

**FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU  
PERAWAT DALAM PEMILAHAN LIMBAH INFEKSIUS DAN  
NON INFEKSIUS DI RUANG RAWAT INAP KELAS 3  
RUMAH SAKIT UMUM HAJI MEDAN**

**TESIS**

**Oleh :**

**M. SOLIKHUL HUDA  
NIM :1602011314**



**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA  
2019**

**FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU  
PERAWAT DALAM PEMILAHAN LIMBAH INFEKSIUS DAN  
NON INFEKSIUS DI RUANG RAWAT INAP KELAS 3  
RUMAH SAKIT UMUM HAJI MEDAN**

**TESIS**

**Diajukan sebagai Salah Satu Syarat  
untuk Memperoleh Gelar Magister Kesehatan Masyarakat (M.K.M)  
pada Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat  
Minat Studi Administrasi Rumah Sakit  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Institut Helvetia Medan**

**Oleh :**

**M. SOLIKHUL HUDA  
NIM : 1602011314**



**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA  
MEDAN  
2019**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

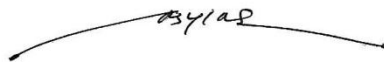
**Judul Proposal** : Faktor Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Perawat dalam Pemilahan Limbah Infeksius dan Non Infeksius di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan  
**Nama Mahasiswa** : M. Solikhul Huda  
**Nomor Induk Mahasiswa** : 1602011314  
**Minat Studi** : Administrasi Rumah Sakit

**Menyetujui**

**Komisi Pembimbing :**

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**



(Dr. Ns. Asyiah Simanjorang, M.Kes)



(Dr. Dra. Megawati, S.kep., Ns, M.Kes.)

**Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Institut Kesehatan Helvetia  
Dekan,**



(Dr. Asriwati, S.Kep., Ns., M.Kes)

**Pada tanggal : 03 Juli 2019**

---

**PANITIA PENGUJI TESIS**

**Ketua**            **Dr. Ns. Asyiah Simanjorang, M.Kes**  
**Anggota**        **: 1. Dr. Dra. Megawati, S.Kep, Ns, M.Kes**  
                      **2. Dr. dr. Hj. Arifah Devi Fitriani, M.Kes**  
                      **3. Dr. Asriwati, S.Kep, Ns., M.Kes**

## HALAMAN PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan :

1. Karya tulis saya (tesis) adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar magister, baik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Helvetia maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan tim pembimbing dan masukan tim penelaah/tim penguji.
3. Dalam karya tulis tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya perbuat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Medan, 03 juli 2019

menbuat pernyataan



M. Solikhul Huda  
1602011314

### LEMBAR PERNYATAAN PUBLIKASI

Sebagai sivitas akademi Fakultas Kesehatan Masyarakat Institute Kesehatan Helvetia Medan, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Mahasiswa : M. Solikhul Huda

NIM : 1602011314

Program Study : S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis Karya : Tesis

Demi pembangunan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Fakultas Kesehatan Masyarakat **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Free Right)** atas tesis yang berjudul :

**FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PERAWAT  
DALAM PEMILAHAN LIMBAH INFEKSIUS DAN NON INFEKSIUS DI  
RUANG RAWAT INAP KELAS 3 RUMAH SAKIT HAJI MEDAN  
TALUN 2019**

Beserta Perangkat Yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak bebas Royalti Noneksklusif ini Fakultas Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Medan berhak menyimpan, mengalih media/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base). merawat dan mempublikasi tesis saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian persyaratan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat : Medan

Pada tanggal : 03 juli 2019

Yang menyatakan,



(M. Solikhul Huda)

## ABSTRACT

### **THE INFLUENCE FACTORS OF NURSES' BEHAVIOR IN INFECTIOUS AND NON-INFECTIOUS WASTE SORTING AT HAJI HOSPITAL MEDAN**

**M. SOLIKHUL HUDA  
1602011314**

*The average number of medical wastes in Haji Hospital Medan per month is 1,165 kg and the most inpatient space for waste production is class 3. Nurses segregate infectious and non-infectious medical wastes is not according to the provisions allegedly caused by factors of understanding, attitudes, limited facilities and information, and there has been no strict application of sanctions. The aim of the study was to analyze the influence factors to the nurses' behavior in infectious and non-infectious waste sorting.*

*The type of this research was an analytical survey with a cross-sectional study approach. The population was 59 nurses in class 3 inpatient rooms and all were used as research samples. The technique of collecting data was done by using a questionnaire. Data were analyzed by univariate, bivariate and multivariate using multiple logistic regression tests at a significance level of 95%.*

*The results showed that the factors of nurses' knowledge (0.019), attitudes (0.035), availability of facilities (0.038), availability of information (0.033), and policy (0.011) had an effect on behavior in infectious and non-infectious waste sorting because it was smaller than 0.05, and educational factors (0.943) and length of work (0.256) have no effect. The most dominant variable was the policy with the value of Exp (B) 19,040.*

*The conclusion is that policies, nurses' attitudes, availability of information, availability of facilities and knowledge influence the behavior of nurses in infectious and non-infectious waste segregation while education and length of work have no effect. It is suggested that hospital management make a policy of sanctions and apply to nurses in the form of reprimand and administration by postponing periodic salaries, evaluating every month and completing waste sorting facilities and holding continuous training/socialization.*

**Keywords: Behavior, Infectious Medical Waste Sorting, Nurses  
References: 16 Books, 18 Journals, 20 Internet Sites (1980- 2018)**



## ABSTRAK

### **FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PERAWAT DALAM PEMILAHAN LIMBAH INFEKSIOUS DAN NON INFEKSIOUS DI RUANG RAWAT INAP KELAS 3 RUMAH SAKIT UMUM HAJI MEDAN**

**M. SOLIKHUL HUDA**  
**1602011314**

Rata-rata jumlah limbah medis di RSUD Haji Medan per bulan 1.165 kg dan ruang rawap inap terbanyak penghasilan limbah adalah kelas 3. Perawat melakukan pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius belum sesuai ketentuan diduga disebabkan faktor pemahaman, sikap, keterbatasan fasilitas dan informasi serta belum ada penerapan sanksi yang tegas. Tujuan penelitian adalah untuk menganalisis faktor yang memengaruhi perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius.

Jenis penelitian adalah survei analitik dengan pendekatan *cross sectional study*. Populasi sebanyak 59 perawat ruang rawap inap kelas 3 dan seluruhnya dijadikan sampel penelitian. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner. Data dianalisis secara univariat, bivariat dan multivariat menggunakan uji regresi logistik berganda pada taraf kemaknaan 95%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor pengetahuan perawat (0,019), sikap (0,035), ketersediaan fasilitas (0,038), ketersediaan informasi (0,033), dan kebijakan (0,011) berpengaruh terhadap perilaku dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius karena lebih kecil dari 0,05, serta faktor pendidikan (0,943) dan lama bekerja (0,256) tidak berpengaruh. Variabel yang paling dominan adalah kebijakan dengan nilai *Exp (B)* 19,040.

Kesimpulan: kebijakan, sikap perawat, ketersediaan informasi, ketersediaan fasilitas dan pengetahuan berpengaruh terhadap perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius sedangkan pendidikan dan lama bekerja tidak berpengaruh. Disarankan manajemen rumah sakit membuat kebijakan tentang sanksi dan menerapkan kepada perawat berupa teguran dan administrasi dengan menunda gaji berkala, mengevaluasi setiap bulan serta melengkapi fasilitas pemilahan limbah dan menyelenggarakan pelatihan/ sosialisasi secara kontinyu.

**Kata Kunci : Perilaku, Pemilahan Limbah Medis Infeksius, Perawat**

**Daftar Pustaka : 16 Buku, 18 Jurnal, 20 Internet (1980- 2018)**



## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan anugerah-Nya yang berlimpah sehingga peneliti dapat menyelesaikan proposal ini yang berjudul **Faktor Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Perawat dalam Pemilahan Limbah Infeksius dan Non Infeksius di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan.**

Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Magister Kesehatan Masyarakat (M.K.M) pada Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Minat Studi Manajemen Rumah Sakit. Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini tidak dapat diselesaikan tanpa bantuan berbagai pihak, baik dukungan moril, materil dan sumbangan pemikiran. Untuk itu, peneliti mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr.dr. Hj. Razia Begum Suroyo, M.Sc.,M.Kes., selaku Pembina Yayasan Helvetia Medan.
2. Iman Muhammad, SE, S.Kom, M.M, M.Kes, selaku Ketua Yayasan Pendidikan Sosial Helvetia Medan.
3. Dr. H. Ismail Efendi, M.Si, selaku Rektor Institut Kesehatan Helvetia Medan.
4. Dr. dr. Hj. Arifah Devi Fitriani, M.Kes, selaku Wakil Rektor Fakultas Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Medan sekaligus sebagai Penguji II yang telah memberikan saran dan arahan untuk kesempurnaan tesis ini.

5. Dr. Asriwati, S.Kep, Ns, S.Pd, M.Kes, Selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Medan sekaligus sebagai Penguji III yang telah memberikan saran dan arahan untuk kesempurnaan tesis ini.
6. Anto, S.K.M, M.Kes, M,M, selaku Ketua Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Medan.
7. Dr. Ns. Asyiah Simanjorang, M.Kes, selaku Ketua Penguji yang telah memberikan saran dan arahan untuk kesempurnaan tesis ini.
8. Dr. Dra. Megawati, S.Kep, Ns, M.Kes, selaku Penguji I yang telah memberikan bimbingan dan arahan serta mencurahkan waktunya untuk kesempurnaan tesis ini.
9. Seluruh Dosen Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah mendidik dan mengajarkan berbagai ilmu yang bermanfaat bagi peneliti.
10. Teristimewa kepada orang tua, dan adik tercinta yang telah memberikan dorongan dan motivasi selama peneliti mengikuti pendidikan Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Medan.
11. Semua pihak yang telah membantu dan mendorong baik secara langsung ataupun tidak langsung dalam penyelesaian tesis ini.

Peneliti berharap agar tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Akhir kata, semoga kita semua selalu berada dalam lindunganNya.

Medan, 03 Juli 2019  
Peneliti,

**M. Solikhul Huda**

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PANITIA PENGUJI.....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN PUBLIKASI .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vi</b>
<b>RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xv</b>
<b>DOKUMENTASI PENELITIAN .....</b>	<b>xvi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	10
1.3. Tujuan Penelitian .....	12
1.4. Manfaat Penelitian .....	13
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Tinjauan Peneliti Terdahulu .....	14
2.2. Telaah Teori .....	17
2.2.1. Limbah Rumah Sakit .....	17
2.2.2. Jenis Limbah Rumah Sakit .....	18
2.2.3. Limbah Medis Padat .....	20
2.2.4. Dampak Limbah terhadap Kesehatan dan Lingkungan .....	23
2.2.5. Managemen Pengolahan Limbah Rumah Sakit.....	25
2.2.6. Penanganan Limbah Infeksius .....	29
2.2.7. Teori Perilaku.....	31
2.2.8. Faktor yang Memengaruhi Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Infeksius dan Non Infeksius .....	34
2.3. Kerangka Teori .....	38
2.4. Kerangka Konsep.....	39
2.5. Hipotesis.....	40
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN</b>	
3.1. Desain Penelitian.....	42
3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	42
3.2.1. Lokasi Penelitian .....	42
3.2.2. Waktu Penelitian .....	42
3.3. Populasi dan Sampel Penelitian .....	42

3.3.1.	Populasi Penelitian .....	42
3.3.2.	Sampel Penelitian.....	42
3.4.	Metode Pengumpulan Data .....	43
3.4.1.	Jenis Data .....	43
3.4.2.	Teknik Pengumpulan Data.....	44
3.4.3.	Uji Validitas dan Reliabilitas .....	44
3.5.	Definisi Operasional dan Aspek Pengukuran .....	48
3.5.1.	Definisi Operasional .....	48
3.5.2.	Aspek Pengukuran .....	49
3.6.	Metode Pengolahan Data.....	53
3.7.	Analisis Data .....	54
<b>BAB IV</b>	<b>HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>56</b>
4.1.	Gambaran Umum Rumah Sakit Haji Medan .....	56
4.1.1.	Sejarah.....	56
4.1.2.	Visi dan Misi Rumah Sakit Haji Medan .....	57
4.1.3.	Sumber Daya Manusia.....	58
4.1.4.	Sarana dan Prasarana .....	58
4.1.5.	Pelayanan Unggulan .....	59
4.2.	Analisis Univariat.....	60
4.2.1.	Data Karakteristik .....	60
4.2.2.	Variabel Independen .....	61
4.2.3.	Variabel Dependen.....	73
4.3.	Analisis Bivariat.....	75
4.4.	Analisis Multivariat.....	80
<b>BAB V</b>	<b>PEMBAHASAN.....</b>	<b>84</b>
5.1.	Pengaruh Pendidikan terhadap Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius .....	84
5.2.	Pengaruh Masa Bekerja terhadap Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius .....	85
5.3.	Pengaruh Pengetahuan terhadap Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius .....	87
5.4.	Pengaruh Sikap terhadap Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius.....	91
5.5.	Pengaruh Ketersediaan Fasilitas terhadap Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius .	93
5.6.	Pengaruh Ketersediaan Informasi terhadap Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius .	97
5.7.	Pengaruh Kebijakan terhadap Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius .....	99
5.8.	Implikasi.....	102
<b>BAB VI</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>103</b>
6.1.	Kesimpulan .....	103
6.2.	Saran .....	104
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>.....</b>	<b>105</b>

**LAMPIRAN.....108**

## **DAFTAR GAMBAR**

<b>Nomor</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
2.1.	Tempat Pembuangan Limbah Medis.....	27
2.2.	Kerangka Teori.....	39
2.3.	Kerangka Konsep Penelitian .....	40

## DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
2.1.	Jenis Wadah dan label Limbah Medis Padat Sesuai Kategorinya .....	28
3.1.	Pengukuran uji validitas .....	46
3.2.	Pengukuran Reabilitas Penelitian.....	48
3.3.	Pengukuran Variable Penelitian .....	50
4.1	Distribusi Frekuensi Karakteristik Perawat di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan Tahun 2019.....	60
4.2	Distribusi Frekuensi Latar Belakang Pendidikan Perawat.....	61
4.3	Distribusi Frekuensi Lama Bekerja Perawat.....	61
4.4	Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat tentang Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius .....	62
4.5	Distribusi Frekuensi Kategori Pengetahuan Perawat.....	64
4.6	Distribusi Frekuensi Pernyataan Sikap Perawat tentang Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksiua .....	66
4.7	Distribusi Frekuensi Pengkategorian Sikap Perawat .....	68
4.8	Distribusi Frekuensi Jawaban Perawat tentang Ketersediaan Fasiilitas Limbah Medis infeksius dan Non Infeksius .....	69
4.9	Distribusi Frekuensi Pengkategorian Ketersediaan Fasiilitas .....	69
4.10	Distribusi Frekuensi Jawaban Perawat tentang Ketersediaan Informasi Limbah Medis infeksius dan Non Infeksius .....	70
4.11	Distribusi Frekuensi Pengkategorian Ketersediaan Informasi.....	71
4.12	Distribusi Frekuensi Jawaban Perawat tentang kebijakan Limbah Medis infeksius dan Non Infeksius .....	72
4.13	Distribusi Frekuensi Pengkategorian Kebijakan.....	72

4.14	Distribusi Frekuensi Jawaban Perawat tentang Perilaku Pemilohan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius .....	74
4.15	Distribusi Frekuensi Pengkategorian Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius.....	75
4.16	Hubungan Pendidikan dengan Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius .....	76
4.17	Hubungan Masa kerja dengan prilaku perawat dalam memilih medis infeksius dan non infeksius.....	77
4.18	Hubungan Pengetahuan dengan prilaku perawat dalam memilih limbah medis infeksius dan non infeksius.....	77
4.19	Hubungan sikap dengan prilaku perawat dalam memilih limbah infeksius dan non infeksius.....	78
4.20	Hubungan ketersediaan fasilitas dengan perilaku perawat dalam memilih limbah infeksius dan non infeksius.....	79
4.21	Hubungan ketersediaan informasi dengan perilaku perawat dalam memilih limbah infeksius dan non infeksius.....	79
4.22	Hubungan kebijakan dengan perilaku perawat dalam memilah limbah infeksius dan non infeksius.....	80
4.23	Variabel Kandidat Model Regresi Logistik Berganda.....	81
4.24	Pengaruh Pendidikan, Lama Bekerja, Pengetahuan, Sikap, Ketersediaan Fasilitas, Ketersediaan Infomrasi, kebijakan terhadap Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius .....	83



## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Nomor</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
1.	Lembar Persetujuan Responden .....	108
2.	Kuesioner .....	109
3.	Uji Validitas dan Reliabilitas .....	114
4.	Hasil Pengolahan Data .....	126
5.	Master Data .....	148
6.	Surat Izin Penelitian dari Institut Kesehatan Helvetia Medan .....	151
7.	Surat Balasan Selesai Penelitian dari RSUD Haji Medan....	152
8.	Lembar Konsultasi .....	153

## **DOKUMENTASI PENELITIAN**

<b>Nomor</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
1.	Responden Mengisi Kuesioner Penelitian.....	154
2.	Informan Sedang diwawancara Penelitian .....	155
3.	Tempat Limbah Medis .....	156

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Rumah sakit adalah salah satu industri jasa yang memberikan pelayanan kesehatan bagi orang banyak. Dimana dalam hal memberikan pelayanan kepada masyarakat rumah sakit akan menghasilkan limbah dari kegiatan pelayanan yang diberikannya. Limbah rumah sakit memiliki potensi bahaya yang perlu dikenali dan dikendalikan. Rumah sakit tidak hanya menghasilkan limbah organik dan anorganik, tetapi juga limbah infeksius yang mengandung bahan beracun berbahaya (B3) seperti limbah cucian rontgen dari ruang radiologi yang mengandung Hg, Ag (1).

Tenaga kesehatan sebagai *provider* pemberi pelayanan kesehatan kepada pasien, di rumah sakit juga sebagai penghasil limbah medis memiliki risiko yang besar terhadap kecelakaan dan penyebaran penyakit sehingga sebagai orang pertama yang berkontak langsung dengan limbah medis dan penghasil limbah medis. Secara global lebih dari 35 juta petugas kesehatan menghadapi risiko luka perkutan akibat terkena benda tajam yang terkontaminasi. Insiden terpapar mikroorganisme yang diobservasi diantara semua tenaga kesehatan yang paling tinggi terpajan adalah perawat disebabkan perawat adalah tenaga kesehatan yang paling sering kontak dengan pasien (2).

Penggunaan injeksi sangat tinggi di Pakistan, bahwa 13,6 suntikan per orang diberikan setiap tahun. Lebih dari 50% dari suntikan tersebut dengan menggunakan jarum suntik bekas pakai. Penggunaan kembali jarum suntik dan

*recapping* jarum mengakibatkan prevalensi Virus Hepatitis B (HBV) dan Virus Hepatitis C (HCV) lebih dari 10% dan sebagian besar infeksi ini terjadi karena penggunaan jarum suntik (3).

Data penelitian pada 114 tenaga kesehatan di 10 puskesmas DKI Jakarta menunjukkan bahwa sekitar 84% diantaranya pernah tertusuk jarum suntik bekas. Ditemukan prevalensi Hepatitis B *surface* Antigen (HbsAg) positif sebesar 12,5% pada kelompok dokter gigi dan 13,3% pada petugas laboratorium, Sedangkan tenaga kesehatan lainnya dengan insiden sekitar 4% (4). Penelitian lain yang dilakukan Hermana (2009) di RSUD Kabupaten Cianjur menyebutkan bahwa jumlah perawat yang mengalami luka jarum suntik dan benda tajam lainnya cukup tinggi yaitu 61,34%. Data jumlah tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan lainnya seperti klinik dan puskesmas mengalami infeksi penyakit menular karena jarum suntik dan benda tajam lainnya belum diketahui dengan jelas (5).

Beberapa kelompok masyarakat yang mempunyai risiko untuk mendapat gangguan karena buangan limbah Rumah Sakit. Pertama, pasien yang datang ke Rumah Sakit untuk memperoleh pertolongan pengobatan dan perawatan Rumah Sakit. Kelompok ini merupakan kelompok yang paling rentan. Kedua, karyawan Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas sehari-hari selalu kontak dengan orang sakit yang merupakan sumber agen penyakit. Ketiga, pengunjung/ pengantar orang sakit yang berkunjung ke Rumah Sakit, risiko terkena gangguan kesehatan akan semakin besar. Keempat, masyarakat yang bermukim di sekitar Rumah Sakit. apabila Rumah Sakit membuang hasil buangan Rumah Sakit tidak sebagaimana mestinya ke lingkungan sekitarnya. Akibatnya adalah berdampak

buruk terhadap mutu lingkungan masyarakat dan menjadi turunya kualitas rumah sakit, dengan akibat lanjutannya adalah menurunnya derajat kesehatan masyarakat di lingkungan tersebut sehingga perlu dikelola dengan baik sesuai ketentuan yang berlaku (6).

Limbah medis merupakan bahan infeksius dan berbahaya yang harus dikelola dengan benar, agar tidak menjadi sumber infeksi baru bagi masyarakat di sekitar fasilitas kesehatan maupun bagi tenaga kesehatan yang ada di fasilitas kesehatan itu sendiri. Limbah medis adalah limbah dari bahan infeksius, alat-alat kesehatan yang telah dipakai, obat-obatan kadaluarsa yang jumlahnya diperkirakan setiap tahun semakin meningkat. Penyebabnya adalah jumlah rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, maupun laboratorium medis yang terus bertambah (7).

Volume limbah medis di Indonesia mencapai 242 ton per hari tahun 2018 dari 2.813 rumah sakit di Indonesia. Rata-rata jumlah limbah medis setiap rumah sakit mencapai 87 kilogram per hari, artinya angka ini cukup besar. Jika dikalikan dalam pertahun maka jumlah tumpukan limbah medis sungguh fantastik. Banyaknya limbah yang tidak terkelola, salah satunya disebabkan jasa pengelolaan tidak banyak dan juga terdapat jasa pemusnahan limbah yang ditutup akibat tidak bekerja sesuai prosedur. Pemusnahan limbah medis menggunakan alat insinerator dengan suhu dibutuhkan mencapai 1.600 sampai dengan 2.000 derajat celsius (8). Rata-rata limbah medis yang dihasilkan rumah sakit di Sumatera Utara tahun 2018 yaitu 18,7 ton per hari dari 215 rumah sakit (Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (9).

Perawat bekerja di ruang rawat inap rumah sakit ikut bertanggung jawab atas pemilahan limbah medis karena perawatlah yang bertugas pada ruangan yang menghasilkan limbah medis. Hal ini karena perawat lebih banyak berperan dalam hal melakukan tindakan pelayanan keperawatan kepada pasien (seperti: menyuntik, memasang selang infus, mengganti cairan infus, memasang selang urine, dan perawatan luka kepada pasien, perawatan dalam pemberian obat, dll) kemungkinan besar perawatlah yang pertama kali berperan apakah limbah medis akan berada pada tempat yang aman atau tidak (tempat pengumpulan sementara alat-alat medis yang sudah tidak dipakai lagi), sebelum di kumpulkan dan diangkut ke tempat pembuangan akhir yakni *incinerator* oleh petugas pengangkut limbah rumah sakit (10).

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004 disebutkan bahwa pengelolaan limbah medis padat dilakukan melalui lima tahap yaitu mulai dari pemilahan, pengumpulan, penampungan dan pengangkutan serta proses pembakaran. Persyaratan kesehatan lingkungan fasilitas kesehatan yaitu limbah rumah sakit harus dipilah sesuai jenisnya untuk mempermudah proses selanjutnya. Limbah berbentuk tajam dapat ditempatkan pada *safety box* agar benda tajam tersebut tidak dapat menembus ke bagian luar dan tempat penampung tersebut berbentuk wadah tertutup. Setelah limbah disimpan pada tempat penyimpanan sementara, selanjutnya proses pemusnahan limbah medis padat harus benar-benar hancur (11).

Proses awal dari pengelolaan limbah medis padat adalah pemilahan limbah medis padat. Untuk memudahkan proses pemilahan jenis limbah dengan cara

menggunakan kantong berkode (umumnya dengan kode berwarna). Kode berwarna yaitu kantong warna hitam untuk limbah domestik atau limbah rumah tangga biasa, kantong kuning untuk semua jenis limbah yang akan dibakar (limbah infeksius), kuning dengan strip hitam untuk jenis limbah yang sebaiknya dibakar tetapi bisa juga dibuang ke *sanitary landfill* bila dilakukan pengumpulan terpisah dan pengaturan pembuangan, biru muda atau transparan dengan strip biru tua untuk limbah *autoclaving* (pengolahan sejenis) sebelum pembuangan akhir (6).

Keberhasilan sistem pemilahan limbah infeksius berkaitan erat dengan prosedur tetap (protap) yang dimiliki rumah sakit sebagai acuan agar tujuan akhir pengelolaan sampah padat dapat tercapai sesuai dengan yang diinginkan. Apabila protap telah disusun dan dilaksanakan dengan baik, maka akan dapat tercipta lingkungan rumah sakit yang bersih dan sehat. Betapapun juga, masih terdapat faktor lain yang berperan penting dalam keberhasilan pengelolaan sampah padat di rumah sakit, yaitu faktor pengelola, dana yang tersedia, dan peralatan yang dimiliki. Ketersediaan faktor penunjang ini dapat membantu untuk mewujudkan lingkungan rumah sakit yang bersih dan sehat (12).

