

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG MASALAH**

Pengembangan sistem kesehatan di Indonesia pada umumnya dapat dikatakan belum berhasil memenuhi harapan masyarakat. Pelayanan kesehatan secara maksimal dan merata bagi masyarakat masih jauh dari harapan, sehingga memerlukan perjuangan yang tidak ringan. Begitu banyak kepentingan yang terlibat didalamnya sehingga memunculkan sejumlah persoalan dan cenderung semakin kompleks. Keberadaan tenaga kesehatan dalam berbagai lapisan belum dapat menunjang cita-cita pelayanan kesehatan secara maksimal. Terlebih pada saat ini muncul sinyalemen bahwa di Indonesia tengah terjadi pergeseran pelayanan kesehatan dari *public good* menjadi *private good*.<sup>1</sup> Pelayanan kesehatan secara maksimal hanya dapat dinikmati oleh segelintir anggota masyarakat yang memiliki uang.

Terjadinya disparitas pelayanan kesehatan antara kota dan daerah, secara lebih spesifik terdeskripsi pada persoalan dokter gigi dan dokter gigi spesialis. Jumlah dan distribusi dokter gigi dan dokter gigi spesialis ternyata belum tertata secara baik. Penumpukan secara berlebihan dokter gigi dan dokter gigi spesialis di kota-kota besar berbanding terbalik dengan kebutuhan dokter gigi dan dokter gigi spesialis di daerah.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Endang Wahyati Yustina, 2012, *Mengenal Hukum Rumah Sakit*, Bandung: Keni Media, Cet. Ke-1, Hlm. 7.

<sup>2</sup> "Jumlah Dokter di Indonesia", Internet: 31 Oktober 2012, Pk. 16.00, [dokternews.wordpress.com](http://dokternews.wordpress.com)

Padahal kondisi di dalam masyarakat terkadang membutuhkan pelayanan kesehatan tertentu, yang hanya dapat dilakukan oleh dokter gigi dengan kompetensi keahlian tertentu pula.

Nafsiah Mboi selaku Menteri Kesehatan menegaskan bahwa hingga kini masih dibutuhkan sekitar empat ribu dokter gigi untuk didistribusikan ke berbagai daerah di Indonesia.<sup>3</sup> Penelitian dari Universitas Gadjah Mada berkaitan dengan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan juga menggambarkan hasil yang tidak jauh berbeda. Distribusi SDM Kesehatan tidak merata, terutama di daerah-daerah berkaitan dengan rasio antara tenaga medis dan tenaga nonmedis. Telah terjadi kelebihan tenaga nonmedis dan kekurangan tenaga medis. Sedangkan pada sisi lain masih banyak dokter yang berada pada posisi struktural dengan menjadi kepala puskesmas atau kepala rumah sakit, dan sekaligus sebagai fungsional dengan melakukan praktik kedokteran. Gambaran tersebut menunjukkan bahwa sesungguhnya kekurangan tenaga medis adalah persoalan utama yang harus dipecahkan. Pendistribusian tenaga medis yang tidak merata, terjadi baik antar provinsi maupun antar kabupaten dan kota. Pada provinsi yang memiliki fakultas kedokteran atau fakultas kedokteran gigi, terdapat populasi tenaga medis lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak memiliki. Penumpukan tenaga medis juga terjadi di daerah dengan tingkat sosial ekonomi tinggi,

---

<sup>3</sup> "Kemenkes Masih Petakan Kebutuhan Dokter", Internet: 31 Oktober 2012, Pk. 16.05, *kompas.com*.

dan sebaliknya pada daerah dengan tingkat sosial ekonomi rendah terjadi kekurangan tenaga medis.<sup>4</sup>

Kementerian Kesehatan pada tahun 2011 mengeluarkan laporan tentang jumlah tenaga medis dan nonmedis pada setiap provinsi di Indonesia. Apabila dibandingkan dengan hasil kajian tim UGM pada tahun 2006, ternyata kondisi kelebihan SDM nonmedis dan kekurangan SDM medis terutama tenaga dokter belum mengalami perubahan yang berarti. Kekurangan SDM medis terutama untuk dokter dan dokter gigi belum dapat tertanggulangi. Gambaran kurang menggembarakan tentang distribusi dokter dan dokter gigi di Indonesia juga dikemukakan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) sebagai berikut:<sup>5</sup>

Bahwa per tanggal 31 Oktober 2007 jumlah dokter gigi yang teregister di KKI adalah 17.783 orang terdiri dari 16.532 dokter gigi umum dan 1.252 dokter gigi spesialis. Sementara itu, jumlah seluruh dokter dan dokter gigi di Indonesia per tanggal tersebut adalah 89.090 orang, terdiri dari 17.783 dokter gigi dan 71.307 dokter. Untuk komunitas dokter, jumlah itu terdiri dari 55.997 dokter umum dan 15.310 dokter spesialis. Bila dibandingkan dengan jumlah penduduk Indonesia pada saat ini, yang menurut proyeksi BPS berjumlah 224.185.766 jiwa maka rasio dokter gigi dengan penduduk adalah 1 : 13.561 . Sedangkan untuk dokter gigi spesialis adalah 1 : 179.062.

Gambaran dari KKI telah menunjukkan beratnya persoalan pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia, terutama dalam kaitannya dengan kebutuhan dan distribusi dokter termasuk dokter gigi dan dokter

---

<sup>4</sup> Ihsan Husain, Mubasysyir Hasanbasri, Helly P. Soetjipto, 2006, *"Kualitas dan Kuantitas Tenaga Kesehatan Puskesmas: Studi Distribusi Desa-Kota dan Regional*, Yogyakarta: Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Universitas Gadjah Mada.

<sup>5</sup> "Jumlah Dokter Gigi di Indonesia Hanya 17.783 Orang", Jakarta, *Dentamedia*: No. 4 Vol. 11, Okt-Des 2007

gigi spesialis. Artinya, dengan melihat rasio dokter spesialis dan dokter gigi spesialis terhadap jumlah penduduk yang harus dilayani, dapat menjadi informasi relevan dalam membuat kebijakan pemerataan pelayanan kesehatan. Berdasarkan data Ikatan Dokter Indonesia (IDI) tahun 2011, untuk seluruh Indonesia terdapat sekitar 19 ribu dokter spesialis dan dokter gigi spesialis guna melayani 237 juta penduduk. Terdapat begitu banyak alasan mengapa dokter spesialis menumpuk di kota besar sedangkan kebutuhan di daerah tidak terpenuhi. Namun alasan umum yang paling sering dikemukakan adalah berkaitan dengan pendapatan dan fasilitas yang tidak memadai.

Berdasarkan gambaran tersebut, maka untuk sementara pembelajaran yang dapat dicatat antara lain sebagai berikut: (1) Adanya distribusi dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang tidak merata terutama untuk Kalimantan, Sulawesi, Nusa Tenggara, dan Papua; (2) Adanya ketimpangan pelayanan kesehatan yang jelas antara kota dan daerah; (3) Adanya peningkatan angka kecacatan atau kematian karena keterlambatan pelayanan; dan (4) Timbulnya kompleksitas jenis penyakit yang berawal dari penyakit yang tidak segera ditangani.

