

Partisipasi Masyarakat dalam Pengawasan Kawasan Tanpa Rokok: Antara Solidaritas dan Apati Sosial

Husni Thamrin¹, Oman Sukmana², Fritz Hotman Syahmahita Damanik³,
Rynaldy Tonggi Lambue Sidabutar⁴

¹Universitas Sumatera Utara, Medan, Indonesia (pungkut@usu.ac.id)

^{2,3}Universitas Muhammadiyah Malang, Malang, Indonesia
(oman@umm.ac.id; fritzhsdamanik@webmail.umm.ac.id)

⁴LSM Sikkola Rakyat Indonesia, Medan, Indonesia (rynaldytonggils@gmail.com)

*Penulis korespondensi: pungkut@usu.ac.id

ABSTRAK

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) merupakan instrumen kebijakan publik yang efektivitasnya sangat bergantung pada partisipasi aktif masyarakat. Namun, implementasi KTR di Indonesia menunjukkan kesenjangan signifikan antara regulasi yang ada dan penegakan di lapangan, yang salah satunya disebabkan oleh fenomena apati sosial. Penelitian ini bertujuan menganalisis bentuk-bentuk partisipasi masyarakat dalam pengawasan KTR dan mengidentifikasi faktor-faktor yang mendorong solidaritas sosial versus apati sosial dalam konteks penegakan KTR di Kota Medan. Penelitian menggunakan desain metode campuran (mixed methods), yaitu survei terhadap 245 responden dan wawancara mendalam dengan 15 informan kunci yang dipilih secara purposif. Lokasi penelitian mencakup tujuh jenis kawasan KTR di Kota Medan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa partisipasi masyarakat dalam pengawasan KTR didominasi oleh tipe pasif (36,8%), sementara hanya 22,0% yang terlibat secara aktif. Faktor pendorong solidaritas meliputi modal sosial tinggi, norma sosial yang kuat, dan pengalaman langsung sebagai perokok pasif. Sebaliknya, apati sosial dipicu oleh ketakutan terhadap konflik interpersonal, difusi tanggung jawab, dan rendahnya kepercayaan terhadap institusi penegak aturan. Ditemukan empat tipologi partisipasi: aktivis KTR, partisipan kondisional, simpatisan pasif, dan apatis struktural. Penelitian ini merekomendasikan strategi pemberdayaan berbasis komunitas dengan memperkuat modal sosial sebagai kunci mengkonversi apati menjadi solidaritas aktif dalam pengawasan KTR.

Kata kunci : kawasan tanpa rokok; partisipasi masyarakat; solidaritas sosial; apati sosial; modal sosial; Medan

ABSTRACT

Non-Smoking Areas (Kawasan Tanpa Rokok/KTR) represent public policy instruments whose effectiveness critically depends on active community participation. However, KTR implementation in Indonesia reveals a significant gap between existing regulations and field enforcement, partly attributable to social apathy. This study aims to analyze the forms of community participation in KTR monitoring and to identify factors fostering social solidarity versus social apathy in the context of KTR enforcement in Medan City. A mixed methods design was employed, combining a survey of 245 respondents with in-depth interviews with 15 purposively selected key informants across seven types of KTR locations. Results indicate that community participation in KTR monitoring is predominantly passive (36.8%), with only 22.0% actively engaged. Solidarity-promoting factors include high social capital, strong social norms, and direct secondhand smoke exposure experiences. Conversely, social apathy is triggered by fear of interpersonal conflict, diffusion of responsibility, and low institutional trust. Four participation typologies were identified: KTR activists, conditional participants, passive sympathizers, and structural apathetics. The study recommends community-based empowerment strategies, emphasizing social capital as the key lever for converting apathy into active solidarity in KTR enforcement.

Keyword : *non-smoking areas; community participation; social solidarity; social apathy; social capital; Medan*

1. PENDAHULUAN

Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) merupakan salah satu instrumen regulasi paling penting dalam upaya pengendalian dampak rokok terhadap kesehatan masyarakat di Indonesia. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan, pemerintah daerah memiliki kewajiban untuk menetapkan dan mengelola KTR di berbagai jenis fasilitas publik. Kota Medan sebagai ibu kota Provinsi Sumatera Utara telah mengesahkan Peraturan Daerah Kota Medan Nomor 3 Tahun 2014 tentang Kawasan Tanpa Rokok, yang secara tegas mengatur tujuh kategori kawasan yang dilarang untuk aktivitas merokok, yakni fasilitas kesehatan, tempat proses belajar-mengajar, tempat bermain anak, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, dan tempat umum.