Pemilahan limbah infeksius perawat di rumah sakit dapat dikaitkan dengan teori perilaku kesehatan. Menurut Green and Kreuter dalam model *Precede* menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, sosio demografi), faktor pendorong (sikap dan tindakan dari petugas kesehatan dan petugas lainnya serta kebijakan) dan faktor pendukung (sarana dan fasilitas

kesehatan). Sedangkan cepat atau lambatnya perubahan perilaku dapat berlangsung secara alamiah, terencana dan kesediaan seseorang untuk berubah (13).

Penelitian Maharani (2018) pada Salah Satu Rumah Sakit di Kota Bandung terdapat 56,6% tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan baik, 25,8% sedang dan 17,6% memiliki pengetahuan kurang. Diketahui pula 82,4% tenaga kesehatan memiliki sikap yang baik dan 17,6% sikap kurang baik terhadap pengelolaan limbah medis padat. Hubungan antara pengetahuan pengelolaan limbah medis padat dengan tenaga kesehatan dokter dan non dokter ( $p < 0,001$ ) sedangkan sikap pengelolaan limbah medis padat tidak memiliki hubungan dengan tenaga kesehatan dokter dan non dokter ( $p = 0,300$ ) (12).

Penelitian Jasmawati (2012) di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda mengatakan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan praktik petugas pengumpul limbah medis dan ada hubungan antara ketersediaan fasilitas dengan praktik petugas pengumpul limbah medis. Pihak manajemen rumah sakit lebih memperhatikan tingkat pengetahuan petugas ditunjang dengan fasilitas memadai agar mereka dapat berpraktik yang baik dalam mengumpul limbah medis. Penelitian serupa juga dilakukan di RSUD Dr. Pirngadi Medan (2009) bahwa masa kerja, ketersediaan fasilitas, ketersediaan sarana berpengaruh terhadap tindakan membuang limbah medis, tetapi kebijakan tidak berpengaruh secara signifikan (14).

Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Medan dengan Kelas B berlokasi di Kompl Medan Estate Permai Tegalrejo didirikan dengan landasan hasrat untuk



menciptakan sarana pelayanan kesehatan bernuansa Islami yang mengutamakan mutu dan memperhatikan dengan sungguh-sungguh kebutuhan pelanggan. Rumah Sakit Umum Haji Medan Provinsi Sumatera Utara diresmikan oleh Presiden Republik Indonesia tanggal 4 Juni 1992. Sejak tanggal 29 Desember 2011 Rumah Sakit Umum Haji Medan secara resmi telah dikelola oleh Pemerintah Provinsi Sumatera Utara berdasarkan Peraturan Gubernur Sumatera Utara Tahun 2011 tanggal 13 Desember 2011. Rumah sakit didukung jumlah perawat sebanyak 218 orang dan di rurang ruang rawat inap kelas III 59 orang terdiri dari perawat berstatus Pegawai Negeri Sipil 20 orang dan perawat berstatus honoer 39 orang. Rumah sakit memiliki 250 tempat tidur dan ruang rawat inap terdiri dari VVIP, VIP, Kelas I, Kelas II, Kelas III, ICU, NICU dan PICU yang semuanya berlaku bagi pasien BPJS dan KIS (14).

RSU Haji Medan memiliki izin lingkungan berupa Upaya Pengelolaan Lingkungan (UKL) dan Upaya Pemantauan Lingkungan (UPL). Setiap rumah sakit memproduksi limbah medis setiap tahunnya. Rata-rata jumlah limbah medis per bulan tahun 2018 di RSU Haji Medan yaitu 1.165 kg dan diangkut sekitar 500 kg/bulan. Proses pengelolaam limbah infeksius padat dimulai dari pengumpulan limbah setiap hari pada waktu pagi, siang dan sore hari. Kemudian dilanjutkan dengan pemilihan jenis limbah padat dan selanjutnya dipilah untuk dimasukkan ke dalam Tempat Penyimpanan Sementara (TPS) (14). Berdasarkan hasil pengamatan peneliti bahwa limbah infeksius yang paling banyak dihasilkan adalah di ruang rawat inap Kelas III sebagai alasan peneliti menentukan lokasi penelitian .

Berbeda dengan limbah infeksius cair, di mana rumah sakit telah memiliki sistem pengelolaan limbah cair dengan sistem pengendapan. Dimulai dari bak penampung disalurkan ke bak stabilisasi menuju bak aerasi untuk mengendapan dan kemudian dilakukan masuk ke bak lainnya untuk dilakukan coagulasi, flokulasi dan desinfektant, sampai menuju bak aerasi. Dari sini kemudian difilter yang terdiri dari filter amoniak dan filter karbon. Air limbah yang telah difilter dimasukkan ke bak kontrol sebagai sampel untuk menentukan apakah air limbah sesuai dengan standar mutu air limbah. Jika sudah sesuai limbah cair tersebut dapat dibuang melalui saluran selokan di rumah sakit. Uji sampel air limbah dengan cara dimasukkan ke dalam botol plastik dan dikirim ke PT. Sucofindo (Persero) untuk mengetahui kelayakan baku mutu air limbah tersebut.

Setiap rumah sakit memproduksi limbah medis setiap tahunnya. Rata-rata jumlah limbah medis per bulan tahun 2018 di RSUD Haji Medan yaitu 1.065 kg dan diangkut sekitar 500 kg/bulan. Penanganan limbah medis merupakan tanggung jawab direktur rumah sakit, 4 orang Satuan Pemeriksaan internal, dikelola oleh 1 orang Sub Bidang Penunjang Medik/Non Medik membawahi 4 orang Sanitasi dan dibantu bagian *cleaning service* sebanyak 12 orang. Proses pengelolaan limbah medis dimulai dari pengumpulan limbah setiap hari pada waktu pagi, siang dan sore hari. Kemudian dilanjutkan dengan pemilihan jenis limbah padat dan selanjutnya dipilah untuk dimasukkan ke dalam Tempat Penyimpanan Sementara (TPS).

Berdasarkan hasil pengamatan peneliti selama bekerja di RSUD Haji Medan bahwa perawat belum menerapkan pemilahan limbah sesuai SPO karena membuang alat-alat habis pakai bersifat infeksius dan limbah dari pengunjung pada tempat yang sama. Kantong plastik penyimpanan limbah medis terdiri dari warna biru dan kuning sebagai limbah infeksius. Rumah sakit melakukan sosialisasi dan pendidikan keselamatan dan kesehatan kerja (K3) tentang pemilahan limbah belum merata dan berkala, Tempat pembuangan sampah limbah medis hanya berwarna kuning dan biru, seharusnya tempat sampah berwarna di rumah sakit berwarna kuning (infeksius/patologi), coklat (limbah farmasi/obat-obatan kadaluarsa), ungu (sitotoksik) dan merah (radioaktif). Rumah Sakit mempunyai standart operasional prosedur tentang limbah medis cair dan padat yang telah ditetapkan direktur rumah sakit tetapi kegiatan sosialisasi dan penyuluhan belum kontinyu. Demikian juga ketentuan sanksi untuk menghindari kelalaian tenaga kesehatan dalam memilah limbah medis sudah ada tetapi penerapannya belum efektif. Rumah sakit juga belum merevisi buku saku yang pernah diberikan kepada perawat.

Perawat juga kurang paham tentang jenis-jenis limbah infeksius dan non infeksius sehingga sewaktu dimasukkan ke *box* limbah infeksius tidak dimasukkan ke dalam plastik warna kuning tetapi warna lainnya terutama perawat honorer yang baru masuk kerja. Perawat juga kurang paham tentang jenis-jenis plastik tempat pengumpulan limbah disebabkan perawat honorer belum mendapatkan pelatihan. Perawat mengatakan bahwa limbah dapat dicampurkan karena nantinya akan dibakar di incenerator juga sehingga tidak mengganggu

kesehatan disebabkan pengawasan belum berjalan efektif. Sewaktu pemilihan limbah tidak perlu menggunakan sarung tangan dan masker karena setelah dilakukan tindakan tersebut segera mencuci tangan dengan bersih.

Rumah sakit belum mengevaluasi kinerja perawat tentang pemilahan limbah dan belum mengidentifikasi aspek-aspek dampak pencemaran limbah medis karena selama ini kasus gangguan kesehatan terhadap pasien tidak pernah ada tetapi ada 4 orang perawat tertusuk jarum saat memilah limbah dan ditemukan jarum suntik oleh petugas Laundry. Perawat juga jarang menggunakan masker dan sarung tangan saat memilah limbah dan tidak mencuci tangan. Ada perawat mencuci tangan tidak menggunakan sabun anti septik. Perawat lain tidak menegur petugas yang tidak lengkap menggunakan alat pelindung diri dan tidak menerapkan sanksi kepada petugas tenaga kesehatan yang tidak membuang limbah medis sesuai warna tempat sampah. Sebagian tenaga kesehatan tidak memiliki buku saku tentang pemilahan limbah medis.

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti tertarik mengkaji Faktor Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Perawat dalam Pemilahan Limbah Infeksius dan Non Infeksius di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan Tahun 2019.

## **1.2. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dirumuskan permasalahan dalam penelitian yaitu

1. Apakah pendidikan berpengaruh terhadap perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan Tahun 2019?
2. Apakah masa kerja berpengaruh terhadap perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan Tahun 2019?
3. Apakah pengetahuan berpengaruh terhadap perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan Tahun 2019?
4. Apakah sikap berpengaruh terhadap perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan Tahun 2019?
5. Apakah ketersediaan fasilitas berpengaruh terhadap perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan Tahun 2019?
6. Apakah ketersediaan informasi berpengaruh terhadap perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan Tahun 2019?
7. Apakah kebijakan berpengaruh terhadap perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan Tahun 2019?

### **1.3. Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Berdasarkan rumusan masalah, maka tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor yang memengaruhi perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan Tahun 2019.

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Untuk menganalisis pengaruh pendidikan terhadap perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius.
2. Untuk menganalisis pengaruh masa kerja terhadap perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius.
3. Untuk menganalisis pengaruh pengetahuan terhadap perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius.
4. Untuk menganalisis pengaruh sikap terhadap perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius.
5. Untuk menganalisis pengaruh ketersediaan fasilitas terhadap perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius.
6. Untuk menganalisis pengaruh ketersediaan informasi terhadap perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius.
7. Untuk menganalisis pengaruh kebijakan terhadap perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius.

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat baik secara teoritis dan praktis.

##### **1. Manfaat Ilmiah**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan bagi perkembangan ilmu pengetahuan pada umumnya dan bidang administrasi manajemen rumah sakit pada khususnya dan sebagai referensi atau titik tolak tambahan bila diadakan penelitian lebih lanjut yang ingin mengkaji mengenai perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius.

##### **2. Manfaat Institusi**

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan sebagai dasar pertimbangan dalam usaha perbaikan manajemen rumah sakit pada umumnya dan diharapkan dapat memberikan masukan untuk meningkatkan kinerja perawat lebih optimal untuk mencegah penyakit infeksi.

##### **3. Manfaat Praktis**

Penelitian ini merupakan proses pembelajaran untuk dapat menerapkan ilmu yang telah diperoleh selama ini dan diharapkan dapat menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan mengenai faktor yang memengaruhi perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius, sehingga hasil penelitian ini dapat menerangkan dan mempunyai pengetahuan teoritis dalam kasus nyata di lapangan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Penelitian Terdahulu**

Beberapa penelitian yang relevan dengan tema penelitian antara lain:

Penelitian Maulana (2017) menyebutkan pengolahan limbah padat medis Rumah Sakit Swasta Kota Jogja kurang efektif dikarenakan belum mempunyai Insinerator, serta menyerahkan proses pembakarannya limbah infeksius oleh pihak ke-tiga (PT Jasa medinvest), sedangkan limbah B3 oleh pihak ke-tiga (PT Arah). Pengolahan limbah bahan berbahaya dan beracun di Rumah Sakit Swasta Kota Jogja harus diperbaiki dikarenakan Proses pembakaran limbah Infeksius dilakukan oleh pihak ke-tiga yaitu PT Jasa Medinvest, sedangkan limbah B3 dilakukan oleh pihak ke-tiga yaitu PT Arah. Hal ini dikarenakan posisi di Rumah Sakit Swasta Kota Jogja yang berada di Kota dan berhimpitan dengan perumahan warga dan perkatoran sehingga sangat mengganggu jika proses pembakaran limbah dilakukan (6).

Berdasarkan dari penelitian sebelumnya mengenai pengelolaan limbah, masih ditemukan juga beberapa permasalahan dalam proses pengelolaan limbah di suatu Rumah sakit. Salah satunya dalam penelitian Bastari (2007), menyatakan bahwa pembuangan sampah medis ke dalam kantong yang seharusnya untuk sampah dapur mengakibatkan sangat berbahaya, bila sampah tersebut mengandung bahan yang menular maka akan terjadi penularan penyakit yang tidak diinginkan (15).



Penelitian Hasan (2008) di dua Rumah Sakit besar di Dhaka City (DMCH dan BMCH) umumnya ditemukan bahwa pembuang limbah ke dalam keranjang tanpa dipisahkan. Perilaku Ini menimbulkan risiko kesehatan yang serius kepada para petugas penanganan limbah, untuk para pemulung di tempat pembuangan dan kepada masyarakat pada umumnya. Konsekuensi dari praktek ini yaitu mencemari air permukaan dan air tanah sumber daya di sekitar tempat pembuangan (16).

Hasil penelitian Nurharyanti (2016) di RSUD Sukoharjo masih ada aktivitas asuhan keperawatan dan pengelolaan sampah medis, jarum, spuit, perban dibuang tanpa dipisahkan, hal ini dibuktikan dengan dilakukan hasil uji *Rank Spearman* diperoleh nilai  $p= 0,001$ , artinya terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dengan perilaku perawat dalam pengelolaan sampah medis di ruang rawat inap RSUD Sukoharjo (17). Begitu juga hasil penelitian Wungo (2013) menyatakan tidak ada hubungan antara pengetahuan dan sikap petugas sanitasi dengan praktik pengelolaan sampah medis di RSUD Kabupaten Kebumen (18). Hal ini didukung oleh penelitian Yordanov (2015) menjelaskan bahwa dengan pengetahuan yang baik dari petugas kesehatan, penggunaan alat kesehatan secara efektif dapat membantu mengurangi jumlah limbah yang dihasilkan dari rumah sakit (19).

Penelitian Parsinahingsih (2008) mengenai gambaran pelaksanaan kewaspadaan standart di RSUD Dr. Moewardi bahwa masih terdapat perawat yang kurang baik dalam pelaksanaan kewaspadaan standart seperti pasien *safety* maupun penerapan membuang sampah medis saat melakukan asuhan keperawatan

kepada pasien (20). Ali (2008) dalam penelitiannya mengemukakan dalam rangka mewujudkan dan memenuhi standar kualitas kesehatan pengelolaan sampah di fasilitas kesehatan, petugas pengangkut limbah termasuk perawat harus dilatih untuk melaksanakan tugas secara akurat dan aman. Meskipun rumah sakit di Thailand tidak memiliki program regular pelatihan untuk staf, maupun staf baru diberi orientasi menyeluruh dan kuliah tentang keselamatan kerja di tempat kerja dan berhubungan dengan manajemen limbah (21).

Penelitian Hakim (2014) menjelaskan bahwa dokter (56,4%) memiliki sikap yang lebih baik terhadap pengelolaan limbah medis dibandingkan non dokter yaitu perawat (49%). Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara sikap terhadap pengelolaan limbah medis dengan tenaga kesehatan dokter dan non dokter dengan nilai  $p = 0,142$  (22).

Penelitian Simamora (2018) mengatakan bahwa RSUD Doloksanggul mempunyai permasalahan yaitu tidak adanya SOP, petugas pengelola yang tidak mendapat pelatihan serta perilaku tenaga medis yang tidak membuang sampah pada tempat yang disediakan. Pengelolaan limbah padat di RSUD Doloksanggul memperoleh skor 47,5% dimana skor tersebut belum sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1204 tahun 2004 yang membutuhkan skor minimal 80% untuk Rumah Sakit Tipe C (23).

Penelitian Maharani (2018) pada salah satu rumah sakit di Kota Bandung terdapat 56,6% tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan baik, 25,8% sedang dan 17,6% memiliki pengetahuan kurang. Diketahui pula 82,4% tenaga kesehatan memiliki sikap yang baik dan 17,6% sikap kurang baik terhadap pengelolaan

limbah medis padat. Hubungan antara pengetahuan pengelolaan limbah medis padat dengan tenaga kesehatan dokter dan non dokter ( $p < 0,001$ ) sedangkan sikap pengelolaan limbah medis padat tidak memiliki hubungan dengan tenaga kesehatan dokter dan non dokter ( $p = 0,300$ ) (12).

## **2.2. Telaah Teori**

### **2.2.1. Limbah Rumah Sakit**

Sampah dan limbah medis klinik kesehatan/puskesmas adalah semua yang dihasilkan oleh kegiatan rumah sakit dan kegiatan penunjang lainnya. Apabila dibanding dengan kegiatan instansi lain, maka dapat dikatakan bahwa jenis sampah dan limbah rumah sakit dapat dikategorikan kompleks. Secara umum sampah dan limbah rumah sakit/Puskesmas dibagi kedalam dua kelompok besar, yaitu sampah limbah klinis dan non klinis baik padat maupun cair (24).

Mengingat dampak yang mungkin timbul, maka diperlukan upaya pengelolaan yang baik meliputi alat dan sarana, keuangan, dan tatalaksana pengorganisasian yang ditetapkan dengan tujuan memperoleh kondisi fasilitas kesehatan yang memenuhi persyaratan kesehatan lingkungan. Pembuangan limbah yang berjumlah cukup besar paling baik jika dilakukan dengan memilah ke dalam berbagai kategori. Pada tiap jenis kategori diterapkan cara pembuangan limbah yang berbeda. Prinsip umum pembuangan limbah rumah sakit adalah sejauh mungkin menghindari resiko kontaminasi dan trauma (15).

### 2.2.2. Jenis Limbah Rumah Sakit

Jenis limbah medis fasilitas kesehatan berdasarkan bentuknya dibagi menjadi tiga, yaitu:

#### a. Limbah padat

Limbah padat rumah sakit adalah semua limbah rumah sakit yang berbentuk padat akibat kegiatan rumah sakit yang terdiri atas limbah medis padat dan nonmedis (Kepmenkes RI No.1204/MENKES/SK/X/2004), yaitu sebagai berikut:

1. Limbah non medis, yaitu limbah padat yang dihasilkan dari kegiatan rumah sakit di luar medis yang berasal dari dapur, perkantoran, serta taman dari halaman yang dapat dimanfaatkan kembali apabila ada teknologi
2. Limbah medis padat, yaitu limbah padat yang terdiri atas 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.

b. Limbah cair

Limbah cair adalah semua air buangan termasuk tinja yang berasal dari kegiatan rumah sakit, yang kemungkinan mengandung mikroorganisme, bahan kimia beracun, dan radioaktif yang berbahaya bagi kesehatan.

Air limbah rumah sakit adalah seluruh buangan cair yang berasal dari hasil proses seluruh kegiatan rumah sakit yang meliputi limbah cair domestik yakni buangan kamar dari rumah sakit yang kemungkinan mengandung mikroorganisme, bahan kimia beracun, dan radioaktif.

c. Limbah gas

Limbah gas adalah semua limbah yang berbentuk gas yang berasal dari kegiatan pembakaran di rumah sakit seperti insenerator, dapur, perlengkapan generator, anastesi, dan pembuatan obat sitotoksis (25).

Djohan & Halim menambahkan bahwa jenis limbah rumah fasilitas kesehatan berdasarkan bahayanya dibagi menjadi dua, yaitu:

a. Limbah nonmedis

Limbah nonmedis dirumah sakit merupakan limbah yang dihasilkan dari kegiatan rumah sakit di luar medis berupa karton, kaleng dan botol, serta sampah dari ruangan pasien yang dapat dimanfaatkan kembali apabila ada teknologinya. Sebagian besar limbah ini merupakan limbah organik dan bukan merupakan limbah B3, sehingga pengelolaannya dapat dilakukan bersama-sama dengan sampah kota yang ada. Jenis limbah non medis tersebut antara lain, limbah cair

dari kegiatan *laundry*, limbah domestik cair dan sampah padat (26). Sampah padat non medis adalah semua sampah padat diluar sampah padat medis yang dihasilkan dari berbagai kegiatan, seperti berikut:

1. Kantor/administrasi
2. Unit perlengkapan
3. Ruang tunggu
4. Ruang inap
5. Unit gizi atau dapur
6. Halaman parkir dan taman
7. Unit pelayanan (27)

b. Limbah medis

Limbah medis merupakan limbah yang berasal dari pelayanan medis, perawatan, ruang gigi, farmasi atau sejenisnya, pengobatan, serta penelitian atau pendidikan yang menggunakan bahan-bahan beracun, infeksius berbahaya atau bisa membahayakan kecuali jika dilakukan pengamanan tertentu (25).

### **2.2.3. Limbah Medis Padat**

Limbah medis cenderung bersifat infeksius dan kimia beracun yang dapat memengaruhi kesehatan manusia, memperburuk kelestarian lingkungan hidup apabila tidak dikelola dengan baik. Limbah medis puskesmas adalah semua limbah yang dihasilkan dari kegiatan puskesmas dalam bentuk padat, cair, dan gas. Berdasarkan potensi bahaya yang dapat ditimbulkannya, limbah medis telah digolongkan sebagai berikut:

- a. Limbah benda tajam, yaitu materi yang dapat menyebabkan luka iris atau luka tusuk, antara lain jarum, jarum suntik, skapel, peralatan infus, dan pecahan kaca. Baik terkontaminasi atau tidak, benda semacam itu biasanya dipandang sebagai limbah layanan kesehatan yang sangat berbahaya
- b. Limbah infeksius, yaitu limbah yang terkontaminasi organisme patogen (bakteri, virus, parasit dan jamur) yang tidak secara rutin ada di lingkungan dan organisme tersebut dalam jumlah dan virulensi yang cukup untuk menularkan penyakit pada manusia rentan. Limbah infeksius mencakup pengertian sebagai berikut:
  - 1. Limbah yang berkaitan dengan pasien yang memerlukan isolasi penyakit menular (perawatan intensif)
  - 2. Limbah laboratorium yang berkaitan dengan pemeriksaan mikrobiologi dari poliklinik dan ruang perawatan.
- c. Limbah patologis, yang meliputi organ, anggota badan, darah dan cairan tubuh. Biasanya dihasilkan pada saat pembedahan atau autopsi. Jaringan tubuh yang tampak nyata seperti anggota badan dan placenta yang tidak memerlukan pengesahan penguburan hendaknya dikemas secara khusus dan diberikan label serta diproses pada incinerator dibawah pengawasan petugas berwenang.
- d. Limbah sitotoksik, yaitu limbah dari bahan yang terkontaminasi dari persiapan dan pemberian obat sitotoksis untuk kemoterapi kanker yang mempunyai kemampuan untuk membunuh atau menghambat pertumbuhan

sel hidup. Limbah ini harus dibakar dalam insenerator dengan suhu diatas 1000°C.

- e. Limbah farmasi, yaitu terdiri dari obat-obatan, vaksin, dan serum kedaluwarsa, tidak digunakan, tumpah, dan terkontaminasi, obat yang terbuang karena karena batch yang tidak memenuhi spesifikasi atau kemasan yang terkontaminasi, sarung tangan, masker, selang penghubung, obat yang tidak diperlukan lagi atau limbah dari proses produksi obat yang harus dibuang dengan tepat. Kategori ini mencakup barang yang akan dibuang setelah digunakan untuk menangani produk farmasi, misalnya botol atau kotak yang berisi reidu, sarung tangan, selang, masker, selang penghubung dan ampul obat.
- f. Limbah kimia, adalah limbah yang dihasilkan dari penggunaan bahan kimia dalam tindakan medis, laboratorium, proses sterilisasi dan riset.
- g. Limbah yang mengandung logam berat, termasuk dalam subkategori limbah kimia berbahaya dan biasanya sangat toksik. Contohnya limbah merkuri yang berasal dari bocoran peralatan kedokteran yang rusak (misalnya termometer dan alat pengukur tekanan darah), pembatasan radiasi sinar x dan dibagian diasnognik.
- h. Limbah kemasan bertekanan, berbagai jenis gas digunakan dalam kegiatan instalasi kesehatan dan kerap dikemas dalam tabung, *cartridge*, dan kaleng aerosol. Tabung-tabung tersebut dapat digunakan kembali kecuali tabung aerosol. Penggunaan kemasan bertekanan harus sangat berhati-hati karena dapat meledak jika terbakar atau tidak sengaja bocor.



