

## Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Lingkungan Pemerintah: Sebuah Studi Kualitatif dalam Perspektif Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Hizriansyah

Program Studi Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Fakultas Ilmu Kesehatan, Sains dan Teknologi, Universitas Bima Internasional MFH

[Hizriansyah085@gmail.com](mailto:Hizriansyah085@gmail.com)

**Abstract:** Smoking in the workplace remains a major concern for occupational safety and health, as tobacco smoke exposure increases the risk of chronic diseases and reduces productivity. In Indonesia, the government has mandated Smoke-Free Areas through national regulations, yet compliance across government institutions remains inconsistent. This study analyzes the implementation of KTR policies in government settings by identifying supporting and inhibiting factors within the framework of occupational safety and health (OSH). A qualitative case study was conducted with nine purposively selected informants, consisting of senior officials, technical implementers, staff, and visitors. Data were collected through in-depth interviews, participatory observation, and document review, then analyzed thematically. The findings highlight four major challenges aligned with Edward III's policy implementation model: unclear communication and limited leadership support; inadequate resources such as infrastructure, time, and funding; weak disposition due to resistance to change and low commitment; and bureaucratic barriers including unclear responsibilities and poor coordination. These results demonstrate that effective KTR implementation requires strong communication, sufficient resources, positive disposition, and supportive bureaucratic structures. Strengthening these factors can enhance compliance and position KTR as an essential OSH strategy in government workplaces.

**Keyword:** Smoke-Free Policy, Public Policy Implementation, Edward III, Government Institutions

**Abstrak:** Merokok di tempat kerja masih menjadi perhatian serius dalam bidang keselamatan dan Kesehatan kerja (K3), karena paparan asap rokok dapat meningkatkan risiko penyakit kronis sekaligus menurunkan produktivitas. Di Indonesia, pemerintah telah menetapkan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) melalui regulasi nasional, namun tingkat kepatuhan di instansi pemerintah masih belum konsisten. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi kebijakan KTR di lingkungan pemerintah dengan mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat dalam kerangka K3. Penelitian dilakukan menggunakan pendekatan kualitatif studi kasus dengan sembilan informan yang dipilih secara purposive, terdiri atas pejabat struktural, pelaksana teknis, pegawai, dan pengunjung. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi partisipatif, serta telaah dokumen, kemudian dianalisis menggunakan analisis tematik. Hasil penelitian menunjukkan empat tantangan utama sesuai model implementasi kebijakan Edward III: komunikasi yang tidak jelas dan minim dukungan pimpinan; keterbatasan sumber daya seperti infrastruktur, waktu, dan anggaran; disposisi yang lemah akibat resistensi perubahan dan rendahnya komitmen; serta hambatan birokrasi berupa ketidakjelasan tanggung jawab dan lemahnya koordinasi. Implementasi KTR yang efektif membutuhkan komunikasi yang kuat, sumber daya memadai, disposisi positif, dan struktur birokrasi yang mendukung. Dengan penguatan faktor-faktor tersebut, KTR dapat berfungsi sebagai strategi K3 yang penting di lingkungan kerja pemerintahan

**Kata Kunci:** Kawasan Tanpa Rokok, Implementasi Kebijakan

**Article info:** Submitted | Revised | Accepted

Copyright © 20xx, Author.

This is an open-access article under the CC BY-NC-SA 4.0

How to Cite:



