

BAB III

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

1. Gambaran Umum Obyek penelitian

a. Jumlah Klinik dan Dokter Gigi Praktik Mandiri di Kota

Semarang

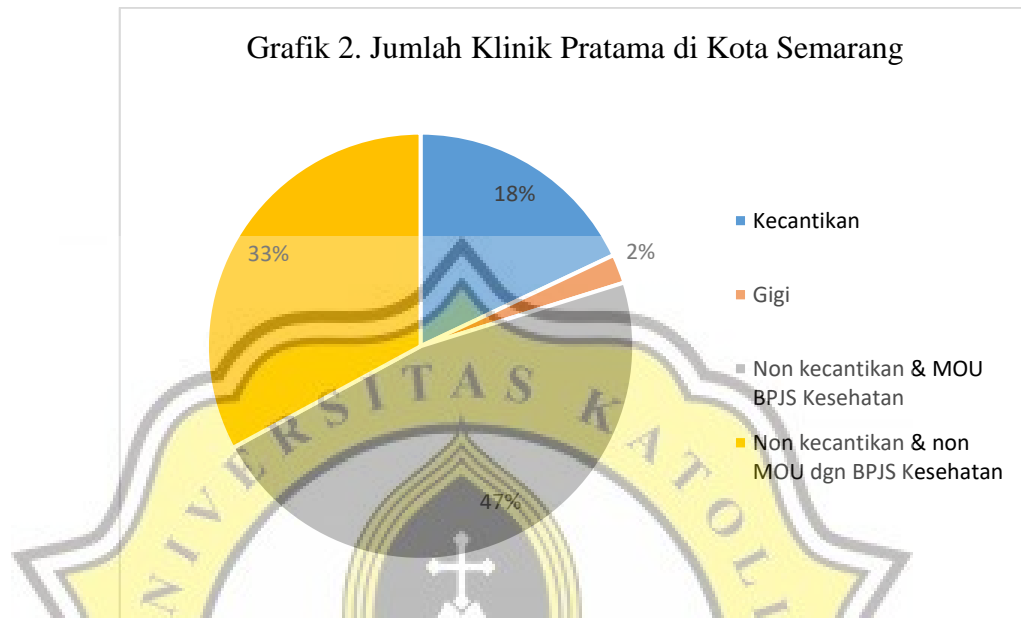
Menurut data terbaru dari DKK Semarang, diperoleh jumlah klinik dan dokter gigi praktik mandiri sebagai berikut:



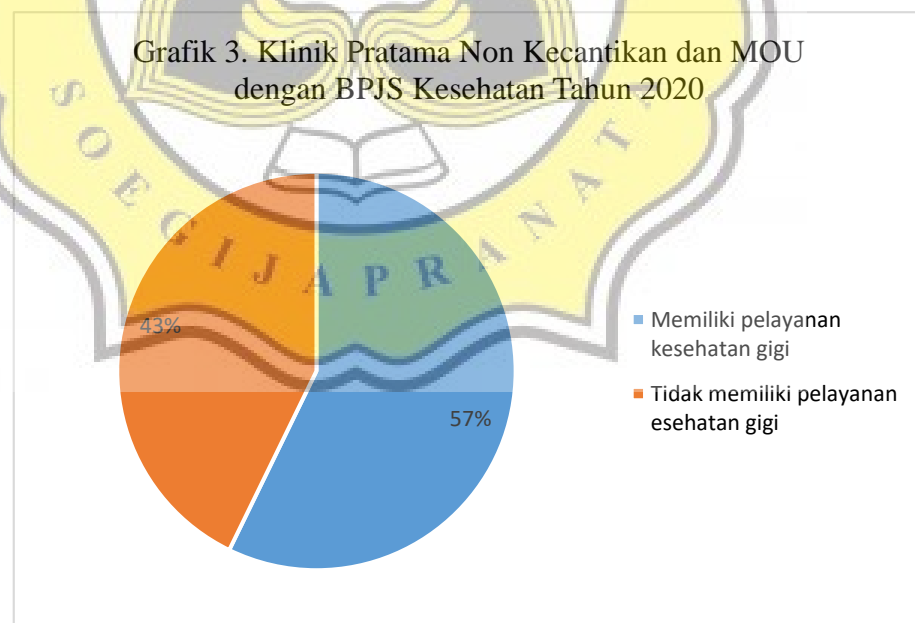
Sumber: Hasil data terbaru dari Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2020

Dari 228 klinik pratama yang ada di kota Semarang, sebanyak 41 klinik merupakan klinik kecantikan dan 187 lainnya merupakan klinik non kecantikan. Dari 187 klinik non kecantikan, 107 diantaranya bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Dari 107 klinik pratama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, 90 klinik

diantaranya memiliki praktik dokter gigi satu atap. Ilustrasinya dijelaskan dalam Grafik 2 dan Grafik 3.

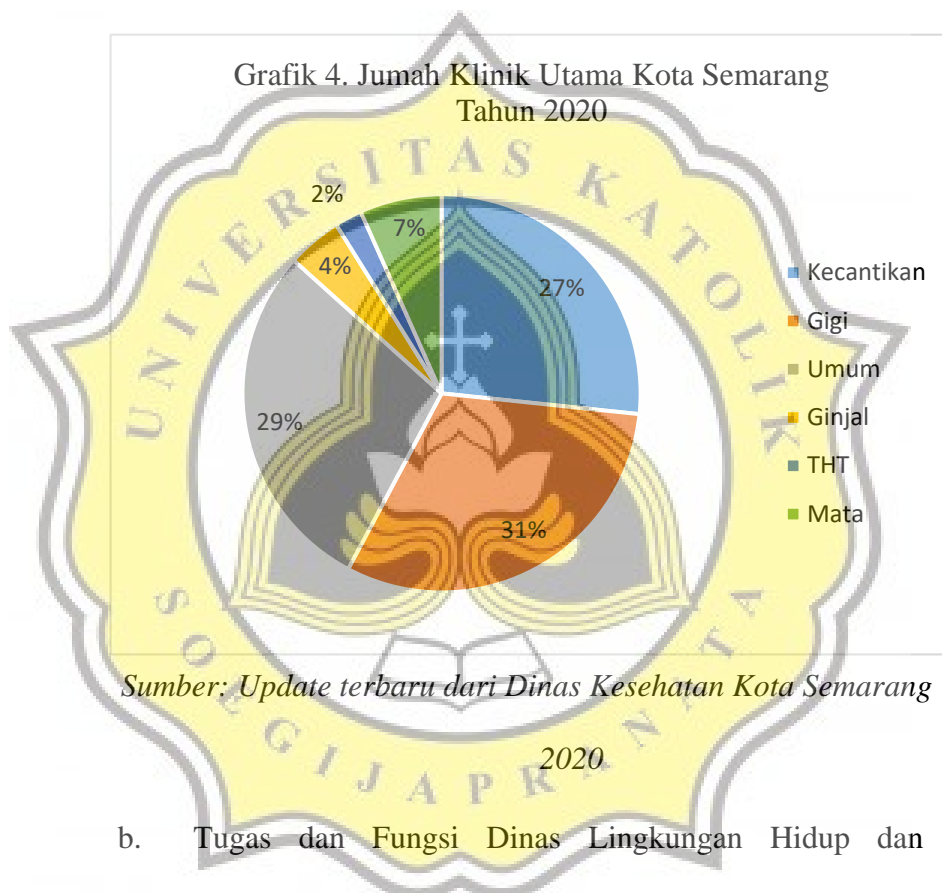


Sumber: Update terbaru dari Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2020



Sumber: Update terbaru dari Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2020

Data terbaru tahun 2020, jumlah klinik utama di Semarang berjumlah 46 klinik. Dari 46 klinik utama tersebut, 14 klinik merupakan klinik khusus pelayanan kesgilut. Sisanya merupakan klinik kecantikan, klinik ginjal, klinik THT, dan klinik umum. Ilustrasinya digambarkan dalam Grafik 4.



b. Tugas dan Fungsi Dinas Lingkungan Hidup dan Dinas Kesehatan Kota Semarang

Walikota merupakan unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan dalam ruang lingkup Kota Semarang. Walikota dalam menjalankan fungsinya dibantu oleh perangkat daerah yakni Dinas Daerah. Berdasarkan Perda Kota Semarang No. 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan

Perangkat Daerah, urusan pemerintahan bidang kesehatan dilakukan oleh DKK Semarang. Urusan pemerintahan bidang lingkungan hidup dilakukan oleh Dinas Lingkungan Hidup Kota Semarang. Keduanya memiliki tugas dan fungsi penyelenggaraan urusan pemerintahan tingkat daerah sesuai dengan matriks pembagian urusan pemerintahan tingkat daerah yang sejalan dengan UU No. 23 tentang Pemerintahan Daerah.



Tugas dan fungsi Dinas Lingkungan Hidup Kota Semarang tercantum di dalam Peraturan Walikota Semarang No. 72 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Dinas Lingkungan Hidup Kota Semarang. Di dalam Pasal 4, Dinas Lingkungan Hidup (DLH) Kota Semarang bertugas membantu Walikota dalam melaksanakan tugas pemerintahan bidang lingkungan hidup yang menjadi kewenangan daerah. Fungsi DLH Kota Semarang menurut Pasal 5 yakni merumuskan kebijakan, perencanaan strategis yang disesuaikan dengan visi misi walikota, penyelenggaraan kerja sama, penyelenggara program, serta monitoring dan evaluasi program di bidang lingkungan hidup.

Secara khusus, urusan lingkungan hidup menyangkut urusan tentang pencegahan pencemaran B3 dan limbah B3. Uraian tugas Seksi Pencemaran B3 dan Limbah B3 secara rinci dijabarkan di dalam Pasal 20, antara lain:

- 1). Penyusunan kebijakan pencegahan pencemaran B3 dan limbah B3
- 2). Pemetaan sumber penghasil dan pengumpul limbah B3
- 3). Pemantauan dan pengawasan penyimpanan sementara limbah B3
- 4). Pemantauan dan pengawasan pengolahan, pemanfaatan, pengangkutan, dan penimbunan limbah B3
- 5). Penyusunan kebijakan perizinan bagi pengumpul limbah B3 skala kota
- 6). Penyusunan izin tempat penyimpanan sementara limbah B3
- 7). Penyediaan sarana prasarana pengumpulan limbah B3 tingkat kota
- 8). Monitoring dan evaluasi pelaksanaan program

Tugas dan fungsi DKK Semarang diatur di dalam Peraturan Walikota Semarang No. 62 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang. Di dalam Pasal 4, DKK Semarang bertugas membantu Walikota dalam melaksanakan tugas pemerintahan bidang kesehatan yang menjadi kewenangan daerah dan tugas pembantuan yang ditugaskan kepada daerah. Fungsi DKK Semarang di dalam Pasal 5 yakni:

- 1) menyelenggarakan perumusan kebijakan,

- 2) perumusan rencana strategis sesuai visi dan misi Walikota,
- 3) penyelenggaraan kerja sama, penyelenggaraan program, serta
- 4) monitoring dan evaluasi program.

Fasyankes setingkat Klinik dan Praktik Mandiri Dokter Gigi menjadi ruang lingkup tanggung jawab Bidang Pelayanan Kesehatan dan Bidang Sumber Daya Kesehatan. Bidang Pelayanan Kesehatan membawahi Seksi Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional yang tugasnya dijabarkan dalam Pasal 32, antara lain:

- 1) merumuskan kebijakan pelayanan kesehatan,
- 2) meningkatkan mutu pelayanan kesehatan,
- 3) menyiapkan kegiatan akreditasi sarana kesehatan primer, serta
- 4) monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan.

DDK Semarang juga memiliki Bidang Sumber Daya Kesehatan yang membawahi dua seksi, yaitu Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan dan Seksi Informasi dan Pengendalian Sarana Kesehatan. Tugas kedua seksi ini yakni:

- 1) Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan di dalam Pasal 40 bertugas melakukan pelayanan perizinan praktik serta melakukan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian terhadap Dokter Gigi, Dokter Gigi Spesialis, dan Organisasi Profesi.

- 2) Seksi Informasi dan Pengendalian Sarana Kesehatan di dalam Pasal 41 bertugas menyusun kebijakan pengendalian sarana kesehatan, memberikan rekomendasi izin pendirian, serta melakukan pembinaan dan pengawasan salah satunya kepada Klinik Pratama dan Klinik Utama.

Selain itu, DKK Semarang juga membawahi Bidang Kesehatan Masyarakat khususnya Seksi Kesehatan Lingkungan dan Promosi Kesehatan. Salah satu tugas seksi Kesehatan Lingkungan dan Promosi Kesehatan menurut Pasal 20 dalam kaitannya dengan pengelolaan limbah B3 di fasyankes adalah penyusunan peta kesehatan lingkungan serta pengawasan kesehatan lingkungan di fasyankes setingkat puskesmas dan klinik.

2. Hasil wawancara

- a. Narasumber

- 1) Narasumber Dinas Lingkungan Hidup (DLH) Kota Semarang

- a) Seksi Pengelolaan B3 dan Limbah B3

Bapak Suryanto Edi sebagai Kepala Seksi Pengelolaan B3 dan Limbah B3 DLH Kota Semarang menjelaskan kebijakan pengelolaan limbah B3 di kota Semarang mengacu pada peraturan Kementerian Lingkungan Hidup, sedangkan untuk pengelolaan limbah

B3 di Klinik mengacu pada peraturan Kementerian Kesehatan. Menurut beliau, antara Kementerian Lingkungan Hidup dengan Kementerian Kesehatan terdapat tumpang tindih dalam hal regulasi. Oleh karena itu, acuan paling tinggi yang digunakan adalah pada PP No. 101 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan Limbah Berbahaya dan Beracun.

Aturan pengelolaan limbah di fasyankes di Permenkes dinilai masih terlalu longgar. Hal tersebut menyebabkan DLH Provinsi tidak dapat memutuskan bagaimana sebaiknya pengelolaan limbah di fasyankes sehingga mereka menyerahkan pengelolaan tersebut ke DLH masing-masing kota/daerah dan pelaksanaanya dibagi, yakni pembinaan lingkungan diserahkan kepada DLH Kota sedangkan pembinaan di fasyankes diserahkan kepada DKK. Namun, yang terjadi di lapangan ketika membicarakan mengenai limbah, DKK langsung memasrahkannya ke DLH. Adanya pemisahan tugas tersebut dinilai beliau menghambat. Untuk menengahi masalah ini sebaiknya perlu dibuat Keputusan Walikota untuk bisa mensinergikan kinerja.

Kendala lain dalam pengelolaan limbah medis adalah perihal teknis pengambilan limbah medis dari

fasyankes oleh pihak ketiga. Di dalam PP, aturan pengambilan limbah adalah 2 x 24 jam. Kenyataan di lapangan itu bisa lebih. Pengambilan limbah B3 di fasyankes bisa hingga 3 bulan sekali. Selain itu, volume limbah yang dihasilkan oleh klinik tidak sebanding dengan frekuensi pengambilan. Limbah yang dihasilkan oleh dokter praktik mandiri dalam kurun waktu sesuai peraturan sangatlah kecil. Penghitungan biaya menjadi berat karena antara biaya pengambilan dengan jumlah limbah medis yang dihasilkan tidak sebanding. Beliau menyatakan akan ada revisi pada Permen LHK Nomor P.56/MENLHK-SETJEN/2015 tetapi belum diputuskan. Banyak hal yang melatarbelakangi kenapa peraturan tersebut belum dapat disahkan.