Namun, fakta di lapangan menunjukkan kesenjangan yang substansial antara regulasi normatif KTR dan implementasinya. Data Dinas Kesehatan Kota Medan (2024) mengungkapkan bahwa tingkat kepatuhan KTR secara keseluruhan baru mencapai 54,7%, dengan variasi signifikan antar jenis kawasan: fasilitas kesehatan menunjukkan kepatuhan tertinggi (78%), sementara ruang publik umum seperti taman kota dan pusat perbelanjaan mencatat kepatuhan terendah (39%). Kesenjangan ini tidak semata-mata disebabkan oleh kelemahan instrumen hukum atau kapasitas aparat penegak, melainkan juga oleh lemahnya partisipasi masyarakat sebagai aktor pengawasan sosial lini pertama.

Teori solidaritas sosial Durkheim (1893/1984) memberikan kerangka analitis yang relevan untuk memahami fenomena ini. Durkheim membedakan antara solidaritas mekanik, yang bersumber dari kesamaan nilai dan norma kolektif; dan solidaritas organik, yang tumbuh dari saling ketergantungan fungsional dalam masyarakat modern yang terdiferensiasi. Dalam konteks penegakan

KTR, solidaritas mekanik akan mendorong anggota komunitas untuk secara spontan menegur pelanggaran KTR karena dipandang sebagai pelanggaran norma kolektif yang mengancam kohesi sosial. Sebaliknya, pada masyarakat urban yang lebih cair dan individualistis, potensi apati sosial, yang oleh Latané & Darley (1970) disebut sebagai "*bystander effect*" dan oleh Ringelmann disebut sebagai "*social loafing*", menjadi lebih dominan.

Konsep modal sosial Putnam (2000) menambah dimensi analitis yang krusial: komunitas dengan jaringan sosial yang kuat, norma resiprositas yang tertanam, dan kepercayaan antarpersona yang tinggi cenderung memiliki kapasitas kolektif yang lebih besar untuk mendorong kepatuhan KTR melalui mekanisme kontrol sosial informal. Sebaliknya, komunitas dengan modal sosial rendah rentan terhadap difusi tanggung jawab, di mana setiap individu mengasumsi bahwa individu lain yang akan bertindak ketika terjadi pelanggaran.

Penelitian terdahulu tentang partisipasi masyarakat dalam penegakan KTR di Indonesia masih relatif terbatas dan umumnya berfokus pada aspek pengetahuan dan sikap individu, bukan pada dinamika solidaritas versus apati pada level komunitas. Rahman & Kusumawati (2022) menemukan korelasi positif antara pengetahuan tentang KTR dan intensi untuk menegur perokok, namun tidak mengeksplorasi mediator sosial yang menentukan apakah intensi tersebut terwujud dalam tindakan nyata. Setiawan et al. (2023) mengidentifikasi bahwa ketakutan akan konflik merupakan penghalang utama partisipasi aktif, namun belum menjelaskan mengapa pada komunitas tertentu ketakutan tersebut diatasi melalui mekanisme solidaritas. Penelitian ini mengisi celah tersebut dengan menganalisis secara holistik faktor-faktor struktural dan kultural yang membentuk tipologi partisipasi masyarakat dalam pengawasan KTR.

Rumusan masalah penelitian ini adalah: (1) bagaimana bentuk dan tingkat partisipasi masyarakat dalam pengawasan KTR di

berbagai jenis kawasan di Kota Medan? (2) faktor-faktor apa yang mendorong solidaritas sosial dalam penegakan KTR? (3) faktor-faktor apa yang memicu apati sosial dalam pengawasan KTR? dan (4) bagaimana tipologi partisipasi masyarakat dapat dirumuskan berdasarkan dimensi solidaritas-apati tersebut?

2. METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain metode campuran (*mixed methods*) dengan model sekuensial eksplanatoris (*explanatory sequential design*). Fase pertama adalah pengumpulan dan analisis data kuantitatif melalui survei, yang hasilnya kemudian digunakan untuk mengidentifikasi pola yang memerlukan eksplorasi lebih mendalam melalui fase kualitatif berupa wawancara mendalam. Integrasi dua pendekatan ini memungkinkan peneliti mendapatkan gambaran yang komprehensif; survei mengukur distribusi dan hubungan antar variabel pada skala yang lebih luas, sementara wawancara menjelaskan mekanisme dan makna di balik pola kuantitatif tersebut (Creswell & Plano Clark, 2018).

