pertanyaan yang meliputi variabel komunikasi, sumber daya, disposisi, struktur birokrasi, dan implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Setiap item diukur menggunakan skala Likert 5 poin (1 = sangat tidak setuju sampai 5 = sangat setuju). Skor setiap variabel dijumlahkan, kemudian dikonversi menjadi persentase dan dikategorikan menjadi baik apabila mencapai $\geq 75\%$ dari skor maksimum dan kurang apabila $< 75\%$ sebagai kriteria operasional penelitian. Instrumen telah diuji menggunakan uji validitas *Pearson Product Moment* dan uji reliabilitas *Cronbach's Alpha*, dengan seluruh item dinyatakan valid dan reliabel.

Analisis data dilakukan menggunakan IBM SPSS Statistics. Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik responden dan distribusi setiap variabel. Analisis bivariat menggunakan uji *Chi-square* atau *Fisher's exact Test* apabila syarat uji *Chi-square* tidak terpenuhi. Selanjutnya, variabel dengan nilai $p < 0,25$ dianalisis menggunakan regresi logistik biner untuk menentukan faktor yang paling dominan berhubungan dengan implementasi KTR. Nilai $p < 0,05$ dianggap bermakna secara statistik. Penelitian ini telah memperoleh persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Cenderawasih dengan Nomor 085/KEPK-FKM UC/2026.

Hasil

Hasil penelitian ini mengumpulkan 59 responden dari seluruh pegawai dilokasi penelitian yaitu Puskesmas Sanggeng Kabupaten Manokwari. Tabel 1 menunjukkan distribusi frekuensi variabel penelitian yang meliputi komunikasi, sumber daya, disposisi, struktur birokrasi, dan implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Puskesmas Sanggeng Kabupaten Manokwari. Dari hasil analisis deskriptif, terlihat bahwa sebagian besar responden menilai implementasi KTR sudah baik (76,3%), meskipun masih terdapat 23,7% yang menilai kurang.

Variabel komunikasi juga relatif baik (66,1%), namun sepertiga responden (33,9%) menilai

komunikasi kurang efektif. Sumber daya merupakan variabel dengan proporsi kategori kurang yang paling tinggi, yaitu 55,9%, menunjukkan adanya keterbatasan dalam dukungan sarana, prasarana, maupun tenaga yang dapat memengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan. Sebaliknya, disposisi pegawai menunjukkan hasil yang sangat positif, dengan

88,1% responden menilai disposisi baik, mencerminkan komitmen dan sikap pegawai yang mendukung pelaksanaan program. Struktur birokrasi berada pada posisi seimbang, dengan 54,2% responden menilai baik dan 45,8% menilai kurang, yang mengindikasikan bahwa aspek birokrasi masih perlu diperkuat agar lebih konsisten dalam mendukung implementasi KTR.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Variabel Penelitian (Komunikasi, Sumber Daya, Disposisi, Struktur Birokrasi, dan Implementasi KTR) di Puskesmas Sanggeng Kabupaten Manokwari

Variabel	Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Implementasi KTR	Baik	45	76,3
	Kurang	14	23,7
Komunikasi	Baik	39	66,1
	Kurang	20	33,9
Sumber Daya	Baik	26	44,1
	Kurang	33	55,9
Disposisi	Baik	52	88,1
	Kurang	7	11,9
Struktur Birokrasi	Baik	32	54,2
	Kurang	27	45,8
Total		59	100,0

Sumber: Data Primer, 2026

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Hasil Analisis Bivariat

Variabel Independen	Implementasi KTR				Total		p-value	Prevalence Ratio (PR) (95% CI)
	Baik		Kurang					
	n	%	n	%	n	%		
Komunikasi								
Baik	32	82.1	7	17.9	39	100	0.198	1.262; 95%CI (0,886-1,798)
Kurang	13	65.0	7	35.0	20	100		
Sumber Daya								
Baik	18	69.2	8	30.8	26	100	0.412	0,846; 95%CI (0,625-1,145)
Kurang	27	81.8	6	18.2	44	100		
Disposisi								
Baik	40	76.9	12	23.1	52	100	0.666	1,077; 95%CI (0,659-1,761)
Kurang	5	71.4	2	28.6	7	100		
Struktur Birokrasi								
Baik	30	93.8	2	6.3	32	100	0.002	1,688; 95%CI (1,190-2,392)
Kurang	15	55.6	12	44.4	27	100		

