

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN SIKAP
DENGAN TINDAKAN PETUGAS KESEHATAN DALAM
UPAYA PENGELOLAAN SAMPAH MEDIS DI RUMAH
SAKIT GRIYA HUSADA MADIUN TAHUN 2017**



Oleh:

WAHYU WIDAYATI

NIM: 201303055

**PEMINATAN KESEHATAN LINGKUNGAN
PRODI KESEHATAN MASYARAKAT
STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
2017**

SKRIPSI

HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN TINDAKAN PETUGAS KESEHATAN DALAM UPAYA PENGELOLAAN SAMPAH MEDIS DI RUMAH SAKIT GRIYA HUSADA MADIUN TAHUN 2017

**Diajukan untuk memenuhi
Salah satu persyaratan dalam mencapai gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)**



Oleh:

WAHYU WIDAYATI

NIM: 201303055

**PEMINATAN KESEHATAN LINGKUNGAN
PRODI KESEHATAN MASYARAKAT
STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
2017**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Skripsi ini telah disetujui oleh pembimbing dan telah dinyatakan layak mengikuti Ujian Sidang

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN TINDAKAN
PETUGAS KESEHATAN DALAM UPAYA PENGELOLAAN SAMPAH
MEDIS DI RUMAH SAKIT GRIYA HUSADA MADIUN TAHUN 2017**

Menyetujui,
Pembimbing II



(Riska Ratnawati, S.KM.,M.Kes)

NIS. 2007 0040

Menyetujui,
Pembimbing I



(Beny Suyanto, M.Si)

NIP. 1964 01029 850 31003

Mengetahui,
Kaprosdi S1 Kesehatan Masyarakat






(Avicena Sakufa Marsanti, S.KM.,M.Kes)

NIS. 20150114

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Tugas Akhir/Skripsi dan dinyatakan telah memenuhi sebagian syarat memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)

Dewan Penguji

1. Ketua Dewan Penguji : H. Edy Bachrun, S.KM., M.Kes.  (.....)
2. Penguji I : Beny Suyanto, M.Si  (.....)
3. Penguji II : Riska Ratnawati, S.KM., M.Kes.  (.....)

Mengesahkan

STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun

Ketua



Zaenal Abidin, S.KM., M.Kes., (Epid)

NIS. 2016 0130

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Wahyu Widayati

NIM : 201303055

Judul Skripsi : Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap dengan Tindakan
Petugas Kesehatan dalam Upaya Pengelolaan Sampah Medis di
Rumah Sakit Griya Husada Madiun Tahun 2017

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa penulisan Skripsi ini berdasarkan hasil penelitian, pemikiran dan pemaparan asli dari penulis sendiri, baik untuk naskah laporan maupun kegiatan programing yang tercantum sebagai bagian dari Skripsi ini. Jika terdapat karya orang lain, penulis akan mencantumkan sumber secara jelas.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan sanksi lain dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Madiun, Agustus 2017

Penyusun



Wahyu Widayati

NIM. 201303055

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Wahyu Widayati

Tempat, Tanggal Lahir : Madiun, 3 November 1994

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Dkh. Ngepeh RT. 19 RW. 04 Ds. Sukorejo,
Kec. Kebonsari, Kab. Madiun

Email : ayu.widayati94@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita 2 Kebonsari tahun 2001
2. SD N 2 Sukorejo Kebonsari tahun 2007
3. SMP N 1 Kebonsari tahun 2010
4. SMA N 1 Jenangan Ponorogo tahun 2013
5. Menempuh Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat di STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun sejak Tahun 2013.

ABSTRAK

Wahyu Widayati

HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN TINDAKAN PETUGAS KESEHATAN DALAM UPAYA PENGELOLAAN SAMPAH MEDIS DI RUMAH SAKIT GRIYA HUSADA MADIUN TAHUN 2017

93 halaman + 17 tabel + 4 gambar + lampiran

Rumah sakit menghasilkan berbagai macam limbah berupa benda cair, padat, dan gas. Pengelolaan limbah medis yang tidak baik dapat menimbulkan masalah terhadap kesehatan dan lingkungan. Berdasarkan hasil survei awal menunjukkan bahwa limbah padat atau sampah medis di Rumah sakit Griya Husada Madiun masih belum terkelola dengan baik.

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan pengelolaan limbah medis (perawat, cleaning service, dan petugas sanitarian) di Rumah Sakit Griya Husada Madiun tahun 2017 berjumlah 47 karyawan. Teknik sampling yang digunakan adalah total sampling. Sampel dalam penelitian ini adalah semua petugas kesehatan terutama perawat, cleaning service dan sanitarian yang berjumlah 47 orang.

Berdasarkan pengujian hipotesis, didapatkan nilai $P\text{-Value} = 0,001 < \text{signifikansi } p = 0,05$ yang artinya ada hubungan antara pengetahuan dengan tindakan petugas kesehatan tentang pengelolaan sampah medis rumah sakit. Dan didapatkan nilai $P\text{-Value} = 0,025 < \text{signifikansi } p = 0,05$ yang artinya ada hubungan antara sikap dengan tindakan petugas kesehatan tentang pengelolaan sampah medis rumah sakit.

Variabel pengetahuan dan variabel sikap mempunyai hubungan yang signifikan dengan tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis.

Adanya hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis, maka diharapkan setiap petugas kesehatan harus memiliki pengetahuan dan sikap yang baik terhadap pengelolaan sampah medis di rumah sakit agar tindakan yang dilakukan dalam menangani dan mengelola sampah medis dapat berjalan dengan benar.

Kata kunci : Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Pengelolaan Sampah Medis, RS Griya Husada Madiun

Kepustakaan : 35 (2005 – 2016)

ABSTRACT

Wahyu Widayati

RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE AND ATTITUDE WITH HEALTH CARE ACTION IN MEDICAL WASTE MANAGEMENT IN GRIYA HUSADA MADIUN HOSPITAL IN 2017

93 pages + 17 tables + 4 images + attachments

Hospitals generate various kinds of waste in the form of a solid, liquid, and gas. Management of medical waste are not good can cause health and environmental problems. Based on the results of the initial surveys showed that solid waste or medical waste in the hospital are still not Madison Husada Griya well-managed.

This research is a type of quantitative research with cross sectional approach. The population in this research is medical waste management of health personnel (nurses, cleaning service, sanitarian and Officer) in the Griya Hospital Husada Madiun year 2017 totaled 47 employees. The sampling technique used is the total sampling. The sample in this research is all the health workers especially nurses, cleaning service and sanitarian of 47 people.

Based on hypothesis testing, obtained a value of P-Value = 0.001 < significance $p = 0.05$ which means there is a relationship between knowledge with action health workers about medical waste management of the hospital. And obtained a value of P-Value = 0.025 < significance $p = 0.05$ which means there is a relationship between attitude with action health workers about medical waste management of the hospital.

Knowledge and attitudes variable have a significant relationship with action health workers in medical waste management efforts.

The existence of a relationship between knowledge and attitudes of health workers with actions in the quest for medical waste management, then to expect every health worker should have a good knowledge of and attitudes towards the pengeloan medical waste in hospitals so that actions taken in the mengangani and manage medical waste can be run correctly.

Keywords : Knowledge, Attitude, Action, Waste Management Medical, Griya Husada Hospital Madiun

Bibliography : 35 (2005 – 2016)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT berkat Rahmat, Hidayah, dan Karunia-Nya kepada kita semua sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan lancar tanpa ada halangan apapun. Tersusunnya laporan ini tentu tidak lepas dari bimbingan, saran dan dukungan moral kepada saya, untuk itu saya sampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Zaenal Abidin, S.KM., M.Kes., selaku Ketua STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun.
2. Ibu Avicena Sakufa Marsanti, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat.
3. Bapak Beny Suyanto, M.Si., selaku pembimbing akademis I.
4. Ibu Riska Ratnawati, S.KM., M.Kes., selaku pembimbing akademis II.
5. Seluruh Karyawan Rumah Sakit Griya Husada Madiun yang sudah meluangkan waktunya dan bersedia menjadi responden untuk menyelesaikan skripsi ini.
6. Mas Ichsan yang selalu mendukung dan menemani dalam penyusunan skripsi ini.
7. Ibunda tercinta yang selalu mendoakan dan mendukung dalam melakukan proses penyusunan skripsi.
8. Sarah, Iim, Eka, Wahyu mur, Jalu yang selalu membantu, menemani dan mendukung dalam menyelesaikan skripsi ini.

9. Seluruh teman-teman S1 Kesehatan Masyarakat STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun yang telah membantu dalam melakukan proses berlangsungnya penyusunan skripsi.

Saya menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun selalu di harapkan demi kesempurnaan laporan ini.

Semoga laporan skripsi ini dapat menjadikan suatu manfaat yang baik khususnya bagi Mahasiswa, dan juga dapat bermanfaat bagi dosen pembimbing akademik, penguji dan berbagai pihak yang terkait.

Madiun, Agustus 2017

Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Dalam.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan	iii
Lembar Keaslian Penelitian	iv
Daftar Riwayat Hidup	v
Abstrak	vi
Abstract	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar.....	xiv
Daftar Lampiran	xv
Daftar Singkatan.....	xvi
Daftar Istilah.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Tujuan Penelitian.....	5
1.4. Manfaat Penelitian.....	6
1.5. Keaslian Penelitian	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Rumah Sakit	9
2.1.1. Pengertian Rumah Sakit.....	9
2.1.2. Fungsi Rumah Sakit	10
2.1.3. Klasifikasi Rumah Sakit.....	12
2.2. Perilaku Kesehatan	18
2.2.1. Pengertian Perilaku Kesehatan.....	18
2.2.2. Domain Perilaku.....	18
2.2.3. Pengukuran dan Indikator Perilaku Kesehatan	24
2.2.4. Determinan Perilaku Kesehatan	27
2.3. Pengertian Limbah.....	31
2.3.1. Limbah Medis	32
2.3.2. Limbah Non Medis	34
2.4. Pengelolaan Limbah Medis Rumah Sakit	35
2.4.1. Pengelolaan Limbah Medis.....	35

2.4.2.	Tahapan-Tahapan Pengelolaan Limbah Medis	35
2.4.3.	Dampak Limbah Medis Terhadap Kesehatan	43
2.5.	Petugas Pengelolaan Limbah Medis.....	46
2.6.	Karakteristik Responden	48
2.6.1.	Umur	49
2.6.2.	Tingkat Pendidikan	49
2.6.3.	Masa Kerja	50
2.7.	Kerangka Teori.....	51
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESA PENELITIAN	
3.1.	Kerangka Konseptual	52
3.2.	Hipotesa Penelitian.....	53
BAB 4	METODE PENELITIAN	
4.1.	Desain Penelitian	54
4.2.	Populasi dan Sampel.....	54
4.2.1.	Populasi	54
4.2.2.	Sampel.....	55
4.3.	Teknik Sampling	55
4.4.	Kerangka Kerja Penelitian.....	56
4.5.	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel.....	57
4.5.1.	Variabel Penelitian	57
4.5.2.	Definisi Operasional.....	58
4.6.	Instrumen Penelitian	59
4.6.1.	Metode Penilaian.....	59
4.7.	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	60
4.7.1.	Lokasi Penelitian	60
4.7.2.	Waktu Penelitian	60
4.8.	Prosedur Pengumpulan Data	60
4.8.1.	Tahap Pelaksanaan	60
4.9.	Teknik Analisis Data	61
4.9.1.	Pengelolaan Data.....	61
4.9.2.	Analisis Data	62
4.10.	Etika Penelitian.....	63
4.10.1.	<i>Informed Consent</i> (Informasi untuk Responden) ...	64
4.10.2.	<i>Anonymity</i> (Tanpa Nama).....	65
4.10.3.	<i>Confidentiality</i> (Kerahasiaan Informasi).....	65
BAB 5	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
5.1.	Gambaran Umum	66
5.1.1.	Gambaran Umum RS Griya Husada	66
5.1.2.	Gambaran Umum Pengelolaan Sampah Medis di RS Griya Husada Madiun	68

5.2.	Hasil Penelitian.....	68
5.2.1.	Karakteristik Data Umum	68
5.2.2.	Hasil Penilaian Pengetahuan tentang Pengelolaan Sampah Medis	70
5.2.3.	Hasil Penilaian Sikap tentang Pengelolaan Sampah Medis.....	71
5.2.4.	Hasil Penilaian Tindakan tentang Pengelolaan Sampah Medis	71
5.2.5.	Analisis Bivariate Variabel Penelitian	72
5.3.	Pembahasan	75
5.4.1.	Hubungan Pengetahuan dengan Tindakan Pengelolaan Sampah Medis	75
5.4.2.	Hubungan Sikap dengan Tindakan Pengelolaan Sampah Medis	78
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN		
6.1.	Kesimpulan.....	81
6.2.	Saran	81
DAFTAR PUSTAKA		83

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
Tabel 1.1.	Keaslian Penelitian	8
Tabel 2.1.	Jenis Wadah dan Label Limbah Medis	37
Tabel 4.1.	Definisi Operasional	58
Tabel 5.1.	Ketenagakerjaan RS. Griya Husada Madiun 2016.....	67
Tabel 5.2.	Karakteristik Responden Berdasarkan Umur	68
Tabel 5.3.	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	69
Tabel 5.4.	Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	69
Tabel 5.5.	Karakteristik Responden Berdasarkan Masa Kerja.....	70
Tabel 5.6.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel Pengetahuan tentang Pengelolaan Sampah Medis	70
Tabel 5.7.	Data Hasil Analisis Deskriptif Variabel Sikap Terhadap Pengelolaan Sampah Medis Rumah Sakit.....	71
Tabel 5.8.	Data Hasil Analisis Deskriptif Variabel Tindakan Pengelolaan Sampah Medis Rumah Sakit.....	71
Tabel 5.13.	Hasil Analisis Hubungan Pengetahuan dengan Tindakan Pengelolaan Sampah Medis.....	72
Tabel 5.14.	Hasil Analisis Hubungan Sikap dengan Tindakan Pengelolaan Sampah Medis.....	74

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
Gambar 1.	Kerangka Teori	51
Gambar 2.	Kerangka Konseptual	52
Gambar 3.	Kerangka Kerja Penelitian.....	56

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Permohonan Ijin Pengambilan Data Awal
- Lampiran 2 Surat Balasan Penelitian
- Lampiran 3 Buku Bimbingan Skripsi
- Lampiran 4 Data Mentah tentang Pengetahuan
- Lampiran 5 Data Mentah tentang Sikap
- Lampiran 6 Data Mentah tentang Tindakan
- Lampiran 7 Output SPSS
- Lampiran 8 Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 9 Surat Pernyataan Persetujuan
- Lampiran 10 Kuesioner Penelitian

DAFTAR SINGKATAN

APD	=	Alat Pelindung Diri
CS	=	Cleaning Service
RSUD	=	Rumah Sakit Umum Daerah
SOP	=	Standart Operating Prosedur
UU	=	Undang-Undang

DAFTAR ISTILAH

<i>Adoption</i>	=	Adopsi
<i>Affective</i>	=	Rasa
<i>Analysis</i>	=	Analisis
<i>Anonymity</i>	=	Tanpa Nama
<i>Cognitif</i>	=	Cipta
<i>Comprehension</i>	=	Memahami
<i>Conceptual Framework</i>	=	Kerangka Konsep
<i>Confidentialy</i>	=	Kerahasiaan Informasi
<i>Convert</i>	=	Terbuka
<i>Culture</i>	=	Budaya
<i>Dependent</i>	=	Variabel Terikat
<i>Enabling Factor</i>	=	Faktor Pemungkin
<i>Guided Respons</i>	=	Praktik Terpimpin
<i>Independent</i>	=	Variabel Bebas
<i>Informend Consent</i>	=	Informasi untuk Responden
<i>Mechanism</i>	=	Praktik Secara Mekanik
<i>Observable</i>	=	Dapat Diamati
<i>Practice</i>	=	Tindakan
<i>Pre Disposing Factor</i>	=	Faktor Predisposisi
<i>Psychomotor</i>	=	Karsa
<i>Recall</i>	=	Memanggil
<i>Receiving</i>	=	Menerima
<i>Reinforcing Factor</i>	=	Faktor Penguat
<i>Resource</i>	=	Sumber Daya
<i>Responding</i>	=	Menanggapi
<i>Responsible</i>	=	Bertanggung Jawab
<i>Synthesis</i>	=	Sintesis
<i>Thoughts and Feeling</i>	=	Pemikiran dan Perasa
<i>Total Attitude</i>	=	Sikap yang Utuh
<i>Unobservable</i>	=	Tidak Dapat Diamati
<i>Valuing</i>	=	Menghargai

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan sarana upaya kesehatan dalam menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan dan merupakan institusi penyedia jasa pelayanan yang kompleks perlu dikelola secara profesional terhadap sumber daya manusianya, rumah sakit juga merupakan pusat dimana pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan serta penelitian kedokteran diselenggarakan (Anwar, 2009).

Rumah sakit menghasilkan berbagai macam limbah berupa benda cair, padat, dan gas. Hal ini mempunyai konsekuensi perlu adanya pengelolaan limbah rumah sakit sebagai bagian dari kegiatan penyehatan lingkungan rumah sakit yang bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya pencemaran lingkungan yang bersumber dari limbah rumah sakit.

Limbah medis padat yaitu limbah yang berasal dari pelayanan medis, perawatan gigi, laboratorium, farmasi atau yang sejenis, pengobatan, perawatan, pendidikan yang menggunakan bahan beracun, infeksius, atau bahan berbahaya (Riza Hapsari 2010).

Metode pengelolaan sampah medis padat melalui beberapa tahap mulai, pemilahan, pengumpulan, penampungan, pengangkutan, pemusnahan. Pengelolaan limbah medis yang tidak baik dapat menimbulkan masalah terhadap kesehatan dan lingkungan seperti infeksi, luka atau tertusuk benda tajam,

kecelakaan kerja, maupun pencemaran tanah apabila sampah medis padat dibuang ke tanah tanpa dilakukan pembakaran dengan insinerator ataupun dikelola oleh pihak ke tiga. Pemisahan sampah medis sejak dari ruangan merupakan langkah awal untuk memperkecil kontaminasi medis dan non medis.

Jumlah limbah medis yang bersumber dari fasilitas kesehatan diperkirakan semakin lama semakin meningkat. Penyebabnya yaitu jumlah rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, maupun laboratorium medis yang terus bertambah. Rumah sakit merupakan penghasil sampah yang cukup banyak setiap harinya dan seringkali bersifat toksik, terutama sampah padat, baik itu sampah medis maupun sampah non medis.

Dampak dari pengelolaan sampah medis yang tidak baik berakibat buruk terhadap lingkungan antara lain merosotnya mutu lingkungan rumah sakit yang dapat mengganggu dan menimbulkan masalah kesehatan bagi masyarakat yang tinggal di lingkungan rumah sakit maupun masyarakat luar, timbulnya gangguan kesehatan kerja berupa penyakit akibat kerja yang disebabkan limbah medis tajam, infeksius, maupun mengandung bahan kimia. sampah medis yang tidak dikelola dengan baik dapat menjadi media tempat berkembangbiaknya mikroorganisme patogen dan serangga yang dapat menjadi transmisi penyakit. Pengelolaan yang baik akan didukung oleh perilaku petugas dalam pengelolaan sampah medis.

Idkha Anggraini Pramesti (2009) menjelaskan bahwa timbunan yang dihasilkan oleh rumah sakit khusus di Surabaya, rata-rata yaitu; (1) rumah sakit bersalin yaitu 0,102 kg/org.hari dan 0,994 kg/org.hari bergantung dengan jumlah

pasien yang melakukan operasi dan rawat inap, (2) rumah sakit bedah yaitu 1,66 kg/org.hari, (3) rumah sakit gigi dan mulut yaitu 0,032 kg/org.hari, dan (4) rumah sakit jiwa yaitu 0,006 kg/org.hari.

Petugas kesehatan yang bekerja di rumah sakit mempunyai tugas yang sama dalam pengelolaan sampah medis terutama perawat, cleaning service dan sanitarian sangat berperan penting dalam pengelolaan sampah medis, selain itu petugas kesehatan juga beresiko tinggi untuk cedera seperti tertusuk benda tajam atau terkena infeksi nosokomial apabila sampah medis tidak dikelola dengan baik.

Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014 menunjukkan rumah sakit yang melakukan pengelolaan limbah medis rumah sakit sesuai standart sebesar 74,76% dan terus menurun dua tahun terakhir yaitu tahun 2015 menunjukkan pengelolaan sampah medis sebesar 17,36% sedangkan pada tahun 2016 menunjukkan pengelolaan sampah medis sebesar 10,29%.

Rumah Sakit Griya Husada adalah rumah sakit swasta yang didirikan oleh PT.Griya Husada Utama Sejahtera, yang masih tergolong rumah sakit tipe D dengan jumlah tempat tidur sebanyak 55 bed. Petugas rumah sakit terlibat dan berperan besar dalam pengelolaan limbah medis mulai dari pemilahan, pengumpulan, penampungan, pengangkutan dan pembuangan sampah akhir. Sampah yang telah dipisahkan akan dikumpulkan oleh petugas kebersihan atau cleaning service (CS) dan akan diangkut ke titik pengangkutan lokal. Pengelolaan sampah rumah sakit terdiri dari Pemilahan, Pengumpulan, Penampungan, Pengangkutan dan Pembuangan Akhir.

Menurut Lilis Nurharyanti (2016) mengenai hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dengan perilaku perawat dalam pengelolaan sampah medis di ruang rawat inap RSUD sukoharjo, didapatkan hasil bahwa adanya hubungan sedangkan menurut Maria Magdalena dkk (2013) mengenai hubungan antara pengetahuan dan sikap petugas sanitasi dengan praktik pengelolaan sampah medis di RSUD Kabupaten Kebumen, didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dan sikap praktik petugas sanitasi dengan pengelolaan sampah medis.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan oleh peneliti di rumah sakit griya husada madiun kepada 10 petugas kesehatan tersebut menunjukkan bahwa 4 dari 10 orang petugas kesehatan masih belum melakukan pengelolaan sampah medis sesuai dengan SOP yang berlaku di rumah sakit griya husada madiun. Rumah sakit Griya husada madiun juga sudah menyediakan sarana untuk bagian kebersihan seperti gerobak pengangkut sampah, tempat sampah, plastik pewadahan yang berwarna transparan dan hitam, sarung tangan, masker, dan sepatu boot yang digunakan oleh petugas kebersihan sebagai alat pelindung diri (APD). Rumah sakit Griya Husada juga sudah menerapkan Standart Operating Procedure (SOP) untuk pengelolaan limbah medis.

Berdasarkan hasil survei awal tersebut menunjukkan bahwa limbah padat atau sampah medis di Rumah sakit Griya Husada Madiun masih belum terkelola dengan baik. Masih ditemukannya pada alat pengumpul atau pengangkutan sampah berupa gerobak yang terbuka tanpa tutup, masih diketemukannya perawat yang membuang sampah medis tidak pada tempatnya dan petugas pengambil atau

pengangkut sampah medis tidak mengenakan *standar safety* (standar keselamatan) seperti tidak menggunakan alat pelindung diri.

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Hubungan pengetahuan dan sikap dengan tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis di Rumah Sakit Griya Husada Madiun tahun 2017.

1.2. Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis di Rumah Sakit Griya Husada Madiun tahun 2017.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis di Rumah Sakit Griya Husada Madiun.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mendiskripsikan pengetahuan, sikap dan tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis di Rumah Sakit Griya Husada Madiun.
2. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis di Rumah Sakit Griya Husada Madiun.

3. Untuk mengetahui hubungan sikap dengan tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis di Rumah Sakit Griya Husada Madiun.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Peneliti

Dapat menambah wawasan peneliti dalam mempersiapkan, mengumpulkan, mengelola, menganalisis dan menginformasikan data yang ditemukan dilapangan, serta menambah pengetahuan peneliti tentang hubungan pengetahuan dan sikap dengan tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis di Rumah Sakit Griya Husada Madiun.

1.4.2. Bagi Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun

Sebagai bahan masukan dan kontribusi wawasan keilmuan dalam perkembangan ilmu kesehatan masyarakat, khususnya bagian peminatan Kesehatan Lingkungan.

1.4.3. Bagi Rumah Sakit Griya Husada Madiun

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan, ilmu pengetahuan, masukan/saran bagi Rumah Griya Husada Madiun untuk merencanakan program di masa yang akan datang agar pembuangan limbah dapat dilakukan dengan sistem dan cara yang baik dan benar sehingga dapat mencegah penularan penyakit dan angka kejadian penyakit dapat menurun.
2. Sebagai bahan masukan dan pertimbangan terhadap pengelolaan sampah medis serta mengevaluasi kembali pelaksanaan pengelolaan sampah medis di rumah sakit.

1.5. Keaslian Penelitian

Berikut ini adalah review dari beberapa penelitian terdahulu yang mendukung penelitian ini berkaitan dengan Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Dengan Tindakan Petugas Kesehatan Dalam Upaya Pengelolaan Sampah Medis.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No.	Nama	Tahun	Judul	Metode Penelitian	Analisis Data
1.	Maria Magdalena	2013	Hubungan antara pengetahuan dan sikap petugas sanitasi dengan praktik pengelolaan sampah medis di rsud kabupaten kebumen	Jenis penelitian analisis yang bersifat <i>Explanatory Research</i> dengan metode pendekatan <i>cross sectional study</i>	Uji Korelasi Rank Spearman
2.	Lilis Nurhayanti	2016	Hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dengan perilaku perawat dalam pengelolaan sampah medis di ruang rawat inap RSUD Sukoharjo	Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif. Metode yang digunakan adalah deskriptif korelatif	Uji Korelasi Rank Spearman
3.	Wahyu Widayati	2017	Hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis di RS Griya Husada Madiun.	Penelitian Kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Uji Chi Square

Berdasarkan tabel diatas perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah pada tahun penelitian yang dilakukan penelitian ini di lakukan pada tahun 2017 di Rumah Sakit Griya Husada Madiun dengan variabel pengetahuan, sikap, dan tindakan yang diteliti. Jenis penelitian yang digunakan adalah kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* yang menggunakan uji *chi square*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Rumah Sakit

2.1.1. Pengertian Rumah Sakit

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 340/MENKES/PER/III/2010 Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Menurut UU No 44 tahun 2009 Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat, yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.5/Menkes/Pos 15/2005 rumah sakit adalah suatu sarana upaya kesehatan dari pemerintah maupun swasta yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk tenaga kesehatan dan penelitian.

Kesimpulan yang dapat di tarik dari definisi di atas adalah bahwa rumah sakit mempunyai fungsi memberikan pelayanan medis dan dan pelayanan penunjang medis, juga sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu

teknologi di bidang kesehatan dan tujuan didirikannya rumah sakit adalah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dalam bidang kesehatan.

Berdasarkan kepemilikan dapat dibedakan atas dua macam yaitu:

2.1.1.1. Rumah Sakit Pemerintah

Rumah Sakit pemerintah dibedakan atas dua macam yaitu: Pemerintah Pusat Pada dasarnya dibedakan atas dua macam Departemen kesehatan : RSUD Dr Cipto Mangunkusumo, RSUD Dr Soetomo, RSUD Adam Malik. Departemen lain : Departemen pertahanan dan keamanan, Departemen Perhubungan Peran departemen kesehatan disini Hanya merumuskan kebijakan Pokok bidang kesehatan saja yang dipakai sebagai landasan pelaksanaan setiap upaya kesehatan.

2.1.1.2. Pemerintah Daerah

Sesuai dengan Undang-undang Pokok Pemerintah Daerah No.5 Tahun 1974, maka Rumah Sakit Berada di daerah di Kelola oleh pemerintah Daerah baik pembiayaan, pembangunan sarana, peralatan, tarif pelayanan dan pengadaan tenaga dan harapan bahwa setiap rumah sakit menjadi mandiri dan swadana.

2.1.2. Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yaitu kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, dan memulihkan kesehatan. Untuk menjalankan tugas sebagaimana Rumah Sakit mempunyai fungsi :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkat kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis yaitu upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik. Pelayan kesehatan paripurna tingkat ketiga adalah upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialistik.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Fungsi rumah sakit umum seperti dinyatakan dalam peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.51 Menkes I pos 17/2005 adalah sebagai berikut:

1. Tempat pengobatan (medical care) bagi penderita rawat jalan maupun bagi penderita yang di rawat inap.
2. Tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi di bidang kesehatan.
3. Tempat pendidikan ilmu atau latihan tenaga medis maupun para medis.
4. Tempat pencegahan dan peningkatan kesehatan.

2.1.3. Klasifikasi Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340 tahun 2010 tentang klasifikasi rumah sakit dibedakan berdasarkan : pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, sarana dan prasarana dan administrasi dan manajemen. Adapun klasifikasi rumah sakit umum adalah :

2.1.3.1. Rumah Sakit Umum Kelas A

1. Rumah Sakit Umum Kelas A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 5 (lima) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 12 (dua belas) Pelayanan Medik Spesialis Lain dan 13 (tiga belas) Pelayanan Medik Sub Spesialis.
2. Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas A sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, Pelayanan Medik Spesialis Lain, Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut, Pelayanan Medik Subspesialis, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Penunjang Klinik, dan Pelayanan Penunjang Non Klinik.
3. Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak /Keluarga Berencana.
4. Pelayanan Gawat Darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai dengan standar.

5. Pelayanan Medik Spesialis Dasar terdiri dari Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi.
6. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik terdiri dari Pelayanan Anestesiologi, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Patologi Klinik dan Patologi Anatomi.
7. Pelayanan Medik Spesialis Lain sekurang-kurangnya terdiri dari Pelayanan Mata, Telinga Hidung Tenggorokan, Syaraf, Jantung dan Pembuluh Darah, Kulit dan Kelamin, Kedokteran Jiwa, Paru, Orthopedi, Urologi, Bedah Syaraf, Bedah Plastik dan Kedokteran Forensik.
8. Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut terdiri dari Pelayanan Bedah Mulut, Konservasi/Endodonsi, Periodonti, Orthodonti, Prosthodonti, Pedodonti dan Penyakit Mulut.
9. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
10. Pelayanan Medik Subspesialis terdiri dari Subspesialis Bedah, Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Obstetri dan Ginekologi, Mata, Telinga Hidung Tenggorokan, Syaraf, Jantung dan Pembuluh Darah, Kulit dan Kelamin, Jiwa, Paru, Orthopedi dan Gigi Mulut.
11. Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan Intensif, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik.
12. Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari pelayanan Laundry/Linen, Jasa Boga/ Dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Gudang, Ambulance, Komunikasi, Pemulasaraan Jenazah, Pemadam Kebakaran, Pengelolaan Gas Medik dan Penampungan Air Bersih.

2.1.3.2. Rumah Sakit Umum Kelas B

1. Rumah Sakit Umum Kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 8 (delapan) Pelayanan Medik Spesialis Lainnya dan 2 (dua) Pelayanan Medik Subspesialis Dasar.
2. Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas B sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, Pelayanan Medik Spesialis Lain, Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut, Pelayanan Medik Subspesialis, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Penunjang Klinik dan Pelayanan Penunjang Non Klinik.
3. Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak /Keluarga Berencana.
4. Pelayanan Gawat Darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai dengan standar.
5. Pelayanan Medik Spesialis Dasar terdiri dari Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi.
6. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik terdiri dari Pelayanan Anestesiologi, Radiologi, Rehabilitasi Medik dan Patologi Klinik.

7. Pelayanan Medik Spesialis Lain sekurang-kurangnya 8 (delapan) dari 13 (tiga belas) pelayanan meliputi Mata, Telinga Hidung Tenggorokan, Syaraf, Jantung dan Pembuluh Darah, Kulit dan Kelamin, Kedokteran Jiwa, Paru, Orthopedi, Urologi, Bedah Syaraf, Bedah Plastik dan Kedokteran Forensik.
8. Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut terdiri dari Pelayanan Bedah Mulut, Konservasi/Endodonsi, dan Periodonti.
9. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
10. Pelayanan Medik Subspesialis 2 (dua) dari 4 (empat) subspesialis dasar yang meliputi : Bedah, Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Obstetri dan Ginekologi.
11. Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan intensif, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik.
12. Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari pelayanan *Laundry/Linen*, Jasa Boga / Dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Gudang, *Ambulance*, Komunikasi, Pemulasaraan Jenazah, Pemadam Kebakaran, Pengelolaan Gas Medik dan Penampungan Air Bersih.

2.1.3.3. Rumah Sakit Umum Kelas C

1. Rumah Sakit Umum Kelas C harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar dan 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik.
2. Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas C sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Spesialis Penunjang

Medik, Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Penunjang Klinik dan Pelayanan Penunjang Non Klinik.

3. Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak /Keluarga Berencana.
4. Pelayanan Gawat Darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat 24 (dua puluh) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai dengan standar.
5. Pelayanan Medik Spesialis Dasar terdiri dari Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi.
6. Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut minimal 1 (satu) pelayanan.
7. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik terdiri dari Pelayanan Anestesiologi, Radiologi, Rehabilitasi Medik dan Patologi Klinik.
8. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
9. Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan intensif, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik.
10. Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari pelayanan *Laundry/Linen*, Jasa Boga / Dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Gudang, *Ambulance*, Komunikasi, Kamar Jenazah, Pemadam Kebakaran, Pengelolaan Gas Medik dan Penampungan Air Bersih.

2.1.3.4. Rumah Sakit Umum Kelas D

1. Rumah Sakit Umum Kelas D harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) Pelayanan Medik Spesialis Dasar.
2. Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas D sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Penunjang Klinik dan Pelayanan Penunjang Non Klinik.
3. Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak /Keluarga Berencana.
4. Pelayanan Gawat Darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat 24 (duan puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai dengan standar.
5. Pelayanan Medik Spesialis Dasar sekurang-kurangnya 2 (dua) dari 4 (empat) jenis pelayanan spesialis dasar meliputi Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi.
6. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik yaitu laboratorium dan Radiologi.
7. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
8. Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan High Care Unit, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik.

9. Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari pelayanan *Laundry/Linen*, Jasa Boga / Dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Gudang, *Ambulance*, Komunikasi, Kamar Jenazah, Pemadam Kebakaran, Pengelolaan Gas Medik dan Penampungan Air Bersih.

2.2. Perilaku Kesehatan

2.2.1. Pengertian Perilaku Kesehatan

Menurut Skinner perilaku kesehatan adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Notoatmodjo, 2014).

2.2.2. Domain Perilaku

Meskipun perilaku dibedakan antara perilaku tertutup (*covert*) maupun perilaku terbuka (*overt*), sebenarnya perilaku adalah totalitas yang terjadi pada orang yang bersangkutan. dengan perkataan lain, perilaku adalah merupakan keseluruhan (totalitas) pemahaman dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara faktor internal dan eksternal tersebut. Perilaku seseorang adalah sangat kompleks, dan mempunyai bentangan yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membedakan adanya 3 area, wilayah, ranah atau domain perilaku ini, yakni kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Kemudian oleh ahli pendidikan di Indonesia, ketiga

domain ini diterjemahkan ke dalam cipta (kognitif), rasa (afektif), dan karsa (psikomotor), atau pericipta, perirasa, dan peritindak (Notoatmodjo, 2014).

Dalam perkembangan selanjutnya, berdasarkan pembagian domain oleh Bloom ini, dan untuk kepentingan praktis, dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku sebagai berikut :

2.2.2.1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkatan yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2014). Faktor pengetahuan tentang sampah sangat penting untuk ditanamkan pada setiap perawat yang akan melakukan pembuangan sampah rumah sakit. Salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan dengan memberikan pelatihan atau penyuluhan sebagai sarana pemberian pendidikan khususnya perawat untuk berperilaku membuang sampah medis sesuai dengan tempatnya (Sholikhah, 2011). sehingga dapat mengurangi dampak terjadinya kecelakaan kerja maupun infeksi nosokomial. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan yaitu (Notoatmodjo, 2014) :

A. Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

B. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

C. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi dairtikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi lain.

D. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.

E. Sintesis (*synthesis*)

Sintetis menunjuk kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.

F. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu.

2.2.2.2. Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik dan sebagainya). Champbell (1950) mendefinisikan sangat sederhana yakni :*“An individual’s*

attitude is syndrome of response consistency with regard to object". Jadi jelas di sini dikatakan bahwa sikap itu suatu sindrome atau kumpulan gejala dalam merespons stimulus atau object. Sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain (Notoatmdjo, 2014). Dimana sikap belum tentu terwujud ke dalam tindakan. Sehingga dengan proses berpikir secara baik di dukung dengan pengetahuan yang baik akan menghasilkan sikap yang baik (positif). Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya (Fahriyah, 2015).

Newcome, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap adalah merupakan kesiapan atau kesedian untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain fungsi sikap merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan), atau reaksi tertutup. Menurut Allport (1954) sikap terdiri dari 3 komponen pokok yaitu :

1. Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan komponen terhadap objek, artinya bagaimana keyakinan, pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung di dalam faktor emosi) orang tersebut terhadap objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah merupakan anjang-ancang untuk bertindak atau berperilaku terbuka.

Ketiga komponen tersebut di atas secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan,

pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Seperti halnya pengetahuan sikap juga mempunyai tingkatan-tingkatan berdasarkan intensitasnya, sebagai berikut :

A. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang atau subjek mau menerimana stimulus yang diberikan (objek).

B. Menanggapi (*responding*)

Menanggapi di sini diartika memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

C. Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus dalam arti membahasnya dengan orang lain, bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespons.

D. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil resiko bila ada orang lain mencemoohkan atau resiko lain.

2.2.2.3. Tindakan atau Praktik (*Practice*)

Seperti telah disebutkan di atas bahwa sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain antara lain adanya fasilitas atau sarana dan

prasarana (Notoatmodjo, 2014). Tindakan sering diperoleh karena adanya motivasi seperti dorongan untuk menciptakan lingkungan yang bersih, pengalaman seperti bagaimana cara petugas perawat membuang sampah, petugas pengelola sampah (*cleaning service*) mengumpulkan limbah medis dari setiap ruangan dan memusnahkan limbah medis, seperti pengetahuan yang merupakan domain yang penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Widiartha, 2012). Praktik atau tindakan dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya, yaitu (Notoatmodjo, 2014) :

A. Praktik terpimpin (*guided response*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan.

B. Praktik secara mekanis (*mechanism*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanis.

C. Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang artinya, apa yang dilakukan sudah tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan, atau perilaku yang berkualitas.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

2.2.3. Pengukuran dan Indikator Perilaku Kesehatan

Seperti telah diuraikan sebelumnya, bahwa perilaku mencakup 3 domain, yakni : pengetahuan (knowledge), sikap (attitude), tindakan atau praktik (practice). Oleh sebab itu mengukur perilaku dan perubahannya, khususnya perilaku kesehatan juga mengacu kepada 3 domain tersebut. Secara rinci dapat dijelaskan sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010) :

2.2.3.1. Pengetahuan Kesehatan (*Health Knowledge*)

Pengetahuan tentang kesehatan adalah mencakup apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara-cara memelihara kesehatan. Pengetahuan tentang cara-cara memelihara kesehatan ini meliputi :

1. Pengetahuan tentang penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit dan tanda-tandanya atau gejalanya, penyebabnya, cara penularannya, cara pencegahannya, cara mengatasi atau menangani sementara).
2. Pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait dan/atau mempengaruhi kesehatan antara lain : gizi makanan, sarana air bersih, pembuangan air limbah, pembuangan kotoran manusia, pembuangan sampah, perumahan sehat, polusi udara, dan sebagainya.
3. Pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional maupun yang tradisional.
4. Pengetahuan untuk menghindari kecelakaan baik kecelakaan rumah tangga, maupun kecelakaan lalu lintas dan tempat-tempat umum.

Oleh sebab itu, untuk mengukur pengetahuan kesehatan seperti tersebut di atas, adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung

(wawancara) atau melalui pertanyaan-pertanyaan tertulis atau angket. Indikator pengetahuan kesehatan adalah “tingginya pengetahuan” responden tentang kesehatan, atau besarnya presentase kelompok responden atau masyarakat tentang variabel-variabel atau komponen-komponen kesehatan.

