

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Hak asasi manusia merupakan hak yang melekat secara alami sejak manusia tersebut lahir.¹ Tanpa hak tersebut manusia tidak dapat tumbuh dan berkembang sebagai manusia seutuhnya. Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945 mengamanatkan bahwa "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir, dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan". Kesehatan merupakan salah satu hak dasar yang oleh Negara wajib dijamin pemenuhannya dalam rangka mewujudkan cita-cita bangsa Indonesia. Cita-cita bangsa Indonesia sekaligus menjadi tujuan nasional sebagaimana tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945. Tujuan nasional tersebut yakni melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi serta keadilan sosial. Dalam upaya mewujudkan tujuan nasional tersebut, Negara melaksanakan pembangunan nasional secara menyeluruh, terpadu, dan berkelanjutan.

Manusia sebagai subjek maupun objek pembangunan nasional sangat bergantung pada lingkungan. Sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar 1945, segala kebijakan, tindakan pemerintah, maupun pembangunan harus tunduk pada

¹ Eko Riyadi, 2018, *Hukum Hak Asasi Manusia*, Depok: Rajawali Pers, hlm 9.

hak asasi manusia atas lingkungan hidup yang baik dan sehat.² Hubungan antara manusia dengan lingkungan berlangsung saling bertimbal balik. Lingkungan yang sehat akan menciptakan manusia yang sehat. Begitu pula sebaliknya, manusia yang sehat seharusnya menciptakan lingkungan yang sehat agar dapat tumbuh dan berkembang dengan sehat pula. Di dalam Pasal 6 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa, setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan. Negara melalui pemerintah turut menjamin ketersediaan lingkungan yang sehat seperti yang diamanatkan dalam Pasal 15 Undang-Undang Nomor 36 tentang Kesehatan yang berbunyi “Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya”.

Tujuan pembangunan nasional di bidang kesehatan adalah mewujudkan kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Untuk mencapai derajat kesehatan tersebut, upaya kesehatan perlu dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan dengan ikut memperhatikan aspek lingkungan hidup. Penyelenggaraan upaya kesehatan melibatkan segenap sumber daya bidang kesehatan yakni dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, teknologi dan fasilitas pelayanan kesehatan. Segala aktivitas yang dilakukan pasti akan menimbulkan dampak bagi lingkungan sekitar. Pengelolaan kesehatan lingkungan dalam lingkup pembangunan bidang kesehatan tentunya menjadi unsur yang tidak dapat dilepaskan.

²Eko Nurmandiansyah, *Eco-Philosophy dan Implikasinya Dalam Politik Hukum Lingkungan Di Indonesia*, 2014, *Melintas*, Vol. 30(1), hlm 70-104.

Lingkungan yang sehat merupakan hak asasi setiap orang. Oleh karena itu, semua pemangku kepentingan wajib untuk melakukan perlindungan dan pengelolaan lingkungan. Di dalam Pasal 163 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan masyarakat menjamin ketersediaan lingkungan yang sehat dan tidak mempunyai risiko buruk bagi kesehatan. Dengan demikian, tanggung jawab mewujudkan lingkungan yang sehat pun juga ada pada semua pelaku kesehatan. Salah satu aspek dalam rangka mewujudkan lingkungan yang sehat adalah melakukan pengelolaan limbah pelayanan kesehatan. Limbah pelayanan kesehatan berbeda dengan limbah produksi lainnya. Oleh karena itu, untuk mengelola limbah pelayanan kesehatan memerlukan prosedur tersendiri.³

Limbah pelayanan kesehatan merupakan material sisa hasil dari kegiatan pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.⁴ Limbah yang dihasilkan bisa dalam bentuk padat, cair, maupun gas. Limbah pelayanan kesehatan secara umum dikategorikan menjadi 2 yakni: limbah medis dan limbah non medis. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi membagi limbah pelayanan kesehatan menjadi limbah infeksius dan limbah non infeksius.⁵ Limbah non medis bersumber dari sisa buangan dapur, rumah tangga, maupun limbah perkantoran. Contoh limbah non medis yakni: sisa makanan/minuman, bungkus makanan/minuman, kertas, kardus, dan sebagainya. Limbah medis merupakan sisa

³Rosihan Adhani, 2018, *Pengelolaan Limbah Medis Pelayanan Kesehatan*, Banjarmasin: Penerbit Pusaka Banua, hlm 1-2.

⁴*Ibid*, hlm 5.

⁵*Ibid*

buangan pelayanan medis yang termasuk dalam kategori limbah bahan berbahaya dan beracun (B3).

Kasus maraknya temuan limbah medis padat infeksius di sejumlah wilayah mulai muncul di media massa sejak tahun 2017. Temuan limbah medis padat infeksius yang terbuang sembarangan ditemukan di berbagai daerah di Indonesia. Limbah padat infeksius seperti jarum suntik, botol kaca yang terkontaminasi darah ditemukan berserakan dan berbau dengan sampah rumah tangga di Tempat Pembuangan Sampah di Cirebon pada tahun 2017.⁶ Pada tahun 2018, lima puluh kantong plastik kuning dengan berat masing-masing 10 kg berisi limbah padat yang terkontaminasi darah ditemukan di kawasan mangrove Dusun Kepuh, Karawang. Sampah ini bercampur dengan limbah non medis seperti puluhan kantong medis dan nota rumah sakit.⁷ Di wilayah Kabupaten Semarang, limbah medis padat ditemukan oleh warga di Sungai Lodoyong, Ambarawa pada Januari 2018. Limbah medis padat yang ditemukan antara lain spuit suntikan, kain kasa, kapas, beberapa ampul obat injeksi, serta botol habis periksa darah botol kecil.⁸ Sebagai tindak lanjut temuan limbah medis padat di Ambarawa, Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang melalui Bidang Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit membentuk tim untuk melakukan investigasi. Investigasi dilakukan untuk

⁶Muhamad Syahri Romdhon, *Limbah Medis Berserakan di Tempat Pembuangan Sampah di Cirebon*, diakses tanggal 25 April 2019, <https://regional.kompas.com/read/2017/12/06/22291671/limbah-medis-berserakan-di-tempat-pembuangan-sampah-di-cirebon>, Kompas.com.