## Introduction

Kebiasaan merokok di lingkungan kerja masih menjadi isu serius dalam konteks kesehatan masyarakat dan keselamatan kerja. Paparan asap rokok tidak hanya meningkatkan risiko penyakit kronis seperti kanker paru, penyakit jantung, dan gangguan pernapasan, tetapi juga menurunkan produktivitas kerja serta menciptakan lingkungan yang tidak aman bagi pekerja non- perokok (Isnaeni, (2023; Adeningsi *et al.*, 2023). Penelitian menunjukkan bahwa pekerja yang merokok secara signifikan lebih mungkin mengalami kelelahan kerja, yang dapat mempengaruhi kinerja mereka (Sofia *et al.*, 2024). Meskipun pemerintah Indonesia telah menetapkan regulasi tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR), tingkat kepatuhan di instansi pemerintah masih bervariasi dan seringkali tidak konsisten (Marchel, 2019; Ahmad *et al.*, 2022). Kondisi ini menimbulkan pertanyaan mengenai bagaimana kebijakan KTR benar-benar diimplementasikan di lingkungan pemerintah, serta faktor apa saja yang mendukung atau menghambat efektivitasnya.

Sejumlah penelitian internasional menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi KTR sangat bergantung pada kombinasi regulasi yang kuat, mekanisme pengawasan, dukungan kepemimpinan, dan budaya organisasi yang mendukung gaya hidup sehat (Kaleta *et al.*, 2015). Studi di negara maju mengindikasikan bahwa KTR mampu menurunkan prevalensi merokok di kalangan pegawai hingga 20–30% dalam lima tahun (Naiman *et al.*, 2011; Ho *et al.*, 2016). Di Indonesia, beberapa kajian sebelumnya menemukan bahwa penerapan KTR masih menghadapi tantangan, seperti rendahnya kesadaran, lemahnya penegakan aturan, serta konflik antara kepentingan individu dan institusi (Baker *et al.*, 2017; Jadhav *et al.*, 2017). Namun, penelitian yang mengkaji KTR dalam perspektif Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) khususnya di sektor pemerintahan masih sangat terbatas, sehingga menyisakan celah akademik yang perlu diisi (Strudsholm & Vollman, 2021; Subedi *et al.*, 2021). Adanya gap dalam penelitian yang mengkaji KTR dalam perspektif K3 menunjukkan bahwa masih banyak ruang untuk mengeksplorasi hubungan antara politik kesehatan dan implementasi KTR, yang dapat memberikan wawasan penting tidak hanya untuk kebijakan kesehatan, tetapi juga untuk keberlanjutan program-program kesehatan masyarakat di Indonesia (Saitta *et al.*, 2017; Secades-Villa *et al.*, 2020).

Penelitian ini berangkat dari asumsi bahwa implementasi kebijakan KTR di lingkungan pemerintah tidak dapat hanya dipahami sebagai penerapan aturan administratif, melainkan juga sebagai bagian dari strategi K3 yang berorientasi pada perlindungan kesehatan pekerja dan peningkatan kualitas lingkungan kerja (Tamara, 2022; Zikri & Arfa'i, 2022; Purnama *et al.*, 2024). Dengan demikian, pemahaman mengenai faktor pendukung dan penghambat penerapan KTR perlu dianalisis secara mendalam melalui pendekatan kualitatif. Analisis tematik dipandang tepat untuk menggali makna, pengalaman, dan dinamika kebijakan KTR sebagaimana dipersepsikan oleh para pemangku kepentingan di lingkungan instansi pemerintah.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan pemerintah dengan menekankan relevansinya terhadap aspek Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Penelitian ini secara khusus berupaya mengidentifikasi faktor pendukung, hambatan, serta strategi yang

dapat meningkatkan efektivitas penerapan KTR. Kajian dilakukan menggunakan metode studi kualitatif dengan pendekatan analisis tematik, yang memungkinkan peneliti memperoleh pemahaman komprehensif mengenai realitas implementasi KTR di tingkat institusi.

## Methodology

### Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus untuk mengeksplorasi implementasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di lingkungan pemerintah. Desain ini dipilih karena sesuai untuk menggali pengalaman, persepsi, dan dinamika sosial yang terjadi dalam praktik kebijakan di institusi. Analisis dilakukan dengan pendekatan tematik yang memungkinkan identifikasi pola, tema, dan makna dari data empiris.