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Kota Medan, Sumatera Utara, pada periode Januari–April 2026. Pemilihan Kota Medan didasarkan pada: (a) keberadaan regulasi KTR yang telah berjalan lebih dari satu dekade, sehingga memungkinkan evaluasi implementasi jangka panjang; (b) karakteristik demografis kota metropolitan yang heterogen, etnis, agama, dan kelas sosial, yang memperkaya variasi konteks partisipasi; dan (c) keterjangkauan lapangan oleh tim peneliti yang berbasis di Medan dan Malang. Lokasi pengambilan data mencakup tujuh jenis kawasan KTR: (1) fasilitas kesehatan (3 rumah sakit dan 5 puskesmas); (2) sekolah dan kampus (5 SMA dan 3 universitas); (3) kantor pemerintah (7 instansi); (4) angkutan umum (terminal Amplas dan Pinang Baris); (5) tempat ibadah (5 masjid, 3 gereja, 2 vihara); (6) taman kota dan tempat rekreasi (4 lokasi); dan (7) pusat perbelanjaan (4 mal).

Partisipan Penelitian

Fase survei melibatkan 245 responden yang dipilih menggunakan teknik stratified *purposive sampling*, dengan strata berdasarkan jenis kawasan KTR dan kelompok usia. Kriteria inklusi: warga Kota Medan berusia ≥ 17 tahun yang secara reguler beraktivitas di salah satu kawasan KTR yang diteliti. Fase wawancara mendalam melibatkan 15 informan kunci yang dipilih secara purposif berdasarkan tipologi partisipasi yang muncul dari analisis survei fase pertama, terdiri dari: 4 aktivis KTR komunitas, 4 partisipan kondisional, 4 simpatisan pasif, dan 3 warga dengan kecenderungan apatis. Profil demografis responden survei dan informan wawancara disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Profil Demografis Responden Survei dan Informan Wawancara

Karakteristik	Kategori	Survei (n=245)	Wawancara (n=15)
Jenis Kelamin	Laki-laki	142 (58,0%)	9 (60,0%)
	Perempuan	103 (42,0%)	6 (40,0%)
Usia	17–25 tahun	62 (25,3%)	3 (20,0%)
	26–40 tahun	98 (40,0%)	6 (40,0%)
	41–55 tahun	64 (26,1%)	4 (26,7%)
	>55 tahun	21 (8,6%)	2 (13,3%)
Pendidikan	SMA/Sederajat	78 (31,8%)	3 (20,0%)
	Diploma/D3	42 (17,1%)	2 (13,3%)
	Sarjana (S1)	98 (40,0%)	7 (46,7%)
Status Merokok	PascaSarjana	27 (11,1%)	3 (20,0%)
	Perokok aktif	54 (22,0%)	3 (20,0%)
Mantan perokok	Mantan perokok	38 (15,5%)	2 (13,3%)
	Bukan perokok	153 (62,4%)	10 (66,7%)
	Bukan perokok	153 (62,4%)	10 (66,7%)
Kawasan KTR Utama	Fasilitas Kesehatan	42 (17,1%)	2 (13,3%)
	Sekolah/Kampus	48 (19,6%)	3 (20,0%)
	Kantor Pemerintahan	38 (15,5%)	2 (13,3%)
	Angkutan Umum	32 (13,1%)	2 (13,3%)
	Tempat Ibadah	35 (14,3%)	2 (13,3%)
	Taman/Rekreasi	28 (11,4%)	2 (13,3%)
	Pusat Perbelanjaan	22 (9,0%)	2 (13,3%)

Sumber: Data primer penelitian (2026)

Teknik Pengumpulan dan Analisis Data

Data kuantitatif dikumpulkan melalui kuesioner terstruktur yang mengukur: (1) tingkat dan bentuk partisipasi dalam pengawasan KTR (skala ordinal 4 tingkat); (2) indeks modal sosial komunitas (24 item, α Cronbach = 0,87); (3) faktor-faktor pendorong solidaritas dan apati (masing-masing 15 item, $\alpha = 0,82$ dan $0,79$); dan (4) kepercayaan terhadap institusi penegak aturan (10 item, $\alpha = 0,83$). Analisis kuantitatif menggunakan statistik deskriptif, uji korelasi Spearman, dan analisis regresi ordinal logistik untuk memprediksi tipologi partisipasi berdasarkan variabel penjelas.

Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur

berdurasi 60–90 menit per informan, dengan panduan wawancara yang dikembangkan berdasarkan temuan survei. Wawancara direkam (seizin informan), ditranskrip verbatim, dan dianalisis menggunakan analisis tematik induktif-deduktif (Braun & Clarke, 2006) berbantuan perangkat lunak NVivo 12. Triangulasi dilakukan melalui triangulasi sumber (responden survei vs. informan wawancara vs. dokumen kebijakan), triangulasi metode (survei vs. wawancara vs. observasi lapangan), dan member checking oleh 5 informan representatif.

