

**EFEKTIFITAS PELAKSANAAN KAWASAN TANPA ROKOK
DAN KAWASAN TERBATAS MEROKOK**

(Studi pada Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang
Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok)

SKRIPSI

Diajukan untuk Menempuh Ujian Sarjana
pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya

Theodora Clara Carolina Silalahi

NIM. 135030107111018



**UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK
MALANG**

2018

MOTTO

“ Now unto Him that is able to do exceeding abundantly above all that we ask or think “

- Ephesians 3:20b (KJV)

“ Bagi Dialah, yang dapat melakukan jauh lebih banyak dari pada yang kita doakan atau pikirkan “

- Efesus 3:20b

TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI

Judul : EFEKTIFITAS PELAKSANAAN KAWASAN TANPA
ROKOK DAN KAWASAN TERBATAS MEROKOK
(Studi pada Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun
2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas
Merokok)

Disusun oleh : Theodora Clara Carolina Silalahi
NIM : 135030107111018
Fakultas : Ilmu Administrasi
Jurusan : Ilmu Administrasi Publik
Konsentrasi : Ilmu Administrasi Publik

Malang, 23 Desember 2017

Komisi Pembimbing

Ketua



Dr. Drs. Suryadi, MS.

19601103198703 1 003

TANDA PENGESAHAN

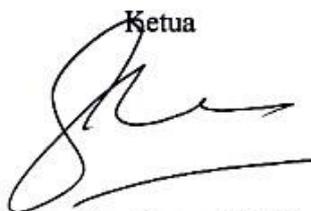
Telah dipertahankan di depan Majelis Penguji Skripsi Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya, pada:

Hari : Selasa
Tanggal : 9 Januari 2018
Jam : 12.00 - 13.00 WIB
Skripsi Atas Nama : Theodora Clara Carolina Silalahi
Judul : Efektivitas Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok (Studi pada Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok)

Dan dinyatakan LULUS

MAJELIS PENGUJI

Ketua



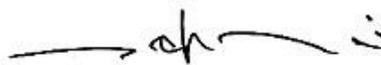
Dr. Drs. Suryadi, MS
NIP. 19601103198703 1 003

Anggota



Dr. Ratih Nur Pratiwi, M.Si
NIP. 19530807 197903 2 001

Anggota



M. Chazienuh Ulum, S.Sos, MPA
NIP. 19740614 200501 1 001

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang sepengetahuan saya, di dalam naskah skripsi ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh pihak lain untuk mendapatkan karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain. Kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebut dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah skripsi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur jiplakan, saya bersedia skripsi ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (S-1) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU Nomor 20 Tahun 2003, Pasal 25 ayat 2 dan Pasal 70)

Malang, 27 Desember 2017

Mahasiswa,



Theodora Clara Carolina Silalahi

NIM. 135030107111018

RINGKASAN

Theodora Clara Carolina Silalahi, 2017. **EFEKTIFITAS PELAKSANAAN KAWASAN TANPA ROKOK DAN KAWASAN TERBATAS MEROKOK (Studi pada Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok)**, Dr. Drs. Suryadi, MS, 159 halaman + xvii

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 115 ayat dua (2), setiap pemerintah daerah wajib memiliki kebijakan mengenai kawasan tanpa rokok. Salah satu daerah yang telah memiliki kebijakan tersebut adalah Kota Surabaya dalam Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok. Adanya kebijakan yang mengatur kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok ini agar pemerintah dapat mencapai sasaran yang diharapkan, seperti dapat mengurangi atau membatasi ruang gerak perokok aktif agar tidak merokok sembarangan, dan juga untuk mencegah penyakit akibat penggunaan rokok yang dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup karena penggunaan zat adiktif berbahaya tersebut. Peraturan daerah ini diterapkan di berbagai tempat dan fasilitas umum di Kota Surabaya.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Fokus penelitian yang pertama adalah tentang efektifitas pelaksanaan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok. Kedua, mengenai faktor penghambat apa saja yang ditemukan peneliti. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu model interaktif Miles, Huberman, dan Saldana.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa masih ada ditemukan pelanggaran selama 9 tahun berjalannya program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok ini. Mulai dari tanda/peringatan larangan merokok yang tidak terpasang/tidak sesuai dengan ketentuan, dan juga masih ditemukannya perokok aktif di lokasi Kawasan Tanpa Rokok. Selain itu, Dinas Kesehatan Kota Surabaya sebagai pelaksana program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok juga masih belum melaksanakan sanksi sesuai dengan yang ditentukan. Selama ini sanksi yang diberikan kepada para pelanggar masih hanya berupa peringatan lisan saja. Faktor penghambatnya yaitu kurangnya komunikasi atau arahan untuk para tim pelaksana pengganti yang baru, dan juga ketidaktegasan pemberian sanksi.

Saran dalam penelitian ini adalah agar tujuan dan sasaran program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok dapat diperjelas, komunikasi mengenai sosialisasi dan pengadaan tanda/larangan lebih diperkaya kembali, juga agar ada peraturan lebih lanjut untuk menerapkan sanksi tegas seperti yang sudah ada di dalam peraturan daerah.

Kata kunci : Kawasan Tanpa Rokok, Kawasan Terbatas Merokok, Efektifitas Program.

SUMMARY

Theodora Clara Carolina Silalahi, 2017. **THE IMPLEMENTATION EFFECTIVENESS OF SMOKE FREE AREAS (SFA) AND SMOKE RESTRICTED AREAS (SRA) (Study on Local Regulation of Surabaya City No. 5 year 2008 on Smoke Free Areas and Smoke Restricted Areas)**, Dr. Drs. Suryadi, MS, 159 pages + xvii

Based on Law Number 36 year 2009 on Health, Article 115 paragraph two (2), each local government must have a policy about smoke free area. One of the regions that already have the policy is Surabaya City in the Local Regulation of Surabaya City Number 5 Year 2008 about Smoke Free Areas and Smoke Restricted Areas. The existence of policies that regulate non-smoking areas and restricted areas of smoking is for the government to achieve the expected targets, such as reduce or limit the active movement of smokers to not smoke indiscriminately, and also to prevent diseases caused by the use of cigarettes that can lead to decreased quality of life due to use addictive substances are dangerous. This regional regulation is applied in various places and public facilities in Surabaya.

This research uses descriptive research type with qualitative approach. The first research focus is on the effectiveness of smoke free area and smoke restricted area. Second, about the inhibiting factors found by researchers. Data analysis used in this research is interactive model by Miles, Huberman, and Saldana.

The results of this study indicate that there are still found violations during the 9-year running of this Smoke Free Area and Smoke Restricted Areas program. Starting from the sign/warning of smoking ban that is not installed/not in accordance with the provisions, and also still the discovery of active smokers in the location of smoke free area. In addition, the Health Office of Surabaya as the implementer of the Smoke Free Areas and Smoke Restricted Areas also still has not implemented sanctions in accordance with the specified. So far, the sanctions given to the violators are still only a verbal warning. Inhibiting factors include lack of communication or direction for new replacement implementing teams, as well as non-sanctioning discrimination.

Suggestions in this study are that the objectives and targets of the Smoke Free Areas and Smoke Restricted Areas can be clarified, communication on socialization and procurement of signs / restrictions is enriched again, as well as for further regulations to apply strict sanctions as already existing in the local regulations.

Keywords: Smoke Free Areas, Smoke Restricted Areas, Program Effectiveness.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yesus Kristus karena berkat dan anugerahNya penulis bisa menyelesaikan skripsi yang berjudul EFEKTIFITAS PELAKSANAAN KAWASAN TANPA ROKOK DAN KAWASAN TERBATAS MEROKOK (Studi pada Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok). Skripsi ini merupakan salah satu syarat kelulusan untuk memperoleh gelar sarjana pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Bambang Supriyono, MS., selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
2. Bapak Dr. Choirul Saleh, M.Si., selaku Ketua Jurusan Administrasi Publik Universitas Brawijaya.
3. Ibu Dr. Lely Indah Mindarti, M.Si., selaku Ketua Program Studi Administrasi Publik Universitas Brawijaya.
4. Bapak Dr. Drs. Suryadi, MS, selaku Dosen Pembimbing skripsi yang selalu meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan kepada penulis sampai skripsi ini selesai.
5. Ibu Dr. Ratih Nur Pratiwi, M.Si dan Bapak M. Chazienul Ulum, S.Sos, MPA, selaku dosen Penguji I dan dosen Penguji II yang sudah

meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan arahan pembedaan skripsi ini.

6. Bapak/Ibu dosen Jurusan Ilmu Administrasi Publik Universitas Brawijaya yang telah memberikan ilmunya kepada penulis, semoga menjadi ilmu yang bermanfaat.
7. Seluruh staf/pegawai Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya yang telah membantu kelancaran segala urusan penelitian skripsi.
8. Jajaran dan Staf Dinas Kesehatan Kota Surabaya, pegawai dan staf Puskesmas Wonokromo, Puskesmas Jemursari, Puskesmas Siwalankerto yang telah memberikan kesempatan dan waktunya untuk membantu menyelesaikan skripsi ini.
9. Orang Tuaku, Papa Ir. Jordan Weber Hasudungan Silalahi, MMT dan Mama Dra. Hotlan Dameria Siregar, yang senantiasa memberikan doa tanpa henti, perhatian, semangat motivasi hidup, semangat dalam perkuliahan, serta memberikan dukungan moril dan materil selama ini, sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini.
10. Kedua adikku, Janet Eunice Yolanda Silalahi dan Rochelle Trixie Renata Almira Silalahi yang selalu memberikan semangat dan juga doa untuk kakaknya.
11. Cindy Asri Novparwati, S.AP, Ayu Pratama Dewi, S.AP, dan juga Ferina Rachmayanti, S.AP yang sudah selalu membantu, selalu memberikan semangat, masukan, saran dan doa untuk saya.

12. Siti Aisyah Akbar, Vida Afifah Faza, Christina Tityanda Putri, S.AP, Nurul Aisyiyah Amini, Mutiara Eka Yudiono, dan teman-teman lainnya juga yang selalu memberikan semangat, masukan, saran, dan doa untuk saya.
13. Emanuella Lintang Oktapradipta, ST, Fatimatul Zahroh Anhari, ST, Angelina Diah, S.AB, Indah Yulia Sagala, S.Psi dan yang selalu memberikan semangat dan doa untuk saya.
14. Sahabat sejak kecil Maria Sondang Alicia Hutabarat, SE, Dedi Horasio Hutabalian, dan teman-teman lain yang selalu memberikan semangat, saran, dan juga doa untuk saya.
15. Teman-teman Publik angkatan 2013 yang telah banyak membantu, memberikan informasi, dan memberikan dukungan dan semangat dalam menyusun skripsi ini sampai selesai.
16. Kepada pihak lain yang belum dapat disebutkan satu per satu, terima kasih atas bantuannya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi dengan baik.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan. Demi kesempurnaan skripsi ini, peneliti sangat mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun. Semoga skripsi yang telah disusun ini dapat memberikan manfaat bagi para pembaca dan pihak lain yang membutuhkan.

Malang, 25 Desember 2017

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
MOTTO	ii
TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI	iii
TANDA PENGESAHAN MAJELIS PENGUJI	iv
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI	v
RINGKASAN	vi
SUMMARY	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Kontribusi Penelitian	7
E. Sistematika Penulisan.....	8

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Administrasi Publik	10
1. Pengertian Administrasi.....	10
2. Pengertian Administrasi Publik	12
3. Ruang Lingkup Administrasi Publik	12
B. Kebijakan Publik	13
1. Pengertian Kebijakan Publik	13
2. Pengertian Implementasi Kebijakan Publik.....	16
3. Model Implementasi Kebijakan Publik	19
4. Pendekatan Implementasi Kebijakan Publik	34
C. Efektivitas Implementasi Kebijakan Publik	36
1. Pengertian Efektivitas	36
2. Ukuran dan Indikator Efektivitas.....	37
D. Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.....	40
1. Kawasan Tanpa Rokok	40
2. Kawasan Terbatas Merokok	41
3. Tujuan dan Sasaran Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan	

Terbatas Merokok.....	42
4. Sanksi Administrasi Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.....	43

BAB III METODE PENULISAN

A. Jenis Penelitian	44
B. Fokus Penelitian	45
C. Lokasi dan Situs Penelitian	46
D. Sumber dan Jenis Data	47
E. Teknik Pengumpulan Data	49
F. Instrumen Penelitian.....	51
G. Analisis Data	52
H. Keabsahan Data	53

BAB IV PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi dan Situs Penelitian.....	55
1. Gambaran Umum Kota Surabaya.....	55
a. Profil Kota Surabaya.....	55
b. Kondisi Topografi Kota Surabaya	57
c. Visi dan Misi Kota Surabaya	57
2. Profil Dinas Kesehatan Kota Surabaya.....	58
a. Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kota Surabaya	58
b. Tugas Pokok dan Fungsi Dinas Kesehatan Kota Surabaya .	58
c. Bagian-Bagian pada Dinas Kesehatan Kota Surabaya	59
d. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surabaya.....	75
e. Kepegawaian Dinas Kesehatan Kota Surabaya	77
B. Penyajian Data Fokus Penelitian	79
1. Efektivitas Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di Kota Surabaya	79
a. Ketepatan sasaran program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.....	79
b. Sosialisasi program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok	80
c. Keberhasilan tujuan program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.....	85
d. Pemantauan program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok	86
2. Faktor Penghambat yang Timbul dalam Implementasi Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.....	89
a. Faktor internal	89
1) Komunikasi mengenai implementasi kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok kepada petugas dan pegawai pengganti yang baru.....	89
2) Ketidaktegasan instansi dalam memberikan sanksi bagi	

pelanggar peraturan daerah	90
b. Faktor eksternal	92
1) Kurangnya dukungan dari eksternal Dinas Kesehatan Kota Surabaya seperti fasilitas-fasilitas kesehatan terhadap jalannya implementasi kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok	92
C. Analisis Data	92
1. Efektivitas Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di Kota Surabaya	92
a. Ketepatan sasaran program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.....	93
b. Sosialisasi program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok	94
c. Keberhasilan tujuan program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.....	96
d. Pemantauan program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok	97
2. Faktor Penghambat yang Timbul dalam Implementasi Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.....	98
a. Faktor internal	98
1) Komunikasi mengenai implementasi kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok kepada petugas dan pegawai pengganti yang baru	98
2) Ketidaktegasan instansi dalam memberikan sanksi bagi pelanggar peraturan daerah	99
b. Faktor eksternal.....	99
1) Kurangnya dukungan dari eksternal Dinas Kesehatan Kota Surabaya seperti fasilitas-fasilitas kesehatan terhadap jalannya implementasi kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok	99

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	101
B. Saran	102

DAFTAR PUSTAKA	103
-----------------------------	------------

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
1	Model Implementasi Kebijakan Van Meter dan Van Horn.....	25
2	Variabel-Variabel Proses Implementasi Kebijakan Paul A. Sabatier dan Daniel A. Mazmanian.....	29
3	Model Implementasi Kebijakan George Edward III	31
4	Model Analisis Interaktif Miles, Huberman, dan Saldana	53
5	Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surabaya	76
6	Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok	81
7	Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok	82
8	Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok	82
9	Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok	83
10	Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok	83

DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
1	Daftar Informan Penelitian.....	50
2	Jumlah Pegawai Dinas Kesehatan Kota Surabaya Menurut Golongan.....	77
3	Jumlah Pegawai UPTD Menurut Golongan Tahun 2016.....	77
4	Jumlah Pegawai Dinas Kesehatan Menurut Eselon pada 2016.....	78
5	Nama Anggota Tim Pengawas Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok Kota Surabaya.....	87

DAFTAR LAMPIRAN

No	Judul	Halaman
1	Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok	106
2	Peraturan Walikota Surabaya Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok	119

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pengertian dari kesehatan menurut *World Health Organization* (WHO) adalah “*A state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity*” (World Health Organization-Health Promotion Glossary, 1948:1). Pengertian kesehatan menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Menurut Betty M. Neuman (1982:4) sehat adalah suatu keseimbangan biopsiko – sosio – kultural dan spiritual pada tiga garis pertahanan klien yaitu fleksibel, normal, dan resisten. Masalah kesehatan termasuk salah satu masalah yang kompleks, saling berhubungan satu sama lain, tidak dapat berdiri sendiri, dan juga menyangkut berbagai kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah seperti masalah kemiskinan, pendidikan, perilaku, budaya, agama, politik, dan berbagai aspek kehidupan lain yang tidak bisa dipisahkan satu dan lainnya. Salah satu perilaku buruk yang berdampak negatif untuk kesehatan adalah merokok. Merokok merupakan sebuah perilaku yang dapat memicu terjadinya banyak masalah kesehatan, berbahaya untuk kehamilan, penyakit kronis seperti penyakit jantung, kanker paru, *bronchitis chronic*, dan berakhir dengan kematian.

Rokok merupakan salah satu zat adiktif hasil olahan dari tanaman tembakau yang bila digunakan dapat membahayakan kesehatan perokok aktif dan pasif disekitarnya. Saat ini, merokok dapat dikatakan sebagai salah satu kebiasaan atau gaya hidup bagi banyak orang. Seorang perokok aktif sangat berpotensi untuk terkena berbagai penyakit yang berbahaya. Asap rokok memiliki kandungan yang sangat berbahaya yaitu sebanyak lebih dari 4.000 zat kimia dimana sekitar 400 zat beracun dan sekitar 40 zat yang dapat menyebabkan kanker. Dalam setiap kemasan rokok wajib tercantum keterangan bahaya merokok seperti yang tercantum dalam pasal 114 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang berbunyi: “Setiap orang yang memproduksi atau memasukkan rokok ke wilayah Indonesia wajib mencantumkan peringatan kesehatan”

Himbauan tersebut tidak membuat para perokok merasa takut. Pada umumnya, seorang perokok tahu bahaya yang ditimbulkan akibat merokok, namun masih banyak perokok yang menghiraukan tentang bahaya dan akibat yang ditimbulkan dari rokok tersebut. Asap rokok yang ditimbulkan tidak hanya berdampak pada perokok aktif, akan tetapi perokok pasif juga dapat terkena dampak tersebut. Meningkatnya jumlah penyakit akibat merokok di negara berkembang, menyebabkan masalah soal rokok menjadi sangat serius. Selain itu, rokok juga dapat mengganggu lingkungan yang diakibatkan oleh puntung rokok yang dibuang sembarangan dan menjadi tumpukan sampah, hal ini menjadi sumber penyakit dan dapat merusak keindahan lingkungan.

Pasal 3 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa:

“Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis”.

Perwujudan perlindungan terhadap masyarakat seperti yang tercantum dalam pasal 3 diatas, perlu adanya peran aktif dari pemerintah. Kesehatan adalah hak asasi setiap warga dari suatu negara, yang harus dimiliki oleh setiap orang tanpa terkecuali. Negara wajib untuk memenuhi hak tersebut, dengan cara menyediakan pelayanan kesehatan dan juga membuat dan menerapkan berbagai kebijakan mengenai kesehatan yang menyangkut kelangsungan hidup masyarakat. Hak tersebut terdapat dalam UUD 1945 yang telah diamandemen dalam pasal 28 H ayat (1) yang berisi:

“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Berdasarkan Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945, Pemerintah berhak untuk membuat kebijakan guna membatasi dan mengurangi konsumsi rokok. Hal ini merupakan tanggungjawab pemerintah untuk melakukan pengawasan terhadap kebijakan tersebut. Untuk mendukung Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pemerintah juga menetapkan kebijakan dalam Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan. Dalam Pasal satu (1) disebutkan bahwa:

“Penyelenggaraan pengamanan penggunaan bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi kesehatan diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan.”

Pasal dua (2) menyebutkan tujuan dari pembuatan Peraturan Pemerintah ini, yaitu:

- a. Melindungi kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan dari bahaya bahan yang mengandung karsinogen dan zat adiktif dalam produk tembakau yang dapat menyebabkan penyakit, kematian, dan menurunkan kualitas hidup;
- b. Melindungi penduduk usia produktif, anak, remaja, dan perempuan hamil dari dorongan lingkungan dan pengaruh iklan dan promosi untuk inisiasi penggunaan dan ketergantungan terhadap bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau;
- c. Meningkatkan kesadaran dan kewaspadaan masyarakat terhadap bahaya merokok dan manfaat hidup tanpa merokok; dan
- d. Melindungi kesehatan masyarakat dari asap rokok orang lain.

Selain Peraturan Pemerintah diatas, salah satu cara pemerintah untuk mengatasi hal-hal yang terkait rokok adalah dengan menetapkan wilayah-wilayah yang harus bebas dari asap rokok. Hal ini ada dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam Pasal 115 ayat satu (1), tertulis kawasan tanpa rokok tersebut meliputi: (a) Fasilitas Pelayanan Kesehatan; (b) Tempat proses belajar mengajar; (c) Tempat anak bermain; (d) Tempat ibadah; (e) Angkutan umum; (f) Tempat kerja; dan (g) Tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 115 ayat dua (2), setiap pemerintah daerah wajib memiliki kebijakan mengenai kawasan tanpa rokok. Salah satu daerah yang telah memiliki kebijakan tersebut adalah Kota Surabaya. Pemerintah Kota Surabaya mengaturnya dalam Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok. Aturan pelaksana peraturan daerah tersebut terdapat dalam Peraturan Walikota Surabaya Nomor 25 Tahun 2009

tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok. Kawasan tanpa rokok adalah area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi dan/atau penggunaan rokok. Sedangkan kawasan terbatas merokok adalah tempat atau area dimana kegiatan merokok hanya boleh dilakukan di tempat khusus. Adanya kebijakan yang mengatur kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok, pemerintah dapat mencapai sasaran yang diharapkan, seperti dapat mengurangi atau membatasi ruang gerak perokok aktif agar tidak merokok sembarangan, dan juga untuk mencegah penyakit akibat penggunaan rokok yang dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup karena penggunaan zat adiktif berbahaya tersebut.

Peraturan daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok ini diterapkan di berbagai tempat dan fasilitas umum di Kota Surabaya, termasuk puskesmas. Puskesmas merupakan salah satu tempat layanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah untuk masyarakat. Menurut hasil penelitian, terdapat beberapa permasalahan dari pelaksanaan peraturan daerah ini di puskesmas, seperti (1) tujuan yang dicapai masih bisa dikatakan belum maksimal karena masih ditemukan pelanggaran; (2) terjadi hambatan komunikasi antara pegawai lama dengan pegawai pengganti yang baru tentang implementasi program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok; (3) pemberian sanksi terhadap para pelanggar yang ditemukan selama pemantauan berlangsung masih tidak sesuai dengan apa yang sudah diatur dalam peraturan daerah. Terkait dengan apa yang sudah diuraikan diatas, penulis

tertarik untuk meneliti lebih lanjut mengenai Efektivitas Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di Kota Surabaya.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan penjelasan singkat dalam latar belakang penelitian ini, maka yang akan diangkat dalam rumusan masalah adalah sebagai berikut:

1. Bagaimanakah efektivitas pelaksanaan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok di Kota Surabaya?
2. Apa sajakah hambatan-hambatan yang timbul dalam mencapai efektivitas pelaksanaan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok di Kota Surabaya?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang telah diuraikan diatas, maka tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk mengidentifikasi, mendeskripsikan, menganalisis efektivitas pelaksanaan program kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok di Kota Surabaya.
2. Untuk mengidentifikasi, mendeskripsikan, dan menganalisis hambatan apa saja yang muncul ketika menerapkan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok di Kota Surabaya.

D. Kontribusi Penelitian

Diharapkan hasil dari adanya penelitian mengenai Efektivitas Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di Kota Surabaya (Studi pada Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 Tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok) dapat memberikan kontribusi baik secara akademis maupun praktis serta berguna bagi pihak-pihak yang bersangkutan. Adapun kontribusi penelitian yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Secara Akademis

a. Bagi Mahasiswa

- 1) Penelitian ini dapat meningkatkan respon mahasiswa terhadap implementasi kebijakan publik di Indonesia sekaligus untuk menerapkan disiplin ilmu yang telah diperoleh.
- 2) Penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi oleh peneliti lain sekaligus dapat dijadikan sebagai bahan perbandingan untuk mengadakan penelitian selanjutnya.

b. Bagi Perguruan Tinggi

- 1) Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pustaka untuk mengadakan penelitian selanjutnya.
- 2) Penelitian ini diharapkan mampu memberikan sumbangan pemikiran dan bahan kajian tentang Efektivitas Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok yang dilaksanakan di Kota Surabaya.

2. Secara Praktis

a. Bagi Pemerintah

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan pertimbangan bagi Pemerintah Kota Surabaya dan Dinas Kesehatan Kota Surabaya dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.

b. Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, menambah wawasan, dan memberikan gambaran terkait Implementasi pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kota Surabaya di Kota Surabaya.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan dimaksudkan agar sesuatu yang dibahas dalam penulisan ini dapat diketahui dan dimengerti secara jelas dari masing-masing bab. Secara garis besar, penulisan ini dibagi dalam 5 (lima) bab dan disusun sebagai berikut:

BAB I: Isi dari bab ini yang pertama adalah penguraian mengenai latar belakang pemilihan judul, bagian kedua adalah perumusan masalah yang berisi masalah spesifik yang akan diteliti, bagian ketiga adalah tujuan penelitian, yaitu pernyataan singkat tentang apa yang akan dicapai dalam penelitian, bagian keempat adalah kontribusi penelitian,

yaitu menguraikan dan menjelaskan kegunaan penelitian baik secara teoritis ataupun praktis, dan bagian yang kelima adalah sistematika penulisan yang berisi tentang uraian singkat dari bab-bab yang ada pada penulisan penelitian ini.

BAB II: Pada bab ini memuat teori-teori yang menyajikan konsep-konsep dasar yang berkaitan dengan permasalahan pada penelitian sebagai landasan atau arahan yang digunakan dalam penelitian.

BAB III: Berisikan tentang metode penelitian yang digunakan dalam penyusunan skripsi, meliputi: jenis penelitian yang digunakan, fokus penelitian, pemilihan lokasi dan situs penelitian, sumber data yang digunakan, teknik pengumpulan data, instrumen penelitian, keabsahan data, dan teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini.

BAB IV: Pada bab ini akan menguraikan data hasil penelitian meliputi gambaran umum lokasi penelitian, penyajian data hasil penelitian, dan analisis data yang diperoleh selama penelitian yang merupakan jawaban dari pertanyaan yang ada dalam rumusan masalah dengan alternatif penyelesaiannya.