2.2.3.2. Sikap Terhadap Kesehatan (*Health Attitude*)

Sikap terhadap kesehatan adalah pendapat atau penilaian orang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, yang mencakup sekurang-kurangnya 4 variabel, yaitu (Notoatmodjo, 2010) :

1. Sikap terhadap penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit dan tandatandanya atau gejalanya, penyebabnya, cara penularannya, cara pencegahannya, cara mengatasi atau menangani sementara).
2. Sikap terhadap faktor-faktor yang terkait dan atau mempengaruhi kesehatan, antara lain : gizi makanan, sarana air bersih, pembuangan air limbah, pembuangan kotoran manusia, pembuangan sampah, perumahan sehat, polusi udara, dan sebagainya.
3. Sikap tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional maupun yang tradisional.
4. Sikap untuk menghindari kecelakaan baik kecelakaan rumah tangga, maupun kecelakaan lalu lintas dan tempat-tempat umum.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Pengukuran sikap secara langsung dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang stimulus atau objek yang bersangkutan. Pertanyaan secara langsung juga dapat dilakukan dengan cara memberikan pendapat dengan

menggunakan kata “setuju” atau “tidak setuju” terhadap pernyataan-pernyataan terhadap objek tertentu dengan menggunakan skala Lickert.

2.2.3.3. Tindakan atau Praktik (*Practice*)

Praktik kesehatan atau tindakan untuk hidup sehat adalah semua kegiatan atau aktivitas orang dalam rangka memelihara kesehatan. Tindakan atau praktik kesehatan ini juga meliputi 4 faktor seperti pengetahuan dan sikap kesehatan tersebut diatas, yaitu (Notoadmodjo, 2010) :

1. Tindakan atau praktik sehubungan dengan pencegahan penyakit menular dan tidak menular dan praktik tentang mengatsi atau menangani sementara penyakit yang diderita.
2. Tindakan atau praktik sehubungan dengan gizi makanan, sarana air bersih, pembuangan air limbah, pembuangan kotoran manusia, pembuangan sampah, perumahan sehat, polusi udara dan sebagainya.
3. Tindakan atau praktik sehubungan dengan penggunaan (untilisasi) fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Tindakan atau praktik untuk menghindari kecelakaan baik kecelakaan rumah tangga, maupun kecelakaan lalu lintas, dan kecelakaan di tempat-tempat umum.

Pengukuran atau cara mengamati perilaku dapat dilakukan melalui dua cara, secara langsung maupun secara tidak langsung, yakni dengan pengamatan (observasi), yaitu mengamati tindakan subjek dalam rangka memelihara kesehatan. Sedangkan secara tidak langsung menggunakan metode mengingat

kembali (*recall*). Metode ini dilakukan melalui pertanyaan-pertanyaan terhadap subjek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan kesehatan.

2.2.4. Determinan Perilaku Kesehatan

Seperti telah diuraikan terdahulu, bahwa perilaku adalah hasil atau resultan antara stimulus (faktor eksternal) dengan respon (faktor internal) dalam subjek atau orang yang berperilaku tersebut. Dengan perkataan lain, perilaku seseorang atau subjek dipengaruhi atau ditentukan oleh faktor-faktor baik dari dalam maupun dari luar subjek. Faktor yang menentukan atau membentuk perilaku ini disebut determinan. Banyak teori tentang determinan perilaku ini, masing-masing mendasarkan pada asumsi-asumsi yang dibangun. Dalam bidang perilaku kesehatan, ada tiga teori yang sering menjadi acuan dalam penelitian-penelitian kesehatan masyarakat. Ke tiga teori tersebut adalah (Notoatmodjo, 2010) :

2.2.4.1. Teori Lawreen Green

Berangkat dari analisis penyebab masalah kesehatan, Green membedakan adanya 2 determinan masalah kesehatan tersebut, yakni *behavioral factors* (faktor perilaku), dan *non-behavioral factors* atau faktor non perilaku. Selanjutnya Green menganalisis, bahwa faktor perilaku sendiri ditentukan oleh 3 faktor utama yaitu :

1. Faktor-faktor predisposisi (*pre disposing factors*), yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisikan terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*), adalah faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku dan tindakan. Yang

dimaksud faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan, misalnya puskesmas, posyandu, rumah sakit, tempat pembuangan air, tempat pembuangan sampah dan sebagainya.

3. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*), adalah faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang-kadang, meskipun seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya.

Secara sistematis, diterminan perilaku menurut Green itu dapat digambarkan sebagai berikut :

$$\mathbf{B = F (Pf, Ef, Rf)}$$

B = Behaviour

F = Fungsi

Pf = Predisposing factors

Ef = Enabling factors

Rf = Reinforcing factors

2.2.4.2. Teori Snehandu B. Karr

Karr seorang pengajar pengajar Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Universitas Kalifornia di Los Angeles, mengidentifikasi ada 5 diterminan perilaku yaitu :

1. Adanya niat (*intention*) seseorang untuk bertindak sehubungan dengan objek atau stimulus di luar dirinya.

2. Adanya dukungan dari masyarakat sosial (*social suport*). Di dalam kehidupan seseorang di masyarakat, perilaku seseorang cenderung memerlukan legitimasi dari masyarakat di sekitarnya.
3. Terjangkaunya informasi (*accessibility of information*), adalah tersedianya informasi-informasi terkait dengan tindakan yang akan diambil oleh seseorang.
4. Adanya otonomi atau kebebasan pribadi (*personal autonomy*) untuk mengambil keputusan. Di Indonesia, terutama ibu-ibu, kebebasan pribadinya masih terbatas, terutama lagi dipedesaan.
5. Adanya kondisi dan situasi yang memungkinkan (*action situation*). Untuk bertindak apa pun memang perlu suatu kondisi dan situasi yang tepat. Kondisi dan situasi mempunyai pengertian yang luas, baik fasilitas yang tersedia maupun kemampuan yang ada.

Secara matematik, teori karr ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$\mathbf{B = F (Bi, Ss, Ai, Pa, As)}$$

- B = Behaviour
 F = Fungsi
 Bi = Behaviour intention
 Ss = Social suport
 Ai = Accebility information
 Pa = Personal autonomy
 As = Action situation

2.2.4.3. Teori WHO

Tim kerja pendidikan kesehatan dari WHO merumuskan determinan perilaku ini sangat sederhana. Mereka mengatakan, bahwa mengapa seseorang berperilaku, karena adanya alasan pokok (determinan) yaitu :

1. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*). Hasil Pemikiran-pemikiran dan perasaan-perasaan seseorang, atau lebih tepat diartikan pertimbangan-pertimbangan pribadi terhadap objek atau stimulus, merupakan modal awal untuk bertindak atau berperilaku.
2. Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai (*personal references*). Di dalam masyarakat, di mana sikap paternalistik masih kuat, maka perubahan perilaku masyarakat tergantung dari perilaku acuan (referensi) yang pada umumnya adalah para tokoh masyarakat setempat.
3. Sumber daya (*resources*) yang tersedia merupakan pendukung untuk terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Kalau dibandingkan dengan teori Green, sumber daya ini adalah sama dengan factors enabling (sarana dan prasarana atau fasilitas).
4. Sosio budaya (*culture*) setempat biasanya sangat berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku seseorang. Telah diuraikan terdahulu bahwa faktor sosio-budaya merupakan faktor eksternal untuk terbentuknya perilaku seseorang. Hal ini dapat kita liat dari perilaku tiap-tiap etnis di Indonesia yang berbeda-beda, karena memang masing-masing etnis mempunyai budaya yang berbeda dan khas.

Dari uraian tersebut, teori dari tim WHO ini dapat dirumuskan secara matematis sebagai berikut :

$$\mathbf{B = F (Tf, Pr, R, C)}$$

B = Behaviour
F = Fungsi
Tf = Thoughts and feeling
Pr = Personal references
R = Resources
C = Culture

2.3. Pengertian Limbah

Adanya berbagai sarana pelayanan kesehatan baik rumah sakit, klinik maupun puskesmas, akan menghasilkan limbah baik cair maupun padat. Limbah padat rumah sakit / puskesmas lebih dikenal dengan pengertian sampah rumah sakit. Limbah padat (sampah) adalah sesuatu yang tidak dipakai, tidak disenangi, atau sesuatu yang harus dibuang yang umumnya berasal dari kegiatan yang dilakukan oleh manusia, dan umumnya bersifat padat (KepMenKes R.I. No.1204/MENKES/SK/X/2004).

Limbah padat layanan kesehatan adalah semua limbah yang berbentuk padat sebagai akibat kegiatan layanan kesehatan yang terdiri dari limbah medis dan non medis, yaitu (Pruss, 2005):

1. Limbah non medis adalah limbah padat yang dihasilkan dari kegiatan di RS di luar medis yang berasal dari dapur, perkantoran, taman dari halaman yang dapat dimanfaatkan kembali apabila ada teknologi.

2. Limbah medis padat adalah limbah padat yang terdiri dari limbah infeksius, limbah patologi, limbah benda tajam, limbah farmasi, limbah sitotoksis, limbah container bertekanan, dan limbah dengan kandungan logam berat yang tinggi.
3. Limbah infeksius adalah limbah yang terkontaminasi organisme patogen yang tidak secara rutin ada di lingkungan dan organisme tersebut dalam jumlah dan virulensi yang cukup untuk menularkan penyakit pada manusia yang rentan.
4. Limbah sangat infeksius adalah limbah yang berasal dari pembiakan dan *stock* (sediaan) bahan sangat infeksius, otopsi, organ binatang percobaan, dan bahan lain yang diinokulasi, terinfeksi atau kontak dengan bahan yang sangat infeksius.

2.3.1. Limbah Medis

Limbah medis adalah limbah yang berasal dari kegiatan pelayanan medis. Berbagai jenis limbah medis yang dihasilkan dari kegiatan pelayanan di Rumah Sakit dapat membahayakan dan menimbulkan gangguan kesehatan terutama pada saat pengumpulan, pemilahan, penampungan, penyimpanan, pengangkutan dan pemusnahan serta pembuangan akhir (Dionisius, 2015).

Suatu upaya untuk mengelola sampah medis yang terdiri dari limbah infeksius, limbah patologi, limbah benda tajam, limbah farmasi, limbah sitotoksis, limbah kimiawi. Limbah radioaktif, limbah container bertekanan dan limbah dengan kandungan logam berat yang tinggi (SOP Rumah Sakit).

Departemen Kesehatan RI limbah medis telah digolongkan sebagai berikut:

1. Limbah benda tajam, yaitu obyek atau alat yang memiliki sudut tajam, sisi, ujung atau bagian yang menonjol yang dapat memotong atau menusuk kulit, seperti jarum hipodermik, perlengkapan intravena, pipet pasteur, pecahan gelas dan pisau bedah.
2. Limbah infeksius, yaitu limbah yang berkaitan dengan pasien yang memerlukan isolasi penyakit menular dan limbah laboratorium yang berkaitan dengan pemeriksaan mikrobiologi dari poliklinik dan ruang perawatan/isolasi penyakit menular.
3. Limbah jaringan tubuh, yang meliputi organ, anggota badan, darah dan cairan tubuh. Biasanya dihasilkan pada saat pembedahan atau autopsi.
4. Limbah sitotoksik, yaitu bahan yang terkontaminasi oleh obat sitotoksik selama peracikan, pengangkutan atau tindakan terapi sitotoksik.
5. Limbah farmasi, yaitu terdiri dari obat-obatan kedaluwarsa, obat yang terbuang karena karena batch yang tidak memenuhi spesifikasi atau kemasan yang terkontaminasi, obat yang tidak diperlukan lagi atau limbah dari proses produksi obat.
6. Limbah kimia, yaitu limbah yang dihasilkan dari penggunaan bahan kimia dalam tindakan medis, veterenary, laboratorium, proses sterilisasi atau riset. Dalam hal ini dibedakan dengan buangan kimia yang termasuk dalam limbah farmasi dan sitotoksik.
7. Limbah radioaktif, yaitu bahan yang terkontaminasi dengan radio isotop yang berasal dari penggunaan medis atau riset radionuklida.

Dalam kaitan dengan pengelolaannya, limbah medis dikelompokkan menjadi lima (5), yaitu (Adisamito, 2009):

1. Golongan A, terdiri dari:
 - a. Dressing bedah, swab dan semua limbah yang terkontaminasi dari daerah ini.
 - b. Bahan-bahan linen dari kasus penyakit infeksi.
 - c. Seluruh jaringan tubuh manusia, bangkai/jaringan hewan dari laboratorium dan hal-hal lain yang berkaitan dengan swab dan dressing.
2. Golongan B terdiri dari: syringe bekas, jarum, cartridge, pecahan gelas dan benda tajam lainnya.
3. Golongan C terdiri dari: limbah dari laboratorium dan post partum, (kecuali yang termasuk dalam golongan A).
4. Golongan D terdiri dari: limbah bahan kimia dan bahan farmasi tertentu.
5. Golongan E terdiri dari : pelapis bed-pan, disposable, urinoir, incontinence-pad dan stamag bags.

2.3.2. Limbah Non Medis

Menurut Kepmenkes 2004 limbah non medis adalah limbah padat yang dihasilkan dari kegiatan di rumah sakit di luar medis yang berasal dari dapur, perkantoran, taman dan halaman yang dapat dimanfaatkan kembali apabila ada teknologinya.

Limbah non medis ialah limbah yang dihasilkan dari kegiatan rumah tangga yang bersifat tidak infeksius seperti kertas, daun, bekas pembungkus makanan, dan lain-lain (Marionah, 2011).

2.4. Pengelolaan Limbah Medis Rumah Sakit

2.4.1. Pengelolaan Limbah Medis

Pengelolaan yang tepat untuk limbah medis selain bergantung pada administrasi dan organisasi yang baik juga memerlukan kebijakan dan pendanaan yang memadai sekaligus partisipasi aktif dari staf yang terlatih dan terdidik (WHO, 2005). Kebijakan yang berlaku dalam pengelolaan limbah medis tidak dapat efektif jika tidak diterapkan dengan seksama, konsisten dan menyeluruh (WHO, 2005).

Pengelolaan sampah harus dilakukan dengan benar dan efektif serta memenuhi persyaratan sanitasi. Sebagai suatu yang tidak digunakan lagi, tidak disenangi, dan harus dibuang maka sampah tentu harus dikelola dengan baik. Pengelolaan sampah merupakan kegiatan yang sistematis, menyeluruh, dan berkesinambungan yang meliputi pengurangan dan penanganan sampah (Asmarhany, 2014).

2.4.2. Tahapan-Tahapan Pengelolaan Limbah

Pengelolaan limbah medis terdiri dari beberapa tahapan, antara lain sebagai berikut (Depkes RI, 1998):

2.4.2.1. *Pemilihan Sampah*

Secara umum Pemilahan adalah proses pemisahan Limbah dari sumbernya, dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1204 Tahun 2004 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit menjelaskan bahwa pemilahan jenis limbah medis padat mulai dari sumber yang terdiri dari limbah infeksius, limbah patologi, limbah benda tajam, limbah farmasi, limbah sitotoksik, limbah

kimiawi, limbah radioaktif, limbah kontainer bertekanan, dan limbah dengan kandungan logam berat.

Kunci pengelolaan sampah layanan kesehatan secara efektif adalah pemilahan dan identifikasi sampah. Pemilahan merupakan tanggung jawab yang dibebankan pada produsen atau penghasil sampah dan harus dilakukan sedekat mungkin dengan tempat dihasilkannya sampah. Cara yang tepat untuk mengidentifikasi kategori sampah/limbah adalah dengan melakukan pemilahan sampah berdasarkan warna kantong dan kontainer yang digunakan (WHO, 2005). Pemilahan sampah harus dilakukan mulai dari sumber yang menghasilkan sampah (Permenkes RI, 2004).

Pemilahan sampah dilakukan untuk memudahkan mengenal berbagai jenis limbah yang akan dibuang dengan cara menggunakan kantong berkode (umumnya menggunakan kode warna). Namun penggunaan kode tersebut perlu cukup perhatian secukupnya untuk tidak sampai menimbulkan kebingungan dengan sistem lain yang mungkin juga menggunakan kode warna. Terdapat berbagai kantong yang digunakan untuk pembuangan sampah di rumah sakit dengan menggunakan bermacam-macam warna (Depkes RI, 2002). Menurut Muchsin (2013) perawat juga ikut bertanggung jawab atas pemilahan limbah medis dan non medis di ruangan tempatnya bertugas karena perawatlah yang bertugas pada ruangan yang menghasilkan limbah medis.

Tabel 2.1 Jenis Wadah dan Label Limbah Medis

No	Kategori	Warna kontainer/ kantong plastik	Lambang	Keterangan
1	Radioaktif	Merah		- Kantong boks timbal dengan simbol radioaktif
2	Sangat Infeksius	Kuning		- Katong plastik kuat, anti bocor, atau kontainer yang dapat disterilisasi dengan otoklaf
3	Limbah infeksius, patologi dan anatomi	Kuning		- Plastik kuat dan anti bocor atau kontainer
4	Sitotoksik	Ungu		- Kontainer plastik kuat dan anti bocor
5	Limbah kimia dan farmasi	Coklat	-	- Kantong plastik atau kontainer

2.4.2.2. Pengumpulan Sampah

Limbah benda tajam harus dikumpulkan dalam satu wadah tanpa memperhatikan terkontaminasi atau tidaknya. Sedangkan limbah jarum suntik tidak dianjurkan untuk untuk dimanfaatkan kembali. Apabila rumah sakit maupun puskesmas tidak memiliki jarum sekali pakai (*disposable*), limbah jarum suntik dapat dimanfaatkan kembali setelah melalui proses salah satu metode sterilisasi (Permenkes RI, 2004). Sampah harus dikumpulkan setiap hari (sesuai yang ditetapkan) dan diangkut ke tempat tempat penampungan sementara. Kantong plastik harus diganti segera dengan kantong plastik baru dari jenis yang sama setelah tempat pengumpul sampah atau kontainer telah dikosongkan. Staf keperawatan atau staf klinis harus memastikan bahwa kantong plastik tertutup

atau terikat dengan kuat jika tiga perempat penuh. Kantong plastik yang belum terisi penuh dapat disegel dengan membuat simpul pada bagian lehernya atau tengahnya (WHO, 2005). Tempat pengumpul sampah harus memiliki syarat-syarat sebagai berikut (Depkes RI, 1998) :

1. Terbuat dari bahan yang kuat, cukup ringan, tahan karat, kedap air dan mempunyai permukaan yang halus pada bagian dalamnya.
2. Mempunyai tutup yang mudah dibuka dan ditutup tanpa mengotori tangan.
3. Terdapat minimal 1 (satu) buah untuk setiap kamar atau setiap radius 10 meter dan setiap radius 20 meter pada ruang tunggu terbuka.
4. Setiap tempat pengumpul sampah dilapisi dengan kantong plastik sebagai pembungkus sampah dengan lambang dan warna yang telah ditentukan.
5. Kantong plastik diangkat setiap hari atau kurang dari sehari bila 2/3 bagian telah terisi sampah.
6. Khusus untuk tempat pengumpul sampah kategori infeksius (plastik kuning) dan sampah sitotoksik (plastik ungu) segera dibersihkan dan didesinfeksi setelah dikosongkan, apabila akan dipergunakan kembali.

Untuk memudahkan pengosongan dan pengangkutan, penggunaan kantong plastik pelapis dalam bak sampah sangat disarankan. Kantong plastik tersebut membantu membungkus sampah waktu pengangkutan sehingga mengurangi kontak langsung antara mikroba dengan manusia dan mengurangi bau, tidak terlihat sehingga dapat diperoleh rasa estetis dan memudahkan pencucian bak sampah. Hendaknya disediakan sarana untuk mencuci tempat sampah yang

disesuaikan dengan kondisi setempat. Pencucian hendaknya dilakukan setiap pengosongan atau sebelum tampak kotor.