⁷Michael Hanga Wismabrata, *4 Fakta di Balik Tumpukan Kantong Plastik Limbah Medis di Karawang*, diakses tanggal 25 April 2019, <https://regional.kompas.com/read/2018/09/10/06024971/4-fakta-di-balik-tumpukan-kantong-plastik-limbah-medis-di-karawang>, Kompas.com.

⁸Eko Susanto, *Dinkes Semarang Bentuk Tim Terkait Temuan Sampah Medis*, diakses tanggal 10 Mei 2019, Ambarawa, <https://news.detik.com/berita-jawa-tengah/d-3812602/dinkes-semarang-bentuk-tim-terkait-temuan-sampah-medis>, detikNews.com.

memastikan dampak infeksi pada masyarakat dari sampah medis tersebut. Kondisi ini menimbulkan keprihatinan para pelaku kesehatan dan juga masyarakat.

Berdasarkan berita yang muncul di media massa, penyerahan limbah medis kepada pihak ketiga masih menimbulkan masalah lingkungan. Pihak ketiga umumnya berperan dalam hal pengangkutan dan pengolahan limbah medis dari fasilitas pelayanan kesehatan. Pengolahan limbah medis terutama yang mengandung B3 memang memerlukan perlakuan khusus. Pada beberapa negara berkembang dan negara maju, pengolahan limbah medis pun masih menimbulkan berbagai persoalan.⁹ Teknologi pengolahan yang umumnya dipilih oleh berbagai negara adalah metode insinerasi.

Insinerasi limbah medis dengan insinerator memang diakui efektif dalam menetralkan sifat limbah B3 tetapi emisi pembakarannya menghasilkan polutan udara yang bersifat toksik.¹⁰ Efek toksik ini juga meningkat apabila kapasitas insinerator tidak sebanding dengan volume limbah medis yang dihasilkan. Untuk menangani efek samping ini, insinerator tersebut perlu dipelihara secara intensif agar dapat menjamin kebersihan emisi pembakaran. Hal ini membutuhkan biaya besar serta sumber daya manusia yang kompeten dalam menjalankannya. Ditambah lagi, pembuangan abu sisa pembakaran ke lingkungan pun masih menimbulkan pro kontra di kalangan masyarakat mengingat paradigma

⁹M. Caniato, et al., "International Governance Structures for Health-Care Waste Management: A Systematic Review of Scientific Literature", 2015, *Journal of Environmental Management*, Vol. 153, hlm 93-107.

¹⁰Yong-Chul Jang, et al., "Medical waste management in Korea", 2006, *Journal of Environmental Management*, Vol.80, hlm 107-115.

masyarakat yang takut abu tersebut akan mencemari lingkungan tempat tinggal mereka.¹¹

Limbah medis pelayanan kesgilut umumnya menghasilkan 2 kategori limbah yakni berupa limbah cair dan limbah padat¹². Limbah cair yang dihasilkan dari pelayanan kesehatan gigi bisa berupa darah dan saliva pasien, larutan desinfektan untuk sterilisasi (klorin, hydrogen peroksida, surfaktan), larutan irigasi saluran akar (sodium hipoklorit, EDTA, saline, klorheksidin), dan larutan medikamen saluran akar (formokresol, ChKm, TKF). Selanjutnya, limbah medis padat yang dihasilkan dari dokter gigi praktik mandiri di kota Semarang dapat dibagi menjadi:

1. alat pelindung diri sekali pakai (APD): masker dan sarung tangan yang umumnya sudah terkontaminasi darah dan cairan mulut pasien.
2. bahan balutan: kassa potong, tampon, *cotton roll*, dan *cotton pellet* (umumnya sudah terkontaminasi darah dan cairan mulut pasien).
3. benda tajam: jarum suntik, *scalpel blade*, pecahan ampul obat anestesi, dan jarum endodontik.
4. medikamen perawatan saluran akar (endodontik): obat-obatan atau larutan kimia untuk sterilisasi, seperti formokresol, ChKm (chlorfenol kamfer menthol), TKF (trikresolformalin), cresophene, dan cresatin. Selain itu terdapat pasta devitalisasi (berbahan arsen dan non arsen).
5. bahan tumpatan: glass ionomer cement, resin komposit, dan amalgam

¹¹M. Miyazaki dan H. Une, "Infectious Waste Management in Japan: A Revised Regulation and Management Process in Medical Institutions", 2005, *Waste Management*, Vol. 25, hlm 616-621.

¹²Rosihan Adhani, *Op.Cit.*, hlm 52.