Untuk mengatasi persoalan tersebut sebenarnya telah diterbitkan berbagai produk perundang-undangan, baik secara vertikal maupun horizontal.<sup>6</sup> Sejumlah produk hukum yang diterbitkan sebenarnya diharapkan mampu membantu mengatasi persoalan, namun pada

---

<sup>6</sup> Ni'matul Huda. 2007. *Hukum Tata Negara Indonesia*, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada, Hlm. 60-61. Perhatikan hirakhi perundang-undangan di Indonesia berdasarkan UU No. 10 Tahun 2004.

kenyataannya belum sesuai dengan harapan.<sup>7</sup> Beberapa produk hukum yang telah diterbitkan dan secara khusus berkaitan dengan kesehatan dan kedokteran antara lain: Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran; Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit; Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan; Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1231/Menkes/Per/XI/2007 tentang Penugasan Khusus Sumberdaya Manusia Kesehatan; Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan; Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran; Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No. 48 Tahun 2010 Tentang Kewenangan Tambahan. Sedangkan peraturan perundang-undangan non kesehatan atau non kedokteran, namun memiliki keterkaitan erat dengan bidang kesehatan dan kedokteran yang telah diterbitkan antara lain: Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah; Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.

---

<sup>7</sup> Bachsan Mustafa. 2003. *Sistem Hukum Indonesia Terpadu*, Bandung: PT. Citra Aditya Bakti, Hlm 73-74.

Berbagai produk hukum tersebut pada dasarnya telah diarahkan pada upaya penciptaan kondisi, dimana hak dan kewajiban masyarakat umum di satu pihak, serta hak dan kewajiban pemerintah pada lain pihak, dapat terlaksana sebaik-baiknya sesuai dengan tujuan hukum.<sup>8</sup> Tujuan hukum terutama untuk menciptakan keseimbangan antara keadilan, kepastian, dan kemanfaatan bagi semua, seyogyanya sudah terdapat di dalam berbagai perundang-undangan tersebut. Ditinjau dari sisi Hak Asasi Manusia (HAM), yaitu hak mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal dan hak mendapatkan kesamaan kesempatan untuk sehat, sebenarnya telah dijamin oleh negara tanpa membedakan antara kota dan daerah, ataupun perbedaan antara daerah kaya dan daerah miskin.

Kewajiban terselenggaranya HAM bidang kesehatan tercermin dalam beberapa produk perundang-undangan, antara lain di dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran; Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Dengan menerbitkan perundang-undangan berkaitan dengan kesehatan, dokter, dan rumah sakit, sebenarnya telah menunjukkan adanya semangat keselarasan pandangan guna menuju hidup sehat antara masyarakat umum, pemerintah, dan pengampu bidang kesehatan.

Pelayanan kesehatan gigi menjadi demikian urgen sebagai bagian dari sistem kesehatan nasional, terbukti dengan diterbitkannya Keputusan

---

<sup>8</sup> Kansil, CST. 1989. *Pengantar Ilmu Hukum dan Tata Hukum Indonesia*, Jakarta: Balai Pustaka, Hlm. 40.

**Menteri Kesehatan Nomor 284/Menkes/SK/IV/2006 Tentang Standar Pelayanan Asuhan Kesehatan Gigi dan Mulut. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 284 tahun 2006 tersebut secara eksplisit mengacu pada Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Dengan demikian pelayanan kesehatan gigi dapat dikategorikan sebagai sarana mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Untuk itu pelayanan kesehatan berdasarkan pendekatan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), harus dilakukan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.**

**Mengingat kewenangan penerbitan Surat Ijin Praktek (SIP) dokter dan dokter gigi berada pada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota, telah menjadikan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sangat relevan untuk diketengahkan dalam penelitian ini. Dengan kewenangan yang dimiliki para Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota dalam menerbitkan SIP, diharapkan telah berdasarkan pemahaman komprehensif tentang persoalan kesehatan di daerahnya. Oleh karena itu pula persoalan penghasilan dan fasilitas yang selama ini dikeluhkan para dokter, dapat lebih dipahami dan ditanggulangi berdasarkan kepentingan timbal balik secara proporsional dan professional.**

**Untuk sementara waktu guna mengatasi persoalan kekurangan dokter spesialis dan dokter gigi spesialis saat ini, maka di dalam tataran**

yuridis yang perlu dielaborasi dan dikaji lebih lanjut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran. Sebab di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011, telah disinggung secara eksplisit kemungkinan dilahirkannya solusi guna mengatasi persoalan kebutuhan dokter spesialis dan dokter gigi spesialis di daerah. Salah satu ketentuan di dalam peraturan menteri kesehatan tersebut menyinggung tentang pemberian kewenangan tambahan kepada dokter umum maupun dokter gigi.

Pemberian kewenangan tambahan sudah dipastikan tidak bermaksud memberikan predikat “dokter spesialis” atau “dokter gigi spesialis” kepada dokter umum maupun dokter gigi. Kebijakan pemberian kewenangan tambahan dapat dikatakan karena kondisi darurat dan respon terhadap persoalan kelangkaan dokter spesialis dan dokter gigi spesialis. Kewenangan tambahan hanya mungkin diberikan kepada dokter atau dokter gigi setelah melalui serangkaian pelatihan tertentu, persyaratan tertentu, dan bidang tertentu secara ketat dan selektif. Dokter umum dan dokter gigi dengan kewenangan tambahan hanya dimungkinkan melakukan tindakan medis secara terbatas, baik dari berdasarkan rentang kewenangan maupun masa berlakunya. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 menyatakan:

Dokter dengan kewenangan tambahan adalah dokter dan dokter gigi dengan kewenangan klinis tambahan yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan yang diakui organisasi profesi untuk melakukan praktik kedokteran tertentu secara mandiri.



Pemberian kewenangan tambahan kepada dokter dan dokter gigi pada khususnya, hanya mungkin dilakukan apabila memiliki dasar hukum yang kuat. Oleh karena itu kewenangan normatif yang selama ini melekat pada dokter gigi, harus disertai tambahan perangkat hukum yang lain sebagai landasan yuridis apabila akan diberi kewenangan tambahan. Wacana pemberian kewenangan tambahan kepada dokter gigi, meskipun memiliki argumentasi kuat dalam mengatasi kelangkaan dokter gigi spesialis, harus dipertimbangkan secara komprehensif terutama berkaitan dengan standar kompetensi. Setiap dokter gigi yang akan menjalankan profesinya wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) sebagai bukti tertulis dari Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap dokter gigi yang telah memiliki sertifikat kompetensi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu serta diakui secara hukum untuk melakukan tindakan profesinya.<sup>9</sup> Mengingat substansi STR berupa sertifikasi kompetensi dan kualifikasi dokter gigi, maka dalam rangka pemberian kewenangan tambahan, secara logis menuntut adanya kejelasan berupa dasar hukum berkaitan dengan keberadaan “dokter gigi dengan kewenangan tambahan”. Tanpa adanya kejelasan dasar hukum keberadaan dokter gigi dengan kewenangan tambahan hanya akan menambah persoalan sekaligus kebingungan di dalam masyarakat.