Sumber: Data Primer, 2026

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Hasil Analisis Regresi Logistik Multivariat (Model Final –Step-3a, Backward LR Elimination)

Variabel	B	<i>p-value</i>	OR	95%CI	
				<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
Step 1a					
Komunikasi	-0.317	0.700	0.728	0.145 – 3.658	
Sumber Daya	-1.463	0.069	0.232	0.048 – 1.119	
Disposisi	-0.763	0.481	0.466	0.056 – 3.889	
Struktur Birokrasi	3.141	0.002	23.128	3.114 – 171.782	
Constant	1.521	0.172	4.576	–	
Step 2a					
Sumber Daya	-1.480	0.065	0.228	0.047 – 1.094	
Disposisi	-0.818	0.444	0.441	0.054 – 3.583	
Struktur Birokrasi	2.981	0.001	19.702	3.189 – 121.741	
Constant	1.451	0.182	4.269	–	
Step 3a					
Sumber Daya	-1.319	0.081	0.267	0.061 – 1.175	
Struktur Birokrasi	2.826	0.002	16.880	2.943 – 96.817	
Constant	0.723	0.147	2.061	–	

Sumber: Data Primer, 2026

Secara keseluruhan, hasil distribusi frekuensi ini menggambarkan bahwa implementasi KTR di Puskesmas Sanggeng relatif baik, namun masih menghadapi tantangan terutama pada aspek sumber daya dan struktur birokrasi. Temuan ini menjadi dasar penting untuk analisis lebih lanjut mengenai faktor yang berhubungan dengan efektivitas implementasi kebijakan KTR. Tahap analisis berikutnya adalah analisis bivariat. Hasil uji bivariat tertera dalam tabel 2.

Hasil analisis bivariat pada tabel 2 menunjukkan bahwa komunikasi tidak berhubungan signifikan dengan implementasi KTR ($p=0,198$; $PR=1,262$), meskipun secara proporsi komunikasi yang baik cenderung diikuti implementasi yang lebih baik. Hal ini mengindikasikan bahwa komunikasi belum menjadi faktor utama dalam menentukan keberhasilan implementasi kebijakan. Demikian pula, variabel sumber daya tidak menunjukkan hubungan signifikan ($p=0,412$; $PR=0,846$), yang menunjukkan bahwa ketersediaan sumber daya belum tentu berbanding lurus dengan keberhasilan implementasi KTR. Variabel disposisi juga tidak berhubungan signifikan ($p=0,666$; $PR=1,077$), meskipun mayoritas

responden memiliki sikap yang baik. Hal ini mengindikasikan bahwa sikap positif pelaksana belum cukup untuk menjamin keberhasilan implementasi tanpa dukungan sistem yang memadai.

Sebaliknya, struktur birokrasi menunjukkan hubungan yang signifikan dengan implementasi KTR ($p=0,002$; $PR=1,688$). Responden dengan struktur birokrasi yang baik memiliki peluang lebih besar untuk mencapai implementasi KTR yang optimal dibandingkan dengan yang kurang. Hal ini menegaskan bahwa aspek struktural seperti kejelasan SOP, pembagian tugas, dan mekanisme pengawasan merupakan faktor penting dalam keberhasilan kebijakan.