6. gigi pasca pencabutan dan jaringan-jaringan rongga mulut hasil eksisi maupun kuretase, deposit kotoran padat dari *dental unit* (karang gigi dan deposit rongga mulut lainnya di filter).
7. bahan sisa perawatan: bahan cetak *irreversible hydrocolloid*, bur gigi yang sudah aus, mata scaler yang sudah rusak.

Jumlah limbah medis padat sangat bervariasi tergantung dari banyaknya jumlah pasien yang dilayani dalam satu periode waktu. Dokter gigi praktik mandiri di kota Semarang yang berpraktik lima hari kerja selama seminggu dengan jumlah rata-rata pasien per bulan 97 pasien dapat menghasilkan limbah medis padat B3 rata-rata sebanyak 3,78 kg per bulan.

Penelitian mengenai pelaksanaan pengelolaan limbah medis pelayanan kesgilut sudah pernah dilakukan sebelumnya. Penulis menemukan dua penelitian terkait manajemen pengelolaan limbah medis pelayanan kesgilut. Pertama, penelitian kualitatif yang dilakukan Dewa Ayu, berjudul “Manajemen pengelolaan limbah medis di praktik dokter gigi di Kabupaten Tabanan”. Fokus penelitiannya adalah mengamati apakah prosedur pengelolaan limbah medis di dokter gigi praktik mandiri telah memenuhi standar. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa para dokter gigi belum melaksanakan pengelolaan limbah medis sesuai standar, yakni tidak memiliki standar prosedur operasional (SPO) pengelolaan limbah medis, sarana yang kurang memadai, belum menjalin kerja

sama dengan pihak ketiga, dan kurangnya pengawasan dari Dinas Kesehatan setempat.¹³

Penelitian kedua dilakukan oleh Rurie Marita Suryadewi yang berjudul “Analisis Manajemen Pengelolaan Limbah Pelayanan Kesehatan Gigi (Studi Kasus pada RS X, Puskesmas Pancoran, Puskesmas Pejaten Barat, dan Klinik Gigi TADC). Fokus penelitian ini adalah mengevaluasi kesesuaian manajemen pengelolaan limbah medis dengan kaidah pengelolaan limbah medis yang benar, terutama pengelolaan limbah amalgam (mengandung merkuri) sebagai salah satu bahan tumpatan gigi. Dasar regulasi yang diacu adalah *Environmental Regulations and Dental Office of Ohio Environmental Protection Agency* dan KEPMENKES 1204/MENKES/SK/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. Dari hasil penelitian kualitatif yang sudah dilakukan menunjukkan bahwa manajemen limbah pelayanan kesehatan gigi di fasyankes yang diteliti belum sesuai dengan peraturan yang berlaku.¹⁴ Sejauh ini pengolahan limbah medis baru sampai pada pemilahan limbah padat dan selanjutnya dikelola oleh pihak ketiga, sedangkan pengelolaan limbah cair infeksius dan amalgam masih belum dilakukan. Pengelolaan limbah cair infeksius belum dilakukan karena responden tidak semua memiliki Instalasi Pengelolaan Air Limbah (IPAL).

Penelitian-penelitian yang telah dilakukan memberikan gambaran dari sudut pandang manajemen bahwa pengelolaan limbah medis belum menjadi hal yang

¹³Dewa Ayu Putu Gek Mega Suryasih Putri, dkk, ”Manajemen Pengelolaan Limbah Medis Praktik Dokter Gigi Kabupaten Tabanan.”, 2018, *Bali Dental Journal*, Vol.2, No.1, hlm 9-16.

¹⁴Rurie Marita Suryadewi, “Analisis Manajemen Pengelolaan Limbah Pelayanan Kesehatan Gigi (Studi Kasus pada Klinik The Aesthetic Dental & Skin Clinic, RS. Tri Dipa, Puskesmas Pancoran, dan Puskesmas Pejaten Barat)”, Tesis: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan, Yogyakarta, 2016, hlm 37-55.

penting untuk ditindaklanjuti oleh para praktisi kesehatan gigi dan mulut. Ada kemungkinan kota Semarang pun mengalami permasalahan yang serupa. Penelitian terdahulu mengenai pengelolaan limbah medis pelayanan kesgilut dari sudut pandang hukum di kota Semarang sejauh ini belum pernah dilakukan. Oleh karena itu penulis sangat tertarik untuk meneliti lebih dalam mengenai ini.

Limbah medis merupakan bagian dari limbah B3 yang sebetulnya sudah diatur oleh Pemerintah. Terminologi limbah medis telah dikenal di dalam lampiran Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan No. P56/MENLHK-SETJEN/2015 tentang Tata Cara dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Dengan demikian, limbah medis dapat dianalogikan sebagai bagian dari limbah B3 hasil pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan. Sebagai bagian dari limbah B3, Walikota Semarang telah mengaturnya di dalam Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 13 Tahun 2006 tentang Lingkungan Hidup. Di dalam Pasal 33 dinyatakan bahwa “Setiap penanggungjawab usaha dan/atau kegiatan yang menggunakan bahan dan/atau menghasilkan limbah B3 wajib melakukan pengelolaan dan pencegahan terjadinya pencemaran ke dalam lingkungan sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan”. Oleh karena itu, fasilitas pelayanan kesgilut di Kota Semarang sebagai penghasil limbah medis seharusnya wajib melakukan pengelolaan limbah medis.