### Lokasi dan Partisipan

Penelitian dilaksanakan di salah satu instansi pemerintah daerah yang telah menerapkan kebijakan KTR sesuai dengan regulasi nasional. Partisipan dipilih menggunakan teknik purposive sampling dengan mempertimbangkan keterlibatan langsung dalam implementasi kebijakan, seperti pejabat struktural, pegawai pelaksana, serta petugas yang memiliki tanggung jawab pengawasan K3. Total partisipan dalam penelitian ini berjumlah 9 orang.

### Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam (in-depth interview), observasi partisipatif, dan dokumentasi kebijakan. Wawancara mendalam digunakan untuk memperoleh perspektif individual terkait implementasi KTR, sedangkan observasi partisipatif dilakukan untuk memahami praktik nyata di lapangan. Dokumentasi berupa regulasi, laporan kegiatan, dan instruksi teknis digunakan sebagai data sekunder untuk memperkuat temuan.

### Analisis Data

Analisis dilakukan dengan mengikuti tahapan thematic analysis yang meliputi: (1) transkripsi data, (2) membaca dan memahami data secara berulang, (3) melakukan *coding* awal, (4) mengidentifikasi tema-tema utama, (5) mereview dan mengkategorisasi tema, serta (6) menyusun narasi temuan. Untuk meningkatkan kredibilitas, analisis dilakukan secara iteratif dan diskusi dilakukan antar-peneliti.

### Validitas dan Etika Penelitian

Keabsahan data dijaga melalui teknik triangulasi sumber, metode, dan peneliti, *member checking* kepada partisipan, serta audit trail dokumentasi proses penelitian. Penelitian ini juga telah memperoleh persetujuan etik dari komite etik penelitian kesehatan (No:006.3/FIKES/PL/I/2024) dan seluruh partisipan menandatangani *informed consent*.