Hasil analisis bivariat pada tabel 2 menunjukkan bahwa komunikasi, sumber daya, dan disposisi tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) (seluruh $p>0,05$). Nilai *prevalence ratio* (PR) pada ketiga variabel tersebut menunjukkan adanya perbedaan prevalensi implementasi KTR antar kelompok, namun hubungan tersebut tidak bermakna secara statistik karena interval kepercayaan melintasi nilai 1. Sebaliknya, struktur birokrasi memiliki hubungan

yang signifikan dengan implementasi KTR (PR=1,688; 95% CI: 1,190–2,392; $p=0,002$). Responden dengan struktur birokrasi yang baik memiliki prevalensi implementasi KTR yang lebih tinggi dibandingkan responden dengan struktur birokrasi yang kurang baik.

Hasil Analisa multivariat dapat dilihat pada tabel 3 memperkuat temuan bahwa struktur birokrasi merupakan faktor paling dominan (OR=16,880; $p=0,002$). Artinya, responden yang berada dalam sistem birokrasi yang baik memiliki peluang sekitar 16 kali lebih besar untuk mencapai implementasi KTR yang optimal dibandingkan dengan yang kurang. Sementara itu, variabel sumber daya menunjukkan kecenderungan hubungan namun tidak signifikan, dan variabel komunikasi serta disposisi tidak berpengaruh dalam model akhir.

Struktur birokrasi merupakan satu-satunya variabel yang berhubungan secara signifikan dengan implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) (OR = 16,880; 95% CI: 2,943–96,817; $p = 0,002$). Responden yang memiliki struktur birokrasi yang baik memiliki odds implementasi KTR yang baik sebesar 16,880 kali dibandingkan responden dengan struktur birokrasi yang kurang baik. Sementara itu, variabel sumber daya tidak menunjukkan hubungan yang signifikan pada model akhir ($p > 0,05$), sedangkan variabel komunikasi dan disposisi tidak dipertahankan dalam model regresi logistik karena tidak memenuhi kriteria signifikansi statistik. Meskipun demikian, interval kepercayaan yang relatif lebar menunjukkan bahwa estimasi Odds Ratio masih memiliki tingkat ketidakpastian yang cukup tinggi sehingga hasil penelitian ini perlu diinterpretasikan secara hati-hati.

Pembahasan

Implementasi KTR

Implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Puskesmas Sanggeng sebagian besar berada pada kategori baik, meskipun belum optimal. Temuan ini mengindikasikan bahwa kebijakan KTR telah diterapkan, namun masih terdapat kendala dalam aspek pengawasan dan kepatuhan.

Perspektif implementasi kebijakan, keberhasilan suatu kebijakan tidak hanya ditentukan oleh keberadaan regulasi, tetapi juga oleh konsistensi pelaksanaan di lapangan.

Riset ini sejalan dengan studi di Palu (Afrianto, 2020) yang menemukan bahwa pelaksanaan atau implementasi Peraturan Daerah tentang KTR berjalan baik, terlihat dengan berkurangnya orang yang merokok di dalam gedung yang menerapkan wilayah KTR. Namun demikian masih terdapat pihak yang masih melanggar KTR, meskipun sudah mengetahui aturan larangan rokok tetapi karena kurangnya pengawasan dan penerapan sanksi serta komitmen yang rendah mengakibatkan masih terdapat orang bahkan pemangku kebijakan yang melanggar aturan (Kartini & Setiaji, 2024). Penerapan KTR yang ditaati semua orang tentu akan membawa hasil yang baik bagi Kesehatan dan membuat suasana nyaman tanpa asap rokok (Sari, 2024).