2.4.2.3. Pengangkutan

Pengangkutan limbah medis dari setiap ruangan penghasil limbah medis ke tempat penampungan sementara menggunakan troli khusus yang tertutup. Penyimpanan limbah medis harus sesuai iklim tropis yaitu pada musim hujan paling lama 48 jam dan musim kemarau paling lama 24 jam (Permenkes RI, 2004). Kereta, gerobak atau troli pengangkut hendaknya tidak digunakan untuk tujuan lain dan memenuhi persyaratan sebagai berikut (Depkes RI, 2002):

1. Permukaan bagian dalam harus rata dan kedap air.
2. Mudah dibersihkan dan dikeringkan.
3. Sampah mudah diisikan dan dikosongkan.
4. Troli/alat angkut dicuci setelah digunakan.
5. Tidak ada tepi tajam yang dapat merusak kantong atau kontainer selama pemuatan maupun pembongkar muatan.

Peralatan-peralatan tersebut harus jelas dan diberi label, dibersihkan secara regular dan hanya digunakan untuk mengangkut sampah. Setiap petugas hendaknya dilengkapi dengan alat proteksi dan pakaian kerja khusus. Kontainer harus mudah ditangani dan harus dibersihkan/dicuci dengan *detergent* (Depkes RI, 2002).

1. Kantong limbah medis padat sebelum dimasukkan ke kendaraan pengangkut harus diletakkan dalam kontainer yang kuat dan tertutup.

2. Kantong limbah medis padat harus aman dari jangkauan manusia maupun binatang.
3. Petugas yang menangani limbah, harus menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) adalah suatu pakaian dan peralatan yang aman untuk keadaan atau daerah tertentu, yang digunakan seseorang untuk meminimalkan resiko kecelakaan kerja yang mencakup topi/helm, masker, pelindung mata, pakaian panjang (*coverall*), apron untuk industri, pelindung kaki/sepatu *boot*; dan sarung tangan khusus (*disposable gloves* atau *heavy duty gloves*)(Depkes RI, 2002).

Tujuan dari menggunakan APD untuk melindungi kulit dan selaput lendir petugas kesehatan dan petugas non kesehatan termasuk *cleaning service* dari paparan daerah atau materi yang berpotensi menular (Melandari, 2014).

2.4.2.4. Penampungan Sementara

Sebelum sampai tempat pemusnahan, perlu adanya tempat penampungan sementara, dimana sampah dipindahkan dari tempat pengumpulan ke tempat penampungan (Permenkes RI, 2004). Pengumpulan limbah merupakan tanggung jawab dari *cleaning service*. Petugas pengumpul limbah ini akan mengangkut limbah medis dari setiap ruangan ke tempat penampungan sementara (Asmarhany, 2014). Secara umum, limbah medis harus dikemas sesuai dengan ketentuan yang ada, yaitu dalam kantong yang terikat atau kontainer yang tertutup rapat agar tidak terjadi tumpahan selama penanganan dan pengangkutan. Label yang terpasang pada semua kantong atau kontainer harus memuat informasi dasar mengenai isi dan produsen sampah tersebut informasi yang harus tercantum pada label, yaitu:

kategori limbah, tanggal pengumpulan, tempat atau sumber penghasil limbah medis dan tujuan akhir limbah medis (WHO, 2005). Lokasi penampungan harus dirancang agar berada di dalam wilayah instansi pelayanan kesehatan.

Adapun syarat lokasi atau tempat penampungan sementara menurut WHO (2005) adalah sebagai berikut:

1. Area penampungan harus memiliki lantai yang kokoh, impermiabel dan drainasenya baik.
2. Harus terdapat persediaan air untuk tujuan pembersihan.
3. Mudah dijangkau oleh staf yang bertugas menangani sampah serta kendaraan pengangkut sampah. Persediaan perlengkapan kebersihan, pakaian pelindung dan kantong plastik harus diletakkan di lokasi yang cukup dekat dengan lokasi penampungan sampah.
4. Lokasi penampungan tidak boleh berada di dekat lokasi penyimpanan makanan.
5. Harus ada perlindungan dari sinar matahari dan pencahayaan yang baik.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1204 Tahun 2004 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, Tempat Penampungan Sementara:

1. Bagi rumah sakit serta Puskesmas yang mempunyai *incinerator* di lingkungannya harus membakar limbahnya selambat-lambatnya 24 jam.
2. Bagi rumah sakit serta Puskesmas yang tidak mempunyai *incinerator*, maka limbah medis padatnya harus dimusnahkan melalui kerjasama dengan rumah sakit lain atau pihak lain yang mempunyai *incinerator* untuk dilakukan

pemusnahan selambat-lambatnya 24 jam apabila disimpan pada suhu ruang (Permenkes RI, 2004).

2.4.2.5. *Pemusnahan Limbah*

Limbah medis tidak diperbolehkan dibuang langsung ke tempat pembuangan akhir limbah domestik sebelum aman bagi kesehatan. Cara dan teknologi pengolahan ataupun pemusnahan limbah medis disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit maupun Puskesmas dan jenis limbah medis yang ada, dengan pemanasan menggunakan otoklaf atau dengan pembakaran menggunakan *incinerator* (Permenkes RI, 2004). Metode yang digunakan tergantung pada faktor khusus yang sesuai dengan institusi, peraturan yang berlaku, aspek lingkungan yang berpengaruh terhadap masyarakat. Metode yang dapat digunakan antara lain:

A. Sanitary Landfill

Metode *sanitary landfill* dapat mencegah kontaminasi tanah dan air permukaan serta air tanah dan mengurangi pencemaran udara, bau serta kontak langsung dengan masyarakat umum (WHO, 2005). Beberapa unsur penting dalam desain dan penerapan *sanitary landfill*, antara lain (WHO, 2005):

1. Akses ke lokasi dan area kerja dapat dijangkau oleh kendaraan pengantar dan pengangkut limbah medis.
2. Keberadaan petugas di tempat yang mampu mengontrol secara efektif kegiatan operasional setiap hari.
3. Pembagian lokasi mejadi fase-fase yang dapat ditangani dan dipersiapkan dengan tepat sebelum *landfill* mulai dioperasikan.

4. Penutupan yang adekuat bagian dasar dan sisi lubang di lokasi untuk meminimalkan pergerakan cairan dari sampah (*leachate*) keluar lokasi.
5. Mekanisme yang adekuat untuk penampungan *leachate* dan sistem pengolahan yang memadai jika perlu.
6. Pembuangan limbah yang terkelola di sebuah lokasi yang kecil, memungkinkan limbah untuk disebar merata. Dipadatkan dan ditimbun (ditutup dengan tanah) setiap hari.
7. Selokan kecil untuk menampung air permukaan di sekitar perbatasan lokasi pembuangan.
8. Konstruksi lapisan penutup paling atas untuk meminimalkan masuknya air hujan jika setiap fase *landfill* sudah selesai.

B. Incinerator

Incinerator merupakan proses oksidasi kering bersuhu tinggi. Proses ini biasanya dipilih untuk mengolah sampah yang tidak dapat didaur ulang, dimanfaatkan kembali, atau dibuang di lokasi *landfill* (WHO, 2005). *Incinerator* hanya digunakan untuk memusnahkan sampah klinis (Depkes RI, 2002). Perlengkapan *incinerator* harus dipilih dengan cermat berdasarkan sarana dan prasarana yang tersedia dan situasi setempat.

2.4.3. Dampak Limbah Medis terhadap Kesehatan dan Lingkungan

Layanan kesehatan selain untuk mencari kesembuhan, juga merupakan depot bagi berbagai macam penyakit yang berasal dari penderita maupun dari pengunjung yang berstatus karier. Kuman penyakit ini dapat hidup dan

berkembang di lingkungan sarana kesehatan, seperti udara, air, lantai, makanan dan benda-benda peralatan medis maupun non medis (Pratiwi, 2013).

Limbah layanan kesehatan yang terdiri dari limbah cair dan limbah padat memiliki potensi yang mengakibatkan keterpaparan yang dapat mengakibatkan penyakit atau cedera. Sifat bahaya dari limbah layanan kesehatan tersebut mungkin muncul akibat satu atau beberapa karakteristik berikut (Pruss. A, 2005):

1. Limbah mengandung agent infeksius.
2. Limbah bersifat genoktosik.
3. Limbah mengandung zat kimia atau obat – obatan berbahaya atau baracun.
4. Limbah bersifat radioaktif.
5. Limbah mengandung benda tajam

Semua orang yang terpajan limbah berbahaya dari fasilitas kesehatan kemungkinan besar menjadi orang yang beresiko, termasuk yang berada dalam fasilitas penghasil limbah berbahaya, dan mereka yang berada diluar fasilitas serta memiliki pekerjaan mengelola limbah semacam itu, atau yang beresiko akibat kecerobohan dalam sistem manajemen limbahnya. Kelompok utama yang beresiko antara lain :

1. Dokter, perawat, pegawai layanan kesehatan dan tenaga pemeliharaan rumah sakit.
2. Pasien yang menjalani perawatan di instansi layanan kesehatan atau dirumah.
3. Penjenguk pasien rawat inap.

4. Tenaga bagian layanan pendukung yang bekerja sama dengan instansi layanan kesehatan masyarakat, misalnya, bagian binatu, pengelolaan limbah dan bagian transportasi.
5. Pegawai pada fasilitas pembuangan limbah (misalnya, ditempat penampungan sampah akhir atau incinerator, termasuk pemulung (Pruss. A, 2005).

Bahaya Akibat Limbah Infeksius Dan Benda Tajam, limbah infeksius dapat mengandung berbagai macam mikroorganisme pathogen. Pathogen tersebut dapat memasuki tubuh manusia melalui beberapa jalur :

1. Akibat tusukan, lecet, atau luka dikulit.
2. Melalui membrane mukosa.
3. Melalui pernafasan.
4. Melalui ingesti.

Contoh infeksi akibat terpajan limbah infeksius adalah infeksi gastroenteritis dimana media penularnya adalah tinja dan muntahan, infeksi saluran pernafasan melalui sekret yang terhirup atau air liur dan lain – lain. Benda tajam tidak hanya dapat menyebabkan luka gores maupun luka tertusuk tetapi juga dapat menginfeksi luka jika benda itu terkontaminasi pathogen. Karena resiko ganda inilah (cedera dan penularan penyakit), benda tajam termasuk dalam kelompok limbah yang sangat berbahaya. Kekhawatiran pokok yang muncul adalah bahwa infeksi yang ditularkan melalui subkutan dapat menyebabkan masuknya agens penyebab panyakit, misalnya infeksi virus pada darah (Pruss. A, 2005).

Bahaya Limbah Kimia dan Farmasi, kandungan zat limbah dapat mengakibatkan intosikasi atau keracunan sebagai akibat pajanan secara akut maupun kronis dan cedera termasuk luka bakar. Intosikasi dapat terjadi akibat diabsorbsinya zat kimia atau bahan farmasi melalui kulit atau membran mukosa, atau melalui pernafasan atau pencernaan. Zat kimia yang mudah terbakar, korosif atau reaktif (misalnya *formaldehyde* atau *volatile*/mudah menguap) jika mengenai kulit, mata, atau membrane mukosa saluran pernafasan dapat menyebabkan cedera. Cedera yang umum terjadi adalah luka bakar (Pruss, 2005).

Bahaya Limbah Radioaktif, jenis penyakit yang disebabkan oleh limbah radioaktif bergantung pada jenis dan intensitas pajanan. Kesakitan yang muncul dapat berupa sakit kepala, pusing, dan muntah sampai masalah lain yang lebih serius. Karena limbah radioaktif bersifat genotoksik, maka efeknya juga dapat mengenai materi genetik. Bahaya yang mungkin timbul dengan aktifitas rendah mungkin terjadi karena kontaminasi permukaan luar container atau karena cara serta durasi penyimpanan limbah tidak layak. Tenaga layanan kesehatan atau tenaga kebersihan dan penanganan limbah yang terpajan radioaktif merupakan kelompok resiko (Pruss, 2005).

2.5. Petugas Pengelolaan Limbah Medis

Petugas Pengelola Limbah (PPL) bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan dan pemantauan harian terhadap sistem pengelolaan limbah. Dengan demikian, harus memiliki akses langsung ke semua anggota staff rumah sakit. Petugas pengelola limbah harus bekerja sama dengan tenaga pengontrol infeksi, kepala bagian farmasi, dan teknisi radiologi agar memahami prosedur yang

didalam penanganan dan pembuangan limbah patologi, farmasi, kimia, dan limbah radioaktif (Pruss, 2005).

Petugas diberi latihan khusus mengenai proses pengangkutan sampah, sedangkan pengawasan dan pengolahan sampah rumah sakit maupun puskesmas dilakukan oleh tenaga sanitasi terdidik. Limbah dari setiap unit layanan fungsional rumah sakit maupun puskesmas dikumpulkan oleh tenaga perawat, khususnya jika berkaitan dengan pemisahan limbah medis dan non medis, sedangkan diruang lain dapat dilakukan oleh tenaga kebersihan. Petugas pengangkut harus dibekali dengan alat pelindung diri (APD) atau pakaian kerja yang memadai, seperti sepatu, baju, celana, sarung tangan, topi dan masker (Chandra, 2007).

Pengelolaan limbah di Rumah Sakit juga terdapat campur tangan tenaga kerja (sanitarian), adapun peran dan fungsi seorang sanitarian adalah (widiarta, 2010):

1. Berperan sebagai tenaga pelaksana kegiatan kesehatan lingkungan, dengan fungsi:
 - a. Menentukan komponen lingkungan yang mempengaruhi kesehatan lingkungan.
 - b. Melaksanakan pemeriksaan dan pengukuran komponen lingkungan secara tepat berdasarkan prosedur yang telah ditetapkan.
 - c. Menginformasikan hasil pemeriksaan/pengukuran.
2. Berperan sebagai tenaga pengelola kesehatan lingkungan, dengan fungsi:
 - a. Menganalisis hasil pengukuran komponen lingkungan yang mempengaruhi kesehatan lingkungan.

- b. Merancang dan merekayasa intervensi masalah lingkungan yang mempengaruhi kesehatan manusia.
 - c. Mengintervensi hasil pengukuran komponen lingkungan yang mempengaruhi kesehatan manusia.
 - d. Mengorganisir intervensi masalah komponen lingkungan.
 - e. Mengevaluasi hasil intervensi masalah komponen lingkungan.
3. Berperan sebagai tenaga pengajar, pelatih dan penyuluh kesehatan lingkungan, dengan fungsi:
- a. Menginventarisasi pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat tentang kesehatan lingkungan.
 - b. Menetapkan masalah kesehatan lingkungan yang perlu diintervensi dari aspek pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat.
 - c. Merencanakan bentuk intervensi terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat tentang kesehatan lingkungan.
 - d. Melaksanakan intervensi terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat yang tidak sesuai dengan kaidah kesehatan lingkungan.
 - e. Mengevaluasi hasil intervensi.
4. Berperan sebagai tenaga peneliti kesehatan lingkungan dengan fungsi:
- a. Menentukan masalah kesehatan lingkungan.
 - b. Melaksanakan penelitian teknologi tepat guna bidang kesehatan lingkungan (Depkes RI, 2006).

2.6. Karakteristik Responden yang Berhubungan dengan Pengelolaan Limbah Medis

2.6.1. Umur

Semakin cukup umur, maka seseorang akan semakin kuat dan matang dalam berpikir dan bekerja. Orang memiliki usia lebih tua atau dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang berusia lebih muda. Usia responden merupakan karakteristik responden yang membedakan tingkat pengetahuan kedewasaan responden. Usia juga dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan atau wawasan responden (Maimunah, 2002).

Semakin cukup usia, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang dewasa lebih dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini dilihat dari sisi pengalaman dan kematangan jiwa (Wawan, 2010).

Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, mereka yang dikelompokkan sebagai tenaga kerja yaitu mereka yang berusia antara 15 tahun sampai dengan 64 tahun.

2.6.2. Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang sangat penting untuk pengembangan mutu sumber daya manusia (Konverensi Pendidikan Dasar Internasional, 2009). Pendidikan adalah suatu proses perubahan sikap dan tata laku seseorang/ kelompok orang dalam usahanya mendewasakan manusia melalui suatu upaya pengajaran dan pelatihan, tingkat pendidikan yang dimiliki seorang karyawan akan mempengaruhi pola pikir, sikap dan tindakan dalam menghadapi suatu permasalahan yang timbul khususnya dalam masalah pekerjaan. Orang yang mempunyai tingkat pendidikan yang lebih tinggi pada umumnya lebih cepat

mengatasi masalah yang dihadapi, daripada orang yang tingkat pendidikannya lebih rendah (Widiarta 2012).

Berdasarkan hasil penelitian Adhanari (2005) diketahui bahwa, variabel tingkat pendidikan mempunyai pengaruh yang positif terhadap variabel produktivitas kerja. Hal ini berarti bahwa setiap kenaikan indeks pada tingkat pendidikan akan diikuti pula oleh kenaikan indeks tingkat produktivitas secara signifikan. Sebaliknya jika terjadi penurunan variabel tingkat pendidikan maka variabel produktivitas kerjajuga akan menurun.

Munandar (2006) juga mengatakan bahwa pendidikan seseorang berpengaruh terhadap pola pikir seseorang dalam menghadapi pekerjaan yang dipercayakan kepadanya, selain itu pendidikan juga akan mempengaruhi tingkat penyerapan terhadap pelatihan yang diberikan. Tingkat pendidikan formal maupun non formal dapat mencerminkan tingkat kecerdasan dan keterampilan sehingga dapat digunakan sebagai tolak ukur dalam menentukan intelegensia seseorang. Dengan demikian, semakin rendah tingkat pendidikan seseorang, tingkat penyerapan terhadap pelatihan yang diberikan dan tingkat pemahamannya terhadap suatu pekerjaan akan semakin rendah dimana hal ini nantinya akan berpengaruh pada prestasi kerja yang dihasilkan oleh pekerja yang bersangkutan.

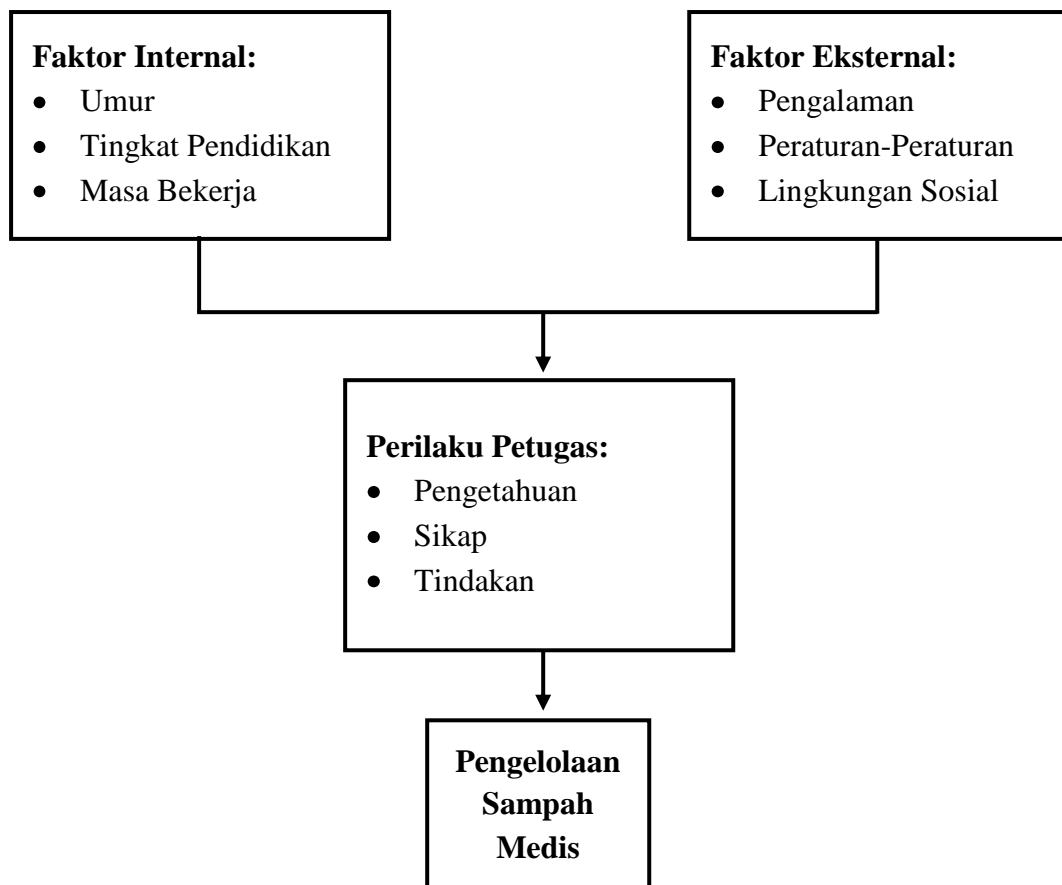
2.6.3. Masa Kerja

Masa kerja menunjukkan lamanya responden bekerja, terhitung mulai pertama kali bekerja sampai sekarang. Masa kerja yang cukup lama akan dapat memberikan pengetahuan yang baik bagi pekerja, sehingga mereka akan berhati-hati dan cenderung mentaati prosedur yang aman yang telah ditetapkan di unit

kerjanya. Namun jika pekerja memiliki masa kerja yang masih sedikit. Maka biasanya pekerja tersebut akan cenderung kurang berhati-hati (Wawan dan Dewi, 2010).