## Result and Discussion

### Hasil

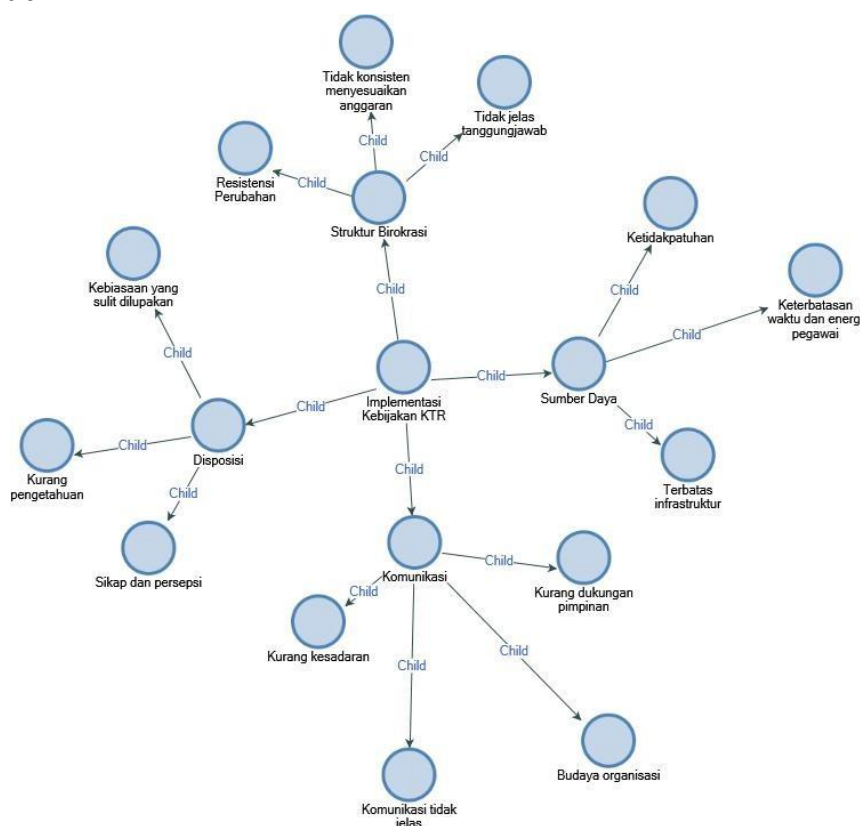
#### *Karakteristik Responden*

Tabel 1. Karakteristik Responden

No	Inisial	Umur (Thn)	Jabatan	Jenis Informan	Jenis Kelamin	Pendidikan
1.	KM	57	Kepala Biro	Utama	Laki	S3
2.	YD	52	Kepala Biro	Utama	Laki	S2
3.	JR	55	Kepala Biro	Utama	Laki	S2
4.	IM	55	Kepala Biro	Utama	Laki	S2
5.	AR	44	Kasi Promkes	Kunci	Perempuan	S2
6.	SG	59	Asisten III Bid. Pemberdayaan Masyarakat	Kunci	Laki	S2
7.	KR	36	Pegawai	Pendukung	Perempuan	S1
8.	AL	42	Pegawai	Pendukung	Laki	SMA
9.	KD	48	Visitor	Pendukung	Laki	S2

Penelitian ini melibatkan sembilan informan yang terdiri atas empat informan utama (Kepala Biro), dua informan kunci (Kasi Promkes dan Asisten III), serta tiga informan pendukung (pegawai dan visitor) dengan rentang usia 36–59 tahun. Dari sisi jenis kelamin, terdapat enam laki-laki dan tiga perempuan, sementara tingkat pendidikan didominasi lulusan S2, disusul S1, S3, dan SMA. Komposisi ini mencerminkan keberagaman posisi, pengalaman, dan latar belakang pendidikan sehingga memberikan perspektif yang komprehensif dalam menggambarkan implementasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di lingkungan pemerintah.

**Analisis Tematik**



**Gambar 1.** Diagram Tematik Implementasi Kebijakan KTR

Analisis tematik menunjukkan bahwa implementasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di lingkungan pemerintah masih menghadapi berbagai tantangan yang dapat dipetakan ke dalam empat dimensi utama teori Edward III. Pertama, pada aspek **komunikasi**, ditemukan bahwa penyampaian informasi terkait KTR belum berjalan optimal. Komunikasi yang tidak jelas, kurangnya kesadaran pegawai, serta terbatasnya dukungan dari pimpinan memperlemah pemahaman dan kepatuhan terhadap kebijakan. Bahkan, budaya organisasi yang masih permisif terhadap perilaku merokok menghambat internalisasi pesan kebijakan KTR.

Kedua, dari sisi sumber daya, keterbatasan waktu dan energi pegawai, sarana prasarana yang kurang memadai, serta tidak adanya dukungan anggaran yang konsisten menjadi faktor dominan. Kondisi ini menyebabkan pelaksanaan KTR tidak berkelanjutan dan sulit dimonitor secara efektif. Ketiga, pada aspek disposisi, ditemukan resistensi terhadap perubahan, sikap permisif terhadap kebiasaan merokok, serta rendahnya komitmen sebagian pegawai dalam menegakkan aturan. Hal ini diperkuat oleh kurangnya pengetahuan dan pemahaman mengenai bahaya merokok serta manfaat KTR, sehingga mengurangi kualitas kepatuhan.

Keempat, dari segi struktur birokrasi, kelemahan utama terletak pada pembagian tanggung jawab yang tidak jelas, ketidakselarasan anggaran, serta mekanisme koordinasi yang lemah. Struktur birokrasi yang tidak mendukung memperlambat efektivitas implementasi kebijakan, bahkan menimbulkan tumpang tindih peran antar-unit kerja.

Hasil penelitian ini menegaskan bahwa implementasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di lingkungan pemerintah masih menghadapi hambatan pada empat dimensi utama yang dikemukakan oleh George Edward III, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Keempat dimensi ini saling berinteraksi sehingga menciptakan lingkaran masalah yang berimplikasi pada lemahnya efektivitas pelaksanaan KTR.