Menurut (Edwards III, 1980), keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat faktor utama, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Implementasi kebijakan KTR sangat bergantung pada kepatuhan masyarakat dan efektivitas pengawasan khususnya dalam hal penegakan aturan, meskipun implementasi KTR tergolong baik, masih terdapat tantangan dalam aspek penegakan aturan sehingga butuh penguatan agar kebijakan dapat berjalan secara optimal (Mayansara et al., 2025; Nurdin et al., 2025).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Puskesmas Sanggeng sebagian besar berada pada kategori baik (76,3%), meskipun belum sepenuhnya optimal. Temuan ini menunjukkan bahwa pelaksanaan kebijakan KTR telah berjalan di lingkungan puskesmas, namun masih terdapat sebagian responden yang menilai implementasinya belum optimal sehingga diperlukan upaya penguatan pelaksanaan kebijakan secara berkelanjutan (WHO, 2023). Implementasi kebijakan KTR tidak hanya ditentukan oleh keberadaan regulasi, tetapi juga

oleh konsistensi pelaksanaan, mekanisme pengawasan, koordinasi antarpemangku kepentingan, serta komitmen organisasi dalam menegakkan kebijakan di tingkat fasilitas pelayanan Kesehatan (WHO, 2025).

Temuan penelitian ini sejalan dengan berbagai penelitian yang melaporkan bahwa implementasi KTR di Indonesia telah menunjukkan kemajuan, namun masih menghadapi tantangan dalam aspek kepatuhan, pengawasan, koordinasi lintas sektor, dan penegakan kebijakan. Studi di Kota Banda Aceh menunjukkan bahwa implementasi KTR dipengaruhi oleh efektivitas komunikasi, monitoring, evaluasi, serta komitmen para pelaksana kebijakan sehingga diperlukan penguatan koordinasi dan pengawasan secara berkelanjutan (Sufri, 2023). Demikian pula, implementasi KTR di beberapa daerah masih memerlukan penguatan sistem pengawasan, pembentukan satuan tugas, penyusunan standar operasional prosedur, serta mekanisme evaluasi untuk meningkatkan kepatuhan terhadap kebijakan KTR (WHO, 2023).

Menurut (Edwards III, 1980), implementasi kebijakan dipengaruhi oleh komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Sejalan dengan kerangka teori tersebut, penelitian ini menunjukkan bahwa struktur birokrasi merupakan satu-satunya variabel yang berhubungan secara signifikan dengan implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Oleh karena itu, penguatan aspek organisasi melalui kejelasan standar operasional prosedur, pembagian tugas, koordinasi, dan mekanisme pengawasan dapat dipertimbangkan sebagai bagian dari upaya meningkatkan implementasi KTR di Puskesmas Sanggeng.

Hubungan Komunikasi dengan Implementasi KTR

Menurut (Edwards III, 1980) komunikasi merupakan salah satu komponen penting dalam implementasi kebijakan karena berfungsi menyampaikan informasi secara jelas, konsisten, dan berkelanjutan kepada seluruh pelaksana kebijakan (Edwards, 1980; Kariti & Setiaji, 2024).

Pada penelitian ini, komunikasi tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan implementasi KTR ($p = 0,198$). Meskipun secara deskriptif responden yang menilai komunikasi baik cenderung memiliki implementasi KTR yang lebih baik, hubungan tersebut tidak bermakna secara statistik.

Hasil ini sejalan dengan penelitian (Sari, 2024) yang melaporkan bahwa komunikasi dalam implementasi KTR telah berjalan dengan baik, namun frekuensi sosialisasi yang belum rutin menyebabkan penyebaran informasi mengenai kebijakan KTR belum merata. Kondisi tersebut berpotensi memengaruhi tingkat pemahaman dan kepatuhan terhadap penerapan KTR. Tidak signifikannya hubungan komunikasi dalam penelitian ini kemungkinan berkaitan dengan kondisi komunikasi di Puskesmas Sanggeng yang telah berada pada kategori relatif baik sehingga tidak lagi menjadi faktor pembeda antar responden. Selain itu, implementasi KTR kemungkinan lebih berkaitan dengan faktor organisasi lainnya, seperti struktur birokrasi yang dalam penelitian ini menunjukkan hubungan yang signifikan dengan implementasi KTR.