BAB V: Pada bab terakhir ini terdiri dari dua sub-bab pokok yaitu kesimpulan dan saran. Kesimpulan ini ditarik dari bab-bab sebelumnya dengan menemukan pokok permasalahan yang telah dibahas pada bab sebelumnya. Kemudian saran ini dapat digunakan masukan yang berguna bagi semua pembaca.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Administrasi Publik

1. Pengertian Administrasi

Kata “administrasi” berasal dari kata *administrare* (Bahasa Latin *ad* = pada, *ministrare* = melayani) yang dapat diartikan menjadi “memberikan pelayanan kepada”. Pengertian dari “*administrare*” adalah suatu kegiatan yang bersifat memberikan pelayanan atau *service* sesuai dengan kebijakan yang ditentukan oleh yang memberikan tugas, kewajiban, dan tanggungjawab kepadanya. Selain itu kata “administrasi” berasal dari Bahasa Belanda “*administratie*” yang pengertiannya adalah *stelselmatige verkrijging en verwerking van gegevens* (tata usaha), *bestuure* (manajemen organisasi), *beheer* (manajemen sumberdaya), dan dari pengertian-pengertian inilah “administrasi” mencakup manajemen dan kegiatan penatausahaan. Pengertian “*administratie*” adalah suatu kegiatan yang sifatnya terbatas pada catat-mencatat atau ketatausahaan. Kata “administrasi” selain berasal dari Bahasa Latin dan Bahasa Belanda, juga berasal dari Bahasa Inggris *administration* atau *to administer*. Kata *to administer* dapat berarti *to manage* (mengelola) dan *to direct* (menggerakkan). Ini dapat berarti bahwa administrasi adalah kegiatan mengelola atau menggerakkan. Pengertian dari “*administration*” adalah suatu kegiatan yang mempunyai makna luas meliputi segenap aktivitas untuk menetapkan kebijakan serta pelaksanaannya.

Syafii (2006:13-15) menjelaskan berbagai pengertian administrasi menurut para ahli, antara lain:

a. Leonard D. White

Administration is a common process to all group effort, public or private, civil or military. Jadi, menurut Leonard D. White, administrasi adalah suatu proses yang umum ada pada setiap usaha kelompok, baik pemerintah maupun swasta, baik sipil maupun militer.

b. Sondang P. Siagian

Administrasi adalah keseluruhan proses pelaksanaan dari keputusan-keputusan yang telah diambil dan pelaksanaannya pada umumnya dilakukan oleh dua orang atau lebih untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya.

c. Hadart Nawawi

Administrasi adalah kegiatan atau serangkaian kegiatan sebagai proses pengendalian usaha kerjasama sekelompok orang untuk mencapai tujuan bersama yang telah ditetapkan sebelumnya.

Dari tiga pengertian yang sudah dikemukakan diatas, dapat disimpulkan bahwa ketiganya mempunyai inti yang sama yaitu dikerjakan oleh banyak orang, membutuhkan kerjasama, dan mencapai tujuan yang sama. Pengertian administasi diatas merupakan pengertian administrasi dalam arti luas. Sedangkan pengertian administrasi dalam arti sempit adalah tata usaha. Tata usaha sendiri juga merupakan unsur-unsur pelaksanaan dari administrasi dalam arti luas, seperti manajemen, pengorganisasian, tata hubungan, kepegawaian, perbekalan, perwakilan, dan keuangan.

2. Pengertian Administrasi Publik

Definisi administrasi publik menurut Felix A. Nigro dan Lloyd G. Nigro (Syafii, 2006:23-30) adalah:

- a. Administrasi Publik adalah suatu kerjasama kelompok dalam lingkungan pemerintahan.
- b. Administrasi Publik meliputi ketiga cabang pemerintahan, yaitu: eksekutif, legislatif, dan yudikatif serta hubungan diantara mereka.
- c. Administrasi publik mempunyai peranan penting dalam perumusan kebijaksanaan pemerintah, dan karenanya merupakan sebagian dari proses politik.
- d. Administrasi publik sangat erat berkaitan dengan berbagai macam kelompok swasta dan perorangan dalam menyajikan pelayanan kepada masyarakat.
- e. Administrasi publik dalam beberapa hal berbeda pada penempatan pengertian dengan administrasi perorangan.

Sedangkan administrasi publik menurut Chandler dan Plano dalam Keban (2004:3) adalah “proses dimana sumberdaya personal publik diorganisir dan dikoordinasikan untuk menformulasikan, mengimplementasikan, dan mengelola keputusan-keputusan dalam kebijakan publik”. Sehingga administrasi publik merupakan seni dan ilmu untuk mengatur “*public affairs*” dan melaksanakan berbagai tugas yang telah ditetapkan.

Dari beberapa definisi mengenai administrasi publik diatas, dapat disimpulkan bahwa administrasi publik adalah kerjasama yang dilakukan oleh sekelompok orang atau lembaga dalam melaksanakan tugas-tugas pemerintahan, dalam memenuhi kebutuhan publik secara efisien dan efektif.

3. Ruang Lingkup Administrasi Publik

Menurut Nicholas Henry (Pasolong, 2007:19) ruang lingkup administrasi publik yang dapat dilihat dari:

- a. Organisasi publik. Prinsipnya berkenaan dengan model-model organisasi dan perilaku birokrasi.
- b. Manajemen publik. Berkenaan dengan sistem dan ilmu manajemen, evaluasi program dan produktivitas, anggaran publik, dan manajemen sumber daya manusia.
- c. Implementasi. Menyangkut pendekatan terhadap kebijakan publik dan implementasinya, privatisasi, administrasi antar pemerintahan, dan etika birokrasi.

Dimock & Dimock (1992:26) membagi empat komponen administrasi publik, yaitu:

- a. Apa yang dilakukan pemerintah: pengaruh kebijakan dan tindakan-tindakan politis, dasar-dasar, wewenang, lingkungan kerja pemerintah, penentuan tujuan-tujuan, kebijakan administrative yang bersifat ke dalam, dan rencana-rencana.
- b. Bagaimana pemerintah mengatur organisasi, personalia, dan pembiayaan usaha-usahanya: struktur administrasi dari segi formal.
- c. Bagaimana para administrator mewujudkan kerjasama (*teamwork*), aliran dan proses administrasi dalam pelaksanaan dengan titik berat pada pimpinan, tuntutan, koordinasi, pelimpahan wewenang, hubungan pusat dengan bagian-bagian, pengawasan, moril, hubungan masyarakat, dan sebagainya.
- d. Bagaimana pemerintah tetap bertanggung jawab baik mengenai pengawasan dalam badan-badan eksekutif sendiri, dan yang lebih penting lagi mengenai pengawasan oleh badan-badan perwakilan rakyat, badan-badan yudikatif, dan sebagainya.

B. Kebijakan Publik

1. Pengertian Kebijakan Publik

Menurut Harold D. Lasswell dan Abraham Kaplan dalam Islamy (2007:15), kebijakan adalah “*a Projected program of goals, values, and practices*”, dan dapat diartikan menjadi suatu program pencapaian tujuan, nilai-nilai, dan praktik yang terarah.

Carl J. Frederick dalam Wahab (2004:3) mengartikan kebijakan sebagai suatu tindakan yang diusulkan oleh seorang kelompok atau pemerintah dalam

lingkungan tertentu sehubungan dengan adanya hambatan-hambatan tertentu seraya mencari peluang-peluang untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan.

Menurut Syafii (2006:104-115), publik merupakan masyarakat umum yang selayaknya diurus, diatur, dan dilayani oleh pemerintah sebagai administrator, tetapi juga sekaligus bertindak sebagai penguasa dalam pengaturan hukum tata negara.

Kebijakan Publik menurut Anderson dalam Wahab (2012:8) adalah “*a Purposive course of action followed by an actor or set of actors in dealing with a problem of matter of concern*”, yang berarti serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang pelaku atau kelompok pelaku guna memecahkan masalah tertentu.

Anderson dalam Widodo (2013:14) mengemukakan bahwa ada beberapa elemen yang terkandung dalam kebijakan publik, yaitu:

- a. Kebijakan selalu mempunyai tujuan atau berorientasi pada tujuan tertentu.
- b. Kebijakan berisi tindakan atau pola tindakan pejabat-pejabat pemerintah. Kebijakan adalah apa yang benar-benar dilakukan oleh pemerintah dan bukan apa yang bermaksud akan dilakukan.
- c. Kebijakan publik bersifat positif (merupakan tindakan pemerintah mengenai suatu masalah tertentu) dan bersifat negatif (keputusan pejabat pemerintah untuk tidak melakukan sesuatu).
- d. Kebijakan publik yang positif selalu berdasarkan pada peraturan perundang-undangan tertentu yang bersifat memaksa (otoritatif).

Syafii dalam bukunya (2006) juga memberikan beberapa pengertian kebijakan publik menurut para ahli, yaitu:

- a. William N. Dunn: kebijakan publik adalah suatu rangkaian pilihan-pilihan yang saling berhubungan yang dibuat oleh lembaga atau pejabat pemerintah

pada bidang-bidang yang menyangkut tugas pemerintahan, seperti pertahanan keamanan, energi, kesehatan, pendidikan, kesejahteraan masyarakat, kriminalitas, perkotaan, dan lainnya.

- b. A. Hoogerwerf: kebijakan publik sebagai unsur penting dari politik. Dapat diartikan sebagai usaha untuk mencapai tujuan-tujuan tertentu menurut waktu tertentu.
- c. Thomas R. Dye: kebijakan publik adalah “*whatever government choose to do or not to do*”, atau apapun juga yang dipilih pemerintah, apakah mengerjakan sesuatu atau tidak mengerjakan atau mendiamkan sesuatu.
- d. R. C. Chandler dan J. C. Plano: kebijakan publik adalah pemanfaatan yang strategis terhadap sumber daya-sumber daya yang ada untuk memecahkan masalah publik.

Dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik adalah serangkaian tindakan yang ditetapkan dan dilaksanakan atau tidak dilaksanakan oleh pemerintah yang memiliki orientasi pada tujuan tertentu diikuti dengan cara-cara untuk mencapai tujuan tersebut. Kebijakan publik yang ditetapkan oleh pemerintah selalu mengandung elemen-elemen seperti diatas agar kebijakan publik tersebut dapat terlaksana sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

Kebijakan publik dapat diciptakan oleh karena suatu situasi dan juga dapat menciptakan situasi. Suatu keadaan masyarakat dapat diukur dengan bagaimana pemerintah melakukan penanganan terhadap masalah, solusi terhadap masalah tersebut, dan juga pencarian jalan keluarnya. Kebijakan publik menjadi semacam jawaban terhadap suatu masalah karena mempunyai upaya untuk mencegah,

mengurangi, dan memecahkan masalah atau suatu keburukan yang terjadi di publik, Kebijakan publik juga dapat menjadi inovasi, penganjur, dan pemuka terjadinya kebaikan dengan cara yang baik dan terarah.

2. Pengertian Implementasi Kebijakan Publik

Implementasi atau yang juga sering disebut sebagai pelaksanaan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia merupakan proses atau cara atau perbuatan melaksanakan. Menurut Wahab (2012:65), implementasi adalah tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu atau pejabat-pejabat kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan. Menurut Nugroho (2011:618), implementasi kebijakan prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya.

Kamus Webster dalam Wahab (2012:135) merumuskan bahwa istilah *to implement* (mengimplementasikan) itu berarti *to provide the means for carrying out* (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu), *to give practical effect to* (menimbulkan dampak/akibat terhadap sesuatu). Jadi, implementasi kebijakan dapat dipandang sebagai suatu proses melaksanakan keputusan kebijakan, biasanya dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, keputusan peradilan, perintah eksekutif, atau dekrit presiden.

Randall B. Ripley dan Grace A. Franklin dalam Winarno (2014:148) berpendapat bahwa implementasi adalah apa yang terjadi setelah undang-undang ditetapkan yang memberikan otoritas program, kebijakan, keuntungan (*benefit*), atau suatu jenis keluaran yang nyata (*tangible output*). Istilah implementasi

menunjuk pada sejumlah kegiatan yang mengikuti pernyataan maksud tentang tujuan program dan hasil yang diinginkan oleh para pejabat pemerintah. Implementasi mencakup tindakan-tindakan (tanpa tindakan-tindakan) oleh berbagai aktor khususnya para birokrat, yang dimaksudkan untuk membuat program berjalan. Menurut Ripley dan Franklin, implementasi mencakup banyak macam kegiatan, yaitu:

- a. badan-badan pelaksana yang ditugasi oleh undang-undang dengan tanggungjawab menjalankan program harus mendapatkan sumber-sumber yang dibutuhkan agar implementasi berjalan lancar. Sumber-sumber ini meliputi personil, peralatan, lahan tanah, bahan-bahan mentah, dan uang.
- b. badan-badan pelaksana mengembangkan bahasa anggaran dasar menjadi arahan-arahan konkret, regulasi, serta rencana-rencana dan desain program.
- c. badan-badan pelaksana harus mengorganisasikan kegiatan-kegiatan mereka dengan menciptakan unit-unit birokrasi dan rutinitas untuk mengatasi beban kerja.
- d. badan-badan pelaksana memberikan keuntungan atau pembatasan kepada para pelanggan atau kelompok-kelompok target.
- e. badan pelaksana memberikan pelayanan atau pembayaran atau Batasan tentang kegiatan atau apapun lainnya yang bisa dipandang sebagai wujud dari keluaran yang nyata dari suatu program.

Merilee S. Grindle (dalam Winarno 2014:149) juga memberikan pandangan mengenai implementasi. Menurutnya tugas implementasi secara umum adalah membentuk suatu kaitan (*linkage*) yang memudahkan tujuan-tujuan kebijakan bisa

direalisasikan sebagai dampak dari suatu kegiatan pemerintah. Oleh karena itu, tugas implementasi mencakup terbentuknya “*a policy delivery system*” dimana sarana-sarana tertentu dirancang dan dijalankan dengan harapan sampai pada tujuan yang diinginkan.

Menurut Donald S. Van Meter dan Carl E. Van Horn dalam Wahab (2012:135) implementasi kebijakan merupakan “*those action by public or private individuals (or groups) that are directed at the achievement of objective set forth in prior policy decisions*”. Jadi, implementasi kebijakan adalah segala tindakan yang dilakukan baik oleh individual/pejabat-pejabat atau kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan. Tindakan-tindakan ini mencakup usaha-usaha untuk mengubah keputusan-keputusan menjadi tindakan operasional dalam kurun waktu tertentu maupun dalam rangka melanjutkan usaha untuk mencapai perubahan besar dan kecil yang ditetapkan oleh keputusan-keputusan kebijakan. Yang perlu ditekankan adalah tahap implementasi kebijakan tidak akan dimulai sebelum tujuan-tujuan dan saran-saran ditetapkan atau diidentifikasi oleh keputusan-keputusan kebijakan. Dengan demikian, tahap implementasi terjadi hanya setelah undang-undang ditetapkan dan dana disediakan untuk membiayai implementasi kebijakan tersebut.

Langkah berikutnya yang dilakukan oleh Van Meter dan Van Horn adalah memberi pembedaan antara apa yang dimaksud dengan implementasi kebijakan, pencapaian kebijakan, dan apa yang secara umum menunjuk pada dampak kebijakan. Konsep-konsep tersebut merupakan konsep-konsep yang berbeda,

walaupun tidak berarti bahwa konsep-konsep ini tidak saling berhubungan satu sama lain.

Daniel A. Mazmanian dan Paul Sabatier dalam Wahab (2015:135) menjelaskan bahwa implementasi adalah *“to understand what actually happens after a program is enacted or formulated is the subject of policy implementation. Those events and activities that occur after the issuing of authoritative public policy directives, which include both the effort to administer and the substantive impacts on people and events”*. Implementasi kebijakan adalah untuk memahami apa yang seharusnya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan, merupakan fokus perhatian implementasi kebijaksanaan yakni kejadian-kejadian dan kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman kebijaksanaan negara yang mencakup usaha untuk mengadministrasikan dan untuk menimbulkan dampak nyata pada masyarakat.

Pengertian lain dari implementasi kebijakan dikemukakan oleh Smith dan Larimer dalam Wahab (2012:141) yaitu sebagai suatu proses, serangkaian keputusan (*a serial of decisions*) dan tindakan (*actions*) yang bertujuan melaksanakan keputusan pemerintah atau keputusan legislasi negara yang telah dibuat atau dirumuskan sebelumnya. Isu penting dalam studi implementasinya adalah *figuring on how a policy work or how a policy does not work*.

3. Model Implementasi Kebijakan Publik

Ada banyak model dari implementasi suatu kebijakan publik menurut para ahli, yaitu:

a. Donald S. Van Meter dan Carl E. Van Horn

“*a Model of the policy implementation process*” adalah model implementasi dari Van Meter dan Van Horn dalam Wahab (2012:164-166). Van Meter dan Van Horn beranggapan bahwa perbedaan dalam proses implementasi akan dipengaruhi oleh sifat kebijakan yang akan dilaksanakan. Karena hal inilah Van Meter dan Van Horn menawarkan suatu pendekatan yang mencoba untuk menghubungkan antara isu kebijakan dengan implementasi dan suatu model konseptual yang mempertalikan kebijakan dengan kinerja (*performance*).

Ditegaskan bahwa perubahan, kontrol, dan kepatuhan bertindak merupakan konsep yang sangat penting dalam suatu prosedur implementasi. Dengan memanfaatkan konsep-konsep tersebut, maka permasalahan yang perlu dikaji adalah hambatan-hambatan apakah yang terjadi dalam mengenalkan perubahan dalam organisasi, seberapa jauh tingkat efektivitas mekanisme kontrol pada setiap jenjang struktur, dan seberapa penting rasa keterikatan masing-masing orang dalam organisasi

Model *policy implementation process* tidak hanya menentukan hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat mengenai kepentingan-kepentingan, tetapi juga menjelaskan mengenai hubungan-hubungan antar variabel-variabel bebas. Secara implisit, kaitan yang tercakup menjelaskan hipotesis-hipotesis yang dapat diuji secara empirik. Winarno (2012:159-168) menjelaskan variabel-variabel bebas yang dimaksud, antara lain:

1) Ukuran-ukuran dan tujuan-tujuan kebijakan

Variabel ini berdasarkan pada kepentingan utama terhadap faktor-faktor yang menentukan kinerja kebijakan. Identifikasi indikator kinerja adalah tahap krusial dalam sebuah analisis implementasi kebijakan. Indikator kinerja ini menilai sejauh mana ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan kebijakan telah direalisasikan. Ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan berguna dalam menguraikan tujuan keputusan kebijakan secara menyeluruh. Ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan merupakan bukti itu sendiri dan dapat diukur dengan mudah dalam beberapa kasus, namun dalam banyak kasus bisa ditemukan beberapa kesulitan besar untuk mengidentifikasi dan mengukur kinerja.

Ada dua penyebab yang dikemukakan oleh Van Meter dan Van Horn untuk menjawab mengapa hal itu dapat terjadi. Pertama, mungkin disebabkan oleh bidang program yang terlalu luas dan sifat tujuan yang kompleks. Kedua, mungkin akibat dari kekaburan dan kontradiksi dalam pernyataan ukuran dasar dan tujuan.

Tujuan dan sasaran suatu program yang akan dilaksanakan harus diidentifikasi dan diukur dalam melakukan studi implementasi, karena implementasi tidak dapat berhasil atau mengalami kegagalan bila tujuan tidak dipertimbangkan. Penentuan ukuran dasar dan sasaran dapat menggunakan pernyataan dari para pembuat keputusan sebagaimana direfleksikan dalam banyak dokumen, seperti regulasi dan garis pedoman program yang menyatakan kriteria untuk evaluasi kinerja kebijakan. Akan

tetapi, dalam beberapa hal ukuran-ukuran dasar dan sasaran-sasaran kebijakan harus didedukasikan oleh peneliti perorangan, yang berakhir pada pilihan ukuran pencapaian tergantung pada tujuan yang didukung oleh penelitian.

2) Sumber-sumber kebijakan

Sumber-sumber layak mendapat perhatian karena menunjang keberhasilan implementasi kebijakan. Sumber yang dimaksud mencakup dana atau perangsang (*incentive*) lain yang mendorong dan memperlancar implementasi yang efektif. Dalam praktik implementasi kebijakan sering terdengar para pejabat berkata mengenai kurangnya dana untuk membiayai program-program yang telah direncanakan. Dengan demikian, besar kecilnya dana dalam beberapa kasus akan menjadi faktor yang menentukan keberhasilan implementasi kebijakan.

3) Komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksana

Implementasi akan berjalan efektif bila didukung ketepatan komunikasi dengan para pelaksana. Komunikasi didalam dan antar organisasi merupakan suatu proses yang sulit. Dalam meneruskan pesan-pesan ke bawah dalam suatu organisasi atau dari satu organisasi ke organisasi lainnya, para komunikator dapat menyimpangkannya atau menyebarkannya baik sengaja atau tidak. Jika sumber informasi yang berbeda memberikan interpretasi yang tidak konsisten terhadap ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan atau jika sumber-sumber yang sama memberikan interpretasi-interpretasi yang bertentangan, para pelaksana

akan menghadapi kesulitan yang lebih besar untuk melaksanakan maksud-maksud kebijakan. Oleh karena itu menurut Van Meter dan Van Horn, prospek tentang implementasi yang efektif ditentukan oleh kejelasan ukuran dan tujuan yang dinyatakan dan oleh ketepatan dan konsistensi dalam mengkomunikasikan ukuran-ukuran dan tujuan-tujuan tersebut.

4) Karakteristik badan-badan pelaksana

Para peminat politik birokrasi telah mengidentifikasi banyak karakteristik badan-badan administratif yang telah mempengaruhi pencapaian kebijakan mereka. Dalam melihat karakteristik badan pelaksana, maka pembahasan ini tidak bisa lepas dari struktur birokrasi. Struktur birokrasi diartikan sebagai karakteristik-karakteristik, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi berulang-ulang dalam badan-badan eksekutif yang mempunyai hubungan, baik potensial maupun nyata, dengan apa yang mereka miliki dengan menjalankan kebijakan.

5) Kecenderungan/sikap para pelaksana

Pada tahap ini, pengalaman-pengalaman subjektifitas individu memegang peran yang sangat besar. Pemahaman pelaksana tentang tujuan umum maupun ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan kebijakan merupakan satu hal yang penting. Implementasi kebijakan yang berhasil harus diikuti oleh kesadaran terhadap kebijakan tersebut secara menyeluruh. Hal ini berarti bahwa kegagalan suatu implementasi kebijakan sering diakibatkan oleh ketidaktaatan para pelaksana terhadap kebijakan.

Arah kecenderungan pelaksana terhadap ukuran dasar dan tujuan juga merupakan suatu hal yang sangat penting. Para pelaksana mungkin gagal dalam melaksanakan kebijakan-kebijakan dengan tepat karena mereka menolak tujuan-tujuan yang terkandung dalam kebijakan tersebut. Dan begitu sebaliknya, penerimaan terhadap ukuran dasar dan tujuan kebijakan yang diterima secara luas oleh para pelaksana kebijakan akan menjadi pendorong bagi implementasi kebijakan yang berhasil.

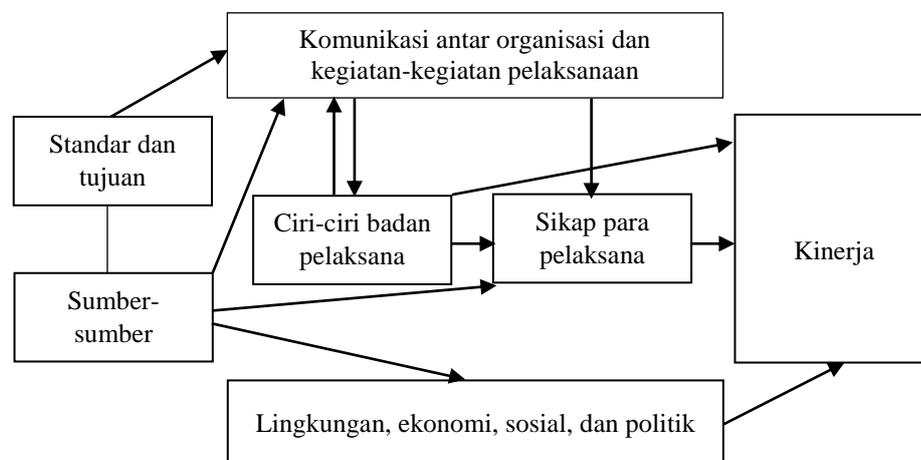
6) Lingkungan ekonomi, sosial, dan politik.

Van Meter dan Van Horn dalam Winarno (2014:167), mengusulkan pertimbangan pertanyaan-pertanyaan mengenai lingkungan ekonomi, sosial, dan politik yang mempengaruhi yuridiksi atau organisasi dimana implementasi itu dilaksanakan, yaitu:

- a) Apakah sumber-sumber ekonomi dalam yurisdiksi atau organisasi pelaksana cukup mendukung implementasi yang berhasil?
- b) Sejauh mana atau bagaimana kondisi-kondisi ekonomi dan sosial yang berlaku akan dipengaruhi oleh implementasi kebijakan yang bersangkutan?
- c) Apakah sifat pendapat umum, bagaimana pentingnya isu kebijakan yang berhubungan?
- d) Apakah elite-elite mendukung atau menentang implementasi kebijakan?
- e) Apakah sifat-sifat pengikut dari yurisdiksi atau organisasi pelaksana? Apakah ada oposisi atau dukungan pengikut bagi kebijakan?

- f) Sejauh mana kelompok-kelompok kepentingan swasta dimobilisasi untuk mendukung atau menentang kebijakan?