### ***Komunikasi***

Komunikasi merupakan salah satu faktor penentu keberhasilan implementasi kebijakan. Temuan penelitian menunjukkan bahwa pesan kebijakan KTR belum tersampaikan secara konsisten, ditandai dengan komunikasi yang tidak jelas, rendahnya kesadaran pegawai, serta terbatasnya dukungan pimpinan. Hal ini sejalan dengan studi di Thailand dan Vietnam yang menyatakan bahwa lemahnya komunikasi dan dukungan dari pimpinan organisasi memperlemah kepatuhan pegawai terhadap kebijakan bebas rokok (Meluch, 2022; Santos *et al.*, 2012; Giles & Bauer, 2020). Dalam konteks K3, komunikasi yang efektif sangat penting bukan hanya dalam sosialisasi aturan, tetapi juga dalam membangun budaya keselamatan dan kesehatan di tempat kerja. Oleh karena itu, strategi komunikasi internal yang sistematis dan berkelanjutan harus menjadi prioritas dalam kebijakan KTR (Jannah & Purwanta, 2018; Mustakim *et al.*, 2022).

### ***Sumber Daya***

Aspek sumber daya menjadi hambatan lain yang menonjol, khususnya keterbatasan sarana prasarana, waktu, energi pegawai, serta anggaran yang tidak konsisten. Hambatan

ini sejalan dengan penelitian di Malaysia yang menunjukkan bahwa tanpa dukungan sumber daya memadai, implementasi kebijakan kesehatan publik tidak dapat berjalan optimal (Lim *et al.*, 2019; Wee *et al.*, 2016). Dalam kerangka K3, ketersediaan sumber daya fisik, finansial, maupun manusia merupakan prasyarat untuk memastikan lingkungan kerja yang aman dan sehat. Ketiadaan fasilitas pendukung seperti ruang konseling berhenti merokok atau area khusus merokok justru memperkuat pelanggaran aturan KTR (Herawati *et al.*, 2021; Ulinuha *et al.*, 2022; Wong *et al.*, 2016).

### **Disposisi**

Disposisi, yang mencakup sikap, persepsi, dan komitmen pelaksana, menjadi faktor kunci lain yang ditemukan dalam penelitian ini. Resistensi terhadap perubahan, kebiasaan merokok yang sulit ditinggalkan, serta rendahnya kesadaran mengenai bahaya rokok memperlemah kepatuhan terhadap kebijakan. Penelitian serupa di Filipina menunjukkan bahwa resistensi individu seringkali muncul ketika kebijakan kesehatan publik dipersepsikan mengganggu kebiasaan personal (Sumardi *et al.*, 2023; Adiyanta, 2020). Dalam perspektif K3, hal ini menunjukkan pentingnya perubahan perilaku dan pembangunan kesadaran kolektif sebagai bagian dari strategi keberlanjutan kebijakan (Huda & Aslami, 2024).

### **Struktur Birokrasi**

Dimensi terakhir, yaitu struktur birokrasi, menunjukkan bahwa pelaksanaan KTR terhambat oleh pembagian tanggung jawab yang tidak jelas, lemahnya koordinasi, serta inkonsistensi dalam pengalokasian anggaran. Menurut Edwards III (1980), birokrasi yang tidak terstruktur dengan baik akan menghambat jalannya implementasi kebijakan karena menimbulkan tumpang tindih kewenangan. Studi di Amerika Serikat juga menemukan bahwa pelaksanaan *smoke-free workplace policy* sangat dipengaruhi oleh kejelasan regulasi internal dan mekanisme pengawasan yang ketat (Liu *et al.*, 2021; Faber *et al.*, 2016; Wilbur *et al.*, 2015). Dengan demikian, perbaikan struktur birokrasi merupakan langkah mendasar untuk memastikan kebijakan KTR berjalan sesuai tujuan (Syamlal *et al.*, 2019).