Hubungan Sumber Daya dengan Implementasi KTR

Sumber daya menurut Teori (Edwards III, 1980) merupakan faktor penting dalam implementasi program yang mencakup tenaga, dana, dan fasilitas. Hal-hal tersebut tentu penting untuk menunjang implementasi kebijakan agar tepat sasaran dan efektif (Putri, 2025). Pada penelitian ini menunjukkan bahwa sumber daya tidak berhubungan signifikan dengan implementasi KTR ($p = 0,412$). Temuan ini menunjukkan bahwa ketersediaan sumber daya tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan implementasi KTR pada penelitian ini.

Studi implementasi KTR di Cimahi menjelaskan bahwa masih banyak masyarakat yang tidak mematuhi peraturan KTR. Hal tersebut karena faktor sumber daya masih kurang, misalnya dari segi anggaran terbatas sehingga berdampak pada kegiatan sosialisasi masih

kurang dilakukan. Kurangnya sosialisasi berakibat Masyarakat kurang paham tentang KTR tersebut (Lestari et al., 2025). Temuan penelitian tersebut menunjukkan bahwa sumber daya merupakan salah satu aspek yang perlu diperhatikan dalam implementasi KTR. Namun, keberadaan sumber daya saja belum tentu cukup untuk mendukung implementasi KTR apabila tidak disertai pengelolaan yang efektif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa meskipun sumber daya terbatas, implementasi KTR tetap dapat berjalan relatif baik. Hal ini sejalan dengan pedoman Kementerian Kesehatan yang menekankan pentingnya konsistensi pengawasan dan komitmen pelaksana dalam mendukung implementasi kebijakan KTR. Efektivitas pemanfaatan sumber daya menjadi lebih penting dibandingkan jumlah sumber daya itu sendiri.

Hubungan Disposisi dengan Implementasi KTR

Disposisi mencerminkan sikap, motivasi, dan komitmen pelaksana dalam menjalankan kebijakan. Faktor ini berperan dalam pelaksanaan program, jika pelaksana tidak berkomitmen menjalankan program maka pelaksanaan bisa terhambat. Pada penelitian ini meninjau pelaksanaan KTR oleh seluruh pihak dalam Puskesmas Sanggeng, hasilnya menunjukkan bahwa disposisi tidak berhubungan signifikan dengan implementasi KTR ($p = 0,666$), meskipun sebagian besar responden memiliki sikap yang baik. Temuan ini menunjukkan bahwa disposisi tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan implementasi KTR pada penelitian ini.

Studi terdahulu menyimpulkan bahwa dalam penerapan KTR di Kabupaten Indramayu dan Puskesmas Kaladawa Kabupaten Tegal tidak cukup dengan sosialisasi saja, tetapi harus ada sanksi tegas yang diberikan. Akibatnya sering terdapat tempat-tempat KTR tetapi terdapat banyak orang yang merokok didalamnya (Prasetya et al., 2025). Sedangkan studi di Kabupaten Cimahi mendapatkan bahwa pimpinan puskesmas berani mengambil komitmen tegas dengan memberikan teguran kepada staf yang

merokok di wilayah KTR (Lestari et al., 2025). Namun, dalam penelitian ini, tingginya proporsi responden dengan disposisi baik menyebabkan variasi data menjadi kecil, sehingga tidak menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik. Temuan ini menunjukkan bahwa sikap positif pelaksana saja belum cukup untuk mendukung implementasi KTR apabila tidak didukung oleh sistem organisasi yang memadai. Disposisi yang baik perlu didukung oleh struktur organisasi yang kuat agar implementasi kebijakan dapat berjalan secara lebih konsisten. (Edwards III, 1980).

Hubungan Struktur Birokrasi dengan Implementasi KTR

Menurut teori implementasi kebijakan (Edwards III, 1980), struktur birokrasi mencakup pembagian tugas, mekanisme koordinasi, serta ketersediaan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang jelas sebagai pedoman pelaksanaan kebijakan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa struktur birokrasi berhubungan secara signifikan dengan implementasi Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Sanggeng ($p = 0,002$).