Gambaran tentang kondisi pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia, khususnya dalam konteks pemberian kewenangan tambahan

---

<sup>9</sup> Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 1 Tahun 2005 Tentang Registrasi Dokter dan Dokter Gigi.

kepada dokter gigi, dapat diduga sekaligus akan memunculkan persoalan kewenangan pada satu sisi dan persoalan pemerataan pelayanan pada sisi lainnya. Dengan demikian selain akan memunculkan pertanyaan-pertanyaan diseperti kewenangan di dalam profesi kedokteran gigi itu sendiri, juga akan muncul tuntutan terhadap kepastian hukum yang menjadi dasar kewenangan pemerintah dalam mengatasi persoalan public berupa pemerataan pelayanan kesehatan. Muncul pertanyaan yuridis apakah kewenangan tambahan yang diberikan kepada dokter gigi bersifat atributif, mandat, atau delegatif.<sup>10</sup> Demikian pula di dalam pelayanan publik berupa pemerataan pelayanan kesehatan, maka secara sistemik akan berkaitan erat dengan perkembangan konsep pelayanan itu sendiri. Sebab konsep pelayanan publik yang berkembang dewasa ini telah berkembang, tidak lagi menempatkan pemerintah sebagai domain tunggal penyelenggaraan pelayanan publik. Pada saat sekarang ini setiap kebijakan public yang dibuat harus betul-betul mengarah pada paradigma pelayanan publik. Artinya, setiap proses kebijakan publik yang dilakukan oleh pemerintah harus sebesar-besarnya melibatkan peran serta masyarakat.<sup>11</sup> Kebijakan public yang diwujudkan dalam berbagai formulasi perundang-undangan harus sebanyak mungkin dapat memberi manfaat terhadap segala lapisan masyarakat.

---

<sup>10</sup> Lutfi Effendi. 2004. *Pokok-Pokok Hukum Administrasi*, Malang: Bayumedia Publishing, Cet. Ke-3, Hlm. 77-79

<sup>11</sup> David Corbett. 1992. *Publik Sector Management*, Monas University: Allen and Unwin, Hlm. 28

Konstruksi pemberian kewenangan tambahan kepada dokter gigi guna mendapatkan solusi mengatasi kekurangan tenaga dokter gigi spesialis dalam kondisi darurat, dapat dikatakan memiliki rasionalitas yang kuat terutama mengingat rumitnya persoalan jumlah dan distribusi dokter gigi spesialis di Indonesia. Dengan demikian persoalan pemberian kewenangan tambahan tersebut memiliki alasan secara kuantitas maupun kualitas. Secara kuantitas berkaitan keterbatasan dengan jumlah dokter gigi umum dan dokter gigi spesialis, dan secara kualitas berkaitan dengan upaya peningkatan kapasitas tertentu pada dokter gigi umum. Sebagai solusi sementara dalam kondisi darurat, pemberian kewenangan tambahan kepada dokter gigi sudah sepantasnya mendapat dukungan penuh, terutama dukungan dari perguruan tinggi yang memiliki pendidikan kedokteran gigi dan dari profesi dokter gigi spesialis itu sendiri. Dengan mengingat kondisi yang demikian kompleks, dan untuk mendapatkan pemahaman yang memadai atas persoalan yang dihadapi, maka penulis bermaksud mengadakan kajian secara khusus berkaitan dengan pemberian kewenangan tambahan kepada dokter gigi. Kajian di dalam rangka penelitian tesis ini dilakukan dengan mengambil judul: "Pemberian Kewenangan Tambahan Kepada Dokter Gigi Dalam Rangka Pemerataan Pelayanan Kesehatan: Kajian Terhadap Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran".

## **B. PERUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang masalah sebagaimana telah diuraikan, maka terdapat 3 (tiga) perumusan masalah yang dapat diajukan dalam penelitian ini, yaitu:

1. **Bagaimana Pengaturan Tentang Kewenangan Tambahan Kepada Dokter Gigi ?**
2. **Bagaimana Pengaturan Tentang Pemerataan Pelayanan Kesehatan ?**
3. **Bagaimana hubungan antara Pengaturan tentang Kewenangan Tambahan Kepada Dokter Gigi dan Pemerataan Pelayanan Kesehatan ?**

## **C. TUJUAN PENELITIAN**

Dimaksudkan dengan tujuan penelitian adalah berkaitan dengan hasil atau output yang diharapkan. Hasil yang diharapkan melalui suatu proses tertentu dalam penelitian ini adalah:

1. **Untuk mendapatkan gambaran tentang Pengaturan Kewenangan Tambahan Kepada Dokter Gigi.**
2. **Untuk mendapatkan gambaran tentang Pengaturan Pemerataan Pelayanan Kesehatan.**
3. **Untuk mendapatkan gambaran tentang hubungan sebab akibat antara ketentuan tentang Pengaturan Kewenangan Tambahan**

Kepada Dokter Gigi dan Pengaturan Pemerataan Pelayanan Kesehatan.

#### **D. MANFAAT PENELITIAN**

Manfaat penelitian dalam kesempatan ini antara lain dapat dikemukakan sebagai berikut:

1. **Manfaat Akademik:** diharapkan akan dapat memberikan kontribusi pada pengembangan ilmu pengetahuan, terutama dalam pengembangan ilmu hukum kesehatan.
2. **Manfaat Praktis:** diharapkan akan dapat memberikan kontribusi pada kegunaan praktis dalam masyarakat luas, terutama dalam kaitannya dengan keberadaan dan kemanfaatan dokter gigi dengan kewenangan tambahan.
3. **Manfaat Politis:** diharapkan akan dapat memberikan kontribusi kepada para pengambil keputusan publik dalam menghasilkan berbagai kebijakan.

#### **E. KERANGKA KONSEPTUAL**

Konseptualisasi penelitian ini dilakukan dengan mengingat kompleksitas tujuan hukum, yaitu berkaitan dengan keadilan hukum, kepastian hukum, kemanfaatan hukum, dan ketertiban hukum. Untuk itu perlu pula dipahami hubungan antara hukum dan kekuasaan yang pada gilirannya melahirkan kewenangan. Hukum yang selalu memerlukan

paksaan agar ketentuannya ditaati, telah menjadikan hukum memerlukan kekuasaan dalam penegakannya. Hukum tanpa memiliki kekuasaan akan menjadikan suatu kaidah hanya merupakan anjuran belaka. Oleh karena itu di dalam negara hukum diantaranya mengenal lembaga-lembaga yang sengaja dilahirkan sebagai alat pemaksa atau penegak hukum. Kekuasaan yang dimiliki oleh kepolisian misalnya sebagai alat penegak hukum, merupakan fungsi dari masyarakat yang menghendaki keteraturan dan ketertiban.<sup>12</sup>