## **Conclusion**

Penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di lingkungan pemerintah masih menghadapi tantangan signifikan pada empat dimensi teori Edward III, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Komunikasi kebijakan yang tidak jelas dan minimnya dukungan pimpinan menyebabkan lemahnya pemahaman serta kepatuhan pegawai. Keterbatasan sumber daya manusia, anggaran, dan infrastruktur memperlemah sustainabilitas program. Selain itu, resistensi terhadap perubahan dan rendahnya komitmen individu menurunkan kualitas disposisi pelaksana, sementara birokrasi yang tidak terstruktur dengan baik menimbulkan kebingungan peran dan tanggung jawab.

Temuan ini menegaskan bahwa keberhasilan kebijakan KTR tidak hanya ditentukan oleh regulasi, tetapi juga oleh sinergi antar-dimensi implementasi. Studi ini memperluas penerapan teori Edward III dalam konteks kesehatan kerja, serta memberikan kontribusi praktis bagi penguatan kebijakan KTR di instansi pemerintah. Upaya yang diperlukan meliputi perbaikan strategi komunikasi internal, penyediaan sumber daya yang memadai, pembangunan budaya organisasi bebas rokok, serta restrukturisasi birokrasi untuk memastikan konsistensi implementasi. Dengan demikian,

KTR dapat berfungsi sebagai instrumen efektif dalam meningkatkan derajat kesehatan, keselamatan, dan produktivitas di lingkungan kerja pemerintahan.

## References

- Adeningsi, S. F., Suhadi, S., & Kamrin, K. (2023). Hubungan beban kerja, status gizi dan kebiasaan merokok dengan kelelahan kerja pada pekerja proyek pembangunan kantor Walikota Kendari tahun 2021. *Jurnal Kesehatan dan Keselamatan Kerja Universitas Halu Oleo*, 3(4). <https://doi.org/10.37887/jk3-uho.v3i4.31608>
- Adiyanta, F. C. S. (2020). Urgensi kebijakan jaminan kesehatan semesta (Universal Health Coverage) bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat di masa pandemi Covid-19. *Administrative Law & Governance Journal*, 3(2), 272–299. <https://doi.org/10.14710/alj.v3i2.272-299>
- Ahmad, A., Armal, H. L., & Suhartini, S. (2022). Pemberdayaan siswa dalam mengenal bahaya rokok terhadap kesehatan dan upaya pencegahannya di SMAN 1 Cibadak, Lebak. *Poltekita: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 3(3), 355–363. <https://doi.org/10.33860/pjpm.v3i3.923>
- Baker, C. L., Bruno, M., Grant, L., Johnson, C., Bennett, B., Brohan, E., & Emir, B. (2017). Content validity of a willingness to quit tool for use with current smokers in clinical practice. *Advances in Therapy*, 34(10), 2295–2306. <https://doi.org/10.1007/s12325-017-0611-y>
- Faber, T., Been, J. V., Reiss, I. K., Mackenbach, J. P., & Sheikh, A. (2016). Smoke-free legislation and child health. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 26, 16067. <https://doi.org/10.1038/npjpcrm.2016.67>
- Giles, L., & Bauer, L. (2020). Supporting visitor compliance with a smoke-free policy at hospital using a nicotine replacement therapy vending machine. *Health Promotion Journal of Australia*, 32(3), 378–382. <https://doi.org/10.1002/hpja.371>
- Herawati, C., Kristanti, I., & Jannah, S. R. (2021). Penerapan fungsi manajemen pada kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Kota Cirebon. *Dimasejati: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 3(1), 1–11. <https://doi.org/10.24235/dimasejati.v3i1.7858>
- Ho, V., Ross, J. S., Steiner, C., Mandawat, A., Short, M., Ku-Goto, M.-H., & Krumholz, H. M. (2016). A nationwide assessment of the association of smoking bans and cigarette taxes with hospitalizations for acute myocardial infarction, heart failure, and pneumonia. *Medical Care Research and Review*, 74(6), 687–704. <https://doi.org/10.1177/1077558716668646>
- Huda, V. A., & Aslami, N. (2024). Manajemen perubahan organisasi publik: Mengatasi resistensi perubahan. *Fokus Manajemen*, 22(2), 174–183. <https://doi.org/10.61938/fm.v22i2.520>
- Isnaeni, L. M. A. (2023). Hubungan kebiasaan merokok dengan gangguan pernapasan pada pengrajin mebel kayu. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 4(4), 6644–6651. <https://doi.org/10.31004/jkt.v4i4.23108>
- Jadhav, E. D., Holsinger, J. W., Anderson, B. W., & Homant, N. (2017). Leadership for Public Health 3.0: A preliminary assessment of competencies for local health department leaders. *Frontiers in Public Health*, 5, 272. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00272>
- Jannah, Q. M., & Purwanta, P. (2018). Hubungan pengetahuan dan sikap tentang rokok dengan kepatuhan masyarakat pada program rumah bebas asap rokok di Kota Yogyakarta. *Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas (Clinical and Community Nursing Journal)*, 2(2), 94–103. <https://doi.org/10.22146/jkkk.44293>
- Kaleta, D., Fronczak, A., Usidame, B., Dzionkowska-Zaborszczyk, E., Makowiec-Dąbrowska, T., & Wojtysiak, P. (2015). Implementation of smoke-free homes in Poland. *International Journal*