Kegiatan pengelolaan limbah medis di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyakes) sebetulnya juga telah diatur. Pasal 50 ayat (1) pun menegaskan bahwa setiap usaha maupun kegiatan yang berpotensi menimbulkan dampak lingkungan

hidup wajib mendapatkan izin dari Walikota. Jenis kegiatan yang memerlukan izin lingkungan diuraikan di dalam pasal 50 ayat (3) diantaranya penghasil limbah B3 dan penyimpanan sementara limbah B3.

Sampai saat ini pengelolaan limbah medis pelayanan kesgilut belum menjadi perhatian serius bagi para pelaku kesgilut maupun Pemkot Semarang, meskipun telah diatur mengenai kewajiban pengelolaan limbah B3. Pengelolaan limbah medis di tingkat dokter gigi praktik mandiri di Kota Semarang sebatas pada pemisahan limbah medis padat tajam dan sisanya dibuang bersama dengan sampah rumah tangga.¹⁵ Perlakuan pelaku kesehatan terhadap limbah gigi bekas cabut menimbulkan pertanyaan tersendiri dimana limbah patologis ini ternyata masih dibutuhkan oleh mahasiswa kedokteran gigi sebagai bahan praktikum.¹⁶

Pengalaman penulis sendiri dalam membuat Surat Izin Praktik (SIP) di praktik pribadi juga menunjukkan kurangnya ketegasan dari organisasi profesi. Tidak ada poin mengenai pengelolaan limbah medis dalam daftar tilik administrasi pengurusan SIP Dokter Gigi. Berdasarkan survei awal yang telah dilakukan, penulis tidak menemukan adanya pengawasan pengelolaan limbah medis di dokter gigi praktik mandiri di Dinas Kesehatan Kota (DKK) Semarang. Ini terjadi karena tidak adanya poin pengelolaan limbah medis di tempat praktik dalam syarat administrasi pengajuan SIP Dokter Gigi Mandiri.¹⁷

¹⁵Survei dilakukan di Kota Semarang pada tanggal 5 April 2019 wawancara dengan beberapa dokter gigi yang berpraktik mandiri di Kota Semarang.

¹⁶Ira Widjiastuti dkk., 2010, *Pedoman Skills Lab 1*, Surabaya: Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair, hlm 6.

¹⁷Survei dilakukan pada tanggal 30 April 2019 bertemu dengan Ibu Erna seksi Kesehatan Lingkungan dan Promosi Kesehatan.

Fasyankes di kota Semarang sudah cukup banyak. Sejak tahun 2014 hingga 2019, jumlah fasyankes terus mengalami peningkatan. Berdasarkan Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2019, jumlah rumah sakit di kota Semarang mencapai 27 rumah sakit. Puskesmas di kota Semarang mencapai 37 puskesmas. Klinik di kota Semarang berjumlah 275 klinik yang terdiri dari 229 klinik pratama dan 43 klinik utama. Jumlah dokter gigi praktik di Kota Semarang ada sebanyak 721 dokter gigi. Profil ini menunjukkan bahwa ketersediaan fasyankes di kota Semarang sudah berkembang pesat.¹⁸ Pelayanan kesgilut sebagian besar adalah tindakan medis yang mana sudah pasti menghasilkan limbah medis yang lebih banyak dibandingkan dengan rawat jalan pelayanan kesehatan poli umum atau dokter umum. Berdasarkan uraian sebelumnya mengenai rerata jumlah limbah medis yang dihasilkan oleh dokter gigi praktik mandiri bisa dilihat betapa besar potensi limbah medis yang dihasilkan.

Melihat uraian diatas, penulis mendapati bahwa pengelolaan limbah medis pelayanan kesgilut di kota Semarang belum menjadi perhatian serius bagi para pelaku kesgilut maupun pemerintah setempat. Pelayanan kesgilut di fasyankes merupakan suatu bentuk perbuatan hukum yang hasilnya menimbulkan akibat hukum. Akibat hukum tidak hanya dalam bentuk hasil tindakan medis melainkan juga pengelolaan limbah medis yang tergolong sebagai limbah B3. Pengelolaan limbah medis pelayanan kesgilut seharusnya tidak hanya berfokus kepada fasyankes saja, melainkan juga berfokus pada peran pihak ketiga pengelola dan Pemkot Semarang. Pemerintah Kota Semarang, dalam sudut pandang hukum,

¹⁸Dinas Kesehatan Kota Semarang. *Profil Kesehatan Kota Semarang 2019*, diakses tanggal 20 Juli 2020, <https://dinkes.semarangkota.go.id/asset/upload/Profil/Profil/Profil%20Kesehatan%202019.pdf>, hlm 12.

perlu berperan aktif karena berkedudukan sebagai regulator, pembuat kebijakan, dan pengawas. Untuk memastikan keberlangsungan pembangunan kesehatan berjalan baik, Walikota Semarang perlu memiliki kebijakan yang mampu merangkul semua pihak yang berkaitan dengan pengelolaan limbah medis di fasyankes pemberi layanan kesgilut. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk meneliti **“Kebijakan Pemerintah Kota Semarang Dalam Pengelolaan Limbah Medis Klinik Gigi Dan Dokter Gigi Praktik Mandiri”**.

B. PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang penelitian yang telah dikemukakan berkaitan dengan Kebijakan Pemerintah Kota Semarang Dalam Pengelolaan Limbah Medis Klinik Gigi Dan Dokter Gigi Praktik Mandiri”, dapat disusun rumusan masalah dalam penelitian ini dalam bentuk pertanyaan sebagai berikut:

1. Bagaimana kebijakan Pemerintah Kota Semarang dalam mengatur pengelolaan limbah medis di Klinik Gigi dan Dokter Gigi Praktik Mandiri?
2. Bagaimana pelaksanaan pengelolaan limbah medis di Klinik Gigi dan Dokter Gigi Praktik Mandiri?
3. Faktor-faktor apa saja yang mendukung dan menghambat pelaksanaan kebijakan Pemerintah Kota Semarang dalam pengelolaan limbah medis di Klinik Gigi dan Dokter Gigi Praktik Mandiri?

C. TUJUAN PENELITIAN

Berdasarkan dari perumusan masalah di atas, dalam penelitian ini bertujuan sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui kebijakan Pemerintah Kota Semarang dalam mengatur pengelolaan limbah medis di Klinik Gigi dan Dokter Gigi Praktik Mandiri.
2. Untuk mengetahui pelaksanaan pengelolaan limbah medis di Klinik Gigi dan Dokter Gigi Praktik Mandiri di kota Semarang.
3. Untuk mengetahui faktor-faktor yang mendukung dan menghambat pelaksanaan kebijakan Pemerintah Kota Semarang dalam pengelolaan limbah medis di Klinik Gigi dan Dokter Gigi Praktik Mandiri.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Akademis

Penelitian ini diharapkan dapat berguna dalam upaya pengembangan ilmu hukum, khususnya hukum kesehatan terkait dengan Kebijakan Pemerintah Kota Semarang Dalam Pengelolaan Limbah Medis Klinik Gigi Dan Dokter Gigi Praktik Mandiri

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Penulis

Penelitian diharapkan dapat menambah pengetahuan penulis mengenai Kebijakan Pemerintah Kota Semarang dalam mengatur pengelolaan limbah medis di Klinik Gigi dan Dokter Gigi Praktik Mandiri serta sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan studi pada Program Pasca Sarjana Hukum kesehatan Universitas Katolik Soegijapranata Jawa Tengah.

b. Bagi Pemerintah

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi kepada Pemerintah Kota Semarang dalam membuat kebijakan, mengevaluasi pelaksanaan kebijakan, dan pembinaan-pengawasan terkait program pengelolaan limbah medis di Klinik Gigi dan Dokter Praktik Mandiri.

c. Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada masyarakat mengenai pengelolaan limbah medis khususnya limbah medis pelayanan kesgilut serta dampaknya bagi kesehatan masyarakat.

E. METODE PENELITIAN

1. Metode pendekatan

Penelitian ini menerapkan metode pendekatan yuridis sosiologis dimana hukum dikaitkan dengan usaha untuk mencapai tujuan serta memenuhi kebutuhan konkret masyarakat.¹⁹ Metode ini memusatkan pada seberapa efektif hukum itu bekerja, kepatuhan terhadap aturan hukum, implementasi aturan hukum, serta pengaruh masalah sosial tertentu terhadap aturan hukum.²⁰ Secara yuridis, penelitian ini akan menganalisis regulasi dan kebijakan Pemkot Semarang terkait dengan pengelolaan limbah medis di Klinik Gigi dan Praktik Dokter Gigi Mandiri. Sedangkan secara sosiologis, penelitian ini akan menganalisis pelaksanaan pengelolaan limbah

¹⁹Bambang Sunggono, 2016, *Metodologi Penelitian Hukum*, Jakarta: Rajawali Pers, hlm. 68.

²⁰Peter Mahmud Marzuki, 2005, *Penelitian Hukum*, Jakarta: Kencana, hlm. 128.

medis di Klinik Gigi dan Praktik Mandiri Dokter Gigi di kota Semarang serta faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaannya.

2. Spesifikasi penelitian

Spesifikasi penelitian yang digunakan penulis untuk menjawab permasalahan penelitian dan menganalisisnya yakni dengan metode deskriptif analitis. Penelitian deskriptif menurut Agnes Widanti merupakan “penelitian yang menggambarkan frekuensi terjadinya peristiwa/gejala hukum atau menggambarkan hubungan suatu peristiwa/gejala hukum yang satu dengan yang lainnya”.²¹ Penelitian analitis merupakan suatu penelitian yang menganalisis data sampel penelitian yang kemudian digeneralisasikan ke suatu populasi.²² Dalam penelitian ini, penulis akan menggambarkan kebijakan yang ada di Pemkot Semarang dalam kaitannya dengan pengelolaan limbah medis kemudian dihubungkan dengan pelaksanaannya di Klinik Gigi dan Praktik Dokter Gigi Mandiri. Data penelitian akan dikumpulkan dari Dinas Kota Semarang, Dinas Lingkungan Hidup, Klinik Gigi dan Praktik Dokter Gigi Mandiri di Kota Semarang. Selanjutnya, data yang diperoleh akan dianalisis untuk mengetahui sejauh mana kebijakan Pemkot Semarang dalam meregulasi pelaksanaan pengelolaan limbah medis serta mengidentifikasi faktor pendukung serta penghambatnya.

3. Jenis data

Data penelitian terdiri dari data primer dan data sekunder.

²¹Agnes Widanti, Endang Wahyati, Trihoni Nalesti Dewi, Hermawan Pancasiwi, 2015, *Petunjuk Penulisan Usulan Penelitian dan Tesis*, Semarang: Universitas Katholik Soegijapranata, hlm 8.