Variabel kebijakan saling berhubungan dengan tujuan-tujuan dan sumber-sumber yang tersedia. Pusat perhatian pada badan pelaksana meliputi organisasi terkait beserta kegiatan-kegiatan pelaksanaannya, yang mencakup antar hubungan didalam lingkungan sistem politik dengan kelompok-kelompok sasaran. Akhirnya, pusat perhatian pada sikap para pelaksana mengantarkan kita pada telaah mengenai orientasi mereka yang mengoperasikan program di lapangan. Untuk lebih memudahkan memahami proses implementasi model Van Meter dan Van Horn, akan dijelaskan dalam diagram berikut:



Gambar 1 Model Implementasi Kebijakan Van Meter dan Van Horn
 Sumber: Donald S. Van Meter dan Carl E. Van Horn dalam Wahab (2012:166)

- b. Paul A. Sabatier dan Daniel A. Mazmanian

“*a framework for implementation analysis*” merupakan model implementasi yang dikemukakan oleh Paul A. Sabatier dan Daniel A. Mazmanian. Dalam Subarsono (2012:94) dijelaskan bahwa menurut mereka

ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi keberhasilan suatu implementasi, yaitu:

1) Karakteristik Masalah (*tractability of the problems*)

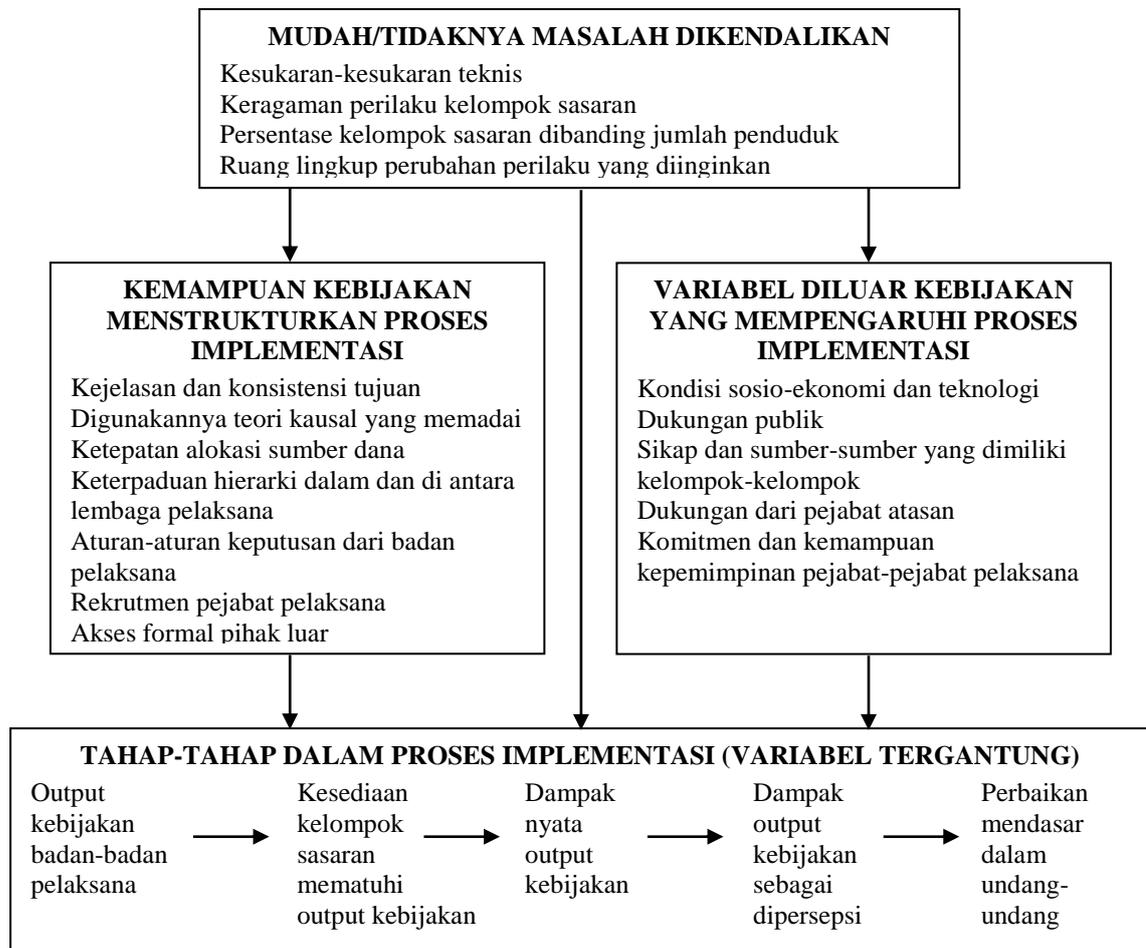
- a) Tingkat kesulitan teknis dari masalah yang bersangkutan dimana satu pihak terdapat beberapa masalah sosial yang secara teknis mudah dipecahkan;
- b) Tingkat kemajemukan dari kelompok sasaran. Suatu program akan mudah diimplementasikan apabila kelompok sasarannya adalah homogen karena tingkat pemahaman kelompok sasaran relatif sama;
- c) Proporsi kelompok sasaran terhadap total populasi dimana sebuah program akan sulit diimplementasikan apabila sasarannya mencakup semua populasi dan sebaliknya, sebuah program akan mudah diimplementasikan apabila jumlah kelompok sasaran tidak terlalu besar;
- d) Cakupan perubahan perilaku yang diharapkan, dimana sebuah program yang bertujuan memberikan pengetahuan atau bersifat kognitif relatif mudah diimplementasikan disbanding program yang bertujuan untuk mengubah sikap dan perilaku masyarakat.

2) Karakteristik Kebijakan / Undang-Undang (*ability of statute to structure implementation*)

- a) Kejelasan isi kebijakan, yaitu semakin jelas dan rinci isi sebuah kebijakan, maka akan lebih mudah diimplementasikan karena implementor mudah memahami dan menerjemahkan dalam tindakan nyata;

- b) Seberapa jauh kebijakan memiliki dukungan teoritis. Kebijakan yang memiliki dasar teoritis memiliki sifat lebih mantap karena sudah teruji meskipun untuk beberapa lingkungan tertentu perlu ada modifikasi;
 - c) Besarnya alokasi sumber dana finansial terhadap kebijakan tersebut. Sumber daya keuangan adalah faktor paling penting untuk setiap program sosial. Setiap program juga memerlukan dukungan staf untuk melakukan pekerjaan administrasi dan teknis, serta memonitor program yang semuanya memerlukan biaya;
 - d) Seberapa besar adanya keterpautan dan dukungan antar berbagai institusi pelaksana, dimana kegagalan kerja sering disebabkan oleh karena kurangnya koordinasi vertikal dan horizontal antar instansi yang terlibat dalam implementasi program;
 - e) Kejelasan dan konsistensi aturan yang ada pada badan pelaksana;
 - f) Tingkat komitmen aparat terhadap tujuan kebijakan.
 - g) Seberapa luas akses kelompok-kelompok luar untuk berpartisipasi dalam implementasi kebijakan. Suatu program yang memberikan peluang luas bagi masyarakat untuk terlibat akan mendapat dukungan dibanding program yang tidak melibatkan masyarakat.
- 3) Lingkungan Kebijakan (*nonstatutory variable effecting implementation*)
- a) Kondisi sosial ekonomi masyarakat dan tingkat kemajuan teknologi, dimana masyarakat yang sudah terbuka dan terdidik akan lebih mudah menerima program pembaharuan dibanding masyarakat yang masih tertutup dan tradisional;

- b) Dukungan publik dalam sebuah kebijakan yang memberikan insentif lebih mudah mendapatkan dukungan, dibanding kebijakan yang bersifat dis-insentif.
- c) Sikap dari kelompok pemilih (*constituency groups*) yang ada di masyarakat dapat mempengaruhi implementasi kebijakan melalui berbagai cara, yaitu kelompok dapat melakukan intervensi terhadap keputusan yang dibuat badan-badan pelaksana melalui berbagai komentar dengan maksud mengubah keputusan atau kelompok pemilih memiliki kemampuan untuk mempengaruhi badan-badan pelaksana secara tidak langsung melalui kritik yang dipublikasikan terhadap badan-badan pelaksana;
- d) Tingkat komitmen dan keterampilan dari aparat dan implementor. Komitmen dari aparat pelaksana untuk merealisasikan tujuan yang telah ada dalam kebijakan adalah yang paling penting, jadi, para aparat pelaksana harus memiliki keterampilan dalam membuat prioritas tujuan dan merealisasikan prioritas tujuan tersebut.



Gambar 2 Variabel-variabel proses implementasi kebijakan

Sumber: Paul A. Sabatier dan Daniel A. Mazmanian dalam Wahab (2012:178)

c. George Edward III

“a Direct and indirect impact on implementation” merupakan model implementasi oleh George Edward III, yang dapat diartikan menjadi pengaruh secara langsung atau tidak langsung dalam implementasi. Dalam Nugroho (2015) dijelaskan bahwa model implementasi ini menawarkan dan mempertimbangkan empat faktor dalam implementasi kebijakan publik, yaitu:

1) *Communication* (komunikasi)

Setiap kebijakan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika terjadi komunikasi efektif antara pelaksana program kebijakan dengan para kelompok sasaran. Dalam Winarno (2014:179-184), dijelaskan bahwa komunikasi yang tepat menurut Edward III dibagi menjadi tiga, yaitu: (1) Transmisi; (2) Kejelasan; dan (3) Konsistensi.

2) *Resources* (Sumber daya)

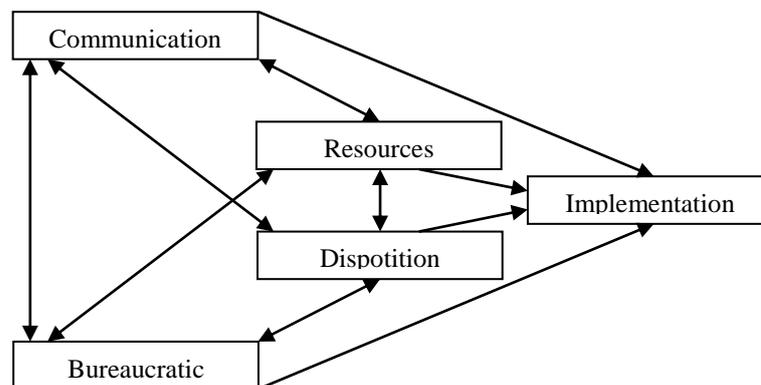
Setiap kebijakan harus didukung oleh oleh sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun sumber daya finansial. Dalam Winarno (2014: 184-196) dijelaskan bahwa sumber-sumber terbagi menjadi: (1) Staf; (2) Informasi; (3) Wewenang; dan (4) Fasilitas.

3) Kecenderungan-kecenderungan atau tingkah laku

Dalam Winarno (2014:197-205) dijelaskan bahwa kecenderungan dari para pelaksana kebijakan merupakan faktor yang mempunyai konsekuensi penting bagi implementasi kebijakan yang efektif. Jika para pelaksana bersikap baik terhadap suatu kebijakan tertentu, dan hal ini berarti adanya dukungan, kemungkinan besar mereka melaksanakan kebijakan sebagaimana yang diinginkan oleh para pembuat keputusan awal. Demikian sebaliknya, jika tingkah laku atau perspektif para pelaksana berbeda dengan para pembuat keputusan, maka proses pelaksanaan suatu kebijakan menjadi semakin sulit.

4) *Bureaucratic Structure* (Struktur birokrasi)

Disebutkan dalam Winarno (2014:205-206) bahwa birokrasi merupakan salah satu badan yang paling sering bahkan secara keseluruhan menjadi pelaksana kebijakan. Birokrasi baik sadar atau tidak sadar memilih bentuk-bentuk organisasi untuk kesepakatan kolektif dalam rangka memecahkan masalah-masalah sosial dalam kehidupan modern. Terdapat dua karakteristik struktur birokrasi, yaitu: (1) Prosedur kerja ukuran dasar atau Standar Operasional Prosedur (SOP); dan (2) Fragmentasi.



Gambar 3 Model implementasi kebijakan George Edward III
 Sumber: *George Edward III dalam Widodo (2011:107)*

d. Brian W. Hoogwood dan Lewis A. Gunn

Dalam Nugroho (2014:668-670) dijelaskan bahwa menurut kedua pakar ini, untuk melakukan implementasi kebijakan diperlukan beberapa syarat, yaitu:

- 1) Jaminan bahwa kondisi eksternal yang dihadapi oleh lembaga badan pelaksana tidak akan menimbulkan masalah yang besar.
- 2) Apakah untuk melaksanakannya tersedia sumberdaya yang memadai, termasuk sumberdaya waktu.

- 3) Apakah perpaduan sumber-sumber yang diperlukan benar-benar ada.
- 4) Apakah kebijakan yang akan diimplementasikan didasari hubungan kausal yang andal.
- 5) Seberapa banyak hubungan kausalitas yang terjadi.
- 6) Apakah hubungan saling ketergantungan kecil
- 7) Pemahaman yang mendalam dan kesepakatan terhadap tujuan
- 8) Bahwa tugas-tugas telah dirinci dan ditempatkan dalam urutan yang benar
- 9) Komunikasi dan koordinasi yang sempurna
- 10) Bahwa pihak-pihak yang memiliki wewenang kekuasaan dapat menuntut dan mendapatkan kepatuhan yang sempurna.

e. Merilee S. Grindle

Model Grindle dalam Nugroho (2014:671-672) ditentukan oleh isi kebijakan dan konteks implementasinya. Ide dasarnya adalah bahwa setelah kebijakan ditransformasikan, maka implementasi kebijakan dilakukan. Keberhasilannya ditentukan oleh derajat *implementability* dari kebijakan tersebut. Isi kebijakan mencakup: (1) Kepentingan yang terpengaruhi oleh kebijakan; (2) Jenis manfaat yang akan dihasilkan; (3) Derajat perubahan yang diinginkan; (4) Kedudukan pembuat kebijakan; (5) (siapa) pelaksana program; dan (6) Sumberdaya yang dikerahkan. Sementara itu, konteks implementasinya adalah: (1) Kekuasaan, kepentingan, dan strategi aktor yang terlibat; (2) Karakteristik lembaga dan penguasa; dan (3) Kepatuhan dan daya tanggap.

Jika dicermati, model Grindle memiliki keunikan pada pemahamannya yang komprehensif akan konteks kebijakan, khususnya yang menyangkut

dengan implementor, penerima implementasi, dan arena konflik yang mungkin terjadi diantara para aktor implementasi, serta kondisi-kondisi sumberdaya implementasi yang diperlukan.

f. David C. Korten

Dalam Tarigan (2000:19) Korten menyatakan bahwa suatu program akan berhasil dilaksanakan jika terdapat kesesuaian dari tiga unsur implementasi program. *Pertama*, kesesuaian antara program dengan pemanfaat, yaitu kesesuaian apa yang ditawarkan oleh program dengan apa yang dibutuhkan oleh kelompok sasaran (pemanfaat). *Kedua*, kesesuaian antara kelompok pemanfaat dengan kemampuan organisasi pelaksana. *Ketiga*, kesesuaian antara kelompok pemanfaat dengan organisasi pelaksana, yaitu kesesuaian antara syarat yang diputuskan organisasi untuk dapat memperoleh output program dengan apa yang dapat dilakukan oleh kelompok sasaran program.

Berdasarkan pola yang dikembangkan oleh Korten, dapat dipahami bahwa jika tidak terdapat kesesuaian antara tiga unsur implementasi kebijakan, kinerja program tidak akan berhasil sesuai dengan apa yang diharapkan. Jika output program tidak sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran jelas outputnya tidak dapat dimanfaatkan. Jika organisasi pelaksana program tidak memiliki kemampuan melaksanakan tugas yang disyaratkan oleh program, maka organisasinya tidak akan dapat menyampaikan output program dengan tepat. Oleh karena itu, kesesuaian antara tiga unsur implementasi kebijakan mutlak diperlukan agar program berjalan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

Model kesesuaian implementasi kebijakan yang dikenalkan oleh Korten memperkaya model implementasi kebijakan yang lain. Hal ini dapat dipahami dari kata kunci kesesuaian yang digunakan. Meskipun demikian, elemen yang disesuaikan satu sama lain, program, pemanfaat dan organisasi, juga sudah termasuk baik dalam dimensi isi kebijakan (program) maupun dalam *outcomes* (pemanfaat) pada model implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Grindle.

4. Pendekatan Implementasi Kebijakan Publik

Wahab (2012:234-246) menjelaskan bahwa ada beberapa pendekatan-pendekatan yang dimaksudkan untuk memperkuat atau meningkatkan efektivitas implementasi yang menyandarkan diri pada pendekatan tersebut, yaitu:

a. Pendekatan-pendekatan struktural (*Structural Behaviour*)

Terdapat perbedaan antara perencanaan mengenai perubahan (*planning of change*) dan perencanaan untuk melakukan perubahan (*planning for change*). Perencanaan mengenai perubahan mengandung arti perubahan ditimbulkan dari dalam organisasi atau sepenuhnya berada dibawah kendali organisasi. Disini implementasi dipandang semata-mata sebagai persoalan teknis atau persoalan manajerial. Bentuk organisasi yang cocok untuk merencanakan perubahan tersebut dapat bersifat birokratik, dimana tugas dan hubungan antartugas dirumuskan dengan jelas serta struktur yang disusun secara hierarkis.

b. Pendekatan-pendekatan prosedural dan manajerial (*Procedural and Managerial Approaches*)

Pendekatan ini mengasumsikan adanya tingkat kemampuan pengawasan yang sangat tinggi atas pelaksanaan dan hasil akhir suatu program dan dianggap terisolasi dari pengaruh lingkungan. Teknik manajerial yang merupakan perwujudan dari pendekatan ini ialah perencanaan jaringan kerja dan pengawasan *Network Planning and Control (NPC)* yang menyajikan suatu kerangka kerja proyek yang dapat direncanakan dan implementasinya dapat diawasi dengan cara mengidentifikasi tugas-tugas yang harus diselesaikan, hubungan diantara tugas-tugas tersebut, dan urutan-urutan logis dimana tugas-tugas itu harus dilaksanakan.

c. Pendekatan-pendekatan berperilaku (*Behavioral Approaches*)

Pendekatan berperilaku diawali dengan suatu kesadaran bahwa seringkali terdapat penolakan terhadap perubahan. Tujuannya untuk menciptakan suasana saling percaya, terutama dengan cara pihak pimpinan menunjukkan perhatian yang besar terhadap kepentingan orang lain.

d. Pendekatan-pendekatan politik (*Political Approaches*)

Dalam pembahasan ini pengertian politik lebih mengacu pada pola-pola kekuasaan dan pengaruh di antara dan didalam lingkungan organisasi. Pendekatan politik secara fundamental menentang asumsi yang diketengahkan oleh ketiga pendekatan sebelumnya, khususnya pendekatan berperilaku. Pendekatan politik ini lebih menekankan pada keberhasilan suatu kebijakan tergantung pada kesediaan dan kemauan kelompok-kelompok yang dominan untuk memaksakan kehendaknya. Distribusi kekuasaan mungkin dapat juga

menimbulkan kemacetan pada saat implementasi kekuasaan, walaupun sebenarnya kebijakan tersebut secara formal telah disahkan.

C. Efektivitas Implementasi Kebijakan Publik

1. Pengertian Efektivitas

Menurut Pasolong (2007:4) Efektivitas pada dasarnya berasal dari kata “efek” dan digunakan sebagai hubungan sebab-akibat. Efektivitas berarti tujuan yang telah direncanakan sebelumnya dapat tercapai atau dengan kata sasaran tercapai karena adanya proses kegiatan. Efektivitas dapat juga berarti suatu akibat yang sudah dikehendaki oleh suatu perbuatan.

Menurut Emerson dalam Hadayaningrat (1985:16) efektivitas merupakan penilaian hasil pengukuran dalam arti tercapainya tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Efektivitas pada dasarnya merupakan sebuah penilaian terhadap hasil dari dilaksanakannya suatu program atau kebijakan.

Menurut Siagian (2001:24) efektivitas adalah pemanfaatan sumberdaya, sarana, dan prasarana dalam jumlah tertentu yang secara sadar ditetapkan sebelumnya untuk menghasilkan sejumlah barang atas jasa kegiatan yang dijalankannya. Efektivitas menunjukkan keberhasilan dari segi tercapai tidaknya sasaran yang telah ditetapkan. Jika hasil kegiatan semakin mendekati sasaran, berarti makin tinggi efektivitasnya.

Menurut Sedarmayanti (2009:59) efektivitas merupakan suatu ukuran yang memberikan gambaran seberapa jauh target dapat dicapai, Pengertian efektivitas ini lebih berorientasi kepada keluaran sedangkan masalah penggunaan masukan

kurang menjadi perhatian utama. Apabila efisiensi dikaitkan dengan efektivitas, maka walaupun terjadi peningkatan efektivitas, belum tentu efisiensi meningkat.

2. Ukuran dan Indikator Efektivitas

Menurut Cambel (1981:121) pengukuran efektivitas secara umum dan yang paling menonjol adalah: (a) Keberhasilan program; (b) Keberhasilan sasaran; (c) Kepuasan terhadap program; (d) Tingkat *input* dan *output*; dan (e) Pencapaian tujuan menyeluruh.

Menurut James L. Gibson dalam Kurniawan (2005:107) indikator atau ukuran efektivitas adalah: (a) Kejelasan tujuan yang hendak dicapai; (b) Kejelasan strategi pencapaian tujuan; (c) Proses analisis dan perumusan kebijakan yang mantap; (d) Perencanaan yang matang; (e) Penyusunan program yang tepat; (f) Tersedianya sarana dan prasarana; dan (g) Sistem pengawasan dan pengendalian yang bersifat mendidik.

Budiani (2007:53) mengemukakan bahwa untuk mengukur efektivitas suatu program atau kebijakan dapat dilakukan dengan indikator-indikator berikut:

- a. Ketepatan sasaran program, yaitu sejauh mana kriteria program tepat dengan sasaran yang sudah ditentukan sebelumnya.
- b. Sosialisasi program, yaitu kemampuan penyelenggara program dalam melakukan sosialisasi program sehingga informasi mengenai pelaksanaan program dapat tersampaikan kepada masyarakat pada umumnya dan sasaran peserta program pada khususnya.

- c. Keberhasilan tujuan program, yaitu sejauhmana kesesuaian antara hasil pelaksanaan program dengan tujuan program yang telah ditetapkan sebelumnya.
- d. Pemantauan program, yaitu kegiatan yang dilakukan setelah dilaksanakannya program sebagai bentuk perhatian kepada peserta program.

Menurut Martani dan Lubis dalam Masruri (2014:55), indikator efektivitas program atau kebijakan terdiri dari tiga indikator, yaitu:

- a. Pendekatan sumber. Lebih kepada pemanfaatan sumber fisik maupun nonfisik yang digunakan untuk mencapai performa yang baik dalam penerapan program atau kebijakan dalam mencapai tujuan yang diinginkan.
- b. Pendekatan proses. Untuk melihat sejauh mana efektivitas pelaksanaan program atau kebijakan dari semua kegiatan proses internal ataupun mekanisme organisasi.
- c. Pendekatan sasaran atau tujuan. Menekankan pada sejauh mana suatu program atau kebijakan sesuai dengan sasaran atau tujuan. Indikator pendekatan sasaran antara lain lingkungan, sosial, dan ekonomi.

Menurut Siagian (1978:77), kriteria atau ukuran mengenai pencapaian tujuan itu efektif atau tidak adalah sebagai berikut:

- a. Kejelasan tujuan yang hendak dicapai. Hal ini dimaksudkan agar para pelaksana dalam pelaksanaan tugasnya mencapai sasaran yang terarah serta dapat tercapai tujuan organisasi
- b. Kejelasan strategi pencapaian tujuan. Strategi adalah “pada jalan” yang diikuti dalam melakukan berbagai upaya dalam mencapai sasaran-sasaran yang

ditentukan agar para implementer tidak tersesat dalam pencapaian tujuan organisasi.

- c. Proses analisis dan perumusan kebijakan yang mantap. Hal ini berkaitan dengan tujuan yang hendak dicapai dan strategi yang telah ditetapkan. Artinya, kebijakan harus mampu menjembatani tujuan-tujuan dengan usaha-usaha pelaksanaan kegiatan operasional.
- d. Perencanaan yang matang, maksudnya adalah memutuskan sekarang apa yang dikerjakan oleh organisasi di masa depan.
- e. Penyusunan program yang tepat. Suatu rencana yang baik masih perlu dijabarkan dalam program-program pelaksanaan yang tepat, sebab apabila tidak para pelaksana akan kurang memiliki pedoman bertindak dan bekerja.
- f. Tersedianya sarana atau prasarana kerja. Salah satu indikator efektivitas adalah kemampuan bekerja secara produktif, dengan sarana dan prasarana yang tersedia dan yang mungkin disediakan oleh organisasi.
- g. Pelaksanaan yang efektif dan efisien. Bagaimanapun baiknya program apabila tidak dilaksanakan secara efektif dan efisien, maka tidak akan sampai pada sasarannya.
- h. Sistem pengawasan dan pengendalian yang bersifat mendidik. Efektivitas kebijakan menuntut terdapatnya sistem pengawasan dan pengendalian. Dengan adanya standar-standar atau kriteria diatas diharapkan efektivitas program atau kebijakan dapat dijalankan dengan kemampuan operasional dalam melaksanakannya, yang sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

D. Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok

Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok merupakan peraturan yang mendukung kegiatan dalam melaksanakan kawasan tanpa asap rokok dan kawasan terbatas merokok yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Kawasan tanpa asap rokok dan kawasan terbatas merokok adalah upaya yang dilakukan Pemerintah Kota Surabaya untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat kota Surabaya, serta mencegah terjadinya pencemaran lingkungan hidup.

1. Kawasan Tanpa Rokok

Berdasarkan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, kawasan tanpa rokok adalah area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi, dan/atau penggunaan rokok. Kepala Daerah berwenang untuk menetapkan tempat-tempat tertentu yang menjadi kawasan tanpa rokok, seperti:

- a. Sarana kesehatan. Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Meliputi rumah sakit, puskesmas, tempat praktek dokter, rumah bersalin, tempat praktek bidan dan/atau sejenisnya.
- b. Tempat proses belajar mengajar. Tempat proses belajar mengajar adalah tempat yang dimanfaatkan untuk kegiatan belajar dan mengajar, dan/atau Pendidikan, dan/atau pelatihan. Meliputi tempat pendidikan formal dan nonformal.

- c. Arena kegiatan anak. Arena kegiatan anak adalah tempat atau arena yang diperuntukkan untuk kegiatan anak-anak. Meliputi Tempat Penitipan Anak (TPA), tempat pengasuhan anak, arena bermain anak-anak, dan/atau sejenisnya.
- d. Tempat ibadah. Tempat ibadah merupakan tempat yang digunakan untuk kegiatan keagamaan. Meliputi masjid, mushola, gereja, pura, wihara, klenteng, dan sejenisnya.
- e. Angkutan umum. Angkutan umum adalah angkutan bagi masyarakat yang dapat berupa kendaraan darat dan air. Meliputi bus kota, mikrolet, taksi, dan angguna.

2. Kawasan Terbatas Merokok

Dalam Pasal 1 Ayat 10 Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, kawasan terbatas merokok adalah tempat atau area dimana kegiatan merokok hanya boleh dilakukan di tempat khusus. Kepala Daerah diwajibkan menetapkan tempat umum dan tempat kerja sebagai kawasan terbatas merokok. Tempat umum adalah sarana yang diselenggarakan oleh pemerintah, swasta, atau perorangan yang digunakan untuk kegiatan bagi masyarakat. Sedangkan tempat kerja adalah tiap ruangan atau lapangan tertutup atau terbuka, dimana tenaga kerja bekerja atau yang sering dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha dan dimana terdapat sumber atau sumber-sumber bahaya. Tempat umum yang dimaksud dalam perda ini adalah hotel, restoran, terminal, pasar, pertokoan, bioskop, jasa boga, tempat wisata, kolam renang, dan stasiun. Setiap orang yang berada didalam kawasan ini

dilarang merokok kecuali di tempat khusus yang sudah disediakan khusus untuk merokok. Tempat khusus dalam perda ini merupakan tempat yang disediakan untuk para perokok yang terpisah dan tidak berhubungan dengan ruangan tanpa rokok, harus mempunyai alat pengisap udara dan memiliki sistem sirkulasi udara yang memadai.