of *Occupational Medicine and Environmental Health*, 29(1), 137–148.

<https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00435>

Lim, K. H., Ghazali, S. M., Lim, H. L., Cheong, K. C., Teh, C. H., Lim, K. K., Heng, P. P., Cheah, Y. K., & Lim, J. H. (2019). Smoking susceptibility among non-smoking school-going adolescents in Malaysia: Findings from a national school-based survey. *BMJ Open*, 9(10), e031164.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031164>

Liu, B., Dompreeh, I., & Hartman, A. M. (2021). Small-area estimation of smoke-free workplace policies and home rules in US counties. *Nicotine & Tobacco Research*, 23(8), 1300–1307. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntab015>

Marchel, Y. A. (2019). Implementasi Kawasan Tanpa Rokok sebagai pencegahan merokok pada remaja awal. *Jurnal Promkes*, 7(2), 144–155. <https://doi.org/10.20473/jpk.v7.i2.2019.144-155>

Meluch, A. L. (2022). Employees' perceived risk of discussing COVID-19 concerns in the workplace: The impact of perceived organizational support and policy communication on voicing health concerns in times of crisis. *Business Communication Research and Practice*, 5(2), 50–57.

<https://doi.org/10.22682/bcrp.2022.5.2.50>

Mustakim, M., Amhal, H. I., & Sofiany, I. R. (2022). Pengetahuan mahasiswa tentang Kawasan Tanpa Rokok di Universitas Muhammadiyah Jakarta. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 5(2), 194–199. <https://doi.org/10.56338/mppki.v5i2.2047>

Naiman, A. B., Glazier, R. H., & Moineddin, R. (2011). Is there an impact of public smoking bans on self-reported smoking status and exposure to secondhand smoke? *BMC Public Health*, 11(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-146>

Purnama, D. G. D., Kurniati, N. M., & Martini, N. K. (2024). Evaluasi implementasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kota Denpasar. *Jurnal Sehat Mandiri*, 3(2), 164–176. <https://doi.org/10.36002/js.v3i2.3146>

Saitta, D., Chowdhury, A., Ferro, G. A., Nalis, F., & Polosa, R. (2017). A risk assessment matrix for public health principles: The case for e-cigarettes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(4), 363. <https://doi.org/10.3390/ijerph14040363>

Santos, R. A. D., Guevara, A. J. D. H., Amorim, M. C. S., & Ferraz-Neto, B. H. (2012). Compliance and leadership: The susceptibility of leaders to the risk of corruption in organizations. *Einstein (São Paulo)*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082012000100003>