Di dalam peraturan tertera jelas bahwa setiap fasyankes wajib memiliki TPS limbah B3. Di dalam regulasi, kewajiban memiliki TPS hanya untuk lingkup usaha yang memiliki dokumen lingkungan setingkat UKL-UPL atau AMDAL. Bagi yang hanya memiliki SPPL tidak wajib memiliki TPS. Hal ini dinilai beliau terlalu longgar. Perijinan TPS di fasyankes kota selama ini menjadi kewenangan DLH Kota. Beliau menyadari bahwa dalam hal penegakan dan teknis di lapangan akan lebih baik

apabila melibatkan DKK. Akan tetapi untuk dapat bekerja sama dengan DKK masih terdapat kendala karena ritme kerja yang berbeda dan waktu yang belum cocok. Selain itu beban kerja di DLH tidak hanya mengurus fasyankes saja tetapi juga hotel, pabrik, dan sebagainya. Namun, apabila ada kasus, mereka baru bersama-sama mendiskusikan masalah terkait kasus tersebut.

Kewajiban memiliki TPS ini sementara menyasar pada pihak ketiga pengelola dan rumah sakit. Untuk fasyankes lain masih belum. Tapi nanti akan diarahkan untuk semua fasyankes wajib memiliki TPS limbah B3. Acuan untuk program TPS di kota Semarang masih mengacu kepada amanah PP 101 dan Permen LHK No.56 Tahun 2015. DLH Kota Semarang sendiri masih menunggu revisi Perda Kota Semarang No. 13 Tahun 2016 tentang Pengendalian Lingkungan Hidup. Perda tersebut dinilai memerlukan revisi karena dianggap belum lengkap dan belum fokus dalam aspek pengelolaan limbah B3. Nantinya sistem tanggap darurat, kontrol, serta perizinan TPS limbah B3 sesuai domain wilayah akan dijabarkan dalam revisi Perda tersebut.

Pemerintah Kota Semarang belum memiliki program khusus mengenai penanganan limbah B3 di tingkat klinik

dan dokter gigi praktik mandiri. Namun dalam tugasnya, DLH tetap melaksanakan tugas sesuai dengan tupoksinya. Pengawasan dilakukan melalui laporan manifes limbah yang dikirim oleh rumah sakit ke DLH setiap bulan. Fokus dari DLH Kota Semarang untuk tahun 2018 hingga saat ini adalah kajian limbah B3 dan potensi limbah B3 di rumah sakit dan puskesmas. DLH saat ini juga menggalakkan kewajiban penyediaan TPS limbah B3 di rumah sakit.

Di tingkat puskesmas, DLH sedang melakukan pembinaan serta sosialisasi mengenai kelengkapan dokumen SPPL maupun DPLH, ketersediaan TPS limbah B3 dan *cold storage*, melakukan pemisahan limbah B3 secara tepat, himbauan untuk tidak membuang sembarangan, serta himbauan untuk mulai bekerja sama dengan pihak ketiga pengelola limbah B3. Menurut beliau kesadaran penghasil untuk melakukan pengelolaan limbah B3 muncul dari paksaan seperti dari aparat kepolisian dan tuntutan akreditasi. Paksaan lain berasal dari kebutuhan untuk perpanjangan IMB yang mana salah satunya adalah adanya dokumen lingkungan. Rekan di klinik maupun dokter/ dokter gigi praktik mandiri selama ini belum diberdayakan dengan baik. Pada tingkat klinik, dokumen

lingkungan yang wajib dimiliki adalah SPPL. Memang dalam SPPL, klinik tidak ada kewajiban memiliki TPS limbah B3. Namun, DLH Kota kedepannya akan menggalakkan teman-teman di klinik untuk mengadakan TPS limbah B3.

Kontrol DLH juga mencakup aspek pengelolaan limbah B3 di tingkat pengelola dan transporter. Terdapat pembagian domain kewenangan yang dirasa menjadi penghambat dalam pengelolaan limbah medis. Kewenangan hampir seluruhnya menjadi milik pemerintah pusat, jadi DLH setempat tidak bisa leluasa untuk bertindak, sebab pengelolaan, pemanfaatan, dan penimbunan diatur oleh Kementerian. Padahal, saat ini pengelola limbah medis hanya ada enam se Indonesia. Domain pengelola abu sisa pembakaran se Indonesia hanya PPLI di daerah Bogor.

Di tingkat transporter sendiri masih muncul masalah. Transporter terkadang tidak benar-benar membuang ke pihak pengelola. Kementerian mencanangkan sistem si raja limbah dan silancar untuk tracking pihak transporter. Menurut beliau, program ini belum mampu bekerja efektif oleh karena hal teknis sistem operasional. Sebelumnya, pada saat masa Darurat Limbah Medis pada tahun 2013,

beberapa kebijakan dikeluarkan oleh kementerian dan daerah. Pada saat itu dikeluarkan SK 3 menteri (kesehatan, lingkungan hidup, kejaksaan) bahwa pengelolaan limbah bisa dikelola oleh pabrik semen yang ditunjuk Kementerian. Namun, pada akhirnya diskresi tersebut tidak jalan karena kekhawatiran masyarakat bahwa semen dari sisa limbah medis tersebut akan menjadi bahan bangunan.

Gubernur Jawa Tengah pada masa itu juga pernah mengeluarkan kebijakan bagi seluruh rumah sakit untuk wajib memiliki *cold storage* dikarenakan banyak pengelola limbah yang ijinnya dibekukan.

DLH juga memiliki kendala lain terkait manajemen limbah B3 fasyankes. Kendala tersebut berasal dari internal DLH Kota Semarang. Menurut beliau saat ini personil di DLH Kota masih minim dengan cakupan pengawasan yang besar. Yang diawasi tidak hanya fasyankes tetapi juga industri, hotel, industri, dan sebagainya. Jenis limbah yang diawasi juga tidak hanya masalah limbah medis tetapi juga masalah udara, air, dan lainnya.

b) Seksi Limbah Cair

Wawancara dilakukan kepada Ibu Ari selaku Kepala Seksi Limbah Cair DLH Kota Semarang. Pedoman

pengelolaan limbah cair itu berbeda tergantung dari dokumen lingkungan yang penghasil limbah miliki. Pengelolaan limbah cair tertuang dalam bentuk matriks pemantauan limbah cair yang terdiri dari beberapa poin, salah satunya poin kualitas limbah cair. Dokumen lingkungan yang dimiliki klinik sebagian besar dalam bentuk SPPL. Di dalam SPPL, detail pengelolaan limbah cair belum ada. SPPL pada dasarnya hanya pernyataan bahwa pihak penghasil bersedia mengelola limbahnya saja. Tidak ada poin mengenai pengelolaan limbah cair disana.

Seksi limbah cair DLH Kota Semarang berwenang dalam menerbitkan izin pengelolaan limbah cair yang selanjutnya diperbaharui setiap 2 tahun. Secara teknis, mereka akan melihat dan meninjau pengelolaan limbah cairnya seperti apa kemudian pengelolaan limbah cair yang ada sudah memenuhi syarat atau belum. Saat ini kepengurusan perizinan di kota Semarang telah melalui satu pintu yakni di DPMPTSP. Nanti untuk peninjauan di lapangan, tim teknis dari DLH Kota Semarang yang akan meninjau mereka yang mengajukan izin. Menurut beliau, sistem perijinan satu pintu masih menimbulkan beberapa kendala khususnya di daerah. Belum ada koordinasi lebih

lanjut terkait tim yang meninjau untuk pengelolaan limbah cair dengan tim teknis di DPMPTSP. Tim di DPMPTSP dinilai belum cukup kompeten dalam melakukan peninjauan khususnya yang terkait dengan instalasi pengelolaan limbah cair.

Faktor pendorong kinerja DLH Kota Semarang khususnya Seksi limbah cair adalah target renstra. Pihak seksi limbah cair DLH Kota Semarang sudah memiliki inventarisasi potensi limbah untuk memetakan area yang jadi fokus prioritas pantauan. Namun, fasyankes setingkat klinik dan dokter gigi praktik mandiri belum masuk dalam daftar pemantauan limbah cair. Menurut beliau, hal ini terkait dengan potensi limbah cair yang dihasilkan masih kecil jika dibandingkan dengan skala industri maupun rumah sakit.

c) Seksi Pengawasan

Pengawasan pengelolaan limbah medis di fasyankes khususnya untuk klinik gigi dan dokter gigi praktik mandiri secara langsung belum dilakukan. Menurut mereka produksi limbahnya masih sedikit dan memang belum ada juknis terkait itu sehingga peran yang sampai saat ini dilakukan adalah pengawasan tidak langsung. Pengawasan langsung masih menitik beratkan pada

industri, hotel, dan pihak ketiga pengelola limbah B3 serta pengawasan polusi udara dan polusi air. Pengawasan tidak langsung dilakukan dengan melihat dokumen lingkungan yang dimiliki oleh penghasil limbah. Dokumen tersebut mencakup cara mengelola lingkungan, prosedur pemantauannya, serta sebagai bukti janji penghasil untuk mengelola limbah sehingga penghasil wajib menjalankan kewajibannya sesuai persyaratan yang tertera.

Pada PP 101 tertulis ada kewajiban bagi pihak penghasil untuk melaporkan manifestasi limbahnya setiap 3-6 bulan sekali. Akan tetapi, mereka masih kewalahan dalam menindaklanjuti pelaporan yang dilakukan oleh penghasil limbah ke DLH karena sumber daya manusia yang terbatas. Tindak lanjut hanya diberikan bagi hasil pelaporan yang tidak beres setelah peninjauan dilakukan. Pertama, DLH Kota akan mengirim surat ke pihak penghasil kemudian meninjau lapangan. Setiap peninjauan didokumentasikan dalam surat tugas dan berita acara. Penghasil wajib menandatangani berita acara penolakan apabila perusahaan penghasil menolak adanya kunjungan. Jika dalam kunjungan ditemukan adanya pelanggaran, maka penghasil akan menerima saksi berupa pembinaan

dan sosialisasi. Pembinaan adalah hal yang pertama dilakukan.

Terdapat faktor pendukung dan penghambat bagi Seksi ini dalam melaksanakan tugasnya mendapat dukungan dari pemerintah pusat. Hal ini tertera dalam Surat Edaran Menteri LHK Nomor 7 Tahun 2016 tentang Kewajiban Memiliki Dokumen Lingkungan Hidup Bagi Orang Perseorangan Atau Badan Usaha Yang Telah Memiliki Izin Usaha Dan/Atau Kegiatan yang berisi paksaan pemerintah untuk membuat dokumen lingkungan bagi penghasil yang belum memilikinya. Surat edaran itu juga berisi pembagian kategori dan sanksi administrasi bagi penghasil yang tidak patuh. Hambatan dalam pelaksanaan tugas yang dialami muncul dari lingkup internal. Terlalu banyak perusahaan atau penghasil limbah B3 yang harus diawasi. Namun, sumber daya manusia di DLH Kota Semarang masih kurang. Para staf bekerja tidak spesifik sesuai tupoksinya. Mereka masih banyak yang merangkap tugas lain.

d) Seksi Sengketa Lingkungan dan Aduan Masyarakat

Wawancara dilakukan dengan Ibu Nora selaku Kepala Seksi Sengketa Lingkungan dan Aduan Masyarakat. Ibu Nora menjelaskan sejauh ini belum ada

aduan lingkungan terkait limbah medis klinik gigi maupun dokter gigi praktik mandiri. Beliau juga menjelaskan bahwa masyarakat dapat melaporkan aduan lingkungan terkait limbah medis klinik gigi maupun dokter praktek mandiri melalui media sosial dan sms ke bagian Seksi Sengketa Lingkungan dan Aduan Masyarakat DLH Kota Semarang atau ke Walikota Semarang secara langsung. Aduan yang masuk akan diperiksa apakah ada kaitannya dengan isu lingkungan hidup. Jika ada, tim akan langsung meninjau ke lapangan perkara. Laporan temuan pelanggaran akan dirangkum dalam berita acara. Pelanggaran yang bisa ditoleransi akan mendapat saksi berupa pembinaan dan mediasi. Jika pelanggaran tidak lagi mampu ditoleransi, pihak pelanggar akan diberi sanksi administrasi dan pembinaan. Semua penghasil limbah yang memiliki dokumen izin lingkungan hidup awalnya wajib diawasi oleh DLH. Namun, pengawasannya saat ini diperluas. Pengawasan dilakukan bukan hanya bagi penghasil yang berizin, melainkan juga yang tidak berizin. Tata cara pengelolaan pengaduan tertera di dalam Permen LHK No. P.22/MENLHK/SETJEN/SET.1/3/2017 Tentang Tata Cara Pengelolaan Dugaan Pencemaran dan/atau Perusakan Lingkungan Hidup dan/atau Perusakan Hutan.

Sebagian besar kendali atas pengelolaan limbah B3 ada di tingkat Kementerian. Kewenangan DLH Kota hanya terkait TPS limbah B3 dan sumber B3 saja. Menurut beliau, akan menjadi lebih ekonomis apabila daerah memiliki tempat pengelolaan TPS limbah B3 sendiri, sehingga menekan biaya pengiriman limbah keluar kota. Terlebih lagi, program penyediaan tempat pengelolaan TPS limbah B3 di tingkat kota, juga dapat menjadi sumber Pendapatan Asli Daerah (PAD) Kota Semarang. Keberadaan TPS limbah B3 ini diharapkan mampu memfasilitasi kebutuhan penampungan limbah B3 terutama bagi fasyankes kecil di Kota Semarang sehingga dapat membantu meringankan beban biaya pengelolaan limbah medis. Sebab, kendala terbesar yang muncul di tingkat klinik maupun dokter praktik mandiri adalah biaya pengelolaan yang tidak sebanding dengan volume limbah yang dihasilkan.

- 2) Narasumber Dinas Kesehatan Kota Semarang
 - a) Seksi Kesehatan Lingkungan dan Promosi Kesehatan

Wawancara dilakukan dengan Ibu Erna selaku petugas Kesling-Promkes DKK Semarang. Menurut beliau, seksi ini belum pernah berperan langsung dalam hal pengaturan

pengelolaan limbah medis di Balai Pengobatan dan Klinik Gigi. Selama ini, seksi ini lebih berperan dalam pemeriksaan dokumen lingkungan yang akan diurus oleh fasyankes. Tekait pengurusan SPPL, fasyankes dapat mengurus melalui DPMPTSP. Apabila memerlukan UKL-UPL atau AMDAL, kepengurusannya langsung dengan DLH Kota. Selanjutnya akan ada rapat gabungan dengan semua dinas terkait (misalnya DKK dan DLH Kota) untuk membahas mengenai kelayakan fasilitas tersebut.

Setiap klinik harus memenuhi persyaratan sesuai Permenkes Nomor 9 Tahun 2009 tentang Klinik. Tetapi, untuk penyediaan tempat penyimpanan limbah medis masih berpusat pada puskesmas. Tahun 2019, Kepala DKK Semarang menghimbau semua puskesmas untuk memiliki *cold storage* untuk penyimpanan limbah medisnya. Hal ini terkait dengan pengambilan limbah oleh pihak ketiga lebih dari ketentuan di dalam peraturan. Kebijakan yang diambil pihak DKK Semarang untuk lebih memperhatikan pengelolaan limbah medis di fasyankes dimulai dari kejadian darurat limbah B3 nasional tahun 2013. Kementrian pada saat itu membekukan sementara izin pengelolaan limbah B3 beberapa perusahaan pengelola. *Cold storage* ini bisa memperpanjang masa simpan limbah

medis sampai izin pengelola kembali diberikan oleh Kementerian LHK.

b) Bidang Sumber Daya Kesehatan (SDK)

Wawancara dilakukan dengan Ibu Surya bidang Sumber Daya Kesehatan seksi Informasi dan Pengendalian Saran kesehatan DKK Semarang. Beliau bertugas untuk melakukan peninjauan lapangan ke fasyankes yang mengajukan perizinan klinik. Alur perijinan berawal dengan pemeriksaan secara administrasi di DPMPSTSP, kemudian tim teknis DKK akan meninjau ke fasyankes bersangkutan dan memberikan rekomendasi (sebagai tim teknis/peninjau). Peninjauan dilakukan untuk mengecek apakah sarpras yang ada sudah sesuai persyaratan atau belum. Selanjutnya, peninjauan akan didokumentasikan dalam berita acara.

