

**EFEKTIVITAS QANUN PEMERINTAH ACEH TENGAH
NOMOR 10 TAHUN 2013 TENTANG KAWASAN TANPA
ROKOK DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) DATU
BERU TAKENGON**

SKRIPSI

**Diajukan Oleh :
MELGA PANI LESTARI
NIM. 160802142**

**Mahasiswa fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Pemerintahan
Program Studi Ilmu Administrasi Negara**



**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU PEMERINTAHAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI AR-RANIRY
BANDA ACEH
2021 M / 1441 H**

PERNYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Melga Pani Lestari
NIM : 160802142
Program Studi : Ilmu Administrasi Negara
Fakultas : Ilmu Sosial dan Ilmu Pemerintahan
Tempat Tanggal Lahir : Kuta Cane, 01 Juni 1998
Alamat : Jln. Lasamana Malahayati, kompleks Polayasa Kajhu, Baitussalam.

Dengan ini menyatakan bahwa dalam penulisan skripsi ini saya :

1. Tidak menggunakan ide orang lain tanpa mampu mengembangkan dan mempertanggungjawabkan.
2. Tidak melakukan plagiasi terhadap naskah karya orang lain.
3. Tidak menggunakan karya orang lain tanpa menyebutkan sumber asli atau tanpa izin pemilik karya.
4. Tidak melakukan manipulasi dan pemalsuan data.
5. Mengerjakan sendiri karya ini dan mampu bertanggungjawab atas karya ini.

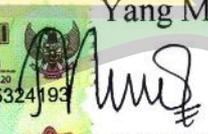
Bila dikemudian hari ada tuntutan dari pihak lain atas karya saya, dan telah melalui pembuktian yang dapat dipertanggungjawabkan dan ternyata memang ditemukan bukti bahwa saya telah melanggar pernyataan ini, maka saya siap dikenai sanksi berdasarkan aturan yang berlaku di Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Pemerintahan UIN Ar-Raniry Banda Aceh.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

A R - R A N I R Y Banda Aceh, 21 Januari 2021

Yang Menyatakan,




MELGA PANI LESTARI
NIM. 160802142

**EFEKTIVITAS QANUN PEMERINTAH ACEH TENGAH
NOMOR 10 TAHUN 2013 TENTANG KAWASAN TANPA
ROKOK DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) DATU
BERU TAKENGON**

SKRIPSI

Diajukan Kepada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Pemerintahan
Universitas Islam Negeri (UIN) Ar-Raniry Banda Aceh
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana (S1) Dalam Ilmu Administrasi Negara

Oleh :

MELGA PANLESTARI

NIM. 160802142

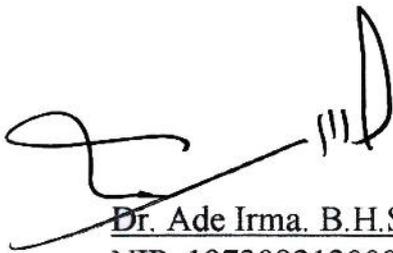
Mahasiswa Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Pemerintahan
Program Studi Ilmu Administrasi Negara

Disetujui untuk dimunaqasyahkan oleh :

جامعة الرانيري
A R - R A N I R Y

Pembimbing I,

Pembimbing II,



Dr. Ade Irma. B.H.Sc., M.A
NIP. 197309212000032004



Cut Zamharira, S.IP., M. AP.
NIDN. 2017117904

**EFEKTIVITAS QANUN PEMERINTAH ACEH TENGAH NOMOR 10
TAHUN 2013 TENTANG KAWASAN TANPA ROKOK DI RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) DATU BERU TAKENGON**

SKRIPSI

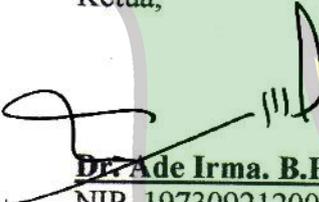
Telah Diuji oleh Panitia Ujian Munaqasyah Skripsi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu
Pemerintahan UIN Ar-Raniry Banda Aceh Dan Dinyatakan Lulus Serta Diterima
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Sarjana (S1) Dalam Ilmu
Administrasi Negara.

Pada Hari/Tanggal : Rabu, 03 Februari 2021

Banda Aceh,
Panitia Ujian Munaqasyah Skripsi

Ketua,

Sekretaris,


Dr. Ade Irma, B.H.Sc., M.A.
NIP. 197309212000032004


Cut Zamharira, S.IP., M.AP.
NIDN. 2017117904

Penguji I,

Penguji II,


Dr. S. Amirulkamar, MM., M.Si.
NIP. 196110051982031007


Muazzinah, B.Sc., MPA
NIP. 1984112520190320

Mengetahui
Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Pemerintahan
UIN Ar-Raniry Banda Aceh




Dr. Ernita Dewi, S.Ag., M.Hum
NIP. 197307232000032002

ABSTRAK

Sebagai wujud kepedulian Kabupaten Aceh Tengah terhadap kesehatan masyarakatnya, Pemerintah Kabupaten Aceh Tengah membuat satu Qanun tentang Kawasan Tanpa Rokok. Qanun tersebut hanya berlaku pada tempat-tempat umum baik terbuka maupun tertutup yang telah ditentukan pada Pasal 4 ayat (1) Qanun Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok. Termasuk di RSUD Datu Beru Takengon sebagai kawasan tanpa rokok. Dalam Qanun ini telah diatur sanksi pidana kurungan atau denda yang diharapkan agar mampu membuat para perokok aktif jera untuk melanggar. Namun fakta yang terjadi sekarang di RSUD Datu Beru Takengon masih banyak pelanggaran. Penelitian ini bertujuan untuk Untuk mengetahui sejauh mana efektivitas Qanun Nomor 10 Tahun 2013 Pemerintah Aceh Tengah dalam pelaksanaan kebijakan kawasan tanpa rokok di RSUD Datu Beru Takengon dan Untuk mengetahui kendala pemerintah Aceh Tengah dalam penerapan kawasan tanpa rokok di RSUD Datu Beru. Adapun metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang KTR di RSUD Datu Beru Takengon dapat dikatakan efektif dengan menggunakan 3 indikator yaitu ketepatan sasaran kebijakan, sosialisasi kebijakan, dan pemantauan kebijakan begitu pula sesuai dengan Surat Keputusan Direktur RSUD Datu Beru Takengon, akan tetapi masih ada ditemui kendala dalam pelaksanaan qanun tersebut seperti tidak diberlakukannya sanksi hukum, kurangnya tingkat kesadaran masyarakat, dan tidak ada SOP yang berkaitan khusus tentang KTR sendiri, namun hanya merujuk pada Surat Keputusan direktur RSUD Datu Beru Takengon.

Kata Kunci : *Efektivitas, Qanun, Kawasan Tanpa Rokok*

جامعة الرانيري

A R - R A N I R Y

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT dengan berkat rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Shalawat beriring salam tidak lupa kita sanjung sajikan ke pangkuan Nabi besar Muhammad SAW, kepada keluarga, para sahabat, dan para alim ulama.

Dengan judul skripsi “Efektivitas Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD Datu Beru Takengon”. Adapun maksud dan tujuan dari penyusunan skripsi ini adalah untuk memenuhi persyaratan dalam rangka untuk memperoleh gelar sarjana pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Pemerintahan, Program Studi Ilmu Administrasi Negara di Universitas Islam Negeri Ar-Raniry. Dalam penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari dorongan semangat dan bantuan dari semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini. Semoga Allah memberikan balasan yang terbaik bagi semua. Oleh karena itu pada kesempatan ini, saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Warul Walidin, Ak. MA, selaku Rektor Universitas Islam Negeri Ar-Raniry.
2. Dr. Ernita Dewi, S.Ag, M.Ag, M.Hum, selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Pemerintahan Universitas Islam Negeri Ar-Raniry.
3. Dr. Ade Irma. B.H.Se., M.A selaku Dosen Pembimbing pertama skripsi saya yang telah membimbing, mendidik, memberikan saran, motivasi serta mengarahkan saya sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini.
4. Cut Zamharira, S.IP.,M.AP selaku Dosen Pembimbing kedua akademik yang telah membimbing, mendidik, memberikan saran, motivasi serta mengarahkan saya sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini.
5. Eka Januar, M.Soc., Sc, selaku Ketua Prodi Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Pemerintahan Universitas Islam Negeri Ar-Raniry.

6. Seluruh Dosen Ilmu Administrasi Negara dan Staf Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Pemerintahan, terkhususnya kepada Prodi Ilmu Administrasi Negara yang senantiasa memberikan ilmu pengetahuan dan bimbingan selama perkuliahan.
7. Serta yang istimewa terima kasih saya kepada Alm ayah dan Almh Ibu saya tercinta, yang telah mengasuh, mendidik, membimbing, membina dan walaupun beliau belum sempat melihat saya sukses akan tetapi setidaknya saya bisa mengukir senyum orang tua saya. Dan kepada Ibu asuh saya Eva Megawati yang sudah seperti ibu kandung saya dan paling berperan penting memberi motivasi, mengasuh, membesarkan saya dan selalu mendukung saya serta seluruh keluarga yang telah memberikan semangat dan dukungan sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini.
8. Kepada semua pihak yang telah membantu saya menyelesaikan skripsi ini saya ucapkan terima kasih, terutama kepada seluruh karyawan RSUD Datu Beru Takengon.
9. Terima kasih juga kepada sahabat-sahabat saya, Tuah Wan Ramadhan, Rahmayana, Eka Nadia, Desy Lestari, Dwi Indayana, Juni Rahmat AR, Hamidah, Samsiar Radiani dan Reza Jasman yang saling bekerja sama dan saling membantu memberikan masukan, dukungan dan motivasi untuk saya dalam menyelesaikan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa dalam skripsi ini masih jauh dari sempurna, karena banyak keterbatasan, kemampuan, dan pengalaman penulis. Maka dari itu, segala kritikan dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan skripsi ini sangat peneliti harapkan. Demikian, semoga skripsi ini dapat dijadikan referensi bagi penelitian yang dilakukan di masa yang akan datang terkait Efektivitas Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD Datu Beru Takengon.

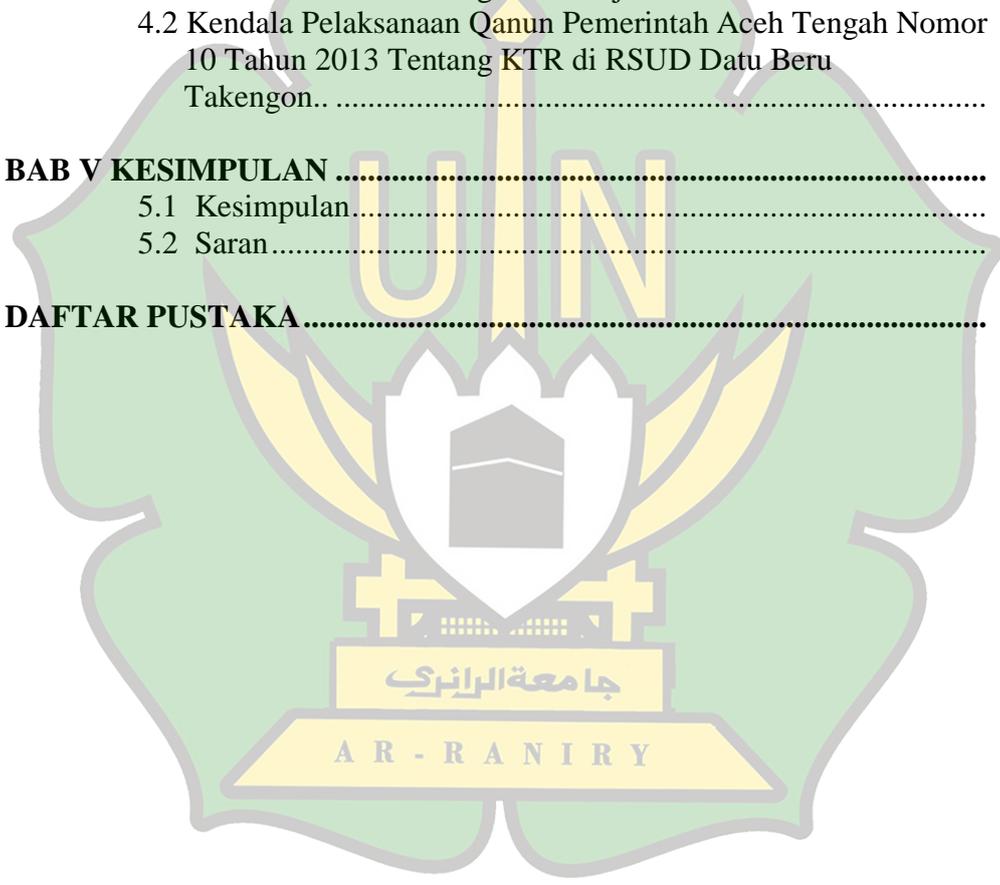
Banda Aceh, 21 Januari 2021
Peneliti,

Melga Pani Lestari
NIM. 160802142

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
LEMBAR KEASLIAN KARYA ILMIAH	ii
LEMBARAN PENGESAHAN PEMBIMBING	iii
LEMBARAN PENGESAHAN SIDANG	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	4
1.3 Rumusan Masalah.....	4
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	5
1.6 Penjelasan Istilah	6
1.7 Metode Penelitian	7
1.7.1 Pendekatan dan Jenis Penelitian.....	7
1.7.2 Lokasi Penelitian	7
1.7.3 Jenis dan Sumber Data	8
1.7.4 Fokus Penelitian	8
1.7.5 Informan Penelitian	9
1.7.6 Teknik Pengumpulan Data	10
1.7.7 Teknik Analisis Data	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	13
2.1 Penelitian Terdahulu	13
2.2 Teori Implementasi Kebijakan Publik	16
2.1.1 Pengertian Implementasi Kebijakan Publik	16
2.1.2 Efektivitas Implementasi Kebijakan Publik	18
2.3 Qanun (Perda)	20
2.3.1 Pengertian Qanun (Perda)	20
2.3.2 Kawasan Tanpa Rokok (KTR).....	22
2.3.3 Larangan dan Kewajiban.....	23
2.3.4 Peran Serta Masyarakat.....	24
2.3.5 Pembinaan dan Pengawasan.....	24
2.4 Perlindungan Kesehatan Masyarakat.....	25
2.5 Kerangka Pemikiran	28

BAB III GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN	30
3.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	30
3.1.1 Sejarah RSUD Datu Beru.....	30
3.1.2 Struktur Organisasi.....	35
BAB IV DATA DAN HASIL PENELITIAN.....	37
4.1 Efektifitas Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang KTR di RSUD Datu Beru Takengon.....	37
4.1.1 Ketetapan Sasaran Program/Kebijakan	39
4.1.2 Sosialisasi Program/Kebijakan.....	43
4.1.3 Pemantauan Program/Kebijakan	48
4.2 Kendala Pelaksanaan Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang KTR di RSUD Datu Beru Takengon..	51
BAB V KESIMPULAN	59
5.1 Kesimpulan.....	59
5.2 Saran.....	60
DAFTAR PUSTAKA.....	61



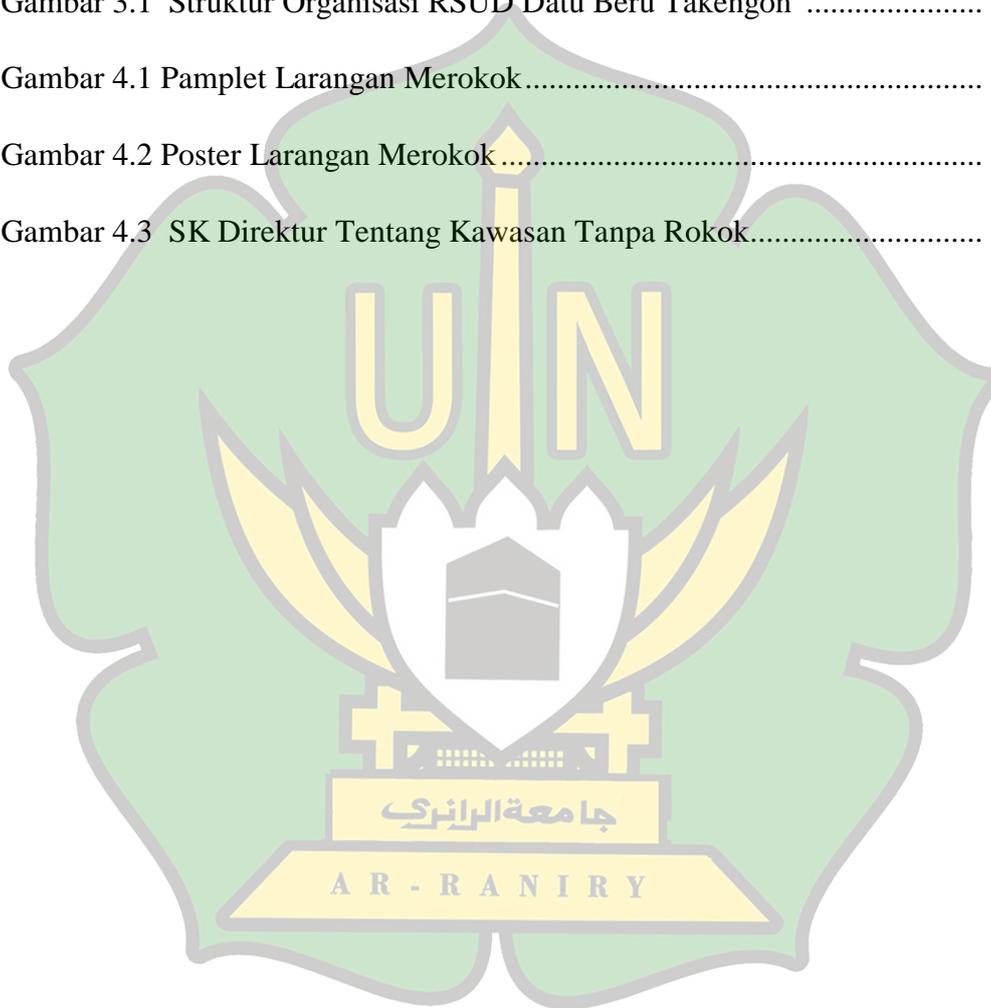
DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Fokus Penelitian	9
Tabel 1.2 Informan Penelitian	10



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Pemikiran	29
Gambar 3.1 Struktur Organisasi RSUD Datu Beru Takengon	36
Gambar 4.1 Pamphlet Larangan Merokok.....	45
Gambar 4.2 Poster Larangan Merokok.....	46
Gambar 4.3 SK Direktur Tentang Kawasan Tanpa Rokok.....	55



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Surat Keputusan Pembimbing

Lampiran 2 : Dokumentasi Penelitian

Lampiran 3 : Draf wawancara

Lampiran 4 : Surat Izin Penelitian

Lampiran 5 : Riwayat Hidup Penulis



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pada tahun 2008 World Health Organization (WHO) mengemukakan bahwasanya terdapat 1 milyar orang yang menjadi pengguna tembakau diseluruh dunia. Berlebihan mengkonsumsi tembakau bisa menyebabkan kematian pada seseorang setiap 1 detiknya. Kematian seorang perokok itu disebabkan oleh salah satu penyakit yang berhubungan dengan rokok itu sendiri.