3. Tujuan dan Sasaran Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok

Seperti yang sudah dipaparkan dalam Bab I diatas, rokok merupakan salah satu zat adiktif yang bila digunakan secara terus menerus dapat mengakibatkan bahaya kesehatan bagi individu dan masyarakat, seperti kanker, penyakit jantung, impotensi, penyakit darah tinggi, bronchitis, dan gangguan kehamilan pada perempuan.

Pengamanan rokok bagi kesehatan masyarakat perlu dan harus dilakukan dengan memberikan informasi mengenai kandungan-kandungan berbahaya yang terdapat dalam rokok seperti kadar nikotin yang tinggi dan tar. Pencantuman peringatan pada label rokok, pengaturan produksi dan penjualan rokok, periklanan dan promosi rokok, juga perlu dilakukan untuk membantu mengurangi pengguna zat adiktif ini. Selain itu perlu juga ditetapkan kawasan tanpa rokok dan juga kawasan terbatas merokok yang diharapkan dapat membatasi jumlah pengguna rokok.

Dalam upaya penanggulangan bahaya akibat merokok tersebut, dibutuhkan peraturan daerah yang mengatur mengenai kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok. Peraturan daerah ini mempunyai tujuan sebagai berikut: (1)

Melindungi kesehatan dari bahaya akibat merokok; (2) Membudayakan hidup sehat; (3) Menekan perokok pemula; dan (4) Melindungi perokok pasif.

4. Sanksi Administrasi Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas

Merokok

Sanksi administrasi yang akan diberikan jika ditemukan adanya pelanggaran tercantum dalam Bab VII Pasal 9 Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, yaitu:

- a. Peringatan tertulis;
- b. Penghentian sementara kegiatan;
- c. Pencabutan izin; dan
- d. Denda paling banyak RP. 50.000.000,00 (lima puluh juta ribu rupiah)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Menurut Bogdan dan Taylor dalam Moleong (2006:4), jenis penelitian ini diartikan sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati. Penelitian deskriptif digunakan untuk fenomena sosial tertentu, menghimpun fakta tetapi tidak melakukan pengujian hipotesa (Singarimbun 2001:4-5).

Penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dan lain-lain, secara holistik dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah (Moleong 2006:6). Tujuan dari penelitian kualitatif adalah untuk mendapatkan pemahaman umum pada suatu fenomena sosial yang terjadi di lapangan. Pemahaman tidak dapat langsung ditentukan, namun didapat dari hasil analisis suatu penelitian. Selanjutnya, ditarik kesimpulan yaitu berupa pemahaman umum mengenai fenomena sosial tersebut.

B. Fokus Penelitian

Karena luasnya penelitian kualitatif, maka perlu diberi batasan yang berisi pokok masalah yang masih bersifat umum. Penelitian ini menggunakan fokus sebagai berikut:

1. Efektivitas implementasi kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok.

Penetapan fokus ini berdasarkan kriteria atau ukuran mengenai pencapaian tujuan efektif menurut Budiani (halaman 37-38) yang terdiri dari:

- a. Ketepatan sasaran program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
- b. Sosialisasi program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
- c. Keberhasilan tujuan program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
- d. Pemantauan program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.

2. Faktor penghambat yang timbul dalam implementasi kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok.

a. Faktor internal

Faktor internal yang menjadi penghambat dari implementasi kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok adalah:

- 1) Komunikasi mengenai implementasi kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok kepada petugas dan pegawai pengganti yang baru;

2) Ketidaktegasan instansi dalam memberikan sanksi bagi pelanggar peraturan daerah

b. Faktor eksternal

Faktor eksternal yang menjadi penghambat dari implementasi kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok adalah:

1) Dukungan dari eksternal Dinas Kesehatan Kota Surabaya seperti fasilitas-fasilitas kesehatan terhadap jalannya implementasi kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok.

C. Lokasi dan Situs Penelitian

Lokasi penelitian adalah tempat dimana peneliti melaksanakan penelitian terhadap objek yang akan diteliti, sehingga pada lokasi yang ditentukan, peneliti dapat memperoleh data dan informasi mengenai penelitian yang dilakukan. Penelitian dengan judul Efektivitas Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di Kota Surabaya (Studi pada Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 Tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok) ini mengambil lokasi di Kota Surabaya.

Situs penelitian adalah tempat peneliti mengungkapkan keadaan sebenarnya dari obyek yang akan diteliti. Situs penelitian ini dipilih untuk mempermudah mendapatkan data-data yang mendukung dan tentunya akurat. Alasan peneliti menetapkan lokasi di Kota Surabaya dikarenakan sangat strategis dengan pertimbangan bahwa kualitas Pusat Kesehatan Masyarakat yang ada di Kota

Surabaya sangat bagus dan inovatif. Adapun situs penelitian dari penelitian ini adalah:

1. Dinas Kesehatan Kota Surabaya
2. Puskesmas Wonokromo
3. Puskesmas Jemursari
4. Puskesmas Siwalankerto

D. Sumber dan Jenis Data

Menurut Arikunto (2002:17), sumber data merupakan subjek darimana data didapat dan diperoleh atau dapat dijabarkan sebagai tempat orang atau benda dimana peneliti melakukan pengamatan, bertanya, atau membaca tentang hal-hal yang berkaitan dengan variabel yang diteliti. Secara garis besar, sumber data yang dimaksud dibedakan atas orang, tempat, kertas atau dokumen. Dalam penelitian ini, yang menjadi sumber data adalah:

1. Informan

Informan dipilih secara sengaja oleh peneliti, dimana informan tersebut adalah staf sie PTM di Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Kasubag TU Puskesmas Jemursari, petugas Promosi Kesehatan Puskesmas Wonokromo, dan staf TU Puskesmas Siwalankerto. Selain informan tersebut, peneliti juga melakukan wawancara kepada beberapa masyarakat yang peneliti temui disekitar situs penelitian. Informan berkembang berdasarkan *snowball sampling*, atau dapat diartikan menjadi informan berkembang sesuai dengan

data yang diperlukan atau dengan kata lain kepada informan yang lebih khusus lagi.

2. Dokumen

Dokumen diperoleh melalui lokasi maupun situs penelitian, juga melalui literatur-literatur yang berisi data-data mengenai masalah-masalah yang berkaitan dengan tema penelitian. Berdasarkan judul yang diangkat, maka dokumen yang akan digunakan oleh peneliti berasal dari dokumen resmi Dinas Kesehatan Kota Surabaya, media, foto, serta dari puskesmas yang diteliti.

Jenis data dalam penelitian merupakan hal yang sangat penting karena akan menjadi jawaban atas pertanyaan suatu penelitian. Jenis data dalam penelitian ini terbagi menjadi dua, yaitu:

1. Data Primer, adalah data yang diperoleh dan dikumpulkan langsung oleh peneliti dari sumbernya. Sumber tersebut berupa kata-kata dan tindakan orang-orang yang diamati dan diwawancarai, diperoleh dari informan yang berhubungan dengan objek penelitian. Dalam penelitian ini sumber data primer yang digunakan adalah hasil wawancara dengan narasumber serta observasi yang dilakukan peneliti untuk memperkuat data dari hasil wawancara.
2. Data Sekunder, adalah data yang mendukung data primer, yang secara tidak langsung berupa catatan atau informasi yang berupa dokumen atau buku-buku ilmiah dan informasi yang berkaitan dengan objek penelitian data berupa dokumen-dokumen serta laporan-laporan, karya tulis ilmiah yang terkait dengan penelitian.

E. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data digunakan sebagai prosedur untuk mendapatkan data yang jelas dan benar sesuai dengan pertanyaan yang melatarbelakangi penelitian. Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data yang peneliti lakukan adalah sebagai berikut:

1. Observasi

Menurut Nasution dalam Sugiyono (2016:216), observasi adalah dasar semua ilmu pengetahuan. Fokus dan tema penelitian dapat diperoleh dengan cara mengamati secara langsung setiap fenomena yang terjadi di lapangan, sehingga data yang akan didapatkan merupakan data yang akurat dan sesuai. Teknik observasi dapat dilakukan secara bersamaan pada saat wawancara, pengambilan dokumentasi, dan survei lapangan. Dalam teknik ini peneliti melakukan pengamatan terhadap fenomena, peristiwa, sikap, dan tingkah laku informan secara teliti dan cermat. Observasi yang dilakukan peneliti dimulai sejak sebelum penelitian di beberapa puskesmas sebagai pelaksana kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok yang dilaksanakan Dinas Kesehatan Kota Surabaya.

2. Wawancara

Wawancara atau *interview* adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara melakukan percakapan atau tanya jawab kepada pihak-pihak yang dianggap kompeten serta dapat memberikan keterangan tentang segala informasi yang berhubungan dengan penelitian yang dilakukan dengan benar dan dapat dipertanggungjawabkan. Dalam menunjang kegiatan

wawancara, diperlukan suatu teknik wawancara yang akan digunakan oleh peneliti. Teknik wawancara digunakan untuk memperoleh data atau informasi yang dibutuhkan terkait dengan implementasi kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya.

Teknik wawancara yang akan digunakan peneliti saat dilapangan adalah dengan wawancara semi terstruktur. Peneliti membuat pertanyaan secara garis besar sebagai acuan dasar, kemudian pertanyaan-pertanyaan yang diajukan peneliti akan berkembang seiring dengan jawaban dan informasi yang diperoleh dari informan, sehingga peneliti dapat menemukan permasalahan penelitian secara terbuka dan informan dapat memberikan informasi dan menyampaikan pendapatnya. Informan dari penelitian ini antara lain:

No.	Nama	Status
1	Nurlaila, S.Kep.Ns, M.Kes	Staf Sie PTM Dinas Kesehatan Kota Surabaya
2	Happy	Staf Sie PTM Dinas Kesehatan Kota Surabaya
3	Novita Dewi Vebriyana, SKM	Staf Promosi Kesehatan Puskesmas Wonokromo
4	Tari	Staf TU Puskesmas Siwalankerto
5	Mohammad Yasin	Kepala Subbagian TU Puskesmas Jemursari
6	Arofah	Staf SDM Dinas Kesehatan Kota Surabaya
7	Sugeng	Masyarakat
8	Pipit Aliyah	Masyarakat
9	Ari Pratama	Masyarakat
10	Chusnul	Masyarakat
11	Catherine	Masyarakat
12	Agustina S.	Masyarakat
13	Niken	Masyarakat
14	Amanda Okta	Masyarakat
15	Made	Masyarakat

Tabel 1 Daftar Informan Penelitian
Sumber : Olahan Peneliti (2017)

3. Dokumentasi

Dokumentasi yang dimaksud adalah suatu teknik pengumpulan data dengan jalan meneliti dan mempelajari catatan-catatan, dokumen-dokumen atau arsip-arsip, serta dari media massa yang berkaitan dengan penelitian. Dalam hal ini peneliti meneliti dokumen-dokumen yang berhubungan dengan masalah pelaksanaan kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok yang berasal dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya, ataupun yang berasal dari puskesmas-puskesmas yang merupakan pelaksana kebijakan. Tidak semua dokumentasi dipakai, hanya yang mempunyai kredibilitas tinggi saja.

F. Instrumen Penelitian

Menurut Moleong (2000:4), instrumen penelitian atau alat pengumpul data adalah peneliti itu sendiri. Instrumen penelitian dapat juga diartikan sebagai alat bantu yang digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Peneliti sendiri, sebagai instrumen kunci, dengan segenap aktifitasnya dalam menyerap dan mengambil data di lapangan.
2. Pedoman wawancara, merupakan petunjuk atau pedoman yang digunakan oleh peneliti dalam melakukan wawancara langsung dengan informan terkait dengan masalah yang diteliti.
3. Catatan lapangan, berisi tentang pokok-pokok informasi yang diperoleh selama peneliti melakukan wawancara dan observasi.

4. Alat pendukung, merupakan alat yang digunakan untuk merekam wawancara yang dilakukan untuk mempermudah dalam mengulang ingatan tentang kondisi lapangan dan jalannya wawancara, seperti telepon genggam yang berfungsi sebagai alat perekam dan pengambil gambar.

G. Analisis Data

Miles, Huberman, dan Saldana (2014:31-33) mengemukakan tiga alur analisis data yang harus diikuti dan saling berkaitan, yaitu:

1. Kondensasi Data

Merupakan proses memilih, memfokuskan, menyederhanakan, meringkas dan/atau merubah data dari catatan lapangan tertulis, wawancara, dokumen, dan bahan empiris lainnya. Kondensasi data merupakan bagian dari analisis yang merupakan bentuk analisis yang mempertajam, mensortir, memfokuskan, membuang, dan menata data dengan cara sedemikian rupa sehingga kesimpulan akhir bisa didapat dan diverifikasi.

2. Penyajian Data

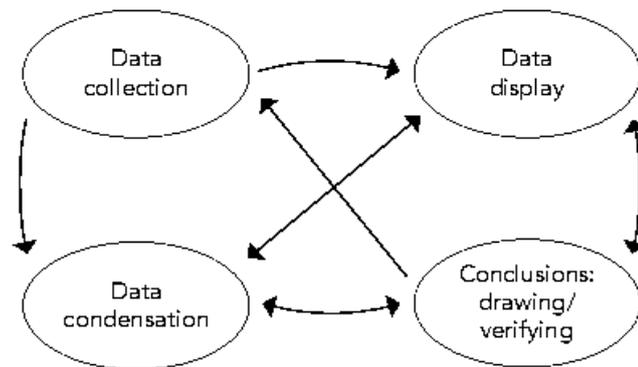
Penyajian data merupakan sebuah tatanan padat atau teratur dari informasi yang memudahkan pengambilan kesimpulan dan aksi. Penyajian data yang baik adalah jalan menuju analisis kualitatif yang kuat. Bentuk penyajian data kualitatif berisikan berbagai tipe matrik, grafik, bagan, dan *network*.

3. Pengambilan Kesimpulan / Verifikasi

Verifikasi biasanya singkat dan mencerminkan pikiran kedua yang melewati pikiran analisis selama menulis, dengan sebuah kilas balik singkat ke catatan

lapangan. Makna yang muncul di data harus diuji kewajarannya, kekuatannya, dan kemampuan konfirmasinya, atau tepatnya validasinya.

Ketiga komponen diatas saling terkait sebelum, selama, dan setelah pengumpulan data dalam suatu bentuk paralel. Penjabarannya dalam gambar sebagai berikut:



Gambar 4 Model Analisis Interaktif Miles, Huberman, dan Saldana
 Sumber : Miles, M.B., A.M. Huberman, and J. Saldana (2014:33)

H. Keabsahan Data

Teknik pemeriksaan keabsahan data yang digunakan dalam penelitian ini berdasarkan Lincoln dan Guba dalam Moleong (2013:173) sebagai berikut:

1. *Transferabilty* (Keteralihan). Konsep ini menyatakan bahwa generalisasi suatu pertemuan dapat berlaku atau diterapkan pada semua konteks dalam populasi yang sama atas dasar penemuan yang diperoleh pada sampel yang secara representatif mewakili populasi itu.
2. *Dependability* (Ketergantungan). Untuk menentukan ketergantungan data peneliti menggunakan teknik audit ketergantungan dengan mengecek sejauh mana data digunakan dalam analisis.

3. *Confirmability* (Kepastian). Untuk menentukan kepastian data, maka peneliti menggunakan teknik audit kepastian dengan menelusuri kembali jejak penelitian, mulai dari wawancara, dokumen, sampai analisis datanya.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi dan Situs Penelitian

1. Gambaran Umum Kota Surabaya

a. Profil Kota Surabaya

Kota Surabaya berada di 7°9'-7°21' Lintang Selatan dan 112°36'-112°57' Bujur Timur, sebagian besar wilayahnya merupakan dataran rendah dengan ketinggian 3-6 meter di atas permukaan laut, sebagian lagi pada sebelah Selatan merupakan kondisi berbukit-bukit dengan ketinggian 25-50 meter di atas permukaan laut. Luas wilayah Kota Surabaya adalah 52.087 Ha, dengan luas daratan 33.048 Ha atau 63,45% dan selebihnya sekitar 19.039 Ha atau 36,55% merupakan wilayah laut yang dikelola Pemerintah Kota Surabaya. Jumlah penduduk Kota Surabaya hingga Desember 2010 adalah sejumlah 2.928.894 jiwa. Komposisi penduduk Kota Surabaya pada tahun 2010 berdasarkan jenis kelamin adalah sebanyak 1.459.656 jiwa penduduk laki-laki (50,18%) dan 1.459.238 (49,82%) jiwa penduduk perempuan. Awalnya Surabaya adalah kawasan perkampungan atau pedesaan di pinggir sungai.

Nama-nama kampung yang kini masih ada seperti Kaliasin, Kaliwaron, Kalidami, Ketabangkali, Kalikepiting, Darmokali, dan sebagainya adalah bukti yang menjelaskan bahwa kawasan Surabaya adalah kawasan yang memiliki banyak aliran air/sungai. Secara geografis ini sangat menguntungkan, dimana Surabaya merupakan kawasan yang berada di dekat laut dan aliran sungai besar (Brantas, dengan anak kalinya). Sejarah mencatat, Surabaya tercantum pada

prasasti Trowulan tahun 1358 Masehi dan pada kitab Negara Kertagama tahun 1365 M. Para ahli sejarah menduga bahwa Surabaya sudah ada sebelum tahun-tahun tersebut. Nama Surabaya sendiri berasal dari kata “Sura ing Bhaya” yang berarti “Keberanian menghadapi bahaya” diambil dari momen dikalahkannya pasukan Mongol oleh pasukan Jawa pimpinan Raden Wijaya (raja pertama Mojopahit) pada tanggal 31 Mei 1293, momen tersebut pun diabadikan sebagai tanggal lahir Kota Surabaya.

Lokasi Surabaya yang berada di pinggir pantai, merupakan wilayah yang menjadi lintasan hilir mudik manusia dari berbagai wilayah. Surabaya menjadi pertemuan antara orang pedalaman pulau Jawa dengan orang dari luar. Pada tahun 1612 Surabaya sudah merupakan bandar perdagangan yang ramai. Peranan Surabaya sebagai kota pelabuhan penting telah berlangsung cukup lama. Saat itu sungai Kalimas merupakan sungai yang dipenuhi perahu-perahu yang berlayar menuju pelosok Surabaya. Sedangkan kepadatan penduduk pada masing-masing Kecamatan yang masuk dalam kategori tersebut di atas adalah sebagai berikut:

- 1) Kepadatan tinggi: Kecamatan Simokerto, Sawahan, Bubutan, dan Tegalsari
- 2) Kepadatan sedang: Kecamatan Tambaksari, Wonokromo, Semampir, Gubeng, dan Genteng.
- 3) Kepadatan rendah: Kecamatan Krembangan, Pabean Cantikan, Wonocolo, Sukomanunggal, Jambangan, Tenggilis Mejoyo, Tandes, Kenjeran, Karangpilang, Gayungan, Dukuh Pakis, Mulyorejo, Wiyung, Gunung Anyar, Rungkut, Sukolilo, Asemrowo, Lakarsantri, dan Benowo.

b. Kondisi Topografi Kota Surabaya

Sebagian besar Kota Surabaya secara topografis memiliki ketinggian tanah antara 0-10 meter (80,72%) yang menyebar di bagian timur, utara, selatan, dan pusat kota. Pada daerah pantai ketinggiannya berkisar 1-3 meter di atas permukaan air laut. Pada wilayah lain memiliki ketinggian 10-20 meter dan 20 meter di atas permukaan laut yang umumnya terdapat pada bagian barat kota yaitu di Kecamatan Pakal, Lakarsantri, Sambikerep, dan Tandes.

c. Visi dan Misi Kota Surabaya

Berdasarkan Laporan Kinerja Pemerintah Kota Surabaya Tahun 2016 yang menjelaskan sesuai dengan RPJMD 2016-2021 Kota Surabaya memiliki visi yaitu “Surabaya Kota Sentosa yang Berkarakter dan Berdaya Saing Global Berbasis Ekologi”. Dari visi tersebut diterjemahkan dalam 10 misi, yaitu:

- 1) Mewujudkan sumber daya masyarakat yang berkualitas;
- 2) Memberdayakan masyarakat dan menciptakan seluas-luasnya kesempatan berusaha;
- 3) Memelihara keamanan dan ketertiban umum;
- 4) Mewujudkan penataan ruang yang terintegrasi dan memperhatikan daya dukung kota;
- 5) Memantapkan sarana dan prasarana lingkungan dan permukiman yang ramah lingkungan;
- 6) Memperkuat nilai-nilai budaya lokal dalam sendi-sendi kehidupan masyarakat;
- 7) Mewujudkan Surabaya sebagai pusat penghubung perdagangan dan jasa antar pulau internasional;
- 8) Memantapkan tata kelola pemerintahan yang baik;
- 9) Memantapkan daya saing usaha-usaha ekonomi lokal, inovasi produk dan jasa, serta pengembangan industri kreatif;
- 10) Mewujudkan infrastruktur dan utilitas kota yang terpadu dan efisien.

2. Profil Dinas Kesehatan Kota Surabaya

a. Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kota Surabaya

1) Visi Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Dinas Kesehatan yang profesional untuk mewujudkan masyarakat Surabaya sehat, mandiri, dan berdaya saing global.

2) Misi Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Sementara, untuk mewujudkan visi dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya, maka misi Dinas Kesehatan Kota Surabaya adalah:

- a) Meningkatkan akses dan mutu upaya kesehatan
- b) Meningkatkan tata kelola dan optimalisasi fungsi regulator bidang kesehatan
- c) Meningkatkan pergerakan dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan

b. Tugas Pokok dan Fungsi Dinas Kesehatan Kota Surabaya

1) Tugas Pokok Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Sesuai dengan Peraturan Walikota Surabaya Nomor 42 Tahun 2011 tentang Rincian Tugas dan Fungsi Dinas Kesehatan Kota Surabaya, tugas pokok dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya adalah melaksanakan urusan Pemerintah Daerah berdasarkan azas otonomi dan tugas pembantuan di bidang kesehatan.

2) Fungsi Dinas Kesehatan Kota Surabaya

- a) Perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan
- b) Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum

- c) Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang kesehatan
- d) Pengelolaan ketatausahaan Dinas
- e) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.

c. Bagian-Bagian pada Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Peraturan Walikota Surabaya Nomor 12 Tahun 2015 tentang Rincian Tugas dan Fungsi dalam Dinas Kesehatan Kota Surabaya menjelaskan bahwa Dinas Kesehatan Kota Surabaya terdiri atas:

- 1) Sekretaris
- 2) Bidang Bina Pelayanan Kesehatan
- 3) Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan
- 4) Bidang Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan
- 5) Bidang Jaminan dan Sarana Kesehatan
- 6) Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Pusat Kesehatan Masyarakat
- 7) Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Gudang Farmasi
- 8) Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Laboratorium Kesehatan Daerah

Masing-masing bidang dipimpin oleh Kepala Bidang, sementara untuk UPTD dipimpin oleh Kepala UPTD yang semuanya berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.

Rincian tugas pokok dan fungsi setiap bidang maupun UPTD adalah sebagai berikut:

1) Sekretaris

Sekretaris memiliki tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan di bidang kesekretariatan. Rincian tugas Sekretariat adalah sebagai berikut:

- a) Pemrosesan administrasi perizinan/rekomendasi;
- b) Pelaksanaan koordinasi perencanaan program, anggaran, dan laporan dinas;
- c) Pelaksanaan pembinaan organisasi dan ketatalaksanaan;
- d) Pengelolaan administrasi kepegawaian;
- e) Pengelolaan surat menyurat, dokumentasi, rumah tangga dinas, kearsipan dan perpustakaan;
- f) Pemeliharaan rutin gedung dan perlengkapan/ peralatan kantor;
- g) Pelaksanaan hubungan masyarakat dan keprotokolan;
- h) Pengelolaan survey kesehatan daerah (surkesda) skala kota;
- i) Pelaksanaan implementasi penapisan iptek di bidang pelayanan kesehatan skala kota;
- j) Pembinaan, monitoring, evaluasi, dan pengawasan skala kota;
- k) Pengelolaan SIK skala kota;
- l) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan yang mendukung perumusan kebijakan kota.

Sekretariat terdiri dari:

- a) Sub Bagian Tata Usaha

Rincian fungsi Sub Bagian Tata Usaha adalah sebagai berikut:

- i. Menyiapkan bahan penyusunan rencana program dan petunjuk teknis di bidang tata usaha;
- ii. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program dan petunjuk teknis di bidang tata usaha;
- iii. Menyiapkan bahan koordinasi dan kerjasama dengan Lembaga dan instansi lain di bidang tata usaha;
- iv. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian bidang tata usaha;
- v. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;
- vi. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh sekretaris sesuai dengan tugas dan fungsinya.

b) Sub Bagian Penyusunan Program

Rincian fungsi Sub Bagian Penyusunan Program adalah sebagai berikut:

- i. Menyiapkan bahan penyusunan rencana program dan petunjuk teknis di bidang penyusunan program;
- ii. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program dan petunjuk teknis di bidang penyusunan program;
- iii. Menyiapkan bahan koordinasi dan kerjasama dengan Lembaga dan instansi lain di bidang penyusunan program;
- iv. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian bidang penyusunan program;
- v. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;
- vi. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh sekretaris sesuai dengan tugas dan fungsinya.

c) Sub Bagian Keuangan dan Perlengkapan

Rincian fungsi Sub Bagian Keuangan dan Perlengkapan adalah:

- i. Menyiapkan bahan penyusunan rencana program dan petunjuk teknis di bidang keuangan dan perlengkapan;
- ii. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program dan petunjuk teknis di bidang keuangan dan perlengkapan;
- iii. Menyiapkan bahan koordinasi dan kerjasama dengan Lembaga dan instansi lain di bidang keuangan dan perlengkapan;
- iv. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian bidang keuangan dan perlengkapan;
- v. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;
- vi. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh sekretaris sesuai dengan tugas dan fungsinya.