- i. Limbah Radioaktif, limbah radioaktif tidak dapat dibuang secara sembarangan. Limbah radioaktif yang telah dikumpulkan dalam kurun waktu tertentu harus mengirimkan limbah radioaktif yang dihasilkannya sesuai dengan Peraturan Pemerintah RI Nomor 18 tahun 1999, bahwa Badan Tenaga Atom Nasional (BATAN) adalah instansi pengelolah limbah radioaktif (25).

#### **2.2.4 Dampak Limbah 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. Dari lingkungan, kuman dapat sampai ke tenaga kerja, penderita baru. Ini disebut infeksi nosokomial (27).

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

- a. Limbah mengandung agent infeksius.
- b. Limbah bersifat genoktosik.
- c. Limbah mengandung zat kimia atau obat – obatan berbahaya atau baracun.
- d. Limbah bersifat radioaktif.
- e. Limbah mengandung benda tajam (28).

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 :

- a. Dokter, perawat, pegawai layanan kesehatan dan tenaga pemeliharaan rumah sakit.
- b. Pasien yang menjalani perawatan di instansi layanan kesehatan atau dirumah
- c. Penjenguk pasien rawat inap.
- d. Tenaga bagian layanan pendukung yang bekerja sama dengan instansi layanan kesehatan masyarakat, misalnya , pengelolaan limbah dan bagian transportasi.
- e. Pegawai pada fasilitas pembuangan limbah (misalnya, ditempat penampungan sampah akhir atau incinerator, termasuk pemulung) (27).

### **1. Bahaya Akibat Limbah Infeksius dan Benda Tajam**

Limbah infeksius dapat mengandung berbagai macam mikroorganisme pathogen. Patogen tersebut dapat memasuki tubuh manusia melalui beberapa jalur:

- a. Akibat tusukan, lecet, atau luka dikulit.
- b. Melalui membrane mukosa.
- c. Melalui pernafasan.
- d. Melalui ingesti (28).

Contoh infeksi akibat terpapar 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 penyakit, misalnya infeksi virus pada darah (28).

## **2. 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 (28).

### **2.2.5. Managemen Pengolahan Limbah Rumah Sakit**

Konsep pengelolaan lingkungan yang memandang pengelolaan lingkungan sebagai sebuah sistem dengan berbagai proses manajemen didalamnya yang dikenal sebagai Sistem Manajemen Lingkungan (*Environment Management System*), melalui pendekatan ini, pengelolaan lingkungan tidak hanya meliputi bagaimana cara mengolah limbah sebagai *by product (output)*, tetapi juga mengembangkan strategi-strategi manajemen dengan pendekatan sistematis untuk meminimasi limbah dari sumbernya dan meningkatkan efisiensi pemakaian

sumber daya sehingga mampu mencegah pencemaran dan meningkatkan performa lingkungan. Hal ini berarti menghemat biaya untuk remediasi pencemaran lingkungan. Ada beberapa konsep tentang pengelolaan lingkungan sebagai berikut:

1. Reduksi limbah pada sumbernya (*source reduction*)
2. Minimisasi limbah
3. Produksi bersih dan teknologi bersih
4. Pengelolaan kualitas lingkungan menyeluruh (*Total Quality Environmental Management/TQEM*)
5. *Continous Quality Improvement (CQI)* (6).

Pengelolaan limbah medis secara konvensional meliputi hal-hal sebagai berikut: pemilahan pada sumber, pengumpulan, pemindahan, pengangkutan, pemilahan, pemotongan, pengolahan dan pembuangan akhir.

1. Pemilahan dan pengurangan pada sumber

Limbah dipilah-pilah dengan mempertimbangkan hal-hal yaitu kelancaran penanganan dan penampungan, pengurangan jumlah limbah yang memerlukan perlakuan khusus, dengan pemisahan limbah B3 dan non B3, diusahakan sedapat mungkin menggunakan bahan kimia non B3, pengemasan dan pemberian label yang jelas dari berbagai jenis limbah untuk mengurangi biaya, tenaga kerja, dan pembuangan, pemisahan limbah berbahaya dari semua limbah pada tempat penghasil limbah akan mengurangi kemungkinan kesalahan petugas dan penanganan.

2. Pengumpulan (Penampungan)

Sarana penampungan harus memadai, diletakkan pada tempat yang pas, aman, dan higienis. Pemadatan merupakan cara yang paling efisien dalam penyimpanan limbah yang bisa dibuang dan ditimbun. Namun tidak boleh dilakukan untuk limbah infeksius dan benda tajam.





### 3. Pemisahan limbah

Untuk memudahkan pengenalan jenis limbah adalah dengan cara menggunakan kantong berkode (umumnya dengan kode berwarna). Kode berwarna yaitu kantong warna hitam untuk limbah domestik atau limbah rumah tangga biasa, kantong kuning untuk semua jenis limbah yang akan dibakar (limbah infeksius), kuning dengan strip hitam untuk jenis limbah yang sebaiknya dibakar tetapi bisa juga dibuang ke *sanitary landfill* bila dilakukan pengumpulan terpisah dan pengaturan pembuangan, biru muda atau transparan dengan strip biru tua untuk limbah *autoclaving* (pengolahan sejenis) sebelum pembuangan akhir (6).



**Gambar 2.1 Tempat Pembuangan Limbah Medis**

**Tabel 2.1 Jenis Wadah dan label Limbah Medis Padat Sesuai Kategorinya**

No	Kategori	Warna Kontainer	Lambang	Keterangan
1	Radioaktif	Merah		Kantong boks timbal Dengan Symbol radioaktif
2	Sangat Infeksius	Kuning		Kantong plastik kuat, anti bocor, Atau kontainer yang Dapat disterilisasi Dengan Otoklaf
3	Limbah Infeksius, patologi dan Anatomi	Kuning		Kantong plastik Kuat dan anti bocor, Atau kontainer
4	Sitotoksis	Ungu		Kontainer plastik Kuat dan anti bocor
5	Limbah kimia dan farmasi	Coklat	-	Kantong plastik Atau kontainer

Sumber : Departemen Kesehatan RI, 2004 (11)

Hal-hal lain yang perlu diperhatikan dalam pengolahan limbah klinis adalah sebagai berikut:

1. Penghasil limbah klinis dan yang sejenis harus menjamin keamanan dalam memilah-milah jenis sampah, pengemasan, pemberian label, penyimpanan, pengangkutan, pengolahan, dan pembuangan.
2. Penghasil limbah klinis hendaknya mengembangkan dan secara periodik meninjau kembali strategi pengolahan limbah secara menyeluruh.
3. Menekan produksi sampah hendaknya menjadi bagian integral dari strategi pengelolaan.

4. Pemisahan sampah sesuai sifat dan jenisnya adalah langkah awal prosedur pembuangan yang benar
5. Limbah radioaktif harus diamankan dan dibuang sesuai dengan peraturan yang berlaku oleh instansi berwenang
6. *Incinerator* adalah metode pembuangan yang hanya disarankan untuk limbah tajam, infeksius, dan jaringan tubuh
7. *Incinerator* dengan suhu tinggi disarankan untuk memusnahkan limbah sitotoksik ( $110^{\circ}\text{C}$ )
8. *Incinerator* harus digunakan dan dipelihara sesuai dengan spesifikasi desain. Mutu emisi udara harus dipantau dalam rangka menghindari pencemaran udara.
9. *Sanitary landfill* mungkin diperlukan dalam keadaan tertentu bila sarana *incinerator* tidak mencukupi
10. Perlu diperhatikan bahwa program latihan karyawan atau staf RS menjadi bagian integral dalam strategi pengelolaan limbah (11).

#### **2.2.6. Penanganan Limbah Infeksius**

Dalam penanganan limbah infeksius, kita harus menggunakan alat pelindung diri (APD) untuk mengantisipasi apabila terkena limbah tersebut. Limbah infeksius itu mengandung banyak bakteri penyakit yang dialami pasien misalnya, feses dan urin. APD tersebut terdiri dari jas laboratorium, sarung tangan steril, dan masker.

1. Menyiapkan dan gunakan APD dengan baik dan benar
2. Menyiapkan tisu dan desinfektan

3. Mengelap limbah infeksius dengan tisu terebih dahulu
4. Memberi / menetes desinfektan pada bekas limbah tadi
5. Kemudian mengelap kembali desinfektan sampai bersih
6. Membuang tisu bekas penggunaan ke dalam tempat sampah infeksius yang berwarna kuning
7. Melepas APD yang digunakan
8. Membuang sarung tangan dan masker ke dalam tempat sampah infeksius yang berwarna kuning
9. Mencuci tangan sampai bersih (29).

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pemberantasan infeksi karena limbah infeksius, antara lain:

1. Selalu memasukkan alat suntik bekas (yang telah digunakan untuk menginjeksi) ke dalam wadah tertentu (*disposafe box*) segera setelah pemakaian.
2. Selalu menggunakan alat suntik sekali pakai yang baru untuk setiap satu penyuntikan (1 al sun = 1 pasien).
3. Selalu memusnahkan *disposafe box* pada tempat pembakaran tersendiri, tidak dicampur dengan limbah-limbah lainnya.
4. Tidak boleh menggunakan kembali alat suntik yang telah dipakai untuk menyuntik pasien ataupun hanya dengan mengganti jarumnya saja.
5. Tidak melepas / mengganti dan menutup kembali jarum suntik bekas sebelum dimasukkan ke dalam *disposafe box*.



6. Tidak memegang jarum suntik yang telah digunakan tanpa proteksi yang aman, semisal sarung tangan dari karet (29).

### **2.2.7. Teori Perilaku**

Beberapa teori yang dikemukakan pada ahli tentang perilaku kesehatan dapat dijelaskan di bawah ini.

#### **1. Model Andersen dan Anderson (1979)**

Menurut Andersen dan Anderson dalam Ilyas (2003), menggolongkan model utilisasi kesehatan ke dalam tujuh kategori berdasarkan tipe dari variabel yang digunakan sebagai faktor yang menentukan utilisasi pelayanan kesehatan. Ketujuh faktor-faktor tersebut adalah:

##### **a. Model Demografi**

Pada model ini variabel yang digunakan berdasarkan umur, jenis kelamin, status perkawinan dan besarnya keluarga. Variabel tersebut digunakan sebagai indikator yang memengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.

##### **b. Model Struktur Sosial**

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pendidikan, pekerjaan dan etnis. Variabel-variabel tersebut mencerminkan status sosial dan individu atau keluarga di dalam masyarakat dan dapat pula menggambarkan gaya hidup individu dan keluarga.

##### **c. Model Sosial Psikologis**

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pengetahuan, sikap, dan keyakinan individu di dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Variabel

tersebut memengaruhi individu untuk mengambil keputusan dan bertindak di dalam menggunakan pelayanan kesehatan.

d. Model Sumber Daya Keluarga

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pendapatan keluarga dan cakupan mengenai pelayanan kesehatan. Variabel tersebut dapat mengukur kesanggupan dari setiap individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

e. Model Sumber daya Masyarakat

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat

f. Model Organisasi

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk pelayanan kesehatan. Pada umumnya variabel yang biasa digunakan adalah:

- 1) Gaya praktek pengobatan sendiri (sendirian, rekanan, kelompok)
- 2) Sifat alamiah dari pelayanan tersebut (pembayaran secara langsung atau tidak)
- 3) Lokasi dari pelayanan kesehatan (pribadi, rumah sakit atau klinik)
- 4) Petugas kesehatan yang pertama kali dihubungi oleh pasien (dokter, perawat atau yang lainnya (30).

2. Model Becker (1974)

Menurut Becker dalam Azwar, pada model ini digunakan model kepercayaan yang menjadi sebuah bentuk dari model sosiopsikologis yang

menganggap bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi pengetahuan maupun sikap individu. Selain itu model kepercayaan kesehatan ini juga merupakan salah satu pengembangan dari teori lapangan dari Lewin, dimana dalam konsep teori lapangan dijelaskan bahwa setiap individu dalam kehidupannya akan berada pada daerah antara daerah positif dan daerah negatif (31).

Dalam model Becker ada 4 variabel kunci yang memengaruhi perilaku seseorang dalam bertindak untuk mencegah atau mengobati suatu penyakit, yaitu:

a. Kerentanan yang dirasa

Tindakan individu dalam mencari pengobatan atau melakukan upaya pencegahan terhadap suatu penyakit.

b. Keseriusan yang dirasakan

Tindakan individu dalam mencari pengobatan dan pencegahan penyakit yang didorong oleh keseriusan penyakit itu sendiri.

c. Manfaat dan rintangan yang dirasakan

Tindakan yang dilakukan akibat kerentanan dari suatu penyakit tergantung dari manfaat yang dirasakan.

d. Isyarat atau tanda-tanda

Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan kegawatan dan keuntungan diperlukan isyarat berupa faktor-faktor dari luar yang berupa pesan-pesan media massa, nasihat dari teman atau anggota keluarga yang pernah mengalaminya (31).

### 3. Model Green (1930)

Menurut Green dalam Notoatmodjo, menjelaskan bahwa tindakan seseorang dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu:

#### a. Faktor Predisposisi

Faktor-faktor ini mencakup mengenai pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tingkat pendidikan, tingkat sosial/ekonomi

#### b. Faktor Pemungkin (*enabling factors*)

Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat.

#### c. Faktor Penguat

Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan, termasuk juga disini undang-undang, peraturan-peraturan baik dan pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan (32).

### **2.2.8. Faktor yang Memengaruhi Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Infeksius dan Non Infeksius**

Beberapa faktor yang memengaruhi perilaku perawat dalam memilah limbah infeksius dan non infeksius yaitu:

#### 1. Pendidikan

Pendidikan merupakan bidang yang sangat penting dan strategis dalam pembangunan nasional, karena merupakan salah satu penentu kemajuan suatu bangsa. Pendidikan bahkan merupakan sarana paling efektif untuk meningkatkan kualitas hidup dan derajat kesejahteraan masyarakat. Semakin tinggi tingkat

pendidikan seseorang, akan berbanding lurus dengan wawasan atau pengalaman dimilikinya dapat membuat seseorang mempunyai tanggung jawab dalam melaksanakan tugasnya serta mudah menelaah berbagai informasi kesehatan (33). Penelitian Hakim (2014) di Ain Shams University Hospitals Kairo Mesir yang menjelaskan bahwa dokter (68,3%) memiliki skor pengetahuan lebih tinggi dibandingkan non dokter yaitu perawat (60,9%) dan terdapat hubungan antara pengetahuan pengelolaan limbah medis dengan tenaga kesehatan dokter dan non dokter dengan nilai  $p < 0,001$  (22).

## 2. Lama kerja

Menurut Nursalam bahwa semakin banyak masa kerja perawat maka semakin banyak pengalaman perawat tersebut dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar atau prosedur tetap yang berlaku (34). Nurhaeni (2002) mengatakan bahwa perawat yang memiliki masa kerja kurang dari 11 tahun lebih baik tindakannya daripada perawat yang masa kerjanya lebih dari atau sama dengan 11 tahun. Perawat yang bekerja cukup lama, seiring waktu mereka akan lebih menguasai berbagai keterampilan dan kemampuan bidang kesehatan. Betambahnya masa kerja diikuti dengan keseringan keterpaparan informasi kesehatan membuat mereka memiliki kesadaran dalam melaksanakan tanggung jawabnya untuk meningkatkan kinerja (35).

## 3. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap satu obyek tertentu. Pengetahuan seseorang termasuk pengetahuan mengenai kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pendidikan, paparan media masa, ekonomi atau pendapatan, hubungan sosial (36).

Hasil penelitian Sarker (2014) di Dhaka Bangladesh menunjukkan bahwa hampir sepertiga dokter dan perawat, juga dua pertiga staf teknologi dan kebersihan memiliki pengetahuan yang tidak memadai. Selain itu diketahui pula bahwa hasil survei mengatakan 44% dari dokter dan 56% dari staf kebersihan ternyata memiliki kebiasaan membuang limbah medis tidak semestinya (37).

#### 4. Sikap

Sikap diartikan sebagai suatu reaksi atau respon yang muncul dari seseorang individu terhadap objek yang kemudian memunculkan perilaku individu terhadap objek tersebut dengan cara-cara tertentu (31). Respons seseorang dapat memengaruhi dalam perilaku memelihara kesehatan. Sudiharti (2012) menyimpulkan hasil penelitiannya bahwa terdapat hubungan yang kuat antara tingkat pengetahuan dengan perilaku perawat dalam pembuangan sampah medis ( $p = 0,002$ ) dan terdapat hubungan antara sikap dengan perilaku perawat dalam pembuangan sampah medis di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta ( $p = 0,000$ ) (38)

#### 5. Ketersediaan fasilitas

Ketersediaan fasilitas merupakan faktor pendukung terwujudnya sikap menjadi suatu perilaku. Penelitian Sumiati (2004) di RS Panembahan Senopati Bantul, mengatakan bahwa faktor dominan yang mempengaruhi perilaku karyawan dalam membuang limbah klinis adalah ketersediaan fasilitas pembuangan limbah klinis yang kurang, mempunyai resiko mempengaruhi perilaku yang kurang baik (39).

#### 6. Ketersediaan informasi

Ada tidaknya fasilitas pembuangan limbah medis padat dan sarana memperoleh informasi limbah medis padat, dipengaruhi oleh adanya perencanaan

matang, dana yang tersedia, dan diwujudkan dengan adanya pengadaan fasilitas dan sarana yang diperlukan. Kepada perawat perlu diadakan pelatihan, kursus, penyuluhan dan memiliki brosur tentang pengelolaan limbah medis padat yang diselenggarakan oleh rumah sakit atau pihak lain, dan adanya sosialisasi peraturan tertulis berupa prosedur tetap pembuangan limbah medis padat yang mudah di mengerti oleh perawat. Ketersediaan sarana memperoleh informasi limbah medis padat akan memudahkan perawat memperoleh informasi limbah medis padat dan dapat mengubah perilaku perawat membuang limbah medis padat sesuai persyaratan. Ketersediaan informasi berhubungan dengan tindakan responden membuang limbah medis padat (40).

#### 7. Kebijakan rumah sakit

Kebijakan akan menjadi rujukan utama cara anggota organisasi atau anggota masyarakat dalam berperilaku. Kebijakan harus memberi peluang diinterpretasikan sesuai kondisi spesifik yang ada (41). Adanya berbagai ketentuan yang diambil oleh pihak rumah sakit meliputi adanya peraturan tertulis tentang pengolahan limbah klinis yang diterbitkan rumah sakit dengan mengacu pada peraturan di atasnya dan diketahui oleh perawat, adanya sanksi dan penghargaan pelaksanaan prosedur tetap pembuangan limbah medis padat dan diketahui oleh perawat di unit penghasil limbah medis padat akan berpengaruh terhadap tindakan perawat dalam membuang limbah medis padat. Kebijakan rumah sakit berhubungan dengan tindakan responden membuang limbah medis padat (39).

### 2.3 Kerangka Teori

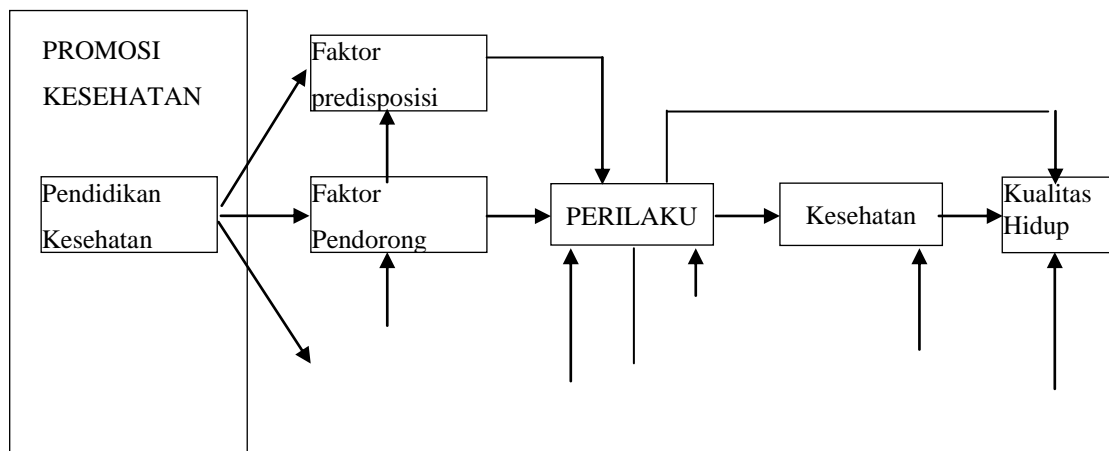
Pemilahan limbah padat di rumah sakit adalah kunci pengelolaan yang baik dilakukan oleh perawat. Hal ini berkaitan dengan kinerja perawat di ruang rawat inap. Faktor-faktor yang memengaruhi perawat dalam memilah limbah medis padat dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pendorong, dan faktor pendukung sesuai dengan pendapat menurut teori Green dan Kreuter yaitu:

1. Faktor predisposisi (*factor Predisposing*) dapat terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, sosio demografi (pendidikan, umur, jenis kelamin, dan masa kerja).
2. Faktor pendorong (*factor reinforcing*) terwujud dalam ucapan, sikap dan tindakan dari petugas kesehatan dan petugas lainnya yang memotivasi seorang perawat membuang limbah medis pada tempatnya, kebijakan yang ada sehubungan dengan pengelolaan limbah medis diantaranya adanya peraturan tertulis yang merujuk peraturan di atasnya berupa kegiatan sosialisasi prosedur tetap, koordinasi dengan tim kerja lain, penyelenggaraan pelatihan/workshop, pemantauan dengan pemberian sanksi sanksi dan penghargaan.
3. Faktor pendukung (*factor enabling*) yang terwujud dalam lingkungan fisik antara lain tersedia atau tidak fasilitas kesehatan dalam pembuangan limbah medis seperti tempat limbah infeksius dan non infeksius, tempat limbah medis memenuhi syarat kesehatan (tidak mudah bocor, tertutup, mudah di bersihkan), ada papan penunjuk arah, ada tanda khusus, dan ketersediaan sarana memperoleh informasi tentang limbah medis seperti ada brosur yang



bisa dipelajari, ada peraturan tertulis dan pernah disosialisasikan, ada kursus, pelatihan, penyuluhan, dan ada diskusi tentang pembuangan limbah medis (13).

*The Precede/Proceed Model* Green and Kreuter, menganalisa kebutuhan kesehatan masyarakat dengan cara lima diagnosis sosial, epidemiologi, perilaku/ lingkungan, pendidikan/organisasi, dan administrasi atau kebijakan. Diagnosis pendidikan maupun perilaku, keduanya menekankan pada hubungan antara perilaku dan lingkungan. Sesuai perspektif perilaku, fase diagnosis pendidikan/ organisasi model *precede* memberi penekanan pada faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong (13).



Sumber : Teori *The Precede/Proceed Model* (Green dan Kreuter, 1980) (13)

**Gambar 2.2 Kerangka Teori**

#### 2.4 Kerangka Konsep

Berdasarkan model teori *precede* oleh Green and Kreuter yang telah dikemukakan di atas, faktor yang memengaruhi perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius yaitu pendidikan, masa kerja,

pengetahuan, sikap, ketersediaan fasilitas, ketersediaan informasi, dan kebijakan rumah sakit. Faktor lainnya seperti kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, penghargaan disebabkan selain sulit untuk diukur, juga tidak menjadi permasalahan atau penyebab faktor perilaku perawat dalam memilah limbah medis sesuai dengan hasil survei awal yang dilakukan. Adapun bagan kerangka konsep penelitian yaitu:

<b>Variabel Bebas</b>	<b>Variabel Terikat</b>
-----------------------	-------------------------

### **Gambar 2.3 Kerangka Konsep Penelitian**

Variabel independen dalam penelitian ini terdiri dari pendidikan, masa kerja, sikap, pengetahuan, ketersediaan fasilitas, ketersediaan informasi, kebijakan, serta variabel dependen yaitu perilaku dalam memilih limbah infeksius dan non infeksius.

#### **2.5 Hipotesis**

Berdasarkan kerangka konsep dan rumusan masalah, maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Ada pengaruh pendidikan terhadap perilaku perawat dalam memilih limbah infeksius dan non infeksius.
2. Ada pengaruh masa kerja terhadap perilaku perawat dalam memilih limbah

infeksius dan non infeksius.

3. Ada pengaruh pengetahuan terhadap perilaku perawat dalam memilih limbah infeksius dan non infeksius.
4. Ada pengaruh sikap terhadap perilaku perawat dalam memilih limbah infeksius dan non infeksius.
5. Ada pengaruh ketersediaan fasilitas terhadap perilaku perawat dalam memilih limbah infeksius dan non infeksius.
6. Ada pengaruh ketersediaan informasi terhadap perilaku perawat dalam memilih limbah infeksius dan non infeksius.
7. Ada pengaruh kebijakan terhadap perilaku perawat dalam memilih limbah infeksius dan non infeksius.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang dimaksud dalam penelitian ini adalah survei analitik dengan pendekatan *cross sectional study* dengan tujuan untuk menganalisis faktor yang memengaruhi perilaku perawat dalam pemilahan limbah infeksius dan non infeksius di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan Tahun 2019.

#### **3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

##### **3.2.1 Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian ini adalah di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan. Alasan pengambilan lokasi ini adalah Kelas 3 lebih banyak menghasilkan limbah infeksius dan non infeksius dari pada ruang inap lainnya.