Teknik Pengumpulan dan Analisis Data

Data kuantitatif dikumpulkan melalui kuesioner terstruktur yang mengukur: (1) tingkat dan bentuk partisipasi dalam pengawasan KTR (skala ordinal 4 tingkat); (2) indeks modal sosial komunitas (24 item, α Cronbach = 0,87); (3) faktor-faktor pendorong solidaritas dan apati (masing-masing 15 item, α = 0,82 dan 0,79); dan (4) kepercayaan terhadap institusi penegak aturan (10 item, α = 0,83). Analisis kuantitatif menggunakan statistik deskriptif, uji korelasi Spearman, dan analisis regresi ordinal logistik untuk memprediksi tipologi partisipasi berdasarkan variabel penjelas.

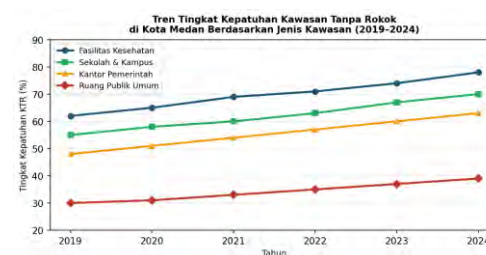
Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur berdurasi 60–90 menit per informan, dengan panduan wawancara yang dikembangkan berdasarkan temuan survei. Wawancara direkam (seizin informan), ditranskrip verbatim, dan dianalisis menggunakan analisis tematik induktif-deduktif (Braun & Clarke, 2006) berbantuan perangkat lunak NVivo 12. Triangulasi dilakukan melalui triangulasi sumber (responden survei vs. informan wawancara vs. dokumen kebijakan), triangulasi metode (survei vs. wawancara vs. observasi lapangan), dan member checking oleh 5 informan representatif.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tren Kepatuhan KTR di Kota Medan (2019–2024)

Sebelum membahas partisipasi masyarakat, penting untuk memetakan kondisi kepatuhan KTR secara historis sebagai konteks struktural penelitian. Gambar 1

menyajikan tren tingkat kepatuhan KTR berdasarkan empat kategori kawasan utama di Kota Medan selama periode 2019–2024.



Gambar 1. *Tren Tingkat Kepatuhan Kawasan Tanpa Rokok di Kota Medan (2019–2024)*
Sumber: Dinas Kesehatan Kota Medan (2024), diolah penulis

Gambar 1 memperlihatkan bahwa semua kategori KTR menunjukkan tren kepatuhan yang meningkat secara gradual selama 2019–2024, namun dengan laju dan tingkat yang sangat berbeda. Fasilitas kesehatan konsisten memimpin (62% → 78%), didorong oleh pengawasan ketat pihak manajemen fasilitas dan norma profesional tenaga kesehatan. Sebaliknya, ruang publik umum mencatat kepatuhan paling rendah (30% → 39%), yang mencerminkan keterbatasan mekanisme kontrol formal sekaligus rendahnya tekanan normatif dari lingkungan sosial setempat. Kesenjangan antara fasilitas kesehatan dan ruang publik umum, yang pada 2024 mencapai 39 poin persentase, mengisyaratkan bahwa efektivitas KTR sangat bergantung pada konteks institusional dan sosial kawasan, bukan semata-mata pada regulasi formal.

Tingkat dan Bentuk Partisipasi Masyarakat dalam Pengawasan KTR

Hasil survei menunjukkan distribusi partisipasi masyarakat yang tidak merata dalam pengawasan KTR. Gambar 2 menyajikan persentase tiga tipe partisipasi (aktif, pasif, apatis) menurut jenis kawasan KTR.



Gambar 2. Tingkat Partisipasi Masyarakat dalam Pengawasan KTR berdasarkan Jenis Kawasan (n=245)
Sumber: Data primer penelitian (2026)

Gambar 2 mengungkapkan pola yang konsisten: partisipasi aktif—yang didefinisikan sebagai tindakan nyata menegur perokok, melaporkan pelanggaran, atau mengorganisir komunitas untuk penegakan KTR—paling tinggi di fasilitas kesehatan (34,2%) dan tempat ibadah (38,5%), namun sangat rendah di pusat perbelanjaan (9,4%) dan taman/tempat rekreasi (11,8%). Dominasi apati justru paling menonjol di ruang publik paling terbuka: pusat perbelanjaan (62,3%) dan taman kota (57,6%). Temuan ini mengkonfirmasi tesis teoretis bahwa konteks institusional dan komunitas yang berbeda memediasi hubungan antara norma sosial dan perilaku kolektif dalam penegakan aturan.