Secara konseptual Mochtar Kusumaatmadja menguraikan fungsi utama hukum dalam bentuk ketertiban. Hukum merupakan perangkat asas dan kaidah yang meliputi lembaga dan proses agar hukum dapat terwujud dalam masyarakat. Yang dimaksud dengan asas adalah teropong moral sebagai pijakan berdasarkan nurani yang bersih.<sup>13</sup> Sedangkan kaidah adalah aturan yang meliputi aturan hukum, agama, kesusilaan, dan kesopanan; lembaga adalah organisasi dan kebiasaan-kebiasaan. Proses pencarian keadilan dan ketertiban merupakan kondisi agar kehidupan bermasyarakat dapat berjalan secara teratur. Untuk mendapatkan ketertiban terlebih dahulu diperlukan suatu kepastian dan pada akhirnya menuju keadilan.<sup>14</sup> Titik temu tentang ketertiban sebagai fungsi hukum merupakan tugas pemerintah yang mewakili kepentingan

---

<sup>12</sup> Mochtar Kusumaatmadja dan B. Arief Sidharta, 1999, *Pengantar Ilmu Hukum: Suatu Pengenalan Pertama Ruang Lingkup Bertakunya Ilmu Hukum*. Bandung: Alumni, Cet. Ke-1, Hlm. 35

<sup>13</sup> Sudikno Mertokusumo, 2002, *Mengenal Hukum: Suatu Pengantar*, Yogyakarta: Liberty, Cet. Ke-3, Hlm. 33-34.

<sup>14</sup> Mochtar Kusumaatmadja, 1995, *Hukum, Masyarakat, dan Pembinaan Hukum Nasional*, Bandung: Universitas Padjadjaran, Cet. Ke-3, Hlm. 63.

masyarakat. Untuk itu pemerintah wajib memiliki unsur-unsur kenegaraan yang dapat dipertanggung jawabkan, terutama dalam kaitannya dengan menciptakan keseimbangan antara kemampuan menggunakan kekerasan dan infrastruktural.<sup>15</sup> Peran pemerintah untuk menciptakan perimbangan akan membuktikan pentingnya ketertiban sebagai fungsi dari hukum.

Kerangka konseptual dibangun setelah melakukan telaah terhadap kerangka teoritis. Suatu kerangka konseptual mengandung makna adanya upaya penggambaran antar konsep secara lebih khusus. Konsep yang berarti suatu abstraksi dari fenomena, dan fenomena itu sendiri dinamakan fakta, maka di dalam kerangka konseptual akan terdapat aktivitas untuk menguraikan hubungan antara fakta yang ada. Di dalam penelitian hukum suatu kerangka konseptual sangat dimungkinkan dengan mengambil inspirasi dalam keterkaitannya dengan perundang-undangan tertentu misalnya. Di dalam kerangka konseptual akan diarahkan sekaligus untuk menghasilkan suatu formulasi guna memudahkan pemahaman, sehingga akan berguna sebagai pedoman operasional pengumpulan, pengolahan, analisis, dan konstruksi data.<sup>16</sup> Yuyun Suariasumantri secara lebih tegas menyatakan bahwa di dalam kerangka konseptual, akan terdapat di dalamnya pilihan-pilihan spesifik dari peneliti sendiri atas suatu fakta yang diyakininya akan dapat

---

<sup>15</sup> Kurnanto Anggoro, *Keamanan Nasional, Pertahanan Negara, dan Ketertiban Umum, BPHN: Makalah Seminar Pembangunan Hukum Nasional VIII*, Denpasar, 14 Juni 2003.

<sup>16</sup> Soerjono Soekanto, *Op. Cit.*, Hlm. 132 dan 137

mendukung kesimpulan akhir dari penelitian yang dilakukannya.<sup>17</sup> Didalam kesempatan penelitian ini, maka beberapa konsep yang diperkirakan relevan dan berguna dalam membangun konsep baru adalah sebagai berikut:

### **1. Kadar Legitimasi Kewenangan**

Secara umum yang dimaksud dengan legitimasi adalah suatu keterangan atau pernyataan mengesahkan atau membenarkan. Diantara pernyataan yang mengesahkan atau membenarkan adalah berdasarkan hukum. Sedangkan kewenangan adalah kekuasaan yang memiliki keabsahan karena tidak semua kekuasaan selalu memiliki keabsahan. Dengan demikian makna kewenangan dapat dikatakan lebih merupakan hak moral untuk membuat dan melaksanakan keputusan. Hak moral di dalam kewenangan harus sesuai dengan nilai dan norma masyarakat termasuk perundang-undangan yang berlaku. Namun demikian terdapat kadar legitimasi di dalam kewenangan yang perlu diperhatikan. Yang dimaksud dengan kadar legitimasi dalam kewenangan adalah jumlah dukungan terhadap suatu kewenangan. Pada umumnya terdapat 4 tipe kadar legitimasi yang dikenal selama ini, yaitu pralegitimasi, berlegitimasi, tidak berlegitimasi, dan pasca legitimasi.

(1) **Pralegitimasi:** adalah suatu kondisi yang sangat yakin telah memiliki hak moral untuk memerintah.

---

<sup>17</sup> Jujun Suriasumantri, 1995, *Filsafat Ilmu Pengetahuan Populer*, Jakarta: Sinar Harapan, Cet. Ke-5, Hlm. 105.



- (2) Berlegitimasi: adalah suatu kondisi adanya pengakuan dan dukungan terhadap hak moral untuk memerintah.
- (3) Tidak Berlegitimasi: adalah suatu kondisi tidak adanya pengakuan dan dukungan terhadap hak moral untuk memerintah.
- (4) Pasca Legitimasi: adalah suatu kondisi dimana dasar legitimasi lama dianggap tidak sesuai lagi dengan aspirasi masyarakat, dan muncul dasar legitimasi baru yang menghendaki suatu kewenangan atas dasar legitimasi baru.<sup>18</sup>

Di dalam konteks persoalan pelayanan kesehatan di Indonesia muncul dugaan terjadinya tumpang tindih kewenangan diantara tenaga kesehatan. Permasalahan yang diperkirakan sering muncul di daerah adalah adanya persoalan antara dokter dan perawat dalam praktek pengobatan. Hasil kajian menunjukkan hasil yang memperkuat dugaan tersebut, terutama sekali kondisi yang terjadi di daerah.<sup>19</sup> Bahwa jumlah perawat yang menetapkan diagnosis penyakit 92.6%, membuat resep obat 93.1%, tindakan pengobatan 97.1%, pemeriksaan kehamilan 70.1%, dan melakukan pertolongan persalinan 57.7%. Terjadinya kondisi demikian, yang artinya terdapat suatu aktivitas yang sebenarnya diluar kewenangan perawat, pada satu sisi dianggap telah melanggar hukum sebab kewenangan tersebut sebenarnya pada dokter. Namun pada sisi lain pemerintah sangat menyadari serba keterbatasan dokter dalam

---

<sup>18</sup> Ramlan Surbakti, *Memahami Ilmu Politik*, Jakarta: Gramedia Widiasarana Indonesia, Cet. Ke-1, tt, Hlm. 94-95.

<sup>19</sup> Kerjasama Penelitian antara Departemen Kesehatan dan Universitas Indonesia, Tahun 2005.

menjangkau masyarakat terutama di daerah terpencil. Terhadap persoalan demikian, maka berdasarkan pandangan yuridis muncul suatu wacana perlunya dibuatkan akta pelimpahan wewenang dari dokter kepada perawat dan bidan khususnya. Hal ini dilakukan agar dengan bukti pelimpahan secara tertulis akan dapat mengeliminasi tanggung jawab pidana dan perdata di dalam praktik kedokteran.<sup>20</sup>

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka kadar legitimasi kewenangan dapat dikonstruksikan sebagai berikut: “kondisi adanya pengakuan dan dukungan untuk melakukan tindakan tertentu berdasarkan alas hukum”.