##### **3.2.2. Waktu Penelitian**

Penelitian akan dilaksanakan mulai bulan Januari sampai dengan April 2019.

#### **3.3 Populasi dan Sampel Penelitian**

##### **3.3.1. Populasi Penelitian**

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di ruang rawat inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan sebanyak 59 perawat.

##### **3.3.2. Sampel Penelitian**

Sampel penelitian digunakan untuk mendapatkan gambaran dari populasi. Besar sampel dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di ruang

rawat inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan sebanyak 59 orang (*total population*).

### **3.4. Metode Pengumpulan Data**

Data dikumpulkan oleh tenaga pengumpul data (*interviewer/surveyor*) yang diketahui oleh penulis sebagai orang yang sudah terlatih dengan jenjang pendidikan minimal Diploma III. Agar data yang dikumpulkan lebih akurat dan sesuai dengan yang diinginkan oleh peneliti, maka sebelum melakukan pengumpulan data *interviewer/surveyor* tersebut dilatih terlebih dahulu tentang cara-cara pengisian kuesioner dan cara pengumpulan data, baik data primer maupun data sekunder.

#### **3.4.1. Jenis Data**

Data yang akan dikumpulkan dalam penelitian ini terdiri dari 3 (tiga) jenis yaitu data primer, data sekunder, dan data tertier.

##### **1) Data Primer**

Data primer merupakan data yang dikumpulkan sendiri oleh perorangan/ suatu organisasi secara langsung dari obyek yang diteliti dan untuk kepentingan studi ini diperoleh melalui *interview* (wawancara) dan kuesioner.

##### **2) Data Sekunder**

Data sekunder merupakan data yang diperoleh atau dikumpulkan berupa data dokumentasi dan arsip-arsip resmi yang mendukung data primer serta peraturan pemerintah yang berkaitan dengan penelitian ini.

##### **3) Data Tertier**

Data tersier merupakan data yang diperoleh dari berbagai referensi yang sangat valid seperti jurnal, *text book*, hasil penelitian yang sudah dipublikasikan.

### **3.4.2 Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data kuantitatif.

- 1) Data primer diperoleh dari kuesioner yang diisi responden berupa data tentang umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja dan pernah mengikuti pelatihan, pengetahuan, sikap, ketersediaan sarana, ketersediaan informasi dan kebijakan serta perilaku memilah limbah.
- 2) Data sekunder diperoleh dari penelusuran dokumen/ laporan Rumah Sakit Umum Haji Medan.
- 3) Data tertier diperoleh melalui studi kepustakaan yaitu jurnal yang terpublikasikan, sumber dari internet seperti, keputusan menteri kesehatan, dan peraturan pemerintah serta undang-undang.

### **3.4.3. Uji Validitas dan Reliabilitas**

Sebelum penelitian dilaksanakan, terlebih dahulu instrumen penelitian dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

#### **1. Uji Validitas**

Validitas merupakan sejauh mana alat ukur (pengukuran, tes, instrumen) mengukur apa yang memang sesungguhnya hendak diukur. Pengertian validitas tersebut menunjukkan ketepatan dan kesesuaian alat ukur yang digunakan untuk mengukur variabel. Alat ukur dapat dikatakan valid jika benar-benar sesuai dan

menjawab secara cermat tentang variabel yang akan diukur. Validitas juga menunjukkan sejauh mana ketepatan pernyataan dengan apa yang dinyatakan sesuai dengan koefisien validitas. Penghitungan uji validitas ini menggunakan korelasi *product moment*, kemudian dibandingkan dengan  $r_{\text{tabel}}$  tingkat kepercayaan 95% atau  $\alpha=0.05$  dengan  $dk=n=30$ . Jika dilihat dalam nilai-nilai  $r_{\text{Product Moment}} = 0.361$ . Jika  $r_{\text{hitung}}$  lebih besar dari  $r_{\text{tabel}}$  maka item tersebut dinyatakan valid, dan jika  $r_{\text{hitung}}$  lebih kecil dari  $r_{\text{tabel}}$  maka item tersebut dinyatakan tidak valid (42). Uji validitas dilakukan di ruang rawat inap lainnya di RSUD Haji Medan sebanyak 30 orang di luar sampel.

Hasil uji validitas dengan menyebarkan kuesioner kepada 30 orang perawat di ruang inap lainnya diketahui bahwa nilai  $r_{\text{hitung}}$  lebih besar dari  $r_{\text{tabel}}$  0,361 setiap kuesioner variabel penelitian yaitu pengetahuan, sikap, ketersediaan fasilitas, ketersediaan informasi dan kebijakan. Variabel perilaku pemilahan limbah infeksius dan non infeksius lebih besar  $r_{\text{tabel}}$  (0,361). Hal ini berarti setiap kuesioner penelitian dapat diasumsikan valid atau layak dijadikan sebagai instrumen dalam pengumpulan data penelitian. Hasil uji validitas dapat dilihat pada tabel berikut.

**Tabel 3.1 Hasil Uji Validitas Variabel Penelitian**

Variabel	Butir Pertanyaan	r hitung	r tabel	Keterangan
Pengetahuan	1	0,803	0,361	Valid
	2	0,839	0,361	Valid
	3	0,754	0,361	Valid
	4	0,659	0,361	Valid
	5	0,643	0,361	Valid
	6	0,754	0,361	Valid
	7	0,802	0,361	Valid
	8	0,882	0,361	Valid
	9	0,925	0,361	Valid
	10	0,840	0,361	Valid
	11	0,711	0,361	Valid
	12	0,744	0,361	Valid
	13	0,805	0,361	Valid
	14	0,834	0,361	Valid
	15	0,754	0,361	Valid
Sikap	1	0,671	0,361	Valid
	2	0,652	0,361	Valid
	3	0,707	0,361	Valid
	4	0,833	0,361	Valid
	5	0,856	0,361	Valid
	6	0,730	0,361	Valid
	7	0,880	0,361	Valid
	8	0,894	0,361	Valid
	9	0,671	0,361	Valid
	10	0,613	0,361	Valid
	11	0,833	0,361	Valid
	12	0,696	0,361	Valid
	13	0,531	0,361	Valid
Ketersediaan fasilitas	1	0,813	0,361	Valid
	2	0,752	0,361	Valid
	3	0,671	0,361	Valid
	4	0,683	0,361	Valid
	5	0,811	0,361	Valid
Ketersediaan informasi	1	0,691	0,361	Valid
	2	0,908	0,361	Valid
	3	0,903	0,361	Valid
	4	0,908	0,361	Valid
	5	0,864	0,361	Valid

**Tabel 3.1 (Lanjutan)**



Variabel	Butir Pertanyaan	r hitung	r tabel	Keterangan
Kebijakan	1	0,683	0,361	Valid
	2	0,876	0,361	Valid
	3	0,681	0,361	Valid
	4	0,694	0,361	Valid
	5	0,872	0,361	Valid
Perilaku memilah Limbah Medis	1	0,659	0,361	Valid
	2	0,741	0,361	Valid
	3	0,544	0,361	Valid
	4	0,572	0,361	Valid
	5	0,783	0,361	Valid
	6	0,846	0,361	Valid
	7	0,617	0,361	Valid
	8	0,703	0,361	Valid
	9	0,876	0,361	Valid
	10	0,827	0,361	Valid

Hasil uji validitas dan reliabilitas variabel kesukaan sebanyak 5 pernyataan yang diajukan mempunyai nilai  $r_{hitung}$  (*corrected item-total correlation*) lebih besar dari  $r_{tabel}$ , (0,361) sehingga item pernyataan tersebut diasumsikan valid. Nilai  $r_{Cronbach's\ Alpha\ tabel}$  variabel kesukaan 0,882 lebih besar dari 0,700, maka variabel kesukaan dinyatakan reliabel.

## 2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana pengukuran individu-individu pada situasi-situasi yang berbeda memberikan hasil yang sama. Uji reliabilitas digunakan untuk mengukur konsistensi alat ukur, apakah alat pengukur yang digunakan dapat diandalkan dan tetap konsisten jika pengukuran tersebut diulang dengan menggunakan metode *Cronbach's Alpha*. Apabila nilai *Cronbach's Alpha* yang diperoleh lebih besar dari  $r_{Cronbach's\ Alpha\ tabel}$ , maka

dinyatakan reliabel. Nilai  $r_{Cronbach's\ Alpha}$  tabel untuk reliabilitas adalah 0,700 (42). Uji reliabilitas dilakukan di ruang rawat inap lainnya di RSUD Haji Medan sebanyak 30 orang di luar sampel.

Hasil uji reliabilitas variabel penelitian mempunyai nilai *Alpha Cronbach* lebih besar dari 0,700. Artinya variabel penelitian diasumsikan reliabel atau dipercaya, artinya kuesioner layak dijadikan sebagai instrumen data pengumpulan data penelitian. Nilai *Alpha Cronbach* variabel penelitian disajikan pada tabel berikut.

**Tabel 3.2 Hasil Uji Reliabilitas**

No.	Variabel Penelitian	Nilai <i>Alpha Cronbach</i>
1	Pengetahuan	0,954
2	Sikap	0,927
3	Ketersediaan fasilitas	0,786
4	Ketersediaan informasi	0,909
5.	Kebijakan	0,779

### 3.5. Definisi Operasional dan Aspek Pengukuran

#### 3.5.1. Definisi Operasional

Definisi operasional pada penelitian adalah unsur penelitian memberitahukan bagaimana caranya mengukur suatu variabel (42).

Definisi operasional variabel independen dan dependen sebagai berikut:

1. Pendidikan adalah tingkat pendidikan formal yang pernah ditamatkan perawat sampai penelitian ini dilakukan.
2. Masa kerja adalah lamanya waktu bekerja perawat di rumah sakit yang dihitung dalam tahun.

3. Pengetahuan adalah pemahaman perawat tentang pengertian jenis, macam, sifat dan bahaya, serta cara memilah limbah infeksius dan non infeksius sesuai persyaratan yang ada.
4. Sikap adalah tanggapan perawat tentang jenis, macam, bahaya, dan cara memilah limbah infeksius dan non infeksius dan upaya meningkatkan respons tersebut ke arah yang lebih baik.
5. Ketersediaan fasilitas adalah upaya manajemen rumah sakit menyediakan tempat limbah infeksius dan non infeksius tempat sampah dan kantong sampah berwarna, instruksi dan alat pelindung diri (masker dan sarung tangan) sesuai ketentuan persyaratan Kepmenkes no.1204/Menkes/SK/X/2004.
6. Ketersediaan informasi adalah upaya manajemen rumah sakit memberikan informasi kesehatan tentang pemilihan limbah infeksius dan non infeksius melalui pelatihan, sosialisasi, buku saku, kursus, pendidikan dan pelatihan K3.
7. Kebijakan rumah sakit adalah berbagai ketentuan yang diambil oleh pihak rumah sakit meliputi ada tidaknya peraturan tertulis tentang pemilahan limbah infeksius dan non infeksius berupa buku saku direvisi, evaluasi, penyediaan fasilitas, penghargaan, dan penerapan sanksi.
8. Perilaku memilah adalah segala upaya perawat yang nyata dalam memilah limbah infeksius dan non infeksius di ruang rawat inap.

### **3.5.2. Aspek Pengukuran**

Pengukuran variabel bebas (independen) yaitu pendidikan, masa kerja, pengetahuan, sikap, ketersediaan sarana, ketersediaan informasi dan kebijakan

serta variabel terkait (dependen) yaitu perilaku dalam memilah limbah infeksius dan non infeksius seperti pada tabel berikut.

**Tabel 3.3 Pengukuran Variabel Penelitian**

Variabel	Jumlah Pertanyaan	Cara dan Alat Ukur	Skala Pengukuran	Value	Jenis Skala Uku
<b>Variabel Independen</b>					
Pendidikan	1		$\geq$ S Keperawatan < D I Keperawatan	a. Tinggi (2) b. Rendah (1)	Ordinal
Masa Kerja	1	Menghitung skor	Skor $\geq$ Skor <	a. Lama (2) b. Baru (1)	Ordinal
Pengetahuan	15	Menghitung skor (skor max=15 dan min = 10)	Skor 23-15 Skor 15-22	a. Baik (2) b. Kurang baik (1)	Ordinal
Sikap	13	Menghitung skor (skor max=26 dan min = 13)	Skor 20-26 Skor 13-19	a. Positif (2) b. Negatif (1)	Ordinal
Ketersediaan fasilitas	5	Menghitung skor (skor max=10 dan min = 5)	Skor 8-10 Skor 5-7	a. Mendukung (2) b. Kurang mendukung(1)	Ordinal
Ketersediaan informasi	5	Menghitung skor (skor max=10 dan min = 5)	Skor 8-10 Skor 5-7	a. Mendukung (2) b. Kurang mendukung(1)	Ordinal
Kebijakan	5	Menghitung skor (skor max=10 dan min = 5)	Skor 8-10 Skor 5-7	a. Mendukung (2) b. Kurang mendukung(1)	Ordinal
<b>Variabel Dependen</b>					
Perilaku Memilah Perawat	10	Menghitung skor (skor max=20 dan min=10)	Skor 16-20 Skor 10-15	a. Baik (2) b. Kurang baik (1)	Ordinal

Metode pengukuran variabel penelitian dijelaskan di bawah ini.

## Variabel Independen

### 1. Pendidikan

Pengukuran variabel pendidikan dari 1 pernyataan. Kemudian dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu :

- a. Tinggi, jika responden tamatan  $\geq$  S1 Keperawatan.
- b. Rendah, jika responden tamatan D III Keperawatan.

## **2. Masa Kerja**

Pengukuran variabel masa kerja dari 1 pernyataan. Kemudian dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu :

- a. Lama, jika responden telah bekerja  $\geq$  5 tahun.
- b. Baru, jika responden bekerja  $<$  5 tahun.

## **3. Pengetahuan**

Pengukuran variabel pengetahuan terdiri dari 15 pernyataan dengan alternatif jawaban ya dan tidak. Apabila menjawab ya diberi skor 2, dan menjawab tidak diberi skor 1. Kemudian dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu:

- a. Baik, jika responden memperoleh skor jawaban 23-30.
- b. Kurang baik, jika responden memperoleh skor jawaban 15-22.

## **4. Sikap**

Pengukuran variabel sikap terdiri dari 13 pernyataan dengan alternatif jawaban setuju dan tidak setuju. Apabila menjawab setuju diberi skor 2, dan menjawab tidak setuju diberi skor 1. Kemudian dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu :

- a. Positif, jika responden memperoleh skor jawaban 8-10
- b. Kurang baik, jika responden memperoleh skor jawaban 5-7 atau  $\leq$ 50%.

## **5. Ketersediaan Fasilitas**

Pengukuran variabel ketersediaan fasilitas terdiri dari 5 pernyataan dengan alternatif jawaban ya dan tidak. Apabila menjawab ya diberi skor 2, dan menjawab tidak diberi skor 1. Kemudian dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu

- a. Mendukung, jika responden memperoleh skor jawaban 8-10.
- b. Kurang mendukung, jika responden memperoleh skor jawaban 5-7.

## **6. Ketersediaan Informasi**

Pengukuran variabel ketersediaan informasi terdiri dari 5 pernyataan dengan alternatif jawaban ya dan tidak. Apabila menjawab ya diberi skor 2, dan menjawab tidak diberi skor 1. Kemudian dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu

- a. Mendukung, jika responden memperoleh skor jawaban 8-10.
- b. Kurang mendukung, jika responden memperoleh skor jawaban 5-7.

## **7. Kebijakan**

Pengukuran variabel kebijakan terdiri dari 5 pernyataan dengan alternatif jawaban ya dan tidak. Apabila menjawab ya diberi skor 2, dan menjawab tidak diberi skor 1. Kemudian dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu

- a. Mendukung, jika responden memperoleh skor jawaban 8-10.
- b. Kurang mendukung, jika responden memperoleh skor jawaban 5-7.

## **Variabel Dependen**

Variabel perilaku memilah limbh infeksius dan non infeksius diukur berdasarkan 10 pernyataan menggunakan skala *Guttman* dengan alternatif jawaban ya dan tidak. Apabila menjawab ya diberi skor 2, dan menjawab tidak diberi skor 1. Kemudian dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu:

- a. Baik, jika responden memperoleh skor jawaban 16-20.
- b. Kurang baik, jika responden memperoleh skor jawaban 10-45.

### **3.6. Metode Pengolahan Data**

Menurut Muhammad bahwa data yang terkumpul diolah dengan cara komputerisasi dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. *Collecting*

Mengumpulkan data yang berasal dari kuesioner . angket maupun observasi.

2. *Checking*

Dilakukan dengan memeriksa kelengkapan jawaban kuesioner atau lembar observasi dengan tujuan agar data diolah secara benar sehingga pengolahan data memberikan hasil yang valid.

3. *Coding*

Pada langkah ini penulis melakukan pemberian kode pada variable-variabel yang diteliti, misalnya nama responden dirubah menjadi nomor 1, 2, 3, ...,42.

4. *Entering*

*Data entry*, yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang masih dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam aplikasi SPSS.

5. *Data Processing*

Semua data yang telah di input ke dalam aplikasi komputer akan diolah sesuai dengan kebutuhan dari penelitian (43).

### 3.7. Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini dibagi menjadi:

#### 1) Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan dengan mendeskripsikan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang diteliti, dengan ukuran persentase dan proporsi yaitu variabel bebas yaitu pendidikan, masa kerja, pengetahuan, sikap, ketersediaan sarana, ketersediaan informasi dan kebijakan serta variabel terkait (dependen) yaitu perilaku dalam memilah limbah infeksius dan non infeksius.

#### 2) Analisis bivariat

Analisis bivariat adalah metode pengolahan variabel penelitian antara variabel independen dan dependen. Analisis bivariat dilakukan dengan menganalisis hubungan variabel bebas yaitu pendidikan, masa kerja, pengetahuan, sikap, ketersediaan sarana, ketersediaan informasi dan kebijakan dengan variabel terkait (dependen) yaitu perilaku dalam memilah limbah infeksius dan non infeksius menggunakan uji *chi square*. Jika nilai  $p \leq \alpha$ , maka keputusannya adalah ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dan jika nilai  $p > \alpha$ , maka keputusannya adalah tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

#### 3) Analisis multivariat

Analisis multivariat adalah metode pengolahan variabel dalam jumlah yang banyak melalui uji statistik. Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui faktor yang dominan berhubungan atau (korelasi) variabel bebas yaitu pendidikan, masa kerja, pengetahuan, sikap, ketersediaan sarana, ketersediaan



informasi dan kebijakan terhadap variabel terkait (dependen) yaitu perilaku dalam memilah limbah infeksius dan non infeksius serta menentukan faktor mana yang paling dominan berhubungan dengan variabel terikat. Hasil analisis bivariat menghasilkan nilai  $p < 0,25$  maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam model multivariat. Variabel bebas dan variabel terikat dalam penelitian ini bersifat kategorik (dikotomi), sehingga uji statistik yang digunakan adalah regresi logistik *biner* yaitu variabel penelitian hanya mempunyai dua kategori saja. Persamaan regresi logistik berganda yang diacu yaitu:

$$f(z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7)}}$$

Keterangan:

- $f(z)$  = Probabilitas kepuasan kerja perawat
- $\alpha$  = Konstanta
- $\beta_1 - \beta_i$  = Koefisien regresi
- $X_1$  = Pendidikan
- $X_2$  = Masa kerja
- $X_3$  = Pengetahuan
- $X_4$  = Sikap
- $X_5$  = Ketersediaan fasilitas
- $X_6$  = Ketersediaan informasi
- $X_7$  = Kebijakan

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **4.1. Gambaran Umum Rumah Sakit Haji Medan**

##### **4.1.1. Sejarah**

Gagasan mendirikan sebuah rumah sakit yang bernaafaskan Islam dicetuskan pula oleh Bapak Raja Inal Siregar (Gubernur KDH Sumatera Utara) pada kegiatan safari Ramadhan 1410 Hijriah yang lalu. Kemudian pada tanggal 28 Februari 1991 di Jakarta, H.M. Soeharto (Presiden Republik Indonesia) menandatangani prasasti untuk keempat Rumah Sakit Haji yakni di Jakarta, Surabaya, Ujung Pandang dan Medan yang kemudian ditetapkan melalui surat Keputusan Gubernur KDH Tingkat Provinsi Sumatera Utara No.445.05/712.K. Rencana pendirian rumah sakit yang masih dalam tahap proses ini segera mendapat persetujuan dan dukungan dari pemerintah pusat yakni berupa pengukuran bantuan dari Garuda Indonesia, Yayasan Amal Bakti Muslim Pancasila dan bantuan dari Pemerintah Daerah Tingkat II se Sumatera Utara.

Pada tanggal 7 Maret 1991 dibentuk panitia pembangunan Rumah Sakit Haji Medan dan sebagai peletak batu pertama oleh Bapak Menteri Agama Republik Indonesia untuk meresmikan Rumah Sakit Haji Medan dan pada tanggal 3 Juni 1998 dibentuk Yayasan Rumah Sakit Haji Medan dengan Ketua Umumnya adalah Kepala Daerah Tingkat I Sumatera Utara dengan sebagai Direktur Rumah Sakit Haji Medan yang pertama adalah dr. H. Gading Hakim, SpKJ yang bertugas mulai tahun 1992 s/d 1998. Pada tanggal 29 Desember Rumah Sakit Haji Medan dialihkan kepada Pemerintah Provinsi Sumatera Utara berdasarkan Peraturan

Gubernur Sumatera Utara Nomor 78 Tahun 2011 tanggal 13 Desember Tahun 2011 sebagai pemilik Yayasan Rumah Sakit Haji Medan adalah Pemerintah Provinsi Sumatera Utara yang sebelumnya bernama Rumah Sakit Haji Medan diganti menjadi Rumah Sakit Umum Haji Medan Provinsi Sumatera Utara.

#### **4.1.2. Visi dan Misi Rumah Sakit Haji Medan**

Untuk melaksanakan tugas dan fungsi sebagai Rumah Sakit Umum Haji Medan Provinsi Sumatera Utara, maka ditetapkan visi dan misi, yaitu :

Visi : Rumah Sakit Unggulan dan Pusat Rujukan dengan Pelayanan Bernuansa Islami, Ramah Lingkungan, Berdaya Saing sesuai Standart Nasional, dan Internasional.

Misi :

1. Meningkatkan profesionalisme, kompetensi sumber daya manusia Rumah Sakit Umum Haji Medan Provinsi Sumatera Utara yang memiliki integritas dan religius.
2. Meningkatkan kualitas sarana dan prasana Rumah Sakit Umum Haji Medan sesuai standar Nasional dan Internasional dengan prinsip kenyamanan dan keselamatan.
3. Meningkatkan kesejahteraan sumber daya manusia Rumah Sakit Haji Medan Provinsi Sumatera Utara melalui Pola Pengelolaan Keuangan Badan Pelayanan Umum.
4. Meningkatkan kemudahan jangkauan pelayanan kesehatan.
5. Meningkatkan pelayanan yang berkualitas, transparan, bersih, ramah, aman dan nyaman serta lingkungan yang sehat bernuansa *Go Green*.

#### **4.1.3. Sumber Daya Manusia**

Rumah Sakit Umum Haji Medan Provinsi Sumatera Utara memiliki 594 orang karyawan, yang terdiri dari 131 orang tenaga medis, 218 orang paramedis keperawatan, dan 49 paramedis non keperawatan serta 196 orang karyawan nonmedis. Upaya peningkatan pelayanan kesehatan bagi perawat, sejak bulan Oktober tahun 2005 di Rumah Sakit Umum Haji Medan Provinsi Sumatera Utara telah ada dokter ahli tulang belakang. Sampai saat ini telah banyak dilaksanakan operasi tulang belakang, pergantian sendi lutut dan panggul (*Total Knee/ Hip Joint Replacment*) di samping bedah tulang lainnya. Rumah Sakit Umum Haji Medan banyak menerima rujukan kasus bedah dari rumah sakit Kota Medan dan daerah Kabupaten/Kota lainnya yang berada di wilayah Provinsi Sumatera Utara dan Nangroe Aceh Darussalam.

#### **4.1.4. Sarana dan Prasarana**

Sebagai rumah sakit yang telah cukup lama berdiri, Rumah Sakit Umum Haji Medan dilengkapi dengan sarana sebagai berikut :

1. Luas tanah RSU Haji Medan Provinsi Sumatera Utara adalah 60.002 m<sup>2</sup>.
2. Luas bangunan RSU. Haji Medan Provinsi Sumatera Utara adalah 13.837 m<sup>2</sup>.