Analisis kualitatif memperdalam temuan ini. Tingginya partisipasi aktif di tempat ibadah dapat dijelaskan oleh apa yang informan WA-03 (tokoh masjid, usia 52 tahun) sebut sebagai "tanggung jawab moral kolektif"—merokok di tempat ibadah bukan sekadar pelanggaran perda, melainkan pelanggaran norma sakral yang secara otomatis memicu respons komunal. Sebaliknya, informan WP-07 (pengunjung mal, usia 28 tahun) mengungkapkan bahwa di pusat perbelanjaan, "tidak ada rasa kepemilikan komunal—ini tempat semua orang dan bukan siapa-siapa, jadi wajar kalau tidak ada yang mau ambil risiko menegur orang yang tidak dikenal."

Tabel 2. Bentuk-Bentuk Partisipasi Aktif dalam Pengawasan KTR dan Prevalensinya (n=245)

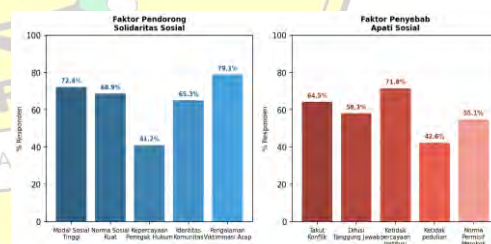
No.	Bentuk Partisipasi Aktif	Pernah Melakukan (%)	Sering/Selalu Melakukan (%)
1	Menegur langsung perokok dengan sopan	38,8%	14,3%
2	Mengingatkan perokok melalui gestur/isyarat	54,3%	28,6%
3	Melapor kepada petugas/satpam setempat	22,0%	7,8%
4	Melaporkan pelanggaran ke aplikasi/hotline	8,6%	2,4%
5	Mengajak orang lain untuk menegur bersama	16,3%	5,7%
6	Memasang/mendistribusikan informasi KTR	11,4%	3,7%
7	Melibatkan tokoh masyarakat/agama	9,4%	3,3%

Sumber: Data primer penelitian (2026)

Tabel 2 memperkaya gambaran tentang bentuk partisipasi aktif. Menarik bahwa isyarat nonverbal (54,3% pernah melakukan) jauh lebih umum dari teguran verbal langsung (38,8%), mencerminkan preferensi budaya untuk menghindari konfrontasi terbuka. Pelaporan formal, baik kepada petugas (22,0%) maupun melalui saluran digital (8,6%), masih sangat rendah, mengindikasikan bahwa masyarakat belum memandang mekanisme formal pelaporan KTR sebagai kanal yang efektif dan dapat diandalkan.

Faktor Pendorong Solidaritas dan Pemicu Apati Sosial

Gambar 3 menyajikan perbandingan faktor-faktor utama yang mendorong solidaritas sosial versus faktor-faktor yang memicu apati dalam konteks pengawasan KTR.



Gambar 3. Faktor Pendorong Solidaritas Sosial vs. Pemicu Apati Sosial dalam Pengawasan KTR Sumber: Data primer penelitian (2026)

Gambar 3 mengungkapkan kontras yang mencolok antara kedua kutub partisipasi. Di sisi solidaritas, pengalaman langsung sebagai perokok pasif menjadi faktor terkuat (79,1%), diikuti modal sosial tinggi (72,4%) dan identitas komunitas yang kuat (65,3%). Kepercayaan terhadap penegak hukum (41,2%) berada di posisi terendah,

mengindikasikan bahwa solidaritas komunal dalam penegakan KTR lebih bersumber dari motivasi intrinsik dan norma sosial ketimbang dari kepercayaan pada aparatus formal.

Di sisi apati, ketidakpercayaan terhadap institusi penegak aturan (71,8%) menjadi faktor terkuat, disusul ketakutan akan konflik (64,5%) dan difusi tanggung jawab (58,3%). Temuan ini memiliki implikasi teoretis penting: apati dalam pengawasan KTR di Kota Medan tidak semata-mata merupakan manifestasi dari ketidakpedulian individual (42,6%), melainkan lebih merupakan produk dari ketidakpercayaan sistemik terhadap institusi dan kalkulasi rasional tentang risiko konflik interpersonal. Ini selaras dengan argumen Portes (1998) bahwa modal sosial yang negatif, berupa norma kelompok yang justru menghambat tindakan kolektif, dapat muncul dalam konteks ketidakpercayaan institusional yang tinggi.