²²Bambang Sunggono, *Op.Cit.*, hlm 38.

a. Data Primer

Data primer merupakan data yang didapatkan dari tangan pertama dimana orang lain belum mengolah sumber datanya.²³ Data primer ini dikumpulkan oleh penulis dalam rangka menemukan jawaban atas masalah penelitian. Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui observasi dan wawancara.

b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari peneliti sebelumnya dan sudah diolah.²⁴ Data sekunder bisa berupa dokumen, laporan, akta-akta, keputusan pengadilan, maupun peraturan perundang-undangan.²⁵ Data sekunder masih dibagi lagi menjadi bahan hukum primer, sekunder, dan tersier.

1) Bahan Hukum primer

Bahan hukum primer merupakan bahan hukum yang bersifat autoritatif (memiliki otoritas). Bahan hukum primer dapat diperoleh melalui perundang-undangan, catatan-catatan resmi dalam pembuatan peraturan perundang-undangan, dan putusan hakim.²⁶ Dalam penelitian ini bahan hukum primer yang dipakai oleh penulis yakni :

- (a) Pasal 28 H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar 1945

²³Agnes Widanti, Endang Wahyati, Trihoni Nalesti Dewi, Hermawan Pancasiwi, *Loc.Cit*, hlm 11.

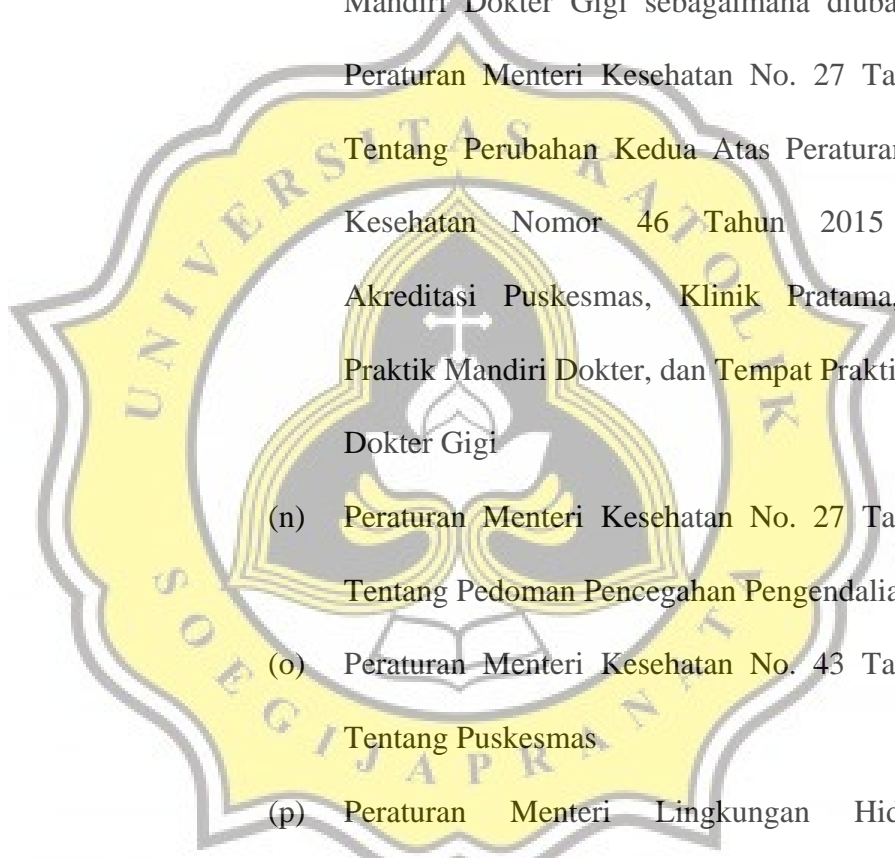
²⁴*Ibid*.

²⁵*Ibid*, hlm 8.

²⁶Peter Mahmud Marzuki, *Op.Cit*, hlm 181.

- (b) Undang-Undang No. 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup
- (c) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
- (d) Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah
- (e) Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun
- (f) Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- (g) Peraturan Daerah Kota Semarang No. 13 Tahun 2006 Tentang Lingkungan Hidup
- (h) Peraturan Daerah Kota Semarang No. 5 Tahun 2008 Tentang Urusan Pemerintahan Yang Menjadi Kewenangan Pemerintah Daerah Kota Semarang
- (i) Peraturan Daerah Kota Semarang No. 8 Tahun 2014 Tentang Perizinan dan Non Perizinan
- (j) Peraturan Daerah Kota Semarang No. 11 Tahun 2016 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Publik
- (k) Peraturan Daerah Kota Semarang No. 14 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Semarang

- (l) Peraturan Menteri Kesehatan No. 9 Tahun 2009
Tentang Klinik
- (m) Peraturan Menteri Kesehatan No. 46 Tahun 2015
Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama,
tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik
Mandiri Dokter Gigi sebagaimana diubah dengan
Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 Tahun 2019
Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri
Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 Tentang
Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat
Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri
Dokter Gigi
- (n) Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 Tahun 2017
Tentang Pedoman Pencegahan Pengendalian Infeksi
- (o) Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2019
Tentang Puskesmas
- (p) Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan
Kehutanan No. 13 Tahun 2010 Tentang Upaya
Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Upaya
Pemantauan Lingkungan Hidup dan Surat
Pernyataan Kesanggupan Pengelolaan dan
Pemantauan Lingkungan Hidup



(q) Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan No. P.56/MENLHK-SETJEN/2015 Tentang Tata Cara dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah Bahan Berbaaya dan Beracun Dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan

(r) Peraturan Walikota Semarang No. 4 Tahun 2013 Tentang Standar Pelayanan Publik Badan Lingkungan Hidup Kota Semarang sebagaimana diubah dengan Peraturan Walikota Semarang No. 17 Tahun 2017 Tentang Perubahan Atas Peraturan Walikota Semarang Nomor 4 tahun 2013 Tentang Standar Pelayanan Publik Badan Lingkungan Hidup Kota Semarang.