Selain memiliki luas tanah dan bangunan yang cukup luas, RSU. Haji Medan Provinsi Sumatera Utara dilengkapi paket fasilitas bagi kesehatan perawat berupa fasilitas bagi pasien rawat jalan seperti :

- 1) Poliklinik Bedah
- 2) Poliklinik Pediatri
- 3) Poliklinik Penyakit Dalam
- 4) Poliklinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan
- 5) Poliklinik Mata
- 6) Poliklinik Kulit dan Kelamin
- 7) Poliklinik Syaraf
- 8) Poliklinik Psikiatri
- 9) Poliklinik Paru
- 10) Poliklinik Gigi
- 11) Poliklinik THT
- 12) Poliklinik Jantung
- 13) Poliklinik Fisioterapi
- 14) Poliklinik Orthopedi
- 15) Poliklinik TB Dots
- 16) Klinik VCT (*Voluntary Counseling and Testing*)

#### **4.1.5. Pelayanan Unggulan**

Rumah Sakit Umum Haji Medan Provinsi Sumatera Utara juga dilengkapi dengan sarana penunjang lainnya seperti ruangan : Laboratorium, Radiologi, Farmasi, Rehabilitasi Medis, Gizi, Binatu, Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit, Sanitasi dan Ambulance. Juga peralatan medis yang canggih telah disediakan seperti *Arthroscope* (Alat untuk bedah Orthopedi), *CT Scan*, (Alat untuk X-ray), *FESS (Functional Endoscopy Sinus Surgery)* yaitu alat untuk melakukan Bedah

THT, *Ureteroscope Electrokinetic Lithotripor* alat untuk bedah urologi, Multimobile (C-Arm) adalah alat untuk X-ray Bedah, *Gastroscopy* alat untuk pemeriksaan Gastro. Rumah Sakit Umum Haji Medan pada tanggal 1 Juni 2001 telah mendapat sertifikat dari Menteri Kesehatan RI dengan Nomor : YM.00.03.2.2.835 yang menyatakan bahwa Rumah Sakit Umum Haji Medan telah mendapat status Akreditasi Penuh Tingkat Dasar

## 4.2 Analisis Univariat

### 4.2.1 Data Karakteristik

**Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Perawat di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan Tahun 2019**

No.	Pendidikan	f	%
1.	Umur		
	20-40 tahun	51	86,4
	>40 tahun	8	13,6
	<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>
2.	Jenis Kelamin		
	Perempuan	53	89,8
	Laki-laki	6	10,2
	<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>
3.	Pelatihan		
	Tidak pernah	49	83,1
	Pernah	10	16,9
	<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>

Perawat yang menjadi sampel penelitian adalah perawat pelaksana di ruang rawat inap kelas 3 dikelompokkan berdasarkan kategori umur produktif yaitu

20-40 tahun dan kurang produktif yaitu di atas 40 tahun. Karakteristik perawat berdasarkan umur lebih banyak tergolong umur produktif diantara 20-40 tahun yaitu 51 orang (86,4%), sedangkan umur kurang produktif di atas 40 tahun yaitu 8 orang (13,6%). Dilihat dari jenis kelamin lebih banyak perempuan yaitu 53 orang (89,8%) dan laki-laki 6 orang (10,2%). Perawat berdasarkan pernah mengikuti pelatihan yaitu 49 orang (83,1%) menyatakan tidak pernah dan hanya 10 orang (16,9%) pernah mengikuti pelatihan.

#### 4.2.2. Variabel Independen

Variabel independen atau variabel bebas meliputi pendidikan, masa kerja, pengetahuan, sikap, ketersediaan fasilitas, ketersediaan informasi, dan kebijakan dianalisis sebagai berikut.

##### 1. Pendidikan

**Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Latar Belakang Pendidikan Perawat**

No.	Pendidikan	f	%
1.	Rendah (D III Keperawatan)	40	67,8
2.	Tinggi (S I Keperawatan)	19	32,2
<b>Total</b>		<b>59</b>	<b>100,0</b>

Perawat berdasarkan latar belakang pendidikan lebih banyak tamatan D III Keperawatan yaitu 40 orang (67,8%) dan selebihnya tamatan SI Keperawatan yaitu 19 orang (32,2%).

##### 2. Masa kerja

**Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Masa Kerja Perawat**

No.	Masa Kerja	f	%
1.	Baru (< 5 tahun)	28	47,5
2.	Lama ( $\geq$ 5 tahun)	31	52,5
<b>Total</b>		<b>59</b>	<b>100,0</b>

Perawat berdasarkan masa kerja di ruang rawat inap kelas 3 lebih banyak telah bekerja di atas atau sama dengan 5 tahun yaitu 31 orang (52,5%) dan selebihnya bekerja di bawah 5 tahun yaitu 28 orang (47,5%).

### 3. Pengetahuan

**Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat tentang Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

No.	Pengetahuan	Salah		Benar		Total	
		f	%	f	%	f	%
1.	Limbah rumah infeksius dapat menularkan penyakit	14	23,7	45	76,3	59	100,0
2.	Limbah rumah sakit dibedakan limbah infeksius dan non infeksius	24	40,7	35	59,3	59	100,0
3.	Sisa jaringan tubuh, termasuk limbah medis sangat infeksius	25	42,4	34	57,6	59	100,0
4.	Perban dan pembalut	24	40,7	35	59,3	59	100,0



	bekas pasien, termasuk limbah non medis infeksius								
5.	Muntahan pasien berpenyakit menular termasuk limbah medis infeksius	21	35,6	38	64,4	59	100,0		
6.	Tempat pembuangan limbah medis dipisahkan dengan limbah non medis mulai dari awal di ruang penghasil limbah medis	23	39,0	36	61,0	59	100,0		
7.	Tempat bak sampah khusus limbah medis infeksius 100-200 Liter	37	62,7	22	37,3	59	100,0		
8.	Pengangkutan minimal 2 kali dalam 24 jam	36	61,0	23	39,0	59	100,0		
9.	Kantong plastik untuk limbah infeksius adalah kuning dengan tanda <i>biohazard</i>	25	42,4	34	57,6	59	100,0		
10.	Kantong plastik untuk limbah sitotoksik adalah ungu	23	39,0	36	61,0	59	100,0		
11.	Kantong plastik untuk limbah radioaktif adalah merah	27	45,8	32	54,2	59	100,0		
12.	Kantong plastik untuk limbah non medis adalah hitam	25	42,4	34	57,6	59	100,0		

**Tabel 4.4 (Lanjutan)**

No.	Pengetahuan	Salah		Benar		Total	
		f	%	f	%	f	%
13.	Pengawasan lapanan/infeksi masing-masing ruang penghasil limbah medis infeksius	34	57,6	25	42,4	59	100,0

	dilakukan secara berkala minimal 1 bulan sekali						
14.	Pencatatan /inventarisasi limbah medis infeksius yang akan dimusnakan minimal 1 minggu sekali	23	39,0	36	61,0	59	100,0
15.	Rekapitulasi jumlah limbah medis infeksius yang akan dimusnakan minimal triwulan	14	23,7	45	76,3	59	100,0

Hasil penelitian mengenai pengetahuan perawat tentang perilaku pemilahan sampah infeksius dan non infeksius pada umumnya dikategorikan sudah baik. Sesuai dengan jawaban perawat dijawab dengan benar dengan proporsi di atas 50% mengenai limbah rumah infeksius dapat menularkan penyakit (76,3%), limbah rumah sakit dibedakan limbah infeksius dan non infeksius (59,3%), perban dan pembalut bekas pasien, termasuk limbah non medis infeksius (59,3%), muntahan pasien berpenyakit menular termasuk limbah medis infeksius (64,4%), kantong plastik untuk limbah infeksius adalah kuning dengan tanda *biohazard* (57,6%), kantong plastik untuk limbah sitotoksik adalah ungu (61%), kantong plastik untuk limbah radioaktif adalah merah (54,2%), dan kantong plastik untuk limbah non medis adalah hitam (34%).

Namun beberapa pertanyaan di jawab salah oleh perawat mengenai tempat bak sampah khusus limbah medis infeksius 100-200 Liter (62,7%), pengangkutan minimal 2 kali dalam 24 jam (61%) yang seharusnya setiap 1 hari sekali, Pengawasan lapanan/infeksi masing-masing ruang penghasil limbah medis infeksius dilakukan secara berkala minimal 1 bulan sekali (57,6%) seharusnya 1 minggu sekali, Pencatatan /inventarisasi limbah medis infeksius yang akan dimusnakan minimal 1 minggu sekali (61%) seharusnya dilakukan setiap hari dan

Rekapitulasi jumlah limbah medis infeksius yang akan dimusnakan minimal triwulan (76,3%) yang seharusnya dilakukan setiap 1 bulan.

**Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Kategori Pengetahuan Perawat**

No.	Pengetahuan	f	%
1.	Kurang baik	28	47,5
2.	Baik	31	52,5
<b>Total</b>		<b>59</b>	<b>100,0</b>

Hasil pengukuran pengkategorian pengetahuan perawat tentang perilaku pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius lebih banyak dikategorikan pengetahuan baik yaitu 31 orang (52,5%), selebihnya 28 orang (47,5%) dikategorikan berpengetahuan kurang baik.

#### **4. Sikap**

Perawat memiliki respons yang berbeda-beda tentang pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius cenderung bersikap negatif. Sesuai jawaban perawat menjawab tidak setuju mengenai memiliki kebiasaan membuang limbah medis di sembarang tempat bukanlah kebiasaan yang baik (50,8%), sebaiknya memilah limbah medis seperti perban dan pembalut bekas pasien di buang tidak dengan limbah non medis karena berbahaya (66,1%), setelah menggunakan jarum suntik, maka dibuang pada tempat tersendiri sehingga tidak melukai perawat (57,6%), sebaiknya membuang srynge dan selang infus bekas pasien secara terpisah bukan untuk tujuan di manfaatkan kembali (62,7%), sebaiknya membuang obat kadaluwarsa dibuang tersendiri dalam kantong limbah berwarna kuning (62,7%), sebaiknya membuang limbah infeksius dan non infeksius harus

mengenali warna kantong yang tepat (59,3%), sebaiknya mendapatkan sosialisasi tentang jenis-jenis limbah berbahaya dan tidak berbahaya untuk mendukung pemilahan limbah (50,8%).

Namun respons perawat bernilai positif tergambar dari jawaban mengenai sebaiknya memisahkan limbah rumah sakit menjadi limbah infeksius dan non infeksius (61%), sebaiknya menggunakan kantong plastik untuk memilah limbah infeksius/non infeksius sangatlah memudahkan petugas lain dalam pemeliharaan tempat penampungan limbah (62,7%), sebaiknya membuang sisa jaringan tubuh tidak boleh di tempat limbah non medis (55,9%), sebaiknya mendapatkan instruksi pemilahan limbah medis di rumah sakit dari atasan (55,9%), setelah memilah limbah medis hendaknya mencuci tangan dengan menggunakan sabun desinfektan (42,4%).

**Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Pernyataan Sikap Perawat tentang Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

No.	Sikap	Tidak Setuju		Setuju		Total	
		f	%	f	%	f	%
1.	Perawat sebaiknya memisahkan limbah rumah sakit menjadi limbah infeksius dan non infeksius	23	39,0	36	61,0	59	100,0
2.	Perawat memiliki kebiasaan membuang limbah medis di sembarang tempat bukanlah kebiasaan yang baik	30	50,8	29	49,2	59	100,0
3.	Perawat sebaiknya menggunakan kantong plastik untuk memilah limbah infeksius/non infeksius sangatlah memudahkan petugas lain dalam pemeliharaan tempat penampungan limbah	22	37,3	37	62,7	59	100,0
4.	Perawat sebaiknya memilah limbah infeksius dan non infeksius agar mengurangi jumlah limbah yang memerlukan perlakuan khusus	23	39,0	36	61,0	59	100,0
5.	Perawat sebaiknya memilah limbah medis	39	66,1	20	33,9	59	100,0

	seperti perban dan pembalut bekas pasien di buang tidak dengan limbah non medis karena berbahaya						
6.	Perawat setelah menggunakan jarum suntik, maka dibuang pada tempat tersendiri sehingga tidak melukai perawat.	34	57,6	25	42,4	59	100,0

**Tabel 4.6 (Lanjutan)**

No.	Sikap	Tidak Setuju		Setuju		Total	
		f	%	f	%	f	%
7.	Perawat sebaiknya membuang srynge dan selang infus bekas pasien secara terpisah bukan untuk tujuan di manfaatkan kembali	37	62,7	22	37,3	59	100,0
8.	Perawat sebaiknya membuang obat kadaluwarsa dibuang tersendiri dalam kantong limbah berwarna kuning	37	62,7	22	37,3	59	100,0
9.	Perawat sebaiknya membuang sisa jaringan tubuh tidak boleh di	26	44,1	33	55,9	59	100,0

	tempat limbah non medis							
10.	Perawat sebaiknya membuang limbah infeksius dan non infeksius harus mengenali warna kantong yang tepat	35	59,3	24	40,7	59	100,0	
11.	Perawat sebaiknya mendapatkan instruksi pemilahan limbah medis di rumah sakit dari atasan	26	44,1	33	55,9	59	100,0	
12.	Perawat sebaiknya mendapatkan sosialisasi tentang jenis-jenis limbah berbahaya dan tidak berbahaya untuk mendukung pemilahan limbah	30	50,8	29	49,2	59	100,0	
13.	Perawat setelah memilah limbah medis hendaknya mencuci tangan dengan menggunakan sabun desinfektan	34	57,6	25	42,4	59	100,0	

Hasil pengukuran pengkategorian sikap perawat tentang perilaku pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius lebih banyak dikategorikan negatif yaitu 32 orang (54,2%), selebihnya 27 orang (45,8%) dikategorikan positif.

**Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Pengkategorian Sikap Perawat**

No.	Sikap	f	%
1.	Negatif	32	54,2
2.	Positif	27	45,8
	Total	59	100,0

#### 5. Ketersediaan fasilitas

Hasil penelitian tentang ketersediaan fasilitas untuk mendukung pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius pada umumnya tidak mendukung. Sesuai dengan jawaban perawat mengatakan bahwa tidak tersedia tempat limbah infeksius lainnya berlapis kantong berwarna (59,3%), tidak tersedia di dinding atas tempat limbah medis tersedia prosedur pembuangan limbah medis (59,3%), tidak tersedia master untuk menutup mulut sewaktu memilah limbah medis (62,7%), dan tidak tersedia sarung tangan sewaktu memilah limbah medis (64,4%), Namun perawat menyatakan setuju bahwa tersedia tempat limbah infeksius dan non infeksius berlapis kantong warna kuning (61%).

**Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Jawaban Perawat tentang Ketersediaan Fasilitas Limbah Medis infeksius dan Non Infeksius**

No.	Ketersediaan Fasilitas	Tidak		Ya		Total	
		f	%	f	%	F	%
1.	Tersedia tempat limbah infeksius dan non infeksius berlapis kantong warna kuning	23	39,0	36	61,0	59	100,0



2.	Tersedia tempat limbah infeksius lainnya berlapis kantong berwarna	35	59,3	24	40,7	59	100,0
3.	Tersedia di dinding atas tempat limbah medis tersedia prosedur pembuangan limbah medis	35	59,3	24	40,7	59	100,0
4.	Tersedia master untuk menutup mulut sewaktu memilah limbah medis	37	62,7	22	37,3	59	100,0
5.	Tersedia sarung tangan sewaktu memilah limbah medis	38	64,4	21	35,6	59	100,0

Hasil pengukuran pengkategorian ketersediaan fasilitas untuk mendukung perawat berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius lebih banyak dikategorikan tidak mendukung yaitu 40 orang (67,8%), selebihnya 19 orang (32,2%) dikategorikan mendukung.

**Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Pengkategorian Ketersediaan Fasiilitas**

No.	Ketersediaan Fasiilitas	f	%
1.	Kurang mendukung	40	67,8
2.	Mendukung	19	32,2
	Total	59	100,0

#### 6. Ketersediaan informasi

Hasil penelitian tentang ketersediaan informasi bagi perawat untuk mendukung pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius pada umumnya tidak mendukung. Sesuai dengan jawaban perawat mengatakan bahwa tidak mengikuti sosialisasi tentang memilahan limbah medis infeksius dan limbah benda

tajam diadakan (59,3%), tidak membawa buku saku tentang pemilahan limbah di rumah sakit dan membacanya jika belum paham cara pemilihan limbah (59,3%), tidak mengikuti kursus tentang memilahan limbah medis infeksius dan limbah benda tajam diadakan (62,7), tidak mengikuti pendidikan tentang kesehatan dan keselamatan kerja (64,4%).

**Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi Jawaban Perawat tentang Ketersediaan Informasi Limbah Medis infeksius dan Non Infeksius**

No.	Ketersediaan Informasi	Tidak		Ya		Total	
		f	%	f	%	F	%
1.	Perawat mengikuti pelatihan tentang memilahan limbah medis infeksius dan limbah benda tajam diadakan oleh rumah sakit	23	39,0	36	61,0	59	100,0
2.	Perawat mengikuti sosialisasi tentang memilahan limbah medis infeksius dan limbah benda tajam diadakan di rumah sakit	35	59,3	24	40,7	59	100,0
3.	Perawat membawa buku satu tentang pemilahan limbah di rumah sakit dan membacanya jika belum paham cara pemilihan limbah (Hasil wawancara jarang dibawa dan tidak ada pemeriksaan)	35	59,3	24	40,7	59	100,0
4.	Perawat mengikuti kursus tentang memilahan limbah medis infeksius dan limbah benda tajam diadakan di rumah sakit	37	62,7	22	37,3	59	100,0
5.	Perawat mengikuti pendidikan tentang kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit (program keselamatan pasien)	38	64,4	21	35,6	59	100,0

Hasil pengukuran pengkategorian ketersediaan informasi untuk mendukung perawat berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius lebih banyak dikategorikan tidak mendukung yaitu 38 orang (64,4%), selebihnya 21 orang (35,6%) dikategorikan mendukung.

**Tabel 4.11 Distribusi Frekuensi Pengkategorian Ketersediaan Informasi**

No.	Ketersediaan Informasi	f	%
1.	Kurang mendukung	38	64,4
2.	Mendukung	21	35,6
<b>Total</b>		<b>59</b>	<b>100,0</b>

#### 7. Kebijakan

Hasil penelitian tentang kebijakan tentang pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius pada umumnya tidak mendukung. Sesuai dengan jawaban perawat mengatakan bahwa manajemen rumah sakit mensosialisasikan tata kelola pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius (55,9%), tidak melaksanakan koordinasi dengan tim lain agar perawat memilah limbah medis sesuai jenisnya (62,7%), tidak menyelenggarakan *workshop* di ruang rawat inap tentang pemilahan limbah medis (59,3%), tidak melaksanakan sidak kepada perawat di ruangan dalam memilah jenis medis (61%) dan tidak menerapkan sanksi terhadap perawat yang melanggar prosedur tetap pemilahan jenis limbah infeksius dan non infeksius (74,6%).

**Tabel 4.12 Distribusi Frekuensi Jawaban Perawat tentang Kebijakan Limbah Medis infeksius dan Non Infeksius**

No.	Kebijakan	Tidak		Ya		Total	
		f	%	f	%	F	%
1.	Manajemen rumah sakit mensosialisasikan tata kelola pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius	33	55,9	26	44,1	59	100,0
2.	Manajemen rumah sakit melaksanakan koordinasi dengan tim lain agar perawat memilah limbah medis sesuai jenisnya	37	62,7	22	37,3	59	100,0
3.	Manajemen rumah sakit menyelenggarakan <i>workshop</i> di ruang rawat inap tentang pemilahan limbah medis	35	59,3	24	40,7	59	100,0
4.	Manajemen rumah sakit melaksanakan sidak kepada perawat di ruangan dalam memilah jenis medis	36	61,0	23	39,0	59	100,0
5.	Manajemen rumah sakit menerapkan sanksi terhadap perawat yang melanggar prosedur tetap pemilahan jenis limbah infeksius dan non infeksius	44	74,6	15	25,4	59	100,0

Hasil pengukuran kebijakan agar perawat berperilaku memilah limbah lebih banyak dikategorikan kurang mendukung yaitu 37 orang (66,8%), selebihnya 22 orang (33,2%) dikategorikan mendukung.

**Tabel 4.13 Distribusi Frekuensi Pengkategorian Kebijakan**

No.	Kebijakan	f	%
1.	Kurang mendukung	37	66,8
2.	Mendukung	22	33,2
<b>Total</b>		<b>59</b>	<b>100,0</b>

#### 4.2.3. Variabel Dependen

Hasil penelitian tentang perilaku perawat dalam pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius cenderung kurang baik. Sesuai dengan jawaban perawat mengatakan bahwa perawat memilah limbah non infeksius seperti sampah dari pengunjung pada tempat sampah kuning (67,8%) yang seharusnya di tempat warna hitam yang tidak tersedia di ruang rawap inap kelas 3, tidak memilah limbah infeksius dan membuang pada tempat sampah kuning (57,6%), tidak memilah limbah plester, perban, dan pembalut bekas pasien ke tempat limbah non medis berlapis kantong warna hitam (69,5%), memilah jarum suntik bekas pasien dibuang ke tempat limbah medis berlapis kantong warna kuning (66,1%) bukan di box karena sudah membuka box, tidak memilah sisa jaringan tubuh pasien dibuang ke tempat limbah medis berlapis kantong warna kuning (54,2%), tidak berusaha mencari sarung tangan, masker sebelum memilah limbah

infeksius (59,3%) sehingga mereka tidak menggunakan sarung tangan dan masker, dan tidak mencuci tangan dengan sabun anti septik setelah membuang limbah/ sampah (71,2%) tetapi dengan air mengalir saja.

Namun perawat mengatakan bahwa memilah limbah sitotoksik dan membuang pada tempat sampah biru (59,3%), memilah limbah kimia dan farmasi dan membuang di tempat sampah kuning (67,8%), dan membuang sarung tangan setelah memilah limbah infeksius (67,8%).

**Tabel 4.14 Distribusi Frekuensi Jawaban Perawat tentang Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

No.	Perilaku Pemilahan Limbah Medis	Tidak		Ya		Total	
		f	%	f	%	F	%
1.	Perawat memilah limbah infeksius dan non infeksius di tempat sampah	19	32,2	40	67,8	59	100,0
2.	Perawat memilah limbah infeksius dan membuang pada tempat sampah kuning	34	57,6	25	42,4	59	100,0
3.	Perawat memilah limbah sitotoksik dan membuang pada tempat sampah biru	24	40,7	35	59,3	59	100,0
4.	Perawat memilah limbah kimia dan farmasi dan membuang di tempat sampah kuning	19	32,2	40	67,8	59	100,0
5.	Perawat memilah limbah plester, perban, dan	41	69,5	18	30,5	59	100,0

	pembalut bekas pasien ke tempat limbah non medis berlapis kantong warna hitam (seharunys kuning)						
6.	Perawat memilah jarum suntik bekas pasien dibuang ke tempat limbah medis berlapis kantong warna kuning.	20	33,9	39	66,1	59	100,0
7.	Perawat memilah sisa jaringan tubuh pasien dibuang ke tempat limbah medis berlapis kantong warna kuning.	32	54,2	27	45,8	59	100,0
8.	Perawat berusaha mencari sarung tangan, masker sebelum memilih limbah infeksius	35	59,3	24	40,7	59	100,0
9.	Perawat membuang sarung tangan setelah memilih limbah infeksius	19	32,2	40	67,8	59	100,0
10.	Perawat mencuci tangan dengan sabun anti septik setelah membuang limbah/ sampah rumah sakit.	42	71,2	17	28,8	59	100,0

Hasil pengukuran pengkategorian perilaku perawat memilah limbah medis infeksius dan non infeksius lebih banyak dikategorikan kurang baik yaitu 33 orang (55,9%), selebihnya 26 orang (44,1%) dikategorikan baik.

**Tabel 4.15 Distribusi Frekuensi Pengkategorian Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

No.	Perilaku Pemilahan Limbah	f	%
<b>Medis</b>			
1.	Kurang baik	33	55,9
2.	Baik	26	44,1

<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>
--------------	-----------	--------------

### **4.3. Analisis Bivariat**

Untuk mengetahui hubungan antara variabel independen (pendidikan perawat, masa kerja, pengetahuan, sikap, ketersediaan fasilitas, ketersediaan informasi, kebijakan) dengan perilaku pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius menggunakan uji *chi square* diperoleh hasil bahwa dari variabel pendidikan, masa kerja, pengetahuan, sikap, ketersediaan fasilitas, ketersediaan informasi, kebijakan yang berhubungan dengan perilaku pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius adalah pengetahuan (0,002), sikap (0,003), ketersediaan fasilitas (0,004), ketersediaan informasi (0,001), dan kebijakan (0,000) dengan nilai p lebih kecil dari 0,05. Sedangkan variabel pendidikan dan masa kerja tidak berhubungan dengan nilai p 0,943 dan 0,256 lebih besar dari 0,05.

#### **4.3.1. Hubungan Pendidikan dengan Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

Selanjutnya analisis tabulasi silang diketahui bahwa perawat berpendidikan tamatan D III keperawatan sebanyak 40 orang, lebih banyak berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius kurang baik yaitu 23 orang (57,5%) dan perawat berpendidikan tamatan S I keperawatan sebanyak 19 orang, juga lebih banyak berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius dengan baik sebanyak 10 orang (52,6%). Berdasarkan hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai



nilai  $p = 0,943 > 0,05$ . Hal ini berarti tidak ada hubungan pendidikan dengan perilaku perawat dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius.