Tabel 3. Hasil Analisis Regresi Ordinal Logistik: Prediktor Tipologi Partisipasi dalam Pengawasan KTR

Variabel Prediktor	Koefisien (β)	Std. Error	p-value	Odds Ratio
Indeks Modal Sosial	0,842	0,124	< 0,001	2,321
Kepercayaan terhadap Institusi	0,631	0,118	< 0,001	1,879
Pengalaman sebagai Perokok Pasif	0,578	0,132	< 0,001	1,782
Norma Sosial Anti Rokok (Komunitas)	0,714	0,141	< 0,001	2,042
Ketakutan akan Konflik	-0,693	0,129	< 0,001	0,500
Difusi Tanggung Jawab	-0,521	0,118	< 0,001	0,594
Jenis Kawasan KTR (ref. Fas. Kesehatan)	—	—	< 0,001	—
Pusat Perbelanjaan	-1,243	0,218	< 0,001	0,289
Taman/Rekreasi	-1,108	0,204	< 0,001	0,330
Angkutan Umum	-0,841	0,191	< 0,001	0,431
Status Merokok (ref. Bukan Perokok)	—	—	—	—
Perokok Aktif	-0,784	0,178	< 0,001	0,457
Mantan Perokok	0,312	0,164	0,057	1,366
Nagelkerke R ²	0,547	—	—	—

Sumber: Hasil analisis data primer (2026); $p < 0,05$ dianggap signifikan secara statistis

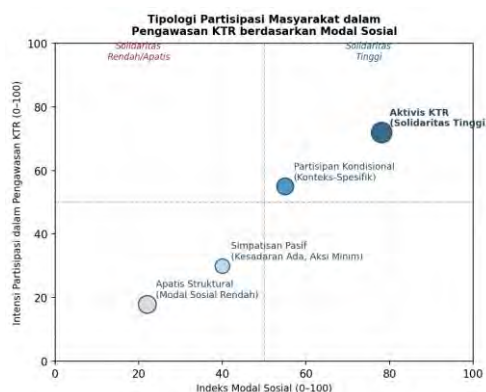
Tabel 3 menyajikan hasil analisis regresi ordinal logistik yang mengidentifikasi prediktor signifikan tipologi partisipasi. Model memiliki daya penjelas yang cukup kuat (Nagelkerke $R^2 = 0,547$), menandakan bahwa variabel-variabel yang diinvestigasi mampu menjelaskan 54,7% varian dalam tipologi partisipasi. Indeks modal sosial merupakan prediktor terkuat partisipasi aktif ($\beta = 0,842$; OR = 2,321), artinya setiap peningkatan satu satuan indeks modal sosial meningkatkan kemungkinan seseorang masuk kategori partisipasi aktif sebesar 132,1%. Norma sosial anti rokok komunitas (OR = 2,042) dan kepercayaan terhadap institusi (OR

= 1,879) menyusul sebagai prediktor signifikan.

Di sisi penjelas apati, ketakutan akan konflik (OR = 0,500) dan difusi tanggung jawab (OR = 0,594) secara signifikan mengurangi probabilitas partisipasi aktif. Jenis kawasan juga berperan besar: dibandingkan fasilitas kesehatan sebagai referensi, pusat perbelanjaan (OR = 0,289) dan taman kota (OR = 0,330) menunjukkan probabilitas partisipasi aktif yang jauh lebih rendah, mengkonfirmasi bahwa konteks spasial-institusional memediasi hubungan antara karakteristik individu dan perilaku partisipasi.

Tipologi Partisipasi Masyarakat dalam Pengawasan KTR

Berdasarkan integrasi hasil survei dan analisis tematik wawancara mendalam, penelitian ini merumuskan empat tipologi partisipasi yang digambarkan dalam matriks dua dimensi: indeks modal sosial (rendah-tinggi) versus intensi/tindakan partisipasi (rendah-tinggi). Gambar 4 menyajikan distribusi keempat tipologi tersebut.



Gambar 4. Tipologi Partisipasi Masyarakat dalam Pengawasan KTR berdasarkan Modal Sosial Sumber: Hasil analisis data primer (2026)

Tipologi pertama, Aktivis KTR ($n \approx 38$; 15,5%), adalah warga dengan modal sosial tinggi yang secara konsisten terlibat aktif dalam pengawasan KTR—baik melalui teguran langsung, pelaporan formal, maupun pengorganisasian komunitas. Wawancara mengungkapkan bahwa kelompok ini memiliki tiga karakteristik utama: riwayat keterpaparan langsung sebagai perokok pasif yang menyebabkan masalah kesehatan,

keterlibatan dalam organisasi komunitas (RT/RW, organisasi profesi, atau lembaga keagamaan), dan kepercayaan diri dalam navigasi konflik sosial.