Organisasi WHO menguraikan separuh dari jumlah kematian perokok itu berasal dari Asia, dikarenakan tingginya jumlah penggunaan tembakau. Jumlah kematian akibat rokok di negara-negara berkembang semakin meningkat hampir empat kali lipat dari 2.1 juta orang pada tahun 2000 dan dapat diperkirakan menjadi 6.4 juta orang pada tahun 2030. Kemudian pada negara-negara maju angka kematian mengkonsumsi tembakau malah semakin menurun yaitu 2.8 juta menjadi 1.6 juta dalam jangka waktu yang sama.¹

Merokok sampai saat ini masih menjadi permasalahan nasional maupun Internasional yang perlu secara terus menerus diupayakan penanggulangannya, karena menyangkut berbagai aspek permasalahan dalam kehidupan yaitu aspek ekonomi, sosial, politik, dan yang paling utamanya aspek kesehatan. Indonesia menduduki peringkat ke-3 dengan jumlah perokok terbesar di dunia setelah China dan India.

¹ Agus Supriyadi , Skripsi: *Kawasan Tanpa Rokok Sebagai Perlindungan Masyarakat Terhadap Paparan Asap Rokok Untuk Mencegah Penyakit Terkait Rokok* (Semarang:UDINUS,2014), Hlm.13.

Rokok adalah lintingan atau gulungan tembakau yang digulung dan biasanya dihisap seseorang setelah dibakar ujungnya, andungan yang terdapat didalam rokok yaitu salah satu zat adiktif yang mengandung kurang lebih 4000 bahan kimia dimana 200 diantaranya beracun dan 43 jenis lainnya dapat menyebabkan kanker bagi tubuh manusia sehingga apabila digunakan dapat mengakibatkan bahaya kesehatan bagi perokok itu sendiri dan orang lain sekitarnya yang bukan perokok.²

Merokok merupakan hak dari setiap orang namun hak ini juga mengandung kewajiban adanya penghormatan terhadap hak orang lain untuk memperoleh udara yang sehat dan bersih. Aktivitas merokok ini juga memberi dampak buruk bagi kesehatan seperti jantung koroner, kanker paru, penyakit paru obstruktif, stroke maupun penyakit lainnya.

Dalam hal ini pemerintah membuat dasar hukum kawasan tanpa rokok di Indonesia yang tercantum pada undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang mengamanatkan dalam upaya menciptakan lingkungan yang sehat, maka setiap orang berkewajiban menghormati hak orang lain dalam memperoleh lingkungan yang sehat, baik fisik, biologi, maupun sosial, dan setiap orang berkewajiban untuk berperilaku hidup sehat dalam mewujudkan, mempertahankan, serta memajukan kesehatan yang setinggi-tingginya. Karena, lingkungan yang sehat dapat terwujud antara lain dengan menerapkan kawasan tanpa rokok (KTR) di Fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar

² Ricky Fernando, Afar Marom, *Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Di Puskesmas Panadaran Kota Semarang*. Journal Of Public Policy And Management Review, Vol 5 No 2 Tahun 2016, hlm 2.

mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja dan tempat umum lainnya.³

Tujuan penerapan KTR ini secara khusus adalah menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat rokok, sedangkan secara umum penerapan KTR dapat membantu terwujudnya lingkungan yang bersih, sehat, aman dan nyaman, memberikan perlindungan bagi masyarakat bukan perokok, menurunkan angka perokok.⁴ Kebijakan penerapan kawasan tanpa rokok juga mesti didukung dengan kepatuhan dan kepedulian masyarakat mengenai kebijakan tersebut, sehingga kebijakan pemerintah tentang area bebas rokok nantinya akan mampu menyelamatkan nasib perokok pasif melihat banyaknya jumlah perokok aktif yang ada.

Aceh Tengah menjadi salah satu Kabupaten di provinsi Aceh yang sudah menerapkan kawasan tanpa rokok, hal ini ditetapkan didalam Qanun No 10 Tahun 2013 tentang kawasan tanpa rokok di Kabupaten Aceh Tengah.⁵ Penerapan KTR ini sudah dilakukan di RSUD Datu Beru Takengon Kabupaten Aceh Tengah, Namun dalam pelaksanaan Qanun tersebut tidak dijalankan maksimal oleh masyarakat. Karena sejak berjalannya Qanun tersebut masih banyak dijumpai permasalahan dalam pelaksanaannya, hal ini dikarenakan sosialisasi pada kawasan tanpa rokok belum menyeluruh dilakukan, begitu pula dengan penerapan KTR di kota dingin itu masih ada kendala.⁶

³ Ibid, hlm 2.

⁴ Ibid, hlm 3.

⁵<http://aceh.tribunnews.com/2019/01/19/pegawai-dan-warga-kedapatan-merokok-di-kawasan-ktr-di-aceh-tengah-rokok-dan-asbak-disita>. Diakses 17- Desember- 2019

⁶http://rri.co.id/takengon/post/berita/438055/daerah/qanun_kawasan_bebas_rokok_masih_serang_dilanggar.html. Diakses 29 Desember 2019

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan salah satu pengunjung yang sedang mengunjungi keluarganya yang sakit menyatakan pada tahun 2017 di RSUD Datu Beru Takengon masih ada masyarakat yang melanggar larangan merokok di kawasan rumah sakit, dikarenakan penulisan larangan kawasan tanpa rokok itu hanya ada di beberapa tempat sehingga masyarakat tersebut merokok di beberapa tempat yang tidak ditulis larangan merokok walaupun sudah jelas rumah sakit merupakan kawasan tanpa rokok, sehingga mampu menjadikan prospek kehidupan masyarakat secara aman dan terkendali dengan sistematika kehidupan yang layak tanpa rokok.

Berdasarkan Penjelasan diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Efektivitas Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD Datu Beru Takengon”.

1.2. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis mengidentifikasi beberapa masalah sebagai berikut :

1. Kurangnya pemberian sanksi maupun peringatan kepada pelaku merokok di lingkungan RSUD Datu Beru Takengon.
2. Kurangnya tingkat kesadaran para perokok aktif dilingkungan sekitar RSUD Datu Beru Takengon.

1.3. Rumusan Masalah

Perumusan masalah merupakan hal yang sangat penting untuk dilakukan sehingga penelitian dapat terarah dalam membahas masalah yang akan diteliti,

mengetahui arah batasan penelitian, serta meletakkan pokok yang akan dikaji (dibahas) dalam suatu penelitian.

Berdasarkan latar belakang yang peneliti uraikan, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Bagaimana efektivitas qanun pemerintah Aceh Tengah tentang kawasan tanpa rokok di RSUD Datu Beru Takengon ?
2. Apa kendala pemerintah dalam pelaksanaan qanun kawasan tanpa rokok di RSUD Datu Beru Takengon ?

1.4. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas, adapun tujuan penelitian ini yaitu :

1. Untuk mengetahui dan menganalisis efektivitas penerapan qanun pemerintah Aceh Tengah dalam pelaksanaan kebijakan kawasan tanpa rokok di RSUD Datu Beru Takengon.
2. Untuk mengetahui dan menganalisis kendala pemerintah Aceh Tengah dalam penerapan kawasan tanpa rokok di RSUD Datu Beru Kabupaten Takengon.

1.5. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini dijabarkan dalam siklus kehidupan penelitian sebagai berikut :

1. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi bagi pemerintah dalam melaksanakan kebijakan kawasan tanpa rokok serta menjadi acuan bagi masyarakat agar dapat mengerti akan bahaya rokok serta Penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pihak Rumah Sakit Umum Datu Beru di kabupaten Aceh Tengah.

2. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi acuan dan pengembangan ilmu administrasi negara dalam bidang kajian kebijakan pemerintah.

1.6. Penjelasan Istilah

Terkait adanya beberapa istilah-istilah dalam judul skripsi maka dari itu peneliti akan menjelaskan defenisi istilah tersebut untuk memudahkan pembaca dalam memahami penelitian ini.

1. Efektivitas

Menurut Hidayat “Efektivitas adalah suatu ukuran yang menyatakan seberapa target (kuantitas, kualiyas dan waktu) telah tercapai. Dimana semakin besar presentase target yang dicapai, makin tinggi efektivitasnya.”⁷

2. Qanun

Sumber dari Jabbar Sabil merujuk pada penjelasan Al-Najjar dan Abdul Allah secara terminologi kata “qanun berarti kumpulan kaedah yang mengatur hubungan masyarakat dimana jika diperlukan seseorang akan dipaksa oleh pemerintah untuk mengikuti aturan tersebut”.⁸

3. Kawasan Tanpa Rokok (KTR) جامعة الران

Kawasan Tanpa Rokok itu sendiri adalah suatu ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau.⁹

⁷ Anggaryni lisa dan yusliati, *Efektivitas Rehabilitas Pecandu Narkotika Serta Pengaruhnya Terhadap Tingkat Kejahatan Di Indonesia* (Ponorogo:Uwasi Inspirasi Indonesia,2018) hal 13

⁸ Jabbar Sabil, *Peran Ulama Dalam Taqin Di Aceh*, Jurnal Transformasi Administrasi, Vol. 02. No. 01. Tahun 2012, hlm. 201.

⁹ Bambang supriyadi, Skripsi : *Implementasi Peraturan Pemerintah Provinsi Lampung Nomor 8 Tahun 2017 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Menurut Pandangan Hukum Islam (Studi Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Abdul Moeloek)* (Bandar Lampung : Universitas Islam Negeri Raden Intan Lampung, 2020) hlm 5

4. Rumah sakit umum daerah (RSUD)

Rumah sakit umum daerah (RSUD) merupakan salah satu perangkat daerah yang menyelenggarakan kegiatan dalam memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna bagi masyarakat yang berorientasikan pada peningkatan mutu layanan dan kesehatan pasien yang sesuai dengan standar pelayanan kesehatan, standar pelayanan, etika profesi, serta standar prosedur operasional.¹⁰

1.7. Metode Penelitian

1.7.1. Pendekatan dan Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Penelitian deskriptif kualitatif ini artinya penelitian yang berusaha mendeskripsikan dan menginterpretasikan kondisi atau hubungan yang ada, pendapat yang sedang tumbuh, proses yang sedang berlangsung, akibat yang sedang terjadi atau kecenderungan yang tengah berkembang.¹¹

1.7.2. Lokasi Penelitian

Dalam melakukan penelitian diharuskan adanya tempat penelitian, penelitian ini dilakukan di RSUD Datu Beru Takengon Kabupaten Aceh Tengah, dikarenakan Rumah sakit inilah satu-satunya Rumah sakit yang memiliki fasilitas terlengkap dan terdekat jaraknya pada kawasan Aceh tenggara, Gayo Lues, Aceh Tengah dan Bener Meriah.

¹⁰ dr. Ratih wulandari, M.H, *Perlindungan Hukum Pegawai Pemerintah Dengan Perjanjian Kerja Di Rumah Sakit Umum Daerah*, (Surabaya: Scopindo Media Pustaka, 2020) hlm 43.

¹¹ http://a-research.upi.edu/operator/upload/t_pd_0908073_chapter3.pdf. Diakses 6 Januari 2020

1.7.3. Jenis dan Sumber Data

1) Data Primer

Data Primer diperoleh dari lapangan yang dilakukan oleh peneliti langsung dengan mengumpulkan data atau informasi secara cermat dan tuntas.¹² Adapun yang menjadi informan pada penelitian ini adalah Kepala seksi pelayanan medis, Koordinator Satpam RSUD Datu Beru, Anggota Satpam, Pengunjung merokok dan Pengunjung tidak merokok.

2) Data Sekunder

Data yang diperoleh dari studi pustaka. Data ini digunakan untuk mendukung informasi primer yang diperoleh baik dari dokumen maupun dari observasi langsung ke lapangan. Data sekunder ini seperti buku, skripsi, jurnal, media massa yang berkaitan dengan variabel yang dilakukan oleh peneliti.

1.7.4. Fokus Penelitian

Tabel 1.1.
Fokus Penelitian

No	Dimensi	Indikator	Sumber
1	Efektivitas Kebijakan KTR	a) Ketepatan sasaran dan tujuan program b) Pengawasan c) Sosialisasi	1. Totok Mardikonto dan Poerwoko Soebiato. 2013. Pemberdayaan Masyarakat Dalam Perspektif Kebijakan Publik. Bandung: Alfabeta. 2. Winardi, 2011. Kepemimpinan Dalam Manajemen. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

¹² Widjono Hs, *Bahasa Indonesia Mata Kuliah Pengembangan Kepribadian Di Perguruan Tinggi* (Jakarta: PT Grasindo, 2007), hlm 248.

2	Faktor penghambatan	a) Sumber daya (sumber daya manusia maupun sumber daya berbentuk materil) b) Lingkungan organisasi	Prihartono, <i>Administrasi, Organisasi, dan Manajemen: Pendekatan Praktis dan Teknik Mengelola Organisasi</i> . Yogyakarta: andi offset, 2012.
---	---------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.7.5. Informan Penelitian

Pemilihan informan dilakukan secara sengaja (*purposive sampling*), untuk menggali informasi yang menjadi dasar rancangan teori dengan keberadaan penelitian yang dilakukan pada RSUD Datu Beru Takengon. Dengan ini tujuan terpilihnya sampel mendapatkan informasi-informasi dan memilih orang-orang yang memungkinkan peneliti mempelajari isu-isu yang ada sehingga memenuhi syarat *good informants* yaitu menyampaikan data apa adanya, jujur, enak berbicara dan dapat berkomunikasi dengan baik, disukai orang lain, bertanggungjawab dan memahami objek penelitian termasuk menguasai informasi maupun bersedia membagikan pengetahuannya serta menjunjung tinggi sikap saling percaya.¹³

Pada dasarnya dalam penelitian kualitatif peneliti sebagai instrumen utama yang mampu memainkan peran sebagai instrumen kreatif karena memiliki banyak peran baik sebagai perencana, pelaksana, pengumpul data, penganalisis, penafsir data dan terakhir sebagai pelapor penelitian. Disini sangat diperlukan kepekaan peneliti dalam memenuhi kebutuhan informasi (wawancara, observasi dan pengumpulan data) sesuai dengan problema penelitian yang di ambil.¹⁴

¹³ Sugiono, *Metode Penelitian Kuantitatif, kualitatif dan R & D*, (Bandung: ALFABETA, 2013), hlm 84

¹⁴ Ibid, hlm 85

Pada penelitian ini, peneliti mewawancarai beberapa informan dengan teknik pemilihan informan didasarkan pada *purposive sampling* (Informan yang dipilih sengaja, oleh para peneliti) sebagai berikut :

Tabel 1.2
Informan Penelitian

No	Informan	Jumlah
1	Wakil Direktur pelayanan	1 Orang
2	Kepala seksi pelayanan medis	1 Orang
3	Kepala Koordinator satpam	1 Orang
4	Anggota satpam	1 Orang
5	Pengunjung (Keluarga pasien) RSUD Datu Beru	2 Orang
Jumlah		6 Orang

Sumber : Peneliti tahun 2020

1.7.6. Teknik Pengumpulan Data

Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan peneliti yaitu sebagai berikut :

1) Observasi

Observasi merupakan salah satu teknik pengumpulan data yang tidak hanya mengukur sikap dari informan, namun juga dapat digunakan untuk merekam berbagai fenomena yang terjadi (situasi, kondisi). Teknik ini digunakan bila penelitian ditunjukkan untuk mempelajari perilaku manusia, proses kerja, gejala-gejala alam dan dilakukan pada informan yang tidak terlalu besar.

Observasi bertujuan untuk mengamati subjek dan objek penelitian, sehingga peneliti dapat memahami, mengamati kondisi yang sebenarnya serta dapat mencari jawaban dan mencari bukti gambaran mengenai penerapan KTR di RSUD Datu Beru Takengon.