**Tabel 4.16 Hubungan Pendidikan dengan Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

Pendidikan	Perilaku Pemilahan Limbah Medis				Total		<i>p</i>
	Kurang Baik		Baik		f	%	
	f	%	f	%			
a. D III Keperawatan	23	57,5	17	42,5	40	100,0	0,943
b. S 1 Keperawatan	10	52,6	9	47,4	19	100,0	

#### 4.3.2. Hubungan Masa Kerja dengan Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius

Perawat bekerja  $< 5$  tahun sebanyak 28 orang, lebih banyak berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius dengan baik yaitu 15 orang (53,6%) dan perawat bekerja  $\geq 6$  tahun sebanyak 31 orang, lebih banyak berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius dengan baik sebanyak 20 orang (64,5%). Berdasarkan hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai nilai  $p = 0,256 > 0,05$ . Hal ini berarti tidak ada hubungan masa kerja dengan perilaku perawat dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius.

**Tabel 4.17 Hubungan Masa Kerja dengan Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

Masa Kerja	Perilaku Pemiloahan Limbah Medis				Total		p
	Kurang Baik		Baik		f	%	
	f	%	f	%			
a. Baru (<5tahun)	13	46,4	15	53,6	28	100,0	0,256
b. Lama ( $\geq$ 5 tahun)	20	64,5	11	35,5	31	100,0	

#### 4.3.3. Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius

Perawat berpengetahuan kurang baik sebanyak 28 orang, lebih banyak berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius kurang baik yaitu 22 orang (78,6%) dan perawat berpengetahuan baik sebanyak 31 orang, lebih banyak berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius dengan baik sebanyak 20 orang (64,5%). Berdasarkan hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai nilai p  $0,002 < 0,05$ . Hal ini berarti ada hubungan pengetahuan dengan perilaku perawat dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius.

**Tabel 4.18 Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

Pengetahuan	Perilaku Pemiloahan Limbah Medis				Total		p
	Kurang Baik		Baik		f	%	
	f	%	f	%			
a. Kurang baik	22	78,6	6	21,4	28	100,0	0,002
b. Baik	11	35,5	20	64,5	31	100,0	

#### 4.3.4. Hubungan Sikap dengan Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius

Perawat bersikap negatif sebanyak 32 orang, lebih banyak berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius kurang baik yaitu 23 orang

(75%) dan perawat bersikap positif sebanyak 27 orang, lebih banyak berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius dengan baik sebanyak 18 orang (66,7%). Berdasarkan hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai nilai  $p$   $0,003 < 0,05$ . Hal ini berarti ada hubungan sikap dengan perilaku perawat dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius.

**Tabel 4.19 Hubungan Sikap dengan Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

Sikap	Perilaku Pemilohan Limbah Medis				Total		<i>p</i>
	Kurang Baik		Baik		f	%	
	f	%	f	%			
a. Negatif	24	75,0	8	25,0	32	100,0	0,003
b. Positif	9	33,3	18	66,7	27	100,0	

#### 4.3.5. Hubungan Ketersediaan Fasilitas dengan Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius

Perawat tidak mendapat dukungan fasilitas sebanyak 40 orang, lebih banyak berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius kurang baik yaitu 28 orang (70%) dan perawat mendapat dukung fasilitas sebanyak 19 orang, lebih banyak berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius dengan baik sebanyak 14 orang (73,7%). Berdasarkan hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai nilai  $p$   $0,004 < 0,05$ . Hal ini berarti ada hubungan ketersediaan fasilitas dengan perilaku perawat dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius.

**Tabel 4.20 Hubungan Ketersediaan Fasilitas dengan Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

Ketersediaan Fasilitas	Perilaku Pemiloahan Limbah Medis				Total		<i>p</i>
	Kurang Baik		Baik		f	%	
	f	%	f	%			
a. Kurang mendukung	28	70,0	12	30,0	40	100,0	0,004
b. Mendukung	5	26,3	14	73,7	19	100,0	

**4.3.6. Hubungan Ketersediaan Informasi dengan Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

Perawat tidak mendapat dukungan informasi sebanyak 38 orang, lebih banyak berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius kurang baik yaitu 28 orang (73,7%) dan perawat mendapat dukung fasilitas sebanyak 21 orang, lebih banyak berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius dengan baik sebanyak 16 orang (76,2%). Berdasarkan hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai nilai  $p < 0,05$ . Hal ini berarti ada hubungan ketersediaan informasi dengan perilaku perawat dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius.

**Tabel 4.21 Hubungan Ketersediaan Informasi dengan Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

Ketersediaan Informasi	Perilaku Pemiloahan Limbah Medis				Total		p
	Kurang Baik		Baik		f	%	
	f	%	f	%			
a. Kurang mendukung	28	75,7	9	24,3	38	100,0	0,001
b. Mendukung	4	18,2	18	81,8	21	100,0	

#### 4.3.7. Hubungan Kebijakan dengan Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius

Perawat tidak didukung kebijakan sebanyak 39 orang, lebih banyak berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius kurang baik yaitu 28 orang (73,7%) dan perawat didukung kebijakan sebanyak 22 orang, lebih banyak berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius dengan baik sebanyak 18 orang (81,8%). Berdasarkan hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai nilai p  $0,000 < 0,05$ . Hal ini berarti ada hubungan kebijakan dengan perilaku perawat dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius.

**Tabel 4.22 Hubungan Kebijakan dengan Perilaku Perawat dalam Memilah Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

Kebijakan	Perilaku Pemiloahan Limbah Medis				Total		p
	Kurang Baik		Baik		f	%	
	f	%	f	%			
a. Kurang mendukung	28	73,7	10	24,3	37	100,0	0,000
b. Mendukung	4	18,2	18	81,8	22	100,0	

#### 4.4. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dalam penelitian ini menggunakan uji regresi logistik berganda yaitu salah satu pendekatan model matematis untuk menganalisis pengaruh beberapa variabel independen terhadap variabel dependen kategorik yang bersifat dikotom atau *binary*. Variabel yang dimasukkan dalam model prediksi regresi logistik adalah variabel yang mempunyai nilai  $p < 0,25$  pada analisis bivariatnya. Berdasarkan analisis bivariat diketahui dari ketujuh variabel independen (pendidikan, masa kerja, pengetahuan, sikap, ketersediaan fasilitas, ketersediaan informasi, kebijakan), bahwa ada lima variabel yang mempunyai nilai  $p < 0,25$  yaitu pengetahuan (0,002), sikap (0,003), ketersediaan fasilitas (0,004), ketersediaan informasi (0,001), dan kebijakan (0,000) sehingga variabel tersebut menjadi kandidat permodelan multivariat.

**Tabel 4.23 Variabel Kandidat Model Regresi Logistik Berganda**

No.	Variabel Independen	Nilai $p$
1	Pekerjaan	0,943
2	Masa kerja	0,256
3	Pengetahuan	0,002*
4	Sikap	0,003*
5.	Ketersediaan fasilitas	0,004*
6.	Ketersediaan informasi	0,001*
7.	Kebijakan	0,000*

\* = Variabel kandidat

Hasil uji multivariat dengan mempergunakan regresi logistik ganda diperoleh bahwa dari kelima variabel independen diperoleh nilai  $p$  lebih kecil dari

0,05 yaitu pengetahuan (0,019), sikap (0,035), ketersediaan fasilitas (0,038), ketersediaan informasi (0,033), dan kebijakan (0,011).

Variabel pengetahuan diperoleh nilai *Exp* (B) sebesar 7,077, berarti perawat yang berpengetahuan baik cenderung 7,077 kali berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius daripada berpengetahuan kurang baik. Variabel sikap diperoleh nilai *Exp* (B) sebesar 7,932, berarti perawat yang mempunyai sikap positif cenderung 7,932 kali berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius daripada memiliki sikap negatif. Variabel ketersediaan fasilitas diperoleh nilai *Exp* (B) sebesar 7,184, berarti perawat didukung ketersediaan fasilitas 7,184 kali berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius daripada tidak mendapat dukungan.

Variabel ketersediaan informasi diperoleh nilai *Exp* (B) sebesar 7,268 , berarti perawat didukung ketersediaan informasi cenderung 7,268 kali berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius daripada tidak mendapat dukungan. Variabel kebijakan diperoleh nilai *Exp* (B) sebesar 19,040, berarti perawat didukung penerapan kebijakan yang baik cenderung 19,040 kali berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius daripada tidak mendapat dukungan.

Untuk mengetahui berapa persentase faktor pengetahuan, sikap, tersediaan fasilitas, ketersediaan informasi, dan kebijakan memengaruhi perilaku perawat dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius sebagai berikut.

$$f(z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5)}}$$

Apabila variabel pengetahuan baik diberi kode 1, sikap positif diberi kode 1, tersediaan fasilitas mendukung diberi kode 1, ketersediaan informasi mendukung diberi kode 1, dan kebijakan mendukung diberi kode 1, peluang perilaku perawat dalam memilah limbah medis yaitu:

Diketahui:

$$\begin{aligned} \alpha &= -6,307 \\ \beta_1 &= \text{Pengetahuan (1,957)} \\ \beta_2 &= \text{Sikap (2,071)} \\ \beta_3 &= \text{Ketersediaan fasilitas (1,972)} \\ \beta_4 &= \text{Ketersediaan informasi (1,983)} \\ \beta_5 &= \text{Kebijakan (2,947)} \\ e &= 2,72 \end{aligned}$$

Maka, dengan menggunakan rumus di atas, diperoleh:

$$f(z) = \frac{1}{1 + 2,72^{-(-6,307 + 1,957(\text{pengetahuan}) + 2,071(\text{sikap}) + 1,972(\text{ketersediaan fasilitas}) + 1,983(\text{ketersediaan informasi}) + 2,974(\text{kebijakan}))}}$$

$$f(z) = \frac{1}{1 + 2,72^{-(-6,307 + 1,957(1) + 2,071(1) + 1,972(1) + 1,983(1) + 2,974(1))}}$$

$$f(z) = 99,6\%$$

Berdasarkan rumus di atas diperoleh faktor pengetahuan baik, sikap positif, tersediaan fasilitas mendukung, ketersediaan informasi mendukung, dan kebijakan mendukung memengaruhi perilaku perawat dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius sebesar 99,6%.

Selanjutnya peluang perilaku perawat dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius bila variabel pengetahuan kurang baik diberi kode 0, sikap negatif diberi kode 0, tersediaan fasilitas kurang mendukung diberi kode 0,



ketersediaan informasi kurang mendukung diberi kode 0, dan kebijakan kurang mendukung diberi kode 0, maka dengan cara yang sama diperoleh:

$$f(z) = \frac{1}{1 + 2,72^{-( -6,307 + 1,957(0) + 2,071(0) + 1,972(0) + 1,983(0) + 2,974(0) )}}$$

$$f(z) = 3,3\%$$

Faktor pengetahuan kurang baik, sikap negatif, tersediaan fasilitas kurang mendukung, ketersediaan informasi kurang mendukung, dan kebijakan kurang mendukung memengaruhi perilaku perawat dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius sebesar 3,3%.

**Tabel 4.24 Pengaruh Pendidikan, Masa kerja, Pengetahuan, Sikap, Ketersediaan Fasilitas, Ketersediaan Informasi, kebijakan terhadap Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

<b>Variabel Independen</b>	<b>Nilai <math>\beta</math></b>	<b>Nilai <math>p</math></b>	<b><math>Exp(B)</math></b>
Pengetahuan	1,957	0,019	7,077
Sikap	2,071	0,035	7,932
Ketersediaan fasilitas	1,972	0,038	7,184
Ketersediaan informasi	1,983	0,033	7,268
Kebijakan	2,947	0,011	19,040
<i>Constant</i>	-6,307	0,001	0,002

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil penelitian dapat dijelaskan bahwa dari ketujuh variabel bebas yang dikaji diketahui faktor pendidikan, lama bekerja, pengetahuan, sikap, ketersediaan fasilitas, ketersediaan informasi dan kebijakan tidak semua berpengaruh terhadap perilaku pemilihan limbah medis infeksius dan non infeksius di ruang rawat inap RSUD Haji Medan. Faktor yang memengaruhi terdiri dari pengetahuan, sikap, ketersediaan fasilitas, ketersediaan informasi dan kebijakan berpengaruh nyata dan signifikan, tetapi faktor pendidikan dan lama bekerja tidak berpengaruh. Selanjutnya dianalisis masing-masing variabel tersebut sebagai berikut.

#### **5.1. Pengaruh Pendidikan terhadap Perilaku Pemilihan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

Pendidikan merupakan latar belakang pendidikan kesehatan yang ditamatkan perawat sebelum bekerja di RSUD Haji Medan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh pendidikan terhadap perilaku pemilihan limbah medis infeksius dan non infeksius ( $p=0,943 > p=0,05$ ). Perawat tergolong berpendidikan tinggi yaitu tamatan Strata 1 Keperawatan dan rendah yaitu tamatan D III Keperawatan sama-sama berperilaku memilih limbah medis kurang baik.

Sejalan dengan penelitian Sari (2018), hasil uji korelasi *Spearman* menjelaskan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur tenaga puskesmas dengan praktik pengelolaan limbah medis padat puskesmas Cawas I Kabupaten Klaten dengan nilai  $p > 0,05$  yaitu 0,455. Umur tidak berhubungan dengan praktik

pengelolaan limbah medis padat Puskesmas Cawas I karena faktor tingkat pengetahuan yang dimiliki tenaga puskesmas (44).

Penelitian serupa oleh Ghareeb dan Al Sadek (2013) tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan tenaga kesehatan dengan praktik pengelolaan limbah medis di Rumah Sakit Zagazig Mesir dengan  $p > 0,05$ . Tenaga kesehatan baik berpendidikan tinggi maupun rendah memiliki kesadaran tinggi namun memiliki praktik yang rendah dengan alasan banyaknya pekerjaan yang dilakukan (45).

Pendidikan merupakan bidang yang sangat penting dan strategis dalam pembangunan nasional, karena merupakan salah satu penentu kemajuan suatu bangsa. Pendidikan bahkan merupakan sarana paling efektif untuk meningkatkan kualitas hidup dan derajat kesejahteraan masyarakat (31). Dalam artian bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan lebih mudah menerima dan menelaah perilaku kesehatan ke arah yang lebih baik.

Pada umumnya perawat bekerja di ruang rawat inap kelas 3 dominan tamatan D III Keperawatan sebesar 67,8%. Namun pendidikan tidak berpengaruh terhadap perilaku pemilihan limbah medis infeksius dan non infeksius. Hal ini mungkin disebabkan faktor kesadaran atau tanggung jawab perawat dalam berperilaku memilah limbah medis sesuai peraturan. Jika perawat berpendidikan tinggi tetapi memiliki kesadaran rendah menyebabkan tidak perilaku memilah limbah medis sesuai dengan SPO.

## **5.2. Pengaruh Masa Kerja terhadap Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

Masa kerja merupakan suatu kurun waktu atau lamanya perawat bekerja di RSUD Haji Medan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh masa

kerja terhadap perilaku pemilihan limbah medis infeksius dan non infeksius ( $p=0,256 > p=0,05$ ). Perawat telah bekerja di atas 5 tahun tentunya memiliki banyak pengalaman namun belum menjamin perawat memilah limbah medis dengan baik dari pada perawat yang bekerja di bawah 5 tahun

Sejalan dengan penelitian Muthoni (2015) tentang Penilaian Tingkat Pengetahuan Pengelolaan Limbah Medis Rumah Sakit Terpilih di Kenya yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara masa kerja tenaga kesehatan dengan praktik pengelolaan limbah medis dengan  $p=0,36$ . Tingkat pengetahuan dan praktik dalam pengelolaan limbah medis tidak tergantung dari lamanya masa kerja (46).

Menurut Nursalam bahwa semakin lama masa kerja perawat, maka semakin banyak pengalaman perawat tersebut dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar atau prosedur tetap yang berlaku (32). Nurhaeni (2002) menambahkan bahwa perawat yang memiliki masa kerja kurang dari 11 tahun lebih baik tindakannya daripada perawat yang masa kerjanya lebih dari atau sama dengan 11 tahun (33).

Pada umumnya perawat telah bekerja lama di atas 5 tahun sebesar 52,5%, tentunya memiliki pengalaman bekerja yang cukup dalam memilah limbah medis. Namun masa kerja tidak berpengaruh terhadap perilaku pemilihan limbah medis infeksius dan non infeksius. Hal ini mungkin disebabkan faktor pelatihan pemilahan limbah yang masih kurang merata pada perawat di ruang rawat inap kelas 3 yang memiliki masa kerja di atas 5 tahun maupun di bawah 5 tahun. Perawat yang baru diterima bekerja di ruang rawat inap kelas 3 belum mendapatkan pelatihan. Pada dasarnya pelatihan merupakan kegiatan yang dapat

memengaruhi perubahan pengetahuan, sikap, dan tindakan perawat dalam memilah limbah.

### **5.3. Pengaruh Pengetahuan terhadap Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui perawat tentang kegiatan penyelenggaraan Posbindu yang dapat diperoleh dari berbagai sumber seperti tenaga kesehatan, kader atau perawat lainnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh pengetahuan perawat terhadap perilaku pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius ( $p=0,019 < p=0,05$ ). Hal ini pengetahuan perawat yang baik tentang limbah medis dapat menyebabkan perawat berperilaku memilah limbah sesuai jenisnya.

Penelitian senada dilakukan Nurharyanti (2016) di RSUD Sukoharjo masih ada aktivitas asuhan keperawatan dan pengelolaan sampah medis, jarum, spuit, perban dibuang tanpa dipisahkan, hal ini dibuktikan dengan dilakukan hasil uji *Rank Spearman* diperoleh nilai  $p= 0,001$ , artinya terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dengan perilaku perawat dalam pengelolaan sampah medis di ruang rawat inap RSUD Sukoharjo (17). Berbeda dengan penelitian Jasmawati (2012) mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan praktik petugas pengumpul sampah medis. Hal ini disebabkan sebagian besar petugas pengumpul limbah memiliki pengetahuan baik (75,6%) dan melakukan pengumpulan secara baik (86,7%). Sehingga petugas pengumpul sampah yang memiliki pengetahuan dan praktik kurang baik ditemukan relatif sedikit. Pengetahuan dan praktik yang baik oleh petugas dalam mengumpulkan limbah dipengaruhi oleh pendidikan mereka (47).

Pengetahuan perawat tentang pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius pada umumnya sudah baik. Hal ini disebabkan perawat ada yang sudah mengikuti sosialisasi tentang limbah medis walaupun belum merata. Perawat juga memiliki buku saku tentang standar prosedur asuhan keperawatan termasuk limbah medis. Sebagaimana perawat kurang paham tentang pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius disebabkan penyegaran untuk mengingat pemilihan limbah medis belum dilakukan pada waktu *brrefing* pagi sebelum melakukan asuhan keperawatan.

Menurut Notoatmodjo bahwa seseorang berperilaku kesehatan bergantung dari pengetahuan mengenai apa yang ditawarkan dalam kesehatan tersebut, bagaimana serta kapan dan oleh siapa serta dengan biaya berapa. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Sebelum seseorang mengadopsi perilaku, ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya, termasuk dalam perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (32). Sesuai dengan nilai *Exp* (B) sebesar 7,077, berarti perawat yang berpengetahuan baik cenderung 7,077 kali berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius daripada berpengetahuan kurang baik.

Faktor pengetahuan perawat yang baik mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap perilaku pemilahan limbah medis. Sesuai dengan pemahaman perawat yang memahami bahwa limbah rumah infeksius dapat menularkan penyakit (76,3%) dan limbah rumah sakit dibedakan limbah infeksius dan non infeksius (59,3%) sehingga perawat memilah limbah medis hasil asuhan keperawatan berupa perban dan pembalut bekas pasien. Sesuai pendapat Bagoes (2003) bahwa pengetahuan petugas mengenai cara pengelolaan limbah yaitu

penampungan dan pemusnahan dengan memisahkan limbah medis dengan non medis, sehingga petugas sepakat bahwa antara tempat sampah medis dan non medis harus berbeda (47).

Perawat juga paham bahwa limbah medis sitotoksik dibuang pada kantong plastik berwarna ungu (61%). Hasil pengamatan peneliti bahwa jenis-jenis sampah di ruang rawat inap kelas 3 berupa jarum suntik, jarum suntik, patahan ampul, sisa organ tubuh, perban/kain kasa penutup luka, botol obat, dan sampah pengunjung. Tempat sampah di ruang rawat inap kelas 3 rumah sakit hanya dua warna saja yaitu biru dan kuning serta box untuk jarum suntik berupa dirijen. Hal ini sebenarnya dapat membuat para perawat merasa kurang efektif dalam memilah limbah medis. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Jasmawati (2012) bahwa ketersediaan fasilitas menyebabkan petugas kurang efektif dalam memisahkan limbah dari rumah sakit (14).

Menurut Maulana bahwa untuk memudahkan pengenalan jenis limbah adalah dengan cara menggunakan kantong berkode (umumnya dengan kode berwarna). Kode berwarna yaitu kantong warna hitam untuk limbah domestik atau limbah rumah tangga biasa, kantong kuning untuk semua jenis limbah yang akan dibakar (limbah infeksius), kuning dengan strip hitam untuk jenis limbah yang sebaiknya dibakar tetapi bisa juga dibuang ke *sanitary landfill* bila dilakukan pengumpulan terpisah dan pengaturan pembuangan, biru muda atau transparan dengan strip biru tua untuk limbah *autoclaving* (pengolahan sejenis) sebelum pembuangan akhir (6).

Pengetahuan perawat kurang baik tentang pemilahan limbah medis dapat menyebabkan kegagalan dalam peningkatan perilaku pemilahan limbah medis di

rumah sakit. Beberapa pertanyaan dijawab salah oleh perawat mengenai pengangkutan limbah infeksius minimal 2 kali dalam 24 jam (61%) yang seharusnya setiap 1 hari sekali. Perawat juga mengatakan pencatatan /inventarisasi limbah medis infeksius yang akan dimusnakan minimal 1 minggu sekali (61%) seharusnya dilakukan setiap hari dan rekapitulasi jumlah limbah medis infeksius yang akan dimusnakan minimal triwulan (76,3%) yang seharusnya dilakukan setiap 1 bulan. Sesuai dengan hasil pengamatan peneliti berdasarkan Standar Operasional Prosedur Mengelolaan Limbah Medis bahwa pencatatan di dilakukan sehari hari, pengawasan minimal 1 bulan sekali dan rekapitulasi setiap 1 bulan sekali. Menurut Ali (2008) dalam penelitiannya mengemukakan dalam rangka mewujudkan dan memenuhi standar kualitas kesehatan pengelolaan sampah di fasilitas kesehatan, petugas pengangkut limbah termasuk perawat harus dilatih untuk melaksanakan tugas secara akurat dan aman (21).

Faktor pengetahuan tentang pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius sangat penting untuk ditanamkan pada setiap perawat yang akan melakukan pengelolaan limbah medis rumah sakit. Salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan dengan memberikan pelatihan atau sosialisasi secara kontinyu melalui briefing dengan menanyakan kepada masing-masing perawat tentang limbah medis sebelum perawat melakukan asuhan keperawatan kepada pasien sehingga perawat berperilaku memilah limbah medis sesuai dengan jenisnya untuk mengurangi dampak terjadinya kecelakaan kerja maupun penyakit infeksi



#### **5.4. Pengaruh Sikap terhadap Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

Sikap merupakan respons atau penilaian perawat terhadap pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius untuk menghindari gangguan kesehatan seperti penyakit infeksi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh sikap terhadap perilaku pemilihan limbah medis infeksius dan non infeksius ( $p=0,035 < p=0,05$ ). Hal ini berarti semakin positif sikap perawat terhadap pemilahan limbah medis, maka semakin kuat keinginan berperilaku memilah limbah sesuai jenisnya. Berdasarkan nilai *Exp* (B) sebesar 7,932, berarti perawat yang mempunyai sikap positif cenderung 7,932 kali berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius daripada memiliki sikap negatif.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Solikhah (2012) bahwa ada hubungan antara sikap dengan perilaku perawat dalam pembuangan sampah medis di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta (48). Penelitian serupa oleh Sudiharti (2012) menyimpulkan hasil penelitiannya bahwa terdapat hubungan yang kuat antara tingkat pengetahuan dengan perilaku perawat dalam pembuangan sampah medis ( $p=0,002$ ) dan terdapat hubungan antara sikap dengan perilaku perawat dalam pembuangan sampah medis di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta ( $p=0,000$ ) (38).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap ini masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka (49).

Faktor sikap yang negatif dapat memengaruhi perawat dalam berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius di rumah sakit. Hasil jawaban perawat dijawab negatif mengenai kebiasaan membuang limbah medis di sembarang tempat bukanlah kebiasaan yang baik (50,8%) disebabkan fasilitas kantong atau tempat limbah hanya dua tempat limbah yaitu warna biru dan kuning sehingga muncul kebiasaan memilah jenis limbah hanya pada kedua kotak tersebut.