Temuan ini sejalan dengan penelitian (Seldjatem et al., 2024) yang menunjukkan bahwa pelaksanaan KTR masih menghadapi kendala akibat belum adanya struktur birokrasi yang jelas, termasuk belum terbentuknya tim khusus yang bertanggung jawab terhadap implementasi KTR. Temuan tersebut mengindikasikan bahwa struktur birokrasi yang jelas, didukung oleh pembagian tugas yang terstruktur, mekanisme koordinasi yang baik, serta SOP yang jelas, berpotensi mendukung implementasi KTR secara lebih konsisten. Oleh karena itu, penguatan struktur birokrasi menjadi aspek penting dalam mendukung keberhasilan implementasi kebijakan KTR di Puskesmas Sanggeng.

Faktor Dominan

Empat variabel yang diteliti, analisis multivariat menunjukkan bahwa struktur birokrasi merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan implementasi Kawasan

Tanpa Rokok (OR = 16,880; $p = 0,002$). Hasil ini menunjukkan bahwa, berdasarkan model regresi logistik, responden dengan struktur birokrasi yang baik memiliki odds implementasi KTR yang lebih tinggi untuk mencapai implementasi KTR yang baik dibandingkan responden dengan struktur birokrasi yang kurang baik. Namun, besarnya Odds Ratio perlu diinterpretasikan secara hati-hati karena interval kepercayaan yang cukup lebar (95% CI: 2,943–96,817) menunjukkan bahwa estimasi besarnya hubungan masih kurang presisi, yang kemungkinan dipengaruhi oleh ukuran sampel penelitian yang relatif kecil. Oleh karena itu, hasil penelitian ini perlu dikonfirmasi melalui penelitian dengan jumlah sampel yang lebih besar agar diperoleh estimasi yang lebih presisi.

Struktur birokrasi yang baik tercermin dari tersedianya Standar Operasional Prosedur (SOP) yang jelas, pembagian tugas yang terstruktur, serta mekanisme koordinasi, pemantauan, dan evaluasi yang berjalan dengan baik. Kondisi tersebut dapat mendukung implementasi KTR secara lebih terarah dan konsisten. Temuan ini sejalan dengan penelitian (Al-Shiddiqy et al., 2025; Sufri et al., 2023) yang menunjukkan bahwa implementasi kebijakan lebih efektif apabila didukung oleh struktur organisasi yang jelas, pembagian tugas yang tepat, serta mekanisme pengawasan yang berjalan secara berkelanjutan. Oleh karena itu, penguatan struktur birokrasi dapat menjadi salah satu strategi penting dalam mendukung implementasi Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Sanggeng.

Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, penggunaan desain cross-sectional hanya dapat menggambarkan hubungan antarvariabel pada satu waktu pengamatan sehingga tidak dapat menjelaskan hubungan sebab-akibat. Kedua, jumlah sampel yang relatif kecil ($n = 59$) menyebabkan estimasi Odds Ratio (OR) memiliki interval kepercayaan yang cukup lebar, sehingga hasil penelitian perlu diinterpretasikan secara hati-hati. Ketiga, penelitian ini hanya dilakukan di satu puskesmas

sehingga hasilnya belum dapat digeneralisasikan ke seluruh fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, penelitian selanjutnya disarankan melibatkan jumlah sampel yang lebih besar dan beberapa fasilitas pelayanan kesehatan agar diperoleh hasil yang lebih representatif dan estimasi yang lebih presisi.