Syarat administrasi yang wajib dipenuhi terkait dengan limbah medis adalah kepemilikan dokumen lingkungan dan dokumen kerja sama dengan pihak ketiga yang memiliki izin dari Kementerian LHK. Dokumen lingkungan yang wajib dimiliki oleh klinik rawat jalan adalah SPPL. Sedangkan dokumen lingkungan yang wajib dimiliki oleh klinik rawat inap adalah UKL-UPL.

Peninjauan lapangan yang dilakukan Seksi dilaksanakan setelah persyaratan administrasi lengkap. Peninjauan dilakukan untuk melihat kelengkapan sarana prasarana dan kesesuaiannya dengan standar. Terkait dengan limbah medis, fasyankes harus memiliki tempat sampah yang terpisah antara sampah medis dengan non medis. Selain itu, sarana lain yang wajib adalah ketersediaan TPS limbah B3. Syarat TPS sesuai dengan persyaratan dari DLH. Peninjauan hanya dilakukan setiap 5 tahun sekali yakni setiap pengurusan perpanjangan izin klinik. Bagi klinik yang sudah beroperasi, pengawasannya dilakukan oleh Bidang Pelayanan Kesehatan DKK Semarang.

Wawancara kemudian dilakukan kepada Bapak Marom seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) DKK Semarang. Peran SDMK terkait dokter gigi praktik mandiri adalah pemberian Surat Ijin Praktik (SIP). DKK Semarang bekerja sama dengan organisasi profesi dalam hal ini PDGI untuk pengurusan SIP dokter gigi. Jadi sarana prasarana praktik dokter gigi termasuk yang terkait dengan limbah medis ditinjau oleh PDGI cabang kota Semarang. Peninjauan dilakukan pada saat pengurusan ijin

praktik pertama kali. Jika perpanjangan tidak ada pemeriksaan di tempat praktik.

c) Bidang Pelayanan Kesehatan (Yankes)

Wawancara dilakukan kepada Ibu Retno bidang Yankes seksi Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional DKK Semarang. Beliau menyatakan dalam hal perijinan fasyankes, limbah medis memang menjadi salah satu persyaratan yang harus dipenuhi. Seksi ini bertugas mengawasi fasyankes yang sudah memiliki ijin operasional. Monitoring dan pengawasan dilakukan dalam semua hal terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di fasyankes. Dalam pelaksanaannya, seksi ini memeriksa kelengkapan dokumen administrasi dan sarpras yang dimiliki. Selain itu, limbah yang dihasilkan akan diperiksa apakah sudah terkelola dengan baik atau belum. Pemeriksaan juga memperhatikan apakah fasyankes sudah memiliki SPO pengelolaan limbah medis atau belum dan sejauh mana kepatuhan pelaksanaannya.

Pemeriksaan pun dilakukan pada saat fasyankes menjalani penilaian akreditasi. Pemerintah sudah mencanangkan program akreditasi bagi klinik dan dokter gigi praktik mandiri. Hal ini tertuang dalam Permenkes Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas,

Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Pengelolaan limbah medis menjadi salah satu poin yang wajib dilaksanakan oleh fasyankes dan dikontrol dalam poin penilaian akreditasi.

Pada saat mengurus izin pertama kali, klinik harus memenuhi persyaratan administratif. Tahap selanjutnya akan diadakan sidang pertemuan dari semua dinas terkait untuk membahas kelayakan klinik tersebut. Dalam hal pengelolaan limbah, pokok pembicaraan fokus pada potensi limbah yang mungkin terjadi, bagaimana harusnya pengelolaan yang dipenuhi, dan dokumen apa yang perlu dipenuhi (SPPL, UKL-UPL, atau AMDAL). Berdasarkan peraturan yang ada, fasyankes harus punya *cold storage* dan TPS limbah medis. Keberadaan *cold storage* sangat penting kaitannya dengan masa simpan limbah medis. Pengambilan limbah medis oleh pihak ketiga dilakukan setiap 3 bulan sekali. Terkait dokumen lingkungan yang harus dipenuhi fasyankes, penerbitan DPLH menjadi kewenangan DLH Kota tetapi kalau SPPL diterbitkan oleh DPMPTSP.

Setiap setahun sekali, klinik pratama mitra BPJS Kesehatan menjalani kredensialing sebagai syarat

perpanjangan kontrak kerja sama. Seksi ini bersama dengan BPJS Kesehatan Kota akan meninjau klinik yang bersangkutan. Temuan yang sering dijumpai beliau di lapangan adalah pelaksanaan pengambilan limbah medis oleh pihak ketiga yang melebihi batas aturan. *Safety box* tidak diperlakukan *disposable* dan pengisiannya sampai kepenuhan padahal aturannya hanya $\frac{3}{4}$ penuh. Menurut beliau, kewajiban memiliki TPS limbah medis dan *cold storage* bagi klinik mitra BPJS Kesehatan yang kapasitasnya kecil atau klinik swasta kecil dinilai memberatkan. Terkait dengan kendala ini belum ada kebijakan khusus yang dikeluarkan Walikota Semarang.

Sampai saat ini, pengawasan di tingkat dokter gigi mandiri diserahkan ke PDGI cabang kota Semarang. Peran DKK hanya sebatas pada penerbitan SIP. DKK hanya akan memproses penerbitan SIP dokter gigi praktik mandiri apabila surat rekomendasi PDGI cabang sudah terbit. Beliau mengakui bahwa pengawasan pelayanan kesehatan dan pengelolaan limbah medis di tingkat dokter gigi praktik mandiri memang belum dilakukan. Menurut beliau, faktor penghambat penerbitan SIP dokter gigi praktik mandiri berasal dari PDGI itu sendiri. PDGI kadang terlalu lama menerbitkan surat rekomendasi.

Proses penerbitan SIP di DKK sudah ditentukan yakni maksimal 18 jam kerja.

b. Responden penelitian

1) Klinik

a) Klinik A

Wawancara dilakukan pada drg N. C. selaku dokter gigi yang berpraktik. Klinik A merupakan salah satu klinik pratama di kota Semarang yang menjadi mitra BPJS Kesehatan. Menurut beliau pemisahan limbah medis sudah dilakukan di poli gigi. Limbah medis dipisah menjadi limbah benda tajam, limbah infeksius, dan limbah non infeksius. Limbah benda tajam dikumpulkan di dalam *safety box* berwarna kuning. Limbah infeksius seperti APD, kassa, tampon dan limbah lain yang berkontak dengan cairan pasien dikumpulkan tersendiri. Apabila sudah penuh, sampah medis dipindahkan ke tong sampah yang lebih besar berlabel TPS. Proses pemindahan ini dilakukan oleh petugas *cleaning service*. Pada saat melakukan pemindahan, petugas tidak memakai APD yang memadai dan memperlakukan limbah medis ini seperti sampah biasa. Limbah lain seperti tisu, kemasan bahan medis, serta limbah lain yang tidak berkontak dengan cairan pasien dikumpulkan sendiri.

Pengumpulannya dijadikan satu menjadi tempat sampah berlabel non infeksius. Limbah ini nantinya dibuang bersama sampah rumah tangga.

Untuk pengelolaan selanjutnya, Klinik A bekerja sama dengan PT Arah Environmental. Masa kontrak kerja sama adalah 1 tahun. Pengambilan limbah medis oleh PT Arah adalah setiap 3 bulan sekali. Setelah pengambilan limbah, pihak klinik akan mendapatkan lembar manifes limbah dan lembar tanda terima pengambian. Klinik A tidak memiliki *cold storage*. Keberadaan tong TPS sudah diletakkan di ruangan terpisah. Ruangan tersebut menggunakan ruang lain yang kebetulan tidak terpakai tetapi tidak terkunci.

Klinik tidak melayani penambalan dengan amalgam. Hanya saja amalgam ditemui biasanya pada pasien yang ingin membongkar tambalannya. Limbah merkuri dari pecahan amalgam yang dihasilkan ikut dikumpulkan bersama sampah medis. Dokter gigi di Klinik A masih mengumpulkan gigi bekas pencabutan. Gigi yang dikumpulkan dipilih hanya untuk gigi yang masih utuh. Perlakuan terhadap gigi tersebut hanya sebatas dicuci dan direndam desinfektan kemudian disimpan. Selain limbah padat, klinik juga menghasilkan limbah cair. Limbah cair

biasanya dihasilkan dari cairan ludah pasien dan darah. Semua limbah cair tersebut ditampung di dalam *septic tank* khusus. Klinik memang tidak memiliki IPAL khusus mengelola limbah cair hasil pelayanan.

Beliau tidak mengetahui regulasi yang berkaitan dengan limbah medis. Namun beliau paham bahwa limbah medis seharusnya dipisah dengan limbah lain. Beliau merasa tidak ada kendala terkait dengan pengelolaan limbah medis yang sudah ada. Memang tidak ada monitoring limbah medis secara khusus. Selama ini pihak ketiga mengambil limbah medis sesuai jadwal. Hanya saja menurut beliau, limbah medis tersebut belum diperlakukan dengan baik.

Limbah medis yang dihasilkan memang dipisah tetapi perlakuannya seperti sampah biasa. Selain itu, limbah tersebut terlalu lama disimpan dalam tong dan menimbulkan keluhan bau. Penyimpanannya pun di ruangan terpisah tetapi bukan khusus ruangan untuk menyimpan limbah medis. Pengajuan pihak klinik kepada atasan sudah dilakukan. Namun, sampai sekarang belum terpenuhi karena pengajuan untuk membuat ruangan khusus limbah medis ke pihak atasan dinilai cukup ribet dan lama.

Selanjutnya wawancara dilakukan dengan ibu F. selaku perawat dan penurus administrasi klinik. Terkait dengan pengelolaan limbah, selain dokumen perjanjian kerja sama dengan pihak ketiga, klinik memiliki dokumen lingkungan yakni SPPL. Dokumen tersebut berisi tentang gambaran sarana prasarana dan komitmen untuk melakukan pengelolaan limbah. Dokumen SPPL dan MOU Pihak Ketiga merupakan salah satu syarat administrasi perpanjangan ijin klinik. Hal ini mendorong pihak klinik untuk rutin melakukan perpanjangan mou pihak ketiga. Selain itu, langkah ini juga mengantisipasi jika sewaktu-waktu ada sidak dari DKK.

Ibu F mengakui bahwa beliau tidak mengetahui detail bagaimana pengelolaan limbah medis yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Namun, berdasarkan pengalaman beliau selama mengurus perizinan klinik, SPPL dan dokuman kontrak kerja sama dengan pihak ketiga pengelola limbah merupakan hal yang penting. Oleh karena itu, beliau disiplin memastikan bahwa pembuangan limbah medis secara rutin diambil oleh pihak ketiga.

b) Klinik B

Wawancara dilakukan pada Ibu S.D selaku staf Klinik B yang mengurus mengenai pengelolaan limbah medis. Klinik B merupakan salah satu klinik pratama yang juga mitra BPJS Kesehatan di kota Semarang. Dari wawancara tersebut didapatkan keterangan bahwa limbah medis di Klinik B sudah dipisah dengan limbah yang non medis. Penghasil limbah medis terbanyak memang dari poli gigi karena setiap hari melakukan tindakan medis.

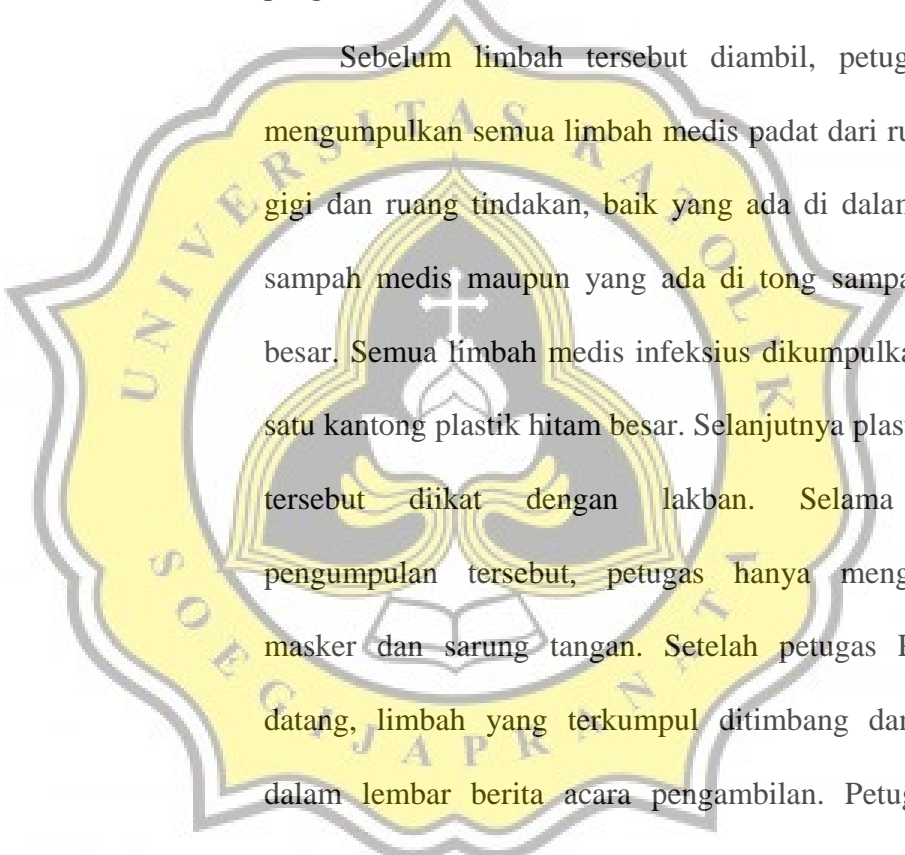
Limbah medis yang infeksius sudah dipisah dengan yang non infeksius di dalam dua tempat sampah yang berbeda. Menurut beliau semua limbah yang dihasilkan selama pelayanan di poli gigi termasuk dalam limbah medis. Hanya saja limbah medis tersebut ada yang sifatnya infeksius dan ada yang tidak. Limbah yang sifatnya infeksius merupakan limbah yang sudah berkontak dengan darah atau cairan saliva pasien. Limbah infeksius yang dihasilkan antara lain APD, kassa atau tampon yang terkontaminasi darah maupun ludah, serta cetakan negatif gigi. Limbah medis yang sifatnya non infeksius biasanya berupa kardus kemasan bahan medis, cetakan positif gigi, dan tisu-tisu yang tidak terkena darah atau cairan ludah.

Limbah medis lain yang dihasilkan adalah limbah benda tajam dan limbah obat kadaluarsa. Limbah benda tajam dimasukkan di dalam boks kuning *safety box* sedangkan obat kadaluarsa dikumpulkan dan dimasukkan di dalam kardus kecil. Limbah medis padat infeksius dikumpulkan dalam tempat sampah tersendiri yang diberi label kuning bertuliskan “sampah medis infeksius”. Sedangkan limbah medis yang non infeksius dikumpulkan dalam tempat sampah sendiri yang bertuliskan “sampah medis non infeksius”.

Tempat sampah medis infeksius yang sudah penuh akan dipindahkan dan dikumpulkan di dalam tong sampah medis yang diletakkan di belakang ruang poli gigi. Jika tempat sampah non infeksius penuh, sampahnya akan dibuang bersama dengan sampah rumah tangga. Setiap selesai dipindah, plastik tempat sampah dalam ruang poli akan diganti dengan yang baru. Klinik B belum memiliki TPS limbah medis dan *cold storage* sesuai ketentuan. Selain itu, desinfeksi tempat sampah tidak rutin dilakukan yakni hanya sebulan sekali.