Perawat juga memilah limbah medis seperti perban dan pembalut bekas pasien di buang tidak dengan limbah non medis (66,1%) disebabkan mereka saat memilah limbah medis menggunakan sarung tangan sehingga merasa tidak akan terkena infeksi dan memasukkan limbah medis pada satu kantong plastik tanpa membedakan jenisnya. Sesuai penelitian Solikhah (2012) mengatakan bahwa hasil observasi di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta masih sering terjadi adanya pencampuran antara sampah medis dan non medis yang dilakukan oleh perawat. Kesiediaan perawat dalam kepeduliannya membuang sampah medis di rumah sakit tidak dilakukan secara baik. Terkait penyebab respons perawat di ruang rawat inap RSUD Haji Medan belum baik dalam memilah limbah medis, maka peneliti melakukan wawancara singkat dengan perawat diperoleh hasil bahwa perawat tidak melakukan pemilahan limbah medis berdasarkan jenisnya karena tidak ada pengawasan dan pemberian sanksi bagi yang melanggar peraturan (48).

Pada umumnya perawat memiliki sikap yang positif tetapi berperilaku kurang baik dalam memilah limbah medis. Hal ini mungkin disebabkan perawat memiliki beban kerja yang cukup berat dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Hal ini sesuai dengan hasil wawancara peneliti dengan perawat mengatakan bahwa pada saat pasien jumlahnya cukup banyak, perawat merasa beban kerja cukup berat sehingga dalam pemilahan limbah medis kurang mendapat perhatian sehingga limbah tidak dipisahkan sewaktu dibuang ke tempat sampah dan tidak rekan kerja tidak mengingatkan. Hasil penelitian ini didukung pendapat Sukoco (2016) mengatakan perawat dengan beban kerja tinggi cenderung tidak patuh dalam pengelolaan sampah medis di IGD RSUP Dr Sardjito Yogyakarta (50).

Faktor sikap dapat memengaruhi perawat melakukan pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius disebabkan disebabkan tidak ada penerapan sanksi atau teguran dari kepala ruangan sehingga perilaku perawat memilah limbah kurang baik. Kepala ruangan tidak memantau para perawat memilah sampah karena diyakini sudah paham dan mengerti tentang tugas tersebut. Perlunya di masa mendatang manajemen rumah sakit dapat membuat dan menerapkan kebijakan tentang sanksi pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius berupa teguran dan sanksi administrasi dengan menunda gaji berkala bagi perawat yang tidak patuh memilah limbah medis sesuai jenisnya.

#### **5.5. Pengaruh Ketersediaan Fasilitas terhadap Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

Fasilitas merupakan sarana yang dapat mendukung pemilahan limbah medis dalam bentuk kantong plastik dan tempat limbah medis di ruang rawat inap rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh ketersediaan fasilitas terhadap perilaku pemilihan limbah medis infeksius dan non infeksius ( $p=0,038 < p=0,05$ ). Hal ini berarti semakin baik dukungan fasilitas pengelolaan

limbah dapat mempermudah perawat memilah limbah medis infeksius dan non infeksius di rumah sakit.

Sejalan dengan penelitian Sumiati (2004) di RS Panembahen Senopati Bantul, mengatakan bahwa faktor dominan yang memengaruhi perilaku karyawan dalam membuang limbah klinis adalah ketersediaan fasilitas pembuangan limbah klinis yang kurang, mempunyai resiko mempengaruhi perilaku yang kurang baik (37). Penelitian serupa dilakukan di RS Bhakti Wira Tamtama Semarang oleh Nurhidayah (2015) mengatakan bahwa ada hubungan ketersediaan fasilitas dengan perilaku perawat dalam membuang limbah medis padat ( $p = 0,044 < 0,05$ ) (51).

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Tim kerja dari WHO menyatakan bahwa penyebab seseorang berperilaku tertentu salah satunya adalah keberadaan sumber daya. Sumber daya di sini mencakup keberadaan fasilitas (32).

RSUD Haji Medan belum optimal menyediakan fasilitas kesehatan untuk mendukung pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius. Hal ini sesuai dengan pertanyaan perawat bahwa prosedur pemilahan limbah medis tidak tersedia di dinding atas tempat limbah medis (59,3%). Perawat mengatakan tidak tersedia masker untuk menutup mulut sewaktu memilah limbah medis (62,7%), dan tidak tersedia sarung tangan (64,4%). Padahal fungsi keduanya adalah untuk mencegah penyakit infeksi dari limbah medis. Perawat sebaiknya menyediakan masker atau sarung tangan di baju dinas sebelum melakukan asuhan

keperawatan sehingga sewaktu memilah sampah tidak malas untuk menggunakannya. Namun kenyataannya perawat jarang membawanya sehingga sewaktu memilah limbah medis, mereka malas mengambil di ruangan lainnya sehingga dalam pemilahan limbah tidak menggunakan masker atau sarung tangan.

Berdasarkan hasil pengamatan peneliti bahwa kantong plastik dan tempat limbah hanya berwarna biru dan kuning, sedangkan warna lainnya tidak ada. Ketersediaan sarung tangan dan master cukup tersedia tetapi tidak digunakan oleh perawat karena merasa menghabiskan waktu untuk mengambilnya, sedangkan pekerjaan lainnya melakukan asuhan keperawatan kepada pasien sudah menunggu. Tempat limbah medis di ruang rawat inap kelas 3 terdiri dari 3 ruang yaitu ruang Annisa, Ruang Alikhsan dan ruang Arrizal diantaranya yang memiliki tempat sampah hanya 2 ruang saja disebabkan ruangnya antara Annisa dan Ruang Alikhsan berdekatan sehingga tempat sampah hanya 1 unit saja.

Temuan ini sesuai dengan penelitian Asmarhany (2014) mengatakan bahwa fasilitas pengelolaan limbah RSUD Kelet Kabupaten Jepara belum memadai, perlu sarana penunjang diperbaiki, dan ditambah, seperti penambahan troli yang digunakan untuk mengangkut dan mengumpulkan sampah medis dari masing-masing ruangan, selain itu perlu dibuat jalur khusus untuk pengangkutan agar dapat terhindar dari kontaminasi limbah walaupun sudah menggunakan troli tertutup.

Perawat yang menyatakan ketersediaan fasilitas kurang baik tetapi berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius dengan baik. Hal ini dipengaruhi komitmen dan pengalaman kerja yang sudah cukup lama pada perawat dalam mengelola limbah medis.

Perawat memiliki komitmen tinggi akan memperhatikan perilaku memilah limbah sesuai ketentuan yang berlaku. Temuan ini sesuai pendapat Asmarhany (2014) mengatakan bahwa pengelolaan limbah medis akan efektif bila pihak RSUD Kelet Kabupaten Jepara meningkatkan komitmen dalam pengelolaan limbah (51).

Perawat yang menyatakan ketersediaan fasilitas baik tetapi berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius kurang baik. Hal ini disebabkan tidak adanya laporan dari perawat tentang pemilahan limbah setiap hari kepada kepala ruangan. Berdasarkan hasil wawancara sekilas dengan perawat mengatakan sebaiknya perawat diberi penghargaan jika patuh dalam memilah limbah medis. Temuan ini sesuai pendapat Asmarhani (2013) mengatakan bahwa pengelolaan limbah medis akan efektif bila pihak RSUD Kelet Kabupaten Jepara melengkapi setiap ruangan penghasil limbah dengan alat pemotong jarum, melengkapi alat pelindung diri, memberikan program imunisasi dan pemeriksaan kesehatan (51).

Ketersediaan fasilitas yang berkaitan langsung dengan pekerjaan pemilahan limbah medis akan diikuti dengan tindakan yang baik oleh petugas. Sesuai dengan nilai *Exp (B)* sebesar 7,184, berarti perawat didukung ketersediaan fasilitas 7,184 kali berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius daripada tidak mendapat dukungan. Penyediaan fasilitas tentu menjadi tanggung jawab pihak manajemen rumah sakit sehingga diperlukan perhatian dan pengawasan khususnya dalam ketersediaan fasilitas untuk mempermudah pemilahan limbah medis. Selain itu, cara meningkatkan komitmen perawat.

## **5.6. Pengaruh Ketersediaan Informasi terhadap Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

Informasi merupakan Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh ketersediaan informasi terhadap perilaku pemilihan limbah medis infeksius dan non infeksius ( $p=0,033 < p=0,05$ ). Hal ini berarti semakin baik ketersediaan informasi tentang pengelolaan limbah dapat mempermudah perawat memilah limbah medis infeksius dan non infeksius di rumah sakit.

Menurut Azwar (2009), adanya informasi baru mengenai suatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugestif yang dibawa oleh informasi tersebut, apabila cukup kuat akan memberi dasar efektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap dan perilaku tersebut (31).

Ketersediaan informasi dapat menghambat perawat melakukan pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius di rumah sakit. Sesuai jawaban perawat bahwa kegiatan pelatihan/sosialisasi/kursus tentang pemilahan limbah medis jarang diselenggarakan karena pelatihan lebih banyak diarahkan kepada teknis asuhan keperawatan untuk meningkatkan mutu pelayanan. Dapat dilihat dari aktivitas pelatihan yang pernah mengikuti pelatihan hanya 16,9%, mungkin hal ini disebabkan keterbatasan dana dan tenaga penyuluh. Pihak rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pernah membagikan buku saku tentang SPO tentang kegiatan asuhan keperawatan termasuk pengelolaan limbah tetapi jarang dibawa oleh perawat (59,3%) disebabkan tidak ada pemeriksaan dari kepala ruangan. Hasil temuan ini diperkuat dengan Tarigan (2009) mengatakan bahwa ketersediaan sarana memperoleh informasi limbah medis padat akan

memudahkan perawat memperoleh informasi limbah medis padat dan dapat mengubah perilaku perawat membuang limbah medis padat sesuai persyaratan dapat dilakukan dengan pelatihan, kursus dan sosialisasi peraturan tertulis. Ketersediaan informasi berhubungan dengan tindakan responden membuang limbah medis padat (38).

Muchsin (2013) berpendapat sering kali ditemukan sistem pengelolaan awal terhadap sampah belum dilaksanakan dengan baik terlihat dari banyaknya percampuran antara sampah medis dan non medis di tempat penampungan sampah sementara, walaupun sudah terdapat beberapa poster petunjuk untuk membuang sampah sesuai dengan jenisnya. Hal ini mungkin disebabkan kurangnya kesadaran dan tanggung jawab petugas (52).

Faktor ketersediaan informasi memengaruhi perilaku perawat memilah limbah medis infeksius dan non infeksius. Jika ditinjau dari nilai *Exp* (B) sebesar 7,268, berarti perawat didukung ketersediaan informasi cenderung 7,268 kali berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius daripada tidak mendapat dukungan. Untuk itu, pentingnya manajemen rumah sakit melakukan pemeriksaan buku saku sebelum perawat melakukan asuhan keperawatan (*briefing*) dan bertanya untuk mengingatkan perawat tentang pengelolaan limbah terutama melakukan pemilahan limbah berdasarkan jenisnya. Saat melakukan pemeriksaan mendadak di ruang rawat inap kelas 3, perlu perawat ditanya tentang pemilahan limbah medis di ruang rawat inap.



### **5.7. Pengaruh Kebijakan terhadap Perilaku Pemilahan Limbah Medis Infeksius dan Non Infeksius**

Kebijakan merupakan suatu peraturan tertulis tentang limbah medis yang sebagai pedoman/acuan atau ditaati dalam meningkatkan mutu pelayanan dan menghindari kecelakaan dan keselamatan akibat limbah medis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh ketersediaan informasi terhadap perilaku pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius ( $p=0,011 < p=0,05$ ). Hal ini berarti penerapan kebijakan tentang limbah medis dapat merubah perilaku perawat mampu memilah limbah medis infeksius dan non infeksius dengan baik.

Sejalan dengan penelitian Tarigan (2009) bahwa adanya peraturan tertulis tentang pengolahan limbah klinis yang diterbitkan rumah sakit dengan mengacu pada peraturan dan didalamnya ada sanksi dan penghargaan pelaksanaan prosedur tetap pembuangan limbah medis padat di unit penghasil limbah medis padat disampaikan kepada perawat akan berpengaruh terhadap tindakan perawat dalam membuang limbah medis padat. Kebijakan rumah sakit berhubungan dengan tindakan responden membuang limbah medis padat (38).

Pada umumnya penerapan kebijakan tentang pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius kurang mendukung di RSUD Haji Medan. Namun perawat menyatakan kebijakan tentang limbah medis yang mendukung dalam pelaksanaan pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius dengan mengikuti mensosialisasikan tetapi berperilaku kurang baik dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius. Hal ini mungkin disebabkan perawat kurang memiliki kesadaran dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius. Sesuai dengan pendapat Nurhidayah (2015) mengatakan bahwa perawat yang

pernah mengikuti sosialisasi tentang pengelolaan limbah medis belum dapat menjamin perilaku perawat dalam membuang limbah medis padat (17).

Perawat juga mengatakan manajemen rumah sakit belum melaksanakan koordinasi dengan tim lain agar perawat memilah limbah medis sesuai jenisnya. Hal ini disebabkan adanya persepsi bahwa perawat dianggap sudah mahir dan paham tentang pemilahan limbah sehingga tidak ada pengawasan yang dilakukan di setiap rumah sakit. Menurut pendapat Sumiati (2014) mengatakan bahwa kegiatan pemantauan tentang mengelola limbah klinis tidak dilakukan secara berlaka dapat menyebabkan kinerja tenaga kesehatan kurang efektif dalam membung limbah medis di RSD Panembahan Senopati Kabupaten Bantul (39).

Perawat juga mengatakan manajemen rumah sakit tidak melaksanakan sidak kepada perawat di ruang rawat inap dalam memilah limbah medis agar penerapan Standar Operasional Prosedur berjalan sesuai yang diharapkan. Kegiatan sidak bertujuan untuk memantau perilaku perawat dalam memilah limbah medis sesuai jenisnya. Namun di lapangan tidak dilakukan disebabkan perawat sudah diberikan buku panduan SPO tentang pengelolaan limbah medis sehingga pihak manajemen tidak perlu lagi turun ke setiap ruang rawat inap.

Penerapan sanksi pemilahan limbah medis belum diterapkan oleh kepala ruangan. Perawat yang tidak memilah limbah medis tidak mendapatkan teguran karena tidak dipantau dan evaluasi. Sisten *punishment* bersifat kesadaran sendiri tanpa harus dipaksa melakukannya sehingga perawat belum efektif memilah sampah berdasarkan limbah infeksius dan non infeksius. Sependapat dengan Muchin (2013) menyimpulkan penerapan sanksi belum ada dalam membuang sampah medis dan non medis di Rumah Sakit Umum Daerah Aceh Tamiang (52).

Perilaku perawat dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius kurang baik disebabkan evaluasi pemilahan limbah medis tidak pernah dilakukan tetapi hanya evaluasi limbah medis secara keseluruhan yang dilakukan oleh Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) setahun sekali. Tidak efektifnya kegiatan evaluasi menyebabkan ada perawat membuang limbah suntik bekas pasien dibuang, plester, perban, dan pembalut bekas pasien ke kantong plastik berwarna biru. Hasil penelitian ini tidak berbeda jauh penelitian Rasmahmita (2015) bahwa pengelolaan limbah medis padat di RSUD Sleman masih terdapat kekurangan dan ketidaksesuaian dengan Protap yang mengacu kepada Kemenkes RI No. 1204/MENKES/SK/X/2004 (53).

Pengelolaan limbah medis oleh perawat harus diselenggarakan dengan baik dan tertib untuk mengendalikan risiko yang mungkin ditimbulkan, baik terkait aspek kesehatan maupun pengukuran kinerjanya. Berdasarkan nilai *Exp* (B) 19,040, berarti perawat didukung penerapan kebijakan yang baik cenderung 19,040 kali berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius daripada tidak mendapat dukungan dan merupakan faktor dominan dalam meningkatkan perilaku perawat memilah limbah. Pentingnya manajemen rumah sakit mengevaluasi kinerja perawat dalam pemilahan limbah medis secara kontinyu minimal 1 bulan sekali. Manajemen rumah sakit juga perlu memberikan *reward* bagi perawat yang patuh memilah limbah dengan baik seperti pemberian pena/buka, dan handuk sebagai motivasi dalam bekerja setelah menerapkan sanksi.

## **5.8 Implikasi**

Hasil penelitian diharapkan dapat berkontribusi bagi manajemen rumah RSU Haji Medan dalam meningkatkan perilaku perawat dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius dengan meningkatkan frekuensi pelatihan/sosialisasi secara berkala dan melengkapi fasilitas pendukung dalam penerapan pemilahan limbah. Manajemen rumah sakit dapat membuat kebijakan tentang sanksi dan menerapkan bagi perawat tidak patuh memilah limbah diberi sanksi tegas dengan terlebih dahulu memberikan reward bagi yang patuh memilah limbah.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Perawat kurang didukung kebijakan, dalam memilah limbah infeksius dan non infeksius serta ada pengaruh kebijakan terhadap perilaku memilah limbah medis.
2. Perawat bersifat negatif, dalam memilah limbah infeksius dan non infeksius serta ada pengaruh sikap terhadap perilaku memilah limbah medis.
3. Perawat kurang didukung informasi, dalam memilah limbah infeksius dan non infeksius serta ada pengaruh ketersediaan informasi terhadap perilaku memilah limbah medis.
4. Perawat kurang didukung fasilitas dalam memilah limbah infeksius dan non infeksius serta ada pengaruh ketersediaan fasilitas terhadap perilaku memilah limbah medis.
5. Perawat berpengetahuan kurang baik, dalam memilah limbah infeksius dan non infeksius serta ada pengaruh pengetahuan terhadap perilaku memilah limbah medis.
6. Perawat tamatan sarjana keperawatan, dalam memilih limbah medis infeksius dan non infeksius kurang baik serta tidak ada pengaruh pendidikan terhadap perilaku perawat memilah limbah medis infeksius dan non infeksius.

7. Perawat bekerja di atas 5 tahun, dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius kurang baik serta tidak ada pengaruh lama bekerja terhadap perilaku perawat memilah limbah medis.

## 6.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka dapat disarankan kepada:

1. Manajemen rumah sakit membuat kebijakan tentang sanksi dan menerapkan kepada perawat berupa teguran dan sanksi administrasi dengan menunda gaji berkala serta memberikan *reward* yang patuh memilah limbah infeksius dan non infeksius berupa pena, buku, handuk untuk mendukung asuhan keperawatan.
2. Manajemen rumah sakit berupaya meningkatkan komitmen perawat melalui *workshop* di ruang rawat inap secara rutin supaya respons menjadi baik dalam memilah limbah medis infeksius dan non infeksius.
3. Manajemen rumah sakit memberdayakan kepala ruang untuk memeriksa buku saku saat *briefing* dan bertanya langsung tentang limbah medis sebagai pengingat supaya tidak lupa dalam memilah limbah medis.
4. Manajemen rumah sakit melengkapi fasilitas pemilahan limbah seperti kantong plastik dan tempat pembuangan limbah supaya perawat lebih mudah memilah dan mengevaluasi kinerja perawat dalam memilah limbah setiap bulan untuk mengatasi kendala dan mencari solusi tata kelola limbah infeksius dan non infeksius secara efektif.
5. Manajemen rumah sakit menyelenggarakan pelatihan/sosialisasi kepada seluruh pegawai khusus perawat yang kontak langsung dengan pasien secara

kontinyu sebagai penyegaran supaya berperilaku memilah limbah medis infeksius dan non infeksius.

6. Manajemen rumah sakit melakukan pengawasan dalam pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius terutama perawat tamatan sarjana keperawatan di ruang rawat inap.
7. Manajemen rumah sakit memberikan sosialisasi langsung kepada perawat baru masuk tentang limbah medis infeksius dan non infeksius untuk meningkatkan kemampuan dalam memilah limbah medis tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Sirait AA, Mulyadi A, Nazriati E. Analisis Pengelolaan Limbah Medis di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gunungtua Kabupaten Padang Lawas Utara Propinsi Sumatera Utara. *Jurnal Ilmu Lingkungan*. 2015;9(2):193-201.
2. Efstathiou, Georgios, Evridiki Papastavio, Vasilios Raftopoulos, Anastasios Merkouris. Factor Influencing Nurses Compliance with Standad Precautions in order to Avoid Occupational Exposure to Microorganisms: A Focus Group Study. *BMC Nursing*. 2011;10(1):1–12.
3. Janjua, Naveed Z, et.al. Poor Knowledge–Predictor of Nonadherence to. Universal Precautions for Blood Pathogens at First Level Cara Facilities Pakistan. *BMC Infectius Diseases*. 2007;7(81):1-11.
4. Basuki E, Hadi ST. Advokasi sebagai Usaha untuk Membangunan Budaya Kesehatan dan Kesehatan Kerja di Masyarakat. *Majalah Kedokteran*. 2007;57(3):135-139.
5. Hermana AD. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Luka Tusuk Jarum atau Benda Tajam Lainnya pada Perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Cianjur. Tesis. Universitas Indonesia. Jakarta. 2008.
6. Maulana M, Kusnanto H, Suwarni A. Pengolahan Limbah Padat Medis dan Pengolahan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun di RS Swasta Kota Jogja. *THE 5TH URECOL PROCEEDING*. ISBN 978-979-3812-42-7:184-190.
7. Kementerian Lingkungan Hidup RI. Pemanfaatan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun. Jakarta; 2008.
8. Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI). KLHK: Limbah Medis Seluruh Indonesia Capai 242 Ton per Hari. [Internet]. [cited] 2018. <http://www.persi.or.id/78-berita/berita-persi/531-klhk-limbah-medis-selu-ruh-indonesia-capai-242-ton-per-hari>.
9. Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) Sumatera Utara, Jumlah Limbah Medis fasilitas kesehatan. [cited] 2018. Tersedia di: <https://persisumut.org/>.
10. Pratiwi D, Maharan C. Analisis Pengelolaan Limbah Medis Padat pada Puskesmas Kabupaten Pati. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2013;9(1):74-84
11. Departemen Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. Dirjen PPM dan PL, Jakarta: Depkes RI; 2004.
12. Maharani. Pengetahuan dan Sikap Tenaga Kesehatan Terhadap Pengelolaan Limbah Medis Padat pada Salah Satu Rumah Sakit di Kota Bandung. *JSK*, 2017;3(2):84-89.
13. Green and Kreuter, *Health Education Planning a Diagnostic Approach*, USA: The Johns Hopkins University. First Edition; 1980.
14. RSU Haji Medan. Profil RSU Haji Medan. Medan. 2018.
15. Bastari A. Pengelolaan Limbah di Rumah Sakit Pupuk Kaltim Bontang untuk Memenuhi Baku Mutu Lingkungan. Tesis. Universitas Diponegoro. Semarang. 2007



16. Hasan MM, Ahmed SA, Rahman KA, Biswas TK. Pattern of Medical Waste Management: Existing Scenario in Dhaka City, Bangladesh. *BMC Public Health*. 2008; 8:36 doi:10.1186/1471-2458-8-36.
17. Nurhidayah I. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Ketersediaan Fasilitas dengan Perilaku Perawat dalam Membuang Limbah Medis Padat di RS Bhakti Wira Tamtama Semarang. Tesis. Universitas Negeri Semarang. 2015.
18. Wungo NM. Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Petugas Sanitasi dengan Praktik Pengelolaan Sampah Medis di RSUD Kabupaten Kebumen. *Jurnal Kesehatan*. 2013;3(5):32-40.
19. Yordanov. Avoidable waste of research related to inadequate methods in clinical trials. *Research. BMJ*. doi:10.1136/bmj.h809 | *BMJ* 2015;350:h809 |.
20. Parsinahingsih SH. Gambaran Pelaksanaan Kewaspadaaan Standar di RSUD Dr Moewardi Surakarta. *Berita Ilmu Keperawatan ISSN 1979-2697*, 2008; 1 (1): 19-24.
21. Ali M, Kuroiwa C. Status and Challenge of Hospital solid Wastemanagement: Case Studies from Thailand, Pakistan and Mongolia. *J. Mater Cycles Waste Management. J Mater Cycles Waste Manag.* 2009; (11):251-257.
22. Hakim SA, Mohsen, Bakr I. Knowledge, attitudes and practices of health-care personnel towards waste disposal management at Ain Shams University Hospitals, Cairo. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2014;20(5):347-54.
23. Simamora I, Sumiati. Analisis Pengelolaan Limbah Padat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Doloksanggul. Skripsi. Universitas Sumatera Utara. Medan 2018.
24. Asmadi. *Pengelolaan Limbah Medis Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing; 2013.
25. Djohan AJ, Halim V. *Pengelolaan Limbah Rumah Sakit*. Jakarta: Salemba Medika; 2013.
26. Adisasmito. *Audit Lingkungan Rumah Sakit*. Jakarta: Raja Grafindo Persada; 2009.
27. Anies. *Manajemen Berbasis Lingkungan Solusi Mencegah dan Menanggulangi Penyakit Menular*. Jakarta: PT Elex Media; 2006.
28. Pruss A. *Pengelolaan Aman Limbah Layanan Kesehatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 2005.
29. Dewi AA. Laporan Praktikum K3 Penanganan Limbah Infeksius. Makalah. 2019. [cited] [https://www.academia.edu/8832856/K3\\_Limbah\\_Infeksius](https://www.academia.edu/8832856/K3_Limbah_Infeksius).
30. Ilyas Y. *Mengenal Asuransi-Review Utilisasi, Manajemen Klaim dan. Fraud*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia; 2003.
31. Azwar S. *Sikap Manusia-Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset; 2010.
32. Notoatmodjo S. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2014.
33. Soedomo AH. *Pendidikan: Suatu pengantar*. Surakarta: UNS Press; 2008.
34. Nursalam. *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 2*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika; 2009.