2) Wawancara mendalam

Wawancara mendalam Yaitu dengan mengadakan tanya jawab dan tatap muka langsung dengan beberap informan seperti stakeholder yang dianggap mengetahui banyak mengenai objek penelitian dan permasalahan yang diangkat dalam peneltian ini sebagai sumber data.

3) Dokumentasi

Teknik dokumentasi ini suatu cara memperoleh informasi data penelitian dengan mengumpulkan jurnal penelitian yang menyangkut tentang efektivitas pemerintah Aceh Tengah dalam penerapan qanun nomor 10 tahun 2013 tentang kawasan tanpa rokok di RSUD Datu Beru Takengon.

1.7.7. Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data kedalam beberapa kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesis, menyusun serta menata ke dalam pola, memilih mana yang penting yang akan dipelajari, serta membuat kesimpulan

sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri dan orang lain. Menurut Sugiono dalam mengkatagorikan ada tiga komponen pokok dalam analisis data yaitu¹⁵.

1) Reduksi Data

Reduksi data merupakan proses pemilihan dan pemusatan perhatian pada penyederhanaan data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis dilapangan. Reduksi data juga merupakan suatu bentuk analisis yang mempertegas, memeperpendek, membuang hal yang tidak penting, dan mengatur data sedemikian rupa sehingga kesimpulan akhir dapat dilakukan.

2) Penyajian Data

Penyajian data dapat diartikan sebagai pemaparan informasi yang tersusun untuk memberi peluang terjadinya suatu kesimpulan. Selain itu, dalam penyajian data diperlukan adanya perencanaan kolom dan table bagi data kualitatif dan bentuk khususnya. Penyajian data yang baik dan jelas sistematikannya diperlukan untuk melangkah kepada tahapan kualitatif selanjutnya.

3) Penarikan Kesimpulan

Penarikan kesimpulan merupakan tahap akhir dalam penelitian dimana data-data yang telah diperoleh akan ditarik garis besar atau kesimpulan sebagai hasil dari keseluruhan penelitian tersebut.

¹⁵ Sugiono, *Metode Penelitian Kuantitatif, kualitatif dan R&D*, (Bandung: ALFABETA, 2008), cet. IV, hlm 244

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Penelitian Terdahulu

Dalam Penelitian ini tentunya peneliti telah meninjau dan memahami beberapa hasil penelitian sejenisnya yang mana untuk digunakan sebagai bahan rujukan dan menghindari adanya kesamaan pada penelitian yang akan dilaksanakan serta menghindari adanya salah pengertian.

Beberapa tinjauan penelitian yang dikemukakan antara lain:

- 1) Jurnal yang berjudul “Implementasi Peraturan Daerah Nomor 05 Tahun 2012 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di RSUD Taman Husada Kota Bontang” yang ditulis oleh Fick Torya mahasiswa program studi Administrasi Negara di Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik di Universitas Mulawarman, beliau meneliti mengenai bagaimana sosialisasi yang dilakukan pemerintah terkait Perda tersebut di RSUD Taman Husada Kota Bontang. Hasil penelitian tersebut menghasilkan jawaban bahwa sosialisasi yang dilakukan telah mencapai target dan dimengerti serta mendapat respon yang baik dari target..¹⁶
- 2) Skripsi Skripsi Ade Resty Ambar Wati yang berjudul “Penerapan Kawasan tanpa Rokok Berdasarkan Peraturan Daerah Kota Metro Nomor 4 Tahun 2014”, Fakultas Hukum Universitas Lampung Tahun 2017.¹⁷ Tulisan tersebut

¹⁶ Fick Torya, *Implementasi Peraturan Daerah Nomor 05 Tahun 2012 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di RSUD Taman Husada Kota Bontang*. Jurnal mahasiswa program studi Administrasi Negara di Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik di Universitas Mulawarman, 2019 hlm 171-172.

¹⁷ Ade Resty Ambar Wati, *Penerapan Kawasan tanpa Rokok Berdasarkan Peraturan Daerah Kota Metro Nomor 4 Tahun 2014*, (Lampung: Fakultas Hukum Universitas Lampung, 2017), hal. 30.

membahas secara umum tentang kawasan tanpa rokok yang lebih menekankan kepada pembahasan rokok dan orang yang merokok.

- 3) Skripsi Agus Supriadi yang berjudul “Kawasan Tanpa Rokok Sebagai Perlindungan Masyarakat Terhadap Paparan Asap Rokok Untuk Mencegah Penyakit Terkait Rokok”, 2014. Upaya pengendalian para perokok yang menghasilkan asap rokok yang sangat berbahaya bagi kesehatan perokok aktif maupun perokok pasif Penetapan Kawasan Tanpa Rokok adalah merupakan salah satu solusi menghirup udara bersih tanpa paparan asap rokok. Penelitian ini bertujuan pentingnya kawasan tanpa rokok sebagai perlindungan paparan asap rokok orang lain untuk mencegah penyakit terkait rokok. Metode penulisan dalam artikel ini menggunakan analisis pustaka dan pelaporan penelitian.

Dengan mengumpulkan artikel, jurnal, dan buku yang sudah dipublikasikan kemudian dianalisa oleh penulis. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan adanya paparan asap rokok yang terhirup orang lain. Sedangkan paparan asap rokok orang lain mengandung kandungan berbahaya dalam tubuh. Jadi perlunya pengendalian asap rokok dengan Implementasi Kawasan Bebas Rokok.

- 4) Skripsi Fachrizal David yang berjudul “ Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) Di Rumah Sakit Inco Soroako”, 2018. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan kawasan tanpa rokok di rumah sakit Inco Soroako. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis penelitian

deskriptif. Metode pengumpulan data melalui wawancara, observasi dan studi dokumentasi. Tahap dalam teknik analisis data yang digunakan yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Hasil penelitian menunjukkan implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di rumah sakit Inco Soroako belum sepenuhnya terlaksana dengan baik. Sosialisasi telah dilakukan sejak diberlakukannya kebijakan kawasan tanpa rokok. Namun, belum ada tim khusus untuk mendukung dan mengontrol aktivitas merokok di lingkungan rumah sakit. Penganggaran dan peralatan pihak rumah sakit sudah memasang tanda larangan merokok tapi belum membuat tempat khusus untuk merokok. Kesiapan pelaksana belum sepenuhnya menunjukkan sikap yang mendukung kebijakan kawasan tanpa rokok di rumah sakit Inco Soroako, masih ada beberapa karyawan yang acuh tak acuh terhadap pengunjung yang merokok di lingkungan rumah sakit, namun sebagian juga sudah ada karyawan yang acuh. Pihak rumah sakit belum menyiapkan pedoman yang jelas terkait kawasan tanpa rokok.¹⁸

Berdasarkan kajian yang disebutkan di atas, maka penulis dapat menyimpulkan bahwa belum ditemukan penelitian tentang Efektivitas Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di Rsud Datu Beru Takengon.

¹⁸ Fachrizal David, Skripsi : *Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) Di Rumah Sakit Inco Soroako* (Makassar:Universitas Hasanudin,2018), hal 32.

2.2 . Implementasi Kebijakan Publik

2.2.1 Pengertian Implementasi Kebijakan Publik

Secara sederhana implementasi bisa diartikan dengan pelaksanaan atau penerapan. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, dijelaskan bahwa implementasi artinya penerapan.¹⁹ Menurut Guntur Setiawan mendefinisikan implementasi kebijakan publik sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu-individu atau kelompok-kelompok pemerintah maupun swasta yang diarahkan mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan kebijakan sebelumnya.²⁰

Adapun juga definisi kebijakan publik (*public policy*)²¹ yang diajukan oleh beberapa pakar ada berbagai pendapat. Thomas R. Dye menyebutkan, implementasi kebijakan publik adalah segala sesuatu yang dikerjakan pemerintah, mereka yang melakukan, dan hasilnya membuat sebuah kehidupan bersama tampil berbeda. Harold Laswell mendefinisikan kebijakan publik sebagai suatu program yang diproyeksikan pada tujuan, nilai dan praktik tertentu. Kebijakan publik, menurut definisi Carl I. Friederick, sebagai serangkaian tindakan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu, dengan ancaman dan peluang yang ada, dimana kebijakan yang diusulkan tersebut ditujukan untuk memanfaatkan potensi dan sekaligus mengatasi hambatan yang ada dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

¹⁹ Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, (Jakarta: Balai Pustaka, 1999), hlm. 714.

²⁰ Rini Hardiyanti, *Implementasi Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2003 Tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah Pemerintah Kota Samarinda*, Jurnal Ilmu Pemerintahan Vol 1, No 3,(26 Maret 2013).

²¹ Syahrin Naihasy, *Kebijakan Publik (Public Policy) Menggapai Masyarakat Madani* (Yogyakarta: Mida Pustaka, 2006), hlm. 21.

Pakar selanjutnya James E. Anderson mendefinisikan implementasi kebijakan publik adalah *public policies are those policies developed by governmental bodies and officials*. Dalam defnisi James E. Anderson diatas, ada lima hal yang dapat dijelaskan

1. Kebijakan pemerintah selalu mempunyai tujuan tertentu atau merupakan tindakan yang berorientasi pada tujuan.
2. Kebijakan itu berisi tindakan-tindakan atau pola-pola tindakan para pejabat pemerintahan.
3. Kebijakan itu merupakan sesuatu yang benar-benar dilakukan pemerintah, bukan sesuatu yang baru yang menjadi maksud atau pernyataan pemerintah untuk melakukan sesuatu.
4. Kebijakan pemerintah yang bersifat positif, dalam arti merupakan keputusan pemerintah untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu.
5. Kebijakan pemerintah yang berarti positif didasarkan atau selalu dilandaskan pada peraturan-peraturan atau perundang-undangan yang bersifat memaksa (otoritatif).

Berdasarkan beberapa definisi tersebut penulis menarik sebuah kesimpulan bahwasnya implementasi kebijakan publik adalah suatu upaya dalam menerapkan kebijakan yang telah ditetapkan oleh pemerintah di dalam sebuah peraturanyang berkaitan dengan kepentingan umum dengan melihat hasil akhir dari perkembangan suatu kebijakan pada proses pelaksanaannya.

2.2.2 Efektivitas Implementasi Kebijakan Publik

Seperti yang telah dipaparkan sebelumnya, bahwa implementasi kebijakan dilakukan sebagai upaya untuk mencapai tujuan kebijakan. Pencapaian tujuan tentu berkenaan dengan efektivitas. Menurut Majone mengemukakan bahwa “efektivitas berkenaan dengan apakah suatu alternatif mencapai hasil (akibat) yang diharapkan, atau mencapai tujuan dari diadakannya tindakan”.²² Leon C. Megginson yang dikutip Aaron Wildavsky, menjelaskan “efektivitas sebagai kemampuan untuk melakukan hal yang tepat atau menyelesaikan sesuatu dengan baik”.²³ Hal ini mencakup pemilihan sasaran yang paling tepat dan pemilihan metode yang sesuai untuk mencapai sasaran tersebut. Soewarno Handayani mengutip Definisi efektivitas yang dikemukakan Tangkilisan, yang menyebutkan bahwa “efektivitas ialah pengukuran terhadap tercapainya sasaran atau tujuan yang telah ditentukan sebelumnya”.²⁴

Efektivitas pelaksanaan kebijakan merupakan pengukuran terhadap tercapainya tujuan kebijakan yang telah dirumuskan sebelumnya. Efektivitas implementasi kebijakan berkaitan dengan sejauh mana implementasi yang dilakukan mencapai tujuan kebijakan yang diharapkan. Riant mengemukakan bahwa terdapat lima “tepat” yang perlu dipenuhi dalam hal keefektifan implementasi kebijakan.²⁵

²² Majone, G. Dan Aaron Wildavsky, *Implementation as Evaluation, dalam Policy Studies Review Annual*. Freeman (Ed). (Beverly. Sage. 2003), hlm. 429

²³ Ibid hlm. 430

²⁴ Tangkilisan, Hesel Nog, *Implementasi Kebijakan Publik*. (Yogyakarta : Administrasi Publik, 2011), hlm. 234.

²⁵ Nugroho Riant, *Kebijakan Publik Formulasi Implementasi dan Evaluasi*. (Jakarta: PT. Elex Media Komputindo, 2012), hlm 707-710

- a. Tepat kebijakan, ketepatan kebijakan dinilai dari sejauh mana kebijakan yang ada telah bermuatan hal-hal yang memang memecahkan masalah yang hendak dipecahkan. Apakah kebijakan tersebut sudah dirumuskan sesuai karakter masalah yang hendak dipecahkan. Apakah kebijakan dibuat oleh lembaga yang mempunyai kewenangan (misi kelembagaan) yang sesuai dengan karakter kebijakan.
- b. Tepat pelaksanaannya, terdapat tiga lembaga yang dapat menjadi implementor, yaitu pemerintah, kerjasama antar pemerintah dan masyarakat/swasta, atau implementasi kebijakan yang bersifat monopoli.
- c. Tepat target, apakah target yang diintervensi sesuai dengan yang direncanakan, tidak tumpang tindih atau bertentangan dengan intervensi kebijakan lain. apakah target dalam kondisi siap diintervensi atau tidak. Dan apakah intervensi implementasi kebijakan bersifat baru atau memperbaiki implementasi kebijakan sebelumnya.
- d. Tepat lingkungan, lingkungan dalam hal ini terbagi menjadi lingkungan internal kebijakan yang berkaitan dengan interaksi diantar perumus kebijakan dan pelaksana kebijakan dengan lembaga lain yang terkait. Dan lingkungan eksternal kebijakan yang berkaitan dengan persepsi publik akan kebijakan dan implementasi kebijakan.
- e. Tepat proses, terdiri atas tiga proses. Yaitu Policy Acceptance, publik memahami kebijakan sebagai aturan dan pemerintah memahaminya sebagai tugas yang harus dilaksanakan. Policy adoption, publik

menerima kebijakan sebagai aturan dan pemerintah menerimanya sebagai tugas yang harus dilaksanakan. Strategic Readiness, publik siap melaksanakan atau menjadi bagian dari kebijakan, dan birokrat siap menjadi pelaksana kebijakan .

Riant juga menambahkan bahwa kelima tepat tersebut masih perlu didukung oleh tiga jenis dukungan, yaitu dukungan politik, dukungan strategik, dan dukungan teknis.²⁶

2.3. Qanun (Perda)

2.3.1 Pengertian Qanun (Perda)

Perlu diketahui bahwasanya Qanun disebut juga dengan Perda, penyebutan Perda sebagai qanun di Aceh adalah karena adanya hak otonomi khusus yang dimiliki oleh Provinsi Aceh. Istilah qanun sudah digunakan sejak lama sekali dalam bahasa atau budaya Melayu. Kitab Undang-Undang Melaka” yang disusun pada abad ke lima belas atau enam belas Masehi telah menggunakan istilah ini. Menurut Liaw Yock Fang, istilah ini dalam bahasa melayu digunakan semakna dengan adat dan biasanya dipakai ketika ingin membedakan antara hukum yang tertera dalam adat dengan hukum yang tertera dalam kitab fikih.

Kuat dugaan istilah Qanun masuk ke dalam budaya melayu dan bahasa Arab karena mulai digunakan bersamaan dengan kehadiran agama Islam dan penggunaan bahasa Arab Melayu di Nusantara. Bermanfaat disebutkan, dalam literatur Barat pun istilah ini sudah digunakan sejak lama, diantaranya merujuk

²⁶ Ibid hlm 712

kepada hukum Kristen (Canon Law) yang sudah ada sejak sebelum zaman Islam.²⁷

Qanun Provinsi Aceh adalah Peraturan Daerah sebagai pelaksana Undang-undang penyelenggara otonomi khusus (Pasal 1 ayat (8) Undang Undang Nomor 18 Tahun 2001). Dari pengertian tersebut dapat dipahami bahwa isi muatan qanun hanya mengatur Ketentuan-ketentuan yang bersifat delegasi suatu Undang-undang dalam rangka pelaksanaan otonomi khusus. Dengan kata lain, qanun hanya dapat mengatur atas dasar pendelegasian suatu ketentuan Undang-undang dalam penyelenggaraan otonomi khusus.²⁸

Dalam literatur Melayu Aceh pun qanun sudah digunakan sejak lama, dan diartikan sebagai aturan yang berasal dari hukum Islam yang telah menjadi adat. Salah satu naskah tersebut berjudul "Qanun Syara" Kerajaan Aceh yang ditulis oleh Teungku di Mulek pada tahun 1257 H atas perintah Sultan Alaudin Mansur Syah yang wafat pada tahun 1870 M. Naskah pendek (hanya beberapa halaman) ini berbicara beberapa aspek di bidang hukum tata negara, pembagian kekuasaan, badan peradilan dan kewenangan mengadili, fungsi kepolisian dan kejaksaan, serta aturan protokoler dalam berbagai upacara kenegaraan.²⁹

Pada dewasa ini, Qanun digunakan sebagai istilah untuk "Peraturan Daerah Plus" atau lebih tepatnya Peraturan Daerah yang menjadi peraturan pelaksanaan langsung untuk Undang-undang (dalam rangka otonomi khusus di

²⁷ Al-Yasa' Abubakar dan Marah Halim, *Hukum Pidana Islam di Aceh (Penafsiran dan Pedoman Pelaksanaan Qanun Tentang Perbuatan Pidana)* (Banda Aceh: Dinas Syariat Islam 2011), hlm. 8.