Tipologi kedua, Partisipan Kondisional (n≈61; 24,9%), adalah warga dengan modal sosial menengah-tinggi yang partisipasinya bersifat konteks-spesifik—mereka bertindak ketika pelanggaran terjadi di kawasan yang mereka rasa "milik" komunitas mereka (seperti lingkungan sekitar rumah atau tempat kerja), tetapi cenderung diam di ruang publik yang lebih anonim. Informan WP-11 (karyawan swasta, 34 tahun) menggambarkan tipologi ini: "Kalau ada yang merokok di depan kantor saya atau di lorong dekat rumah, saya tegur—itu wilayah saya. Tapi kalau di mal atau bus, saya tidak kenal siapa-siapa, tidak ada jaminan responnya seperti apa."

Tipologi ketiga, Simpatisan Pasif (n≈96; 39,2%), adalah kelompok terbesar yang memiliki kesadaran tentang KTR dan sikap anti rokok, tetapi tidak mengkonversi kesadaran tersebut ke dalam tindakan pengawasan. Penghalang utama adalah ketakutan akan konflik dan kalkulasi bahwa "ada orang lain yang lebih tepat untuk bertindak" (difusi tanggung jawab). Temuan ini memperkuat tesis *bystander effect* (Latané & Darley, 1970): semakin ramai suatu kawasan publik, semakin rendah probabilitas setiap individu untuk bertindak karena setiap orang mengasumsikan tanggung jawab berada pada orang lain.

Tipologi keempat, Apatis Struktural (n≈50; 20,4%), adalah warga dengan modal sosial rendah yang secara konsisten tidak terlibat dalam pengawasan KTR. Berbeda dari simpatisan pasif, kelompok ini tidak hanya mengalami hambatan situasional, melainkan memiliki keyakinan yang lebih dalam bahwa tindakan individual tidak akan membuat perbedaan (*internal locus of control* rendah) dan bahwa institusi penegak aturan tidak dapat diandalkan. Temuan ini beresonansi dengan konsep "*learned helplessness*" (Seligman, 1975) pada level komunitas, suatu kondisi di mana ketidakberdayaan yang dialami berulang kali terhadap pelanggaran yang tidak ditindak menyebabkan penarikan diri dari partisipasi sosial.

Tabel 4. Karakteristik Utama Empat Tipologi Partisipasi dalam Pengawasan KTR

Aspek	Aktifis KTR (15,5%)	Partisipan Kondisional (24,9%)	Simpatisan Pasif (39,2%)	Apatis Struktural (20,4%)
Modal Sosial	Sangat Tinggi	Tinggi	Sedang	Rendah
Tindakan Dominan	Tegur langsung, pelaporan, pengorganisasian	Tegur di konteks familiar	Iyarat nonverbal, diam	Tidak ada tindakan
Motivasi Utama	Nilai & pengalaman pribadi	Rasa kepemilikan teritorial	Norma sosial (tapi tak cukup kuat)	Ketidakpercayaan & apatis
Hambatan	Risiko eskalasi konflik	Anonimitas ruang publik	Ketakutan konflik, difusi	Ketidakpercayaan sistemik
Kepercayaan Institusi	Sedang-Tinggi	Sedang	Rendah-Sedang	Sangat Rendah
Profil Kawasan Dominan	Fas. Kesehatan, Tempat Ibadah	Kantor, Sekolah	Beragam	Ruang Publik, Transportasi

Sumber: Hasil analisis data primer (2026)

Implikasi Teoretis dan Praktis

Secara teoretis, penelitian ini memperluas model solidaritas Durkheim dengan memperlihatkan bahwa dalam konteks penegakan aturan di ruang publik urban yang heterogen, baik solidaritas mekanik maupun organik dapat menjadi basis partisipasi—namun melalui mekanisme yang berbeda. Solidaritas mekanik dominan pada kawasan dengan identitas komunal yang kuat (tempat ibadah, lingkungan residensial), sementara solidaritas organik, yang bersumber dari kesadaran tentang saling ketergantungan dan hak bersama atas ruang sehat, lebih relevan pada kawasan publik perkotaan yang lebih impersonal. Penelitian ini juga mempertegas bahwa modal sosial (Putnam, 2000) bukan sekadar kondisi yang *given*, melainkan dapat dikonstruksi secara sengaja melalui intervensi kebijakan yang memperkuat jaringan, norma, dan kepercayaan komunitas.