Kesimpulan

Penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Puskesmas Sanggeng secara umum telah berada pada kategori baik, diantara empat variabel yang diteliti, hanya struktur birokrasi yang menunjukkan hubungan yang signifikan dengan implementasi KTR, sedangkan komunikasi, sumber daya, dan disposisi tidak menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik. Analisis multivariat juga menunjukkan bahwa struktur birokrasi merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan implementasi KTR. Namun, besarnya odds ratio perlu diinterpretasikan secara hati-hati karena interval kepercayaan yang cukup lebar menunjukkan bahwa estimasi hubungan masih kurang presisi. Secara keseluruhan, hasil penelitian ini mengindikasikan bahwa penguatan struktur birokrasi, melalui SOP yang jelas, pembagian tugas yang terstruktur, serta mekanisme koordinasi dan evaluasi yang baik, merupakan aspek penting dalam mendukung implementasi kebijakan KTR di Puskesmas Sanggeng Kabupaten Manokwari.

Puskesmas Sanggeng disarankan untuk memperkuat struktur birokrasi melalui penyusunan dan penegasan Standar Operasional Prosedur (SOP) implementasi KTR, pembagian tugas dan tanggung jawab yang jelas, serta peningkatan koordinasi, monitoring, dan evaluasi secara berkala. Langkah tersebut diharapkan dapat mendukung pelaksanaan kebijakan KTR secara lebih konsisten dan berkelanjutan. Penelitian selanjutnya disarankan melibatkan jumlah sampel yang lebih besar dan mencakup lebih dari satu fasilitas pelayanan kesehatan agar



diperoleh hasil yang lebih representatif dan estimasi hubungan yang lebih presisi.

Daftar Pustaka

- Al-Shiddiqy, M. I., Saputra, F., & Yulia, D. (2025). Strategi Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Wilayah Kerja Kecamatan Jambi Selatan Kota Jambi Tahun 2023. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 13(06), 418–428. <https://doi.org/10.33221/jikm.v13i06.3264>
- Alfiani, W., & Fadli, R. K. (2025). Implementasi Peraturan Bupati Pandeglang No 9 tahun 2021 Terhadap Kawasan Tanpa Rokok Di Kantor Kecamatan Sumur Pandeglang Banten Tahun 2024. *JURNAL PENDIDIKAN KESEHATAN*, 5(1), 57–70.
- Chugh, A., Arora, M., Jain, N., Vidyasagar, A., Readshaw, A., Sheikh, A., Eckhardt, J., Siddiqi, K., Chopra, M., & Mishu, M. P. (2023). The global impact of tobacco control policies on smokeless tobacco use: a systematic review. *The Lancet Global Health*, 11(6), e953–e968.
- Edwards, G. C. (1980). Implementing Public Policy. In *Congressional Quarterly Press*. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1970586434893433610>. ISBN 0871871556
- Hasibuan, R., & Ulfha, R. S. (2022). Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Di Wilayah Kerja Puskesmas Binjai Kota Binjai. *Publikasi Penelitian Terapan Dan Kebijakan*, 5(1), 41–52. <https://doi.org/10.46774/pptk.v5i1.475>
- Kariti, A., & Setiaji, B. (2024). Evaluasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Kabupaten Bengkulu Utara. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat: The Public Health Science Journal*, 13(4), 308–322.
- Kesehatan, M., & Indonesia, R. (2022). Surat Edaran Menkes Nomor: HK.02.01/MENKES/309/2022 tentang Penyelenggaraan kawasan Tanpa Rokok di Daerah. <https://www.inforegulasi.com/2022/08/Surat-Edaran-Kemenkes-Nomor-Hk0201.Html>, (021), 1–11.
- Lestari, M., Irawaty, T., & Fujilestari, N. A. (2025). Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Dalam Pembatasan Area Merokok di Kota Cimahi. *Praxis Idealist: Jurnal Mahasiswa Ilmu Pemerintahan*, 1(2).
- Listyorini, P. I. (2023). Perilaku merokok masyarakat Indonesia berdasarkan global adult tobacco survey tahun 2021. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional*, 417–425.
- Manokwari, B. (2021). *PERDA KTR Kabupaten Manokwari No.13 tahun 2021* (p. 6).
- Maulana, F. (2023). *Penerapan Kawasan Tanpa Rokok (Ktr) Dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2003 Tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan Di Desa Perkebunan Halimbe Perspektif Siyasah (Doctoral Dissertation, Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasi. Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau.*
- Mayansara, A., Yanti, S. D., & Anita, F. (2025). Implementation of the No Smoking Area (KTR) Rule : Progress, Setbacks, and Future Projections of Tobacco Control. *International Journal of Science Technology and Health*, 3(1), 1–8. <https://doi.org/10.63441/ijsth.v3i1.23>
- Nuridin, A., Usman, B., Fuadi, Z., Mulyadi, & Yusuf, M. (2025). Effectiveness of Implementing No Smoking Area (KTR) Policy in Subulussalam City Area. *TeJos: Teewan Journal Solutions*, 2(3). <https://teewanjournal.com/index.php/tejos/article/view/1892/934>
- Pramayora, I., & Ringgi, D. (2024). Studi Perbandingan: Penerapan Regulasi Kawasan Tanpa Rokok di Indonesia dengan Singapura Berdasarkan Komponen Sistem Hukum Lawrence M. Friedman. *Jurnal Hukum, Administrasi Negara, Dan Kebijakan Publik*, 1(3), 242–253.
- Prasetya, B., Adinugroho, T. P., Mulyono, A. B., Tampubolon, B. D., & Wahono, D. R. (2025). Tobacco's social and economic issues in Indonesia from 1992 to 2023 – a review to address product development. *International Journal of Innovative Research and Scientific Studies*, 8(1), 80–102. <https://doi.org/10.53894/ijirss.v8i1.5128>
- Putri, A. G. (2025). *Implementasi Penerapan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Merangin*. Universitas Jambi.
- Saputra, I. G. (2024). Efektivitas Pelaksanaan Perda Kota Denpasar Nomor 7 Tahun