2.7. Kerangka Teori

Gambar 1. Kerangka Teori



Sumber: Dok. Pribadi (2017)

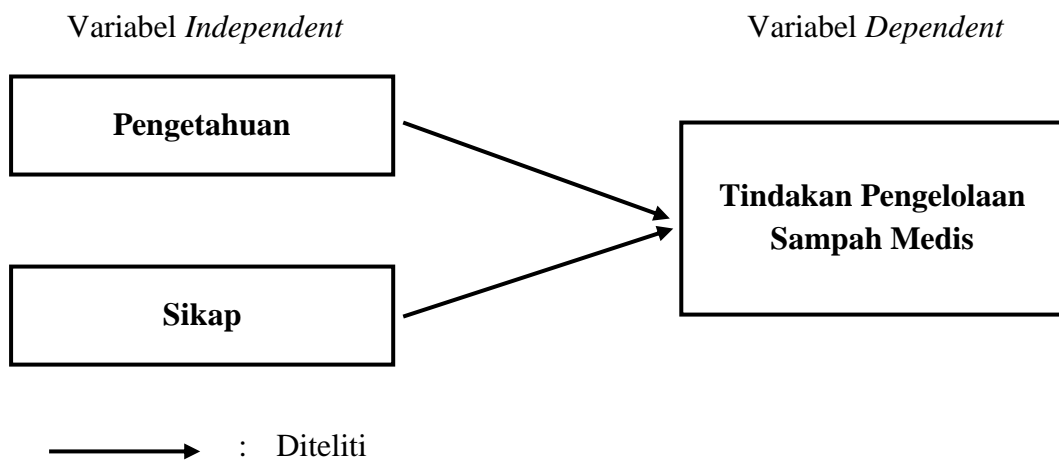
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESA PENELITIAN

3.1. Kerangka Konseptual

Sebuah penelitian mutlak memerlukan sebuah kerangka konsep. Kerangka konsep (*conceptual framework*) adalah model pendahuluan dari sebuah masalah penelitian dan merupakan refleksi dari hubungan variabel-variabel yang diteliti. Kerangka konsep dibuat berdasarkan literatur dan teori yang sudah ada (Shi, 2008) (Swarjana, 2015).

Gambar 2. Kerangka Konseptual



Keterangan:

1. Variabel bebas (*Independent*) : Pengetahuan dan sikap.
2. Variabel terikat (*dependent*); Tindakan pengelolaan sampah medis.

3.2. Hipotesa Penelitian

Hipotesis adalah hasil yang diharapkan atau hasil yang diantisipasi dari sebuah penelitian. Apabila kita mau melakukan penelitian, umumnya kita memiliki ide tentang *outcome* dari study tersebut. Outcome ataupun jawaban tersebut bisa didapatkan melalui konstruksi teori atau berdasarkan hasil penelitian sebelumnya (Thomas et el, 2010) (Swarjana, 2015).

Ha : Adanya hubungan antara pengetahuan dengan tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis.

Ha : Adanya hubungan antara sikap dengan tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Desain penelitian memberikan kerangka kerja untuk pengumpulan dan analisis data. Pemilihan desain riset merefrensikan tentang prioritas yang akan memberikan berbagai dimensi dalam proses penelitian, termasuk menggambarkan hubungan sebab akibat di anatar variable-variabel penelitian. (Bryman, 2012). (Swarjana, 2015).

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Pendekatan *cross sectional* adalah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu waktu (*point time approach*) artinya, tiap subjek penelitian hanya di observasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variable subjek penelitian diamati pada waktu yang sama (Notoatmodjo, 2014).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis di rumah sakit Griya Husada Madiun.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi adalah kumpulan dari individu atau objek atau fenomena yang secara potensial dapat diukur sebagai bagian dari penelitian (Swarjan, 2015).

Populasi dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan pengelolaan limbah medis (perawat, cleaning service, dan petugas sanitarian) di Rumah Sakit Griya Husada Madiun tahun 2017 berjumlah 47 karyawan.

4.2.2. Sampel

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2014).

Sampel dalam penelitian ini adalah semua petugas kesehatan terutama perawat, cleaning service dan sanitarian yang berjumlah 47 orang.

4.3. Teknik Sampling

Menurut Swarjana (2015) sampling adalah proses menyeleksi unit yang di observasi dari keseluruhan populasi yang akan di teliti sehingga kelompok yang di observasi dapat digunakan untuk membuat kesimpulan atau membuat inferensi tentang populasi tersebut. Tujuan dari sampling adalah untuk melakukan generalisir terhadap keseluruhan populasi penelitian (Shi, 2008).

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total sampling. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2007). Alasan mengambil total sampling karena menurut Sugiyono (2007) jumlah populasi yang kurang dari 100 seluruh populasi dijadikan sampel penelitian semuanya.

4.4. Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka kerja adalah pertahapan (langkah-langkah) dalam aktivitas ilmiah mulai dari penetapan populasi, sampel dan seterusnya, yaitu kegiatan sejak awal penelitian akan dilaksanakan (Nursalam, 2011).

Kerangka kerja pada penelitian ini dilihat pada Gambar 3. yaitu:

Gambar 3. Kerangka Kerja Penelitian



Sumber: Dok. Pribadi (2017)

4.5. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

4.5.1. Variabel Penelitian

Variabel adalah suatu atribut atau dirumuskan disini bahwa variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, obyek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya. Macam-macam variable dalam penelitian dapat dibedakan menjadi 2 yaitu :

4.5.1.1. Variabel Bebas (Independent)

Variabel yang menyebabkan adanya suatu perubahan terhadap variabel lain. Akibat perubahan yang ditimbulkannya, maka variabel ini disebut variabel independen atau variabel bebas (Swarjana, 2015).

Dalam penelitian ini variabel Independen (bebas) adalah pengetahuan dan sikap petugas kesehatan di Rumah sakit Griya Husada Madiun 2017.

4.5.1.2. Variabel Terikat (Dependent)

Variabel yang mengalami perubahan sebagai akibat dari perubahan independen. Oleh karena itu, maka variabel dependen ini juga dikenal sebagai variabel terikat atau variabel tergantung (Swarjana, 2015).

Dalam penelitian ini variabel Dependen adalah tindakan pengelolaan limbah medis di Rumah sakit Griya Husada Madiun 2017.

4.5.2. Definisi Operasional

Tabel 4.1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala Data	Skor	Kategori
Variabel Bebas (<i>Independent</i>)						
Pengetahuan pengelolaan limbah medis	Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui seseorang tentang pengelolaan sampah medis.	Pengetahuan terhadap pemilihan, pengumpulan, pengangkutan, dan pemusnahan limbah medis.	Tes	Nominal	Benar = 1 Salah = 0	Baik = $\geq 50\%$ Tidak Baik = $< 50\%$
Sikap pengelolaan limbah medis	Sikap adalah suatu evaluasi atau tindakan seseorang terhadap pengelolaan sampah medis.	Sikap terhadap pemilihan, pengumpulan, pengangkutan, dan pemusnahan limbah medis.	Kuesioner	Nominal	Setuju = 1 Tidak Setuju = 0	Positif = $\geq 50\%$ Negatif = $< 50\%$
Variabel Terikat (<i>Dependent</i>)						
Tindakan pengelolaan limbah medis	Tindakan adalah sikap seseorang dalam menangani pengelolaan sampah medis.	Tindakan terhadap pemilihan, pengumpulan, pengangkutan, dan pemusnahan limbah medis.	Kuesioner	Nominal	Setuju = 1 Tidak Setuju = 0	Baik = $\geq 50\%$ Tidak Baik = $< 50\%$

4.6. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat ukur yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen penelitian dapat berupa : kuesioner (daftar pertanyaan), formulir observasi, formulir-formulir lain yang berkaitan dengan pencatatan data dan sebagainya (Notoatmodjo, 2014).

Pengukuran variabel penelitian ini dilakukan melalui tes dan kuesioner yang disebar kepada responden, untuk pengisian variabel pengetahuan petugas kesehatan pengelolaan sampah medis dengan menggunakan tes yang berupa kuesioner sedangkan untuk pengisian kuesioner variabel sikap dan tindakan petugas kesehatan pengelolaan sampah medis diukur dengan menggunakan skala Guttman.

Sugiyono (2014) menjelaskan skala pengukuran dengan tipe Guttman, akan didapatkan jawaban yang tegas. Data yang diperoleh dapat berupa data interval atau rasio dikhotomi (dua alternatif). Skala Guttman selain dapat dibuat dalam bentuk pilihan ganda, juga dapat dibuat dalam bentuk *checklist*. Jawaban dapat dibuat skor:

Setuju = 1
 TidakSetuju = 0

4.6.1. Metode Penilaian

Metode penilaian yang digunakan adalah pengetahuan, sikap, dan tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis.

Aspek pengetahuan, sikap dan tindakan dinilai dengan rumus:

$$P = \frac{F \times 100\%}{N}$$

Keterangan:

P = Persentase
 F = Jumlah skor jawaban
 N = Jumlah skor maksimal

Menurut Arikunto (2010) setelah persentase diketahui kemudian dapat diinterpretasikan dengan kriteria:

Baik/Positif = $\geq 50\%$
 Tidak Baik/Negatif = $< 50\%$

4.7. Lokasi dan Waktu Penelitian

4.7.1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di Rumah sakit Griya Husada Madiun pada bulan Juli 2017.

4.7.2. Waktu Penelitian

Penyusunan penelitian proposal ini dimulai sejak bulan Mei 2017 sampai bulan Juni 2017. Kegiatan penelitian akan dilanjutkan dengan pengumpulan data dan analisis data yang dilaksanakan pada bulan Juli-Agustus 2017.

4.8. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam penelitian (Nursalam, 2013). Prosedur pengumpulan data, sebagai berikut:

4.8.1. Tahap Pelaksanaan

1. Peneliti melakukan pendekatan kepada responden untuk memberikan penjelasan bila responden bersedia maka dipersilahkan untuk menandatangani lembar persetujuan (*inform consent*).
2. Responden diberikan penjelasan cara pengisian kuisioner.

3. Peneliti mendampingi responden dalam melakukan pengisian kuisisioner dengan tujuan agar jika ada sesuatu yang kurang jelas, responden dapat langsung menanyakan kepada peneliti maupun asisten peneliti.
4. Responden harus mengisi kuisisioner dengan lengkap atas pertanyaan yang telah diberikan oleh peneliti.
5. Peneliti melakukan pengecekan dan mengklarifikasi apabila responden kurang tepat dalam melakukan pengisian kuisisioner.

Peneliti melakukan pengumpulan data yang bersumber pada data primer dan data sekunder yaitu:

A. Data Primer

Data Primer diperoleh langsung dari hasil observasi dan wawancara menggunakan kuesioner oleh peneliti secara langsung mengenai hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis di rumah sakit Griya Husada Madiun.

B. Data Sekunder

Data Sekunder diperoleh dari data di Rumah Sakit Griya husada Madiun, berupa sop pengelolaan limbah medis dan profil Rumah Sakit Griya Husada Madiun.

4.9. Teknik Analisis Data

4.9.1. Pengelolaan Data

Pengelolaan dan analisis data hanyalah sebagai alat, sehingga kita tidak dapat mengandalkan sepenuhnya komputer (Notoadmodjo, 2014) Setelah data terkumpul, dilakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut :

4.9.1.1. Editing

Hasil wawancara angket atau pengamatan dari lapangan harus dilakukan penyuntingan (editing) terlebih dahulu. Secara umum editing adalah merupakan kegiatan untuk pengecekan isian formulir atau kuisioner apakah jawaban yang ada dikuesioner sudah lengkap, jelas, relevan, dan konsisten.

4.9.1.2. Coding

Setelah semua kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan peng”kodean” atau “coding”, yakni mengubah data berbentuk kalimat. Responden dengan kategori Baik/Positif diberi kode 1 dan responden dengan kategori Tidak Baik/Negatif diberi kode 0.

4.9.1.3. Entry Data

Memasukkan jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang berbentuk kode angka ke dalam paket program SPSS for Windows.

4.9.1.4. Tabulasi

Setelah dilakukan persisihan data, langkah selanjutnya yang dilakukan peneliti adalah mengelompokkan data ke dalam suatu tabel menurut sifat-sifat yang dimiliki dengan tujuan penelitian dalam mengidentifikasi data.

4.9.2. Analisis Data

Setelah semua data terkumpul, dianalisa secara sistematis dan disajikan dalam tabulasi silang antara variabel independen dan variabel dependen. Langkah selanjutnya adalah menganalisis data, analisis data dalam penelitian ini menggunakan teknik sebagai berikut:

4.9.2.1. Analisis Univariat

Analisis univariate bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik tiap variable penelitian. Bentuk analisis univariate tergantung dari jenis datanya. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel. Misalnya distribusi frekuensi responden berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2014).

4.9.2.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariante yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2014).

Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *statistik Chi Square*. Variabel independen dan variabel dependen (x^2) dengan derajat kepercayaan 95% ($\alpha, < 0,05$). Penelitian antara dua variabel dikatakan bermakna jika mempunyai nilai $p \leq 0,05$ dan dikatakan tidak bermakna jika mempunyai nilai $p > 0,05$. Pada studi *cross sectional* estimasi resiko relative dinyatakan dengan rasio prevalenc (RP). Syarat pembacaan hasil output chi-square dalam SPSS yaitu $RP > 1$, artinya ada hubungan namun variabel tersebut menjadi pengaruh dan $RP < 1$, artinya ada hubungan namun variabel tidak menjadi pengaruh, Data diambil berdasarkan kunjungan langsung peneliti dengan menggunakan kuesioner serta pengamatan langsung.

4.10. Etika Penelitian

Dalam penelitian, banyak hal yang harus dipertimbangkan, tidak hanya metode, desain, dan sapek lainnya, tetapi ada banyak hal sangat penting dan serius

yang harus diperhatikan oleh peneliti yaitu “*Ethical Principles*” hal ini memang menjadi pertimbangan dan hal mutlak yang harus dipatuhi oleh peneliti di bidang apapun, termasuk bidang kesehatan, keperawatan, kebidanan, kedokteran, dan lain-lain. Berikut ini dijelaskan tentang prinsip-prinsip etika dalam penelitian (Polit and Beck, 2003) (Swarjana, 2015), yaitu:

1. Menghormati otonomi kapasitas dari partisipan penelitian, partisipan harus bebas dari konsekuensi negative akibat penelitian yang dilakukan.
2. Mencegah dan meminimalisir hal yang berbahaya.
3. Dalam penelitian, peneliti tidak hanya menghormati partisipan, tetapi juga hormat terhadap keluarga dan kerabat lainnya.
4. Memastikan bahwa *benefit* dan *burdens* dalam penelitian *equitably distributed*.
5. Memproteksi *privacy* partisipan semaksimal mungkin.
6. Memastikan integritas proses penelitian.
7. Membuat laporan tentang hal-hal yang bersifat *suspected, alleged, or known incidents of scientific misconduct in research*.

Kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk tahap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti (subjek penelitian) dan masyarakat yang akan memperoleh dampak dari hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2012).

4.10.1. *Informed Consent* (Informasi untuk Responden)

Informed consent merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan informan dengan memberikan lembar persetujuan melalui informed consent,

kepada responden sebelum penelitian dilaksanakan. Setelah calon responden memahami penjelasan peneliti terkait penelitian ini, selanjutnya peneliti memberikan lembar informed consent untuk ditandatangani oleh sampel penelitian.

4.10.2. *Anonymity* (Tanpa Nama)

Anonymity merupakan usaha menjaga kerahasiaan tentang hal-hal yang berkaitan dengan data responden. Pada aspek ini peneliti tidak mencantumkan nama responden melainkan inisial nama responden dan nomor responden pada kuesioner.

4.10.3. *Confidentiality* (Kerahasiaan Informasi)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Pada aspek ini, data yang sudah terkumpul dari responden bersifat rahasia dan penyimpanan dilakukan di file khusus milik pribadi sehingga hanya peneliti dan responden yang mengetahuinya.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum

5.1.1 Gambaran Umum RS Griya Husada Madiun

Rumah Sakit Griya Husada adalah rumah sakit tipe D yang terletak di Jl. Meyjend. Pandjaitan No.22 Kel.Banjarejo, Kec. Taman Kota Madiun. Rumah Sakit Griya Husada Madiun didirikan oleh PT. Griya Husada Utama Sejahtera yang diresmikan pada tahun 2006. Rumah Sakit Griya Husada Madiun didirikan sejak akhir tahun 2005 oleh PT. Griya Husada Utama Sejahtera diatas tanah seluas 4.284 m^2 dengan luas bangunan 4230 m^2 . Dan mulai beroperasi sejak bulan Mei 2006, sesuai dengan Surat Keputusan dari Kepala Dinas Tk. I Propinsi Jawa Timur nomer : 442.1 / 3630 / 111.4 / 2006 tentang Ijin Uji Coba Operasional Rumah Sakit Griya Husada Madiun. Dan kemudian disahkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia dengan diterbitkannya Kepmenkes RI no. HK.07.06/III/2346/08 pada 4 Juli 2008 tentang Ijin Operasional Rumah Sakit.

Visi, Misi dan Motto Rumah Sakit Griya Husada Madiun

1. Visi Rumah Sakit Griya Husada Madiun

“Mewujudkan Rumah Sakit Griya Husada yang professional dengan mengutamakan pelayanan yang bermutu”.

2. Misi Rumah Sakit Griya Husada Madiun

Untuk tercapainya visi organisasi, RS Griya Husada Madiun mempunyai misi sebagai berikut :

- 1) Rumah Sakit Griya Husada Madiun mempunyai misi dengan meningkatkan kualitas SDM dan sarana, prasarana, RS Griya Husada Madiun menuju suatu rumah sakit yang profesional dan bermutu.
- 2) Rumah Sakit Griya Husada Madiun bertugas untuk menyediakan upaya pelayanan kesehatan yang berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilakukan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

3. Motto

“Kepuasan Anda, Kebahagiaan Kami”.

Ketenagakerjaan

Tabel 5.1 Ketenagakerjaan RS. Griya Husada Madiun 2016

No.	Ketenagakerjaan	Total (L + P)
1.	Tenaga Medis/Dokter	42
2.	Tenaga Keperawatan dan Bidan	57
3.	Tenaga Penunjang Medis	19
4.	Tenaga Kesmas dan Kesling	1
5.	Tenaga Non-Kesehatan	49
Jumlah		168

Sumber: Data Sekunder 2016

Tabel 5.1. menunjukkan jumlah ketenagakerjaan di RS Griya Husada Madiun sebanyak 168 yang dibagi menjadi lima, yaitu Tenaga medis/Dokter yang berjumlah 42 orang merupakan dokter tamu dan dokter tetap yang berada di rumah sakit dan secara structural rumah sakit griya husada hanya mempunyai 2 orang dokter tetap. tenaga keperawatan yang berjumlah 57 orang, tenaga penunjang medis meliputi farmasi, gizi, laboratorium, ATEM dan Radiologi

berjumlah 19 orang, tenaga kesmas dan kesling sebanyak 1 orang, tenaga non-kesehatan yang berjumlah 49 orang. Seluruh tenaga medis, para-medis dan penunjang medis yang bekerja di RS Griya Husada harus wajib STR dan SIP yang masih berlaku.