Secara praktis, tipologi yang dihasilkan memberikan panduan operasional bagi pemangku kebijakan untuk merancang strategi penegakan KTR yang diferensiasi. Untuk mengonversi simpatisan pasif menjadi partisipan kondisional, intervensi perlu mengatasi ketakutan akan konflik melalui pelatihan asertivitas dan penciptaan mekanisme pelaporan anonim yang dipercaya. Untuk mengonversi apatis struktural, intervensi yang lebih mendasar diperlukan: membangun kepercayaan terhadap institusi melalui demonstrasi nyata tindakan penegakan yang konsisten dan transparan.

4. KESIMPULAN

Penelitian ini mengungkapkan bahwa partisipasi masyarakat dalam pengawasan Kawasan Tanpa Rokok di Kota Medan bersifat heterogen dan sangat bergantung pada konteks kawasan serta karakteristik sosial warga. Tiga simpulan utama dapat dirumuskan. Pertama, partisipasi masyarakat dalam pengawasan KTR didominasi oleh tipe pasif (36,8%), sementara partisipasi aktif hanya 22,0%, dengan variasi signifikan antar kawasan, mulai dari 38,5% aktif di tempat ibadah hingga 9,4% di pusat perbelanjaan. Tren kepatuhan KTR menunjukkan peningkatan gradual dalam lima tahun terakhir, namun tetap terjadi kesenjangan besar antara fasilitas formal (kesehatan, pendidikan) dan ruang publik terbuka. Kedua, solidaritas sosial dalam penegakan KTR terutama digerakkan oleh modal sosial yang tinggi, norma komunitas yang kuat, dan pengalaman langsung sebagai perokok pasif, sementara apatis sosial terutama dipicu oleh ketidakpercayaan terhadap institusi penegak aturan, ketakutan akan konflik interpersonal, dan difusi tanggung jawab. Ketiga, empat tipologi partisipasi yang teridentifikasi: aktivis KTR, partisipan kondisional, simpatisan pasif, dan apatis struktural; menggambarkan spektrum yang tidak hanya mencerminkan perbedaan individu, tetapi lebih fundamental mencerminkan struktur modal sosial komunitas dan dinamika kepercayaan institusional. Penelitian ini merekomendasikan strategi intervensi yang berbeda untuk masing-masing tipologi: memperkuat modal sosial sebagai prioritas jangka panjang, membangun mekanisme pelaporan anonim yang dipercaya untuk simpatisan pasif, dan membangun konsistensi penegakan formal sebagai fondasi untuk mengubah apatis struktural.

DAFTAR PUSTAKA

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Dinas Kesehatan Kota Medan. (2024). *Laporan evaluasi implementasi Perda KTR Kota Medan tahun 2023*. Dinas Kesehatan Kota Medan.
- Durkheim, É. (1984). *The division of labour in society* (W. D. Halls, Trans.). Macmillan. (Original work published 1893)
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2023*. Badan Litbangkes Kemenkes RI.
- Latané, B., & Darley, J. M. (1970). *The unresponsive bystander: Why doesn't he help?* Appleton-Century-Crofts.
- Peraturan Daerah Kota Medan Nomor 3 Tahun 2014 tentang Kawasan Tanpa Rokok.
- Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan.
- Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24, 1–24. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.24.1.1>
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
- Rahman, M. F., & Kusumawati, A. (2022). Hubungan pengetahuan KTR dan intensi menegur perokok: Studi pada pengunjung fasilitas kesehatan di Surabaya. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 17(2), 89–104.
- Setiawan, B., Pratama, R., & Hapsari, D. (2023). Ketakutan konflik sebagai hambatan partisipasi dalam penegakan kawasan tanpa rokok: Analisis kualitatif di Kota Semarang. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 18(1), 45–62.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W. H. Freeman.
- Sirait, A. M., Pradono, Y., & Toruan, I. L. (2022). *Smoking behavior in Indonesia*

and its public health implications: A systematic review. *BMC Public Health*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12789-5>

Sukmana, O., & Nurdin, I. (2021). Kontrol sosial informal dalam penegakan norma lingkungan: Pendekatan modal sosial. *Jurnal Sosiologi Reflektif*, 15(2), 221–244.

Thamrin, H., & Siregar, R. (2023). Implementasi kebijakan kawasan tanpa rokok di Sumatera Utara: Antara regulasi dan realitas lapangan. *Jurnal Kebijakan Publik*, 14(1), 33–51.

World Health Organization (WHO). (2023). Tobacco control country profiles: Indonesia 2023. WHO.