## **2. Kewenangan Profesional**

Arief Sidharta dengan memanfaatkan inspirasi dari Roscoe Pound mengatakan: “profesi bukanlah sekedar pekerjaan untuk memperoleh nafkah saja, melainkan pekerjaan yang pelaksanaannya dijalankan dengan menerapkan pengetahuan ilmiah (praktisi ilmu) dan terkait pada etika umum dan etika khusus (kode etik) yang memancar dari semangat pengabdian terhadap sesama manusia (*publik service*)”.<sup>21</sup> Sedangkan pada sisi lain Franz Magnis Suseno lebih menekankan perlunya integritas

---

<sup>20</sup> Djaelani HA, *Pelimpahan Kewenangan dalam Praktik Kedokteran Kepada Perawat Bidan Secara Tertulis Dapat Mengeliminasi Tanggung Jawab Pidana dan Perdata*, Jakarta: Jurnal Hukum Kesehatan, Vol. 1 No. 1, 2008, Hlm. 9.

<sup>21</sup> Moediarti Trisnarningsih, 2009, *Beberapa Pembahasan di Dalam Hukum*, Bandung: P3WSB, Cet. Ke-1, Hlm. 49.

tertentu di dalam setiap profesi agar dapat disebut profesional. Beberapa integritas yang diperlukan antara lain sebagai berikut:<sup>22</sup>

- (1) **Integritas Kepribadian:** mengandung makna memiliki suatu kejujuran sebagai orientasi sikap hatinya yang tidak dibuat-buat. Kemandirian yang dimiliki diwujudkan dengan mengambil sikap independen dan seperlunya saja dalam melawan kelompok atau lingkungan. Memiliki kepribadian yang kuat berarti tidak dapat dibeli dan tidak terkena persoalan korupsi;
- (2) **Integritas Intelektual:** mengandung makna adanya kepedulian dan keterlibatan pada kebenaran. Integritas intelektual akan menuntut pertanggung-jawaban atas suatu pendapat atau pernyataan, dan terbuka atas suatu kritik dan diskusi. Seseorang yang memiliki integritas intelektual tidak takut untuk mengaku pernah berbuat salah atau tidak mengetahui suatu jawaban;
- (3) **Integritas Moral:** mengandung makna jauh dari permainan kotor atau penghianatan karena memiliki suatu sikap dasar. Integritas moral pada umumnya dicirikan dengan tidak munafik, tidak kejam, tidak tinggi hati, dan tidak sombong. Aktivitas akan dilakukan sesuai dengan standar berdasarkan suatu kesadaran akan kewajiban meskipun tidak mendapatkan suatu pengawasan;
- (4) **Integritas Religius:** mengandung makna disatu pihak akan bersikap sesuai dengan keyakinannya, dan pada pihak lain akan bersikap

---

<sup>22</sup> *Ibid*, Hlm. 50.

memberikan kebebasan kepada orang lain dalam memajukan keyakinan religiusnya. Integritas religious menuntut hormat yang sebesar-besarnya terhadap kebebasan beragama masing-masing orang.

Berbagai konsep profesional guna aplikasi dapat dikatakan banyak dikembangkan di dalam teori organisasi dan manajemen. Berdasarkan konsep profesional antara lain akan menunjukkan kapasitas manusia untuk memilah beragam persoalan. Sekurangnya tercatat 5 (lima) indikator profesionalisme yang perlu diperhatikan: *“(1) professions are based on the presence of a sistematic theory; (2) professions all have profesional authority; (3) standards of training and competence are set by the profession itself; (4) professions have a code of etics; (5) professions are encircled by a profesional cultur.”*<sup>23</sup>

Kewenangan di dalam artian yuridis yang sekaligus menekankan penghormatan terhadap hak dan kewajiban berlandaskan konsep moral, berbeda dengan kewenangan dalam arti politik yang lebih mengedepankan hak berdasarkan konsep kekuasaan. Oleh karena itu pemahaman terhadap kewenangan profesional di dalam konteks hukum, akan memiliki akar penjelasan dengan memahami pemaknaannya martabat manusia yang mengedepankan konsep hak asasi dan kewajiban asasi, dan hakikat hukum yang mengedepankan konsep keadilan, kebebasan, dan solidaritas sebagai nilai dasar hukum.

---

<sup>23</sup> Taliziduhu Ndraha, 2003, *Kybemologi: Ilmu Pemerintahan Baru, Jilid 2*, Bandung: Penerbit Rineka Cipta, Cet. Ke-1, Hlm. 689.

Hak asasi adalah hak yang dimiliki manusia bukan pemberian masyarakat atau diberi oleh hukum positif, namun keberadaannya karena martabatnya sebagai manusia. Manusia memiliki hak asasi dikarenakan sebagai manusia, dan hak asasi tidak dapat dihilangkan oleh negara. Adanya sikap tidak mengakui hak asasi yang dimiliki oleh manusia sebagai manusia, mengandung makna bahwa martabat manusia belum diakui sepenuhnya oleh Negara. Pemahaman terhadap kewajiban asasi pada dasarnya tidak semudah pemahaman terhadap hak asasi. Untuk itu perlu terlebih dahulu memahami makna hak asasi dalam artian positif dalam kaitannya hidup bernegara. Secara sederhana yang dimaksud dengan hak asasi positif adalah suatu tuntutan prestasi tertentu terhadap negara. Hal ini kebalikan dari makna hak asasi negatif, yang tidak menghendaki campur tangan Negara dalam wilayah pribadi. Adanya pelayanan-pelayanan publik yang harus diberikan oleh Negara kepada masyarakat, merupakan implikasi dari pemahaman atas hak asasi positif. Oleh karena itu pemahaman terhadap hak asasi akan terlalu sempit apabila hanya semata-mata berdasarkan aturan hukum. Konstruksi yang paling mungkin di dalam tataran operasional adalah, tuntutan martabat manusia dibagi ke dalam dua bentuk, yaitu hak hukum dan kewajiban politik. Berdasarkan konstruksi demikian akan menghasilkan pemahaman hak asasi dalam bidang tertentu merupakan kewajiban Negara dalam bidang tertentu pula. Hak asasi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan kewajiban Negara untuk

menyelenggarakan sistem kesehatan bagi masyarakat. Mengingat kewajiban asasi negara bersifat politik, maka tuntutan terhadap Negara harus secara politik pula dan tidak dapat secara hukum di depan pengadilan.<sup>24</sup>

Pada sisi lain pemahaman terhadap nilai dasar hukum selalu bertitik tolak dari cita-cita masyarakat sebagai kerangka acuan. Masyarakat bercita-cita bahwa hukum tidak hanya praktis, efisien, dan efektif, namun juga harus dapat mewujudkan tatanan yang adil sesuai dengan martabat manusia. Penjabaran terhadap cita-cita tersebut mengandung makna bahwa kewenangan di dalam kerangka hukum sekurangnya harus memiliki dasar keutamaan, yaitu adanya keadilan, kebebasan, dan solidaritas. Ketiga dasar keutamaan tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:<sup>25</sup>

**Keadilan:** Keadilan adalah keadaan antarmanusia dimana semua diperlakukan dengan sama sesuai dengan hak dan kewajiban masing-masing. Keadilan adalah tuntutan agar kesamaan dilaksanakan. Konkretisasi paham keadilan hanya mungkin dalam kerangka suatu pandangan dasar tentang manusia, masyarakat, dan alam semesta.