Klinik B bekerja sama dengan PT Arah Environmental untuk membuang limbahnya. Masa kontrak kerja sama adalah satu tahun. Apabila kontraknya

habis maka akan dilakukan perpanjangan. Pihak ketiga secara periodik akan mengambil limbah medis yang dihasilkan dengan truk khusus untuk selanjutnya dikelola. Pengambilan pihak ketiga dilakukan setiap tiga bulan sekali. Biasanya PT Arah akan memberitahu waktu pengambilan melalui sms.



Sebelum limbah tersebut diambil, petugas akan mengumpulkan semua limbah medis padat dari ruang poli gigi dan ruang tindakan, baik yang ada di dalam tempat sampah medis maupun yang ada di tong sampah medis besar. Semua limbah medis infeksius dikumpulkan dalam satu kantong plastik hitam besar. Selanjutnya plastik hitam tersebut diikat dengan lakban. Selama proses pengumpulan tersebut, petugas hanya menggunakan masker dan sarung tangan. Setelah petugas PT Arah datang, limbah yang terkumpul ditimbang dan dicatat dalam lembar berita acara pengambilan. Petugas juga meminta bukti tanda terima yang ditanda tangani oleh petugas klinik.

Beberapa hari kemudian PT Arah akan mengirimkan lembar manifes limbah beserta tagihan apabila beratnya lebih dari yang disepakati. Pihak klinik juga memiliki buku monitoring pengambilan limbah

medis, jadi setiap petugas PT Arah datang akan dicatat di dalam buku monitoring yang sudah ada. Pembiayaan pengelolaan limbah medis masuk dalam daftar biaya rutin klinik. Petugas mengaku tidak mengerti tata kelola limbah medis sesuai dengan ketentuan yang ada. Petugas tidak mengetahui apabila idealnya limbah medis harus diambil paling lambat 2x24 jam. Lagipula menurut beliau, limbah medis yang dihasilkan selama 2 hari itu cuma sedikit. Tempat sampah infeksius dalam ruang poli baru penuh sekitar 2-3 hari. Setelah penuh, baru dipindahkan ke tong sampah medis yang besar.

Pelayanan poli gigi sudah tidak melayani penambalan dengan menggunakan amalgam sehingga tidak ada limbah merkuri hasil peracikan amalgam. Akan tetapi, limbah amalgam saat ini lebih banyak dihasilkan dari pembongkaran tambalan amalgam gigi. Pecahan amalgam dimasukkan di dalam tempat sampah infeksius. Sisanya bercampur dengan limbah cair karena ikut terbang saat pasien berkumur.

Gigi bekas pencabutan biasanya dikumpulkan apabila bentuknya masih utuh. Perlakuan terhadap gigi bekas pencabutan biasanya dicuci dengan air mengalir kemudian direndam dalam larutan desinfektan sampai

tampak bersih. Setelah tampak bersih diambil, dicuci, dikeringkan, kemudian disimpan.

Selain limbah padat, klinik juga menghasilkan limbah cair. Limbah cair biasanya dari sisa kumur pasien, darah, ludah dari *suction*, cairan kimia sterilisasi, dan cairan dari larutan irigasi. Semua cairan yang dihasilkan, entah dari *spitting bowl*, *suction*, maupun wastafel masuk di dalam *septic tank* tersendiri yang letaknya dibelakang poli gigi. Limbah cair tidak langsung dibuang melalui saluran air domestik.

Klinik B memiliki dokumen lingkungan yakni SPPL. Di dalam dokumen tersebut, penanggung jawab klinik memberikan surat pernyataan kesanggupan pengelolaan limbah medis yang dihasilkan dari aktivitas pelayanan kesehatan yang dilakukan. Selain itu, dokumen tersebut juga berisi identifikasi dampak lingkungan yang mungkin terjadi dan bagaimana penanggung jawab klinik akan mengatasi dampak tersebut. Komitmen tersebut dijabarkan secara konkret dalam setiap langkah penyelesaian. Contoh komitmen pengelolaan dan pemantauan dampak lingkungan yang disebutkan yakni komitmen untuk bekerja sama dengan pihak ketiga dalam

mengelola limbah medis padat dan membuat *septic tank* untuk mengelola limbah cair domestiknya.

c) Klinik C

Wawancara dilakukan dengan Bapak A. N. selaku staf Klinik C. Klinik C merupakan salah satu klinik swasta khusus melayani kesehatan gigi dan mulut. Klinik C ini dikelola oleh pihak swasta yang juga memiliki beberapa cabang. Pelayanan kesgilut sebagian besar berupa tindakan sehingga menghasilkan limbah medis cukup banyak. Menurut beliau, pemisahan limbah medis infeksius dengan non infeksius sudah dilakukan.

Di dalam ruang pelayanan sudah tersedia dua macam tempat sampah berlabel yang berfungsi untuk memisah limbah yang dihasilkan. Tempat sampah berlabel infeksius biasanya berisi APD (masker dan sarung tangan), tisu, sleber, kassa tampon, *cotton roll*, dan *cotton pellet* yang sudah terkontaminasi darah atau cairan pasien.

Sumber limbah infeksius lain yakni sisa gigi hasil pencabutan dan jaringan mulut serta limbah lain yang terkontaminasi cairan pasien.

Tempat sampah non infeksius biasanya berisi tisu bekas cuci tangan, bungkus-bungkus obat, bungkus makanan, dan benda lain yang tidak terkontaminasi cairan

pasien. Limbah benda tajam seperti spuit injeksi, jarum suntik, ampul/carpul anestesi, scalpel blade dimasukkan di dalam kotak kuning bertuliskan *safety box*. Limbah cair hasil pelayanan masuk dalam septi tank resapan.

Klinik C sudah lama bekerja sama dengan PT Arah Environmental sebagai pihak ketiga pengelola limbah. Limbah medis yang sudah dikumpulkan akan diangkut setiap sebulan sekali. Setiap selesai pelayanan, limbah medis infeksius yang dihasilkan dikumpulkan di tempat sampah besar khusus yang disediakan di setiap klinik. Selanjutnya jika jadwal pengambilan dari PT Arah sudah ada, semua limbah medis yang dihasilkan ke klinik akan dikumpulkan dan dibawa oleh petugas kebersihan ke salah satu cabang Klinik C. Selanjutnya, semua limbah infeksius dan limbah benda tajam dari semua klinik cabang yang sudah terkumpul akan diambil oleh pihak ketiga.

Pada saat pengambilan, pihak petugas PT Arah akan membawa plastik khusus dan memasukkan semua limbah yang terkumpul ke dalam plastik yang mereka bawa lalu mengangkutnya ke truk mereka. Rata-rata perbulan yang dikeluarkan untuk pengelolaan limbah medis pihak ketiga adalah 2 juta perbulan atau sekitar 75 kg limbah medis per bulan. Jumlah ini merupakan kumpulan limbah medis

yang dihasilkan oleh semua cabang Klinik C di Kota Semarang.

Informasi pengelolaan limbah medis yang benar diketahui pengurus Klinik C pada saat mengurus perizinan. Dari situ pihak dinas terkait akan menerangkan, memeriksa, dan merekomendasikan kelengkapan sarana prasarana yang dibutuhkan. Selain itu, kontrak kerja sama dengan pihak ketiga pengelola limbah medis juga merupakan salah satu syarat dalam mengurus perizinan. Oleh karena itu, pihak pengelola Klinik C berusaha disiplin dalam melakukan perpanjangan kontrak kerja sama. Pemilik klinik ini adalah PT X yang juga memiliki beberapa klinik cabang. Oleh DKK, klinik ini mendapat kebijakan yakni boleh memiliki satu dokumen kerja sama pengelolaan limbah medis dengan pihak ketiga sepanjang kegiatan yang dilakukan masih sama dan pengambilan limbah hanya dilakukan di satu tempat.

Dokumen lingkungan yang dimiliki Klinik C adalah SPPL. SPPL adalah surat pernyataan kesanggupan mengelola limbah dan pertanggungjawaban lingkungan atas pelayanan yang diselenggarakan. SPPL ini berlaku selama klinik beroperasi di lokasi yang sama. Pada saat dahulu mengurus dokumen lingkungan ini, pihak

dinas akan meninjau ke lokasi sambil membawa daftar tilik. Peninjauan tersebut dilakukan untuk melihat kelengkapan sarana prasarana yang dimiliki.

Klinik sudah memiliki bak sampah khusus sebagai TPS limbah medis. Namun, dalam pelaksanaannya di lapangan, bak sampah tersebut masih bercampur dengan sampah rumah tangga. Klinik tidak memiliki *cold storage*. Setelah penuh, limbah medis di tempat sampah ruangan dipindah ke bak TPS dan dibiarkan disana hingga nanti diambil oleh pihak ketiga.

Selama ini tidak ada kendala terkait dengan pengelolaan limbah termasuk dengan pihak ketiga. Keterlambatan pengambilan paling hanya dalam hitungan hari, tidak pernah sampai lewat bulan. Kendala pengelolaan limbah paling hanya penyediaan plastik kuning untuk membungkus limbah medis. Plastik kuning di pasaran cukup sulit dicari, jadi lebih sering menggunakan plastik hitam.

2) Dokter Gigi Praktik Mandiri

a) Dokter gigi 1

Wawancara dilakukan dengan dokter gigi A.S di praktek pribadinya. Beliau merupakan salah satu dokter gigi praktik mandiri di Semarang. Beliau tidak bekerja

sama dengan BPJS Kesehatan. Di tempat praktek beliau, limbah benda tajam seperti jarum suntik dan karpul anestesi sudah dikumpulkan jadi satu di dalam *safety box* kuning. Sedangkan limbah lain hasil pelayanan dimasukkan di tempat sampah sendiri. Pemisahan limbah selain benda tajam belum dilakukan.

Secara umum, limbah medis lain selain limbah benda tajam masih diperlakukan seperti sampah rumah tangga biasa. Namun, pembuangan limbah benda tajam di *safety box* ditiptkan di klinik saudaranya (masih di kota Semarang) yang bekerja sama dengan pihak ketiga. Beliau tidak memiliki *cold storage* untuk menyimpan limbah benda tajamnya. Limbah benda tajam dibiarkan di dalam *safety box* hingga akhirnya penuh.

Limbah lainnya berupa gigi bekas pencabutan dan pembongkaran tambalan amalgam. Gigi bekas pencabutan akan disimpan apabila kondisi giginya baik. Gigi yang kondisinya jelek atau sudah terfragmentasi turut dibuang bersama limbah medis lain. Amalgam sudah tidak digunakan lagi. Hanya saja ketika pelayanan membongkar tambalan amalgam, fragmentasi yang kecil masuk ke dalam pipa.

Bahan medis yang sudah kadaluarsa dan bahan sisa lainnya, cukup dibuang di sampah rumah tangga karena tidak berbahaya. Dokter A.S tidak memberikan pelayanan obat di tempat praktiknya. Jadi tidak ada limbah obat-obatan kadaluarsa. Yang ada hanya limbah bahan medis habis pakai seperti kemasan bahan-bahan tambal dan botol-botol cairan kimia. Beliau tidak pernah membuang cairan kimia kadaluarsa. Semua bahan cairan habis digunakan untuk pasien sebelum tanggal kadaluarsanya habis. Cairan kimia digunakan untuk pelayanan yang nantinya tersedot suction.

Limbah cair yang dihasilkan tidak langsung dibuang di saluran domestik, melainkan dimasukkan dalam *septic tank*. Selang *suction* rutin didesinfeksi dengan cairan khusus supaya tidak tersumbat mengingat darah yang tersedot bisa menggumpal. Limbah cair yang dihasilkan dari sisa kumur pasien dari *spitting bowl*, *suction*, dan wastafel langsung mengalir ke pipa yang mengalir ke *septic tank*. Selain itu, dokter A.S masih menggunakan cairan kimia untuk mendesinfeksi peralatan medis yang digunakan. Alat medis yang rutin digunakan di mulut pasien dicuci dibawah air mengalir wastafel selanjutnya dimasukkan di dalam lemari sterilisasi. Air dari wastafel

tersebut akan bermuara di *septic tank* khusus. *Septic tank* idealnya dikuras tapi kalau praktek dokter gigi lebih banyak menghasilkan air.

Pada saat pembukaan pertama, peninjauan sarana dilakukan oleh PDGI. Dari pihak PDGI hanya menanyakan punya *septic tank* khusus utk membuang limbah cair hasil pelayanan. Selain limbah cair pembuangan limbah benda tajam yang penting tidak dibuang bersama sampah rumah tangga. Kerja sama secara langsung dengan pihak ketiga pengelola limbah belum dilakukan. Menurut beliau jumlah limbah medis yang dihasilkan hanya sedikit. Limbah medis disini dipahami oleh beliau sebagai semua limbah yang sudah berkontak dengan pasien atau yang bersifat infeksius.

b) Dokter gigi 2

Wawancara dilakukan dengan dokter gigi O.S. Beliau menjalani praktik mandiri yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Menurut beliau limbah medis adalah limbah yang sebetulnya berbahaya seperti limbah jarum suntik dan cairan-cairan hasil pasien. Pemisahan limbah medis padat yang dilakukan hanya limbah benda tajam dan limbah selain benda tajam.

Limbah benda tajam beliau kumpulkan di dalam kardus khusus. Pembuangannya tadinya ditiptkan di klinik tempat beliau bekerja. Jika kotak sudah hampir penuh, beliau akan menitipkannya disana. Karena sekarang sudah tidak bekerja di klinik tersebut, maka limbah benda tajam tersebut masih beliau simpan di tempat praktiknya. Limbah selain benda tajam yang dihasilkan yakni kassa, tampon, *cotton pellet*, APD, gigi bekas pencabutan, dan bungkus bekas bahan medis habis pakai. Limbah tersebut beliau kumpulkan di dalam tempat sampah di dalam ruang praktik. Jika tempat sampah tersebut sudah penuh, limbah tersebut langsung beliau buang bersama dengan sampah rumah tangga.

TPS limbah medis belum ada, limbah medis biasanya diletakkan di bak sampah di depan rumah. Biasanya nanti ada tukang sampah yang rutin mengambil sampahnya. Gigi bekas pencabutan beliau kumpulkan apabila kondisinya masih utuh. Beliau tidak memiliki *cold storage*. Limbah benda tajam cukup disimpan di kardus khusus yang tersimpan di dalam lemari cabinet. Kotak tetap disimpan disitu hingga nanti akhirnya penuh. Kotak khusus limbah tajam bisa sampai berbulan-bulan baru penuh.

Limbah cair yang dihasilkan berasal dari darah dan saliva pasien yang dibuang melalui suction maupun spitting bowl. Selain dari situ, dokter gigi O.S masih menggunakan cairan kimia untuk mensterilisasi alat medis yang sudah digunakan. Cairan kimia tersebut selanjutnya dibuang di wastafel. Kesemuanya itu langsung mengalir ke saluran domestik. Beliau tidak memiliki *septic tank* khusus untuk membuang limbah cairnya.

Dalam hal pengelolaan limbah medis di tempat praktik beliau merasa tidak mengalami kendala. Namun, secara regulasi dan informasi detil lain mengenai pengelolaan limbah medis yang benar belum beliau ketahui. Selain itu, beliau mengetahui bahwa dokter gigi praktik mandiri nantinya akan di akreditasi. Poin mengenai limbah medis juga nantinya akan ikut dinilai. Menurut beliau, tanpa akreditasi pun sebetulnya perihal kerja sama dengan pihak ketiga sebetulnya merupakan suatu kebutuhan.