²⁸ Khairani dkk, *Riset Analisis Kebijakan Publik* (Banda Aceh: Pusat Studi Hak Asasi Manusia Universitas Syiah kuala, 2009), hlm. 15.

²⁹ Ibid hlm 9.

Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam). Hal ini ditegaskan dalam Pasal 1 angka 8 “Ketentuan Umum” dalam Undang-undang Nomor 18 Tahun 2001 yang telah dikutip di atas.³⁰

Qanun Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Kabupaten Aceh Tengah Tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Rokok bertujuan untuk memberikan perlindungan yang efektif dari bahaya paparan asap rokok orang lain, memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat serta melindungi kesehatan masyarakat secara umum dari dampak buruk merokok baik langsung maupun tidak langsung, dalam hal ini tertuang pada Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No.109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan. Kawasan Tanpa Rokok merupakan ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan dan memproduksi produk tembakau. Sebagaimana telah dijelaskan pada Qanun Nomor 10 Tahun 2013 mengenai Kawasan Tanpa Rokok merupakan tempat atau area dimana kegiatan merokok hanya boleh dilakukan ditempat khusus.

2.3.2 Kawasan Tanpa Rokok (KTR)

- a. Pasal 4, ayat (1) KTR meliputi: (a) perkantoran pemerintahan; (b) perkantoran swasta; (c) sarana pelayanan kesehatan; (d) sarana pendidikan formal dan informal; (e) arena permainan anak; (f) tempat ibadah; (g) tempat kerja yang tertutup; (h) sarana olah raga yang

³⁰ Ibid., hlm. 9.

sifatnya tertutup (i) tempat pengisian bahan bakar (SPBU); (j) halte; (k) angkutan umum; dan (l) tempat umum yang tertutup lainnya.

- b. Pasal 4, ayat (2) KTR sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f dan huruf i merupakan kawasan yang bebas dari asap rokok hingga batas pagar terluar.

2.3.3 Larangan dan Kewajiban

- a. Pasal 5, setiap orang dilarang merokok di KTR.
- b. Pasal 6, ayat (1) setiap orang dilarang menjual, mempromosikan dan/atau mengiklankan rokok di KTR; ayat (2) larangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikecualikan pada sarana olah raga dan tempat umum lainnya; ayat (3) pengecualian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berdasarkan izin dari Walikota.
- c. Pasal 7, setiap orang dilarang melepaskan, menutupi, menyembunyikan, membuang dan/atau merusak tanda larangan merokok.
- d. Pasal 8, ayat (1) setiap pimpinan dan/atau penanggungjawab KTR sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat 1 berkewajiban: (a) melakukan pengawasan internal di KTR yang menjadi tanggungjawabnya; (b) melarang setiap orang merokok di KTR yang menjadi tanggungjawabnya; (c) memasang tanda-tanda di larang merokok sesuai persyaratan disemua pintu masuk utama dan ditempat-tempat yang dipandang perlu dan mudah terbaca dan/atau didengar baik.

2.3.4 Peran Serta Masyarakat

Pasal 9, ayat (1) anggota masyarakat dan kelompok masyarakat ikut berperan serta dalam mewujudkan KTR; ayat (2) peran aktif masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dalam bentuk: (a) penyebarluasan informasi KTR; (b) pelibatan diri dalam pengambilan kebijakan yang berkaitan dengan KTR; (c) penyampaian informasi dampak merokok bagi masyarakat; (d) saling mengingatkan untuk tidak merokok di KTR; (e) penyampaian informasi kepada penanggungjawab KTR tentang adanya penyalahgunaan KTR; (f) penyampaian informasi kepada Pemerintah Kota tentang adanya penyalahgunaan KTR; ayat (3) ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pelaksanaan peran serta masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Walikota.

2.3.5 Pembinaan dan Pengawasan

a. Pasal 10, ayat (1) Pemerintah Kota wajib melakukan pembinaan terhadap pimpinan dan/atau penanggungjawab KTR; ayat (2) pembinaan terhadap pimpinan dan/atau penanggungjawab KTR sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dalam bentuk kegiatan: (a) bimbingan dan/atau penyuluhan; (b) kemudahan fasilitas pendukung untuk KTR; (c) menyiapkan petunjuk teknis; ayat (3) setiap SKPD wajib melakukan pembinaan pada instansi atau KTR yang berada di bawah tanggungjawabnya; ayat (4) dalam melakukan pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pemerintah kota

melakukan koordinasi dan kerjasama dengan instansi dan lembaga tersebut.

- b. Pasal 11, ayat (1) setiap pimpinan SKPD atau penanggungjawab KTR wajib melakukan pembinaan pada instansinya atau KTR yang berada di bawah tanggungjawabnya; ayat (2) pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dalam bentuk: (a) meminta tidak merokok bagi karyawannya selama berdinass; (b) bimbingan atau penyuluhan.
- c. Pasal 12, ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pembinaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 dan 12 diatur dalam peraturan Walikota.

2.4 Perlindungan Kesehatan Masyarakat

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) Tahun 2019 menyebutkan bahwa pengertian kesehatan masyarakat adalah sebagai suatu keadaan fisik, mental dan sosial kesejahteraan dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan. Sedangkan Majelis Ulama Indonesia (MUI) dalam musyawarah Nasional Ulama Tahun 2019 kesehatan sebagai ketahanan jasmaniah, rohaniyah dan sosial yang dimiliki manusia sebagai karunia Allah yang wajib disyukuri dengan mengamalkan tuntunan-Nya dan memelihara serta mengembangkan-Nya. Masyarakat dalam istilah bahasa Inggris adalah society yang berasal dari kata Latin socius yang berarti kawan. Istilah masyarakat berasal dari kata bahasa Arab syakara yang berarti ikut serta dan berpartisipasi. Masyarakat adalah

sekumpulan manusia yang saling bergaul dalam istilah ilmiah adalah saling berintraksi.

Masyarakat adalah sekelompok manusia yang saling berhubungan, saling mempengaruhi, mempunyai norma-norma, memiliki identitas yang sama, dan memiliki wilayah. Masyarakat bisa meliputi lingkup yang besar, seperti masyarakat Indonesia dan masyarakat Arab. Sedangkan dalam lingkup yang sempit masyarakat dapat ditemukan didesa dan dikota atau suku tertentu.³¹ Sudah banyak ahli kesehatan membuat batasan kesehatan masyarakat. Secara kronologis batasan-batasan kesehatan masyarakat mulai dengan batasan yang sangat sempit sampai batasan yang luas seperti yang kita anut saat ini dapat diringkas sebagai berikut ini : batasan yang paling tua, dikatakan bahwa kesehatan adalah upaya-upaya untuk mengatasi masalah-masalah sanitasi yang mengganggu kesehatan. Dengan kata lain kesehatan masyarakat adalah sama dengan sanitasi. Upaya memperbaiki dan meningkatkan sanitasi lingkungan merupakan kegiatan kesehatan masyarakat. Kemudian pada akhir abad ke-18 dengan diketemukan bakteri-bakteri penyebab penyakit dan beberapa jenis imunisasi, kesehatan masyarakat adalah pencegahan penyakit yang terjadi didalam masyarakat melalui perbaikan situasi lingkungan dan pencegahan penyakit melalui imunisasi.

Seperti disebutkan diatas bahwa kesehatan masyarakat adalah ilmu danseni. Oleh dua hal tersebut yaitu sebagai ilmu kesehatan masyarakat pada mulanya hanya mencakup dua disiplin keilmuan, yakni ilmu bio-medis

³¹ Razak, *Policy Making in Great Britai. Macmillan.* (London: Berkely, 2007). hlm.:142

(medical biologi) dan ilmu-ilmu sosial. Sehingga pada saat ini disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat antara lain, mencakup: ilmu biologi, ilmu kedokteran, ilmu kimia, ilmu fisika, ilmu lingkungan, sosiologi, psikologi, ilmu pendidikan, dan lain sebagainya.

Masalah kesehatan masyarakat adalah multi kausal maka pemecahannya harus secara multi disiplin. Oleh sebab itu, kesehatan masyarakat sebagai seni atau praktiknya mempunyai bentangan yang luas, semua kegiatan baik yang langsung maupun tidak langsung untuk mencegah penyakit, meningkatkan kesehatan, terapi (fisik,mental,sosial), pemulihan (rehabilitatif) adalah upaya kesehatan masyarakat. Misalnya: pembersihan lingkungan, penyediaan air bersih, pengawasan makanan, cara pembuangan tinja, pengelolaan sampah dan air limbah, pengawasan sanitasi ditempat-tempat umum, pemberantasan sarang nyamuk, dan sebagainya.

Secara garis besar, upaya-upaya yang dapat dikategorikan sebagai seni atau penerapan ilmu kesehatan masyarakat yaitu: pemberantasan penyakit baik menular maupun tidak menular, Perbaikan sanitasi lingkungan, perbaikan lingkungan pemukiman, diadakannya penyuluhan disekolah-sekolah, kesehatan masyarakat, pelayanan masyarakat ibu dan anak, pembinaan gizi, pengawasan sanitasi tempat-tempat umum, pengawasan obat dan minuman dan pembinaan peran serta masyarakat.

Menurut Winslow kesehatan Masyarakat adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental dan efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan

sanitasi lingkungan, mengontrol infeksi dimasyarakat, untuk mendeteksi dini, pencegahan penyakit dan pengembangan aspek sosial, yang akan mendukung agar setiap orng di masyarakat mempunyai standar kehidupan yang kuat untuk menjaga kesehatannya.³²

Dari uraian diatasmaka dapat disimpulkan bahwa Perlindungan Kesehatan Masyarakat adalah suatu kelompok masyarakat untuk selalu berada dalam keadaan sejahtera baik badan, jiwa sosial serta hidup produktif dilihat dari segi sosial dan ekonomis. Tingkat keamanan untuk lebih melindungi dan menjaga kesehatan masyarakat agar dapat tercapai kesejahteraan bagi masyarakat itu sendiri.

2.5 Kerangka Pemikiran

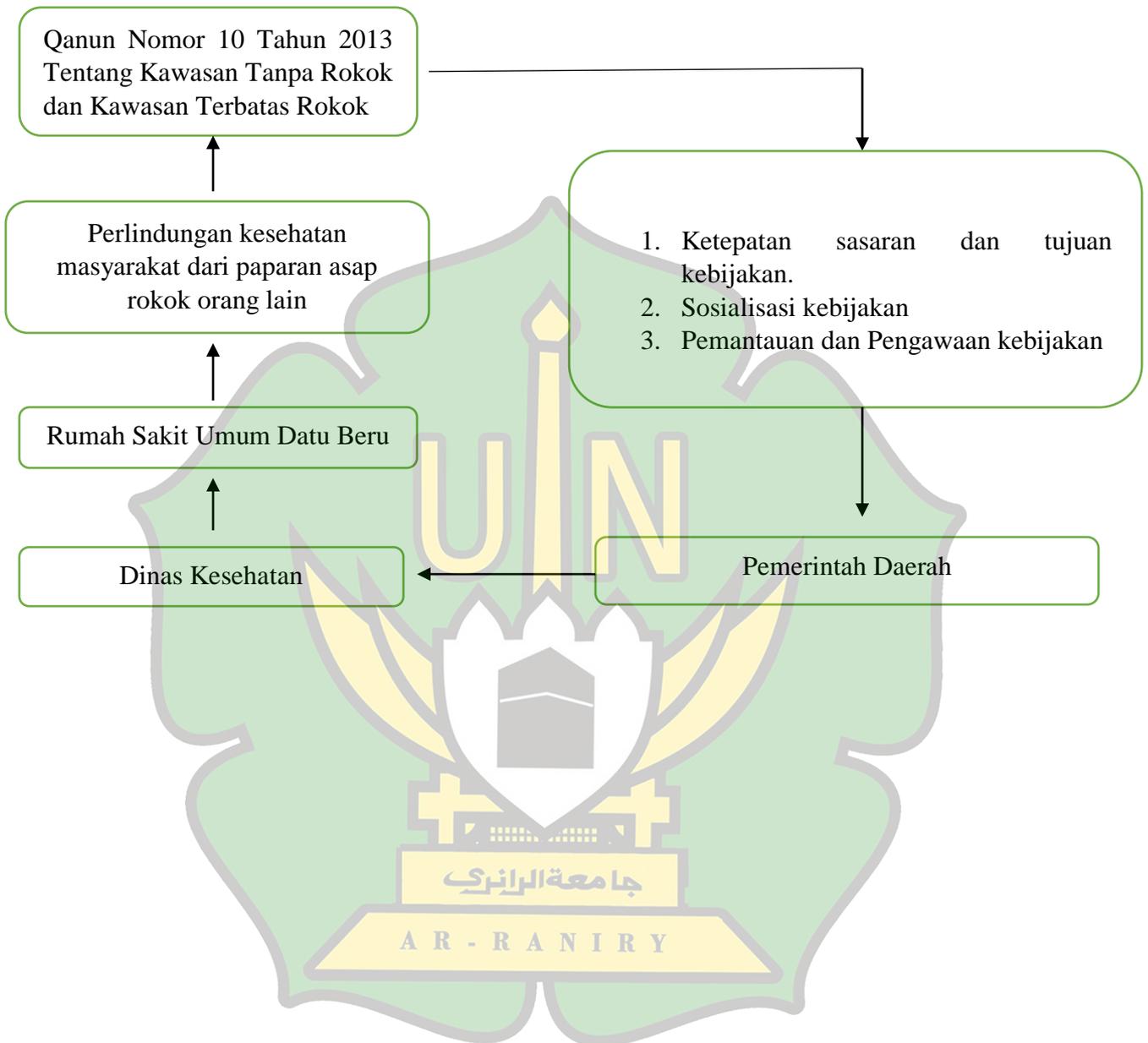
Kerangka berfikir merupakan model konseptual tentang bagaimana teori hubungan dengan berbagai faktor yang telah diidentifikasi sebagai masalah yang penting, Nawawi menyatakan bahwa kerangka konsep itu disusun sebagai perkiraan teoritis dari hasil yang akan dicapai setelah dianalisis secara kritis berdasarkan persepsi yang dimiliki.³³

Dari uraian diatas dapat dikembangkan bahwa kerangka konsep dapat digambarkan dalam sebuah model sebagai berikut :

³² Winslow, *Teori dan Proses Kebijakan Publik* (Yogyakarta: Media Prindo, 2010) hlm.3.

³³ Nawawi, haradi, *Metode Penelitian Sosial* (Universitas Gadjah Mada: cet- ke 7 Yogyakarta, 1995) hlm

Gambar 2.1 Kerangka Pemikiran



BAB III

GAMBARAN UMUM PENELITIAN

3.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

3.1.1 Sejarah RSUD Datu Beru

Rumah Sakit Umum Daerah Datu Beru berdiri sejak masa penjajahan kolonial Belanda yaitu pada tahun 1939, pada waktu itu masih bernama Rumah Sakit Umum Takengon dan berlokasi di jalan Yos Sudarso Takengon, yang ketika itu masih dikelola oleh pemerintah Belanda, kemudian setelah Indonesia merdeka Rumah sakit ini diserahkan kepada Pemda Aceh Tengah.

Pada tahun 1978 Rumah Sakit Umum Takengon dipindahkan dari tempat yang lama yaitu di jalan Yos Sudarso ke tempat baru yang disediakan oleh Pemda dan masih menyanggah predikat type D, namun secara operasionalnya sudah berpedoman pada struktur organisasi Rumah Sakit Type C, hal ini dilakukan guna mempersiapkan peningkatan cara kerja untuk mencapai predikat Rumah Sakit type C. Kemudian pada tahun 1995, berdasarkan SK Menkes RI Nomor 109/menkes/SK/1995 Rumah Sakit Umum Takengon ditingkatkan dari type D menjadi type C yang diresmikan pada tanggal 24 Juli 1995 dengan nama Rumah Sakit Umum Datu Beru Takengon, kemudian pada tahun 2002 seiring dengan pemberlakuan otonomi daerah dan era desentralisasi Rumah Sakit Umum Datu Beru Takengon, berdasarkan qanun Kabupaten Aceh Tengah Nomor 14 tahun 2002 tentang pembentukan susunan organisasi dan tata kerja menjadi Badan Pelayanan Kesehatan BPK RSUD Datu Beru Takengon.

Seiring dengan penerapan Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah, BPK RSUD Datu Beru Takengon berubah menjadi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Datu Beru Kabupaten Aceh Tengah Nomor 56 Tahun 2016 Tentang SOTK Rincian Tugas Pokok dan Fungsi Pemangku Jabatan Struktural pada Lembaga Teknis Kabupaten Aceh Tengah pada 27 Desember 2016, RSUD Datu Beru Kabupaten Aceh Tengah dengan menyediakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang berada dalam wilayah Kabupaten Aceh Tengah, baik yang datang langsung maupun pasien rujukan dari 14 puskesmas, 50 Puskesmas Pembantu serta klinik 24 jam dan beberapa praktek dokter, bidan yang berada dalam kabupaten Aceh Tengah. Hingga saat ini RSUD Datu Beru Takengon terus berbenah diri, melakukan perbaikan disegala bidang untuk terus meningkatkan mutu pelayanan bagi masyarakat disusul dengan rencana untuk kenaikan Rumah Sakit menjadi type B. Pada tahun 2009 berdasarkan SK Menkes RI No.549/Menkes/SK/VII/2009, tanggal 15 Juli 2009 Rumah Sakit Umum Datu Beru Takengon ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum Daerah dengan klasifikasi kelas B, dan dapat juga ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan apabila memenuhi persyaratan dan kriteria yang berlaku.