2) Bidang Bina Pelayanan Kesehatan

Bidang Bina Pelayanan Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan di bidang pelayanan kesehatan. Rincian tugas Bidang Bina Pelayanan Kesehatan adalah:

- a) Pemrosesan teknis perizinan/rekomendasi sesuai bidangnya;
- b) Penyelenggaraan survailans gizi buruk skala kota
- c) Penyelenggaraan penanggulangan gizi buruk skala kota;
- d) Perbaikan gizi keluarga dan masyarakat;
- e) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan haji skala kota;
- f) Pengelolaan pelayanan kesehatan dasar skala kota;

- g) Perumusan kebijakan, pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelayanan kesehatan rujukan sekunder skala kota;
- h) Penyelenggaraan upaya kesehatan pada daerah perbatasan dan rawan skala kota;
- i) Penyelenggaraan promosi kesehatan skala kota.

Bidang Bina Pelayanan Kesehatan terdiri dari:

a) Seksi Kesehatan Dasar

Rincian fungsi Seksi Kesehatan Dasar adalah:

- i. Menyiapkan bahan penyusunan rencana program dan petunjuk teknis di bidang kesehatan dasar;
- ii. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program dan petunjuk teknis di bidang kesehatan dasar;
- iii. Menyiapkan bahan koordinasi dan kerjasama dengan Lembaga dan instansi lain di bidang kesehatan dasar;
- iv. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian bidang kesehatan dasar;
- v. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;
- vi. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

b) Seksi Kesehatan Rujukan

Rincian fungsi Seksi Kesehatan Rujukan adalah:

- i. Menyiapkan bahan penyusunan rencana program dan petunjuk teknis di bidang kesehatan rujukan;

- ii. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program dan petunjuk teknis di bidang kesehatan rujukan;
- iii. Menyiapkan bahan koordinasi dan kerjasama dengan Lembaga dan instansi lain di bidang kesehatan rujukan;
- iv. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian bidang kesehatan rujukan;
- v. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;
- vi. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

c) Seksi Kesehatan Khusus

Rincian fungsi Seksi Kesehatan Khusus adalah:

- i. Menyiapkan bahan penyusunan rencana program dan petunjuk teknis di bidang kesehatan khusus;
- ii. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program dan petunjuk teknis di bidang kesehatan khusus;
- iii. Menyiapkan bahan koordinasi dan kerjasama dengan Lembaga dan instansi lain di bidang kesehatan khusus;
- iv. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian bidang kesehatan khusus;
- v. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;
- vi. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

3) Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan

Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan di bidang pengendalian masalah kesehatan. Rincian tugas Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan adalah:

- a) Pemrosesan teknis perizinan/rekomendasi sesuai bidangnya;
- b) Penyelenggaraan survailans epidemiologi, penyelidikan kejadian luar biasa skala kota;
- c) Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular skala kota;
- d) Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular tertentu skala kota;
- e) Penyelenggaraan operasional penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan wabah skala kota;
- f) Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan pencemaran lingkungan skala kota;
- g) Penyehatan lingkungan;
- h) Penyelenggaraan dukungan operasional, pencegahan HIV/AIDS, IMS skala kota;
- i) Penetapan perkiraan sasaran pelayanan, pencegahan HIV/AIDS, IMS skala kota;
- j) Penyerasian dan penetapan kriteria serta kelayakan tempat pelayanan termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS skala kota;

- k) Penyelenggaraan pelayanan termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS skala kota;
- l) Penyelenggaraan kemitraan pelaksanaan termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS baik antara sektor pemerintah dengan sektor Lembaga Swadaya Organisasi Masyarakat (LSOM) skala kota;
- m) Penetapan fasilitas pelaksanaan termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS baik antara sektor pemerintah dengan sektor Lembaga Swadaya Organisasi Masyarakat (LSOM) skala kota;
- n) Pelaksanaan termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS baik antara sektor pemerintah dengan sektor Lembaga Swadaya Organisasi Masyarakat (LSOM) skala kota;
- o) Penetapan sasaran termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS skala kota;
- p) Penetapan prioritas kegiatan termasuk pencegahan HIV/AIDS, IMS skala kota;
- q) Pemanfaatan tenaga SDM pengelola, pendidik dan konselor pencegahan HIV/AIDS, IMS baik antara sektor pemerintah dengan sektor Lembaga Swadaya Organisasi Masyarakat (LSOM) skala kota;
- r) Penerapan standar BMR wilayah kota;
- s) Pelaksanaan sertifikasi dan pelabelan prima wilayah kota.

Bidang Pengendalian Masalah Kota terdiri dari:

- a) Seksi Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit

Rincian fungsi Seksi Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit adalah:

- i. Menyiapkan bahan penyusunan rencana program dan petunjuk teknis di bidang pengendalian dan pemberantasan penyakit;
- ii. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program dan petunjuk teknis di bidang pengendalian dan pemberantasan penyakit;
- iii. Menyiapkan bahan koordinasi dan kerjasama dengan Lembaga dan instansi lain di bidang pengendalian dan pemberantasan penyakit;
- iv. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian bidang pengendalian dan pemberantasan penyakit;
- v. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;
- vi. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

b) Seksi Wabah dan Bencana

Rincian fungsi Seksi Wabah dan Bencana adalah:

- i. Menyiapkan bahan penyusunan rencana program dan petunjuk teknis di bidang wabah dan bencana;
- ii. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program dan petunjuk teknis di bidang wabah dan bencana;
- iii. Menyiapkan bahan koordinasi dan kerjasama dengan Lembaga dan instansi lain di bidang wabah dan bencana;
- iv. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian bidang wabah dan bencana;
- v. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;

vi. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

c) Seksi Kesehatan Lingkungan

Rincian fungsi Seksi Kesehatan Lingkungan adalah:

- i. Menyiapkan bahan penyusunan rencana program dan petunjuk teknis di bidang kesehatan lingkungan;
- ii. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program dan petunjuk teknis di bidang kesehatan lingkungan;
- iii. Menyiapkan bahan koordinasi dan kerjasama dengan Lembaga dan instansi lain di bidang kesehatan lingkungan;
- iv. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian bidang kesehatan lingkungan;
- v. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;
- vi. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

4) Bidang Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan

Bidang Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan di bidang pengembangan sumber daya manusia kesehatan. Rincian tugas Bidang Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan adalah:

- a) Pemrosesan teknis perizinan/rekomendasi sesuai bidangnya;
- b) Pemanfaatan tenaga kesehatan strategis;
- c) Pendayagunaan tenaga kesehatan skala kota;

- d) Pelatihan teknis skala kota;
- e) Pelaksanaan registrasi, akreditasi, sertifikasi tenaga kesehatan tertentu skala kota sesuai peraturan perundang-undangan;
- f) Pemberian izin praktik tenaga kesehatan tertentu.

Bidang Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan terdiri dari:

a) Seksi Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan

Rincian fungsi Seksi Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan adalah:

- i. Menyiapkan bahan penyusunan rencana program dan petunjuk teknis di bidang perencanaan dan pendayagunaan SDM kesehatan;
- ii. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program dan petunjuk teknis di bidang perencanaan dan pendayagunaan SDM kesehatan;
- iii. Menyiapkan bahan koordinasi dan kerjasama dengan Lembaga dan instansi lain di bidang perencanaan dan pendayagunaan SDM kesehatan;
- iv. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian bidang perencanaan dan pendayagunaan SDM kesehatan;
- v. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;
- vi. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

b) Seksi Pendidikan dan Pelatihan

Rincian fungsi Seksi Pendidikan dan Pelatihan adalah:

- i. Menyiapkan bahan penyusunan rencana program dan petunjuk teknis di bidang pendidikan dan pelatihan;

- ii. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program dan petunjuk teknis di bidang pendidikan dan pelatihan;
- iii. Menyiapkan bahan koordinasi dan kerjasama dengan Lembaga dan instansi lain di bidang pendidikan dan pelatihan;
- iv. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian bidang pendidikan dan pelatihan;
- v. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;
- vi. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

c) Seksi Registrasi dan Akreditasi

Rincian fungsi Seksi Registrasi dan Akreditasi adalah:

- i. Menyiapkan bahan penyusunan rencana program dan petunjuk teknis di bidang registrasi dan administrasi;
- ii. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program dan petunjuk teknis di bidang registrasi dan administrasi;
- iii. Menyiapkan bahan koordinasi dan kerjasama dengan Lembaga dan instansi lain di bidang registrasi dan administrasi;
- iv. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian bidang registrasi dan administrasi;
- v. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;
- vi. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

5) Bidang Jaminan dan Sarana Kesehatan

Bidang Jaminan dan Sarana Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan di bidang jaminan dan sarana kesehatan.

Rincian tugas Bidang Jaminan dan Sarana Kesehatan adalah:

- a) Pemrosesan teknis perizinan/rekomendasi sesuai bidangnya;
- b) Pelaksanaan registrasi, akreditasi, sertifikasi sarana kesehatan sesuai peraturan perundang-undangan;
- c) Pemberian rekomendasi izin sarana kesehatan tertentu yang diberikan oleh pemerintah dan provinsi;
- d) Pemberian izin sarana kesehatan meliputi rumah sakit pemerintah Kelas C, Kelas D, rumah sakit swasta yang setara, praktik berkelompok, klinik umum/spesialis, rumah bersalin, klinik dokter keluarga/dokter gigi keluarga, kedokteran komplementer, dan pengobatan tradisional, serta sarana penunjang yang setara;
- e) Penyediaan dan pengelolaan obat pelayanan kesehatan dasar, alat kesehatan, *reagensia*, dan vaksin skala kota;
- f) Pengambilan *sampling*/contoh sediaan farmasi di lapangan;
- g) Pemeriksaan setempat sarana produksi dan distribusi persediaan farmasi;
- h) Pengawasan dan registrasi makanan minuman produksi rumah tangga;
- i) Pelaksanaan sertifikasi alat kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) Kelas I;

- j) Pemberian rekomendasi izin Pedagang Besar Farmasi (PBF) Cabang, Pedagang Besar Alat Kesehatan (PBAK) dan Industri Kecil Obat Tradisional (IKOT);
- k) Pemberian izin apotik, toko obat;
- l) Pengelolaan/penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai kondisi lokal;
- m) Penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan nasional (tugas pembantuan).

Bidang Jaminan dan Sarana Kesehatan terdiri dari:

- a) Seksi Jaminan Kesehatan

Rincian fungsi Seksi Jaminan Kesehatan adalah:

- i. Menyiapkan bahan penyusunan rencana program dan petunjuk teknis di bidang jaminan kesehatan;
- ii. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program dan petunjuk teknis di bidang jaminan kesehatan;
- iii. Menyiapkan bahan koordinasi dan kerjasama dengan Lembaga dan instansi lain di bidang jaminan kesehatan;
- iv. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian bidang jaminan kesehatan;
- v. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;
- vi. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

b) Seksi Sarana dan Peralatan Kesehatan

Rincian fungsi Seksi Sarana dan Peralatan Kesehatan adalah:

- i. Menyiapkan bahan penyusunan rencana program dan petunjuk teknis di bidang sarana dan peralatan kesehatan;
- ii. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program dan petunjuk teknis di bidang sarana dan peralatan kesehatan;
- iii. Menyiapkan bahan koordinasi dan kerjasama dengan Lembaga dan instansi lain di bidang sarana dan peralatan kesehatan;
- iv. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian bidang sarana dan peralatan kesehatan;
- v. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;
- vi. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

c) Seksi Kefarmasian

Rincian fungsi Seksi Kefarmasian adalah:

- i. Menyiapkan bahan penyusunan rencana program dan petunjuk teknis di bidang kefarmasian;
- ii. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program dan petunjuk teknis di bidang kefarmasian;
- iii. Menyiapkan bahan koordinasi dan kerjasama dengan Lembaga dan instansi lain di bidang kefarmasian;
- iv. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian bidang kefarmasian;
- v. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;

vi. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

6) Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Pusat Kesehatan Masyarakat

Menurut Peraturan Walikota Nomor 50 Tahun 2015 tentang Organisasi Unit Pelaksana Teknis Dinas Pusat Kesehatan Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Pusat Kesehatan Masyarakat (puskesmas) memiliki tugas “Melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan di bidang kesehatan masyarakat”. Sementara itu, fungsi dari puskesmas adalah:

- a) Pelaksanaan penyusunan program;
- b) Pelayanan kesehatan masyarakat;
- c) Perawatan kesehatan masyarakat;
- d) Pencegahan dan pemberantasan penyakit;
- e) Penyuluhan kesehatan masyarakat;
- f) Pelaksanaan pengelolaan retribusi kesehatan masyarakat;
- g) Pelaksanaan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;
- h) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

7) Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Gudang Farmasi

Berdasarkan Peraturan Walikota Surabaya Nomor 11 Tahun 2012 tentang Organisasi Unit Pelaksana Teknis Dinas Gudang Farmasi pada Dinas Kesehatan Kota Surabaya, mempunyai tugas sebagai berikut:

- a) Pelaksanaan perencanaan, penerimaan, penyimpanan, pemeliharaan, dan pendistribusian obat dan perbekalan kesehatan;

- b) Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan persediaan dan penggunaan obat dan perbekalan kesehatan;
- c) Pelaksanaan pengamatan mutu dan khasiat obat secara umum baik yang ada dalam persediaan maupun yang akan didistribusikan;
- d) Pelaksanaan urusan keuangan, kepegawaian, dan rumah tangga UPTD;
- e) Pelaksanaan ketatausahaan UPTD;
- f) Pelaksanaan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas;
- g) Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan tugas dan fungsinya.

8) Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Laboratorium Kesehatan Daerah

Berdasarkan Peraturan Walikota Surabaya Nomor 83 Tahun 1998 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Laboratorium Kesehatan Daerah, mempunyai fungsi sebagai berikut:

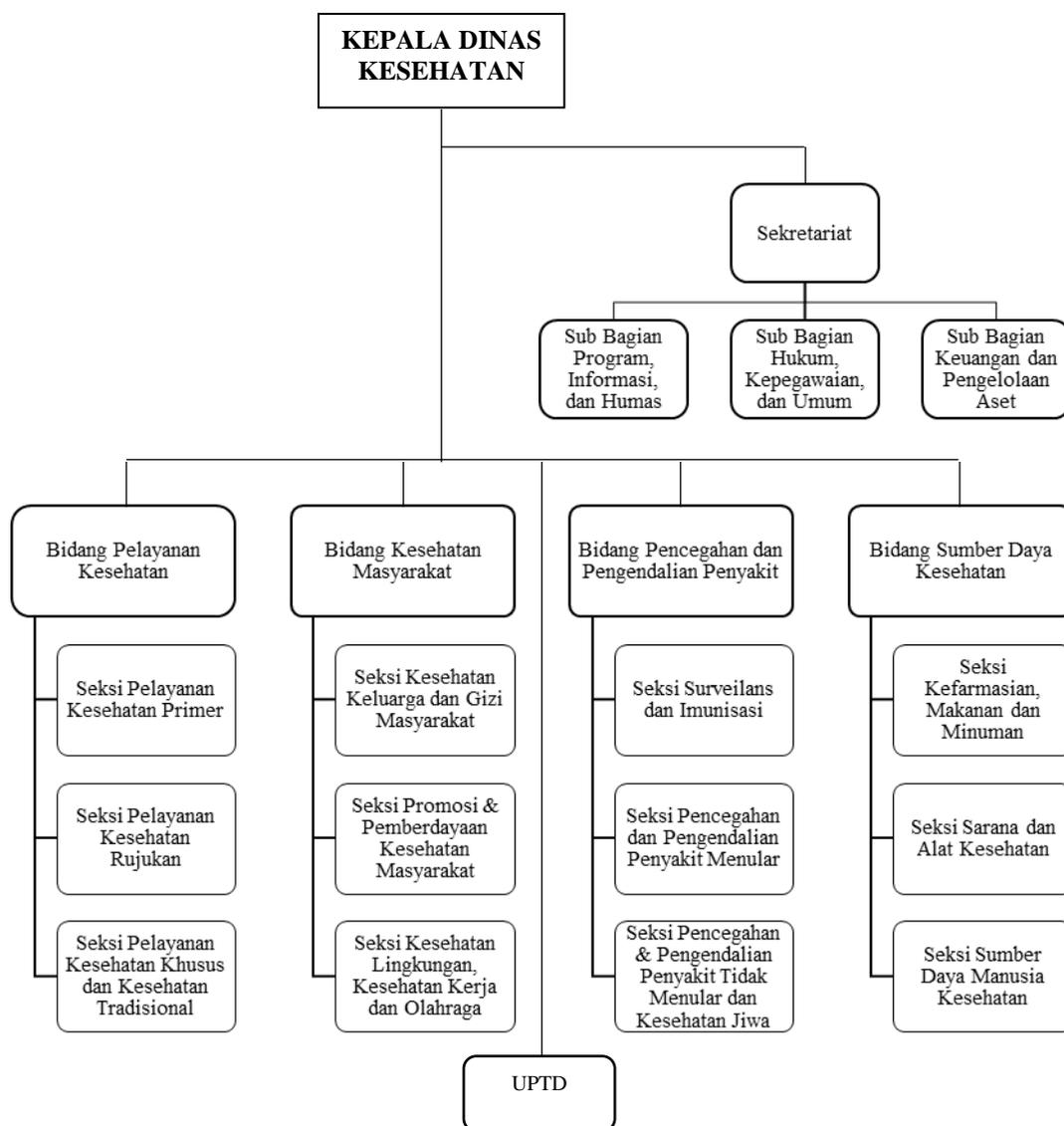
- a) Perumusan rencana dan program di bidang laboratorium kesehatan;
- b) Pelaksanaan pemeriksaan dan penganalisisan sampel secara laboratoris;
- c) Pengelolaan, pemeliharaan, dan penggunaan peralatan laboratorium;
- d) Pelaporan persediaan serta penggunaan bahan kebutuhan rutin laboratorium;
- e) Pelaksanaan urusan ketatausahaan.

d. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Sesuai dengan penjelasan mengenai visi dan misi Dinas Kesehatan Kota Surabaya, dikatakan bahwa pada suatu organisasi harus dibuat suatu susunan kerja organisasi yang disebut dengan struktur organisasi, dimana dalam struktur organisasi dapat digunakan untuk membedakan tugas dan fungsi masing-masing

individu. Struktur organisasi ini sangatlah diperlukan serta memiliki pengaruh dalam sebuah organisasi, diharapkan organisasi tersebut dapat berjalan dengan baik sesuai dengan diterapkannya struktur tersebut serta tugas dapat mudah dipahami dan dilaksanakan.

Struktur Dinas Kesehatan Kota Surabaya dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 5 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surabaya
 Sumber: Dinas Kesehatan Kota Surabaya (2017)

e. **Kepegawaian Dinas Kesehatan Kota Surabaya**

1) Status pegawai menurut golongan

No.	Golongan	Jumlah (Orang)
1.	Golongan IV	8
2.	Golongan III	81
3.	Golongan II	40
4.	Golongan I	8
Jumlah		137

Tabel 2 Jumlah Pegawai Dinas Kesehatan Menurut Golongan

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Surabaya dalam Angka (2016)

Berdasarkan tabel diatas, jumlah pegawai Dinas Kesehatan Kota Surabaya menurut Golongan adalah 137 orang, dengan rincian Golongan IV sebanyak 8 orang, Golongan III sebanyak 81 orang, Golongan II berjumlah 40 orang, dan Golongan I sebanyak 8 orang.

No.	UPTD	Golongan				Jumlah
		IV	III	II	I	
1.	Puskesmas	76	622	389	28	1.115
2.	Gudang Farmasi	0	1	1	2	4
3.	Labkesda	0	6	0	0	6
Jumlah		76	629	390	30	1.125

Tabel 3 Jumlah Pegawai UPTD Menurut Golongan Tahun 2016

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Surabaya dalam Angka (2016)

Berdasarkan tabel diatas, jumlah pegawai UPTD menurut golongan untuk puskesmas adalah 1.115 orang, dengan rincian Golongan IV 76 orang, Golongan III 622 orang, Golongan II 389 orang, dan Golongan I 28 orang. Sementara jumlah pegawai untuk Gudang Farmasi adalah 4 orang, dengan rincian Golongan IV 0 orang, Golongan III 1 orang, Golongan II 1 orang, dan Golongan I 2 orang. Kemudian jumlah pegawai untuk Labkesda adalah 6 orang dengan rincian Golongan IV 0 orang, Golongan III 6 orang,

Golongan II 0 orang, dan Golongan I 0 orang. Sehingga, total keseluruhan dari jumlah tenaga kerja menurut golongan pada UPTD adalah 1.125 orang, dengan rincian Golongan IV sebanyak 76 orang, Golongan III sebanyak 629 orang, Golongan II sebanyak 390 orang, dan Golongan I sebanyak 30 orang.

2) Status pegawai menurut eselon tahun 2016

No.	Jabatan	Jumlah (Orang)
1.	Struktural Eselon II	1
2.	Struktural Eselon III	5
3.	Struktural Eselon IV	15
4.	Staf	116
	Jumlah	137

Tabel 4 Jumlah Pegawai Dinas Kesehatan Menurut Eselon pada 2016
Sumber: Dinas Kesehatan Kota Surabaya dalam Angka (2016)

Berdasarkan tabel diatas, jumlah pegawai Dinas Kesehatan Kota Surabaya menurut Struktural Eselon II adalah 1 orang, dengan rincian Struktural Eselon III sebanyak 5 orang, Struktural Eselon IV 15 orang, dan Staf sebanyak 116 orang, sehingga total dari pegawai Dinas Kesehatan Kota Surabaya menurut Eselon adalah 137 orang.

B. Penyajian Data Fokus Penelitian

1. Efektivitas Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di Kota Surabaya

a. Ketepatan sasaran program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok

Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok memiliki dasar hukum sebagai berikut: (1) Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan; (2) Surat Menteri Dalam Negeri Nomor 440/945/SJ tanggal 17 April 2008 perihal Peringatan Hari Tanpa Tembakau Sedunia dan Larangan Merokok di tempat Umum dan Ruang Kerja; dan (3) Peraturan Walikota Surabaya Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.

Sasaran dari diadakannya program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok ini yang paling dasar adalah untuk meningkatkan angka kesehatan masyarakat Kota Surabaya. Diperlukan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat itu sendiri juga untuk menyadari bahwa merokok dapat menyebabkan terganggunya atau menurunnya kesehatan masyarakat bagi perokok maupun yang bukan perokok agar tidak menjadi korban terkena penyakit.

Berikut ini adalah penjelasan dari staf Sie PTM Dinas Kesehatan Kota Surabaya mengenai sasaran program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok:

“ Jadi, Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 mempunyai dasar, dan ngga sembarangan dibuat, karena sasaran

program ini bisa dilihat sebagai kebijakan yang menguntungkan pihak perokok pasif dan juga dapat dilihat sebagai kebijakan yang membuat bingung perokok aktif. Sebenarnya perda ini masih bersifat tidak mengikat, dengan arti kita tidak melarang perokok untuk merokok jika memang tidak bisa berhenti. Silahkan merokok kalau memang ngga bisa ditahan, tapi harus tahu bahwa dengan adanya perda ini, mereka disediakan tempat khusus agar tidak mengganggu dan merugikan orang yang tidak ingin atau tidak merokok disekitarnya”. (Wawancara dengan Ibu Happy, 18 Desember 2017, di Dinas Kesehatan Kota Surabaya)

b. Sosialisasi program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas

Merokok

Proses sosialisasi program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok awalnya hanya berupa pemasangan banner dan poster dari Pemerintah Kota Surabaya mengenai Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok. Pemerintah Kota Surabaya menetapkan ketentuan tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok tersebut dalam Peraturan Walikota Surabaya Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok. Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok tersebut harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- 1) Berukuran lebih dari atau sama dengan 20x30 cm;
- 2) Warna harus mencolok agar mudah dilihat;
- 3) Materi dalam tanda tersebut harus terdapat: (1) tulisan “DILARANG MEROKOK” dan “NO SMOKING”; (2) gambar atau simbol rokok menyala dicoret di dalam lingkaran berwarna merah; (3) sanksi bagi pelanggar serta

dasar hukumnya. Berikut ini adalah contoh tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok yang sudah ditetapkan Pemerintah Kota Surabaya:



Gambar 6 Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok
Sumber: Peraturan Walikota Surabaya Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok

Berikut ini adalah foto-foto bukti bahwa Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Puskesmas Wonokromo, Puskesmas Jemursari, dan juga Puskesmas Siwalankerto sudah menerapkan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok dan juga sudah sesuai dengan Peraturan Walikota Surabaya Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelaksanaan

Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok:



Gambar 7 Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok
Sumber: Puskesmas Jemursari (Olahan Peneliti), 2017



Gambar 8 Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok
Sumber: Puskesmas Wonokromo (Olahan Peneliti), 2017



Gambar 9 Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok
 Sumber : Puskesmas Siwalankerto (Olahan Peneliti), 2017



Gambar 10 Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok
 Sumber : Dinas Kesehatan Kota Surabaya (Olahan Peneliti), 2017

Selain dari pengadaan tanda peringatan tersebut, kemudian cara sosialisasi program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok berkembang

menjadi seminar atau pertemuan yang diadakan dengan maksud memberi penjelasan mengenai tujuan, manfaat, dan juga sasaran dari program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Sosialisasi ini utamanya ditujukan bagi sarana kesehatan, tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah, dan juga angkutan umum. Dalam proses sosialisasi ini, dijelaskan mengenai maksud dan tujuan program, pengawasan seperti apa yang harus dilakukan, peringatan dan sanksi yang harus diberikan pada pelanggar, dan juga rambu atau tanda apa saja yang wajib dipasang yang sesuai dengan Peraturan Walikota Surabaya Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.