Kerja sama dengan pihak ketiga seharusnya bisa dijembatani oleh organisasi profesi. Akan tetapi, organisasi profesi sampai saat ini belum melakukan itu. Pada saat membuka praktik mandiri, PDGI biasanya melakukan peninjauan. Menurut beliau, di dalam ceklist

peninjauan tersebut belum ada poin mengenai pengelolaan limbah medis. Sebagai dokter gigi yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, pihak BPJS juga belum memiliki poin pengelolaan limbah medis dalam cek list pada saat melakukan rekredensial perpanjangan kerja sama. Beliau tidak mengurus dokumen lingkungan karena tidak ada dalam persyaratan pembukaan praktik dokter gigi. Dokumen legal yang dimiliki hanya SIP dan STR. Organisasi profesi berperan meninjau sarana prasarana hanya sekali pada saat mengurus SIP praktik mandiri.

c) Dokter gigi 3

Wawancara dilakukan dengan drg LD di tempat praktik beliau. Beliau merupakan salah satu dokter gigi praktik mandiri di kota Semarang yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Pemisahan limbah medis sudah dilakukan di tempat praktik. Pemisahan limbah yang dilakukan antara lain limbah benda tajam dan limbah medis lain. Limbah benda tajam dikumpulkan di dalam *safety box*. Limbah lain yang dihasilkan selama pelayanan dimasukkan di dalam tempat sampah yang berlabel sampah medis.

Limbah lain yang dihasilkan misalnya APD, bahan kassa dan kapas yang infeksius, gigi bekas pencabutan dan

jaringan di sekitarnya, serta tisu-tisu. Beliau sudah tidak memberikan pelayanan dengan amalgam. Namun, sumber limbah amalgam berasal dari tambalan pasien yang ingin dibongkar. Sisa amalgam tersebut akan terbawa suction atau terbuang pada saat pasien kumur. Gigi bekas pencabutan yang kondisinya masih baik akan beliau kumpulkan, lainnya beliau buang di dalam tempat sampah khusus.

Secara umum, sarana pengelolaan limbah medis di tempat praktik berupa tempat sampah khusus berlabel sampah medis dan *safety box*. Semua limbah tajam dikumpulkan di dalam *safety box*. Apabila sudah penuh, beliau akan menyimpannya di dalam lemari kabinet. Sampah medis lain yang sifatnya infeksius dikumpulkan tersendiri di dalam tempat sampah khusus. Tempat sampah medis tersedia beserta plastiknyanya. Apabila tempat sampah tersebut sudah penuh, limbah tersebut akan beliau buang bersama sampah rumah tangga.

Dokter gigi LD tidak memiliki TPS limbah medis karena setiap kali penuh, isi tempat sampah medis tersebut dibuang di bak sampah yang tersedia untuk nantiya diambil oleh petugas sampah. Beliau tidak memiliki petugas khusus yang bertugas mengelola limbah di tempat

praktik. Semua limbah cair yang dihasilkan selama pelayanan gigi langsung mengalir ke saluran domestik. Beliau belum memiliki *septic tank* khusus untuk menampung limbah cair ini.

Terkait pengelolaan selanjutnya, beliau belum bekerjasama dengan pihak ketiga. Limbah benda tajam masih terkumpul di dalam *safety box* yang disimpan di lemari kabinet di ruang praktiknya. Sudah sekitar 3 tahun beliau praktik, sudah ada 3 *safety box* yang tersimpan. Beliau mulai berpikir untuk mulai bekerja sama dengan pihak ketiga. Hanya saja, kendala yang muncul adalah jumlah limbah medis yang beliau hasilkan sendiri terlalu sedikit.

Oleh karena itu, beliau mengajak rekannya untuk ikut bergabung. Jadi nanti limbah medis tersebut dikumpulkan ke beliau. Beliau merasa biaya untuk bekerja sama dengan pihak ketiga cukup mahal. Namun, bekerja sama dengan pihak ketiga pengelolaan limbah itu memang perlu. Hal ini menjadi perlu karena mengingat risiko infeksi yang bisa terjadi dan bahaya lain yang akan muncul jika itu dibuang sembarangan.

d) Dokter gigi 4

Wawancara dilakukan dengan dokter MG selaku dokter gigi praktik mandiri. Beliau tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Pemisahan limbah medis di dalam tempat praktik sudah dilakukan. Beliau memisah limbah medis menjadi limbah benda tajam, limbah yang berkontak dengan pasien, dan limbah yang tidak berkontak dengan pasien. Limbah benda tajam yang dihasilkan seperti jarum suntik, karpul anestesi, dan spuit injeksi dikumpulkan di dalam *safety box*. Limbah infeksius yang terkontaminasi pasien seperti APD, suction tip, serta kassa-kapas yang terkontaminasi darah atau ludah pasien dikumpulkan jadi satu ke tempat sampah khusus.

Tempat sampah khusus tersebut diberi label sampah medis. Sedangkan limbah lain seperti tisu-tisu bekas pakai, kemasan bahan medis, limbah lain yang tidak terkontaminasi pasien dikumpulkan di tempat sampah tersendiri. Tempat sampah tersebut diberi label tempat sampah non medis. Semua tempat sampah ini dan *safety box* diletakkan di dalam ruang praktik. Beliau tidak menggunakan amalgam sebagai bahan tambal gigi dan tidak menggunakan alat kesehatan yang mengandung merkuri. Dalam hal ini potensi limbah merkuri tidak

ditemukan. Alat medis sejauh ini menggunakan alat medis yang bisa dicuci dan disterilkan sehingga bisa dipakai lagi. Gigi bekas pencabutan akan beliau simpan apabila kondisi gigi masih baik. Gigi yang sudah rusak atau tidak utuh lagi akan dibuang bersama dengan limbah infeksius.

Beliau tidak memiliki tempat penyimpanan sementara. Apabila isi tempat sampah medis sudah penuh, perawat akan langsung mengikatnya dan membuangnya ke bak sampah biasa. Butuh waktu 3-4 hari bagi tempat sampah medis tersebut untuk bisa penuh. Nantinya sampah tersebut akan diambil oleh petugas sampah bersama dengan sampah rumah tangga. Limbah benda tajam di dalam *safety box* dan dibiarkan disana hingga penuh. Butuh waktu beberapa bulan untuk *safety box* tersebut penuh. Limbah benda tajam yang dihasilkan tidak terlalu banyak jadi *safety box* yang sudah penuh tersebut akan dititipkan ke saudaranya. Saudaranya memiliki klinik dan sudah bekerja sama dengan PT Arah Environmental. Limbah cair seperti darah, ludah, dan cairan lain hasil mulut pasien akan terbuang ke *septic tank* khusus. Beliau tidak memiliki IPAL untuk mengolah limbah cairnya.

Menurut cerita beliau, organisasi profesi melakukan peninjauan ke tempat praktik beliau pada saat membuat

SIP untuk tempat praktiknya. Selama peninjauan, poin kerja sama dengan pihak ketiga pengelola limbah medis belum ada. Selain kelengkapan sarana prasarana praktik, terkait limbah medis yang penting hanya tersedia tempat sampah terpisah untuk limbah medis dan non medis serta ketersediaan *septic tank*. Beliau merasa tidak ada kendala terkait dengan pengelolaan limbah medis. Sejauh ini beliau sudah melakukan pengelolaan limbah medis yang memadai.

e) Dokter gigi 5

Wawancara dilakukan dengan dokter MG selaku dokter gigi praktik mandiri sebagai spesialis Konservasi Gigi. Beliau tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Sejauh ini limbah medis menurut beliau adalah semua limbah yang berkontak langsung dengan pasien. Sejauh ini, pemisahan limbah medis dan non medis sudah dilakukan.

Alat pelindung diri, bahan kassa dan kapas yang sudah terkontaminasi pasien dikumpulkan di dalam tempat sampah khusus berlabel tempat sampah medis. Limbah lainnya seperti tisu dan bungkus bahan medis dikumpulkan di tempat sampah berlabel non medis. Limbah benda tajam seperti jarum suntik, ampul anestesi

dikumpulkan di dalam *safety box*. Beliau tidak melakukan pelayanan penambalan gigi dengan amalgam sehingga potensi limbah merkuri tidak ditemukan. Semua alat medis seperti alat diagnostik (kaca mulut, sonde, pinset, ekskavator) dicuci dan disterilkan untuk dipakai kembali.

Beliau tidak memiliki TPS limbah medis. Semua limbah yang terkumpul di dalam tempat sampah medis dibuang bersama di bak sampah untuk nantinya diangkut oleh petugas sampah. Beliau juga tidak memiliki *cold storage*, jadi limbah benda tajam yang dihasilkan tetap tersimpan di dalam *safety box*. *Safety box* tersebut tetap di dalam ruangan praktik, menunggu hingga nantinya penuh. Gigi bekas pencabutan akan beliau kumpulkan apabila kondisi giginya masih baik. Gigi lain yang kondisinya jelek ikut dibuang bersama dengan limbah infeksius.

Beliau belum bekerja sama dengan pihak ketiga pengelola limbah medis. Selama ini limbah medis yang dikumpulkan di tempat sampah medis dibuang bersama sampah rumah tangga, sedangkan limbah benda tajam di dalam *safety box* beliau bawa ke tempat praktik kerabatnya yang telah bekerja sama dengan PT Arah Environmental. Menurut beliau jumlah limbah medis baik berupa limbah benda tajam maupun limbah infeksius

masih sedikit karena jumlah pasien yang beliau layani belum terlalu banyak. Biasanya, 2-3 hari sekali limbah di dalamnya dibuang dan plastik di dalam tempat sampah medis diganti dengan yang baru. Untuk *safety box* itu sendiri butuh waktu beberapa bulan untuk penuh.

Pada saat proses membuka praktik pribadi, organisasi profesi melakukan peninjauan ke lokasi. Menurut beliau, poin kerja sama dengan pihak ketiga pengelola limbah medis tidak masuk dalam daftar pemeriksaan. Pemeriksaan lebih menitikberatkan pada ketersediaan tempat sampah medis dan non medis serta ketersediaan *septic tank* khusus. Semua limbah cair yang terbangun melalui *dental unit* akan langsung masuk ke dalam *septic tank* khusus. Beliau merasa tidak menemukan kendala terkait limbah medis. Menurut beliau pengelolaan limbah medis sudah sesuai dengan hasil pemeriksaan organisasi profesi.

B. PEMBAHASAN

1. Kebijakan Pemerintah Kota Semarang Dalam Mengatur Pengelolaan Limbah Medis di Klinik Gigi Dan Dokter Gigi Praktik Mandiri

a. Subjek Dalam Kebijakan Pemerintah Kota Semarang dalam Pengelolaan Limbah Medis

Pemerintah disini merupakan subjek hukum yang melaksanakan perannya kaitannya dengan kebijakan pengelolaan limbah medis. Sebagaimana yang dikatakan oleh SF Marbun dan Moh. Mahfud MD, pemerintah merupakan suatu alat perlengkapan negara yang memiliki peran melaksanakan urusan pemerintahan. Pemerintah yang dimaksud adalah badan eksekutif. Dalam melaksanakan kinerjanya, pemerintah sebagai badan eksekutif memiliki struktur berjenjang. Hal tersebut selaras dengan pernyataan Diana Halim Koentjoro yang menegaskan adanya asas desentralisasi sebagai dasar pembagian kekuasaan dimana tampak melalui pemberian kewenangan pemerintah pusat kepada pemerintah daerah. Di tingkat daerah, badan eksekutif ini merupakan struktur yang menjalankan pemerintahan daerah mulai dari kepala daerah hingga jajaran di bawahnya. Hal ini pun tercantum dalam pengertian pemerintah daerah yang tercantum di dalam UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah. Pemerintah daerah adalah kepala daerah dalam hal ini Gubernur, Bupati, atau Walikota. Kepala daerah tingkat kota adalah Walikota, maka kepala daerah kota Semarang adalah Walikota Semarang.

Walikota Semarang dalam menyelenggarakan tugas pemerintahan dibantu oleh perangkat daerah. Sebagaimana yang disebutkan dalam Perda Kota Semarang No. 14 Tahun 2016, perangkat daerah merupakan unsur pembantu Walikota dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah. Salah satu perangkat daerah adalah dinas daerah. Penyelenggaraan urusan bidang kesehatan didelegasikan kepada Dinas Kesehatan Kota Semarang. Penyelenggaraan urusan bidang lingkungan hidup didelegasikan kepada Dinas Lingkungan Hidup Kota Semarang. Menurut Perwal No. 70 Tahun 2019, beberapa pelayanan perizinan dan non perizinan pun telah didelegasikan kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.

b. Tugas Pemerintah Kota Semarang dalam Pengelolaan Limbah Medis

Pembagian kekuasaan yang terjadi mengakibatkan terjadinya pembagian urusan pemerintahan dari pusat kepada daerah. Sebagaimana dikatakan oleh Ardiyan Saptawan dan Philipus M. Hadjon dalam teorinya mengenai prinsip otonomi pemerintahan daerah, Pemkot Semarang dapat secara mandiri dan bebas mengatur rumah tangganya. Selain itu, Pemkot Semarang juga mampu melaksanakan pembangunan secara lokal, melaksanakan pelayanan publik, serta memberdayakan warganya. Namun, kebebasan ini tidak sepenuhnya diberikan kepada Pemkot Semarang. Pemerintah pusat

dapat memberikan penugasan tertentu kepada pemerintah kabupaten/kota. M Solly Lubis dalam teorinya mengenai asas penyelenggaraan pemerintah menyatakan bahwa ada asas lain yakni asas dekonsentrasi. Melalui asas dekonsentrasi, Pemkot Semarang melaksanakan tugas yang diberikan oleh pemerintah pusat dengan pertanggungjawaban akhir ada pada Pemkot Semarang itu sendiri. Dilihat dari regulasinya, pembagian urusan ini tercantum di dalam lampiran UU No. 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah yang mana bidang kesehatan dan lingkungan hidup turut masuk di dalamnya. Namun secara prinsip, apapun urusan pemerintahan yang dikerjakan, Pemkot Semarang tetap harus mengedepankan kepentingan warganya. Sebagaimana yang disampaikan oleh Utrecht dalam teorinya mengenai administrasi negara, tugas utama pemerintah adalah mewujudkan kesejahteraan umum. Banyak cara yang bisa dilakukan untuk mewujudkannya. Pemerintah Kota Semarang berwenang mengeluarkan keputusan berkaitan dengan kebijakan atau mengeluarkan ketentuan umum sebagaimana yang dikatakan oleh Prajudi Atmosudirjo dalam teorinya mengenai tugas pemerintah. Walikota Semarang telah mengeluarkan ketentuan umum mengenai lingkungan hidup dan limbah B3 dalam Perda Kota Semarang No. 13 Tahun 2006 Tentang Pengendalian Lingkungan Hidup.