**Kebebasan:** Bahwa hukum mencegah si kuat mendominasi kehidupan, langsung menunjukkan bahwa hukum secara hakiki harus melindungi kebebasan. Maksud dari kebebasan adalah hak dari setiap orang dan kelompok untuk mengurus diri sendiri lepas dari paksaan. Oleh karena itu hakikat dari kebebasan bukan berarti hidup melulu menurut kemauannya sendiri.

**Solidaritas:** Hukum adalah institusionalisasi kebersamaan atau kesosialan manusia. Pembatasan diri umat manusia melalui upaya hukum merupakan pengakuan institusional terhadap solidaritas

---

<sup>24</sup> Franz Magnis Suseno, 2003, *Etika Politik: Prinsip-Prinsip Moral Dasar Kenegaraan Modern*, Jakarta: Gramedia, Cet. Ke-7, Hlm. 134-137

<sup>25</sup> *Ibid*, Hlm. 114-118

antarmanusia. Kita semua bertanggung jawab atas kita semua, bahwa tidak boleh diantara kita yang dibiarkan menderita.

Implikasi dari pemahaman terhadap martabat manusia dan hakikat hukum tersebut adalah: (1) Hukum baru dianggap sah apabila telah sesuai dengan martabat manusia; (2) Hukum berdasarkan keadilan, kebebasan, dan solidaritas baru dianggap sah apabila berdasarkan kerangka acuan kebudayaan yang mendukungnya; (3) Hukum bersifat konkret dan operasional, sehingga nilai-nilai abstrak berupa keadilan, kebebasan, dan solidaritas harus dijabarkan menjadi hak dan kewajiban konkret dalam bentuk norma hukum.

Berdasarkan uraian di atas, maka makna kewenangan profesional dapat dikonstruksikan sebagai berikut: "kapasitas melakukan tindakan tertentu berdasarkan suatu keahlian yang memiliki dasar hukum dan penghargaan terhadap martabat manusia"

### **3. Kewenangan Tambahan**

Kemunculan kewenangan tambahan tidak lepas dari adanya dasar hukum yang melandasinya. Dengan demikian pemberian suatu kewenangan, apakah itu kewenangan utama ataupun kewenangan tambahan, harus selalu memiliki rujukan kejelasan dasar hukum. Namun yang patut untuk diperhatikan dengan adanya kewenangan tambahan adalah berkaitan dengan sebab munculnya kewenangan tambahan itu sendiri. Berdasarkan pantauan terhadap berbagai persoalan yang dihadapi oleh berbagai kalangan, maka munculnya kewenangan

tambahan dipicu oleh persoalan nyata berupa kompetensi tingkat operasional. Kenyataan demikian mengandung makna, bahwa kemunculan kewenangan tambahan bersifat kondisional dikarenakan pihak-pihak yang sebenarnya berkompeten tidak cukup tersedia.

Meskipun kemunculan suatu kewenangan tambahan memiliki alasan kompetensi tingkat operasional, namun sebagaimana terhadap kewenangan utama, maka terhadap penerima kewenangan tambahan harus tetap diberlakukan prinsip-prinsip profesionalisme. Profesional secara umum mengandung makna pekerjaan yang menuntut keahlian dan kode etik tertentu, dan karenanya mendapat penghargaan berupa bayaran tertentu. Sedangkan profesionalisme adalah sebutan yang mengacu kepada sikap mental dalam bentuk komitmen dari para anggota suatu profesi untuk senantiasa mewujudkan dan meningkatkan kualitas profesionalnya. Dengan demikian profesi merupakan suatu pekerjaan tertentu yang relatif membutuhkan pengetahuan atau keahlian tertentu. Karena profesi pada umumnya memiliki organisasi profesi, dengan dibekali kode etik, sertifikasi atau lisensi tertentu, maka dapat disimpulkan bahwa untuk menjadi profesional mensyaratkan adanya keahlian tertentu, kode etik tertentu, dan pembayaran tertentu. Sedangkan pada sisi lain harapan untuk mendapatkan kinerja yang tinggi mensyaratkan adanya suatu proses secara profesional. Oleh karena itu antara profesionalisme dan kinerja seyogyanya berada dalam satu rangkaian pembahasan.



Tuntutan sikap profesional terhadap penerima kewenangan tambahan, mengandung makna bahwa penerima kewenangan tambahan juga harus mengedepankan kewenangan profesional. Berdasarkan uraian di atas, maka makna kewenangan tambahan dapat dikonstruksikan sebagai berikut: “kapasitas melakukan tindakan tertentu dalam kondisi darurat berdasarkan suatu keahlian yang memiliki alas hukum dan penghargaan terhadap martabat manusia”

#### **4. Pemerataan Pelayanan Kesehatan**

Kemunculan konsep pelayanan secara umum memiliki faktor penyebab, antara lain dapat dirinci karena adanya: (1) rasa cinta dan kasih sayang; (2) keyakinan untuk saling tolong menolong diantara sesama manusia; (3) keyakinan bahwa berbuat baik terhadap orang lain merupakan salah satu bentuk amal saleh.<sup>26</sup> Keseluruhan faktor penyebab lahirnya konsep pelayanan tersebut merupakan manifestasi dari hak dasar warganegara atau Hak asasi manusia (HAM). Hak dasar atau hak asasi yang dipahami sebagai perangkat hak yang melekat pada setiap manusia sejak dilahirkan, telah menjadikan lahirnya pemahaman secara substansial bahwa adanya persamaan atau sama rata diantara anggota masyarakat. Oleh karena itu di dalam konteks pelayanan, maka

---

<sup>26</sup> Moenir HAS, *Op. Cit.* Hlm. 12

mendapatkan pelayanan merupakan hak yang berlaku kepada siapapun dan berlaku secara universal.<sup>27</sup>

Pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia dikembangkan sejalan dengan tanggung-jawab pemerintah untuk melindungi masyarakat Indonesia dari gangguan kesehatan. Untuk itu pemerintah berupaya mengembangkan infrastruktur kesehatan di seluruh wilayah Indonesia. Secara prinsip bentuk pelayanan kesehatan yang dikembangkan adalah yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat (*public health essential*) terutama berkaitan dengan penduduk miskin.<sup>28</sup> Di dalam perkembangannya muncul tuntutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara lebih bermutu. Kondisi demikian pada gilirannya telah menuntut pula dilakukannya regulasi sektor kesehatan dan sekaligus regulasi sektor pendidikan tenaga kesehatan.<sup>29</sup>