Berikut ini adalah penggalan wawancara yang peneliti lakukan kepada masyarakat yang peneliti temui di dekat Puskesmas Wonokromo:

“ Bener mbak, ini sampai sekarang masih ada sosialisasi soal KTR KTM dari Puskesmas Wonokromo, aku lupa tanggal berapa tapi bentar lagi kok ada pertemuan yang kayak biasanya dengan ibu-ibu PKK sini. Biasanya pas pertemuan ya petugasnya menjelaskan ulang program-programnya. Terus ditanya ada kesusahan ngga kalo misal soal KTR KTM kan saling negur ya kalo misalnya ada yang ngerokok gitu, susah ditegur ngga orang tadi atau gimana. Tapi sejauh ini sih dari laporan ibu-ibu itu ngga ada masalah sih, soalnya udah pada ngerti kalo ngga boleh ngerokok didaerah puskesmas sama tempat-tempat lainnya.”(Wawancara dengan Ibu Pipit Aliyah, warga sekitar Puskesmas Wonokromo, 12 Januari 2018)

Peneliti juga melakukan wawancara kepada warga yang bertempat tinggal di sekitar Puskesmas Siwalankerto, berikut penggalan wawancaranya:

“ iya kak kalo soal sosialisasi masih ada kok rutin biasanya setiap seminggu sekali kalo di Puskesmas Sidosermo ini tadi mama aku baca di group chat PKK ibu-ibu sini katanya ntar siang abis jam makan siang ada pertemuan sosialisasi kayak biasanya. Kalo yang aku denger sih biasanya ya sharing

gitu pernah nemu ada yang melanggar ngga, kalo ada biasanya mereka apain. Petugasnya biasanya lebih menyuruh biar warga sekitar aktif buat negur kalo misalnya ada pelanggaran, kalo misalnya bandel dilaporin ke petugas puskesmasnya aja biar petugasnya yang negur.” (Wawancara dengan Catherine, warga sekitar Puskesmas Siwalankerto, 12 Januari 2018)

Sampai sekarang Dinas Kesehatan Kota Surabaya masih gencar melakukan sosialisasi-sosialisasi ke tempat-tempat utama tadi. Namun sekarang, Dinas Kesehatan Kota Surabaya bisa lebih fokus kearah pengawasan, karena proses sosialisasi itu sudah dibantu oleh salah satu bagian dari fasilitas kesehatan yang diadakan Pemerintah dibawah Dinas Kesehatan yaitu Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas. Puskesmas membantu Dinas Kesehatan dalam mengadakan dan menangani sosialisasi untuk wilayah sekitar Puskesmas tersebut, jika Puskesmas membutuhkan bantuan, Dinas Kesehatan akan datang membantu menanganinya namun harus mengikuti jadwal Dinas Kesehatan yang kosong.

c. Keberhasilan tujuan program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok

Tujuan dari penerapan program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok didasari dari banyaknya bahaya kesehatan yang dikandung oleh rokok. Sekitar kurang lebih 4.000 zat kimia dalam rokok yang bila digunakan secara terus menerus, dapat mengakibatkan bahaya kesehatan bagi individu dan masyarakat. Selain itu juga untuk mengubah budaya hidup yang kurang sehat bagi diri si perokok aktif itu sendiri dan lingkungan sekitarnya yang akan menjadi kumuh dan kotor diakibatkan oleh puntung rokok. Menekan angka jumlah perokok pemula juga merupakan salah satu tujuan dari dibuatnya program ini,

karena usia remaja rentan terkena hal negatif karena masih ingin mencoba-coba. Melindungi perokok pasif juga termasuk salah satu tujuannya, karena sudah bukan rahasia umum lagi bahwa perokok pasif juga dapat terkena penyakit yang sama dengan perokok aktif, walaupun perokok pasif tersebut bukan seorang pengguna rokok.

Sampai dengan saat ini, keberhasilan tujuan program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok bisa dikatakan belum mencapai hasil yang maksimal, dikarenakan masih ditemukan pelanggar yang merokok di Kawasan Tanpa Rokok. Hal tersebut dapat dibuktikan dengan hasil wawancara dengan Ibu Nurlaila, Staf Sie PTM Dinas Kesehatan Kota Surabaya, sebagai berikut:

“Kadang saya ketika melakukan pengawasan langsung bersama tim, masih saja menemukan adanya pelanggar di Kawasan Tanpa Rokok. Ada saja tapi ngga banyak. Padahal sudah jelas-jelas ada tanda dilarang merokok tapi istilahnya mereka kayak ngga peduli, meskipun ada perdanya. Tapi semua pelanggar tersebut ketika kami datangi dan kami jelaskan bahwa disitu adalah area dilarang merokok, mereka biasanya langsung mematikan rokok mereka dan meminta maaf karena tidak sadar. Biasanya kami kasih tau juga soal perdanya dan sanksinya, biar para pelanggar ngga bisa mengelak” (Wawancara dengan Ibu Nurlaila, 18 Desember 2017, di Dinas Kesehatan Kota Surabaya)

d. Pemantauan program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok

Menurut Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, pemantauan program yang dilakukan berupa pengawasan dan pembinaan. Pengawasan yang dilakukan bertujuan sebagai upaya mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di Kota Surabaya. Pengawasan yang dimaksud dapat berupa

pemantauan atas ketaatan terhadap ketentuan yang berlaku pada Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di Kota Surabaya.

Dalam Pasal 20 ayat (1) Peraturan Walikota Surabaya Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, dijelaskan bahwa:

“Dalam rangka mendukung pelaksanaan pengawasan terhadap Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok yang dilakukan oleh Kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (4), Walikota membentuk Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok”

Hal ini didukung oleh pernyataan dari Ibu Nurlaila selaku Staf Sie PTM Dinas Kesehatan Kota Surabaya, sebagai berikut:

“Dinas Kesehatan Kota Surabaya bekerjasama dengan LSM, seperti UNUSA, LPA, IAI, dan IAKMI. Tim pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok kami terdiri dari 16 orang, itu belum ditambah perwakilan dari Dinas Kesehatan yang biasanya menemani ketika terjun langsung selama sebulan sekali. Tim ini juga bisa berjalan untuk memantau secara individu tanpa ditemani Dinas Kesehatan, untuk hasil pemantauan mereka nanti biasanya dilaporkan ke Dinas” (Wawancara dengan Ibu Nurlaila, 18 Desember 2017, di Dinas Kesehatan Kota Surabaya).

Berikut ini adalah nama-nama perwakilan dari Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya (UNUSA), Lembaga Perlindungan Anak Jawa Timur (LPA), Ikatan Apoteker Indonesia Cabang Surabaya (IAI), dan Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) yang tergabung dalam Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok:

No.	Nama	Status
1	Dra. Liza Pristianty, M.Si, MM.Apt	Ketua IAI Cabang Surabaya
2	Drs. Priyono Adi Nugroho, M.Sosio	Div. Penguatan Jaringan, LPA

		Jatim
3	Moch. Isa Ansori, S.Pd, M.Psi	Div. Litbang LPA Jatim
4	Budiyati, S.Pd, M.Pd	Div. Layanan Anak LPA Jatim
5	Rukayani, SE	Kepala Bagian SDM UNUSA
6	Drajad Uji Cahyono, S.Kom	Biro IT UNUSA
7	Dimas Dwi Sagita	Kependidikan UNUSA
8	Ibrohim Yasin, SE	Kependidikan UNUSA
9	Hidayatul Khusnah, S.Pd, M.Sc	Kependidikan UNUSA
10	Muhammad Taufiq, S.Si, M.Pd	Pendidik UNUSA
11	Dr. Santi Martini, dr., M.Kes	Lektor IAKMI
12	Dr. Sri Widati, S.Sos., MS	Lektor IAKMI
13	Kurnia Dwi Artanti, dr. M.Kes	Lektor IAKMI
14	Hario Megatsari, S.KM, M.Kes	Lektor IAKMI
15	Kusuma S. Lestari, dr. M.Kes	Lektor IAKMI
16	Daniel Christanto, S.KM	Lektor IAKMI

Tabel 5 Nama Anggota Tim Pengawas Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok Kota Surabaya

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Surabaya (2016)

Selain Dinas Kesehatan Kota Surabaya yang bertugas memantau jalannya Peraturan Daerah ini, Puskesmas juga memiliki kewajiban untuk melakukan pengawasan terhadap daerah sekitarnya. Hal ini dapat dibuktikan dengan adanya pernyataan dari Ibu Novita Dewi selaku petugas Promosi Kesehatan Puskesmas Wonokromo:

“Kita juga diberi tugas untuk memantau selain sosialisasi. Tidak hanya staf saja yang bertugas memantau tapi semuanya yang ada di Puskesmas Wonokromo ini. Jadi semuanya berhak menegur kalau ada kedatangan melihat pasien atau pengantar yang merokok disini. Biasanya mereka pas ditegur ya langsung matikan rokoknya. Ada juga pernah saya temui pengantar pasien yang ngga mau matikan rokoknya dengan alasan baru dinyalakan dan saying, akhirnya dia bilang sendiri kalau dia mau habis di tempat yang jauh dari pandangan Puskesmas Wonokromo. Petugas sini ngga cuma menegur pasien dan pengantar

yang sedang berobat kesini, tapi juga warga sekeliling kami yang kedapatan merokok dalam pandangan kami biasanya kami tegur” (Wawancara dengan Ibu Novita Dewi, 14 Desember 2017, di Puskesmas Wonokromo)

2. Faktor Penghambat yang Timbul dalam Implementasi Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok

a. Faktor internal

1) Komunikasi mengenai implementasi kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok kepada petugas dan pegawai pengganti yang baru

Menurut wawancara yang peneliti lakukan, terjadi hambatan komunikasi antara pegawai lama yang sudah pensiun dengan pegawai pengganti yang baru. Hal ini dapat dibuktikan dari hasil wawancara ketika peneliti bertanya mengenai ada tidaknya sosialisasi atau uji coba sebelum kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok diterapkan, dan Ibu Happy menjawab sebagai berikut:

“mungkin ada, sosialisasi atau uji coba waktu 2011 setelah peraturan pelaksanaan yang tahun 2009 itu keluar, saya ngga seberapa ngerti soalnya saya baru masuk P2PTM ini 3 bulan yang lalu, yang ngerti petugas sama bagian yang lalu, tapi kan sudah pada pensiun. Biasanya ya ada mbak sosialisasi atau uji coba kalo ada peraturan baru gitu untuk semua peraturan, tapi ini saya ngga tau soalnya saya belum megang ini pas dulu” (Wawancara dengan Ibu Happy, 18 Desember 2017, di Dinas Kesehatan Kota Surabaya)

Jadi, dapat disimpulkan bahwa tidak ada komunikasi dan informasi lebih detail mengenai petunjuk teknis untuk para aparat pelaksana yang baru. Para petugas baru ini hanya dapat mengandalkan literatur seperti buku-buku mengenai pelaksanaan atau yang berkaitan dengan Kawasan

Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok. Hal ini dapat dibuktikan dari jawaban Ibu Happy ketika peneliti bertanya mengenai ada tidaknya pelatihan khusus untuk para aparat pelaksana Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, sebagai berikut:

“mungkin dulu ada sejenis pelatihan atau pengarahan ya tapi saya ngga tahu, soalnya pas saya masuk dapat bagian P2PTM ini, saya hanya belajar dan tahu soal perda KTR KTM ini dari buku aja. Jadi baca-baca buku yang terkait KTR KTM, baca dari perdanya, ya dari literatur-literatur aja” (Wawancara dengan Ibu Happy, 18 Desember 2017, di Dinas Kesehatan Kota Surabaya)

2) Ketidaktegasan instansi dalam memberikan sanksi bagi pelanggar peraturan daerah

Pelaksanaan program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok ini melibatkan banyak aktor, yaitu:

- a) Walikota Surabaya, sebagai Pembina I;
- b) Wakil Walikota Surabaya, sebagai Pembina II;
- c) Dinas Kesehatan Kota Surabaya dan unsur-unsurnya sebagai koordinator Kelompok Kerja Pencegahan dan koordinator Kelompok Kerja Evaluasi dan Laporan, anggota Kelompok Kerja Penindakan dan Kelompok Kerja Monitoring;
- d) Unsur Satuan Polisi Pamong Praja Kota Surabaya sebagai koordinator Kelompok Kerja Penindakan.

Jika selama kegiatan pemantauan ditemukan adanya pelanggaran, Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok ini

berhak memberikan sanksi terhadap pelanggar perseorangan maupun tempat yang ditemukan adanya bukti pelanggaran.

Menurut peneliti, Dinas Kesehatan Kota Surabaya masih belum maksimal dalam hal pemberian sanksi kepada para pelanggar. Hal ini dapat dilihat dari penjelasan Ibu Nurlaila selaku Staf Sie PTM Dinas Kesehatan Kota Surabaya, sebagai berikut:

“Menurut saya perda KTR KTM ini sudah efektif tapi belum maksimal. Itu tadi karena belum adanya instruksi dari walikota soal tindakan tegas. Jadi belum ada tindakan tegas secara konkritnya jadi cuma ditegur atau diusir saja” (Wawancara dengan Ibu Nurlaila, 18 Desember 2017, di Dinas Kesehatan Kota Surabaya)

Sementara, di dalam Bab VII Pasal 9 ayat (1) Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, tertulis bahwa:

“Pimpinan atau penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok yang melanggar ketentuan Pasal 5 ayat (1) atau ayat (2), dapat dikenakan sanksi berupa: (a) Peringatan tertulis; (b) penghentian sementara kegiatan; (3) Pencabutan izin; dan/atau (d) denda paling banyak Rp.50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah)”

Selama ini, bentuk sanksi yang diberikan masih berupa teguran secara lisan saja, masih belum mencapai sanksi denda. Hal ini dikarenakan Dinas Kesehatan Kota Surabaya melihat dari hasil setelah kegiatan sosialisasi yang gencar dilakukan rutin oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya membuahkan hasil yaitu berkurangnya jumlah perokok yang melanggar dan pelanggaran yang ditemukan. Jika yang melakukan pelanggaran adalah anggota Aparatur Sipil Negara, aparat tersebut akan diberi Surat Peringatan oleh instansi tempatnya bekerja.

b. Faktor eksternal

1) Kurangnya dukungan dari eksternal Dinas Kesehatan Kota Surabaya seperti fasilitas-fasilitas kesehatan terhadap jalannya implementasi kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok

Ada pula faktor penghambat eksternal yang terjadi dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, berikut tutur dari Ibu Nurlaila selaku Staf Sie PTM Dinas Kesehatan Kota Surabaya:

“ada beberapa fasilitas kesehatan seperti kemarin saya nemu ada apotik A yang memang memasang tanda perda KTR KTM, tapi ternyata ditaruh di belakang dan ketutup iklan promosi obat, ya kan jadinya ngga kelihatan. Selain itu juga tandanya cuma satu, akhirnya kami jelaskan seharusnya tanda dipasang dimana, selain tanda itu juga bisa pasang tanda lain. Kita juga ngasih tau kalo misalnya mereka bisa minta tanda KTR KTM di Dinas Kesehatan”

Jadi, menurut informasi Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, masih ada fasilitas kesehatan yang tidak memasang tanda atau larangan dilarang merokok maupun memasang namun tidak sesuai dengan ketentuan, padahal tanda tersebut sangat berpengaruh terhadap perilaku masyarakat sekitar.

C. Analisis Data

1. Efektivitas Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di Kota Surabaya

Dengan ini peneliti menganalisis keefektifitasan pelaksanaan perda menggunakan teori dari Budiani sebagai alat analisis terhadap efektifitas

pelaksanaan perda. Ada pula indikator yang ditetapkan oleh Budiani yaitu sebagai berikut: (1) ketepatan sasaran program; (2) sosialisasi program; (3) keberhasilan tujuan program; dan juga (4) pemantauan program.

a. Ketepatan sasaran program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok

Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok memiliki dasar hukum sebagai berikut: (1) Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan; (2) Surat Menteri Dalam Negeri Nomor 440/945/SJ tanggal 17 April 2008 perihal Peringatan Hari Tanpa Tembakau Sedunia dan Larangan Merokok di tempat Umum dan Ruang Kerja; dan (3) Peraturan Walikota Surabaya Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.

Ketepatan sasaran merupakan hal yang penting untuk ditetapkan pada suatu kebijakan, maka ada pula sasaran yang telah ditetapkan oleh Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok ialah masyarakat Kota Surabaya. Dengan ini peneliti melihat sejauh apa tujuan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok sampai kepada masyarakat Kota Surabaya sehingga masyarakat Kota Surabaya tidak lagi merokok di sembarang tempat melainkan di tempat yang sudah ditetapkan dalam aturan Kawasan Terbatas Merokok. Dalam Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas

Merokok, masyarakat Kota Surabaya telah dijadikan sasaran daripada pelaksanaan peraturan daerah tersebut. Oleh karena itu, saya selaku peneliti merasa masyarakat Kota Surabaya merupakan sasaran yang tepat untuk melaksanakan peraturan daerah tersebut.

Ibu Happy dari Staf Sie PTM Dinas Kesehatan Kota Surabaya masih menganggap peraturan daerah ini tidak mengikat bagi siapapun dan tetap mengizinkan para perokok untuk tetap merokok. Hanya saja mereka tidak diperbolehkan untuk merokok di tempat-tempat khusus yang sudah ditetapkan oleh peraturan daerah seperti sarana kesehatan, tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah, dan angkutan umum. Selain itu, sasaran lain dari diadakannya program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok ini yang paling dasar adalah untuk meningkatkan angka kesehatan masyarakat Kota Surabaya. Diperlukan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat itu sendiri untuk menyadari bahwa merokok dapat menyebabkan terganggunya atau menurunnya kesehatan masyarakat bagi perokok maupun yang bukan perokok agar tidak menjadi korban terkena penyakit.

b. Sosialisasi program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok

Menurut Budiani, sosialisasi program, yaitu kemampuan penyelenggara program dalam melakukan sosialisasi program sehingga informasi mengenai pelaksanaan program dapat tersampaikan kepada masyarakat pada umumnya dan sasaran peserta program pada khususnya. Sejauh ini Dinas Kesehatan telah melakukan upaya sosialisasi. Cara sosialisasi program Kawasan Tanpa Rokok dan

Kawasan Terbatas Merokok berupa seminar atau pertemuan yang diadakan dengan maksud memberi penjelasan mengenai tujuan, manfaat, dan juga sasaran daripada pengimplementasian program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya kepada masyarakat. Sosialisasi ini utamanya ditujukan bagi sarana kesehatan, tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah, dan juga angkutan umum. Dalam proses sosialisasi ini, dijelaskan mengenai maksud dan tujuan program, pengawasan seperti apa yang harus dilakukan, peringatan dan sanksi yang harus diberikan pada pelanggar, dan juga rambu atau tanda apa saja yang wajib dipasang yang sesuai dengan Peraturan Walikota Surabaya Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok. Dengan ini saya selaku peneliti menilai Dinas Kesehatan telah mampu menyelenggarakan sosialisasi program kepada masyarakat Kota Surabaya, apabila dilihat dari upaya yang telah dilakukan seperti indikator yang dikemukakan oleh Budiani yaitu mengenai kemampuan penyelenggara program dalam melakukan sosialisasi.

Sampai sekarang Dinas Kesehatan Kota Surabaya masih gencar melakukan sosialisasi-sosialisasi ke tempat-tempat utama tadi. Namun sekarang, Dinas Kesehatan Kota Surabaya bisa lebih fokus kearah pengawasan, karena proses sosialisasi itu sudah dibantu oleh salah satu bagian dari fasilitas kesehatan yang diadakan Pemerintah dibawah Dinas Kesehatan yaitu Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas. Puskesmas membantu Dinas Kesehatan dalam mengadakan dan menangani sosialisasi untuk wilayah sekitar Puskesmas tersebut, jika Puskesmas

membutuhkan bantuan, Dinas Kesehatan akan datang membantu menanganinya namun harus mengikuti jadwal Dinas Kesehatan yang kosong. Selain proses sosialisasi melalui seminar, proses sosialisasi lain yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya berupa pemasangan banner dan poster di tempat-tempat yang mudah dilihat dan masih termasuk Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.

c. Keberhasilan tujuan program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok

Keberhasilan program dilihat melalui berhasil atau tidaknya tujuan yang telah ditetapkan. Begitupula dengan apa yang dikemukakan oleh Budiani, yaitu sejauhmana kesesuaian antara hasil pelaksanaan program dengan tujuan program yang telah ditetapkan sebelumnya. Dengan ini Dinas Kesehatan telah menetapkan tujuan program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok. Tujuan dari penerapan program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok didasari dari banyaknya bahaya kesehatan yang dikandung oleh rokok. Sekitar kurang lebih 4.000 zat kimia dalam rokok yang bila digunakan secara terus menerus, dapat mengakibatkan bahaya kesehatan bagi individu dan masyarakat. Selain itu juga untuk mengubah budaya hidup yang kurang sehat bagi diri si perokok aktif itu sendiri dan lingkungan sekitarnya yang akan menjadi kumuh dan kotor diakibatkan oleh puntung rokok. Menekan angka jumlah perokok pemula juga merupakan salah satu tujuan dari dibuatnya program ini, karena usia remaja rentan terkena hal negatif karena masih ingin mencoba-coba. Melindungi perokok pasif juga termasuk salah satu tujuannya, karena sudah bukan rahasia umum lagi

bahwa perokok pasif juga dapat terkena penyakit yang sama dengan perokok aktif, walaupun perokok pasif tersebut bukan seorang pengguna rokok.

Dari hasil wawancara dengan Ibu Nurlaila, Staf Sie PTM Dinas Kesehatan Kota Surabaya, sampai dengan saat ini keberhasilan tujuan program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok bisa dikatakan belum mencapai hasil yang maksimal, dikarenakan masih banyak ditemukan pelanggar yang merokok di Kawasan Tanpa Rokok padahal sudah ada tanda peringatan yang terpasang. Maka saya sebagai peneliti menyimpulkan bahwa program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok belum sepenuhnya berhasil dalam melaksanakan tujuan yang sebenarnya dan masih dibutuhkannya koreksi terhadap bagian-bagian seperti pengawasan, sosialisasi lebih lanjut, dan juga peneakan sanksi terhadap para pelanggar.

d. Pemantauan program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok

Menurut Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, pemantauan program yang dilakukan berupa pengawasan dan pembinaan. Pengawasan yang dilakukan bertujuan sebagai upaya mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di Kota Surabaya. Pengawasan yang dimaksud dapat berupa pemantauan atas ketaatan terhadap ketentuan yang berlaku pada Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di Kota Surabaya. Maka hal ini sesuai dengan apa yang diungkapkan oleh Budiani, bahwa kegiatan pemantauan yang dilakukan setelah dilaksanakannya program merupakan bentuk perhatian kepada

peserta program yaitu masyarakat Kota Surabaya. Dengan ini Dinas Kesehatan telah melakukan pemantauan yang juga didukung oleh Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok yang sudah dibentuk oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya dan Walikota Surabaya.

2. Faktor Penghambat yang Timbul dalam Implementasi Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok

a. Faktor internal

1) Komunikasi mengenai implementasi kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok kepada petugas dan pegawai pengganti yang baru

Menurut hasil penelitian yang peneliti lakukan, terjadi hambatan komunikasi antara pegawai lama yang sudah pensiun dengan pegawai pengganti yang baru. Hal ini juga sudah dijelaskan oleh Ibu Happy sendiri yang baru menjabat 3 bulan di bagian P2PTM Dinas Kesehatan Kota Surabaya, berkata bahwa beliau tidak ada mendapat informasi mengenai pencapaian yang lalu dari pegawai sebelumnya, dan juga tidak mendapatkan petunjuk teknis atau pengarahan khusus

Jadi, dapat disimpulkan bahwa tidak ada komunikasi dan informasi lebih detail mengenai petunjuk teknis untuk para aparat pelaksana yang baru. Para petugas baru ini hanya dapat mengandalkan literatur seperti buku-buku mengenai pelaksanaan atau yang berkaitan dengan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.

2) Ketidaktegasan instansi dalam memberikan sanksi bagi pelanggar peraturan daerah

Menurut peneliti, Dinas Kesehatan Kota Surabaya masih belum maksimal dalam hal pemberian sanksi kepada para pelanggar. Hal ini dapat dilihat dari penjelasan Ibu Nurlaila selaku Staf Sie PTM Dinas Kesehatan Kota Surabaya, yang menjelaskan bahwa hal tersebut dapat terjadi dikarenakan belum ada instruksi dari Walikota soal tindakan tegas secara langsung kepada para pelanggar. Selama ini menurut informasi yang didapatkan dari hasil wawancara, para pelanggar yang ditemukan hanya akan ditegur atau disarankan untuk meninggalkan tempat. Seharusnya, sanksi yang diberikan oleh Dinas Kesehatan kepada para pelanggar sesuai Peraturan daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, yaitu:

- a) Peringatan tertulis;
- b) penghentian sementara kegiatan;
- c) Pencabutan izin; dan/atau
- d) denda paling banyak Rp.50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah)

b. Faktor eksternal

1) Kurangnya dukungan dari eksternal Dinas Kesehatan Kota Surabaya seperti fasilitas-fasilitas kesehatan terhadap jalannya implementasi kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok

Salah satu faktor penghambat eksternal yang terjadi dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok,

menurut Ibu Nurlaila selaku Staf Sie PTM Dinas Kesehatan Kota Surabaya adalah masih ada beberapa tempat yang belum patuh akan pemasangan tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok, padahal tanda tersebut sangat berpengaruh terhadap perilaku masyarakat sekitar. Untuk mencegah mereka agar tidak merokok di tempat-tempat yang tidak seharusnya. Maka dengan begitu, para perokok aktif dapat dikendalikan untuk berada di sekitar para perokok pasif, sehingga akan berimbas baik pada kesehatan masyarakat lainnya, dan berkurangnya jumlah para perokok pasif.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan analisis melalui data yang didapat di lapangan, dengan ini saya selaku peneliti menyimpulkan bahwa:

1. Sasaran dari program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok ialah berkurangnya angka pesakitan masyarakat Kota Surabaya karena perilaku merokok. Peneliti melihat bahwa ketepatan sasaran program sudah tepat yaitu ditujukan kepada masyarakat Kota Surabaya.
2. Upaya sosialisasi dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya masih terus berlangsung agar tujuan, manfaat, dan juga sasaran program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok dapat terlaksana dengan baik sesuai dengan peraturannya.
3. Keberhasilan program berdasarkan hasil penelitian masih belum dapat dikatakan berhasil sepenuhnya dikarenakan masih ditemukannya pelanggar dan pelanggaran selama pengawasan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya berlangsung.
4. Kegiatan pengawasan dan pemantauan masih tetap rutin dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya dan Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
5. Terjadi hambatan komunikasi antara pegawai lama yang sudah pensiun dengan pegawai pengganti yang baru diangkat.

6. Dinas Kesehatan Kota Surabaya masih belum maksimal dalam hal pemberian sanksi kepada para pelanggar. Selama ini para pelanggar yang ditemukan hanya akan ditegur atau disarankan untuk meninggalkan tempat.
7. Masih ada beberapa tempat yang belum patuh akan pemasangan tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok, padahal tanda tersebut sangat berpengaruh terhadap perilaku masyarakat sekitar.