Ridwan HR dalam teorinya mengenai perbuatan pemerintah menyatakan bahwa kegiatan yang dilakukan pemerintah merupakan

bagian dari perbuatan hukum yang menimbulkan akibat hukum. Akibat hukum yang dihasilkan adalah hak dan kewajiban, dimana semuanya itu tertuang dalam kewenangan Pemkot Semarang dalam melakukan perbuatan hukum. Oleh karena hak Pemkot Semarang sebagai subjek hukum yakni melaksanakan kewenangan yang sudah diberikan oleh peraturan perundang-undangan, maka ia dapat menuntut warganya untuk melakukan sesuatu ataupun tidak melakukan sesuatu. Sebaliknya, Pemkot Semarang memiliki tugas untuk memenuhi kewajibannya sebagaimana tercantum dalam peraturan perundang-undangan.

c. Kewenangan Pemerintah Kota Semarang dalam Pengelolaan Limbah Medis

Pemerintah Kota Semarang memiliki wewenang yang sah dengan berdasar hukum untuk dapat melaksanakan urusan pemerintah, seperti yang diutarakan oleh Philipus M. Hadjon dalam teorinya mengenai kewenangan. Kewenangan yang dimaksudkan tersebut juga mencakup bidang kesehatan dan lingkungan hidup. Kewenangan Pemkot Semarang bidang lingkungan hidup dan kesehatan, sebagaimana disebutkan dalam teori kewenangan menurut Murtir Jeddawi, diberikan secara atributif oleh undang-undang. Hal ini diatur di dalam lampiran UU No. 23 Tahun 2014. Kewenangan Pemkot Semarang yang kaitannya dengan lingkungan hidup sub bidang B3 yakni perihal penyimpanan sementara limbah B3, pengumpulan

limbah B3 dalam wilayah Kota Semarang, serta pembinaan dan pengawasan terhadap usaha/kegiatan yang izin lingkungannya diterbitkan oleh Pemkot Semarang. Beberapa kewenangan Pemkot Semarang bidang kesehatan yakni pengelolaan upaya kesehatan perorangan tingkat kota serta penerbitan izin praktik tenaga kesehatan.

Pasal 2 ayat (2) Perda Kota Semarang No. 5 Tahun 2008 Tentang Urusan Pemerintahan Yang Menjadi Kewenangan Pemerintahan Daerah Kota Semarang menegaskan bahwa bidang kesehatan dan lingkungan hidup merupakan urusan wajib yang menjadi kewenangan Pemerintah Kota Semarang. Penyelenggaraan urusan pemerintahan bidang kesehatan dan lingkungan hidup didelegasikan oleh Walikota kepada dinas daerah. Menurut Perda Kota Semarang No. 14 Tahun 2016, dinas daerah yang ditunjuk yakni DLH Kota dan DKK. Sebagaimana dikatakan oleh Jimly Asshidiqie dalam teorinya mengenai kewenangan, kedua dinas ini berwenang untuk mengambil keputusan terkait pelaksanaan tugasnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan bertanggung jawab atas keputusannya. Kedudukan kedua dinas ini ada di dalam Perwal No. 72 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Dinas Lingkungan Hidup Kota Semarang. Tugas dan fungsi kedua dinas ini tercantum di dalam Perwal No. 72 Tahun 2016 dan Perwal No. 62 Tahun 2016 sebagaimana yang telah penulis uraikan di dalam gambaran umum objek penelitian.

d. Objek Dalam Kebijakan Pemerintah Kota Semarang dalam Pengelolaan Limbah Medis di Klinik dan Dokter Gigi Praktik Mandiri

Pengelolaan limbah medis yang dilaksanakan oleh klinik dan dokter gigi praktik mandiri menjadi objek dalam pembahasan tesis ini.

Limbah medis termasuk sebagai limbah B3 yang dihasilkan di fasyankes. Sebagai objek hukum, pengelolaan limbah medis telah termanifestasi di dalam regulasi dalam bentuk peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia. Pengelolaan limbah medis diatur dalam PP No. 101 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun. Secara teknis, pedoman pengelolaan limbah medis telah dikeluarkan oleh menteri lingkungan hidup dan kehutanan serta menteri kesehatan. Pedoman pengelolaan limbah medis ada di dalam 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 dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan Pengendalian Infeksi.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan penulis kepada DLH Kota Semarang, ditemukan adanya *tumpang tindih* dalam regulasi pengelolaan limbah medis antara Kementrian Lingkungan Hidup dan Kementrian Kesehatan. Permasalahan di tingkat pusat ini kemudian muncul di tingkat daerah. Acuan pedoman yang digunakan

oleh DLH Kota Semarang dan DKK Semarang berbeda. Di lapangan, DLH Kota Semarang mengacu pada Permen LHK No. 56 Tahun 2015 sedangkan DKK Semarang mengacu pada Permenkes No. 27 Tahun 2017 dan Permenkes No. 9 Tahun 2009. Perbedaan acuan regulasi akhirnya menghambat jalannya tugas kedua dinas tersebut di lapangan. Acuan regulasi tertinggi ada pada PP No. 101 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan Limbah Berbahaya dan Beracun. Berdasarkan regulasi tersebut, DLH menilai pengaturan limbah medis yang ada di Permenkes terlalu longgar. Oleh karena fungsi pembinaan dan pengawasan fasyankes merupakan domain DKK, permenkes yang dinilai terlalu longgar tadi menyebabkan pelaksanaan pengelolaan limbah medis di fasyankes menjadi kurang maksimal. Masalah ketidak-sinergi-an ini sebetulnya bisa diselesaikan oleh Walikota selaku Kepala Daerah Kota Semarang. Walikota dapat mengeluarkan instrumen hukum dalam bentuk peraturan atau kebijakan yang dapat menengahi masalah ini.

Sejalan dengan teori mengenai perbuatan hukum pemerintah menurut Lutfi Efendi, Pemkot Semarang sebagai badan pemerintah yang melakukan perbuatan hukum publik memiliki kewenangan mengeluarkan peraturan. Kegiatan mengatur yang dilakukan oleh Pemkot Semarang merupakan bagian dari perbuatan hukum yang mana menurut Prof Sudikno Mertokusumo memiliki tujuan hukum. Tujuan hukum yang ingin dicapai yakni menciptakan ketertiban dan

melindungi kepentingan masyarakat Kota Semarang. Pengelolaan limbah medis merupakan bagian dari upaya pengendalian lingkungan hidup yang bertujuan untuk menjamin tersedianya lingkungan yang sehat bagi warga kota Semarang. Pemerintah Kota Semarang telah mengeluarkan Peraturan Daerah Kota Semarang No. 13 Tahun 2006 Tentang Lingkungan Hidup.

Kewajiban mengelola limbah B3 bagi penghasil limbah B3 telah dinyatakan di dalam Perda tersebut. Di dalam Pasal 33 disebutkan bahwa “setiap penanggungjawab kegiatan yang menghasilkan limbah B3 wajib melakukan pengelolaan dan pencegahan terjadinya pencemaran ke dalam lingkungan sesuai dengan peraturan perundang-undangan”. Perda tersebut secara tidak langsung sifatnya mengikat warga masyarakat kaitannya dengan pengelolaan limbah B3. Limbah medis itu termasuk limbah B3 sehingga fasyankes sebagai penghasil wajib mengelola limbah medis yang dihasilkannya. Dilihat dari sudut pandang pelayanan kesehatan, pengelolaan limbah medis di fasyankes merupakan bagian dari kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi. Kegiatan ini bertujuan untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang aman bagi pelaksana pelayanan kesehatan dan pasien khususnya dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi. Sebagaimana yang telah penulis uraikan dalam gambaran umum penelitian bahwa potensi limbah medis yang dihasilkan dari pelayanan kesgilut di klinik dan dokter gigi praktik mandiri cukup besar. Hal ini disebabkan oleh

jumlah dan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesgilit yang semakin meningkat. Apalagi di era pandemi seperti yang dialami oleh Indonesia sekarang. Penggunaan bahan APD sekali pakai juga mengalami peningkatan sehingga meningkatkan produksi limbah medis yang dihasilkan. Oleh karena itu, sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Diana Halim Koentjoro mengenai perbuatan hukum pemerintah, pengelolaan limbah medis di klinik dan dokter gigi praktik mandiri perlu diawasi dan ikut diatur oleh Pemkot Semarang.

Pengaturan bisa muncul dalam bentuk kewajiban berbuat maupun pemberian izin berbuat sesuatu. Pasal 50 ayat (1) Perda Kota Semarang No. 13 tahun 2006 menyebutkan bahwa “setiap kegiatan yang berpotensi menimbulkan dampak lingkungan hidup wajib mendapatkan izin dari Walikota”. Usaha dan kegiatan yang wajib mendapat izin pada ayat (3) terkait dengan limbah medis meliputi penghasilan, pengelolaan, penyimpanan sementara, dan pengangkutan limbah medis. Menurut Pasal 61 Perda Kota Semarang No. 13 Tahun 2006, Walikota mewajibkan pelaku kegiatan untuk menyusun SPPL apabila kegiatan yang dijalankan memberikan potensi dampak yang kecil terhadap lingkungan hidup. Di dalam penjelasan Pasal 61 Perda Kota Semarang No. 13 Tahun 2006, penilaian ini didasarkan pada kapasitas kegiatan, karakteristik limbah, serta volume limbah yang dihasilkan. Fasyankes sebagai penghasil limbah medis telah

diwajibkan untuk memiliki dokumen lingkungan. Dengan demikian, perizinan adalah salah satu upaya konkret Pemkot Semarang untuk mengawasi jalannya kegiatan pengelolaan limbah medis di fasyankes.

Pengelolaan limbah medis di fasyankes ditinjau dari sudut pandang yuridis masih menimbulkan beberapa permasalahan. Poin penting pertama adalah masalah perizinan. Perizinan disini akan berpengaruh pada kegiatan pengelolaan limbah medis yang dilakukan. Di dalam semua regulasi mengenai pengelolaan limbah medis, mulai PP 101 Tahun 2014, Permen LHK No. 56 Tahun 2015, Permenkes No. 27 Tahun 2017, dan Perda Kota Semarang No. 13 Tahun 2006 mewajibkan fasyankes wajib memiliki izin lingkungan. Hal ini disebabkan oleh hasil aktivitas pelayanan kesehatan adalah limbah medis yang mana merupakan bagian dari limbah B3. Setiap kegiatan usaha memiliki izin lingkungan yang berbeda-beda tergantung dari potensi dampak yang terjadi terhadap lingkungan. Pedoman perizinan lingkungan secara rinci dijabarkan dalam Permen LHK No. 13 Tahun 2010 tentang Upaya Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Upaya Pemantauan Lingkungan Hidup dan Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan Hidup. Didalamnya terdapat matriks penentuan dan penapisan kriteria kegiatan usaha seperti apa yang wajib Amdal, UKL-UPL, maupun SPPL. Menurut Pasal 3, jenis usaha tersebut ditetapkan oleh Gubernur atau Bupati/Walikota berdasarkan penapisan. Namun, di Kota Semarang

penentuan jenis usaha apa saja yang wajib UKL-UPL maupun SPPL belum diatur oleh Walikota. Dengan demikian, menurut penulis terdapat kekosongan hukum dalam hal penerbitan izin lingkungan di Kota Semarang.

Masalah yang menjadi poin penting kedua yakni perihal pengelolaan limbah medis di fasyankes. Setiap limbah medis hasil pelayanan kesgilut tidak dapat dibuang begitu saja ke lingkungan ataupun diperlakukan seperti sampah rumah tangga. Penghasil memiliki kewajiban untuk menyimpan sementara di tempat yang aman hingga akhirnya nanti dikelola lebih lanjut oleh pihak ketiga. Penyimpanan sementara limbah medis menjadi penting mengingat risiko yang mungkin terjadi. Sebagian besar limbah medis yang dihasilkan adalah limbah infeksius. Jika limbah infeksius tidak disimpan dengan aman terdapat risiko penyebaran mikroorganisme patogen yang berasal dari penyakit menular. Jika dikaitkan dengan masa pandemi ini tentu, limbah medis yang dihasilkan dapat menjadi sumber penularan virus Covid-19.

Regulasi mengenai ketersediaan TPS ada di dalam PP No. 101 Tahun 2014, Permen LHK No. 56 Tahun 2015, dan Pemenkes No. 27 Tahun 2017. Berdasarkan wawancara yang dilakukan penulis bersama DLH Kota Semarang, kewajiban memiliki TPS limbah B3 diperuntukkan bagi kegiatan yang memiliki dokumen lingkungan setingkat UKL-UPL. Dokumen SPPL pada intinya hanya merupakan

surat pernyataan kesanggupan mengelola lingkungan. Limbah medis yang merupakan bagian dari limbah B3 memerlukan pengelolaan khusus yang mana menurut penulis memerlukan instrumen kontrol yang lebih tegas dari yang ada di SPPL. Salah satunya adalah perihal ketersediaan TPS limbah B3 di klinik. Maka, untuk memenuhi hal tersebut, menjadi tidak tepat jika dokumen lingkungan yang wajib dipenuhi oleh klinik adalah SPPL.

e. Kebijakan Pemerintah Kota Semarang Dalam Pengelolaan Limbah Medis Di Klinik Gigi Dan Dokter Gigi Praktik Mandiri

Pemerintah telah mengambil sikap tegas bahwa segala kegiatan yang berpotensi memberi dampak pada lingkungan harus diatur. Di tingkat pusat, hal ini secara tegas diatur di dalam UU No. 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup. Kegiatan pelayanan kesehatan yang dijalankan akan menghasilkan limbah medis. Sebagaimana yang dikatakan oleh Herabudin dalam teorinya mengenai kebijakan, pemerintah mengeluarkan kebijakan bahwa pengelolaan limbah medis ini merupakan bagian dari kegiatan pengendalian lingkungan demi keamanan bersama. Oleh karena itu, pemerintah secara konkrit perlu mengeluarkan pedoman bagaimana sebaiknya mengelola limbah medis secara tepat. Kebijakan pada dasarnya merupakan garis sikap pemerintah ataupun pedoman untuk berbuat sesuatu. Jika dikaitkan dengan teori sebagaimana dikemukakan oleh Philipus M. Hadjon tentang kebijakan, pemerintah

pusat telah menunjukkan sikapnya terkait dengan pengelolaan limbah medis dengan membuat suatu pedoman tertulis dalam bentuk peraturan kebijakan. Sejalan dengan teori kebijakan menurut H. Juniarso Ridwan dan Achmad Sodik Sudrajat, pemerintah pusat telah membuat peraturan kebijakan mengenai pengelolaan limbah medis melalui peraturan menteri. Pedoman pengelolaan limbah medis di fasyankes primer telah dikeluarkan dalam bentuk Permen LHK No. 56 Tahun 2015, Permenkes No. 27 tahun 2017, dan Permenkes No. 9 tahun 2009.

Pemerintah Kota Semarang pun telah mengambil sikap tegas bahwa semua kegiatan yang berpotensi memberi dampak kepada lingkungan harus diatur. Hal ini tercantum di dalam Perda Kota Semarang No. 13 Tahun 2006 Tentang Pengendalian Lingkungan Hidup. Namun, berdasarkan uraian yang telah penulis jabarkan, DLH Kota Semarang dan DKK Semarang masih terhambat oleh regulasi dalam menjalankan peran mereka kaitannya dengan pembinaan dan pengawasan pengelolaan limbah medis di fasyankes. Selain itu, ditemukan adanya kekosongan hukum dalam Perda tersebut kaitannya dengan izin lingkungan. Sebagaimana peraturan kebijakan yang diterbitkan oleh kedua menteri, Walikota Semarang pun dapat membuat instrumen hukum, baik dalam bentuk regulasi ataupun kebijakan yang mampu menengahi masalah ini.