5.1.2 Gambaran Umum Pengelolaan Sampah Medis di RS Griya Husada Madiun

Pengelolaan sampah medis di Rumah Sakit Griya Husada Madiun melakukan beberapa tahapan yaitu pemilahan sampah, penampungan sampah, pengangkutan, penampungan sementara serta pemusnahan sampah. Pengelolaan sampah medis di Rumah Sakit Griya Husada Madiun menjadi tanggung jawab perawat, cleaning service dan petugas sanitarian.

5.2. Hasil Penelitian

5.2.1. Karakteristik Data Umum

Karakteristik respondem menurut umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lama bekerja disajikan pada tabel berikut.

1. Karakteristik Umur Responden Dalam Upaya Pengelolaan Sampah Medis Di Rumah Sakit Griya Husada Madiun Tahun 2017.

Tabel 5.2 Karakteristik Umur Responden Dalam Upaya Pengelolaan Sampah Medis Di Rumah Sakit Griya Husada Madiun Tahun 2017.

No.	Umur	Frekuensi	Persentase
1.	20 – 28 tahun	16	34,04%
2.	29 – 38 tahun	25	53,19%
3.	39 – 48 tahun	6	12,77%
Jumlah		47	100%

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan Tabel 5.2 di atas, terlihat bahwa sebagian besar responden berusia 29–38 th dengan persentase sebesar 53,19%, dengan rincian sebagai berikut : umur 20-28 tahun sebanyak 16, umur 29-38 tahun sebanyak 25 dan umur 30-48 sebanyak 6.

2. Karakteristik Jenis Kelamin Responden Dalam Upaya Pengelolaan Sampah Medis Di Rumah Sakit Griya Husada Madiun Tahun 2017.

Tabel 5.3 Karakteristik Responden Petugas Kesehatan Dalam Upaya Pengelolaan Sampah Medis Di Rumah Sakit Griya Husada Madiun Tahun 2017.

No.	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
1.	Laki-Laki	22	46,81%
2.	Perempuan	25	53,19%
Jumlah		47	100%

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan Tabel 5.3 di atas, terlihat bahwa sebagian besar responden adalah perempuan dengan rincian laki-laki sebanyak 22 responden (46,81%) dan perempuan

3. Karakteristik Pendidikan Responden Dalam Upaya Pengelolaan Sampah Medis Di Rumah Sakit Griya Husada Madiun Tahun 2017.

Tabel 5.4 Karakteristik Pendidikan Responden Dalam Upaya Pengelolaan Sampah Medis Di Rumah Sakit Griya Husada Madiun Tahun 2017

No.	Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase
1.	SD/Sederajat	1	2,13%
2.	SMP/Sederajat	1	2,13%
3.	SMA/Sederajat	7	14,89%
4.	Diploma/Perguruan Tinggi	38	80,85%
Jumlah		47	100%

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan Tabel 5.4 di atas, terlihat bahwa sebagian besar pendidikan responden adalah Diploma/PT yaitu sebanyak 38 responden (80,85%), SD

sebanyak 1 responden (2,13%), SMP sebanyak 1 responden (2,13%) dan SMA sebanyak 7 responden (14,89%).

4. Karakteristik Lama Bekerja Responden Dalam Upaya Pengelolaan Sampah Medis Di Rumah Sakit Griya Husada Madiun Tahun 2017.

Tabel 5.5 Karakteristik Lama Bekerja Responden Dalam Upaya Pengelolaan Sampah Medis Di Rumah Sakit Griya Husada Madiun Tahun 2017.

No.	Masa Kerja	Frekuensi	Persentase
1.	< 1 tahun	8	19,15%
2.	1–5 tahun	16	29,79%
3.	6–10 tahun	14	34,04%
4.	> 10 tahun	9	17,02%
Jumlah		47	100%

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan Tabel 5.5 di atas, terlihat bahwa sebagian besar responden memiliki masa kerja 1–5 tahun dengan rincian kurang dari 1 tahun sebanyak 8 responden (19,15%), lama bekerja 1-5 tahun sebanyak 16 responden (29,79%), lama bekerja 6-10 tahun sebanyak 14 responden (34,04%), dan lebih dari 10 tahun sebanyak 9 responden (17,02%).

5.2.2. Hasil Penilaian Pengetahuan tentang Pengelolaan Sampah Medis

Dari hasil penelitian diperoleh data distribusi responden berdasarkan pengetahuan pengelolaan sampah medis didapat hasil sebagai berikut :

Tabel 5.6 Distribusi Pengetahuan Responden Berdasarkan Variabel Pengetahuan tentang Pengelolaan Sampah Medis

No.	Kategori	Pengetahuan Pengelolaan Sampah Medis	Persentase
1.	Baik	40	85,11%
2.	Tidak Baik	7	14,89%
Jumlah		47	100%

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan tabel 5.6 dapat diketahui dari 47 responden di Rumah Sakit Griya Husada Madiun dalam variabel pengetahuan tentang pengelolaan sampah medis kategori baik sebanyak 40 responden (85,11%) dan yang termasuk dalam kategori tidak baik sebanyak 7 responden (14,89%).

5.2.3. Hasil Penilaian Sikap tentang Pengelolaan Sampah Medis

Dari hasil penelitian diperoleh data distribusi responden berdasarkan sikap pengelolaan sampah medis didapat hasil sebagai berikut :

Tabel 5.7 Data Hasil Analisis Deskriptif Variabel Sikap Terhadap Pengelolaan Sampah Medis Rumah Sakit

No.	Sikap Petugas Pengelolaan Sampah Medis	Frekuensi	Persentase
1.	Positif	40	85,11%
2.	Negatif	7	14,89%
Jumlah		47	100%

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan tabel 5.7 dapat diketahui dari 47 responden pengelolaan sampah medis di rumah sakit griya husada madiun dalam sikap dengan kategori positif sebanyak 40 responden (85,11%) dan yang termasuk kategori negatif sebanyak 7 responden (14,89%).

5.2.4. Hasil Penilaian Tindakan tentang Pengelolaan Sampah Medis

Dari hasil penelitian diperoleh data distribusi responden berdasarkan sikap pengelolaan sampah medis didapat hasil sebagai berikut :

Tabel 5.8 Data Hasil Analisis Deskriptif Variabel Sikap Terhadap Pengelolaan Sampah Medis Rumah Sakit

No.	Kategori	Frekuensi	Persentase
1.	Baik	38	80,85%
2.	Tidak Baik	9	19,15%
Jumlah		47	100%

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan tabel 5.8 dapat diketahui dari 47 responden yang mempunyai kategori baik sebanyak 38 responden (80,85%) dan yang termasuk kategori tidak baik sebanyak 9 responden (19,15%).

5.2.5. Analisis Bivariate Variabel Penelitian

Pada analisis bivariate, variabel independen (pengetahuan dan sikap) dihubungkan dengan variabel dependen (tindakan) yang diuji dengan Uji *Chi Square*. Dari hasil uji silang antara variabel independen dengan variabel dependen akan ditunjukkan pada tabel berikut :

5.2.5.1. Analisis Hubungan Pengetahuan dengan Tindakan Pengelolaan Sampah Medis

Tabel 5.9 Tabulasi Silang Pengetahuan terhadap Tindakan Petugas Kesehatan Dalam Upaya Pengelolaan Sampah Medis Rumah Sakit Griya Husada Madiun Tahun 2017

Pengetahuan	Tindakan				Total		P-Value
	Tidak Baik		Baik		n	%	
	N	%	N	%			
Tidak Baik	5	10,64	2	4,25	7	14,89	0,001
Baik	4	8,51	36	76,59	40	85,11	
Total	9	19,15	38	80,84	47	100	
OR = 22,5 ; CI 95% = 3,240 – 156,269							

Berdasarkan Tabel 5.9. hasil analisis bivariate diketahui bahwa petugas kesehatan yang memiliki pengetahuan dan tindakan yang tidak baik terdapat 5 responden dengan besar persentase 10,64%. Petugas kesehatan dengan pengetahuan baik namun tindakan tidak baik terdapat 4 responden dengan besar persentase 8,51%. Petugas kesehatan dengan pengetahuan tidak baik namun

tindakan baik terdapat 2 responden dengan besar persentase 4,25%. Sedangkan petugas kesehatan dengan pengetahuan dan tindakan yang baik terdapat 36 responden dengan besar persentase 76,59%.

Hasil uji statistik diperoleh nilai *P-Value* = 0,001 dimana hasil ini lebih kecil dari nilai *alfa p* = 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan tindakan petugas kesehatan tentang pengelolaan sampah medis rumah sakit.

Nilai OR pada Tabel 5.9. di atas adalah sebesar 22,5. Ini mengandung makna bahwa tindakan petugas kesehatan terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit dengan pengetahuan baik, 22,5 kali lebih besar jika dibandingkan dengan dengan petugas kesehatan terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit dengan pengetahuan tidak baik.

Nilai CI 95% ini juga berarti bahwa pada populasi dimana kita mengambil sampel nilai OR nya berkisar antara 3,240 hingga 156,269. Hal ini mengandung makna bahwa tindakan petugas kesehatan terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit dengan pengetahuan baik dimana sampel diambil adalah sebesar 3,240 kali hingga 156,269 kali lebih besar jika dibandingkan dengan dengan petugas kesehatan terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit dengan pengetahuan tidak baik.

5.2.5.2. Analisis Hubungan Sikap dengan Tindakan Pengelolaan Sampah Medis

Tabel 5.10 Tabulasi Silang Silang terhadap Tindakan Petugas Kesehatan Dalam Upaya Pengelolaan Sampah Medis Rumah Sakit Griya Husada Madiun Tahun 2017

Sikap	Tindakan				Total		P-Value
	Tidak Baik		Baik		n	%	
	N	%	N	%			
Negatif	4	8,51	3	6,38	7	14,89	0,025
Positif	5	10,64	35	74,47	40	85,11	
Total	9	19,15	38	80,85	47	100	
OR = 9,33 ; CI 95% = 1,596 – 54,578							

Berdasarkan Tabel 5.10. hasil analisis bivariate diketahui bahwa petugas kesehatan yang memiliki sikap negatif dan tindakan yang tidak baik terdapat 4 responden dengan besar persentase 8,51%. Petugas kesehatan dengan sikap positif namun tindakan tidak baik terdapat 5 responden dengan besar persentase 10,64%. Petugas kesehatan dengan sikap negatif namun tindakan baik terdapat 3 responden dengan besar persentase 6,38%. Sedangkan petugas kesehatan dengan sikap positif dan tindakan yang baik terdapat 35 responden dengan besar persentase 74,47%.

Hasil uji statistik diperoleh nilai *P-Value* = 0,025 dimana hasil ini lebih kecil dari nilai *alfa p* = 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara sikap dengan tindakan petugas kesehatan tentang pengelolaan sampah medis rumah sakit.

Nilai OR pada Tabel 5.10. di atas adalah sebesar 9,33. Ini mengandung makna bahwa tindakan petugas kesehatan terhadap pengelolaan sampah medis

rumah sakit dengan sikap positif, 9,33 kali lebih besar jika dibandingkan dengan dengan petugas kesehatan terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit dengan sikap negatif.

Nilai CI 95% ini juga berarti bahwa pada populasi dimana kita mengambil sampel nilai OR nya berkisar antara 1,596 hingga 54,578. Hal ini mengandung makna bahwa tindakan petugas kesehatan terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit dengan sikap positif dimana sampel diambil adalah sebesar 1,596 kali hingga 54,578 kali lebih besar jika dibandingkan dengan dengan petugas kesehatan terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit dengan sikap negatif.

5.3. Pembahasan

5.3.1. Hubungan Pengetahuan dengan Tindakan Pengelolaan Sampah Medis

Menurut tabel 5.9 sebanyak 36 (76,59%) responden memiliki pengetahuan dan tindakan yang baik terhadap pengelolaan sampah medis di rumah sakit Griya Husada Madiun. Masih terdapat 2 (4,25%) responden dengan tindakan baik namun pengetahuan tentang pengelolaan sampah medis di rumah sakit Griya Husada Madiun tidak baik. Selain itu juga masih terdapat 4 (8,51%) responden dengan pengetahuan baik, namun tindakan terhadap pengelolaan sampah medis di rumah sakit Griya Husada Madiun tidak baik. Bahkan masih terdapat 5 (10,64%) responden yang memiliki pengetahuan dan tindakan yang tidak baik terhadap pengelolaan sampah medis di rumah sakit Griya Husada Madiun. Masih terdapatnya responden yang memiliki pengetahuan dan tindakan yang tidak baik terhadap pengelolaan sampah rumah sakit, hal ini dikarenakan latar belakang pendidikan responden yang lulusan SMP bahkan SD. Dengan pengetahuan yang

kurang didapatkan di bangku pendidikan, mengakibatkan tindakan yang dilakukan menjadi kurang baik terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit.

Berdasarkan jawaban responden dari kuesioner pengetahuan, diketahui bahwa terdapat 40 responden sudah mengetahui dengan baik bagaimana pengelolaan sampah medis, namun 7 responden petugas kesehatan masih memiliki tindakan dengan kategori tidak baik, hal ini menunjukkan bahwa 14,89% petugas kesehatan belum mengetahui dengan baik tentang pengelolaan sampah medis. Terdapat tiga item pertanyaan yang memiliki jawaban salah dengan jumlah responden paling banyak. Pertanyaan dengan nomor 1, 3 dan 8, masing-masing memiliki jumlah responden 13, 13 dan 14 yang menjawab salah. Padahal pada tiga pertanyaan tersebut, merupakan pengetahuan dasar pada pengelolaan sampah medis di rumah sakit. Hal ini juga yang mengakibatkan masih adanya tindakan petugas kesehatan yang memiliki tindakan tidak baik terhadap pengelolaan sampah medis di rumah sakit.

Pengetahuan petugas kesehatan pengelolaan sampah medis sudah cukup baik, namun dilihat dari tindakan petugas kesehatan dalam pengelolaan sampah medis masih kurang memperhatikan tindakan pengelolaan sampah medis. Pemilihan, pengumpulan, penampungan, pengangkutan, dan pemusnahan sampah medis berdasarkan pengetahuan tahapan pengelolaan sampah medis hanya 7 orang (14,89%) yang menjawab salah, namun 40 orang (85,11%) sudah menjawab benar.

Hasil uji statistik menunjukkan nilai $P\text{-Value} = 0,001$ dimana nilai ini lebih kecil dari nilai $\alpha p = 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat

hubungan antara pengetahuan dengan tindakan petugas kesehatan tentang pengelolaan sampah medis rumah sakit. Nilai OR sebesar 22,5 mengandung makna bahwa tindakan petugas kesehatan terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit dengan pengetahuan baik, 22,5 kali lebih besar jika dibandingkan dengan dengan petugas kesehatan terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit dengan pengetahuan tidak baik. Sedangkan nilai CI mengandung makna bahwa tindakan petugas kesehatan terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit dengan pengetahuan baik dimana sampel diambil adalah sebesar 3,240 kali hingga 156,269 kali lebih besar jika dibandingkan dengan dengan petugas kesehatan terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit dengan pengetahuan tidak baik.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lilis Nurhayanti (2016) di Ruang Rawat Inap RSUD Sukoharjo diperoleh hasil ada hubungan antara pengetahuan dan tindakan dan tidak sejalan dengan penelitian Maria Magdalena di RSUD (2013) Kabupaten Kebumen dengan hasil tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan tindakan.

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkatan yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2014). Faktor pengetahuan tentang sampah sangat penting untuk ditanamkan pada setiap perawat yang akan melakukan pembuangan sampah rumah sakit. Salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan dengan memberikan pelatihan atau penyuluhan sebagai sarana pemberian pendidikan khususnya perawat untuk berperilaku membuang sampah medis sesuai dengan tempatnya (Sholikhah, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pengetahuan tentang pengelolaan sampah medis yang baik belum tentu diikuti dengan tindakan pengelolaan sampah medis yang baik pula. Masih perlu dilakukan penambahan pengetahuan tentang pengelolaan sampah medis rumah sakit terhadap peguas kesehatan, agar tindakan yang dilakukan sesuai dengan apa yang harus dikerjakannya. Sampah medis sangat memerlukan penanganan khusus, agar dapat meminimalisir dampak negatif yang dapat ditimbulkan sehingga tidak mengganggu orang-orang di sekitar rumah sakit.

5.4.1. Hubungan Sikap dengan Tindakan Pengelolaan Sampah Medis

Pada tabel 5.10 terdapat sebanyak 38 (80,85%) responden yang memiliki sikap positif dan tindakan yang baik terhadap pengelolaan sampah medis di Rumah Sakit Griya Husada Madiun. Tetapi juga masih ada 3 (6,38) responden dengan sikap negatif namun tindakan yang baik terhadap pengelolaan sampah medis di Rumah Sakit Griya Husada Madiun. Masih ada juga 5 (10,64%) responden dengan sikap positif namun tindakan terhadap pengelolaan sampah medis di Rumah Sakit Griya husada Madiun tidak baik. Bahkan terdapat 4 (8,51%) responden yang memiliki sikap negatif dan tindakan yang tidak baik terhadap pengelolaan sampah medis di Rumah Sakit Griya Husada Madiun. Terdapatnya responden yang memiliki sikap negatif dan tindakan yang tidak baik terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit, diakibatkan oleh latar belakang pendidikan yang hanya lulusan SD, SMP dan SMA. Usia responden yang masih relatif muda, yaitu 20 – 28 tahun dan masa kerja ≤ 5 tahun, membuat pengalaman terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit masih kurang.

Hasil jawaban responden dari keusioner sikap menunjukkan terdapat item pernyataan yang memiliki jawaban tidak baik paling banyak. Pernyataan dengan nomor 6, memiliki jawaban tidak baik sebanyak 12 responden. Pernyataan ini berhubungan dengan sikap petugas kesehatan yang saling menegur apabila terjadi kesalahan yang dilakukan oleh rekan kerjanya. Dengan jawaban yang diberikan oleh responden, menunjukkan bahwa mereka tidak saling menegur apabila ada kesalahan sikap yang ditunjukkan oleh rekan kerjanya. Oleh karena itu, tindakan dalam pengelolaan sampah rumah sakit menjadi tidak baik.

Hasil uji statistik menunjukkan nilai $P\text{-Value} = 0,025$ dimana hasil ini lebih kecil dari nilai $\alpha p = 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara sikap dengan tindakan petugas kesehatan tentang pengelolaan sampah medis rumah sakit. Nilai OR sebesar 9,33 mengandung makna bahwa tindakan petugas kesehatan terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit dengan sikap positif, 9,33 kali lebih besar jika dibandingkan dengan dengan petugas kesehatan terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit dengan sikap negatif. Sedangkan nilai CI mengandung makna bahwa tindakan petugas kesehatan terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit dengan sikap positif dimana sampel diambil adalah sebesar 1,596 kali hingga 54,578 kali lebih besar jika dibandingkan dengan dengan petugas kesehatan terhadap pengelolaan sampah medis rumah sakit dengan sikap negatif.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lilis Nurhayanti (2016) di Ruang Rawat Inap RSUD Sukoharjo diperoleh hasil ada hubungan antara sikap dan tindakan dan tidak sejalan dengan penelitian Maria

Magdalena di RSUD (2013) Kabupaten Kebumen dengan hasil tidak ada hubungan antara sikap dengan tindakan.

Sikap belum tentu terwujud ke dalam tindakan. Sehingga dengan proses berpikir secara baik di dukung dengan pengetahuan yang baik akan menghasilkan sikap yang baik (positif). Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya (Fahriyah, 2015).