B. Saran

Saran yang peneliti dapat sampaikan untuk Peraturan daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok adalah:

1. Agar tujuan dan sasaran program Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok dapat diperjelas kembali;
2. Komunikasi mengenai sosialisasi dan pengadaan tanda/peringatan larangan untuk merokok lebih diperkaya kembali;
3. Juga mengenai sanksi agar ada peraturan lebih lanjut untuk menerapkan sanksi tegas seperti yang sudah tercantum di dalam peraturan daerah.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. 2002. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Budiani, Ni Wayan. 2007. *Efektivitas Penanggulangan Pengangguran Karang Taruna “Eka Taruna Bhakti” Desa Sumetra Kelod Kecamatan Denpasar Timur Kota Denpasar: Jurnal Ekonomi dan Sosial*. <http://portalgaruda.org/article.php>. Bali: Udayana. [Diakses tanggal 9 November 2017]
- Dimock, D. 1992. *Administrasi Negara*. Jakarta: Erlangga.
- Hadayaningrat, Soewarno. 1985. *Sistem Birokrasi Pemerintah*. Jakarta: CV Mas Agung.
- Islamy, M. Irfan. 2007. *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijakanaksanaan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Keputusan Walikota Surabaya Nomor 188.45/106/436.1.2/2014 Tentang Perubahan Atas Keputusan Walikota Surabaya Nomor 188.45/267/436.1.2/2013 Tentang Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di Kota Surabaya
- Kurniawan, Agung. 2005. *Transformasi Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Pembaruan.
- Masruri. 2014. *Analisis Efektivitas Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri Perkotaan (PNPM-MP)*. *Journal Governance and Public Policy*. Vol 1-1
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. 2014. *Analisis Data Kualitatif: Sebuah Buku Sumber (Edisi Kedua)*. Thousand Old, CA: Sage Publications.
- Moleong, L.J. 2006. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Moleong, L.J. 2007. *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Rosdakarya.
- Neuman, Betty M. 1982. *The Neuman Systems Model: Application to Nursing Education and Practice*. University of California.

- Nugroho, Riant. 2011. *Public Policy: Dinamika Kebijakan - Analisis Kebijakan - Manajemen Kebijakan*. Jakarta: Gramedia.
- Nugroho, Riant. 2014. *Public Policy*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Pasolong, Harbani. 2007. *Teori Administrasi Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 Tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 109 Tahun 2012 Tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan.
- Peraturan Walikota Surabaya Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 Tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
- Sedarmayanti. 2003. *Good Governance (Kepemimpinan Yang Baik) Dalam Rangka Otonomi Daerah*. Bandung: Graha Ilmu.
- Siagian, Sondang P. 2001. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Bumi Aksara
- Singarimbun, Masri. 2001. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta: LP3ES.
- Sugiyono. 2014. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Suprayogo, Imam, dan Tobroni. 2003. *Metode Penelitian Sosial-Agama*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Syafii, Inu Kencana. 2006. *Ilmu Administrasi Publik*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- Wahab, Solichin Abdul. 2004. *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Wahab, Solichin Abdul. 2012. *Analisis Kebijakan: Dari Formulasi Ke Penyusunan Model-Model Implementasi Kebijakan Publik*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Widodo, Joko. 2011. *Analisis Kebijakan Publik: Konsep dan Aplikasi Analisis Proses Kebijakan Publik*. Malang: Bayu Media Publishing.
- Winarno, Budi. 2014. *Kebijakan Publik: Teori, Proses dan Studi Kasus*. Jakarta: Caps (Center of Academic Publishing Service).

World Health Organization. 1998. *Health Promotion Glossary*. Switzerland:
Division of Health Promotion, Education, and Communications (HPR);
Health Education and Health Promotion Unit (HEP).



PEMERINTAH KOTA SURABAYA

SALINAN

PERATURAN DAERAH KOTA SURABAYA NOMOR 5 TAHUN 2008

TENTANG KAWASAN TANPA ROKOK DAN KAWASAN TERBATAS MEROKOK

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA SURABAYA,

- Menimbang** :
- a. bahwa guna meningkatkan kesehatan masyarakat Kota Surabaya, diperlukan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk senantiasa membiasakan hidup sehat;
 - b. bahwa merokok dapat menyebabkan terganggunya atau menurunnya kesehatan masyarakat bagi perokok maupun yang bukan perokok;
 - c. bahwa dalam rangka pelaksanaan ketentuan Pasal 25 Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan, maka Pemerintah Daerah wajib mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok;
 - d. bahwa dalam rangka menghormati hak-hak perokok, maka perlu diatur pula ketentuan-ketentuan mengenai Kawasan Terbatas Merokok;
 - e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c dan huruf d, serta memperhatikan Surat Menteri Dalam Negeri Nomor 440/945/SJ tanggal 17 April 2008 perihal Peringatan Hari Tanpa Tembakau Sedunia dan Larangan Merokok di tempat Umum dan Ruang Kerja, perlu membentuk Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur/Jawa Tengah/Jawa Barat dan Daerah Istimewa Yogyakarta sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 (Lembaran Negara Tahun 1965 Nomor 19 Tambahan Lembaran Negara Nomor 2730);
 2. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana (Lembaran Negara Tahun 1981 Nomor 76 Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100 Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1997 tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup (Lembaran Negara Tahun 1997 Nomor 68 Tambahan Lembaran Negara Nomor 3699);
5. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2002 tentang Bangunan Gedung (Lembaran Negara Tahun 2002 Nomor 134 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4247);
6. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 53 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4389);
7. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437) sebagaimana telah diubah kedua kali dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 59 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4844);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 36 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4276);
9. Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 4 Tahun 2004 tentang Penyidik Pegawai Negeri Sipil Daerah (Lembaran Daerah Kota Surabaya Tahun 2004 Nomor 2/E);
10. Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 14 Tahun 2005 tentang Organisasi Dinas Kota Surabaya (Lembaran Daerah Kota Surabaya Tahun 2005 Nomor 3/D).

Dengan Persetujuan Bersama

**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH KOTA SURABAYA
dan
WALIKOTA SURABAYA**

MEMUTUSKAN :

**Menetapkan : PERATURAN DAERAH TENTANG KAWASAN TANPA ROKOK
DAN KAWASAN TERBATAS MEROKOK.**

**BAB I
KETENTUAN UMUM**

Pasal 1

Dalam Peraturan Daerah ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Surabaya.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Surabaya.

3. Kepala Daerah adalah Walikota Surabaya.
4. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
6. Orang adalah orang perorangan atau badan, baik yang berbentuk badan hukum maupun tidak.
7. Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok adalah Tim yang terdiri dari pejabat Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Pemerintah Daerah dan/atau individu yang ditunjuk oleh Kepala Daerah.
8. Rokok adalah hasil olahan tembakau terbungkus termasuk cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *nicotiana tobacum*, *nicotiana rustica* dan spesies lainnya atau sintesisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan.
9. Kawasan Tanpa Rokok adalah area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi dan/atau penggunaan rokok.
10. Kawasan Terbatas Merokok adalah tempat atau area dimana kegiatan merokok hanya boleh dilakukan di tempat khusus.
11. Tempat umum adalah sarana yang diselenggarakan oleh Pemerintah, swasta atau perorangan yang digunakan untuk kegiatan bagi masyarakat.
12. Tempat Kerja adalah tiap ruangan atau lapangan, tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap dimana tenaga kerja bekerja, atau yang sering dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha dan dimana terdapat sumber atau sumber – sumber bahaya.
13. Tempat proses belajar mengajar adalah tempat yang dimanfaatkan untuk kegiatan belajar dan mengajar dan/atau pendidikan dan/atau pelatihan.
14. Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.
15. Arena kegiatan anak–anak adalah tempat atau arena yang diperuntukkan untuk kegiatan anak–anak.
16. Tempat ibadah adalah tempat yang digunakan untuk kegiatan keagamaan.
17. Angkutan umum adalah alat angkutan bagi masyarakat yang dapat berupa kendaraan darat dan air.
18. Pimpinan atau penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok atau Kawasan Terbatas Merokok adalah orang yang karena jabatannya memimpin dan/atau bertanggungjawab atas kegiatan dan/atau usaha di kawasan yang ditetapkan sebagai Kawasan Tanpa Rokok atau Kawasan Terbatas Merokok.

BAB II KAWASAN TANPA ROKOK

Pasal 2

- (1) Kepala Daerah berwenang menetapkan tempat-tempat tertentu di daerah sebagai Kawasan Tanpa Rokok.
- (2) Tempat-tempat tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a. sarana kesehatan;
 - b. tempat proses belajar mengajar;
 - c. arena kegiatan anak;
 - d. tempat ibadah; dan
 - e. angkutan umum.
- (3) Kawasan Tanpa Rokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dengan Keputusan Kepala Daerah.

Pasal 3

Setiap orang yang berada dalam Kawasan Tanpa Rokok dilarang melakukan kegiatan :

- a. memproduksi atau membuat rokok;
- b. menjual rokok;
- c. menyelenggarakan iklan rokok;
- d. mempromosikan rokok; dan/atau
- e. menggunakan rokok.

BAB III KAWASAN TERBATAS MEROKOK

Pasal 4

- (1) Kepala Daerah menetapkan tempat umum dan tempat kerja sebagai Kawasan Terbatas Merokok.
- (2) Setiap orang yang berada di Kawasan Terbatas Merokok dilarang merokok kecuali di tempat khusus yang disediakan untuk merokok.
- (3) Kawasan Terbatas Merokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Kepala Daerah.

BAB IV
KEWAJIBAN PIMPINAN ATAU PENANGGUNG JAWAB
KAWASAN TANPA ROKOK DAN KAWASAN TERBATAS MEROKOK

Pasal 5

- (1) Pimpinan atau penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 berkewajiban untuk :
 - a. membuat dan memasang tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok;
 - b. wajib memberikan teguran dan peringatan kepada setiap orang yang melanggar ketentuan Pasal 3.
- (2) Pimpinan atau penanggung jawab Kawasan Terbatas Merokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 berkewajiban untuk :
 - a. menyediakan tempat khusus untuk merokok;
 - b. membuat dan memasang tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok dan tanda/petunjuk ruangan boleh merokok;
 - c. wajib memberikan teguran dan peringatan kepada setiap orang yang melanggar ketentuan Pasal 4 ayat (2).
- (3) Tempat khusus untuk merokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a harus memenuhi ketentuan :
 - a. terpisah dari ruangan atau area yang dinyatakan sebagai tempat dilarang merokok;
 - b. dilengkapi dengan alat penghisap udara;
 - c. memiliki sistem sirkulasi udara yang memadai.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pembuatan dan pemasangan tanda/petunjuk/peringatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan ayat (2) huruf b diatur dengan Peraturan Kepala Daerah.

BAB V
PERAN SERTA MASYARAKAT

Pasal 6

- (1) Masyarakat dapat berperan serta dalam mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di Daerah.

- (2) Peran serta masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan cara :
- a. memberikan sumbangan pemikiran dan pertimbangan berkenaan dengan penentuan kebijakan yang terkait dengan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok;
 - b. melakukan pengadaan dan pemberian bantuan sarana dan prasarana yang diperlukan untuk mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok;
 - c. ikut serta dalam memberikan bimbingan dan penyuluhan serta penyebarluasan informasi kepada masyarakat;
 - d. mengingatkan setiap orang yang melanggar ketentuan Pasal 3 atau Pasal 4 ayat (2);
 - e. melaporkan setiap orang yang terbukti melanggar ketentuan Pasal 3 atau Pasal 4 ayat (2) kepada pimpinan/penanggungjawab Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pelaksanaan peran serta masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Kepala Daerah.

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 7

- (1) Kepala Daerah berwenang melakukan pembinaan dan pengawasan sebagai upaya mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa bimbingan dan penyuluhan kepada masyarakat dan pimpinan atau penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
- (3) Pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa pemantauan atas ketaatan terhadap ketentuan yang berlaku pada Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
- (4) Kepala Daerah dapat melimpahkan kewenangan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada pejabat di Lingkungan Pemerintah Daerah sesuai dengan Tugas dan Fungsi masing-masing.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Kepala Daerah.

Pasal 8

Dalam rangka pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Kepala Daerah dapat membentuk Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.

BAB VII SANKSI ADMINISTRASI

Pasal 9

- (1) Pimpinan atau penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok atau Kawasan Terbatas Merokok yang melanggar ketentuan Pasal 5 ayat (1) atau ayat (2), dapat dikenakan sanksi berupa :
 - a. peringatan tertulis;
 - b. penghentian sementara kegiatan;
 - c. pencabutan izin; dan/atau
 - d. denda paling banyak Rp. 50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah).
- (2) Denda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disetorkan ke Rekening Kas Umum Daerah.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pemberian sanksi administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Kepala Daerah.

BAB VIII KETENTUAN PENYIDIKAN

Pasal 10

- (1) Penyidikan terhadap tindak pidana pelanggaran Peraturan Daerah ini dilakukan oleh Penyidik Pegawai Negeri Sipil Daerah.
- (2) Penyidik dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai wewenang :
 - a. menerima laporan atau pengaduan dari seseorang mengenai adanya tindak pidana atas pelanggaran Peraturan Daerah;
 - b. melakukan tindakan pertama dan pemeriksaan di tempat kejadian;
 - c. menyuruh berhenti seseorang dan memeriksa tanda pengenal diri tersangka ;

- d. melakukan penyitaan benda atau surat ;
 - e. mengambil sidik jari dan memotret seseorang ;
 - f. memanggil orang untuk didengar dan diperiksa sebagai tersangka atau saksi ;
 - g. mendatangkan ahli yang diperlukan dalam hubungannya dengan pemeriksaan perkara ;
 - h. mengadakan penghentian penyidikan setelah mendapat petunjuk dari penyidik POLRI bahwa tidak terdapat cukup bukti atau peristiwa tersebut bukan merupakan tindak pidana dan selanjutnya melalui penyidik memberitahukan hal tersebut kepada penuntut umum, tersangka atau keluarganya ;
 - i. mengadakan tindakan lain menurut hukum yang dapat dipertanggungjawabkan.
- (3) Penyidik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tidak berwenang melakukan penangkapan dan/atau penahanan.
- (4) Penyidik Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (1), membuat berita acara setiap tindakan dalam hal :
- a. pemeriksaan tersangka ;
 - b. memasuki tempat tertutup;
 - c. penyitaan barang ;
 - d. pemeriksaan saksi ;
 - e. pemeriksaan di tempat kejadian ;
 - f. pengambilan sidik jari dan pemotretan.

BAB IX KETENTUAN PIDANA

Pasal 11

- (1) Setiap orang yang melanggar ketentuan Pasal 3 atau Pasal 4 ayat (2), dikenakan pidana kurungan paling lama 3 (tiga) bulan atau denda paling banyak Rp. 50.000.000 (lima puluh juta rupiah).
- (2) Tindak pidana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah tindak pidana pelanggaran.

**BAB X
KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 12

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan Peraturan Daerah ini, akan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Kepala Daerah.

Pasal 13

Peraturan Daerah ini mulai berlaku efektif paling lambat 1 (satu) tahun sejak tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Daerah ini dengan penempatannya dalam Lembaran Daerah Kota Surabaya.

Ditetapkan di Surabaya
pada tanggal 22 Oktober 2008

WALIKOTA SURABAYA,

ttd

BAMBANG DWI HARTONO

Diundangkan di Surabaya
pada tanggal 22 Oktober 2008

SEKRETARIS DAERAH KOTA SURABAYA,

ttd

SUKAMTO HADI

LEMBARAN DAERAH KOTA SURABAYA TAHUN 2008 NOMOR 5

Salinan sesuai dengan aslinya
a.n. SEKRETARIS DAERAH
Asisten Bidang Administrasi Pemerintahan
u.b
Kepala Bagian Hukum,

MOH. SUHARTO WARDOYO, SH. MHum.

Penata Tingkat I
NIP. 510 124 857

**PENJELASAN
ATAS
PERATURAN DAERAH KOTA SURABAYA
NOMOR 5 TAHUN 2008
TENTANG
KAWASAN TANPA ROKOK DAN KAWASAN TERBATAS MEROKOK**

I. UMUM

Rokok merupakan salah satu zat adiktif yang bila digunakan dapat mengakibatkan bahaya kesehatan bagi individu dan masyarakat, oleh karena dalam rokok terdapat kurang lebih 4.000 (empat ribu) zat kimia antara lain nikotin yang bersifat adiktif dan tar yang bersifat karsiogenik, yang dapat mengakibatkan berbagai penyakit antara lain kanker, penyakit jantung, impotensi, penyakit darah tinggi, enfisema, bronchitis kronik dan gangguan kehamilan.

Pengamanan rokok bagi kesehatan perlu dilakukan dengan pemberian informasi tentang kandungan kadar nikotin dan tar pada setiap batang rokok, pencantuman peringatan pada label, pengaturan produksi dan penjualan rokok, periklanan dan promosi rokok. Selain itu perlu ditetapkan Kawasan Tanpa Rokok pada sarana kesehatan, tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah dan angkutan umum serta Kawasan Terbatas Merokok pada tempat umum dan tempat kerja.

Dalam upaya penanggulangan bahaya akibat merokok dan agar implementasinya lebih efektif, efisien dan terpadu, diperlukan Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, dengan tujuan :

- a. melindungi kesehatan dari bahaya akibat merokok;
- b. membudayakan hidup sehat;
- c. menekan perokok pemula;
- d. melindungi perokok pasif.

II. PASAL DEMI PASAL

Pasal 1

Cukup jelas.

Pasal 2

Ayat (1)

Cukup Jelas.

Ayat (2)

- Yang dimaksud dengan :
 - a. Sarana kesehatan antara lain meliputi rumah sakit, puskesmas, tempat praktek dokter, rumah bersalin, tempat praktek bidan dan/atau sejenisnya.
 - b. Tempat proses belajar mengajar antara lain meliputi tempat pendidikan formal dan nonformal.
 - c. Arena kegiatan anak antara lain meliputi Tempat Penitipan Anak (TPA), tempat pengasuhan anak, arena bermain anak-anak dan/atau sejenisnya.
 - d. Tempat ibadah antara lain meliputi masjid, mushola, gereja, pura, wihara, klenteng dan sejenisnya.
 - e. Angkutan umum antara lain meliputi bus Kota, mikrolet, taxi, dan angguna.
- sarana kesehatan, tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak dan tempat ibadah yang ditetapkan sebagai Kawasan Tanpa Rokok tidak termasuk area di luar pagar.

Ayat (3)

Cukup Jelas

Pasal 3

Yang dimaksud dengan menggunakan rokok adalah mengisap dan/atau menyalakan rokok.

Pasal 4

Ayat (1)

- tempat umum antara lain meliputi hotel, restoran, terminal, pasar, pertokoan, bioskop, jasa boga, tempat wisata, kolam renang, dan stasiun.
- tempat umum dan tempat kerja yang ditetapkan sebagai Kawasan Terbatas Merokok tidak termasuk area di luar pagar.

Ayat (2)

Tempat khusus dalam ketentuan ini adalah tempat yang disediakan untuk para perokok yang terpisah dan tidak berhubungan dengan ruangan tanpa rokok dan harus mempunyai alat pengisap udara.

Ayat (3)

Cukup Jelas

Pasal 5

Ayat (1)

Biaya yang dikeluarkan untuk pembuatan dan pemasangan tanda/petunjuk peringatan larangan merokok pada sarana kesehatan, tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak dan tempat ibadah milik pemerintah daerah yang ditetapkan sebagai Kawasan Tanpa Rokok, dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

Ayat (2)

Biaya yang dikeluarkan untuk penyediaan tempat khusus untuk merokok, pembuatan dan pemasangan tanda/petunjuk peringatan larangan merokok dan tanda/petunjuk ruangan boleh merokok pada tempat umum dan tempat kerja milik pemerintah daerah yang ditetapkan sebagai Kawasan Terbatas Merokok, dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

Ayat (3)

Cukup Jelas.

Ayat (4)

Cukup Jelas.

Pasal 6

Peran serta masyarakat adalah partisipasi masyarakat yang meliputi perorangan, badan hukum, atau badan usaha termasuk produsen, importer, lembaga atau organisasi yang diselenggarakan oleh masyarakat dalam upaya mewujudkan terbentuknya kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok.

Pasal 7

Ayat (1)

Cukup Jelas.

Ayat (2)

Bimbingan dan penyuluhan antara lain meliputi kegiatan konseling, kampanye, sosialisasi, seminar dan/atau kegiatan lain yang sejenis yang berkaitan dengan upaya mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di daerah.

Ayat (3)

Pemantauan atas ketaatan terhadap ketentuan yang berlaku pada Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok dapat dilakukan secara :

- a. langsung, antara lain meliputi inspeksi mendadak (sidak), operasi yustisi dan operasi non yustisi;

- b. tidak langsung, yaitu dengan menempatkan petugas untuk melakukan pemantauan secara rahasia di Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.

Ayat (4)

Cukup jelas

Ayat (5)

Cukup jelas

Pasal 8

Cukup jelas

Pasal 9

Pembayaran atas denda ini menjadi tanggung jawab pribadi dari pimpinan atau penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok atau Kawasan Terbatas Merokok yang bersangkutan.

Pasal 10

Cukup jelas

Pasal 11

Cukup jelas

Pasal 12

Cukup jelas

Pasal 13

Cukup jelas

TAMBAHAN LEMBARAN DAERAH KOTA SURABAYA NOMOR 5



WALIKOTA SURABAYA

PERATURAN WALIKOTA SURABAYA NOMOR 25 TAHUN 2009

TENTANG

PELAKSANAAN PERATURAN DAERAH KOTA SURABAYA NOMOR 5 TAHUN 2008 TENTANG KAWASAN TANPA ROKOK DAN KAWASAN TERBATAS MEROKOK

WALIKOTA SURABAYA,

- Menimbang** :
- a. bahwa dalam rangka melaksanakan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, perlu menetapkan Peraturan Walikota Surabaya tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur/Jawa Tengah/Jawa Barat dan Daerah Istimewa Yogyakarta sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 (Lembaran Negara Tahun 1965 Nomor 19 Tambahan Lembaran Negara Nomor 2730);
 2. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana (Lembaran Negara Tahun 1981 Nomor 76 Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
 3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100 Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
 4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1997 tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup (Lembaran Negara Tahun 1997 Nomor 68 Tambahan Lembaran Negara Nomor 3699);

5. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2002 tentang Bangunan Gedung (Lembaran Negara Tahun 2002 Nomor 134 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4247);
6. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 78 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4301);
7. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 53 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4389);
8. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437) sebagaimana telah diubah kedua kali dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 59 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4844);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49 Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 36 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4276);
11. Peraturan Presiden Nomor 112 Tahun 2007 tentang Penataan dan Pembinaan Pasar Tradisional, Pusat Perbelanjaan dan Toko Modern;
12. Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 12 Tahun 2003 tentang Perizinan di Bidang Kesehatan (Lembaran Daerah Kota Surabaya Tahun 2003 Nomor 5/E) ;
13. Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 16 Tahun 2005 tentang Organisasi Satuan Polisi Pamong Praja Kota Surabaya (Lembaran Daerah Kota Surabaya Tahun 2005 Nomor 5/D);
14. Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 2 Tahun 2008 tentang Kepariwisata (Lembaran Daerah Kota Surabaya Tahun 2008 Nomor 2 Tambahan Lembaran Daerah Kota Surabaya Nomor 2);
15. Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok (Lembaran Daerah Kota Surabaya Tahun 2008 Nomor 5 Tambahan Lembaran Daerah Kota Surabaya Nomor 5);

16. Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Surabaya Tahun 2008 Nomor 8 Tambahan Lembaran Daerah Kota Surabaya Nomor 8);
17. Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 11 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Yang Menjadi Kewenangan Daerah (Lembaran Daerah Kota Surabaya Tahun 2008 Nomor 11 Tambahan Lembaran Daerah Kota Surabaya Nomor 11).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PELAKSANAAN PERATURAN DAERAH KOTA SURABAYA NOMOR 5 TAHUN 2008 TENTANG KAWASAN TANPA ROKOK DAN KAWASAN TERBATAS MEROKOK.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Surabaya.
2. Walikota adalah Walikota Surabaya.
3. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Dinas Pendidikan adalah Dinas Pendidikan Kota Surabaya.
5. Dinas Sosial adalah Dinas Sosial Kota Surabaya.
6. Dinas Perhubungan adalah Dinas Perhubungan Kota Surabaya.
7. Dinas Perdagangan dan Perindustrian adalah Dinas Perdagangan dan Perindustrian Kota Surabaya.
8. Dinas Tenaga Kerja adalah Dinas Tenaga Kerja Kota Surabaya.
9. Dinas Kebudayaan dan Pariwisata adalah Dinas Kebudayaan dan Pariwisata Kota Surabaya.
10. Dinas Pemuda dan Olahraga adalah Dinas Pemuda dan Olahraga Kota Surabaya.
11. Satuan Polisi Pamong Praja adalah Satuan Polisi Pamong Praja Kota Surabaya.
12. Orang adalah orang perorangan atau badan, baik yang berbentuk badan hukum maupun tidak.

13. Badan adalah sekumpulan orang dan/atau modal yang merupakan kesatuan baik yang melakukan usaha maupun yang tidak melakukan usaha, meliputi perseroan terbatas, perseroan komanditer, perseroan lainnya, badan usaha milik Negara atau daerah dengan nama atau bentuk apapun, persekutuan, perkumpulan, firma, kongsi, koperasi, atau organisasi sejenis, lembaga dana pensiun, bentuk usaha tetap serta bentuk badan lainnya.
14. Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok adalah Tim yang terdiri dari pejabat Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Pemerintah Kota Surabaya dan/atau individu yang ditunjuk oleh Kepala Daerah.
15. Rokok adalah hasil olahan tembakau terbungkus termasuk cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *Nicotiana tabacum*, *Nicotiana rustica* dan spesies lainnya atau sintesisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan.
16. Iklan rokok adalah kegiatan untuk memperkenalkan, memasyarakatkan dan/atau mempromosikan rokok dengan atau tanpa imbalan kepada masyarakat dengan tujuan mempengaruhi konsumen agar menggunakan rokok yang ditawarkan.
17. Kawasan Tanpa Rokok adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi dan/atau penggunaan rokok.
18. Kawasan Terbatas Merokok adalah tempat atau area dimana kegiatan merokok hanya boleh dilakukan di tempat khusus.
19. Tempat umum adalah sarana yang diselenggarakan oleh Pemerintah, swasta atau perorangan yang digunakan untuk kegiatan bagi masyarakat.
20. Tempat Kerja adalah tiap ruangan atau lapangan, tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap dimana tenaga kerja bekerja, atau yang sering dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha dan dimana terdapat sumber atau sumber-sumber bahaya.
21. Tempat proses belajar mengajar adalah tempat yang dimanfaatkan untuk kegiatan belajar dan mengajar dan/atau pendidikan dan/atau pelatihan.
22. Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.
23. Arena kegiatan anak-anak adalah tempat atau arena yang diperuntukkan untuk kegiatan anak-anak.
24. Tempat ibadah adalah tempat yang digunakan untuk kegiatan keagamaan.
25. Angkutan umum adalah alat angkutan bagi masyarakat yang dapat berupa kendaraan darat dan air.

26. Pimpinan atau penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok atau Kawasan Terbatas Merokok adalah orang yang karena jabatannya memimpin dan/atau bertanggungjawab atas kegiatan dan/atau usaha di kawasan yang ditetapkan sebagai Kawasan Tanpa Rokok atau Kawasan Terbatas Merokok.
27. Pendidikan Formal adalah jalur pendidikan yang terstruktur dan berjenjang yang terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi.
28. Pendidikan Non Formal adalah jalur pendidikan di luar pendidikan formal yang dapat dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang.