Alternatif penyelesaian yang dilakukan oleh Pemkot Semarang dalam rangka mengatasi kekosongan hukum tersebut adalah dengan membuat kebijakan. Sebagaimana yang disampaikan oleh H. Juniarso Ridwan dan Achmad Sodik Sudrajat mengenai konsep *freies ermessen* dalam negara hukum, bahwa pemerintah dapat mengambil kebijakan secara administratif untuk menyelesaikan permasalahan yang belum diatur oleh peraturan perundang-undangan. Kebebasan ini tentu tetap harus dapat dipertanggungjawabkan yang artinya memiliki keterbatasan. Sebagaimana yang disampaikan oleh Prajudi Atmosudirjo dalam teorinya mengenai kebijakan, bahwa suatu kebijakan yang dikeluarkan pemerintah tidak boleh melanggar asas-asas hukum. Kebebasan yang dimiliki Pemkot Semarang sebagaimana dikemukakan oleh H. Juniarso dan Achmad Sodik Sudrajat dalam teorinya mengenai kebijakan, tetap harus berorientasi pada penyelesaian masalah untuk melayani publik serta tidak bertentangan dengan sistem hukum yang ada. Kebijakan yang dikeluarkan oleh Pemkot Semarang mengenai pengelolaan limbah medis di fasyankes primer harus tetap mempertimbangkan batasan kewenangan yang secara konkret dijabarkan dalam matriks pembagian urusan pemerintahan dalam lampiran UU No. 23 Tahun 2014, wewenang Walikota terkait pengendalian lingkungan hidup dalam Perda Kota Semarang No. 13 Tahun 2006, wewenang dalam hal perizinan dalam Perda Kota Semarang No. 8 Tahun 2014, tugas dan fungsi Dinas

Lingkungan Hidup Kota Semarang dalam Perwal No. 62 Tahun 2016, tugas dan fungsi Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam Perwal No. 62 Tahun 2016, serta standar pelayanan publik Dinas Lingkungan Hidup dalam Perwal No. 4 Tahun 2013 yang diubah menjadi Perwal No. 17 Tahun 2017.

Dalam mengatasi kekosongan hukum dalam perda tersebut, DPMPTSP bersama DKK Semarang telah mengeluarkan kebijakan untuk internal pemerintahan kaitannya dengan perizinan. Sebagaimana yang disampaikan oleh Jimly Ashidiqqe dalam teorinya mengenai kebijakan, Pemkot Semarang dapat mengeluarkan kebijakan yang sifatnya prosedural-administratif untuk membimbing lembaga pelaksana melaksanakan tugas jabatannya. Kebijakan tersebut dikeluarkan dalam bentuk aturan kebijakan. Aturan kebijakan tersebut dikeluarkan dalam bentuk standar prosedur operasional perizinan klinik. Di dalam standar prosedur penerbitan izin klinik, klinik rawat jalan wajib memiliki dokumen lingkungan setingkat SPPL. Sedangkan bagi klinik rawat inap wajib memiliki dokumen lingkungan setingkat UKL-UPL. Pelaksana layanan izin SPPL dan izin operasional klinik didelegasikan oleh Walikota kepada DPMPTSP sebagaimana di dalam Perwal No. 70 Tahun 2019. Namun, menurut penulis, aturan kebijakan ini masih menimbulkan masalah. Dokumen SPPL pada dasarnya merupakan surat pernyataan bermaterai yang menyatakan bahwa penanggungjawab usaha sanggup

melakukan pengelolaan lingkungan hidup terutama dalam kaitannya dengan pengelolaan limbah hasil usahanya. Di dalam dokumen tersebut penanggungjawab kegiatan menjabarkan gambaran teknis kegiatan yang dijalankan, luas tanah dan bangunan, sarana kegiatan, limbah apa saja yang dihasilkan, dan kegiatan pengelolaan limbah yang sudah dihasilkan tadi. Limbah medis merupakan bagian dari limbah B3 yang mana pasti memiliki potensi menimbulkan dampak penting bagi lingkungan maupun kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, menjadi kurang tepat jika klinik mengurus izin lingkungan setingkat SPPL. Namun, melihat situasi yang sekarang, diskresi ini dianggap penulis tidak sesuai lagi. Berdasarkan hasil wawancara dengan DLH Kota Semarang, usaha yang izin lingkungannya setingkat SPPL tidak wajib memiliki TPS limbah B3. Padahal amanah memiliki TPS limbah B3 telah disampaikan oleh regulasi di atasnya, yakni di PP No 101 Tahun 2014, Permen LHK No 56 Tahun 2015, dan Permenkes No. 27 tahun 2017. Selain itu, keberadaan TPS limbah B3 di fasyankes khususnya klinik menjadi penting kaitannya dengan masalah teknis pengangkutan limbah B3 oleh pihak ketiga.

Sebagaimana yang telah dinyatakan dalam Perda Kota Semarang No 13 Tahun 2006 bahwa penyimpanan sementara limbah B3 itu wajib memiliki izin. Penerbitan izin TPS limbah B3 merupakan domain dari DLH Kota Semarang. DLH Kota Semarang telah mengeluarkan aturan kebijakan dalam bentuk standar prosedur

operasional pengajuan izin TPS limbah B3. Di dalam standar prosedur operasional tersebut, syarat administrasi yang harus terpenuhi penghasil limbah B3 salah satunya wajib memiliki dokumen lingkungan AMDAL, UKL-UPL, atau SPPL. Namun, pelaksanaan pengajuan izin TPS limbah B3 di lapangan belum dapat dilaksanakan oleh klinik. Seperti yang telah penulis sampaikan sebelumnya bahwa terdapat perbedaan acuan dan pembagian tugas dari kedua dinas ini. Hal ini mengakibatkan pengawasan dan pembinaan dinas daerah terkait pengelolaan limbah medis di fasyankes primer menjadi terhambat. Pelaksanaannya di fasyankes primer pun menjadi tidak sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang ada. DKK Semarang dalam peranannya sebagai pembina fasyankes primer belum secara tegas mewajibkan hal tersebut karena belum diatur di dalam Permenkes. Di dalam Permenkes No.27 Tahun 2017 memang disebutkan untuk fasyankes perlu memiliki TPS limbah B3. Namun syarat kelayakan dan kewajiban memiliki izin TPS limbah B3 ada di dalam Permen LHK No.56 Tahun 2015 yang mana ketentuan tersebut belum dilaksanakan oleh klinik.

Kebijakan pengelolaan limbah medis lain di kota Semarang yang penulis temukan adalah kewajiban bagi klinik untuk bekerja sama dengan pihak ketiga pengelola yang memiliki izin dari KLHK. Fasyankes primer seperti klinik dan drg mandiri tidak dapat mengelola limbah medisnya secara mandiri. Oleh karena itu mereka sebetulnya

perlu bekerja sama dengan perusahaan pengolah limbah B3. Kebijakan ini penulis temukan dalam bentuk aturan kebijakan berupa standar prosedur operasional pengajuan izin operasional klinik. Syarat administrasi yang wajib terpenuhi klinik untuk dapat mengajukan izin operasional adalah memiliki dokumen perjanjian kerja sama antara klinik dengan perusahaan pengelola yang berizin. Dengan demikian, pengelolaan limbah medis di klinik selanjutnya tidak dibuang ke lingkungan melainkan diolah lebih lanjut oleh pihak ketiga. Pihak ketiga yang penulis temukan di dokumen perjanjian kerja sama klinik yang menjadi narasumber penulis adalah PT Arah Environmental Indonesia.

Kebijakan Pemkot Semarang dalam pengelolaan limbah medis di tingkat dokter gigi praktik mandiri di Kota Semarang belum ada. Berdasarkan hasil wawancara penulis dengan Seksi sumber daya kesehatan DKK Semarang, peran DKK Semarang hanya sebatas penerbitan izin praktik dokter gigi. Dokter gigi praktik mandiri tidak memiliki kewajiban untuk memiliki izin lingkungan sebagai syarat administrasi penerbitan izin praktik. DKK Semarang telah bekerja sama dengan PDGI cabang Semarang untuk memberikan rekomendasi. Dalam hal penerbitan rekomendasi, PDGI Cabang Semarang meninjau dokter gigi yang akan mengurus izin praktiknya. PDGI cabang Semarang mengeluarkan aturan kebijakan terkait pengelolaan limbah medis di dokter gigi praktik mandiri dalam bentuk

standar prosedur operasinal penerbitan surat rekomendasi. Surat rekomendasi tersebut nantinya berfungsi sebagai syarat administratif pengurusan izin praktik dokter gigi. Di dalam SPO tersebut, poin pengelolaan limbah medis hanya sebatas pada ketersediaan tempat sampah berlabel infeksius yang dipisah dengan tempat sampah berlabel non infeksius di ruang praktik. Selain itu, kaitannya dengan limbah cair, dokter gigi praktik mandiri wajib memiliki *septic tank*. Menurut hasil wawancara dengan DLH Kota Semarang dan DKK Semarang, untuk dapat mewajibkan dokter gigi praktik mandiri bekerja sama dengan pihak ketiga pengelola limbah medis dan memiliki TPS limbah B3 dinilai memberatkan. Hal ini memberatkan karena volume limbah yang dihasilkan tidak sebanding dengan biaya yang harus dikeluarkan. Biaya untuk menyerahkan urusan pengolahan limbah medis kepada pihak ketiga dinilai mahal. Hal ini menjadi mempersulit pelaksanaan pengelolaan limbah medis sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Menurut DLH Kota Semarang, biaya menjadi mahal karena biaya akses untuk pengambilan limbah di fasyankes dan biaya pengangkutan limbah ke pusat pengolahan yang terdapat di luar kota Semarang. Berdasarkan hasil wawancara penulis dengan DLH Kota Semarang, pengumpulan limbah medis setingkat dokter gigi praktik mandiri seharusnya bisa menjadi PAD Kota Semarang. Kegiatan ini bisa dikoordinasikan oleh Pemkot Semarang dalam hal ini bisa menjadi kebijakan yang diambil oleh Walikota.

2. Pelaksanaan Pengelolaan Limbah Medis di Klinik Gigi dan Dokter Gigi Praktik Mandiri

a. Penemuan Limbah Medis Yang Dihasilkan Di Klinik Gigi Dan Dokter Gigi Praktik Mandiri

Limbah medis sebagaimana yang dikemukakan oleh Rosihan dalam terainya mengenai limbah medis merupakan hasil aktivitas pelayanan medis yang mana perlu dikelola secara khusus. Limbah medis padat yang sebagian besar dihasilkan di klinik gigi dan dokter gigi praktik mandiri yakni limbah infeksius, limbah benda tajam, dan limbah patologis. Limbah infeksius yang dihasilkan berupa

- 1) alat pelindung diri (APD) sekali pakai
- 2) *cotton roll*, *cotton pellet*, kassa, dan tampon yang terkontaminasi darah dan saliva pasien
- 3) bur yang sudah aus bekas pasien
- 4) potongan bahan restorasi pasien baik amalgam, resin komposit, maupun semen.

Limbah patologis yang dihasilkan yakni gigi bekas pencabutan, potongan jaringan gusi, fragmen tulang alveolar, serta fragmen karang gigi hasil scaling. Limbah benda tajam yang dihasilkan antara lain jarum suntik, *scalpel blade* yang sudah terpakai, pecahan ampul obat anestesi, dan jarum endodontik bekas pakai. Limbah cair yang dihasilkan di klinik gigi dan dokter gigi praktik mandiri adalah darah, saliva, air kumur pasien, cairan

saliva hasil suction, dan air sisa aktivitas bur dan *scaler*. Klinik dan dokter gigi juga menghasilkan limbah farmasi tetapi sangat sedikit. Limbah farmasi yang dihasilkan berupa bahan sterilisasi saluran akar yang kadaluarsa seperti pasta devitalisasi pulpa, trikresolformalin, formokresol, eugenol, maupun ChKm (chlorfenol kamfer menthol), serta karpul atau ampul anestesi.

b. Tahap Pengelolaan Limbah Medis Yang Sudah Dilaksanakan Di Klinik Gigi Dan Dokter Gigi Praktik Mandiri

Fasyankes dalam hal ini klinik dan dokter gigi praktik mandiri sebagai subyek usaha wajib melakukan pengelolannya termasuk juga pengelolaan limbah hasil pelayanannya. Sebagaimana dikatakan oleh James A.F Stoner, pengelolaan limbah medis harus dilakukan sejak mulai dihasilkan hingga proses pembuangannya. Limbah medis perlu dikelola dengan benar karena jangan sampai kegiatan yang dilakukan mencemari lingkungan hidup dan membahayakan manusia di sekitarnya. Oleh karena menyangkut kepentingan warga masyarakat, pengelolaan limbah medis ini perlu diatur oleh pemerintah. *World Health Organization* sebagai badan kesehatan dunia telah memberikan panduan tentang bagaimana cara fasyankes mengelola limbah medisnya. Tahapan pengelolaan digambarkan sebagai piramida terbalik dimulai dari urutan paling atas yakni *prevent, reduce, reuse, recycle, recover, treat, and dispose*. Konsep ini juga sejalan dengan yang dilakukan oleh pemerintah

Indonesia. Pemerintah telah mengeluarkan pedoman mengenai limbah medis apa saja yang perlu dikelola dan bagaimana mengelolanya. Hal ini telah dijabarkan di dalam PP No. 101 Tahun 2014, Permen LHK No. 56 Tahun 2015, dan Permenkes No. 27 Tahun 2017.

1) Pengurangan dan Pemilahan

Seperti yang direkomendasikan oleh WHO, tahap ini merupakan tahap yang paling awal dan paling penting dalam rangkaian prosedur pengelolaan limbah medis. Tahap pengurangan merupakan bentuk pengendalian terhadap sumber limbah B3 yang mungkin akan dihasilkan. Sebagian besar klinik dan dokter gigi praktik mandiri yang penulis jadikan narasumber telah melaksanakan tahap pengurangan dalam bentuk:

- a) mengganti tensimeter bermerkuri dengan yang tidak bermerkuri
- b) menggunakan alat diagnostik, alat bedah, dan alat restorasi yang sifatnya *reusable*

Peralatan medis *reusable* masih mendominasi. Hal ini menimbulkan konsekuensi pada prosedur desinfeksi alat yang klinik dan dokter gigi praktik mandiri lakukan yakni dengan cairan kimia. Terkait dengan pengendalian sumber limbah B3, klinik dan dokter gigi praktik mandiri yang menjadi narasumber penulis memang belum melakukan kontrol terhadap sumber bahan kimia dan farmasi yang digunakan seperti misalnya

melakukan kontrol terhadap bahan-bahan yang kadaluarsa maupun kontrol stok bahan. Hal ini disebabkan karena keduanya belum memiliki prosedur standar dalam hal pengendalian bahan kimia dan farmasi yang digunakan.

Semua klinik dan dokter gigi praktik mandiri telah memisahkan limbah medis yang sifatnya infeksius dan non infeksius. Mereka mengerti limbah apa saja yang termasuk dalam kategori infeksius yang mana merupakan limbah yang berkontak dengan darah dan cairan tubuh pasien. Sebagaimana yang direkomendasikan oleh WHO bahwa pemilahan tersebut dilakukan dengan menempatkannya di tempat sampah berlabel terpisah di dalam ruang praktek. Pemilahan juga dilakukan terhadap limbah medis benda tajam. Sebagaimana yang disampaikan oleh Asmadi dalam teorinya mengenai pengelolaan limbah medis, benda tajam wajib dimasukkan ke dalam tempat yang tahan terhadap tusukan dan berwarna kuning sebagai tandanya. Semua limbah benda tajam yang dihasilkan telah ditempatkan di dalam *safety box* berwarna kuning.

2) Penampungan Sementara

Di dalam PP 101 Tahun 2014 dan Permen LHK No.56 tahun 2015 telah disebutkan bahwa semua penghasil limbah B3 wajib menampung sementara limbah B3 yang dihasilkannya. Hal ini berkaitan dengan masa simpan limbah medis hingga

nantinya diangkut oleh pihak ketiga pengelola limbah medis. Menurut Asmadi, penyimpanan sementara limbah medis padat harusnya dilakukan paling lama 48 jam pada musim kemarau atau 24 jam pada musim hujan. Di dalam Pasal 8 ayat (2) poin a dan b Permen LHK No. 56 Tahun 2015 mengatur mengenai masa simpan limbah medis. Untuk kategori limbah padat infeksius dan patologis disimpan paling lama 2 hari pada temperatur lebih dari 0°C atau 90 hari pada temperatur sama atau lebih kecil dari 0°C. Sedangkan untuk limbah bahan kimia kadaluarsa dan limbah farmasi disimpan paling lama 180 hari jika yang dihasilkan kurang dari 50 kg perhari. Dengan demikian, keberadaan TPS limbah B3 sangat penting untuk menjamin limbah medis tersebut tetap tersimpan dengan aman.