Adapun Visi, Misi dan Motto RSUD Datu Beru yaitu :

a. Visi

Terwujudnya Rumah Sakit Umum Datu Beru Takengon sebagai Rumah Sakit Rujukan Regional Wilayah Aceh Tengah.

b. Misi

Rumah Sakit Umum Datu Beru Takengon mempunyai misi sebagai berikut:

1. Mewujudkan pelayanan paripurna pada seluruh lapisan masyarakat.
2. Meningkatkan kualitas pembelajaran profesional di semua tingkatan untuk menghasilkan sumber daya kesehatan yang beriman dan bertakwa serta berilmu pengetahuan dan teknologi.
3. Meningkatkan produktifitas dan pelayanan dengan satu komitmen.
4. Meningkatkan fungsi manajemen secara aktif dan efisien sesuai komitmen.
5. Meningkatkan kesejahteraan bagi seluruh pegawai Rumah Sakit.
6. Mewujudkan sarana dan prasarana yang berkualitas.

c. Motto

Motto Rumah Sakit Umum Datu Beru Takengon adalah sebagai berikut:

2. Gesit, disiplin disertai dengan rasa senang dan ramah dalam melaksanakan pelayanan.
3. Efektif dan Efisien dengan biaya minimal serta hasil yang memuaskan.
4. Mudah dimengerti dan tidak berbelit-belit dalam prosedur.
5. Memiliki rasa aman yang baik fisik maupun mental, material dan emosional dan spiritual dalam pelaksanaan.
6. Hati nurani sebagai andalan utama.

d. Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit.

1. Tugas Tugas pokok dalam kegiatan pelayanan kesehatan Rumah Sakit

Umum

Datu Beru yaitu:

- a) Melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dengan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilakukan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan, melaksanakan pendidikan tenaga kesehatan, penelitian, pengembangan ilmu kedokteran dan klinik perawatan.
- b) Melaksanakan pelayanan yang bermutu sesuai standar pelayanan Rumah Sakit dengan menerapkan prinsip profesional dan islami.

2. Fungsi

Rumah Sakit mempunyai beberapa fungsi yaitu menyelenggarakan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan non-medis, pelayanan dan asuhan keperawatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, pelayanan rujukan upaya kesehatan, administrasi umum dan keuangan. Maksud dasar keberadaan Rumah Sakit adalah mengobati dan perawatan penderita sakit dan terluka. Sehubungan dengan fungsi dasar ini, Rumah Sakit memberikan pendidikan bagi mahasiswa dan penelitian yang juga merupakan fungsi yang penting. Selanjutnya Rumah Sakit mempunyai fungsi untuk pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan juga telah menjadi fungsi rumah sakit.

Jadi ada empat fungsi dasar rumah sakit yaitu :

a) Pelayanan penderita

Pelayanan penderita yang langsung di rumah sakit terdiri atas pelayanan medis, pelayanan farmasi, dan pelayanan keperawatan. Pelayanan penderita melibatkan pemeriksaan dan diagnosa, pengobatan penyakit dan luka, pencegahan, rehabilitasi, perawatan dan pemulihan kesehatan.

b) Pendidikan dan pelatihan

Sebagai suatu fungsi rumah sakit terdiri atas dua bentuk utama:

Pendidikan dan pelatihan profesi kesehatan. Yang mencakup dokter, apoteker, perawat, personel rekam medis, ahli gizi, laboratorium dan administrator rumah sakit. Pendidikan dan pelatihan penderita merupakan fungsi rumah sakit yang sangat penting dalam suatu lingkup yang jarang disadari oleh masyarakat. Hal ini mencakup pendidikan khusus rehabilitasi dan pendidikan khusus dalam perawatan kesehatan.

Pendidikan tentang obat untuk meningkatkan kepatuhan, mencegah penyalahgunaan obat dan salah satu penggunaan obat dan untuk meningkatkan hasil terapi yang optimal dengan penggunaan obat yang sesuai dan tepat.

c) Penelitian

Rumah sakit melakukan penelitian sebagai suatu fungsi dengan maksud utama, yaitu:

1. Memajukan pengetahuan medis tentang penyakit dan peningkatan pelayanan rumah sakit.

2. Ditujukan pada tujuan dasar dari pelayanan kesehatan yang lebih baik bagi penderita.

d) Kesehatan masyarakat

Tujuan utama dari rumah sakit sebagai sarana kesehatan masyarakat adalah membantu komunitas dalam mengurangi timbulnya kesakitan dan meningkatkan kesehatan umum bagi masyarakat.

Pada rumah sakit itu juga pelayanan rujukan upaya kesehatan yaitu suatu upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah yang timbul kepada pihak yang mempunyai fasilitas lebih lengkap dan mempunyai kemampuan lebih tinggi.

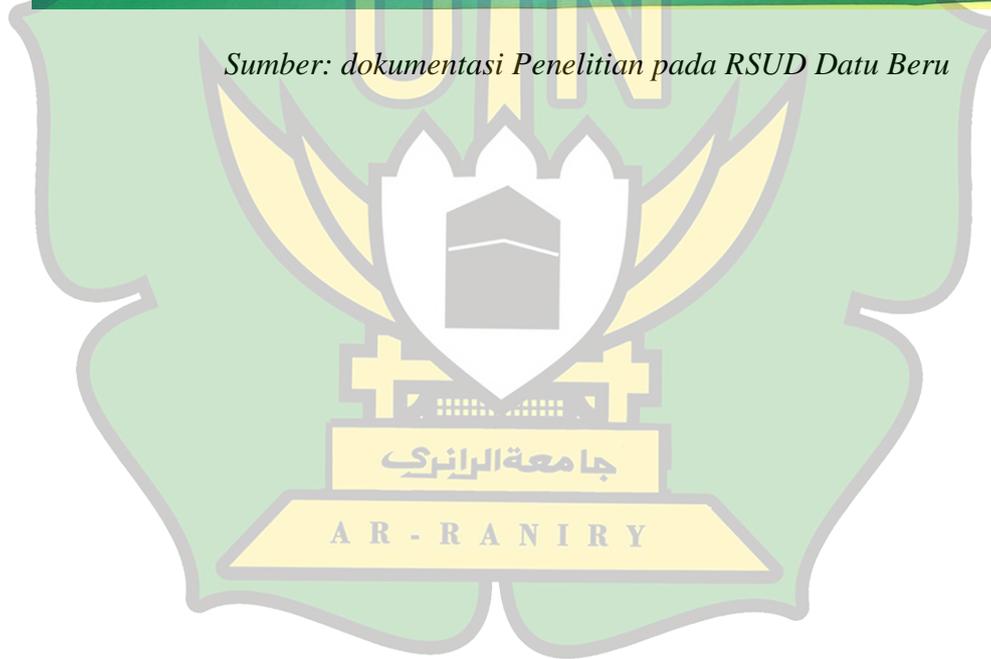
3.1.2. Struktur Organisasi

Struktur organisasi adalah suatu susunan dan hubungan antara tiap bagian serta posisi yang ada pada suatu organisasi atau perusahaan dalam menjalankan kegiatan operasional untuk mencapai tujuan. Struktur organisasi menggambarkan dengan jelas pemisahan kegiatan pekerjaan antara satu dengan yang lain dan bagaimana hubungan aktifitas dan fungsi dibatasi. Dalam struktur organisasi yang baik harus menjalankan hubungan wewenang siapa melapor kepada siapa.

Gambar 3.1. Struktur organisasi RSUD Datu Beru Takengon



Sumber: dokumentasi Penelitian pada RSUD Datu Beru



BAB IV

DATA DAN HASIL PENELITIAN

4.1 Efektivitas Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD Datu Beru Takengon

Penetapan kawasan tanpa rokok merupakan salah satu cara untuk melindungi masyarakat dari ancaman gangguan kesehatan karena udara tercemar oleh asap rokok. Penetapan kawasan tanpa rokok ini perlu diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan dan tempat umum lainnya, untuk melindungi masyarakat dari bahaya asap rokok. Dengan adanya kebijakan tentang kawasan tanpa rokok diharapkan agar masyarakat yang terganggu dengan perokok bisa lebih leluasa menghirup udara segar. Untuk menilai efektivitas atau tingkat keberhasilan sebuah kebijakan tidak terlepas dari faktor-faktor yang mempengaruhinya, dimana faktor menjadi sesuatu hal yang ikut menyebabkan/ mempengaruhi efektivitas dari kebijakan. Dengan demikian faktor-faktor yang mempengaruhi efektivitas kebijakan dapat mempengaruhi pula tingkat pencapaian tujuan dari pelaksanaan kebijakan serta hasil yang ada setelah kebijakan tersebut. Untuk melihat pencapaian atau keberhasilan dari sebuah kebijakan dapat di ukur dengan menggunakan indikator efektivitas.

Dalam melaksanakan penerapan Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD Datu Beru Takengon yang kemudian dijabarkan dalam surat keputusan direktur RSUD Datu Beru, wakil direktur bidang pelayanan merupakan pelaksana tugas dari qanun tersebut. Namun dari hasil penelitian didapati bahwa wakil direktur pelayan tidak

mengetahui Tupoksi nya terkait dengan kebijakan kawasan tanpa rokok di lingkungan RSUD Datu Beru.

Hal ini sesuai dengan pernyataan kepala seksi pelayanan medis yang merupakan jabatan struktural di bawah wakil direktur pelayanan :

“di bidang pelayanan medis bukan penanggung jawab pelaksanaan KTR, karena tidak ada SK dari direktur.... bidang keamanan tidak berada di bawah bidang pelayanan tetapi di bidang umum.”³⁴

Dari pernyataan kepala seksi pelayanan medis dapat peneliti simpulkan bahwa pada SK yang dikeluarkan oleh direktur tidak diberikan menyeluruh kepada karyawan yang bekerja di RSUD Datu Beru akan tetapi hanya bagian tertentu saja yang menerima SK tersebut. Selanjutnya untuk menemukan *gap* yang terdapat dalam proses penelitian maka peneliti melakukan observasi melalui struktur organisasi. Dari hasil observasi ditemukan data bahwa dibawah wakil direktur pelayanan tidak terdapat bidang pelayanan umum yang bertugas dalam pelaksanaan kebijakan kawasan tanpa rokok. Akan tetapi pelaksana tugas dari kebijakan kawasan tanpa rokok adalah bidang keamanan (satpam) yang berada dibawah naungan bidang umum.

Hal ini sesuai dengan pernyataan wakil direktur RSUD Datu Beru Takengon:

“Dalam SK direktur memang dijelaskan bahwa wakil direktur merupakan pelaksana tugas, akan tetapi dibawah jabatan saya ini tidak ada bidang pelayanan umum, yang ada adalah pelayanan medis, bidang pelayanan medis ini arahnya kepada hal-hal yang berkaitan dengan pengobatan dan hal medis lainnya. Sedangkan untuk pelaksanaan KTR ini memang

³⁴ dr.Arif Budiman. Kepala Seksi pelayanan medis RSUD Datu Beru. Wawancara dengan peneliti di RSUD Datu Beru Takengon. Pada tanggal 25 Desember 2020.

diserahkan langsung kepada bidang keamanan sebagai pengawas dan pengontrol keamanan di RSUD Datu Beru.”³⁵

Kemudian dari fenomena yang terjadi dilapangan, maka peneliti menyimpulkan bahwa ketidaktahuan dari wakil direktur pelayanan terkait pelaksanaan kebijakan kawasan tanpa rokok merupakan dampak dari kurangnya pengetahuan dan kepedulian terkait Tupoksi serta hak dan kewajiban ASN dalam melaksanakan tugas, serta rendahnya pengetahuan ASN dalam perencanaan dan penetapan kebijakan dalam Surat Keputusan Direktur RSUD Datu Beru.

Selanjutnya untuk mengukur Efektivitas Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD Datu Beru Takengon. Maka peneliti menggunakan 3 indikator yaitu ketepatan sasaran program, sosialisasi program dan pemantauan program.

4.1.1 Ketepatan Sasaran Program/Kebijakan

Ketepatan sasaran program merupakan pengukuran untuk sejauh mana penerima dampak kebijakan tepat dengan sarannya. Dalam penelitian ini ketepatan sasaran program adalah penentuan kepada siapa Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok ini di tujukan dalam upaya peningkatan kualitas udara dan kesehatan di kawasan RSUD Datu Beru Takengon. Berdasarkan surat keputusan direktur RSUD Datu Beru tentang kawasan tanpa rokok, pasien/pengunjung maupun karyawan rumah sakit itu sendiri merupakan sasaran dalam pelaksanaan Qanun Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan RSUD Datu Beru.

³⁵ dr. Indra Lutfi, Wakil Direktur RSUD Datu Beru Takengon, Wawancara Dengan Peneliti pada tanggal 4 Februari 2021

Dalam wawancara dengan peneliti wakil direktur menyampaikan bahwa sasaran dari program KTR ini adalah kepada siapa saja yang berada kawasan RSUD Datu Beru, wakil direktur juga menambahkan bahwa setiap pengunjung yang sudah berada dalam kawasan rumah sakit, maka mereka wajib mematuhi aturan yang sudah ditetapkan.³⁶

Hal ini sesuai dengan pernyataan anggota satpam RSUD Datu Beru :

“sasaran dari kebijakan ini adalah seluruh karyawan, pengunjung maupun pasien yang datang ke rumah sakit ini, tujuannya adalah agar lingkungan rumah sakit bersih dari udara kotor, terbebas dari asap rokok juga”³⁷.

Dari pernyataan anggota satpam RSUD Datu Beru dapat peneliti simpulkan bahwa kebijakan yang telah dibuat dan di sah kan oleh direktur RSUD Datu Beru belum dijalankan dengan efektif.

Koordinator satpam RSUD Datu Beru juga menyatakan dalam wawancara dengan peneliti :

“kalau sasaran itu kepada seluruh masyarakat atau orang yang masuk ke dalam kawasan rumah sakit terutama laki-laki... tujuannya adalah agar pasien yang di rawat di rumah sakit ini tetap bisa menghirup udara yang sehat tanpa tercemar dengan asap rokok.”³⁸

Peneliti dapat menyimpulkan pernyataan kepala koordinator satpam RSUD Datu Beru bahwasanya saran dari kebijakan kawasan tanpa rokok ini adalah seluruh orang yang masuk ke dalam kawasan RSUD Datu Beru wajib mematuhi aturan ini terutama bagi laki-laki.

³⁶ dr.Indra Lutfi, Wakil Direktur Pelayanan RSUD Datu Beru Takengon, Wawancara Dengan Peneliti pada tanggal 4 Februari 2021

³⁷ Kesmira patra. Anggota satpam RSUD Datu Beru Takengon. Wawancara dengan peneliti di RSUD Datu Beru Takengon. Pada tanggal 25 Desember 2020.

³⁸ Muhadi. Koordinator Satpam RSUD Datu Beru Takengon. Wawancara dengan peneliti di RSUD Datu Beru Takengon. Pada tanggal 25 Desember 2020.

Dari hasil keseluruhan wawancara di atas maka peneliti menyimpulkan bahwa ketepatan sasaran program dalam pelaksanaan Qanun Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan RSUD Datu Beru sudah dapat dikatakan tepat sasaran sesuai dengan Surat keputusan direktur RSUD Datu Beru, seperti yang sudah dijelaskan di atas bahwa sasaran dari pelaksanaan qanun tersebut adalah kepada pasien dan pengunjung rumah sakit. Dalam Surat Keputusan Direktur RSUD Datu Beru tidak dituliskan bahwa qanun tersebut juga berlaku bagi karyawan di lingkungan rumah sakit, akan tetapi bagian keamanan menyamaratakan bahwa karyawan juga termasuk dalam kategori pengunjung rumah sakit. Sehingga aturan tentang kawasan tanpa rokok juga berlaku untuk seluruh karyawan tanpa terkecuali.

Dalam Qanun Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di dijelaskan bahwa untuk meningkatkan kesehatan masyarakat diperlukan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk senantiasa hidup sehat, sehingga perlu pengamanan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perseorangan, keluarga dan masyarakat sekeliling dengan tujuan dari kebijakan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Memberikan perlindungan yang efektif dari bahaya paparan asap rokok orang lain
2. Memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat, dan;

3. Melindungi kesehatan masyarakat secara umum dari dampak buruk merokok, baik secara langsung maupun tidak langsung.

Tujuan pelaksanaan kebijakan KTR merupakan hasil akhir yang ingin dicapai oleh individu ataupun kelompok. Pencapaian tujuan merupakan keseluruhan upaya pencapaian tujuan yang harus dipandang sebagai suatu proses. Oleh karena itu, agar pencapaian tujuan akhir semakin terjamin, diperlukan tahapan yang baik dalam artian penetapan pencapaian bagian-bagiannya maupun tahapan dalam arti periodisasinya. Pencapaian tujuan terdiri dari beberapa faktor yaitu kurun waktu dan sasaran yang merupakan target yang konkrit dalam pelaksanaan dan penertiban kawasan tanpa rokok di lingkungan RSUD Datu Beru. Untuk menentukan efektivitas suatu tujuan, kita dapat melihat sejauh mana kesesuaian antara hasil kebijakan dengan tujuan dari kebijakan yang telah ditetapkan/direncanakan.

Koordinator satpam menyampaikan dalam wawancara dengan peneliti bahwa:

“tujuan dari kebijakan KTR ini adalah untuk menciptakan lingkungan dan udara menjadi bersih di lingkungan rumah sakit, tentunya demi kesehatan pasien dan pengunjung rumah sakit.”