(s) Peraturan Walikota Semarang No. 62 Tahun 2016 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang

(t) Peraturan Walikota Semarang No. 72 Tahun 2016 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Dinas Lingkungan Hidup Kota Semarang

(u) Peraturan Walikota Semarang No. 70 tahun 2019 Tentang Pendelegasian Kewenangan

Penandatanganan Perizinan dan Non Perizinan
Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Semarang

2) Bahan Hukum sekunder

Bahan hukum sekunder merupakan bahan yang memiliki hubungan erat dengan bahan hukum primer serta dapat digunakan untuk membantu memahami bahan hukum primer.²⁷

Bahan hukum primer yang digunakan dalam penelitian ini antara lain buku metodologi penelitian hukum, buku teori dan ilmu hukum, buku hukum administrasi negara, buku kebijakan publik, buku limbah medis, jurnal hukum, jurnal kesehatan, serta laporan-laporan lain yang relevan dengan penelitian ini.

3) Bahan Hukum Tersier

Bahan hukum tersier merupakan bahan yang memberi informasi tentang bahan hukum primer dan sekunder.²⁸ Bahan hukum tersier yang digunakan dalam penelitian ini adalah kamus besar bahasa Indonesia.

4. Metode Pengumpulan Data

a. Studi Pustaka

Studi pustaka merupakan salah satu langkah penelitian yang dilakukan oleh peneliti untuk mencari data sekunder dalam bentuk data yang sudah tersedia atau data yang ditulis oleh peneliti

²⁷Agnes Widanti, Endang Wahyati, Trihoni Nalesti Dewi, Hermawan Pancasiwi, *Op.Cit*, hlm 11.

²⁸*Ibid*

sebelumnya terkait dengan permasalahan penelitian peneliti. Langkah ini akan dapat membantu peneliti mendapatkan informasi mengenai penelitian sejenis, memilih metode yang penelitian yang sesuai, serta mendapatkan informasi mengenai cara analisis data yang bisa digunakan.²⁹ Peneliti melakukan pengumpulan data, membaca, dan mempelajari berbagai peraturan perundang-undangan yang berlaku, kebijakan pemerintah, buku teks hukum, buku teks pengelolaan limbah medis di fasilitas pelayanan kesehatan, penelitian-penelitian terdahulu, serta laporan-laporan lain yang ditemukan terkait pengelolaan limbah medis di fasilitas pelayanan kesehatan.

b. Studi Lapangan

Studi lapangan merupakan langkah penelitian yang bertujuan untuk mengumpulkan data primer terkait permasalahan penelitian yang akan dipecahkan. Penulis mengumpulkan data primer melalui dua acara, yakni:

1) Observasi

Observasi merupakan studi yang dilakukan secara sistematis tentang gejala/peristiwa melalui pengamatan dan pencatatan. Pengamatan dilakukan dengan cara melihat suatu peristiwa secara akurat kemudian dicatat dan dipertimbangkan hubungan apa saja yang muncul antar aspek dalam peristiwa

²⁹Bambang Sunggono, *Op.Cit*, hlm 52.

tersebut.³⁰ Dalam penelitian ini, penulis melakukan observasi mengenai setiap bentuk kebijakan pengelolaan limbah medis yang ada dan tata cara pengelolaan limbah medis B3 di setiap klinik dan dokter gigi praktik mandiri di Kota Semarang. Peneliti akan melakukan observasi mengenai setiap bentuk kebijakan yang dikeluarkan, entah dalam bentuk buku panduan, surat edaran, standar prosedur operasional, surat keputusan, maupun memo yang dikeluarkan Pemkot Semarang di Dinas Kesehatan dan Dinas Lingkungan Hidup Kota Semarang. Observasi mengenai pelaksanaan pengelolaan limbah medis diamati mulai dari penghasilan limbah, pemilahan limbah, penyimpanan sementara limbah, hingga pengolahan limbah. Hasil observasi yang dilakukan kemudian dihubungkan dengan kebijakan Pemkot Semarang mengenai pengelolaan limbah medis B3.

2) Wawancara

Wawancara merupakan suatu percakapan dan proses tanya jawab lisan mengenai suatu permasalahan antara dua pihak, yakni pewawancara dan terwawancara.³¹ Wawancara dilakukan untuk memperluas informasi yang telah didapatkan dari subjek penelitian. Wawancara dilakukan oleh penulis untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam mengenai

³⁰ Imam Gunawan, 2016, *Metode Penelitian Kualitatif*, Jakarta: PT Bumi Aksara, hlm.143.

³¹ Lexy J. Moleong, 2017, *Metode Penelitian Kualitatif*, Bandung: PT Remaja Rosdakarya, hlm 186.

kebijakan yang dikeluarkan Pemkot Semarang, pelaksanaan pengelolaan limbah medis, serta faktor-faktor yang mendukung dan menghambat. Narasumber dari wawancara penelitian ini antara lain: Dinas Kesehatan Kota Semarang, Dinas Lingkungan Hidup Kota Semarang, pemilik atau penanggungjawab klinik, petugas pengelola limbah medis di klinik, dan dokter gigi praktik mandiri di kota Semarang.