Klinik dan dokter gigi praktik mandiri yang menjadi responden penulis belum memiliki TPS limbah B3 sesuai ketentuan. Limbah mereka hanya mereka simpan di tempat sampah berlabel infeksius di ruang praktek didiamkan hingga penuh kemudian dipindahkan ke tempat sampah yang lebih besar setiap seminggu sekali. Selanjutnya untuk klinik, limbah medis dibiarkan disana hingga waktu pengambilan pihak ketiga tiba. Pengambilan oleh pihak ketiga biasanya setiap 3 bulan sekali. Untuk yang di dokter gigi praktik mandiri, mereka belum bekerja sama dengan pihak ketiga. Jadi sebagian besar limbah

medisnya dibuang bersama sampah rumah tangga. Limbah benda tajam yang dihasilkan umumnya dikumpulkan hingga *safety box* tersebut penuh. Untuk bisa menjadi penuh perlu waktu beberapa bulan hingga 1 tahun. Biasanya jika sudah penuh, *safety box* tersebut akan mereka titipkan ke kerabat atau teman yang bekerja di klinik atau hanya mereka simpan di ruang praktek. Menyimpan limbah medis di tempat praktek selama berbulan-bulan sebetulnya tidak benar dan pasti menimbulkan risiko. Penempatan limbah medis seperti ini di salah satu klinik telah menimbulkan keluhan bau tidak sedap di sekitarnya.

3) Pengangkutan dan Pengolahan

Tahap pengangkutan dilaksanakan oleh klinik. Tahap pengangkutan dilakukan pada saat pemindahan limbah medis dari tempat sampah di ruang praktek ke tempat sampah besar di luar ruangan. Bagi klinik yang memiliki banyak cabang, limbah medis dari berbagai cabang akan diangkut ke satu cabang klinik yang mana nanti pihak ketiga akan mengambilnya disana. Selanjutnya, pengangkutan limbah medis akan dilakukan oleh pihak ketiga untuk selanjutnya dibakar. Namun, perlakuan petugas terhadap limbah medis tersebut masih seperti memperlakukan sampah biasa. Pengangkutan dilakukan oleh petugas dengan tidak mengenakan APD. Untuk tingkat dokter gigi praktik mandiri, tahap pengangkutan tidak dilaksanakan.

Bagi klinik yang telah bekerja sama dengan pihak ketiga, tahap ini masih menimbulkan kendala. Pengangkutan limbah medis oleh pihak ketiga dilakukan setiap 3 bulan sekali. Sementara limbah medis tidak bisa disimpan begitu saja selama kurun waktu tersebut. DLH Kota Semarang dalam hal ini telah menganjurkan fasyankes untuk memiliki *cold storage*, *Cold storage* dengan pengaturan suhu hingga $< 0^{\circ}\text{C}$ mampu memperpanjang masa simpan limbah medis hingga 3 bulan. Ini bisa mejadi solusi yang baik jika dilaksanakan oleh semua fasyankes primer. Namun, baik klinik maupun dokter gigi praktik mandiri belum mengetahui ini. Dinas Kesehatan Kota Semarang sendiri masih menghimbau Puskesmas untuk memiliki *cold storage* ini.

Sesuai dengan amanah Permenkes 27 Tahun 2017, apabila fasyankes tidak mampu mengelola limbah medisnya secara mandiri, maka sebaiknya fasyankes tersebut wajib bekerja sama dengan pihak ketiga. Pihak ketiga tersebut wajib memiliki izin dari KLHK. Di dalam spo penerbitan izin operasional klinik di DPMPTSP, klinik wajib melakukan kerja sama dengan pihak ketiga untuk bisa mengajukan dan memperpanjang izin operasional kliniknya. Klinik yang menjadi responden penulis dinilai cukup disiplin dalam hal perpanjangan masa kontrak dengan pihak ketiga pengelola. Hal ini dinilai penulis berasal

dari ketegasan DKK Semarang dalam memantau pelayanan di fasyankes khususnya di klinik. Untuk tingkat dokter gigi praktik mandiri, tidak ada kewajiban untuk bekerja sama dengan pihak pengolah. Pengolahan selanjutnya sepenuhnya diserahkan kepada kesadaran dokter gigi praktik mandiri tersebut. Karena tidak mempercayakan kepada pihak ketiga, limbah medis tersebut ada yang dibuang bersama sampah rumah tangga, ada yang ditiptkan kerabatnya yang memiliki klinik, ada pula yang disimpan begitu saja.

Limbah cair sebagaimana yang disebutkan dalam Perda Kota Semarang wajib dikelola dengan membangun IPAL. Di tingkat fasyankes primer, pembangunan IPAL ini tidak dilaksanakan. Dinas Kesehatan Kota Semarang melalui tim dari bidang SDK dan Yankes mewajibkan untuk klinik memiliki *septic tank* khusus. Untuk dokter gigi praktik mandiri, kewajiban memiliki *septic tank* khusus dinyatakan oleh PDGI Cabang Semarang. Namun pada kenyataannya, masih ada dokter gigi responden penulis yang masing membuangnya ke saluran domestik.

3. Faktor Yang Mendukung Dan Menghambat Pelaksanaan Kebijakan Pemerintah Kota Semarang Dalam Pengelolaan Limbah Medis di Klinik Gigi dan Dokter Gigi Praktik Mandiri

Pemerintah Kota Semarang telah berusaha menyelenggarakan tugas pemerintahan dalam bidang pengelolaan limbah medis di fasyankes. Beberapa langkah kebijakan pun telah dikeluarkan untuk tetap terselenggaranya pelayanan publik bagi warga masyarakat meskipun belum diatur lebih jelas di dalam perda. Dalam melaksanakan kewenangannya, pemerintah memiliki faktor-faktor yang bisa mendukung dan menghambat ketika menyelenggarakan pelayanannya. Beberapa faktor tersebut dapat dikategorikan menjadi tiga, antara lain: faktor yuridis, faktor sosiologis, dan faktor teknis.

a. Faktor yuridis

Penulis menemukan kekosongan hukum dalam hal penerbitan izin lingkungan di Kota Semarang. Walikota Semarang belum mengatur mengenai jenis usaha apa yang wajib SPPL maupun UKL-UPL. Hal ini berefek kepada pelaksanaan pengelolaan limbah medis di fasyankes. Dokter gigi praktik mandiri juga merupakan salah satu fasyankes penyelenggara pelayanan kesgilut yang menghasilkan limbah medis. Jumlahnya hampir setiap tahun terus meningkat dan dalam pelayanannya dominan menghasilkan limbah infeksius. Dengan demikian, dokter gigi praktik mandiri pun seharusnya memiliki izin

lingkungan sebagai bukti bahwa mereka mengelola limbah medis yang dihasilkannya.

Dalam mengatasi kekosongan hukum tersebut, DPMPTSP bersama DKK telah mengeluarkan kebijakan dalam hal perizinan. Terdapat kebijakan dalam bentuk standar prosedur operasional izin operasional klinik yang mana untuk bisa mengurusnya klinik gigi sebagai bagian dari klinik rawat jalan wajib memiliki SPPL dan memiliki dokumen kerja sama dengan pihak ketiga pengelola limbah yang berizin. Namun, kebijakan ini masih menimbulkan masalah. Di dalam dokumen SPPL tidak ada ketentuan bagi penghasil untuk memiliki sarana TPS limbah B3. Amanah memiliki TPS limbah B3 sebetulnya ada di dalam PP. Dengan kebijakan tersebut, pengelolaan limbah medis di klinik gigi belum terlaksana sesuai ketentuan perundang-undangan yang ada.

Sebagaimana yang telah penulis uraian sebelumnya bahwa terdapat tumpang tindih regulasi di tingkat kementerian. *Tumpang tindih* regulasi pengelolaan limbah medis diantara Permen LHK dan Permenkes membuat pedoman pengelolaan limbah medis menjadi sedikit membingungkan. Acuan paling tinggi ada pada PP No. 101 Tahun 2014. Berdasarkan hal tersebut, peraturan di dalam Permenkes dinilai terlalu longgar. Perbedaan acuan tersebut juga menyebabkan peran kedua dinas tersebut dalam melakukan pembinaan dan pengawasan menjadi tidak maksimal.

Faktor yuridis disini justru lebih banyak menjadi faktor penghambat dalam pelaksanaan pengelolaan limbah medis di klinik gigi dan dokter gigi praktik mandiri. Hal ini juga menghambat kedua dinas (DLH Kota dan DKK) dalam menjalankan perannya dalam membina dan mengawasi pengelolaan limbah medis di klinik gigi dan dokter gigi praktik mandiri. Menurut penulis, kendala dalam faktor yuridis ini perlu diselesaikan juga secara hukum. Walikota sebagai kepala daerah kota Semarang perlu membuat produk hukum yang bertujuan untuk menyelesaikan ini.

Pemerintah Kota Semarang telah memiliki regulasi mengenai lingkungan hidup yakni Perda Kota Semarang No 13 Tahun 2006 tentang Pengendalian Lingkungan Hidup. Disana Walikota Semarang telah berusaha mengatur mengenai pemisahan sampah dan kewajiban mengelola limbah B3 yang dihasilkan. Perda ini juga mengatur mengenai hal perizinan kaitannya dengan lingkungan. Namun, perda ini masih belum memberikan kepastian hukum bagi fasyankes. Walikota dapat menegaskan kembali usaha apa saja yang wajib SPPL atau usaha apa saja yang wajib AMDAL dan UKL-UPL. *Tumpang tindih* regulasi yang berujung pada perbedaan acuan dari DLH Kota dan DKK sebetulnya dapat diselesaikan dengan mengeluarkan kebijakan oleh Walikota Semarang. Kebijakan secara tertulis bisa dibuat dalam bentuk surat edaran, surat keputusan, ataupun pedoman

pelaksanaan yang dapat menjadi acuan baik bagi dinas maupun fasyankes primer.

b. Faktor sosiologis

Di tingkat klinik, kesadaran akan bagaimana mengelola limbah medisnya lebih baik daripada di tingkat dokter gigi praktik mandiri. Namun, kesadaran ini lebih karena faktor paksaan dari aturan yang ada. Hal ini dipengaruhi oleh kebijakan DPMPTSP bersama DKK yang menyatakan bahwa untuk bisa memiliki izin operasional klinik wajib memiliki izin lingkungan setingkat SPPL. Selain izin lingkungan, klinik juga wajib memiliki dokumen kerja sama dengan pihak ketiga yang berizin untuk mengelola limbah medisnya. Bagi klinik yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, setiap tahun ada kredensialing yang dilakukan oleh tim dari BPJS Kesehatan bersama dengan DKK Semarang. Kredensialing ini bertujuan untuk memeriksa kelayakan operasional dan ketertiban izin yang dimiliki oleh klinik. Izin operasional klinik wajib diperbaharui setiap 5 tahun sekali. Dalam prosesnya, pembaharuan izin klinik, berkas seperti dokumen lingkungan dan dokumen perjanjian kerja sama pengelolaan limbah medis dengan pihak ketiga wajib dimiliki sebagai syarat administratif. Sebagian besar klinik yang penulis wawancara masih belum mengetahui bagaimana mengelola limbah medis sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Di tingkat dokter gigi praktik mandiri, pengelolaan limbah medis hanya sebatas pada pemisahan limbah medis dengan limbah rumah tangga di ruang praktik. Kesadaran untuk mengelola limbah medis sesuai peraturan yang ada belum dimiliki oleh sebagian besar dokter gigi yang ditemui penulis. Bahkan mereka tidak mengetahui secara jelas bagaimana cara yang benar. Hal ini juga dipengaruhi oleh masalah biaya kerja sama dengan pihak ketiga yang menurut mereka mahal. Namun, dalam pedoman yang dikeluarkan pemerintah sudah jelas bahwa limbah medis tidak dapat diperlakukan seperti sampah rumah tangga. Hal ini artinya limbah medis tidak dapat dibuang begitu saja di tempat sampah domestik. Sebagaimana yang telah dinyatakan oleh DLH Kota Semarang bahwa kendala biaya disebabkan karena biaya pengangkutan dan pengiriman ke tempat pengolahan limbah itu mahal. Menjadi mahal karena limbah medis tadi harus dikirim ke luar kota.

c. Faktor teknis

Pemerintah Kota Semarang belum memiliki pedoman yang jelas dalam pengelolaan limbah medis di fasyankes primer. Namun, bukan berarti tidak ada acuan yang legal dalam melaksanakannya. Pedoman mengelola limbah medis telah dikeluarkan pemerintah pusat melalui Permen LHK No. 56 Tahun 2015 tentang Tata Cara dan Persyaratan teknis Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun Dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Menurut Pasal 7, fasyankes wajib

memiliki tempat penyimpanan sementara. Jika mengacu pada PP No. 47 Tahun 2016 Tentang Fasyankes, klinik dan dokter gigi praktik mandiri masuk dalam kategori fasyankes. Hal ini menunjukkan bahwa klinik dan dokter gigi praktik mandiri pun sebetulnya wajib memiliki TPS limbah B3. Keberadaan TPS limbah B3 berkaitan dengan masa simpan limbah B3 sebelum dilakukan pengangkutan. Karakter limbah infeksius dan patologis di dalam Permen LHK No. 56 Tahun 2015 wajib disimpan dengan alternatif sebagai berikut:

- (1) Dua hari pada temperatur lebih besar dari 0°C
- (2) Sembilan puluh hari pada temperatur sama dengan atau lebih dari 0°C

Selain itu, TPS limbah B3 itu sendiri juga harus memiliki izin karena harus tersedia dengan kriteria tertentu. Kriteria tersebut dibuat dalam rangka menjamin keamanan selama limbah medis tersebut masih tersimpan di fasyankes. Di kota Semarang, keberadaan TPS limbah B3 tidak menjadi kewajiban bagi klinik yang hanya memiliki dokumen lingkungan berupa SPPL. Oleh karena tidak diwajibkan, maka sebagian besar klinik tidak memilikinya. Menurut wawancara dengan DLH Kota Semarang, penyediaan tempat penyimpanan sementara limbah B3 bagi fasyankes kecil bisa difasilitasi oleh pemerintah kota. Namun, kembali lagi, kewenangan untuk mengeluarkan kebijakan ini ada di tangan Walikota.

Pengangkutan oleh pihak ketiga dilakukan setiap 3 bulan sekali. Alasan yang diberikan oleh pihak ketiga yakni volume limbah medis yang dihasilkan sedikit jika diambil dalam kurun waktu 48 jam sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Agar lebih efektif dan efisien, pengangkutan limbah medis di klinik diselenggarakan setiap 3 bulan. Melihat permasalahan ini, sangat disarankan fasyankes memiliki *cold storage* yakni fasilitas pendingin yang memiliki temperatur sama atau lebih kecil dari 0°C. Informasi ini belum banyak diketahui oleh fasyankes primer seperti klinik dan dokter gigi praktik mandiri. Menurut penulis, DKK Semarang sebagai dinas daerah yang mengerjakan urusan bidang kesehatan wajib mensosialisasikan, menghimbau, dan mewajibkan agar klinik dan dokter gigi praktik mandiri melakukan pengelolaan limbah medis yang benar, memiliki *cold storage* yang tersimpan di dalam TPS limbah B3. Pertimbangannya adalah memastikan bahwa fasyankes melakukan pencegahan dan pengendalian infeksi di tempat kerja.