Berdasarkan uraian di atas, maka makna pemerataan pelayanan kesehatan dapat dikonstruksikan sebagai berikut: "Pelayanan kesehatan merupakan hak dasar yang dimiliki oleh setiap warganegara dari suatu negara dan bersifat universal. Pemerataan pelayanan kesehatan diselenggarakan agar masyarakat terlindung dari gangguan kesehatan, dan merupakan tanggung jawab bersama antara pemerintah dan masyarakat"

---

<sup>27</sup> *Ibid*, Hlm. 41

<sup>28</sup> Gde Muninjaya AA, 2004, *Manajemen Kesehatan*, Cet. Ke-4, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran, Hlm. 35

<sup>29</sup> *Ibid*, Hlm. 42

## **F. METODE PENELITIAN**

Secara umum yang dimaksud dengan metode penelitian adalah sebagai suatu cara, petunjuk jalan menuju arah tertentu, atau prosedur yang sengaja dipilih di dalam suatu aktivitas penelitian. Pilihan metode berkaitan erat dengan maksud dan tujuan penelitian, sehingga memiliki validitas pertanggung-jawaban pada kesimpulan yang dihasilkan. Metode penelitian hukum berarti menguraikan tata cara penelitian hukum dilaksanakan. Sebagai uraian tentang tata cara penelitian, maka Metode Penelitian Hukum pada pokoknya mencakup uraian mengenai:<sup>30</sup>

### **1. Metode Pendekatan**

Metode pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah yuridis normatif, yaitu suatu cara yang lebih berfokus pada studi pustaka dan data sekunder. Metode ini menggunakan dasar pemikiran secara deduktif dengan kriteria kebenaran koheren. Yang dimaksud dengan metode berpikir deduktif adalah adanya proses penarikan kesimpulan dari sesuatu yang sifatnya umum ditujukan untuk sesuatu yang sifatnya khusus.<sup>31</sup> Sedangkan yang dimaksud dengan kebenaran koheren (*the coherence theory of truth*), adalah suatu pengetahuan, teori, pernyataan, proposisi, atau hipotesis yang dianggap benar apabila sejalan dengan pengetahuan, teori, pernyataan, proposisi, atau hipotesis lainnya. Suatu

---

<sup>30</sup> Bambang Sunggono, 2003, *Metodologi Penelitian Hukum*, Jakarta: Rajawali Press, Cet. Ke-5, Hlm. 46.

<sup>31</sup> Sedarmayanti & Syarifudin Hidayat, 2002, *Metodologi Penelitian*, Mandar Maju, Cetakan ke-1, Bandung, Hlm. 23.

proposisi meneguhkan dan konsisten dengan proposisi sebelumnya yang dianggap benar.<sup>32</sup>

## **2. Spesifikasi Penelitian**

Spesifikasi penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif analisis, yang berarti lebih mengarah pada pembuatan deskripsi atau penggambaran secara sistematis, faktual, dan akurat. Berdasarkan spesifikasi ini akan dilihat sifat dan hubungan antar fenomena, sambil melakukan analisis untuk mencari sebab akibat dan menguraikannya secara konsisten, sistematis, dan logis.<sup>33</sup> Di dalam konteks penelitian ini, maka spesifikasi penelitian deskriptif analisis akan digunakan untuk menganalisis permasalahan yang terdapat pada perumusan masalah. Analisis sebab-akibat antara Pemberian Kewenangan Tambahan dan Pemerataan Pelayanan Kesehatan akan diuraikan secara konsisten, sistematis dan logis sesuai dengan perumusan masalah yang menjadi fokus dalam penelitian.

## **3. Desain Penelitian**

Mengingat penelitian ini menitikberatkan pemaknaan terhadap kewenangan dan pelayanan, maka dipandang tepat menggunakan desain kualitatif. Desain kualitatif akan menekankan pada observasi, wawancara

---

<sup>32</sup> Sonny Keraf A & Mikhael Dua, 2001, *Ilmu Pengetahuan (Sebuah Tinjauan Filosofis)*, Kanisius, Yogyakarta, Hlm. 68.

<sup>33</sup> Moh. Nazir, 1985, *Metode Penelitian*, Jakarta:, Ghalia Indonesia, Hlm. 63, 72, 405, 406 dan 427.

dan data dianalisis dengan cara non-statistik. Karena desain kualitatif tidak diarahkan untuk menguji, maka fungsi teori adalah sebagai inspirasi dan komparasi guna membangun interpretasi dan konstruksi. Salah satu alasan menggunakan desain kualitatif ini adalah, metode ini dapat digunakan untuk menemukan dan memahami apa yang tersembunyi dibalik fenomena.<sup>34</sup> Di dalam konteks obyek penelitian ini, maka desain kualitatif akan melihat lahirnya kewenangan tambahan yang secara konseptual dikarenakan adanya persoalan kompetensi pada tataran operasional. Demikian pula landasan yuridis yang memberikan dasar beroperasinya pemberian kewenangan tambahan harus dapat dipastikan tetap terselenggara berdasarkan parameter profesional.

Ditinjau dari sisi penyelenggaraan HAM untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara optimal, dan sekaligus persamaan pelayanan kesehatan antara desa dan kota sehingga terjadi pemerataan, maka keberadaan dokter atau dokter gigi dengan kewenangan tambahan ditengarai merupakan solusi yang dapat dipertanggung-jawabkan secara bersama. Artinya, keberadaan dokter gigi dengan kewenangan tambahan merupakan akibat dari kondisi nyata dan merupakan kesepakatan bersama. Dokter gigi dengan kewenangan tambahan yang ditempatkan pada daerah yang membutuhkan, dapat dikatakan merupakan jawaban konkret atas persoalan pemerataan pelayanan kesehatan sebagai bagian dari HAM.

---

<sup>34</sup> Chaedar Alwasilah A. 2008. *Pokoknya Kualitatif: Dasar-Dasar Merancang dan Melakukan Penelitian Kualitatif*, Jakarta: Pustaka Jaya, Hlm. 105

#### **4. Variabel dan Definisi Operasional**

Secara umum istilah variabel dipahami sebagai faktor perubah, yang terdiri atas variabel Y dan variabel X. Di dalam implementasinya Variabel Y berposisi sebagai faktor terikat atau faktor yang dipengaruhi (dependent variable), sedangkan variabel X berposisi sebagai faktor bebas atau variabel yang mempengaruhi (independent variable). Di dalam kesempatan penelitian ini, kedua variabel tersebut masing-masing dapat diuraikan sebagai berikut: Variabel Y: "Pemerataan Pelayanan Kesehatan". Adalah suatu upaya memberikan jasa dalam bidang kesehatan yang dapat menjangkau semua lapisan masyarakat tanpa kecuali. Variable X: "Pemberian Kewenangan Tambahan". Adalah suatu upaya mengatasi persoalan kebutuhan tenaga ahli tertentu dikarenakan tenaga ahli yang berkompeten tidak mencukupi.