BAB II KAWASAN TANPA ROKOK

Pasal 2

Kawasan Tanpa Rokok yang ada di daerah terdiri :

- a. sarana kesehatan;
- b. tempat proses belajar mengajar;
- c. arena kegiatan anak;
- d. tempat ibadah; dan
- e. angkutan umum

Pasal 3

- (1) Sarana kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a, antara lain meliputi :
- a. rumah sakit;
 - b. balai kesehatan;
 - c. puskesmas;
 - d. balai pengobatan;
 - e. balai kesejahteraan ibu dan anak;
 - f. klinik kecantikan;
 - g. klinik perawatan penderita narkoba;
 - h. tempat praktek dokter/dokter gigi/dokter hewan;
 - i. rumah bersalin;
 - j. tempat praktek bidan/perawat swasta;
 - k. klinik kesehatan;

- l. apotek;
 - m. toko obat;
 - n. laboratorium kesehatan; dan/atau
 - o. sarana kesehatan lainnya.
- (2) tempat proses belajar mengajar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf b, yang antara lain meliputi :
- a. tempat pendidikan formal, yang berbentuk:
 - 1. Sekolah Dasar (SD) dan Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau bentuk lain yang sederajat;
 - 2. Sekolah Menengah Pertama dan Madrasah Tsanawiyah atau bentuk lain yang sederajat;
 - 3. Sekolah Menengah Atas, Madrasah Aliyah, Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) dan Madrasah Aliyah Kejuruan atau bentuk lain yang sederajat;
 - 4. Akademi, Politeknik, Sekolah Tinggi, Institut atau Universitas;
 - 5. tempat pendidikan formal lainnya; dan/atau
 - b. tempat pendidikan nonformal, yang berbentuk :
 - 1. lembaga kursus;
 - 2. lembaga pelatihan;
 - 3. kelompok belajar;
 - 4. Taman Kanak-Kanak, Raudatul Athfal atau bentuk lain yang sederajat;
 - 5. pusat kegiatan belajar masyarakat;
 - 6. tempat pendidikan non formal lainnya.
- (3) arena kegiatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf c, yang antara lain meliputi :
- a. kelompok bermain anak (play group);
 - b. Tempat Penitipan Anak (TPA);
 - c. tempat pengasuhan anak;

- d. arena bermain anak-anak; dan/atau
 - e. arena kegiatan anak lainnya.
- (4) tempat ibadah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf d, yang antara lain meliputi :
- a. masjid;
 - b. mushola;
 - c. gereja;
 - d. pura;
 - e. wihara;
 - f. klenteng; dan
 - g. tempat ibadah lainnya.
- (5) Angkutan umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf e, yang antara lain meliputi :
- a. bus;
 - b. mikrolet;
 - c. taxi;
 - d. angguna;
 - e. kereta api;
 - f. angkutan umum lainnya.

Pasal 4

Setiap orang yang berada dalam Kawasan Tanpa Rokok dilarang melakukan kegiatan :

- a. memproduksi atau membuat rokok;
- b. menjual rokok;
- c. menyelenggarakan iklan rokok;
- d. mempromosikan rokok; dan/atau
- e. menggunakan rokok.

BAB III
KAWASAN TERBATAS MEROKOK

Pasal 5

Kawasan Terbatas Rokok yang ada di daerah terdiri :

- a. tempat umum;
- b. tempat kerja.

Pasal 6

(1) tempat umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf a, antara lain meliputi :

- a. hotel;
- b. restoran;
- c. rumah makan;
- d. jasa boga;
- e. terminal;
- f. pelabuhan;
- g. pasar;
- h. pusat perbelanjaan;
- i. minimarket;
- j. supermarket;
- k. departement store;
- l. hypermarket;
- m.mall;
- n. plaza;
- o. pertokoan;
- p. bioskop;
- q. tempat wisata;
- r. kolam renang;
- s. stasiun;

- t. sarana olahraga;
 - u. tempat umum lainnya.
- (2) tempat kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf b, antara lain meliputi :
- a. tempat kerja pada Instansi Pemerintah/Pemerintah Provinsi Jawa Timur/Pemerintah Kota Surabaya;
 - b. tempat kerja swasta.

BAB IV
KEWAJIBAN PIMPINAN ATAU PENANGGUNG JAWAB
KAWASAN TANPA ROKOK DAN KAWASAN TERBATAS ROKOK

Bagian Kesatu
Kawasan Tanpa Rokok

Paragraf 1
Sarana Kesehatan

Pasal 7

- (1) Setiap pimpinan atau penanggung jawab sarana kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) wajib melarang setiap pasien, pengunjung, tenaga kesehatan, tenaga non medis atau setiap orang yang berada di area sarana kesehatan yang menjadi tanggung jawabnya untuk tidak melakukan kegiatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4.
- (2) Setiap pimpinan atau penanggung jawab sarana kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) wajib memberikan teguran, peringatan dan/atau mengambil tindakan kepada setiap pasien, pengunjung, tenaga kesehatan, tenaga non medis atau setiap orang yang berada di area sarana kesehatan yang menjadi tanggung jawabnya, apabila terbukti melakukan kegiatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4.
- (3) Tindakan yang dapat dilakukan oleh pimpinan/penanggung jawab sarana kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) antara lain :
 - a. mengusir setiap pengunjung atau setiap orang yang berada di area sarana kesehatan yang menjadi tanggung jawabnya;
 - b. memberikan sanksi administrasi kepada tenaga kesehatan dan tenaga non medis sesuai dengan kebijakan dan/atau peraturan yang berlaku pada sarana kesehatan dimaksud; atau
 - c. melaporkan kepada aparat yang berwenang.
- (4) Setiap pimpinan atau penanggung jawab sarana kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) wajib membuat dan memasang tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok.

Paragraf 2
Tempat Proses Belajar Mengajar

Pasal 8

- (1) Setiap pimpinan atau penanggung jawab tempat proses belajar mengajar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) wajib melarang setiap peserta didik, pendidik, tenaga kependidikan atau setiap orang yang berada di area tempat proses belajar mengajar yang menjadi tanggung jawabnya untuk tidak melakukan kegiatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4.
- (2) Setiap pimpinan atau penanggung jawab tempat proses belajar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) wajib memberikan teguran, peringatan dan/atau mengambil tindakan kepada setiap peserta didik, pendidik, tenaga kependidikan atau setiap orang yang berada di area tempat proses belajar mengajar yang menjadi tanggung jawabnya apabila terbukti melakukan kegiatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4.
- (3) Tindakan yang dapat dilakukan oleh pimpinan/penanggung jawab tempat proses belajar mengajar sebagaimana dimaksud pada ayat (2) antara lain :
 - a. mengusir setiap orang yang berada di area tempat proses belajar mengajar yang menjadi tanggung jawabnya;
 - b. memberikan sanksi administrasi kepada setiap peserta didik, pendidik dan tenaga kependidikan sesuai dengan kebijakan dan/atau peraturan yang berlaku pada tempat proses belajar mengajar dimaksud; atau
 - c. melaporkan kepada aparat yang berwenang.
- (4) Setiap pimpinan atau penanggung jawab tempat proses belajar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) wajib membuat dan memasang tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok.

Paragraf 3
Arena Kegiatan Anak

Pasal 9

- (1) Setiap pimpinan atau penanggung jawab arena kegiatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (3) wajib melarang setiap orang yang berada di area kegiatan anak yang menjadi tanggung jawabnya untuk tidak melakukan kegiatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4.

- (2) Setiap pimpinan atau penanggung jawab arena kegiatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (3) wajib memberikan teguran, peringatan dan/atau mengambil tindakan kepada setiap orang yang berada di area kegiatan anak yang menjadi tanggung jawabnya apabila terbukti melakukan tindakan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4.
- (3) Tindakan yang dapat dilakukan oleh pimpinan/penanggung jawab arena kegiatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) antara lain :
 - a. mengusir setiap orang yang berada di area kegiatan anak yang menjadi tanggung jawabnya; atau
 - b. melaporkan kepada aparat yang berwenang.
- (4) Setiap pimpinan atau penanggung jawab arena kegiatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (3) wajib membuat dan memasang tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok.

Paragraf 4 Tempat Ibadah

Pasal 10

- (1) Setiap pimpinan atau penanggung jawab tempat ibadah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (4) wajib melarang jemaah atau setiap orang yang berada di tempat ibadah yang menjadi tanggung jawabnya untuk tidak melakukan kegiatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4.
- (2) Setiap pimpinan atau penanggung jawab tempat ibadah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (4) wajib memberikan teguran, peringatan dan/atau mengambil tindakan kepada jemaah atau setiap orang yang berada di tempat ibadah yang menjadi tanggung jawabnya apabila terbukti melakukan tindakan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4.
- (3) Tindakan yang dapat dilakukan oleh pimpinan/penanggung jawab tempat ibadah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) antara lain :
 - a. mengusir jemaah atau setiap orang yang berada di tempat ibadah yang menjadi tanggung jawabnya; atau
 - b. melaporkan kepada aparat yang berwenang.
- (4) Setiap pimpinan atau penanggung jawab tempat ibadah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (4) wajib membuat dan memasang tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok.

**Paragraf 5
Angkutan Umum**

Pasal 11

- (1) Setiap pengemudi dan/atau kondektur angkutan umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (5) wajib melarang penumpang atau setiap orang yang berada di dalam kendaraannya untuk tidak melakukan kegiatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4.
- (2) Setiap pengemudi dan/atau kondektur angkutan umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (5) wajib memberikan teguran, peringatan dan/atau mengambil tindakan kepada penumpang atau setiap orang yang berada di dalam kendaraannya apabila terbukti melakukan tindakan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4.
- (3) Tindakan yang dapat dilakukan oleh pengemudi/kondektur angkutan umum sebagaimana dimaksud pada ayat (2) antara lain :
 - a. menurunkan penumpang atau setiap orang dari angkutan umum yang menjadi tanggung jawabnya; atau
 - b. melaporkan kepada aparat yang berwenang.
- (4) Setiap pengemudi dan/atau kondektur wajib membuat dan memasang tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok di dalam angkutan umumnya.

**Bagian Kedua
Kawasan Terbatas Merokok**

**Paragraf 1
Tempat Umum**

Pasal 12

- (1) Setiap pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) wajib melarang setiap pengunjung, karyawan, atau setiap orang yang berada di tempat umum yang menjadi tanggung jawabnya untuk tidak merokok kecuali di tempat khusus yang disediakan untuk merokok.
- (2) Setiap pimpinan atau penanggung jawab tempat umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) wajib memberikan teguran, peringatan dan/atau mengambil tindakan kepada setiap pengunjung, karyawan, atau setiap orang yang berada di tempat umum yang menjadi tanggung jawabnya apabila terbukti melanggar larangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

- (3) Setiap Pimpinan atau Penanggung Jawab tempat umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) wajib menyediakan tempat khusus untuk merokok.
- (4) Tindakan yang dapat dilakukan oleh pimpinan/penanggung jawab tempat umum sebagaimana dimaksud pada ayat (2) antara lain :
 - a. mempersilahkan setiap pengunjung atau setiap orang yang berada di tempat umum yang menjadi tanggung jawabnya untuk merokok di tempat khusus yang telah disediakan;
 - b. memerintahkan setiap karyawan yang berada di tempat umum yang menjadi tanggung jawabnya untuk merokok di tempat khusus yang telah disediakan;
 - c. mengusir setiap pengunjung atau setiap orang yang berada di tempat umum yang menjadi tanggung jawabnya;
 - d. memberikan sanksi administrasi kepada karyawannya sesuai dengan kebijakan dan/atau peraturan yang berlaku pada tempat umum dimaksud; atau
 - e. melaporkan kepada aparat yang berwenang.
- (5) Setiap pimpinan atau penanggung jawab tempat umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) wajib membuat dan memasang tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok dan tanda/petunjuk ruangan boleh merokok.

Paragraf 2 Tempat Kerja

Pasal 13

- (1) Setiap pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) wajib melarang setiap staf, karyawan dan/atau pegawainya atau setiap orang yang berada di tempat kerja yang menjadi tanggung jawabnya untuk tidak merokok kecuali di tempat khusus yang disediakan untuk merokok.
- (2) Setiap pimpinan atau penanggung jawab tempat kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) wajib memberikan teguran, peringatan dan/atau mengambil tindakan kepada setiap staf, karyawan dan/atau pegawainya atau setiap orang yang berada di tempat kerja yang menjadi tanggung jawabnya apabila terbukti melanggar larangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Setiap pimpinan atau penanggung jawab tempat kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) wajib menyediakan tempat khusus untuk merokok.

- (4) Tindakan yang dapat dilakukan oleh pimpinan/penanggung jawab tempat kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) antara lain :
- a. mempersilahkan setiap orang yang berada di tempat kerja yang menjadi tanggung jawabnya untuk merokok di tempat khusus yang telah disediakan;
 - b. memerintahkan setiap staf, karyawan dan/atau pegawainya untuk merokok di tempat khusus yang telah disediakan;
 - c. mengusir setiap orang yang berada di tempat kerja yang menjadi tanggung jawabnya;
 - d. memberikan sanksi administrasi kepada setiap staf, karyawan dan/atau pegawainya sesuai dengan kebijakan dan/atau peraturan yang berlaku pada tempat kerja dimaksud; atau
 - e. melaporkan kepada aparat yang berwenang.
- (5) Setiap pimpinan atau penanggung jawab tempat kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) wajib membuat dan memasang tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok dan tanda/petunjuk ruangan boleh merokok.

BAB V STANDAR TEMPAT KHUSUS UNTUK MEROKOK

Pasal 14

Ruangan tempat khusus untuk merokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 ayat (3) dan Pasal 13 ayat (3) harus memenuhi ketentuan sebagai berikut :

- a. terpisah dari ruangan atau area yang dinyatakan sebagai tempat dilarang merokok;
- b. dilengkapi dengan alat penghisap udara;
- c. memiliki sistem sirkulasi udara yang memadai.

BAB VI TANDA/PETUNJUK/PERINGATAN LARANGAN MEROKOK DAN TANDA/PETUNJUK RUANGAN BOLEH MEROKOK SERTA TATA CARA PEMASANGANNYA

Pasal 15

- (1) Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok harus memenuhi ketentuan sebagai berikut :
- a. Ukuran : lebih dari atau sama dengan 20 x 30 cm;
 - b. Warna : mencolok, sehingga mudah dilihat;

c. Materi :

1. terdapat tulisan "DILARANG MEROKOK" dan "NO SMOKING";
 2. terdapat gambar/symbol rokok menyala dicoret di dalam lingkaran berwarna merah;
 3. mencantumkan sanksi bagi si pelanggar serta dasar hukumnya;
- (2) Tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok harus dipasang pada tempat yang strategis dan mudah dilihat orang, yang jumlahnya disesuaikan dengan luas ruangan.
- (3) Contoh tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok adalah sebagaimana dinyatakan dalam Lampiran I Peraturan Walikota ini.

Pasal 16

- (1) Tanda/petunjuk ruangan boleh merokok harus memenuhi ketentuan sebagai berikut :
- a. Ukuran : lebih dari atau sama dengan 20 x 30 cm;
 - b. Warna : mencolok, sehingga mudah dilihat;
 - c. Materi :
 1. terdapat tulisan " RUANGAN MEROKOK" dan "SMOKING ROOM";
 2. terdapat gambar/symbol rokok menyala di dalam lingkaran berwarna biru;
- (2) Tanda/petunjuk ruangan boleh merokok harus dipasang pada tempat yang strategis dan mudah dilihat orang, yang jumlahnya disesuaikan dengan luas ruangan.
- (3) Contoh tanda/petunjuk ruangan boleh merokok adalah sebagaimana dinyatakan dalam Lampiran II Peraturan Walikota ini.

BAB VII PERAN SERTA MASYARAKAT

Pasal 17

- (1) Masyarakat dapat berperan serta dalam mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di Daerah.

- (2) Peran serta masyarakat dalam mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, dapat dilakukan dalam bentuk :
 - a. memberikan sumbangan pemikiran dan pertimbangan berkenaan dengan penentuan kebijakan yang terkait dengan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok;
 - b. melakukan pengadaan dan pemberian bantuan sarana dan prasarana yang diperlukan untuk mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok;
 - c. ikut serta dalam memberikan bimbingan dan penyuluhan serta penyebarluasan informasi kepada masyarakat;
 - d. mengingatkan setiap orang yang melakukan kegiatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 atau melaporkannya kepada pimpinan atau penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok;
 - e. mengingatkan perokok yang merokok di luar tempat khusus untuk merokok pada Kawasan Terbatas Merokok atau melaporkannya kepada pimpinan atau penanggung jawab Kawasan Terbatas Merokok;
 - f. melaporkan kepada pejabat berwenang jika terjadi pelanggaran.
- (3) Pemberian sumbangan pemikiran dan pertimbangan berkenaan kebijakan yang terkait dengan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dapat dilakukan langsung kepada/melalui SKPD terkait, atau secara tidak langsung dalam bentuk penyelenggaraan diskusi, seminar dan kegiatan sejenis, dan/atau melalui media komunikasi (cetak, elektronik, dan lain sebagainya).
- (4) Bantuan masyarakat berupa sarana/prasarana yang diperlukan untuk mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dapat diberikan secara langsung kepada pimpinan dan/atau penanggung jawab kawasan tanpa rokok atau kawasan terbatas merokok, sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (5) Peran serta masyarakat dalam mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilakukan secara berkelompok/institusional/badan hukum/badan usaha/ lembaga/organisasi maupun individu/perorangan.
- (6) Pimpinan atau penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok wajib mengambil tindakan atas laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf f.

BAB VIII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 18

- (1) Dalam rangka mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di daerah, Kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Kota Surabaya berwenang melakukan pembinaan dan pengawasan.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa bimbingan dan penyuluhan kepada masyarakat dan pimpinan atau penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
- (3) Pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa pemantauan atas ketaatan terhadap ketentuan yang berlaku pada Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
- (4) Kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain :
 - a. Kepala Dinas Kesehatan, melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap sarana kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1);
 - b. Kepala Dinas Pendidikan, melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Tempat Proses Belajar Mengajar dan Arena Kegiatan Anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) dan ayat (3);
 - c. Kepala Dinas Sosial, melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Tempat Ibadah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (4);
 - d. Kepala Dinas Perhubungan, melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Angkutan Umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (5) dan tempat umum berupa terminal, pelabuhan dan stasiun kereta api;
 - e. Kepala Dinas Perdagangan dan Perindustrian melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap tempat umum berupa pasar, pusat perbelanjaan, minimarket, supermarket, departement store, hypermarket, mall, plaza dan pertokoan;
 - f. Kepala Dinas Tenaga Kerja melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Tempat Kerja;

- g. Kepala Dinas Kebudayaan dan Pariwisata melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap tempat umum berupa Hotel, Restoran, rumah makan, jasa boga, bioskop, Tempat Wisata dan Kolam Renang;
 - h. Kepala Dinas Pemuda dan Olahraga melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap tempat umum berupa sarana olahraga;
 - i. Kepala Satuan Polisi Pamong Praja, melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap sarana kesehatan, tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah, Angkutan umum, tempat umum dan tempat kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 dan Pasal 6;
- (5) Kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah/Unit Kerja di lingkungan Pemerintah Daerah melakukan pembinaan dan pengawasan di masing-masing tempat kerja yang menjadi tanggung jawabnya.
- (6) Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan, Kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah melaksanakan prinsip-prinsip koordinasi.

Pasal 19

Pembinaan dan pengawasan untuk mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, dilaksanakan secara persuasif dan represif.

Pasal 20

- (1) Dalam rangka mendukung pelaksanaan pengawasan terhadap Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok yang dilakukan oleh Kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (4), Walikota membentuk Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
- (2) Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok mempunyai tugas :
- a. menyusun rencana kerja pelaksanaan pengawasan terhadap Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok;
 - b. membantu Kepala Dinas Kesehatan dalam menginventarisasi sarana kesehatan, tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah, tempat umum dan tempat kerja yang belum ditetapkan sebagai Kawasan Tanpa Rokok atau Kawasan Terbatas Merokok;

- c. melaksanakan pengawasan terhadap Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok;
 - d. membantu pejabat yang berwenang dalam memproses setiap pelanggaran yang terjadi pada saat melakukan pemantauan;
 - e. melaporkan pelaksanaan tugas Tim kepada Walikota.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Tim Pemantau dapat dibantu oleh tim Pemantau Pembantu yang dibentuk pada setiap Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
 - (4) Pembentukan Tim Pemantau Pembantu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan oleh masing-masing pimpinan/penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, dan dilaporkan kepada Ketua Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
 - (5) Tim Pemantau Pembantu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) wajib menyampaikan Laporan hasil pemantauannya setiap 1 (satu) bulan atau sewaktu-waktu sesuai kebutuhan kepada Ketua Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok atau Pejabat yang berwenang.
 - (6) Format Laporan hasil pemantauan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e dan ayat (5) dinyatakan dalam Lampiran III Peraturan Walikota ini.

BAB IX SANKSI ADMINISTRASI

Pasal 21

- (1) Pimpinan atau penanggung jawab sarana kesehatan, tempat proses belajar mengajar, area kegiatan anak, tempat ibadah, angkutan umum, yang melanggar ketentuan Pasal 5 ayat (1) Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, dapat dikenakan sanksi berupa :
 - a. peringatan tertulis;
 - b. penghentian sementara kegiatan;
 - c. pencabutan izin; dan/atau
 - d. denda paling banyak Rp. 50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah).
- (2) Denda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disetorkan ke Rekening Kas Umum Daerah.

- (3) Tata cara pemberian Sanksi Administratif di Kawasan Tanpa Rokok :
- a. Pimpinan atau penanggung jawab sarana kesehatan, tempat proses belajar mengajar, area kegiatan anak, tempat ibadah, angkutan umum, yang melanggar ketentuan Pasal 5 ayat (1) Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, diberi peringatan tertulis oleh Walikota dan/atau Kepala SKPD terkait;
 - b. apabila dalam waktu 1 (satu) bulan sejak peringatan tertulis diberikan, pimpinan/penanggungjawab sarana kesehatan, tempat proses belajar mengajar, area kegiatan anak, tempat ibadah, atau angkutan umum belum memenuhi ketentuan sebagaimana tercantum dalam peringatan tertulis, maka kepada pimpinan/penanggungjawab Kawasan dimaksud diberikan sanksi berupa :
 1. denda paling banyak Rp. 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah); dan/atau
 2. pencabutan izin bagi institusi yang membutuhkan perizinan.
- (4) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b diberikan oleh Walikota atau Pejabat yang berwenang.

Pasal 22

- (1) Pimpinan atau penanggung jawab tempat umum dan tempat kerja, yang melanggar ketentuan Pasal 5 ayat (2) Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, dapat dikenakan sanksi berupa :
- a. peringatan tertulis;
 - b. penghentian sementara kegiatan;
 - c. pencabutan izin; dan/atau
 - d. denda paling banyak Rp. 50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah).
- (2) Denda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disetorkan ke Rekening Kas Umum Daerah.
- (3) Tata cara pemberian Sanksi Administratif di Kawasan Terbatas Merokok :
- a. Pimpinan/penanggungjawab tempat umum dan tempat kerja yang melanggar ketentuan Pasal 5 ayat (2) Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok, diberikan peringatan tertulis oleh Walikota dan/atau Kepala SKPD terkait;

- b. apabila dalam waktu 1 (satu) bulan sejak peringatan tertulis diberikan, Pimpinan/penanggungjawab tempat umum dan tempat kerja belum memenuhi ketentuan sebagaimana tercantum dalam peringatan tertulis, maka kepada pimpinan/penanggungjawab Kawasan dimaksud, diberikan sanksi berupa :
1. Denda paling banyak Rp. 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah); dan/atau
 2. Pencabutan izin bagi institusi yang membutuhkan perizinan.
- (4) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b diberikan oleh Walikota atau Pejabat yang berwenang.

BAB X

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 23

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Surabaya.

**Ditetapkan di Surabaya
pada tanggal**

WALIKOTA SURABAYA

BAMBANG DWI HARTONO

LAMPIRAN I PERATURAN WALIKOTA SURABAYA

NOMOR :

TANGGAL : _____

TANDA/PETUNJUK/PERINGATAN LARANGAN MEROKOK



≥ 30 cm

≥ 20 cm

WALIKOTA SURABAYA,

BAMBANG DWI HARTONO

LAMPIRAN II PERATURAN WALIKOTA SURABAYA
NOMOR :
TANGGAL : _____

TANDA/PETUNJUK RUANGAN BOLEH MEROKOK



WALIKOTA SURABAYA,

BAMBANG DWI HARTONO

LAMPIRAN III PERATURAN WALIKOTA SURABAYA
NOMOR :
TANGGAL : _____

LAPORAN TIM PEMANTAU
KAWASAN TANPA ROKOK DAN KAWASAN TERBATAS MEROKOK

Kepada : Yth. Walikota Surabaya

No	Nama Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok	Jumlah Pelanggar	Jumlah Tempat Kejadian Perkara		Jenis pelanggaran (sesuai Perda Nomor 5 Tahun 2008)					Tindakan yang diambil (sesuai Perda Nomor 5 Tahun 2008)					Keterangan
			KTR	KTM	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	

Tim Pemantau,

.....

LAPORAN TIM PEMANTAU PEMBANTU

Kepada : Yth. Ketua Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok

No	Nama Pelanggar KTR / KTM	Identitas Pelanggar KTP/SIM/Identitas lain	Nama Tempat Pelanggaran		Jenis Pelanggaran	Waktu Pelanggaran	Tindakan yang diambil
			KTR	KTM			

Tim Pemantau Pembantu,

.....

WALIKOTA SURABAYA,

BAMBANG DWI HARTONO

CURRICULUM VITAE

Nama : Theodora Clara Carolina Silalahi
Tempat / Tanggal Lahir : Surabaya / 24 Juni 1995
Janis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Komp. MNA A13, Sedati - Juanda, Sidoarjo. 61253.
e-Mail : tclaracsilalahi@gmail.com
No. Hp : 0856 4661 0011
Pendidikan : 1. 2001-2007 SD Kristen Petra 13 Surabaya
2. 2007-2010 SMP Kristen Petra 5 Surabaya
3. 2010-2013 SMA Negeri 20 Surabaya
4. 2013-2018 Universitas Brawijaya Malang
Pengalaman Magang : Badan Kepegawaian Daerah Provinsi DKI Jakarta



Malang, 18 Januari 2018

Theodora Clara Carolina Silalahi