5. Metode Sampling

Dalam penelitian ini, sampel penelitian ditentukan secara *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan teknik pengambilan sampel sebagai sumber data dengan pertimbangan tertentu untuk bisa mendapatkan informasi maksimal dan mampu memecahkan permasalahan peneliti.³² Berdasarkan Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2019, jumlah klinik pratama yang memiliki pelayanan kesgilut adalah 112 klinik dan klinik utama gigi sebantak 14 klinik, sehingga total ada 126 klinik. Jumlah dokter gigi praktik mandiri di kota Semarang ada 128 dokter gigi. Kuota sampel ditentukan berdasarkan rumus Slovin.

Tabel 1. Perhitungan Besar Sampel Penelitian

Penentuan Besar Sampel Klinik	Penentuan besar sampel dokter gigi praktik
$S = \frac{N}{1 + N(d)^2}$	$S = \frac{N}{1 + N(d)^2}$
$S = \frac{126}{1 + 126(0,1)^2}$	$S = \frac{128}{1 + 128(0,1)^2}$
$S = 56 \text{ klinik}$	$S = 56 \text{ dokter gigi}$

³²Sugiyono, 2016, *Memahami Penelitian Kualitatif*, Bandung: Alfabeta, hlm 54.

Untuk mengetahui lebih mendalam mengenai pengelolaan limbah medis, sampel dipilih sebanyak tiga klinik dan lima dokter gigi praktik mandiri di Kota Semarang. Kriteria inklusi untuk sampel penelitian ini antara lain: klinik pratama atau utama milik swasta murni, milik TNI/POLRI, atau milik perusahaan yang memiliki pelayanan kesgilit dan dokter gigi praktik mandiri *general practitioner* atau spesialis (spesialis ortodonsia, konservasi gigi, atau bedah mulut), bekerja sama dengan BPJS Kesehatan maupun yang tidak, serta lokasinya berada dalam wilayah PDGI kota Semarang. Dari lokasi pengambilan tersebut, penulis akan melakukan observasi tata cara pengelolaan limbah seperti yang sudah penulis sebutkan sebelumnya.

Peneliti sebaiknya memilih narasumber yang menguasai dan secara aktif berkecimpung dalam pengelolaan limbah medis. Narasumber penelitian ini merupakan orang yang penulis anggap kompeten dalam memberikan informasi, yakni petugas yang berwenang di Dinas Kesehatan Kota Semarang, Dinas Lingkungan Hidup Kota Semarang, penanggungjawab klinik gigi tersebut atau petugas pengelola limbah medis di klinik, dan juga dokter gigi yang berpraktik mandiri.

6. Metode Analisis Data

Metode analisis data yang penulis lakukan adalah metode analisis kualitatif. Analisis kualitatif dilakukan untuk menafsirkan fenomena yang terjadi dari data deskriptif yang sudah diambil melalui wawancara, catatan

lapangan, serta hasil observasi.³³ Penulis kemudian membahas data-data tersebut untuk melihat kenyataan yang terjadi, hubungan sebab-akibat, peranan nilai, dan kemungkinan generalisasi.³⁴ Analisis kualitatif ini diharapkan mampu memberikan gambaran realitas yang terjadi di masyarakat dan menunjukkan hubungan antara yang seharusnya dan kenyataannya. Dalam penelitian ini, penulis akan menganalisis kebijakan Pemkot Semarang, mendapatkan gambaran mengenai pelaksanaan pengelolaan limbah medis, serta menganalisis faktor penghambat maupun pendukung dalam pelaksanaan pengelolaan limbah medis di klinik gigi dan dokter gigi praktik mandiri.

F. PENYAJIAN TESIS

Penelitian ini akan diuraikan dalam empat bab dengan susunan sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN berisi latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, metodologi penelitian yang berisi metode pendekatan, spesifikasi penelitian, jenis data, metode pengumpulan data, metode sampling, metode penyajian data, metode analisis data, dan penyajian tesis.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA yang akan menjabarkan teori-teori yang mendasari permasalahan yang akan diteliti seperti teori hukum mengenai teori tentang pemerintah dan pemerintah daerah, tugas pemerintah dalam negara hukum, kewenangan pemerintah daerah, dan kebijakan. Teori non hukum yang

³³Lexy J. Moleong, *Op.Cit*, hlm 9.

³⁴*Ibid*, hlm 89.

menjadi acuan penulis yakni teori pengelolaan, pengelolaan lingkungan hidup, pengelolaan limbah medis, fasilitas pelayanan kesehatan, dan pelayanan kesgilut.

BAB III HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN dimana pada bab ini akan diuraikan mengenai kebijakan yang dikeluarkan oleh Pemkot Semarang dalam pengelolaan limbah medis, pelaksanaan pengelolaan limbah medis di Klinik dan Praktik Dokter Gigi Mandiri, serta faktor-faktor yang mendukung dan menghambat pelaksanaan pengelolaan limbah medis di Klinik dan Praktik Dokter Gigi Mandiri.

BAB IV PENUTUP yang berisi kesimpulan dari analisis hasil penelitian serta saran yang berisi rekomendasi dalam kaitannya dengan kebijakan Pemkot Semarang dalam pengelolaan limbah medis di klinik dan praktik dokter gigi mandiri.

Bagian akhir terdapat **DAFTAR PUSTAKA** serta **LAMPIRAN**.