Sikap responden yang baik akan berhubungan dengan tindakan dalam upaya pengelolaan sampah medis karena dinilai responden memahami betul pengetahuan tentang pengelolaan sampah medis. Sikap juga dapat didasari oleh pengalaman, lingkungan kerja dan fasilitas yang tersedia. Seperti sikap responden yang ditunjukkan pada hasil kuesioner yang menunjukkan jawaban sangat setuju berkaitan dengan penampungan, pengangkutan, pemusnahan dalam pengelolaan sampah medis harus menggunakan gerobak tertutup dan petugas pengangkut sampah medis memakai alat pelindung diri. Namun demikian dengan adanya keterbatasan alat pelindung diri dan gerobak tertutup pengangkut sampah medis tidak tersedia sehingga mereka tidak menerapkannya.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa sikap tentang pengelolaan sampah yang baik belum tentu diikuti tindakan yang baik juga. Dalam menangani sampah medis di rumah sakit, petugas kesehatan harus dapat bertindak dengan cepat dan tepat, agar dampak negatif yang dapat ditimbulkan dari sampah medis tidak terjadi. Untuk dapat bertindak dengan cepat dan tepat, petugas kesehatan harus memiliki sikap yang positif.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian yang telah dikemukakan di BAB 5, kesimpulan yang dapat ditarik dalam penelitian ini adalah:

1. Sebanyak 85,11% responden memiliki pengetahuan dengan kategori baik dan 14,89% responden memiliki pengetahuan dengan kategori tidak baik. 85,11% responden memiliki sikap positif dan 14,89% responden memiliki sikap negatif. Serta sebanyak 80,85% responden memiliki tindakan yang baik dan 19,15% responden memiliki tindakan yang tidak baik.
2. Terdapat hubungan antara pengetahuan dengan tindakan petugas kesehatan tentang pengelolaan sampah medis rumah sakit, hal ini ditunjukkan oleh nilai *P-Value* = 0,001 dimana hasil ini lebih kecil dari nilai *alfa* $p = 0,05$.
3. Terdapat hubungan antara sikap dengan tindakan petugas kesehatan tentang pengelolaan sampah medis rumah sakit, hal ini ditunjukkan oleh nilai *P-Value* = 0,025 dimana hasil ini lebih kecil dari nilai *alfa* $p = 0,05$.

6.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan yang dikemukakan di atas, maka saran yang dapat diampaikan adalah:

6.2.1. Bagi Petugas Kesehatan

1. Pengetahuan petugas kesehatan tentang pengelolaan sampah medis lebih ditingkatkan lagi seperti memberikan pelatihan kepada petugas kesehatan supaya tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis lebih baik lagi.
2. Sikap petugas kesehatan tentang pengelolaan sampah medis lebih ditingkatkan lagi untuk tindakan petugas kesehatan dalam upaya pengelolaan sampah medis dan menerapkan SOP pengelolaan sampah medis yang sudah ada.
3. Untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan bagi petugas kesehatan terutama perawat, cleaning services, dan sanitarian perlu diadakan diklat secara rutin.

6.2.2. Bagi Rumah Sakit Griya Husada Madiun

1. Direktur rumah sakit memberikan pelatihan yang baik kepada petugas kesehatan tentang pengelolaan sampah medis yang baik.
2. Direktur rumah sakit harus menyediakan tempat penampungan sampah medis yang memadai agar sampah medis bisa terkelola dengan baik.
3. Perlu adanya pengawasan terhadap perilaku pengelolaan sampah medis agar pelaksanaan SOP dapat diterapkan dilapangan kerja.

6.2.3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Perlu dilakukan penelitian lanjutan terhadap banyak responden seperti bidan serta variabel-variabel yang lainnya seperti variabel umur, pendidikan, masa kerja, serta lingkungan sosial yang berhubungan dengan tindakan pengelolaan sampah medis di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhanary, M. A. (2005). *Pengaruh Tingkat Pendidikan terhadap Produktivitas Kerja Karyawan Bagian Produksi pada Maharani Handicraf di Kabupaten Bantul*. UNNES.
- Anwar, s. (2011). *Sikap Manusia:Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Asmarhany, C. D. (2014). *Pengelolaan Limbah Medis Padat di Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Kabupaten Jepara*. UNNES.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian:Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Chandra, B. (2007). *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Depkes RI Tahun 1998 Pedoman Sanitasi Rumah Sakit.
- Dionisius, R. (2015). *Pengelolaan Limbah Medis Padat di Puskesmas Borong Kabupaten Manggarai Nusa Tenggara Timur Propinsi Nusa Tenggara Timur*. Universitas Brawijaya.
- Fahriyah, L. (2015). *Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Perawat dalam Pemilahan dan Pewadahan Limbah Medis Padat*. Universitas Lambung Mangkurat.
- Hapsari, R. (2010). *Analisis Pengelolaan Sampang dengan Pendekatan Sistem di RSUD dr.Moewardi Surakarta*. UNDIP.
- Kementerian Kesehatan RI Profil Kesehatan Indonesia 2014.
- Kementerian Kesehatan RI Profil Kesehatan Indonesia 2015.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 340/Menkes/Per/III/2010 Tentang Rumah Sakit.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI No.5/Menkes/Pos 15/2005.
- Keputusan Menteri Republik Indonesia No.1204/MENKES/SK/X/2004.

- Magdalena, M. dkk. (2013). *Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Petugas Sanitasi dengan Praktik Pengelolaan Sampah Medis di RSUD Kabupaten Kebumen Tahun 2013*. Universitas Dian Nuswantoro.
- Marionah. (2011). *Perilaku Petugas Kesehatan dalam Penanganan Limbah Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin*. Universitas Lambung Mangkurat.
- Melandari, Y. (2014). *Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Kepatuhan Menggunakan Alat Pelindung Diri pada Cleaning Service*. Universitas Indonesia.
- Muchsin, d. (2013). *Gambaran Perilaku Perawat dalam Membuang Limbah Medis dan Non Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Tamiang*.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurhayanti, L. (2016). *Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Perilaku Perawat dalam Pengelolaan Sampah Medis di Ruang Rawat Inap RSUD Sukoharjo*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No.51/Menkes/Pos 17/2005 Tentang Fungsi Rumah Sakit. (t.thn.).
- Pramesti, I. A. (2010). *Pengelolaan Limbah B3 Medis Rumah Sakit Khusus di Surabaya Timur*. Surabaya: Institut Teknologi Sepuluh Nopember.
- Pratiwi, D. (2013). *Analisis Pengelolaan Limbah Medis Padat pada Puskesmas Kabupaten Pati*. UNNES.
- Pruss, A. (2005). *Pengelolaan Aman Limbah Layanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif R&D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.

Solikhah, S. (2011). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Perawat dalam Pembuangan Sampah Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Universitas Ahmad Dahlan.

SOP Pengelolaan Sampah Medis Rumah Sakit Griya Husada Madiun.

Swarjana, I. K. (2015). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: CV.ANDI OFFSET.

Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan.

Undang-Undang RI No 44 Tahun 2009 Tentang Fungsi Rumah Sakit.

Undang-Undang RI No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

Wawan, Dewi.(2010). *Teori dan Pengukuran Pengetahuan dan Sikap Perilaku Manusia*. Yogyakarta:Nuha Medika.

WHO. (2005). *Pengelolaan Aman Limbah Layanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Widiarta, K. Y. (2012). *Analisis Sistem Pengelolaan Limbah Medis di Puskesmas Kabupaten Jember*. Universitas Jember.



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)

BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN

SK.MENDIKNAS No.146/E/O/2011 : S-1 KEPERAWATAN, S-1 KESEHATAN MASYARAKAT dan D-III KEBIDANAN

SK.MENDIKBUD No. 531/E/O/2014 : PROFESI NERS

SK.MENRISTEKDIKTI No. 64/KPT/I/2015 : D3 FARMASI dan D3 PEREKAM & INFORMASI KESEHATAN

SK.MENRISTEKDIKTI No. 378/KPT/I/2016 : S1 FARMASI

Kampus : Jl. Taman Praja Kec. Taman Kota Madiun Telp /Fax. (0351) 491947

AKREDITASI BAN PT NO. 383/SK/BAN-PT/Akred/PT/V/2015

website : www.bhaktihusadamuliamadiun.ac.id

Nomor : 047/STIKES/BHM/U/V/2017
Lampiran :-
Perihal : Pencarian Data Awal

Kepada Yth :
Direktur Rumah Sakit Griya Husada
di -

Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan Hormat,

Dengan ini kami beritahukan bahwa untuk memenuhi syarat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah / Skripsi mahasiswa Prodi S1 Kesehatan Masyarakat STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun membuat proposal sebagai study pendahuluan. Sehubungan dengan itu, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan ijin pengambilan data awal sebagai kelengkapan data penelitian mahasiswa kami yaitu :

Nama Mahasiswa	: Wahyu Widayati
NIM	: 201303055
Semester	: VIII (Delapan)
Data yg dibutuhkan	: Mutu Pelayanan Pegawai Medis, Buku Pedoman Dan SOP Pengelolaan Limbah Medis
Judul	: Perilaku Petugas Kesehatan Dalam Upaya Pengelolaan Limbah Medis Di Rumah Sakit Griya Husada Madiun Tahun 2017

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Madiun, 12 Mei 2017

Ketua

Zaenal Abidin, SKM., M.Kes (Epid)

NIS. 2016 0130



RUMAH SAKIT GRIYA HUSADA MADIUN
 Jl. Mayjend Panjaitan No. 22 Telp. (0351) 472801, 472802 Hunting, Fax (0351) 472803
MADIUN

Madiun, 23 Mei 2017

No : 0401 / RSGH / V / 2017
 Lampiran : -
 Perihal : **Pencarian Data Awal Dan Penelitian**
RS. Griya Husada – Madiun

Kepada
 Yth. Ketua STIKES
 Bhakti Husada Mulia Madiun
 di
 Madiun

Sehubungan dengan surat saudara, yang kami terima pada tanggal 16 Mei 2017 perihal : Pencarian Data Awal dan Penelitian di RS. Griya Husada Madiun sebagai persyaratan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah / Skripsi mahasiswa Prodi S1 Kesehatan Masyarakat Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun.

Maka, bersama ini kami beritahukan bahwa pada prinsipnya kami **menyetujui** seperti yang dimaksud pada surat, kepada mahasiswa sebagai berikut :

Nama : **WAHYU WIDAYATI**
 NIM / Kelas : 201303055
 Program Study : Kesehatan Masyarakat

Demikian, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Rumah Sakit Griya Husada Madiun
 Direktur



dr. A. Hamrin Jazuli, Sp. JP.
 NIP. KH. 00.00.06

Tembusan Disampaikan Kepada :

- Yth. 1. Koord. Keperawatan RS. Griya Husada Madiun
2. Ka. Sub. Bag. IPAL
3. Yang bersangkutan
4. Arsip

Lampiran 3

Nama Mahasiswa : WATIYU WIDAYATI
 NIM : 20303081
 Judul :
 Pembimbing 1 : BENY SUYANTO M.Sc
 Pembimbing 2 : Riska Rahmaty SKM.,M.Kes

KARTU BIMBINGAN TUGAS AKHIR

■■■■ PRODI S1 KESEHATAN MASYARAKAT ■■■■

PEMBIMBING 1				
NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd
1	12/9 17	General Pradul	teruskan	B
2	28/9 17	Bea Pradul	teruskan	B
3	19/10 17	Episodan Fraktur latar belakang Pemeriksaan Pradul		B
		Bab II		B
4	20/11 17	perbedaan My perubahan Sayur Mudah		B
5	22/11 17	Q her		B
6	25/11 17	Bab 3-4		B
7	26/11 17	Acc ujian		B

PEMBIMBING 2				
NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd
1	11/10 17	Bea Pradul Bab 1	Bea Pradul Bea Pradul Bab 2 tp & Bab 3 Fada Pradul	B
2	16/10 17	Bab 2	Sistematis Spasi/Pradul	B
3	19/10 17	Lampiran Bab 4 & Lampiran Bab 3		B
4	22/10 17	Kurir: literatur dan Pradul		B
5	29/10 17	Bea Pradul		B

NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd
6	16/08 17		Revisi Jumlah	<i>[Signature]</i>
7	19/08 17		Revisi Lengkap	<i>[Signature]</i>
8	21/8 17		Revisi Lengkap	<i>[Signature]</i>
NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd
8	16/08 17	Bab 5 dan 6	Revisi Bab 5 dan 6	<i>[Signature]</i>
9	09/08 17	Bab V & IV		<i>[Signature]</i>
10	20/08 17	Data di luar jln pendirian di Bpk/kgg diikuti dg keter ane & ilustrasi Rsporda Mud VI lengkap Sembun dg 7 an		<i>[Signature]</i>
11	21/08 17	ACC Ujian sidang		<i>[Signature]</i>

Kaprosdi Kesehatan Masyarakat

[Signature]
()

Lampiran 4

Lampiran 4																		
Data Mentah tentang Pengetahuan																		
No	Responden	Jenis Kelamin	Umur	Tingkat Pendidikan	Lama Kerja	Pertanyaan dan Kunci Jawaban										Jumlah	%	Kategori
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
						C	B	B	B	A	B	A	B	A	B			
1	1	Laki-laki	21	SMA	< 1 tahun	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	6	60%	Baik
2	2	Laki-laki	23	SMA	< 1 tahun	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	4	40%	Tidak Baik
3	3	Laki-laki	22	SMA	< 1 tahun	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	6	60%	Baik
4	4	Laki-laki	20	SMP	1-5 tahun	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	4	40%	Tidak Baik
5	5	Laki-laki	24	SMA	< 1 tahun	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	30%	Tidak Baik
6	6	Laki-laki	42	SD	1-5 tahun	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	4	40%	Tidak Baik
7	7	Laki-laki	24	SMA	< 1 tahun	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	8	80%	Baik
8	8	Laki-laki	23	SMA	< 1 tahun	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	4	40%	Tidak Baik
9	9	Laki-laki	20	SMA	< 1 tahun	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	4	40%	Tidak Baik
10	10	Laki-laki	22	SMA	< 1 tahun	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	4	40%	Tidak Baik
11	11	Perempuan	30	PT	6-10 tahun	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	90%	Baik
12	12	Perempuan	30	PT	6-10 tahun	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	5	50%	Baik
13	13	Perempuan	28	PT	1-5 tahun	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	90%	Baik
14	14	Perempuan	26	PT	1-5 tahun	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	8	80%	Baik
15	15	Perempuan	29	PT	6-10 tahun	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	90%	Baik
16	16	Perempuan	25	PT	1-5 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Baik
17	17	Laki-laki	30	PT	6-10 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Baik
18	18	Laki-laki	25	PT	1-5 tahun	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	90%	Baik
19	19	Laki-laki	30	PT	6-10 tahun	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	10	100%	Baik
20	20	Laki-laki	33	PT	6-10 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Baik
21	21	Laki-laki	29	PT	6-10 tahun	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8	80%	Baik
22	22	Perempuan	33	PT	6-10 tahun	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	90%	Baik
23	23	Perempuan	30	PT	6-10 tahun	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	90%	Baik
24	24	Perempuan	31	PT	6-10 tahun	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	90%	Baik
25	25	Perempuan	31	PT	6-10 tahun	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	90%	Baik

26	26	Perempuan	30	PT	6-10 tahun	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	90%	Baik
27	27	Perempuan	30	PT	6-10 tahun	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	90%	Baik
28	28	laki-laki	31	PT	6-10 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Baik
29	29	laki-laki	26	PT	1-5 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Baik
30	30	Perempuan	30	PT	1-5 tahun	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	7	70%	Baik
31	31	Perempuan	32	PT	1-5 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Baik
32	32	laki-laki	36	PT	1-5 tahun	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8	80%	Baik
33	33	Perempuan	28	PT	1-5 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Baik
34	34	Perempuan	27	PT	1-5 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Baik
35	35	Perempuan	37	PT	> 10 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Baik
36	36	Perempuan	39	PT	> 10 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Baik
37	37	Perempuan	40	PT	> 10 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Baik
38	38	Laki-laki	40	PT	> 10 tahun	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8	80%	Baik
39	39	Laki-laki	44	PT	1-5 tahun	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	90%	Baik
40	40	Perempuan	41	PT	1-5 tahun	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	90%	Baik
41	41	Perempuan	33	PT	> 10 tahun	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	6	60%	Baik
42	42	Perempuan	32	PT	> 10 tahun	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	90%	Baik
43	43	Perempuan	31	PT	> 10 tahun	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	90%	Baik
44	44	Perempuan	35	PT	1-5 tahun	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	90%	Baik
45	45	Perempuan	32	PT	1-5 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Baik
46	46	Perempuan	36	PT	> 10 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100%	Baik
47	47	Perempuan	37	PT	> 10 tahun	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	90%	Baik
Jumlah						34	44	33	40	37	44	42	32	36	36	381		
Jumlah Laki-Laki		22																
Jumlah Perempuan		25																
jumlah 20-28 tahun		16																
jumlah 29-38 tahun		25																
jumlah 38-48 tahun		6																
Jumlah SD		1																
Jumlah SMP		1																
Jumlah SMA		7																
jumlah Diploma/PT		38																
Jumlah < 1 tahun		8																
Jumlah 1-5 tahun		16																
Jumlah 6-10 tahun		14																
Jumlah >10 tahun		9																
Jumlah 1						34	44	33	40	37	44	42	32	36	36			
Jumlah 0						13	3	14	7	10	3	5	15	11	11			
Jumlah Baik																	40	85,11%
Jumlah Tidak Baik																	7	14,89%

Lampiran 5

Lampiran 5																		
Data Mentah tentang sikap																		
No	Responden	Jenis Kelamin	Umur	Tingkat Pendidikan	Lama Kerja	Pernyataan										Jumlah	%	Kategori
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1	1	Laki-laki	21	SMA	< 1 tahun	5	5	4	5	4	5	4	4	4	4	44	88%	Positif
2	2	Laki-laki	23	SMA	< 1 tahun	4	4	5	4	4	5	5	5	4	2	42	84%	Positif
3	3	Laki-laki	22	SMA	< 1 tahun	2	3	3	3	2	2	3	1	3	2	24	48%	Negatif
4	4	Laki-laki	20	SMP	1-5 tahun	4	5	5	5	5	4	5	2	5	2	42	84%	Positif
5	5	Laki-laki	24	SMA	< 1 tahun	5	5	4	5	5	4	5	4	5	4	46	92%	Positif
6	6	Laki-laki	42	SD	1-5 tahun	5	5	4	5	4	5	5	4	4	4	45	90%	Positif
7	7	Laki-laki	24	SMA	< 1 tahun	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	42	84%	Positif
8	8	Laki-laki	23	SMA	< 1 tahun	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	45	90%	Positif
9	9	Laki-laki	20	SMP	< 1 tahun	5	5	3	5	4	5	5	4	5	5	46	92%	Positif
10	10	Laki-laki	22	SMA	< 1 tahun	3	1	3	3	3	1	3	3	1	1	22	44%	Negatif
11	11	Perempuan	30	PT	6-10 tahun	5	5	4	4	4	4	4	4	3	3	40	80%	Positif
12	12	Perempuan	30	PT	6-10 tahun	2	3	3	1	3	3	2	3	2	1	23	46%	Negatif
13	13	Perempuan	28	PT	1-5 tahun	5	4	5	4	5	4	5	4	5	2	43	86%	Positif
14	14	Perempuan	26	PT	1-5 tahun	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	47	94%	Positif
15	15	Perempuan	29	PT	6-10 tahun	4	5	4	5	5	4	4	5	5	5	46	92%	Positif
16	16	Perempuan	25	PT	1-5 tahun	5	5	5	5	5	4	5	4	2	2	42	84%	Positif
17	17	Laki-laki	30	PT	6-10 tahun	4	4	4	5	3	4	3	4	4	4	39	78%	Positif
18	18	Laki-laki	25	PT	1-5 tahun	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	46	92%	Positif
19	19	Laki-laki	30	PT	6-10 tahun	5	5	3	5	4	5	4	4	5	5	45	90%	Positif
20	20	Laki-laki	33	PT	6-10 tahun	2	3	2	2	2	1	3	1	3	1	20	40%	Negatif
21	21	Laki-laki	29	PT	6-10 tahun	3	4	1	5	5	4	4	4	4	4	38	76%	Positif
22	22	Perempuan	33	PT	6-10 tahun	4	4	4	4	4	4	5	4	4	2	39	78%	Positif
23	23	Perempuan	30	PT	6-10 tahun	5	5	4	5	5	5	4	5	5	2	45	90%	Positif
24	24	Perempuan	31	PT	6-10 tahun	2	2	2	2	3	3	2	2	2	1	21	42%	Negatif
25	25	Perempuan	31	PT	6-10 tahun	5	5	5	4	5	4	4	5	4	1	42	84%	Positif
26	26	Perempuan	30	PT	6-10 tahun	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	39	78%	Positif
27	27	Perempuan	30	PT	6-10 tahun	4	4	4	4	4	4	4	5	4	1	38	76%	Positif
28	28	laki-laki	31	PT	6-10 tahun	5	5	3	4	5	4	5	4	5	5	45	90%	Positif
29	29	laki-laki	26	PT	1-5 tahun	5	4	4	3	4	5	4	5	5	5	44	88%	Positif
30	30	Perempuan	30	PT	1-5 tahun	3	5	1	5	5	4	5	4	4	4	40	80%	Positif
31	31	Perempuan	32	PT	1-5 tahun	4	3	4	3	5	3	4	4	5	5	40	80%	Positif
32	32	laki-laki	36	PT	1-5 tahun	3	5	3	4	4	4	3	5	5	5	41	82%	Positif
33	33	Perempuan	28	PT	1-5 tahun	5	4	3	4	4	3	4	4	3	3	37	74%	Positif