- 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok. *Vidhisastya: Journal for Legalscholars*, 1(4), 281-300. Retrieved from <https://journal.undiknas.ac.id/index.php/vidhisastya/article/view/5840>.
- Sari, D. R. (2024). *Pelaksanaan Peraturan Kawasan Tanpa Rokok Berdasarkan Peraturan Daerah Siak Nomor 13 Tahun 2018 Di Puskesmas Kecamatan Dayun Perspektif Fiqih Siyasa*. Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau.
- Seldjatem, O. M., Yulyanti, D., & Widyastuti, S. D. (2024). Analisis Implementasi Kebijakan Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2016 Tentang Kawasan Tanpa Rokok (Ktr) Di Kabupaten Indramayu Tahun 2021 (Studi Kasus Tahun 2016-2021). *JURNAL KESEHATAN INDRA HUSADA*, 12(1), 28–34.
- Subagyo, A., & Primawanti, H. (2022). Kepentingan Nasional Indonesia Menolak Ratifikasi Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). *Global Political Studies Journal*, 6(2), 123–134.
- Sufri, S., Nurhasanah, N., Ahsan, A., Saputra, I., Jannah, M., Yeni, C. M., Mardhiah, A., Bakri, S., & Usman, S. (2023). Barriers and opportunities for improving smoke-free area implementation in Banda Aceh city, Indonesia: a qualitative study. *BMJ Open*, 13(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072312>
- Wahyuti, Violita, F., Oktavia, L., Pamangin, M., Yufuai, A. R., & Nurdin, M. A. (2025). Determinan Perilaku Merokok Anak Sekolah Dasar di Kabupaten Jayapura. *Jurnal Promotif Preventif*, 8(2), 296–304. <http://journal.unpacti.ac.id/index.php/JPP>
- WHO. (2023). Integrating the social determinants of health into health workforce education and training. In W. H. Organization, *Integrating the social determinants of health into health workforce education and training*. (p. 136).
- WHO. (2023). *Nicotine-and tobacco-free schools: policy development and implementation toolkit*. . World Health Organization. Regional Office for Europe.
- WHO. (2025). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: warning about the dangers* of California Library Digital. ISBN 978-92-4-011206-3 (electronic version). <https://iris.who.int/>.