Anggota satpam juga menambahkan:

“ tujuannya ya demi kemaslahatan bersama, demi pengunjung, karyawan dan pasien tentunya. kalau lingkungan dan udara bersih otomatis akan berpengaruh untuk kita semua.”

Dalam wawancara tersebut dapat peneliti simpulkan bahwa tujuan dari dibuatnya kebijakan kawasan tanpa rokok ini bertujuan untuk memberikan perlindungan terhadap semua orang yang ada dirumah sakit tersebut agar tidak

mengganggu hak orang lain dalam mendapatkan udara yang sehat dan tentunya jauh dari asap rokok.

Dari penelitian di atas maka peneliti menyimpulkan bahwa tujuan dari kebijakan kawasan tanpa rokok di lingkungan RSUD Datu Beru dikatakan cukup efektif. Karena hasil kebijakan dengan tujuan dari kebijakan sudah tercapai yaitu untuk kemaslahatan bersama.

4.1.2 Sosialisasi Program/Kebijakan

Pelaksanaan sosialisasi tentu harus dibarengi dengan pembinaan yang dilaksanakan oleh penyelenggara kebijakan kepada penerima dampak, untuk tercapainya tujuan dari pelaksanaan kebijakan, pembinaan tersebut meliputi :

- a. Penyebarluasan informasi dan sosialisasi melalui tatap muka, media percetakan dan elektronik.
- b. Koordinasi dengan seluruh instansi, elemen organisasi masyarakat, kalangan pendidikan, tokoh masyarakat dan tokoh agama
- c. Memotivasi dan membangun partisipasi, prakarsa masyarakat untuk hidup sehat tanpa asap rokok dengan melakukan kampanye kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas rokok
- d. Merumuskan kebijakan-kebijakan yang terkait dengan perlindungan masyarakat dari paparan asap rokok

- e. Bekerjasama dengan badan-badan atau lembaga-lembaga nasional maupun internasional dalam upaya melindungi masyarakat dari paparan asap rokok.³⁹

Sosialisasi program merupakan titik awal yang menentukan pencapaian dan keberhasilan suatu program/kebijakan. Dengan demikian sosialisasi suatu kebijakan harus dilaksanakan secara terstruktur dan terencana.⁴⁰ Dalam melaksanakan kebijakan kawasan tanpa rokok tentunya diperlukan partisipasi masyarakat di dalamnya. Sosialisasi kawasan tanpa rokok di lingkungan RSUD Datu Beru Takengon, wakil direktur pelayanan dan bagian keamanan (Satpam) selaku pelaksana kebijakan melakukan sosialisasi secara bertahap kepada pegawai, pasien dan masyarakat yang berkunjung khusus.

Bentuk sosialisasi yang dilakukan oleh direktur dan wakil direktur RSUD Datu Beru adalah dengan dikeluarkan SK direktur tentang pelaksanaan KTR yang merupakan penjabaran dari Qanun Kabupaten Aceh Tengah Nomor 20 Tahun 2013 Tentang KTR. Dalam wawancara dengan peneliti wakil direktur pelayanan mengatakan bahwa:

*“ untuk sosialisasi program secara terperinci dilaksanakan oleh bidang keamanan (satpam), sedangkan sosialisasi yang dilakukan oleh direktur dan wakilnya adalah dengan mengeluarkan SK sebagai bentuk kepatuhan kepada aturan pemerintah. Direktur juga menyampaikan kepada seluruh staff untuk sama-sama melaksanakan kebijakan KTR dalam setiap pertemuan dengan staff d lingkungan RSUD Datu Beru ”.*⁴¹

³⁹ Qanun Kabupaten Aceh Tengah No 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok.

⁴⁰ Rizcah Amelia, Skripsi : efektivitas pelaksanaan penanganan anak jalanan di Dinas Sosial Kota Makassar, (Makassar: Universitas Hasanuddin, 2015) hal.73.

⁴¹ Indra Lutfi, Wakil Direktur Pelayanan RSUD Datu Beru Takengon, Wawancara Dengan Peneliti pada tanggal 1 Februari 2021.

Kemudian sosialisasi yang dilakukan bidang keamanan (satpam) dilaksanakan secara bertahap, yang pertama kali dilaksanakan Qanun Kabupaten Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 adalah dengan memasang spanduk pada lingkungan rumah sakit dan juga menginformasikan kepada pasien dan masyarakat yang berkunjung ke RSUD Datu Beru Takengon bahwa pada kawasan RSUD tidak diperkenankan untuk merokok. Tahapan sosialisasi yang dilaksanakan selanjutnya adalah dengan memasang poster dan tanda larangan merokok (*billboard*) di lingkungan rumah sakit.



Gambar 4.1. Pamplet Larangan merokok

Sumber : dokumentasi penelitian pada RSUD Datu Beru



Gambar 4.2. Poster larangan merokok

Sumber : dokumentasi penelitian pada RSUD Datu Beru

Hal tersebut di atas dilakukan saat sebagian besar pasien dan masyarakat pengunjung rumah sakit sudah sudah patuh informasi tentang kawasan tanpa rokok di lingkungan rumah sakit. Serta menegur pasien dan pengunjung dengan pengeras suara apabila di dapati pengunjung yang tetap merokok di lingkungan rumah sakit.

Hal ini sesuai dengan pernyataan koordinator satpam RSUD Datu Beru Takengon:

”Dalam melakukan sosialisasi kawasan tanpa rokok tentu yang pertama adalah satpam selaku bagian keamanan, bentuk sosialisasi beragam mulai dari pemasangan spanduk pada saat mulai di keluarkannya Qanun Nomor 10 Tahun 2013 yang kemudian di kuatkan dengan SK rumah sakit. Kemudian juga dengan memasang pamflet atau poster pada lingkungan rumah sakit serta peneguran kepada masyarakat melalui tingtong (pengeras suara) bahwa di lingkungan rumah sakit ini tidak boleh merokok.”⁴²

⁴² Muhadi. Koordinator Satpam RSUD Datu Beru Takengon. Wawancara dengan peneliti di RSUD Datu Beru Takengon. Pada tanggal 25 Desember 2020.

Anggota satpam RSUD Datu Beru Takengon juga menambahkan dalam wawancara dengan peneliti :

“....sosialisasi yang dilakukan ya seperti yang sudah dijelaskan tadi, ada peneguran langsung, pamflet, peneguran melalui tingtong (pengeras suara), dan juga mengarahkan masyarakat pengunjung untuk merokok di kantin saja atau di luar kawasan rumah sakit.”⁴³

Kemudian untuk menguatkan pernyataan dari pihak pelaksana kebijakan, peneliti juga melakukan wawancara dengan masyarakat pengunjung RSUD Datu Beru Takengon:

“....sosialisasi dilakukan oleh satpam biasanya saya melihat apabila ada pengunjung yang kedatangan merokok di teriaki menggunakan pengeras suara yang intinya satpam mengarahkan pengunjung untuk merokok di kantin, karna kantin merupakan smoking area.”⁴⁴

Hal serupa juga dijelaskan oleh Tuah selaku pengunjung di RSUD Datu Beru dalam wawancaranya menyebutkan:

“....yang saya lihat selama berkunjung kemari itu, satpam di waktu tertentu melakukan pengumuman melalui pengeras suara bahwa di kawasan rumah sakit ini tidak boleh merokok.... banyak juga kan poster-poster yang menuliskan kawasan tanpa rokok di area rumah sakit.”⁴⁵

Berdasarkan wawancara di atas dan data hasil observasi terkait dengan sosialisasi kebijakan kawasan tanpa rokok di kawasan RSUD Datu Beru Takengon maka peneliti menyimpulkan bahwa pihak rumah sakit sudah melakukan sosialisasi kepada masyarakat pengunjung RSUD Datu Beru

⁴³ Kesmira patra. Anggota satpam RSUD Datu Beru Takengon. Wawancara dengan peneliti di RSUD Datu Beru Takengon. Pada tanggal 25 Desember 2020.

⁴⁴ Reza. Pengunjung RSUD Datu Beru Takengon. Wawancara dengan penekiti di RSUD Datu Beru Takengon. Pada tanggal 25 Desember 2020.

⁴⁵ Tuah. Pengunjung RSUD Datu Beru Takengon. Wawancara dengan penekiti di RSUD Datu Beru Takengon. Pada tanggal 25 Desember 2020.

Takengon dengan baik sesuai dengan SK direktur RSUD Datu Beru yaitu dengan memasang poster, tanda larangan merokok (*billboard*), pengumuman dan pengeras suara serta mengarahkan pengunjung yang ingin merokok pada kawasan yang sudah disediakan oleh rumah sakit yaitu kantin yang berada diluar kawasan RSUD Datu Beru sesuai dengan Qanun Kabupaten Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok.

4.1.3 Pemantauan Program/Kebijakan

Pemantauan program merupakan tindakan yang dilakukan setelah dilaksanakannya Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD Datu Beru Takengon sebagai bentuk perhatian kepada penerima dampak dari qanun tersebut. Terdapat 2 pemantauan dalam pelaksanaan qanun kawasan tanpa rokok, yaitu pemantauan secara internal dan pemantauan secara eksternal. Penjelasan sebagai berikut :

1. Pemantauan internal, merupakan pemantauan yang dilakukan oleh pihak RSUD Datu Beru Takengon dalam hal ini adalah wakil direktur pelayanan RSUD dan bagian keamanan (satpam). Akan tetapi dari hasil penelitian didapati bahwa wakil direktur pelayanan tidak pernah melakukan pemantauan/ pengawasan terhadap jalannya Qanun Nomor 10 Tahun 2013 tentang kawasan tanpa rokok. Wakil direktur pelayanan menyampaikan dalam wawancara dengan peneliti bahwa pengawasan hanya dilakukan oleh bidang keamanan (satpam) karena memang bagian tersebut yang menyelenggarakan kebijakan KTR dilapangan dan bertugas melakukan

pemantauan terhadap jalannya kebijakan KTR tersebut.⁴⁶ Berdasarkan pernyataan wakil direktur pelayanan tersebut maka peneliti mendefinisikan hal ini disebabkan oleh rendahnya pengetahuan bidang pelayanan terkait tupoksi mereka sebagai salah satu pelaksana tugas. Kemudian bentuk pemantaun yang dilakukan oleh bidang keamanan (satpam) adalah pemantauan melalui CCTV, serta patroli keliling area rumah sakit yang dilakukan secara rutin di kawasan RSUD Datu Beru.

Hal ini sesuai dengan pernyataan Koordinator satpam RSUD Datu Beru:

“...pengawasan yang dilakukan di rumah sakit ini adalah pemantauan melalui CCTV dan juga patroli yang dilakukan oleh satpam di RS ini sesuai shifnya masing-masing.... bidang pelayanan belum pernah melakukan pengawasan selama ini, karena selama ini saya langsung mengawasi kebijakan KTR ini.”⁴⁷

Dari pernyataan koordinator satpam RSUD Datu Beru dapat disimpulkan bahwasanya pengawasan yang dilakukan untuk melihat sejauh mana berjalannya kebijakan kawasan tanpa rokok ini salah satunya dengan cara patroli keliling rumah sakit sesuai dengan *shif* bagian keamanan sendiri.

2. Pemantauan eksternal, merupakan pemantauan yang dilakukan oleh bupati yang selanjutnya diserahkan kepada SKPK (Satuan Kerja Perangkat Kabupaten) yaitu Dinas Kesehatan serta peran serta masyarakat yang berkunjung pada RSUD Datu Beru Takengon yang sudah taat akan

⁴⁶ dr. Indra Lutfi, Wakil Direktur Pelayanan RSUD Datu Beru Takengon, Wawancara Dengan Peneliti pada tanggal 4 Februari 2021.

⁴⁷ Muhadi. Koordinator Satpam RSUD Datu Beru Takengon. Wawancara dengan peneliti di RSUD Datu Beru Takengon. Pada tanggal 25 Desember 2020.

peraturan. Namun dari hasil penelitian di dapat bahwa selama ini dinas kesehatan sangat jarang melakukan pengawasan terhadap kawasan tanpa rokok serta koordinator satpam cenderung tidak mengetahui bahwa dalam pengawasan kawasan tanpa rokok dinas kesehatan juga terlibat di dalamnya.⁴⁸ Selanjutnya bentuk pemantauan yang dilakukan oleh masyarakat adalah dengan menegur pengunjung lainnya yang melanggar peraturan yang sudah ditetapkan tentang kawasan tanpa rokok di kawasan RSUD Datu Beru Takengon.

Hal ini sesuai dengan pernyataan masyarakat pengunjung RSUD Datu Beru Takengon:

*“...saya pernah menegur pengunjung yang berada di lingkungan rumah sakit yang kedapatan merokok, saya katakan bahwa dilingkungan ini tidak boleh merokok, kalau mau merokok itu di kantin saja”.*⁴⁹

Dari pernyataan tersebut selaku pengunjung RSUD Datu Beru bahwa beliau ikut serta berpartisipasi dalam pelaksanaan kebijakan kawasan tanpa rokok di RSUD Datu Beru.

Dari keseluruhan hasil wawancara di atas maka peneliti menyimpulkan bahwa pemantauan setelah kebijakan dilaksanakan oleh RSUD Datu Beru untuk mengevaluasi sejauh mana kebijakan tersebut terealisasi dikatakan kurang

⁴⁸ Muhadi. Koordinator Satpam RSUD Datu Beru Takengon. Wawancara dengan peneliti di RSUD Datu Beru Takengon. Pada tanggal 25 Desember 2020.

⁴⁹ Tuah. Pengunjung RSUD Datu Beru Takengon. Wawancara dengan peneliti di RSUD Datu Beru Takengon. Pada tanggal 25 Desember 2020.

efektif secara internal maupun secara eksternal karena pihak RSUD yaitu wakil direktur pelayanan dan pemerintah Aceh Tengah yaitu SKPK yang seharusnya terlibat dalam proses pemantauan pelaksanaan kebijakan sangat jarang terlibat di dalamnya.

Setelah peneliti menganalisis tentang efektivitas Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD Datu Beru Takengon berdasarkan 3 indikator yaitu ketetapan sasaran, sosialisasi program/ kebijakan, dan pemantauan program/kebijakan dengan cara melakukan penelitian secara observasi dan wawancara dengan pihak RSUD Datu Beru yaitu bidang keamanan dan masyarakat yang terkena dampak untuk memperkuat hasil penelitian. Maka, efektivitas Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD Datu Beru Takengon dapat dikatakan efektif. Dalam melaksanakan qanun tersebut RSUD Datu Beru dianggap sudah cukup berhasil melaksanakannya sesuai dengan Surat Keputusan Direktur RSUD Datu Beru yang merupakan penjabaran pelaksanaan dari Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok.

4.2 Kendala Pelaksanaan Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD Datu Beru Takengon

Dari hasil observasi di dapati bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi terhambatnya pelaksanaan Qanun Nomor 10 Tahun 2013 diantaranya:

1. Sanksi Hukum

Pelaksanaan kawasan tanpa rokok di kawasan RSUD Datu Beru terhambat dari sisi hukumnya, salah satunya adalah terkait sanksi administrasi dan denda pada bab IX Qanun Nomor 10 Tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok. Sanksi administrasi dan denda dianggap lemah karena hanya diberikan kepada pemilik, pengelola, manajer, pimpinan dan penanggung jawab apabila tidak melaksanakan qanun tersebut. Sedangkan perokok pada kawasan tanpa rokok tidak mendapatkan sanksi administrasi dan denda apapun. Seharusnya untuk mensinkronkan sebuah kebijakan, sanksi yang diberikan harus imbang antara pelaksana dan penerima kebijakan. Hal ini lah yang menjadi kendala terbesar dalam pelaksanaan kawasan tanpa rokok di lingkungan rumah sakit, disebabkan oleh pihak rumah sakit tidak bisa memberikan sanksi kepada pelanggar karena tidak memiliki dasar hukum/ pedoman hukum yang bisa dijadikan sebagai acuan.

Hal tersebut juga dijelaskan dalam hasil wawancara peneliti dengan kepala seksi pelayanan medis menyatakan bahwa :

“...untuk denda jika ada yang melanggar sampai saat ini belum ada, palingan Cuma teguran biasa.”⁵⁰

Hal senada juga ditegaskan oleh koordinator satpam RSUD Datu Beru :

“...sanksi hukum tidak ada dik, tapi kalo udah melanggar ya paling kami tegur dan kami suruh merokok ke kantin”.⁵¹

⁵⁰ dr. Indra Lutfi, Wakil Direktur Pelayanan RSUD Datu Beru Takengon, Wawancara Dengan Peneliti pada tanggal 4 Februari 2021.

⁵¹ Muhadi. Koordinator Satpam RSUD Datu Beru Takengon. Wawancara dengan peneliti di RSUD Datu Beru Takengon. Pada tanggal 25 Desember 2020.

Dari hasil wawancara diatas bahwa belum ada sanksi hukum maupun denda yang diberikan pihak RSUD Datu Beru kepada para pelanggar, akan tetapi pihak RSUD Datu Beru hanya menegur dan mengarahkan kepada perokok.