#### **5. Jenis Data**

Jenis data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder, yaitu data yang diperoleh dari hasil penelitian kepustakaan dan dokumentasi. Wujud data yang tersedia dapat dalam bentuk buku atau dokumentasi yang biasanya disediakan di perpustakaan.<sup>35</sup> Khusus di dalam penelitian hukum, data sekunder tersebut meliputi bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tertier.<sup>36</sup> Bahan hukum

---

<sup>35</sup> Hilman Hadikusuma, 1995, *Metode Pembuatan Kertas Kerja atau Skripsi Ilmu Hukum*, Mandar Maju, Bandung, Hlm. 65.

<sup>36</sup> Soerjono Soekanto & Sri Mamudji, 2001, *Penelitian Hukum Normatif (Suatu Tinjauan Singkat)*, Jakarta: Rajawali Pers, Hlm. 13.

primer adalah bahan hukum yang terdapat dalam suatu aturan hukum atau teks otoritatif seperti peraturan perundang-undangan, putusan hakim, traktat, kontrak, keputusan tata usaha negara. Bahan hukum primer yang dipergunakan dalam penelitian ini terdiri dari peraturan perundang-undangan berupa peraturan menteri kesehatan. Sedangkan bahan hukum sekunder adalah bahan hukum yang diperoleh dari buku teks, jurnal-jurnal, pendapat para sarjana, kasus-kasus hukum, serta simposium yang dilakukan oleh para pakar hukum. Bahan hukum tersier adalah bahan hukum yang memberikan petunjuk atau penjelasan bermakna terhadap bahan hukum primer dan sekunder, seperti kamus hukum, ensiklopedia, dan lain-lain. Bahan hukum primer, sekunder, dan tersier merupakan satu rangkaian kesatuan penting dalam menentukan bobot kajian hukum.

## **6. Metode Pengumpulan Data**

Data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder dan bersifat kualitatif, sehingga metode pengumpulan data yang dipergunakan akan berfokus pada studi kepustakaan. Studi kepustakaan merupakan aktivitas praktis dan teoritis untuk mengumpulkan, mempelajari, dan memahami data hasil pengolahan yang telah lebih dahulu ada. Studi kepustakaan yang dilakukan dapat meliputi teks otoritatif berupa peraturan perundang-undangan, putusan hakim, traktat, kontrak, keputusan tata usaha negara, kebijakan publik. Bahan hukum lainnya yang dipergunakan dalam studi ini antara lain literatur, jurnal,

artikel, arsip atau dokumen, kamus, dan ensiklopedi. Untuk melengkapi data sekunder berupa bahan hukum primer, sekunder dan tersier, maka peneliti melakukan wawancara terbatas terhadap beberapa ahli atau pihak yang terkait.<sup>37</sup> Wawancara secara terbatas diperlukan mengingat kompleksitas perkembangan masyarakat, dan pada akhirnya memunculkan kecenderungan penonjolan pendapat dan kemandirian pribadi. Dengan mempergunakan wawancara sebagai alat bantu pengumpulan data, maka diharapkan akan dapat mengungkap berbagai aspek di dalam masyarakat maupun individu-individu.<sup>38</sup> Wawancara bersifat cross check dilakukan terhadap kementerian kesehatan, pemerintah kota Bandung, Konsil Kedokteran Indonesia, Ikatan Dokter Indonesia Wilayah Bandung, dan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Padjadjaran Bandung.

## **7. Metode Analisis Data**

Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif normatif. Dengan penggunaan metode kualitatif normatif mengandung makna bahwa proses penelitian tidak akan menggunakan pengukuran dengan angka atau rumusan statistik atau skala tertentu

---

<sup>37</sup> Soejono dan Abdurrahman, 1999, *Metode Penelitian: Suatu Pemikiran dan Penerapan*, Jakarta: Rineka Cipta, Cet. Ke-1, Hlm. 56-57

<sup>38</sup> Soerjono Soekanto, 1986, *Pengantar Penelitian Hukum*, Cet. Ke-3, Universitas Indonesia Press, Jakarta, Hlm. 226-227.



namun menggunakan studi terhadap dokumen.<sup>39</sup> Analisis berdasarkan data sekunder berupa bahan hukum primer, sekunder, dan tersier disajikan dalam bentuk rangkaian kalimat secara konsisten, logis, efektif, dan sistematis sehingga mudah diinterpretasi dan dikonstruksi.<sup>40</sup> Pemahaman terhadap analisis yang dihasilkan, yaitu mencari sebab akibat dari masalah dan menguraikannya secara konsisten, sistematis dan logis sesuai dengan perumusan masalah. Mengingat penelitian kualitatif tidak menggunakan data primer, maka kecermatan dan ketepatan dalam pemilihan data yang relevan harus diperhatikan secara sungguh-sungguh.

## **G. PENYAJIAN TESIS**

Rencana penyajian tesis pada dasarnya terdiri atas 4 (empat) bab sesuai dengan Petunjuk Penulisan Usulan Penelitian dan Tesis, Program Studi Magister Hukum Unika Soegijapranata tahun 2009. Secara singkat penulisan tesis dapat diuraikan sebagai berikut:

Bab Pertama adalah Pendahuluan, yang akan menguraikan sub bab latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat, metode penelitian, dan penyajian tesis.

Bab Kedua adalah Tinjauan Pustaka, yang akan menguraikan subbab Kewenangan Tambahan Bagi Dokter Gigi terdiri atas pembahasan

---

<sup>39</sup> Deddy Mulyana, 2002, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung: Remaja Rosdakarya, Cet. Ke-2, Hlm. 195.

<sup>40</sup> Yudha Bhakti Ardhiwisastra, 2000, *Penafsiran dan Konstruksi Hukum*, Bandung: Alumni, Cet. Ke-1, Hlm. 9-12

tentang Kewenangan dan Kewenangan Dokter Gigi; Subbab Pemerataan Pelayanan Kesehatan terdiri atas pembahasan Pelayanan Publik dan Pelayanan Kesehatan; Subbab Kerangka Konseptual terdiri atas pembahasan tentang Kadar Legitimasi Kewenangan, Kewenangan Profesional, Kewenangan Tambahan, dan Pemerataan Pelayanan Kesehatan.

Bab ketiga adalah Hasil Penelitian dan Pembahasan, yang akan menguraikan subbab Pengantar; subbab Hasil Penelitian terdiri atas pembahasan tentang Gambaran Umum Pelayanan Kesehatan, Gambaran Umum Pelayanan Kesehatan Gigi, Ketentuan Ijin Praktik Dokter Gigi, dan Gambaran Tentang Distribusi Dokter Gigi di Indonesia; Subbab Pembahasan yang akan menguraikan pembahasan tentang Pemberian Kewenangan Tambahan Kepada Dokter Gigi, Pemerataan Pelayanan Kesehatan, dan Hubungan antara Pemberian Kewenangan Tambahan Kepada Dokter Gigi dan Pemerataan Pelayanan Kesehatan.

Bab keempat adalah Penutup, yang akan menguraikan subbab Simpulan dan Saran. Simpulan merupakan pernyataan hasil penelitian dan pembahasan untuk membuktikan perumusan masalah. Sedangkan Saran merupakan pertimbangan penulis yang ditujukan kepada para peneliti sejenis yang kemungkinan melanjutkan atau mengembangkan hasil penelitian yang sudah diselesaikan.