34	34	Perempuan	27	PT	1-5 tahun	4	4	5	4	5	4	5	4	4	2	41	82%	Positif
35	35	Perempuan	37	PT	> 10 tahun	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	39	78%	Positif
36	36	Perempuan	39	PT	> 10 tahun	5	3	4	5	4	4	3	5	4	2	39	78%	Positif
37	37	Perempuan	40	PT	> 10 tahun	3	3	2	2	1	1	1	3	3	2	21	42%	Negatif
38	38	Laki-laki	40	PT	> 10 tahun	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	80%	Positif
39	39	Laki-laki	44	PT	1-5 tahun	5	5	4	5	4	5	5	4	4	2	43	86%	Positif
40	40	Perempuan	41	PT	1-5 tahun	5	4	4	5	3	4	4	4	5	4	42	84%	Positif
41	41	Perempuan	33	PT	> 10 tahun	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	36	72%	Positif
42	42	Perempuan	32	PT	> 10 tahun	3	3	4	4	5	5	4	4	5	4	41	82%	Positif
43	43	Perempuan	31	PT	> 10 tahun	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	41	82%	Positif
44	44	Perempuan	35	PT	1-5 tahun	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	39	78%	Positif
45	45	Perempuan	32	PT	1-5 tahun	2	2	1	1	3	3	1	2	2	2	19	38%	Negatif
46	46	Perempuan	36	PT	> 10 tahun	5	3	4	4	3	5	4	4	5	4	41	82%	Positif
47	47	Perempuan	37	PT	> 10 tahun	4	4	5	5	4	4	4	4	2	2	38	76%	Positif
Jumlah						189	189	173	191	188	184	186	184	188	146	1818		
Jumlah Laki-Laki		22																
Jumlah Perempuan		25																
Jumlah 20-28 tahun			16															
Jumlah 29-38 tahun			25															
Jumlah 39 - 48 tahun			6															
Jumlah SD			1															
Jumlah SMP			1															
Jumlah SMA			7															
Jumlah Diploma/PT			38															
Jumlah < 1 tahun			8															
Jumlah 1-5 tahun			16															
Jumlah 6-10 tahun			14															
Jumlah >10 tahun			9															
Jumlah 1						0	1	3	2	1	3	2	2	1	6			
Jumlah 2						5	2	3	3	2	1	2	3	5	15			
Jumlah 3						7	8	8	5	8	6	7	3	5	3			
Jumlah 4						17	20	25	17	21	24	21	28	18	14	85,11%		
Jumlah 5						18	16	8	20	15	13	15	11	18	9	14,89%		
Jumlah Positif			40															
Jumlah Negatif			7															

Lampiran 6

Lampiran 6																		
Data mentah Tindakan																		
No	Responder	Jenis Kelamin	Umur	Tingkat Pendidikan	Lama Kerja	Pernyataan										Jumlah	%	Kategori
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1	1	Laki-laki	21	SMA	< 1 tahun	2	2	2	3	2	3	2	1	2	2	21	42%	Tidak Baik
2	2	Laki-laki	23	SMA	< 1 tahun	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	39	78%	Baik
3	3	Laki-laki	22	SMA	< 1 tahun	2	2	3	2	3	3	2	1	3	3	24	48%	Tidak Baik
4	4	Laki-laki	20	SMP	1-5 tahun	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	24	48%	Tidak Baik
5	5	Laki-laki	24	SMA	< 1 tahun	2	2	3	2	1	2	3	2	3	2	22	44%	Tidak Baik
6	6	Laki-laki	42	SD	1-5 tahun	3	3	2	2	1	1	3	2	2	1	20	40%	Tidak Baik
7	7	Laki-laki	24	SMA	< 1 tahun	4	5	4	4	5	4	4	1	4	5	40	80%	Baik
8	8	Laki-laki	23	SMA	< 1 tahun	2	2	2	1	1	3	2	2	2	1	18	36%	Tidak Baik
9	9	Laki-laki	20	SMP	< 1 tahun	2	3	2	3	3	2	2	2	3	2	24	48%	Tidak Baik
10	10	Laki-laki	22	SMA	< 1 tahun	2	1	1	2	2	2	2	2	3	2	19	38%	Tidak Baik
11	11	Perempuan	30	PT	6-10 tahun	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	44	88%	Baik
12	12	Perempuan	30	PT	6-10 tahun	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	47	94%	Baik
13	13	Perempuan	28	PT	1-5 tahun	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	48	96%	Baik
14	14	Perempuan	26	PT	1-5 tahun	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	49	98%	Baik
15	15	Perempuan	29	PT	6-10 tahun	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	37	74%	Baik
16	16	Perempuan	25	PT	1-5 tahun	4	5	4	3	4	4	4	3	3	3	37	74%	Baik
17	17	Laki-laki	30	PT	6-10 tahun	4	5	4	4	5	4	4	1	4	5	40	80%	Baik
18	18	Laki-laki	25	PT	1-5 tahun	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	46	92%	Baik
19	19	Laki-laki	30	PT	6-10 tahun	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	39	78%	Baik
20	20	Laki-laki	33	PT	6-10 tahun	5	5	5	5	5	5	5	2	5	2	44	88%	Baik
21	21	Laki-laki	29	PT	6-10 tahun	5	5	4	5	5	5	5	1	5	5	45	90%	Baik
22	22	Perempuan	33	PT	6-10 tahun	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	42	84%	Baik
23	23	Perempuan	30	PT	6-10 tahun	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	39	78%	Baik
24	24	Perempuan	31	PT	6-10 tahun	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	38	76%	Baik
25	25	Perempuan	31	PT	6-10 tahun	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	36	76%	Baik
26	26	Perempuan	30	PT	6-10 tahun	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	80%	Baik
27	27	Perempuan	30	PT	6-10 tahun	5	5	5	5	5	4	5	2	5	5	46	92%	Baik
28	28	laki-laki	31	PT	6-10 tahun	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	39	78%	Baik
29	29	laki-laki	26	PT	1-5 tahun	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	47	94%	Baik
30	30	Perempuan	30	PT	1-5 tahun	4	5	4	4	5	4	4	1	4	5	40	80%	Baik
31	31	Perempuan	32	PT	1-5 tahun	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	46	92%	Baik
32	32	laki-laki	36	PT	1-5 tahun	2	2	2	2	2	3	3	1	3	2	22	44%	Tidak Baik
33	33	Perempuan	28	PT	1-5 tahun	4	3	3	4	4	4	4	4	5	4	39	78%	Baik
34	34	Perempuan	27	PT	1-5 tahun	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	44	88%	Baik

35	35	Perempuan	37	PT	> 10 tahun	5	5	4	5	5	4	5	3	5	5	46	92%	Baik			
36	36	Perempuan	39	PT	> 10 tahun	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	48	96%	Baik			
37	37	Perempuan	40	PT	> 10 tahun	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	39	78%	Baik			
38	38	Laki-laki	40	PT	> 10 tahun	5	5	5	5	4	5	5	1	5	5	45	90%	Baik			
39	39	Laki-laki	44	PT	1-5 tahun	5	5	5	5	5	4	4	4	3	3	43	86%	Baik			
40	40	Perempuan	41	PT	1-5 tahun	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	39	78%	Baik			
41	41	Perempuan	33	PT	> 10 tahun	2	4	2	4	4	4	4	2	4	4	34	68%	Baik			
42	42	Perempuan	32	PT	> 10 tahun	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	39	78%	Baik			
43	43	Perempuan	31	PT	> 10 tahun	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	37	74%	Baik			
44	44	Perempuan	35	PT	1-5 tahun	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	39	78%	Baik			
45	45	Perempuan	32	PT	1-5 tahun	5	5	4	5	5	5	5	4	5	2	45	90%	Baik			
46	46	Perempuan	36	PT	> 10 tahun	4	4	5	4	4	4	4	2	4	4	39	78%	Baik			
47	47	Perempuan	37	PT	> 10 tahun	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	37	74%	Baik			
Jumlah Laki-Laki		22																			
Jumlah Perempuan		25																			
Jumlah 20-28 tahun		16																			
Jumlah 29-38 tahun		25																			
Jumlah 39-48 tahun		6																			
Jumlah SD		1																			
Jumlah SMP		1																			
Jumlah SMA		7																			
Jumlah Diploma/PT		38																			
Jumlah < 1 tahun		8																			
Jumlah 1-5 tahun		16																			
Jumlah 6-10 tahun		14																			
Jumlah >10 tahun		9																			
Jumlah 1				0 1 1 1 3 1 0 11 0 2																	
Jumlah 2				8 5 7 5 4 3 6 13 6 12																	
Jumlah 3				4 4 3 4 2 7 5 10 8 4																	
Jumlah 4				18 16 21 20 21 23 21 9 19 18																	
Jumlah 5				17 21 15 17 17 13 15 4 14 11																	
Jumlah Baik																		38		80,85%	
Jumlah Tidak Baik																		9		19,15%	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Tindakan	47	100.0%	0	0.0%	47	100.0%
Sikap * Tindakan	47	100.0%	0	0.0%	47	100.0%

Crosstab

Count

		Tindakan		Total
		Baik	Tidak Baik	
Pengetahuan	Baik	36	4	40
	Tidak Baik	2	5	7
Total		38	9	47

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14.520 ^a	1	.000	.001	.001
Continuity Correction ^b	10.823	1	.001		
Likelihood Ratio	11.525	1	.001		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	14.211	1	.000		
N of Valid Cases	47				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,34.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Baik / Tidak Baik)	22.500	3.240	156.269
For cohort Tindakan = Baik	3.150	.972	10.209
For cohort Tindakan = Tidak Baik	.140	.049	.397
N of Valid Cases	47		

Crosstab

Count

		Tindakan		Total
		Baik	Tidak Baik	
Sikap	Negatif	3	4	7
	Positif	35	5	40
Total		38	9	47

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	7.669 ^a	1	.006	.018	.018
Continuity Correction ^b	5.056	1	.025		
Likelihood Ratio	6.205	1	.013		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	7.506	1	.006		
N of Valid Cases	47				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,34.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sikap (Negatif / Positif)	.107	.018	.627
For cohort Tindakan = Baik	.490	.207	1.161
For cohort Tindakan = Tidak Baik	4.571	1.614	12.947
N of Valid Cases	47		

SURATPERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth. Calon Responden Penelitian

Di Rumah Sakit Griya Husada Madiun

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Wahyu Widayati

NIM : 201303055

Prodi : S1 Kesehatan Masyarakat

Adalah mahasiswi Prodi S1 Kesehatan Masyarakat STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun, yang sedang melaksanakan penelitian dengan Judul “Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Dengan Tindakan Petugas Kesehatan Dalam Upaya Pengelolaan Sampah Medis Di Rumah Sakit Griya Husada Madiun Tahun 2017”

Saya mengharap partisipasi anda dalam penelitian yang saya lakukan, saya menjamin kerahasiaan dan identitas anda. Informasi yang anda berikan hanya semata-mata digunakan untuk pengembangan ilmu kesehatan masyarakat dan tidak di gunakan untuk maksud lain.

Apabila anda bersedia menjadi responden, anda mengisi dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.

Madiun,.....2017

Wahyu Widayati

(201303055)

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian dari:

Nama : Wahyu Widayati

NIM : 201303055

Prodi : S1 Kesehatan Masyarakat

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada responden, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban kuesioner yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini.

Madiun, 2017

Responden

(.....)

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN TINDAKAN PETUGAS KESEHATAN DALAM UPAYA PENGELOLAAN SAMPAH MEDIS DI RUMAH SAKIT GRIYA HUSADA MADIUN TAHUN 2017

I. PETUNJUK PENGISIAN

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada dengan jujur dan sesuai hati nurani.
- b. Pilihlah jawaban yang menurut Saudara paling tepat dan paling dapat menggambarkan situasi nyata yang Saudara alami.
- c. Kerahasiaan responden dijaga.

Nomor :

Tanggal :

II. DATA RESPONDEN

Umur :

Jenis Kelamin :

Tingkat pendidikan : a. Tidak sekolah
b. SD/Sederajat
c. SMP/Sederajat
d. SMA/Sederajat
e. Diploma/Perguruan Tinggi

Masa bekerja : a. < 1 tahun
b. 1 – 5 tahun
c. 6 – 10 tahun
d. > 10 tahun

III. Pengetahuan Pengelolaan Sampah Medis Rumah Sakit

Petunjuk : isi dan silang (x) jawaban pertanyaan di bawah ini dengan jawaban responden yang sesuai

1. Apa yang disebut dengan Sampah medis ?
 - a. Sampah yang berasal dari luar RS
 - b. Sampah yang berasal dari RS
 - c. Sampah yang berasal dari unit pelayanan medis yang ada di RS
2. Apa yang termasuk dalam Sampah medis?

- a. Kertas, bolpoin, spidol, pembungkus makanan, dan sisa makanan
 - b. Kapas, kassa, jarum suntik, spuit, botol infus dan ampul
 - c. Pembungkus makanan, putung rokok, kassa, plester dan masker bekas
3. Bagaimana alur atau tahapan pengelolaan Limbah medis?
- a. Pengumpulan, pengangkutan, penampungan sementara dan pemusnahan
 - b. Pemisahan, pengumpulan, penampungan sementara, pengangkutan dan pemusnahan
 - c. Pengumpulan, penampungan sementara, pemisahan, pengangkutan dan pemusnahan
4. Apa yang dimaksud pemisahan Limbah medis?
- a. Membuang limbah medis dan non medis pada satu tempat sampah
 - b. Membedakan limbah sesuai dengan jenis sampah sebelum dibuang ke dalam tempat sampah
 - c. Membuang limbah pada tempat sampah yang tidak sesuai dengan kategori sampah
5. Apa yang dimaksud dengan pengumpulan limbah medis?
- a. Pengumpulan dilakukan saat membuang limbah medis dalam tempat sampah medis
 - b. Mengumpulkan sampah pada tempat pengumpul sampah
 - c. Membuang sampah ke halaman
6. Apa yang dimaksud dengan pengangkutan sampah medis?
- a. Membuang sampah medis ke sungai
 - b. Mengangkut sampah medis yang sudah terkumpul untuk dilakukan pemusnahan atau di kelola pihak ke tiga
 - c. Mengumpulkan sampah menjadi satu
7. Apakah warna tempat sampah medis ?
- a. Kuning
 - b. Hitam
 - c. Ungu
8. Mereka yang beresiko terhadap sampah medis adalah ?
- a. Medis, paramedis dan pegawai layanan kesehatan
 - b. Medis, paramedis, pegawai layanan kesehatan, pasien dan pengunjung
 - c. Medis, paramedis, pengunjung termasuk pemulung
9. Bagaimana cara pemusnahan sampah medis?

- a. Dibakar menggunakan incinerator
 - b. Dibuang begitu saja
 - c. Dibuang di TPA
10. Bolehkah abu pembakaran sampah medis di buang di sungai?
- a. Boleh di buang
 - b. Tidak boleh di buang
 - c. Dibuang ke TPA

IV. Sikap Terhadap Pengelolaan Sampah Medis

Berilah tanda *checklist* (√) pada kolom yang merupakan jawaban yang sesuai dengan pendapat Anda !

SS = Sangat Setuju, S = Setuju, KS = Kurang Setuju, TS = Tidak Setuju, STS = Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	KS	ST	STS
1	Sampah medis bisa menimbulkan penyakit					
2	Pemisahan tempat penampungan sampah medis dan sampah non medis					
3	Pengumpulan sampah medis dari ruangan ke ruangan menggunakan kereta/gerobak					
4	Setiap ruangan memiliki tempah sampah medis					
5	Menegur pasien/keluarga pasien jika membuang sampah tidak pada tempatnya					
6	Memberikan teguran pada sesama petugas jika membuang sampah medis tidak pada tempatnya					
7	Tempat sampah yang disediakan dengan kriteria kondisi tempat sampah memiliki tutup					
8	Jika terjadi kekeliruan dalam pembuangan sampah medis yang dilakukan petugas maka akan diberikan teguran					
9	Membakar limbah medis menggunakan incinerator					
10	Mengubur abu sampah medis setelah dimusnahkan					

V. Tindakan Terhadap Pengelolaan Sampah Medis

Berilah tanda *checklist* (√) pada kolom yang merupakan jawaban yang sesuai der pendapat Anda !

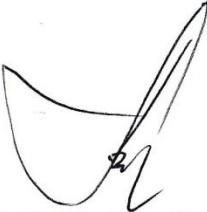


SS = Sangat Setuju, S = Setuju. KS = Kurang Setuju, TS = Tidak Setuju, STS = Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	KS	TS	STS
1	Apakah saudara pernah memisahkan sampah medis dan sampah non medis					
2	Setelah menangani sampah medis apakah saudara selalu mencuci tangan dengan sabun atau antiseptik yang disediakan					
3	Apakah mengangkut sampah medis dari setiap ruangan ke kontainer dengan menggunakan kereta/gerobak					
4	Apakah dilakukan pengangkutan setiap hari dari tempat pengumpulan sementara					
5	Menutup kembali tempat sampah medis setelah sampah medis dibuang pada tempat sampah					
6	Jika mengetahui ada petugas yang tidak menutup kembali tempat sampah setelah membuang sampah medis, apakah di berikan teguran					
7	Apakah saudara akan menegur jika ada pasien/keluarga pasien membuang sampah medis tidak pada tempatnya					
8	Apakah sampah medis di bakar secara manual					
9	Apakah sampah medis di incinerator					
10	Mengubur abu sampah medis setelah dimusnahkan					

NAMA :WAHYU WIDAYATI

NIM :201303055

JUDUL :Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Dengan Tindakan Petugas Kesehatan Dalam Upaya Pengelolaan Sampah Medis Di Rumah Sakit Griya Husada Madiun Tahun 2017

No	BAB/SUB BAB	Hal yang Direvisi	Penguji
1	Bab 4 Bab 5 Bab 6	1. Definisi Operasional 2. Pembahasan 3. Kesimpulan dan saran	Ketua Dewan Penguji  H. Edy Bachrun, S.KM., M.Kes
2		1. Abstrak 2. Pembahasan 3. Kesimpulan dan saran 4. Daftar pustaka banyak literatur yang belum dicantumkan didaftar pustaka.	Penguji I :  Beny Suyanto, M.Si
3		1. Abstrak 2. Pembahasan 3. Kesimpulan dan saran	Penguji II :  Riska Ratnawati, S.KM., M.Kes

Madiun, Agustus 2017

Kaprodi Kesehatan Masyarakat


Avicena Sakufa Marsanti, S.KM., M.Kes
NIS. 20150114