2. Faktor rendahnya kesadaran masyarakat

Pelaksanaan kawasan tanpa rokok tidak terlepas dari partisipasi masyarakat di dalamnya, dari hasil observasi masih di dapati beberapa pengunjung yang masih merokok di kawasan rumah sakit, hal ini disebabkan oleh ketidakpedulian/rendahnya tingkat kesadaran beberapa pengunjung terhadap peraturan yang telah ditetapkan dan lengah dari pantauan satpam.⁵² Padahal peran serta masyarakat sangat penting untuk menyukseskan kebijakan KTR tersebut dengan :

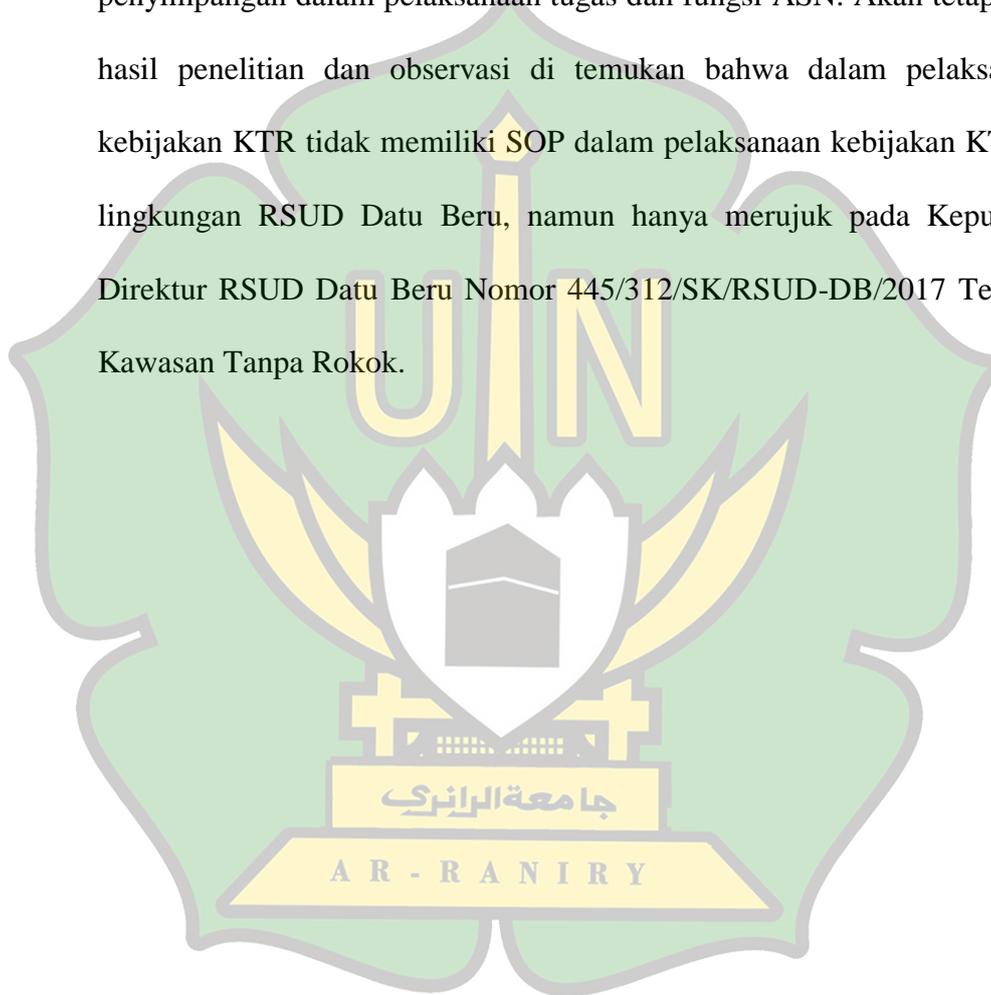
- a. Memberi saran, pendapat dan pemikiran, usulan dan pertimbangan berkenaan dengan pemantaun dan pelaksanaan kebijakan kawasan tanpa rokok
- b. Keikutsertaan dalam pemberian bimbingan dan penyuluhan serta perluasan informasi kepada masyarakat mengenai kawasan tanpa rokok
- c. Memberitahu, pengelola dan penanggung jawab kawasan tanpa rokok jika terjadi pelanggaran
- d. Melaporkan kepada instansi yang berwenang jika terjadi pelanggaran.⁵³

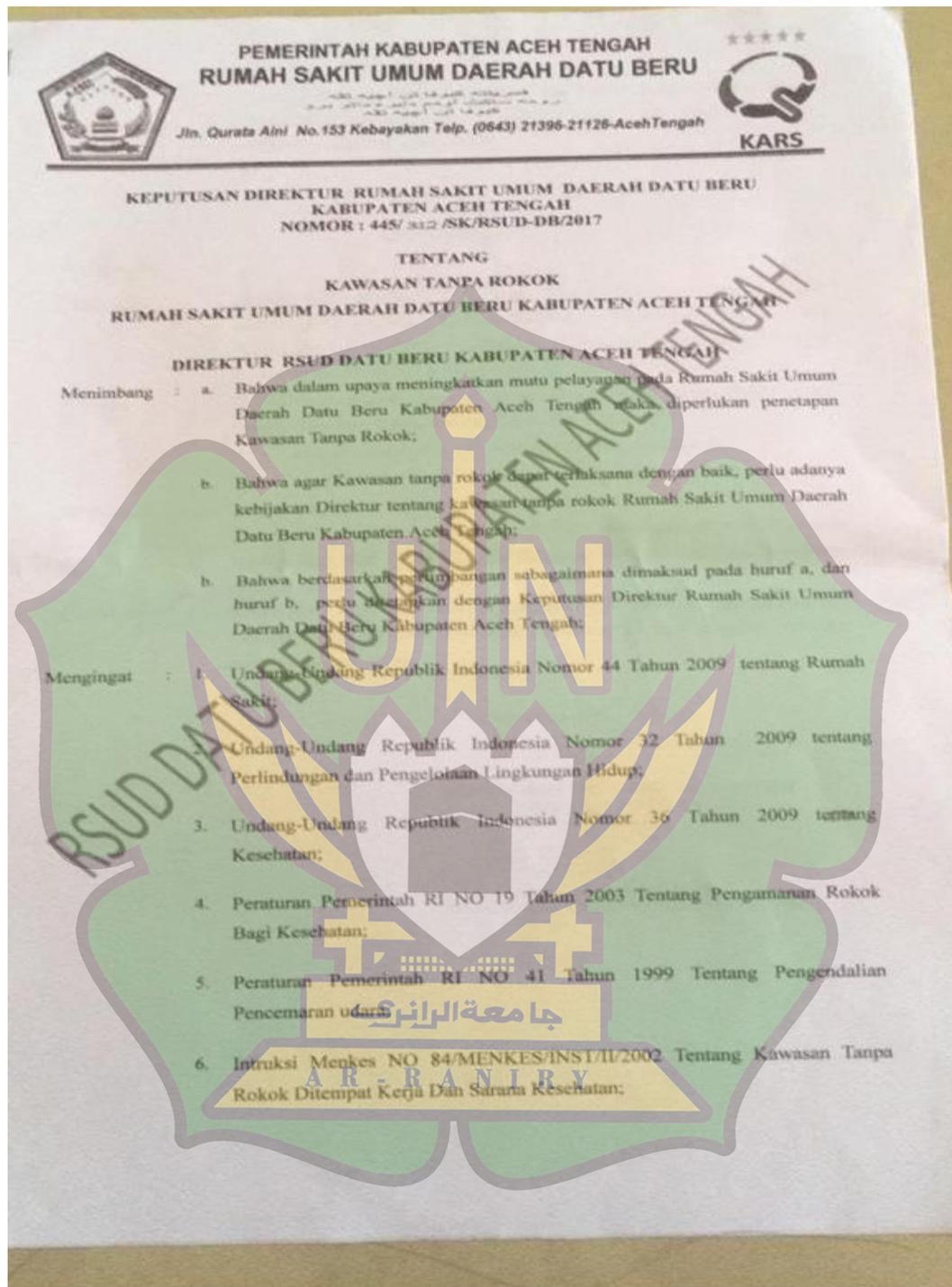
⁵² Hasil observasi oleh peneliti di RSUD Datu Beru. Pada tanggal 25 November 2020.

⁵³ Qanun Kabupaten Aceh Tengah No. 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok.

3. Standar Operasional Prosedur (SOP)

SOP merupakan salah satu hal yang paling penting dalam pelaksanaan kebijakan KTR untuk menjamin penyelenggaraan kebijakan tersebut menjadi lebih efektif dan efisien serta mengurangi terjadinya penyimpangan dalam pelaksanaan tugas dan fungsi ASN. Akan tetapi dari hasil penelitian dan observasi di temukan bahwa dalam pelaksanaan kebijakan KTR tidak memiliki SOP dalam pelaksanaan kebijakan KTR di lingkungan RSUD Datu Beru, namun hanya merujuk pada Keputusan Direktur RSUD Datu Beru Nomor 445/312/SK/RSUD-DB/2017 Tentang Kawasan Tanpa Rokok.





7. Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188/MENKES/PB/1/2011 dan Nomor 7 tahun 2011 tentang pedoman pelaksanaan kawasan tanpa rokok;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** :
- PERTAMA** : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DATU BERU KABUPATEN ACEH TENGAH TENTANG KEBEBASTIAHAN PENETAPAN KAWASAN TANPA ROKOK PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DATU BERU KABUPATEN ACEH TENGAH.
- KEDUA** : Kebijakan Penetapan Kawasan Tanpa Rokok Pada Rumah Sakit Umum Daerah Datu Beru Kabupaten Aceh Tengah meliputi:
- Adanya kebijakan tertulis tentang kawasan tanpa rokok
 - Adanya tenaga yang ditugaskan untuk memantau larangan merokok.
- KETIGA** : Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Penetapan Kawasan Tanpa Rokok di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Beru Kabupaten Aceh Tengah dilaksanakan oleh Wakil Direktur Pelayanan RSUD Datu Beru Kabupaten Aceh Tengah.
- KEEMPAT** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila terdapat kekeliruan dalam penetapan keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Takengon

Pada tanggal : 08 Desember 2017

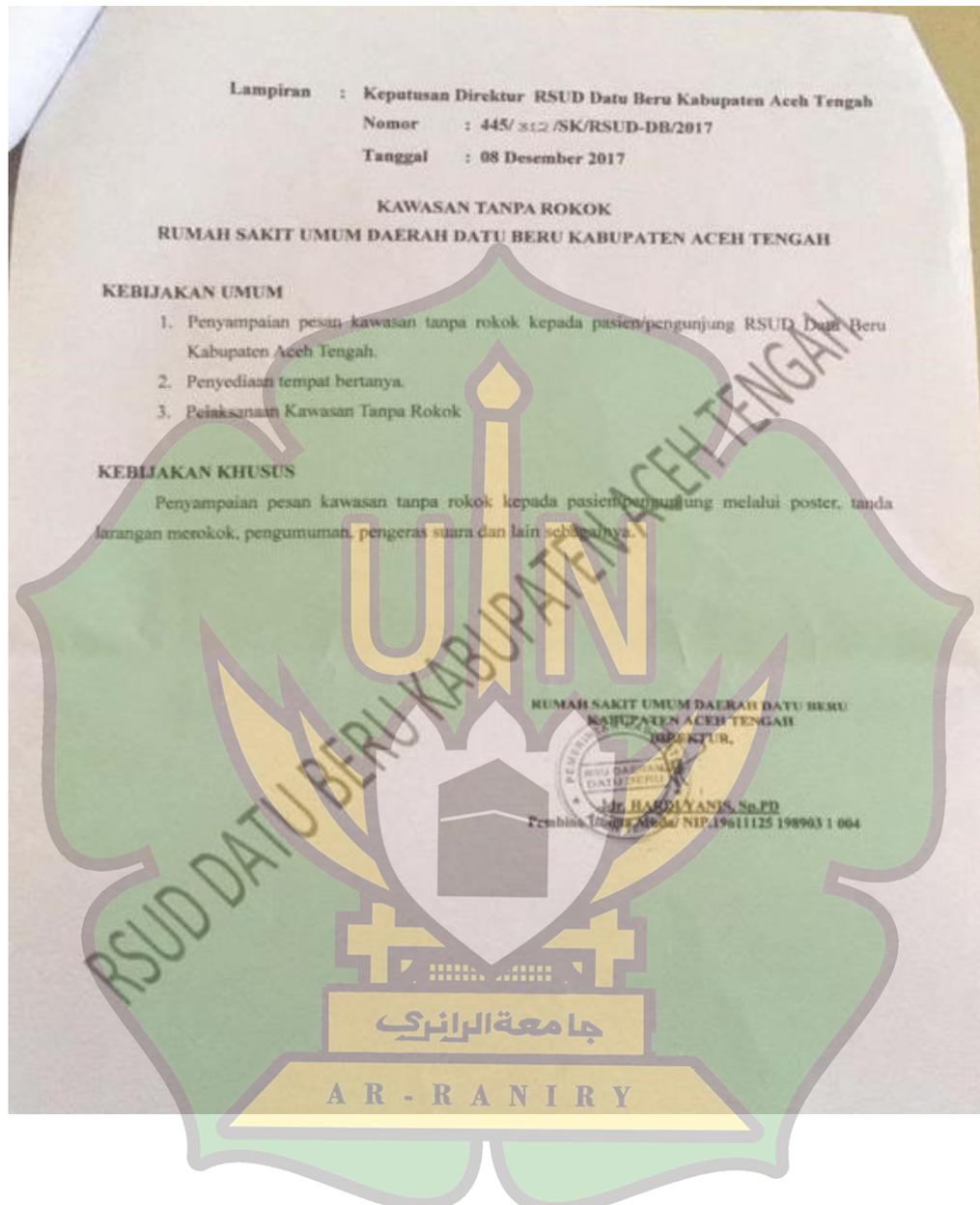
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DATU BERU
KABUPATEN ACEH TENGAH
DIREKTUR,

Dr. HARDYANIS, Sp.PD

Pembina (0803/1004) NIP.19611125 198903 1 004

جامعة الرانيري

AR - RANIRY



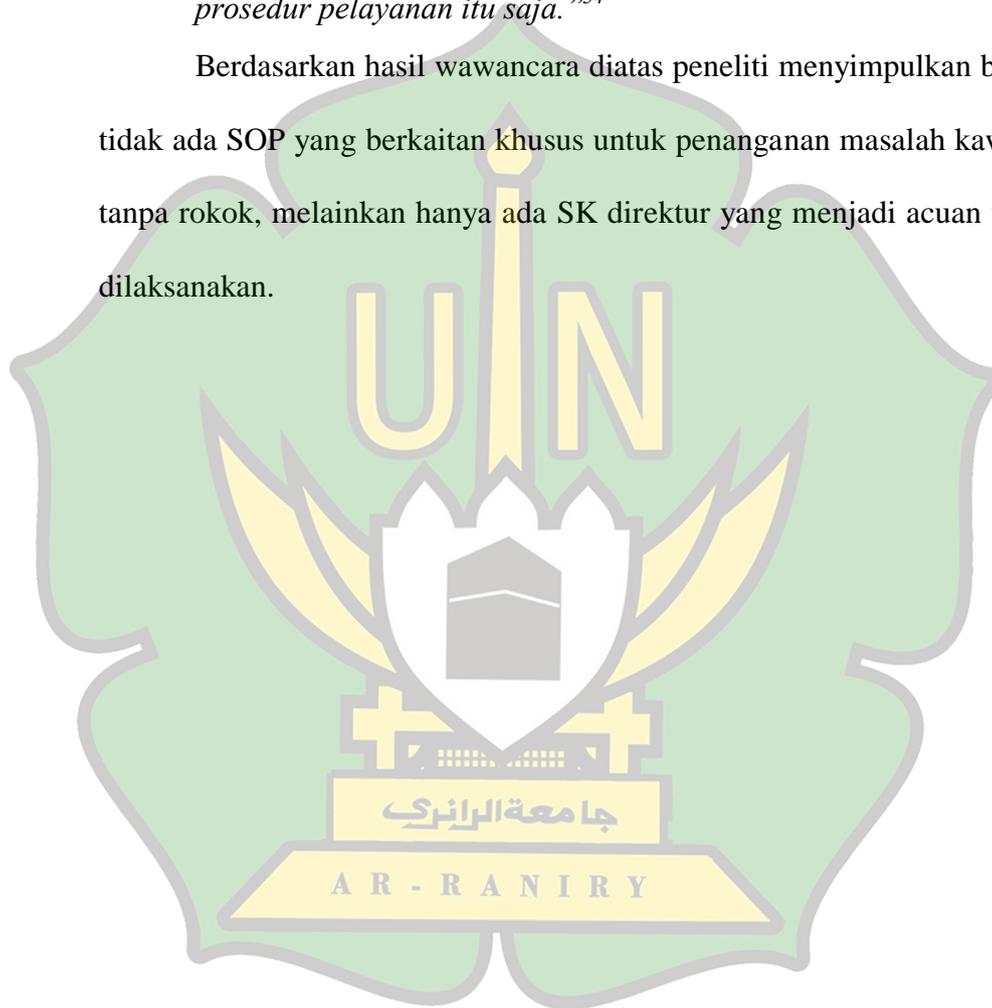
Gambar 4.3. SK Direktur tentang Kawasan Tanpa Rokok

Sumber : dokumentasi penelitian pada RSUD Datu Beru

Hal ini sesuai dengan pernyataan koordinator satpam RSUD Datu Beru :

“Dalam pelaksanaan kebijakan KTR tidak memiliki SOP, tetapi hanya merujuk pada SK direktur. Tapi kalau SOP untuk standar pelayanan di rumah sakit itu ada... tidak ada petunjuk secara jelas dalam SOP tersebut terkait kebijakan KTR. Hanya bagaimana prosedur pelayanan itu saja.”⁵⁴

Berdasarkan hasil wawancara diatas peneliti menyimpulkan bahwa tidak ada SOP yang berkaitan khusus untuk penanganan masalah kawasan tanpa rokok, melainkan hanya ada SK direktur yang menjadi acuan untuk dilaksanakan.