Secades-Villa, R., Alonso-Diego, G., García-Pérez, Á., & González-Roz, A. (2020). Effectiveness of contingency management for smoking cessation in substance users: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(10), 951–964. <https://doi.org/10.1037/ccp0000611>

Sofia, Dwiyantri, E., Dicha, N. O., & Pradhana, A. T. (2024). Hubungan karakteristik responden dan intensitas kebisingan dengan peningkatan tekanan darah pada pekerja unit produksi PT Japfa Comfeed Indonesia, Tbk. Plant Margomulyo. *Jurnal Keselamatan Kesehatan Kerja dan Lingkungan*, 5(1), 13–19. <https://doi.org/10.25077/jk3l.5.1.13-19.2024>

Strudsholm, T., & Vollman, A. R. (2021). Public health leadership: Competencies to guide practice. *Healthcare Management Forum*, 34(6), 340–345. <https://doi.org/10.1177/08404704211032710>

Subedi, S., MacDougall, C., McNaughton, D., Saikia, U., & Brabazon, T. (2021). Leadership development among public health officials in Nepal: A grounded theory. *PLoS ONE*, 16(11), e0259256. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259256>

Sumardi, S., Mukti, I., & Mappanganro, A. (2023). Resistensi politik dalam komunikasi publik pasca Pilkada Kota Makassar tahun 2020. *JIIP - Jurnal Ilmiah Ilmu Pendidikan*, 6(1), 374–381. <https://doi.org/10.54371/jiip.v6i1.1454>

Syamlal, G., King, B. A., & Mazurek, J. M. (2019). Workplace smoke-free policies and cessation programs among U.S. working adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(4), 548–562. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.10.030>

Tamara, R. (2022). Hubungan karakteristik individu dengan kepatuhan pekerja terhadap penerapan Kawasan Tanpa Rokok di PT. Dok dan Perkapalan Surabaya (Persero). *Preventif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 13(4), 501–510. <https://doi.org/10.22487/preventif.v13i4.414>

Ulinuha, A. B., Widjanarko, B., & Indraswari, R. (2022). Gambaran perilaku merokok tenaga kesehatan di Puskesmas Kaliwiro Kabupaten Wonosobo tahun 2021. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 21(6), 363–373. <https://doi.org/10.14710/mkmi.21.6.363-373>

Wee, L. H., Chan, C. M. H., & Yogarabindranath, S. N. (2016). A review of smoking research in Malaysia. *The Medical Journal of Malaysia*, 71(Suppl 1), 29–41.

Wilbur, R. E., Stein, A. H., Pinzon, E. M., Ahmed, O. S., McNair, O. S., & Ribisl, K. M. (2015). Smoke-free multiunit housing policy: Caretakers' perspectives on economic and personal impacts. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(7), 8092–8102. <https://doi.org/10.3390/ijerph120708092>

Wong, L. P., Mohamad Shakir, S. M., Alias, H., Aghamohammadi, N., & Hoe, V. C. (2016). Reasons for using electronic cigarettes and intentions to quit among electronic cigarette users in Malaysia. *Journal of Community Health*, 41(6), 1101–1109. <https://doi.org/10.1007/s10900-016-0196-4>

Zikri, M., & Arfa'i, A. (2022). Peranan Dinas Kesehatan Kota Jambi dalam penegakan Peraturan Daerah Kota Jambi tentang Kawasan Tanpa Rokok. *Limbago: Journal of Constitutional Law*, 2(3), 391–406. <https://doi.org/10.22437/limbago.v2i3.19129>



**Journal of Nursing and Public Health (JONaPH)**

Volume 1 Issue 1 Year 2025 Pages 1-9

ISSN XXXX-XXXX | e-ISSN XXXX-XXXX

DOI: 10.59966/

e-mail: jonaph@gmail.com

<https://jurnal.kalimasadagroup.com/index.php/jonaph>

---