⁵⁴ Muhadi. Koordinator Satpam RSUD Datu Beru Takengon. Wawancara dengan peneliti di RSUD Datu Beru Takengon. Pada tanggal 25 Desember 2020

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil uraian di atas dari bab pembahasan mengenai efektivitas Qanun Pemerintah Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD Datu Beru Takengon dapat di simpulkan telaksana dengan baik. Berikut beberapa hal yang dapat disimpulkan:

1. Efektivitas pelaksanaan qanun kawasan tanpa rokok

Ketetapan sasaran program terbagi menjadi 2 yang tertuang dalam SK yaitu pasien dan pengunjung rumah sakit cukup efektif. Karena seluruh masyarakat yang terkena dampak dari sasaran dari kebijakan kawasan tanpa rokok terealisasikan dengan baik. Selanjutnya sosialisasi program/kebijakan mengenai kawasan tanpa rokok di lingkungan RSUD Datu Beru dikatakan cukup efektif karena seluruh rangkaian kegiatan sosialisasi yang tertuang dalam SK direktur RSUD Datu Beru sudah dijalankan dengan baik. Kemudian pemantauan program/kebijakan kawasan tanpa rokok di lingkungan RSUD Datu Beru dikatakan kurang efektif dilihat dari pengontrolan secara internal yakni dilakukan oleh pihak RSUD Datu beru hanya dilakukan oleh satpam saja, sedangkan wakil direktur bidang pelayanan belum pernah melakukan pemantauan pelaksanaan kebijakan KTR, sedangkan pengontrolan secara eksternal masih kurang karena peran dari SKPK terkait masih minim terlibat akan

tetapi partisipasi masyarakat dalam melakukan pengawasan dikatakan cukup baik, karena melakukan peneguran secara langsung kepada pengunjung yang tidak menaati aturan.

Dari 3 indikator yang digunakan sebagai acuan untuk mengukur efektivitas Pelaksanaan Qanun Kabupaten Aceh Tengah nomor 10 Tahun 2013 tentang KTR dikatakan efektif, hanya 1 indikator yang tidak terpenuhi yaitu pemantauan kebijakan.

2. Kendala pelaksanaan qanun kawasan tanpa rokok

Terdapat 3 kendala dalam pelaksanaan qanun kawasan tanpa rokok yaitu sanksi hukum dan rendahnya kesadaran masyarakat serta ketidakterediaan SOP dalam pelaksanaan kebijakan.

5.2 Saran

1. Agar terciptanya kawasan tanpa rokok yang baik secara aturan maka diperlukannya landasan hukum yang kuat dan *balance* terkait dengan sanksi administrasi dan denda kepada pelaksana dan penerima kebijakan agar kebijakan kawasan tanpa rokok dapat berjalan secara maksimal.
2. Seharusnya Satuan Kerja Perangkat Kabupaten (SKPK) yang terkait juga ikut terlibat dalam proses pemantauan jalannya kebijakan, agar dapat mengetahui apa saja yang kurang dan apa saja yang harus di revisi dalam qanun pemerintah Kabupaten Aceh Tengah nomor 10 tahun 2013 tentang kawasan tanpa rokok. Mengingat qanun tersebut sudah berjalan hampir genap tahun.

DAFTAR PUSTAKA

Buku :

- Agustino, Leo, (2008) *Dasar-Dasar Kebijakan Publik* “ Bandung : Alfabeta ”.
- Al-Yasa’ Abubakar, Marah Halim (2011) *Hukum Pidana Islam Di Aceh (Penafsiran dan Pedoman Pelaksanaan Qanun Tentang Perbuatan Pidana)* “ Banda Aceh : Dinas Syariat Islam”.
- Anderson, James, (1999) *Analisis Kebijakan Publik* “ Caps. Yogyakarta”.
- Anggrayni lisa dan Yusliati, (2018) *Efektivitas Rehabilitas Pecandu Narkoba Serta Pengaruhnya Terhadap Tingkat Kejahatan Di Indonesia* “ Ponorogo : Uwais Inspirasi Indonesia “.
- Budiardjo, Miriam, (2000) *Dasar-Dasar Ilmu Politik* “ Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama ”.
- dr. Arifin Tahir, M.si. (2008) *Kebijakan Publik Dan Transparansi Penyelenggaraan Pemerintah Daerah* “ Bandung: Cv ALFABETA ”.
- dr. Ratih Wulandari.M.H, 2020 *Perlindungan Hukum Pegawai Pemerintah Dengan Perjanjian Kerja Di Rumah Sakit Umum Daerah* “ Surabaya : Scopindo Media Pustaka ”.
- Departemen Pendidikan dan Kebudayaan (1999) *Kamus Besar Bahasa Indonesia* “ Jakarta : Balai Pustaka “
- Friedrich, (2007) *Kebijakan Publik* “ Bandung : Mandar maju”.
- Imron,ali, (2002) *Kebijakan Pendidikan Bahasa Indonesia* “Jakarta : Bumi Aksara”.
- Khairani dkk, (2009) *Riset Analisis Kebijakan Publik* “ Banda Aceh : Pusat Studi Hak Asasi Manusia Universitas Syiah Kuala “.
- Makmur, (2011) *Efektivitas Kebijakan Kelembagaan Pengawasan* “ Bandung : Refika Aditama”.
- Majone, G. dan Wildavsky, (2003) *Implementation As Evolution, Policy Studies Review Annual Freeman* “ Beverly : Sage “
- Nawawi, haradi, (1995) *Metode Penelitian Sosial* “ Universitas Gadjah Mada: cet-ke 7 Yogyakarta “.

Nugroho D, Riant. (2004) *Kebijakan Publik Formulasi Implementasi dan Evaluasi*
 “ Jakarta PT. Elex Media Komputindo “.

Prihartono, (2012) *Administrasi, Organisasi, dan Manajemen: Pendekatan Praktis dan Teknik Mengelola Organisasi* “ Yogyakarta : andi offset “.

Razak, (2007) *Policy Making In Great Britai Mcmillan* “ London : Berkely “

Sugiono, (2013) *Metode Penelitian Kuantitatif, kualitatif dan R & D* “ Bandung: ALFABETA “.

Syahrin Naihasy, (2006) *Kebijakan Publik (Public Policy) Menggapai Masyarakat Madani* “ Yogyakarta : Media Pustaka “.

Tangkilisan, Hesel Nog, (2011) *Implementasi Kebijakan Publik* “ Yogyakarta : Lukman Offset “.

Totok Mardikonto dan Poerwoko Soebianto, (2013) *Pemberdayaan Masyarakat Dalam Perspektif Kebijakan Publik* “ Bandung : ALFABETA “.

Widjono Hs, (2007) *Bahasa Indonesia Mata Kuliah Pengembangan Kepribadian Di Perguruan Tinggi* “ Jakarta : PT Grasindo “.

Winardi, (2011) *Kepemimpinan Dalam Manajemen* “ Jakarta : PT. Rineka Cipta”.

Winslow, (2010) *Teori Dan Kebijakan Publik* “ Yogyakarta : Media Perindo “.

Jurnal atau skripsi :

Ade Resty Ambar Wati (2017) *Skripsi : Penerapan Kawasan Tanpa Rokok Berdasarkan Peraturan Daerah Kota Metro Nomor 4 Tahun 2014* “ Lampung : Fakultas Hukum Universitas Lampung “.

Agus Supriyadi, (2014) *Skripsi: Kawasan Tanpa Rokok Sebagai Perlindungan Masyarakat Terhadap Paparan Asap Rokok Untuk Mencegah Penyakit Terkait Rokok* “ Semarang : UDINUS ”.

Asner Adiagustian, (2016) *Sekripsi : Efektivitas Program Kawasan Tanpa Rokok Di Kota Bogor (Studi pada dinas kependudukan dan pencatatan sipil Kota Bogor,* “ Jatinangor : Universitas Padjajaran “.

- Bambang Supriyadi, (2020) *Skripsi : Implementasi Peraturan Pemerintah Provinsi Lampung Nomor 8 Tahun 2017 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Menurut Pandangan Hukum Islam (Studi Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Abdul Moeloek)* “ Bandar Lampung : Universitas Islam Negeri Raden Intan Lampung “.
- Enadarlita, Nova Asvio, (2019) *Pengaruh Koordinasi Dan Komunikasi Terhadap Efektivitas Organisasi Di Provinsi Jambi* “ Jurnal Manajemen, Kepemimpinan, Dan Supervisi Pendidikan, Vol 4 No 1 “.
- Fachrizal David, (2018) *Skripsi : Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) Di Rumah Sakit Inco Soroako*” Makassar : Universitas Hasanudin “.
- Fick Torya, (2019) *Implementasi Peraturan Daerah Nomor 05 Tahun 2012 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di RSUD Taman Husada Kota Botang* “ Jurnal Mahasiswa Program Studi Administrasi Negara Di Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Mulawarman “
- Jabbar Sabil, (2012) *Peran Ulama Dalam Taqdim Di Aceh* “ Jurnal Transformasi Administrasi, Vol 2 No 1 “.
- Kartika Febri Yuliana, (2017) *Skripsi : Efektivitas Program Pelayanan Kesehatan Gratis (P2KM)* “ Bandar Lampung: Universitas Lampung “.
- Rini Hardiyanti, (2013) *Implementasi Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2003 Tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah Pemerintah Kota Samarinda* “ Jurnal Ilmu Pemerintahan Vol 1 No 3 “.
- Ricky Fernando, AUFAR MAROM, (2016) *Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Di Puskesmas Panadaran Kota Semarang* “ Journal Of Public Policy And Management Review, Vol 5 No 2 “.
- Rizcah Amelia, (2015) *Efektivitas Pelaksanaan Penanganan Anak Jalanan di Dinas Sosial Kota Makassar* “ Makassar : Universitas Hassanuddin “.
- Nizwardi Azkha, (2013) *Studi Efektivitas Penerapan Kebijakan Perda Kota Tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) Dalam Upaya Menurunkan Perokok Aktif Di Sumatera Barat* “ Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, Vol 02 No 04 “.
- Ni Wayan Budiani, (2009) *Efektivitas Program Penanggulangan Pengangguran Karang Taruna (Eka Taruna Bhakti) Desa Sumerta Kelod Kecamatan Denpasar Timur Kota Denpasar* “ Jurnal Ekonomi Dan Sosial, Vol 2 No 1 “.

Undang-Undang :

Peraturan Pemerintah, Nomor 109 Tahun 2012 “Pengamanan Bahan yang mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan”, Pasal 1 Ayat 11.

Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2001 tentang “ Penyelenggaraan Otonomi Khusus Aceh”.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

Qanun Pemerintah Kabupaten Aceh Tengah Nomor 10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok.

Qanun Pemerintah, Kabupaten Aceh Tengah Nomor 14 Tahun 2002 Tentang Pembentukan Susunan Organisasi Dan Tata Kerja.

Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Perangkat Daerah.

Internet :

<http://aceh.tribunnews.com/2019/01/19/pegawai-dan-warga-kedapatan-merokok-di-kawasan-ktr-di-aceh-tengah-rokok-dan-asbak-disita>. Diakses 17 Desember 2019.

http://rri.co.id/takengon/post/berita/438055/daerah/qanun_kawasan_bebas_rokok_masih_serang_dilanggar.html. Diakses 29 Desember 2019.

http://a-research.upi.edu/operator/upload/t_pd_0908073_chapter3.pdf. Diakses 6 Januari 2020.

Informan :

dr. Indra Lutfi selaku wakil direktur pelayanan

dr. Arif Budiman selaku kepala bidang Seksi pelayanan medis

Muhadi selaku kepala Koordinator satpam

Kesmira Patra selaku anggota satpam

Reza selaku pengunjung

Tuah selaku pengunjung

SURAT KEPUTUSAN DEKAN FISIP UIN AR-RANIRY BANDA ACEH

Nomor : 377/Un.08/FISIP/Kp.07.6/02/2020

TENTANG

**PENGANGKATAN PEMBIMBING SKRIPSI MAHASISWA FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU PEMERINTAHAN
UIN AR-RANIRY BANDA ACEH**

DEKAN FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU PEMERINTAHAN UIN AR-RANIRY BANDA ACEH

- Menimbang** : a. Bahwa untuk kelancaran bimbingan skripsi dan ujian munaqasyah mahasiswa pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Pemerintahan UIN Ar-Raniry Banda Aceh maka dipandang perlu menunjuk pembimbing skripsi tersebut yang dituangkan dalam Surat Keputusan Dekan;
b. Bahwa saudara yang tersebut namanya dalam surat keputusan ini dipandang cakap dan memenuhi syarat untuk diangkat sebagai pembimbing skripsi.
- Mengingat** : 1. Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003, tentang Sistem Pendidikan Nasional;
2. Undang-undang Nomor 14 Tahun 2005, tentang Guru dan Dosen;
3. Undang-undang Nomor 12 Tahun 2012, tentang Pendidikan Tinggi;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah RI Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014, tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
6. Keputusan Presiden Nomor 64 Tahun 2013, tentang Perubahan Institut Agama Islam Negeri Ar-Raniry Banda Aceh menjadi Universitas Islam Negeri Ar-Raniry Banda Aceh;
7. Peraturan Menteri Agama RI Nomor 12 Tahun 2014, tentang Organisasi & Tata Kerja UIN Ar-Raniry;
8. Peraturan Menteri Agama Nomor 21 Tahun 2015, tentang Statuta UIN Ar-Raniry Banda Aceh;
9. Keputusan Menteri Agama Nomor 492 Tahun 2003, tentang Pendelegasian Wewenang Pengangkatan, Pemindahan, dan Pemberhentian PNS di Lingkungan Depag. RI;
10. Keputusan Menteri Keuangan Nomor 293/KMK.05/2011 tentang Penetapan Institut Agama Islam Negeri Ar-Raniry Banda Aceh pada Kementerian Agama sebagai Instansi Pemerintah yang Menerapkan Pengelolaan Badan Layanan Umum;
11. Surat Keputusan Rektor UIN Ar-Raniry Banda Aceh Nomor : 02/Un.08/R/Kp.07.5/01/2018 tentang Pemberian Kuasa dan Pendelegasian Wewenang Kepada Pejabat di Lingkungan Rektor UIN Ar-Raniry Banda Aceh;
- Memperhatikan** : Keputusan Seminar Proposal Skripsi Prodi Ilmu Administrasi Negara pada tanggal 27 Januari 2020

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** :
PERTAMA : Menunjuk Saudara :
1. Dr. Ade Irma, B.H.Sc., MA. Sebagai pembimbing pertama
2. Cut Zamharira, S.IP., M.AP. Sebagai pembimbing kedua
Untuk membimbing skripsi :
Nama : Melga Pani Lestari
NIM : 160802142
Program Studi : Ilmu Administrasi Negara
Judul : Efektifitas Qanun Pemerintah Kabupaten Aceh Tengah No.10 Tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok di RSUD Datu Beru Takengon
- KEDUA** : Pembayaran honorarium pembimbing pertama dan kedua tersebut dibebankan pada DIPA UIN Ar-Raniry Banda Aceh Tahun 2020.
- KETIGA** : Surat Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan sampai dengan berakhirnya Semester Genap Tahun Akademik 2019/2020 dengan ketentuan bahwa segala sesuatu akan diubah dan diperbaiki kembali sebagaimana mestinya, apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam surat keputusan ini.

Ditetapkan di : Banda Aceh
Pada Tanggal : 10 Februari 2020

An. Rektor
Dekan,


Ernita Dewi



Tembusan :

1. Rektor UIN Ar-Raniry Banda Aceh;
2. Ketua Program Studi Ilmu Administrasi Negara;
3. Pembimbing yang bersangkutan untuk dimaklumi dan dilaksanakan;
4. Yang bersangkutan.



**PEMERINTAH KABUPATEN ACEH TENGAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DATU BERU**



TERAKREDITASI PARILUKNA
KARS

فمرينته كبوفا تن أچيه تقه
رومه ساكت أومم دايره داتو برو

Jln. Qurata Aini No.153 Kebayakan Telp. (0643) 21396-21126-AcehTengah

Nomor : 445/6584/RSUD-DB/2020
Perihal : Persetujuan Izin Penelitian

Takengon, 16 Desember 2020
Kepada Yth,
Wakil Dekan Bidang Akademik dan
Kelembagaan Fakultas AR-RANIRY
di-

Tempat

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor: B-2147/Un.08/FISIP I/12/2020 tanggal 10 Desember 2020 perihal pengumpulan Data Penelitian pada Rumah Sakit Umum Daerah Datu Beru Kabupaten Aceh Tengah, kepada:

Nama : **MELGA PANI LESTARI**
NIM : 160802142
Judul Skripsi : *"Efektifitas Qanun Pemerintah Aceh Tengah No.10 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Beru Kabupaten Aceh Tengah "*

Untuk maksud tersebut pada prinsipnya pihak kami tidak berkeberatan, diharapkan kepada yang bersangkutan agar dapat mematuhi segala peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Beru Kabupaten Aceh Tengah.

Demikian untuk menjadi perhatian dan terima kasih.

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DATU BERU
KABUPATEN ACEH TENGAH
WADIR. PSDM,

dr. YUNASRI, M.Kes
Pembina/NIP.19740114 200312 1 007