35. Nurhaeni. Faktor Determinan yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Makasar. Tesis. FIK Universitas Indonesia. 2002.
36. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
37. Sarker Mohammad Abul Bashar, M Harun-Or-Rashid, Tomoya H, Shaheen M. Bin Abdul Hai, Siddique M. Ruhul Furkan. Evaluation of Knowledge, Practices and Possible Barriers among Healthcare Providers regarding Medical Waste Management in Dhaka, Bangladesh. *Medical Science Monitor*. 2014;20:2590-7.
38. Sudiharti, Solikhah. Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Perawat dalam Pembuangan Sampah Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *KES MAS* 2012;6(1):49-59.
39. Sumiati. Perilaku Karyawan Membuang Limbah Klinis di RSD Panembahan Senopati Kabupaten Bantul. Tesis. Universitas Gajahmada. 2004.
40. Tarigan IY. Tesis. Determinan Tindakan Perawat dalam Membuang Limbah Medis Padat di Rumah Sakit Umum Dr. Pirngadi Kota Medan. Tesis. Universitas Suamtera Utara. Medan. 2009.
41. Dwidjowijoto RN. *Kebijakan Publik untuk Negara-negara*. Berkembang. Jakarta: PT Elex Media Komputindo; 2006.
42. Sugiyono. *Metode Penelitian Kuntitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta; 2011.
43. Muhmmad I. *Pemanfaatan SPSS Dalam Penelitian Sosial dan Kesehatan*: Ciptapustaka Media Perintis; 2016.
44. Sari PF, Sulistiyani, Kusumawati A. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Praktik Pengelolaan Limbah Medis Padat Puskesmas Cawas I Kabupaten Klaten. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2018; 6 (4): 505-515.
45. Ghareeb N, Al Sadek M. Assessment of Medical Waste Generation Rate at Zagazig University Hospitals and Awareness and Practices of Nurses Regarding Medical Waste Management. *Int J Environment*. 2014;3(1):63-72.
46. Muthoni MS, Nyerere A, Ngugi CW. Assessment of Level of Knowledge in Medical Waste Management in Selected Hospitals in Kenya Applied Microbiology : Open Access. *Appl Microbiol*. 2016;2(4). doi:10.4172/2471-9315.1000124.
47. Widjanarko B, Sulistiyani, Hidayani R. Perilaku Petugas Kebersihan Rumah Sakit dalam Pengelolaan Sampah di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo. *Jurnal Unimus*. Universitas Diponegoro. 2003.
48. Solikhah. Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Perawat dalam Pembuangan Sampah Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *KES MAS*. 2013; 6 (1): 49-59.
49. Mubarak WI. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsep dan Aplikasi Dalam Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika; 2012.
50. Sukro E. Hubungan Beban Kerja Perawat dengan Kepatuhan dalam Pengelolaan Sampah Medis di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr Sardjito Yogyakarta. Naskah Publikasi. Universitas Alma Ata Yogyakarta. 2016.

51. Asmarhany CD. Pengelolaan Limbah Medis Padat di Rumah Sakit Umum Daerah Kelet Kabupaten Jepara. Skripsi. Universitas Negeri Semarang. 2014.
52. Muchsin, Tukiman, Syahrial E. Gambaran Perilaku Perawat dalam Membuang Limbah Medis dan Non Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Tamiang. Skripsi. Universitas Sumatera Utara. 2013.
53. Ditjen PP & PL, WHO. Pedoman Pengelolaan Limbah Medis Tajam di Pusat Kesehatan Masyarakat, Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2006.
54. Rasmrohmita SE. Evaluasi Pengolahan Limbah Medis Padat di RSUD Sleman Yogyakarta. Skripsi. Universitas Sanata Dharma. Yogyakarta. 2012.

## Lampiran 1

### LEMBAR PERSETUJUAN (*Informed Consent*)

Assalamu'alaikum wr. wb. Salam sejahtera untuk kita semua.

Saya mahasiswa peminatan Kajian Administrasi Rumah Sakit program studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat direktorat Pascasarjana Stikes Helvetia Medan sedang melakukan penelitian terkait dengan judul **Faktor yang Memengaruhi Perilaku Perawat dalam Pemilahan Limbah Infeksius Dan Non Infeksius di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Rumah Sakit Umum Haji Medan Tahun 2018.**

Dalam penelitian ini Bapak/Ibu terpilih sebagai Informan/responden berdasarkan dari perawat ruangan dan petugas unit Instalasi Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. Diharapkan Bapak/Ibu dapat memberikan informasi yang sejujurnya. Informasi yang Bapak/Ibu berikan akan kami jaga kerahasiaanya. Jika Bapak/Ibu bersedia dimohon untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian Bapak/Ibu, kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum wr. Wb

Medan, Maret 2019

Responden

(\_\_\_\_\_)

**Lampiran 2.**

KUESIONER PENELITIAN

**FAKTOR YANG MEMENGARUHI PERILAKU PERAWAT DALAM PEMILAHAN LIMBAH  
INFEKSIUS DAN NON INFEKSIUS DI RUANG RAWAT INAP  
KELAS 3 RUMAH SAKIT UMUM HAJI MEDAN  
TAHUN 2018**

---

**No. Responden :..... Tanggal Pengisian :.....  
(Diisi oleh peneliti)**

**A. Identitas**

**Umur :.....Tahun**  
**Jenis kelamin :.....**  
**Pendidikan :.....**  
**Lama bekerja :.....Tahun**  
**Pelatihan yang pernah diikuti: a. Pernah b. Tidak pernah**  
**Sebutkan :**

**B. Pengetahuan**

**Petunjuk pengisian: Pilihlah salah satu jawaban yang sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dan memberi tanda (√) pada kolom Jawaban.**

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Limbah rumah infeksius dapat menularkan penyakit		
2.	Limbah rumah sakit dibedakan limbah infeksius dan non infeksius		
3.	Sisa jaringan tubuh, termasuk limbah medis sangat infeksius		
4.	Perban dan pembalut bekas pasien, termasuk limbah non medis infeksius		
5.	Muntahan pasien berpenyakit menular termasuk limbah medis infeksius		
6.	Tempat pembuangan limbah medis dipisahkan dengan limbah non medis mulai dari awal di ruang penghasil limbah medis		
7.	Tempat bak sampah khusus 109 medis infeksius 100-200 Liter		

8.	Pengangkutan minimal 2 kali dalam 24 jam		
9.	Kantong plastik untuk limbah infeksius adalah kuning dengan tanda <i>biohazard</i>		
10.	Kantong plastik untuk limbah sitotoksik adalah ungu		
11.	Kantong plastik untuk limbah radioaktif adalah merah		
12.	Kantong plastik untuk limbah non medis adalah hitam		
13.	Pengawasan lapanan/infeksi masing-masing ruang penghasil limbah medis infeksius dilakukan secara berkala minimal 1 bulan sekali		
14.	Pencatatan /inventarisasi limbah medis infeksius yang akan dimusnakan minimal 1 minggu sekali (setiap hari) hari		
15.	Rekapitulasi jumlah limbah medis infeksius yang akan dimusnakan minimal triwulan (1 bulan)		

### C. Sikap

Petunjuk pengisian: **Pilihlah salah satu jawaban yang sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dan memberi tanda (√) pada kolom Jawaban.**

No.	Pertanyaan	Setuju	tidak Setuju
1.	Perawat sebaiknya memisahkan limbah rumah sakit menjadi limbah infeksius dan non infeksius		
2.	Perawat memiliki kebiasaan membuang limbah medis di sembarang tempat bukanlah kebiasaan yang baik		
3.	Perawat sebaiknya menggunakan kantong plastik untuk memilah limbah infeksius/non infeksius sangatlah memudahkan petugas lain dalam pemeliharaan tempat penampungan limbah		
4.	Perawat sebaiknya memilah limbah infeksius dan non infeksius agar mengurangi jumlah limbah yang memerlukan perlakuan khusus		
5.	Perawat sebaiknya memilah limbah medis seperti perban dan pembalut bekas pasien di buang tidak dengan limbah non medis karena berbahaya		
6.	Perawat setelah menggunakan jarum suntik, maka dibuang pada tempat tersendiri sehingga tidak melukai perawat.		

7.	Perawat sebaiknya membuang srynge dan selang infus bekas pasien secara terpisah bukan untuk tujuan di manfaatkan kembali		
8	Perawat sebaiknya membuang obat kadaluwarsa dibuang tersendiri dalam kantong limbah berwarna kuning		
9.	Perawat sebaiknya membuang sisa jaringan tubuh tidak boleh di tempat limbah non medis		
10.	Perawat sebaiknya membuang limbah infeksius dan non infeksius harus mengenali warna kantong yang tepat		
11.	Perawat sebaiknya mendapatkan instruksi pemilahan limbah medis di rumah sakit dari atasan		
12.	Perawat sebaiknya mendapatkan sosialisasi tentang jenis-jenis limbah berbahaya dan tidak berbahaya untuk mendukung pemilahan limbah		
13.	Perawat setelah memilah limbah medis hendaknya mencuci tangan dengan menggunakan sabun desinfektan		

#### D. Ketersediaan Fasilitas

Petunjuk pengisian: **Pilihlah salah satu jawaban yang sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dan memberi tanda (√) pada kolom Jawaban.**

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Tersedia tempat limbah infeksius dan non infeksius berlapis kantong warna kuning		
2.	Tersedia tempat limbah infeksius lainnya berlapis kantong berwarna		
3.	Tersedia di dinding atas tempat limbah medis tersedia prosedur pembuangan limbah medis		
4.	<b>Tersedia master untuk menutup mulut sewaktu memilah limbah medis</b>		
5.	<b>Tersedia sarung tangan sewaktu memilah limbah medis (malas mengambil ke ruangan atau ke ruang lain lain bila tidak ada ruang kelas III)</b>		

#### E. Kersediaan Informasi

Petunjuk pengisian: **Pilihlah salah satu jawaban yang sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dan memberi tanda (√) pada kolom Jawaban.**

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Perawat mengikuti pelatihan tentang pemilahan limbah medis infeksius dan limbah benda tajam diadakan oleh rumah sakit		
2.	Perawat mengikuti sosialisasi tentang pemilahan limbah medis infeksius dan limbah benda tajam diadakan di rumah sakit		
3.	Perawat membawa buku satu tentang pemilahan limbah di rumah sakit dan membacanya jika belum paham cara pemilihan limbah (Hasil wawancara jarang dibawa dan tidak ada pemeriksaan)		
4.	Perawat mengikuti kursus tentang pemilahan limbah medis infeksius dan limbah benda tajam diadakan di rumah sakit		
5.	Perawat mengikuti pendidikan tentang kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit (program keselamatan pasien)		

#### F. Kebijakan

Petunjuk pengisian: **Pilihlah salah satu jawaban yang sesuai dengan sikap Anda dengan memberi tanda (√) pada kolom Jawaban.**

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Manajemen rumah sakit mensosialisasikan tata kelola pemilahan limbah medis infeksius dan non infeksius		
2.	Manajemen rumah sakit melaksanakan koordinasi dengan tim lain agar perawat memilah limbah medis sesuai jenisnya		
3.	Manajemen rumah sakit menyelenggarakan <i>workshop</i> di ruang rawat inap tentang pemilahan limbah medis		
4.	Manajemen rumah sakit melaksanakan sidak kepada perawat di ruangan dalam memilah jenis medis		
5.	Manajemen rumah sakit menerapkan sanksi terhadap perawat yang melanggar prosedur tetap pemilahan jenis limbah infeksius dan non infeksius		



E. Pemilahan Limbah Infeksius dan Non Infeksius

Petunjuk pengisian: **Pilihlah salah satu jawaban yang sesuai dengan ketersediaan fasilitas dan prasana dengan memberi tanda (√) pada kolom Jawaban.**

No.	Aspek yang Diamati	Ya	Tidak
1.	<b>Perawat memilah limbah infeksius dan membuang pada tempat sampah kuning</b>		
2.	<b>Perawat memilah limbah infeksius dan membuang pada tempat sampah kuning</b>		
3.	<b>Perawat memilah limbah sitotoksik dan membuang pada tempat sampah biru</b>		
4.	<b>Perawat memilah limbah kimia dan farmasi dan membuang di tempat sampah kuning</b>		
5.	Perawat memilah limbah plester, perban, dan pembalut bekas pasien ke tempat limbah non medis berlapis kantong warna hitam (seharunys kuning)		
6.	<b>Perawat memilah jarum suntik bekas pasien dibuang ke tempat limbah medis berlapis kantong warna kuning.</b>		
7.	<b>Perawat memilah sisa jaringan tubuh pasien dibuang ke tempat limbah medis berlapis kantong warna kuning.</b>		
8.	<b>Perawat berusaha mencari sarung tangan, masker sebelum memilih limbah infeksius</b>		
9.	<b>Perawat membuang sarung tangan setelah memilih limbah infeksius</b>		
10.	<b>Perawat mencuci tangan dengan sabun anti septik setelah membuang limbah/ sampah rumah sakit.</b>		

### Lampiran 3

#### Crosstabs

#### Pendidikan \* Perilaku pemilahan limbah

Crosstab

			Perilaku pemilahan limbah		Total
			Kurang baik	Baik	
Pendidikan	Rendah (D III Keperawatan)	Count	23	17	40
		% within Pendidikan	57,5%	42,5%	100,0%
		% of Total	39,0%	28,8%	67,8%
	Tinggi (S I Keperawatan)	Count	10	9	19
		% within Pendidikan	52,6%	47,4%	100,0%
		% of Total	16,9%	15,3%	32,2%
Total		Count	33	26	59
		% within Pendidikan	55,9%	44,1%	100,0%
		% of Total	55,9%	44,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,124 <sup>a</sup>	1	,725		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,005	1	,943		
Likelihood Ratio	,124	1	,725		
Fisher's Exact Test				,784	,470
Linear-by-Linear Association	,122	1	,727		
N of Valid Cases	59				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,37.

b. Computed only for a 2x2 table

## Lama\_bekerja \* Perilaku pemilahan limbah

Crosstab

			Perilaku pemilahan limbah		Total
			Kurang baik	Baik	
Lama_bekerja	< 5 tahun	Count	13	15	28
		% within Lama_bekerja	46,4%	53,6%	100,0%
	>= 5 tahun	Count	20	11	31
		% within Lama_bekerja	64,5%	35,5%	100,0%
Total		Count	33	26	59
		% within Lama_bekerja	55,9%	44,1%	100,0%
		% of Total	22,0%	25,4%	47,5%
		% of Total	33,9%	18,6%	52,5%
		% of Total	55,9%	44,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,953 <sup>a</sup>	1	,162		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,288	1	,256		
Likelihood Ratio	1,961	1	,161		
Fisher's Exact Test				,196	,128
Linear-by-Linear Association	1,920	1	,166		
N of Valid Cases	59				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,34.

b. Computed only for a 2x2 table

## Pengetahuan \* Perilaku pemilahan limbah

Crosstab

			Perilaku pemilahan limbah		Total
			Kurang baik	Baik	
Pengetahuan	Kurang baik	Count	22	6	28
		% within Pengetahuan	78,6%	21,4%	100,0%
		% of Total	37,3%	10,2%	47,5%
	Baik	Count	11	20	31
		% within Pengetahuan	35,5%	64,5%	100,0%
		% of Total	18,6%	33,9%	52,5%
Total	Count	33	26	59	
	% within Pengetahuan	55,9%	44,1%	100,0%	
	% of Total	55,9%	44,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,081 <sup>a</sup>	1	,001		
Continuity Correction <sup>b</sup>	9,402	1	,002		
Likelihood Ratio	11,538	1	,001		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	10,893	1	,001		
N of Valid Cases	59				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,34.

b. Computed only for a 2x2 table

## Sikap \* Perilaku pemilahan limbah

Crosstab

			Perilaku pemilahan limbah		Total
			Kurang baik	Baik	
Sikap	Negatif	Count	24	8	32
		% within Sikap	75,0%	25,0%	100,0%
		% of Total	40,7%	13,6%	54,2%
	Positif	Count	9	18	27
		% within Sikap	33,3%	66,7%	100,0%
		% of Total	15,3%	30,5%	45,8%
Total	Count	33	26	59	
	% within Sikap	55,9%	44,1%	100,0%	
	% of Total	55,9%	44,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	Chi-Square	10,315 <sup>a</sup>	1	,001		
Continuity Correction <sup>b</sup>		8,693	1	,003		
Likelihood Ratio		10,598	1	,001		
Fisher's Exact Test					,002	,001
Linear-by-Linear Association		10,140	1	,001		
N of Valid Cases		59				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,90.

b. Computed only for a 2x2 table

## Ketersediaan fasilitas \* Perilaku pemilahan limbah

Crosstab

			Perilaku pemilahan limbah		Total
			Kurang baik	Baik	
Ketersediaan fasilitas	Kurang mendukung	Count % within Ketersediaan fasilitas % of Total	28 70,0% 47,5%	12 30,0% 20,3%	40 100,0% 67,8%
	Mendukung	Count % within Ketersediaan fasilitas % of Total	5 26,3% 8,5%	14 73,7% 23,7%	19 100,0% 32,2%
Total		Count % within Ketersediaan fasilitas % of Total	33 55,9% 55,9%	26 44,1% 44,1%	59 100,0% 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,973 <sup>a</sup>	1	,002		
Continuity Correction <sup>b</sup>	8,279	1	,004		
Likelihood Ratio	10,189	1	,001		
Fisher's Exact Test				,002	,002
Linear-by-Linear Association	9,804	1	,002		
N of Valid Cases	59				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,37.

b. Computed only for a 2x2 table

## Ketersediaa informasi \* Perilaku pemilahan limbah

Crosstab

			Perilaku pemilahan limbah		Total
			Kurang baik	Baik	
Ketersediaa informasi	Kurang mendukung	Count	28	10	38
		% within Ketersediaa informasi	73,7%	26,3%	100,0%
		% of Total	47,5%	16,9%	64,4%
	Mendukung	Count	5	16	21
		% within Ketersediaa informasi	23,8%	76,2%	100,0%
		% of Total	8,5%	27,1%	35,6%
Total	Count	33	26	59	
	% within Ketersediaa informasi	55,9%	44,1%	100,0%	
	% of Total	55,9%	44,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13,650 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	11,701	1	,001		
Likelihood Ratio	14,105	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	13,418	1	,000		
N of Valid Cases	59				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,25.

b. Computed only for a 2x2 table

## Kebijakan \* Perilaku pemilahan limbah

**Kebijakan \* Perilaku pemilihan limbah Crosstabulation**

			Perilaku pemilihan limbah		Total
			Kurang baik	Baik	
Kebijakan	Kurang mendukung	Count	28	9	37
		% within Kebijakan	75,7%	24,3%	100,0%
		% of Total	47,5%	15,3%	62,7%
	Mendukung	Count	4	18	22
		% within Kebijakan	18,2%	81,8%	100,0%
		% of Total	6,8%	30,5%	37,3%
Total	Count	32	27	59	
	% within Kebijakan	54,2%	45,8%	100,0%	
	% of Total	54,2%	45,8%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	18,374 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	16,131	1	,000		
Likelihood Ratio	19,451	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	18,063	1	,000		
N of Valid Cases	59				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,07.

b. Computed only for a 2x2 table

## Logistic Regression

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>	N	Percent
-------------------------------	---	---------



Selected Cases	Included in Analysis	59	100,0
	Missing Cases	0	,0
	Total	59	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		59	100,0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

#### Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Baik	0
Kurang baik	1

### Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

	Observed	Predicted			
		Perilaku		Percentage Correct	
		Baik	Kurang baik		
Step 0	Perilaku	Baik	0	26	,0
		Kurang baik	0	33	100,0
	Overall Percentage				55,9

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	,238	,262	,827	1	,363	1,269

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables			
Pengetahuan	13,184	1	,000
Sikap	3,501	1	,061
Ketersediaan_Fasilitas	8,255	1	,004
Ketersediaan_INformasi	13,650	1	,000
Kebijakan	15,849	1	,000
Overall Statistics	30,517	5	,000

### Block 1: Method = Backward Stepwise (Conditional)

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	41,031	5	,000

Block	41,031	5	,000
Model	41,031	5	,000

#### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	39,928 <sup>a</sup>	,501	,671

a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than ,001.

#### Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	2,595	7	,920

#### Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		Perilaku = Baik		Perilaku = Kurang baik		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	6	5,967	0	,033	6
	2	8	8,393	1	,607	9
	3	4	4,592	2	1,408	6
	4	4	2,732	3	4,268	7
	5	2	2,134	4	3,866	6
	6	2	1,481	4	4,519	6
	7	0	,343	5	4,657	5
	8	0	,260	4	3,740	4
	9	0	,097	10	9,903	10

#### Classification Table<sup>a</sup>

	Observed	Predicted		
		Perilaku		Percentage Correct
		Baik	Kurang baik	
Step 1	Perilaku Baik	19	7	73,1
	Kurang baik	3	30	90,9
	Overall Percentage			83,1

a. The cut value is ,500

#### Variables in the Equation

Step	Pengetahuan	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
		1,957	,835	5,490	1	,019	7,077	1,377	36,373

1 <sup>a</sup>	Sikap	2,071	,984	4,430	1	,035	7,932	1,153	54,568
	Ketersediaan_Fasilitas	1,972	,951	4,297	1	,038	7,184	1,113	46,349
	Ketersediaan_INformasi	1,983	,930	4,545	1	,033	7,268	1,174	45,006
	Kebijakan	2,947	1,152	6,540	1	,011	19,040	1,990	182,150
	Constant	-6,307	1,908	10,931	1	,001	,002		

a. Variable(s) entered on step 1: Pengetahuan, Sikap, Ketersediaan\_Fasilitas, Ketersediaan\_INformasi, Kebijakan.

#### Correlation Matrix

	Constant	Pengetahuan	Sikap	Ketersediaan_Fasilitas	Ketersediaan_INformasi	Kebijakan
Step 1 Constant	1,000	-,417	-,598	-,659	-,570	-,742
Pengetahuan	-,417	1,000	,150	,216	,194	,137
Sikap	-,598	,150	1,000	,152	,259	,509
Ketersediaan_Fasilitas	-,659	,216	,152	1,000	,267	,334
Ketersediaan_INformasi	-,570	,194	,259	,267	1,000	,115
Kebijakan	-,742	,137	,509	,334	,115	1,000

#### Model if Term Removed<sup>a</sup>

Variable	Model Log Likelihood	Change in -2 Log Likelihood	df	Sig. of the Change
Step 1 Pengetahuan	-23,307	6,687	1	,010
Sikap	-22,938	5,949	1	,015
Ketersediaan_Fasilitas	-22,604	5,281	1	,022
Ketersediaan_INformasi	-22,649	5,370	1	,020
Kebijakan	-24,753	9,579	1	,002

a. Based on conditional parameter estimates



## INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

### Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
Tel: (061) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

#### LEMBAR BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa/wi : M.SOLIKHUL HUDA  
NPM : 1602011314  
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2  
Peminatan : Manajemen Rumah Sakit



Judul : FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PERAWAT DALAM  
PEMILAHAN LIMBAH INFEKSIUS DAN NON INFEKSIUS DI RUANG  
RAWAT INAP KELAS 3 RUMAH SAKIT UMUM HAJI MEDAN TAHUN 2018

Nama Pembimbing 1 : Dr. ASYIAH SIMANJORANG, M.Kes., S.Kep., Ns.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Paraf
1	10/04/19	Bab IV.5	perbaiki hasil uji valid	<i>asyah</i>
2	22/04/19	Acc	Acc ujian kompre	<i>asyah</i>
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Diketahui,  
Ketua Program Studi  
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Medan, 12/03/2019  
Pembimbing 1 (Satu)

(ANTO, SKM., M.Kes., M.M.)

*asyah*  
Dr. ASYIAH SIMANJORANG, M.Kes.,  
S.Kep., Ns.

#### KETENTUAN:

1. Lembar Konsultasi diprint warna pada kertas A4 rangkap 2 (dua).
2. Satu (1) lembar untuk Prodi.
3. Satu (1) lembar untuk Administrasi Sidang (Wajib dikumpulkan sebelum sidang).
4. Lembar Konsultasi WAJIB DIISI Sebelum ditandatangani Dosen Pembimbing.
5. Mahasiswa DILARANG MEMBERIKAN segala bentuk GRATIFIKASI/Suap terhadap Dosen.
6. Dosen DILARANG MENERIMA segala bentuk GRATIFIKASI/Pemberian dari Mahasiswa.
7. Pelanggaran ketentuan No 5 dan 6 berakibat PEMBATALAN HASIL UJIAN & Penggantian Dosen.



# INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

## Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEDOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
Tel: (061) 42004606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

### LEMBAR BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa/wi : M.SOLIKHUL HUDA  
NPM : 1602011314  
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2  
Peminatan : Manajemen Rumah Sakit



Judul : PERILAKU PERAWAT DALAM PEMILIHAN SAMPAH NON MEDIS  
: DENGAN MEDIS DI RUANG RAWAT INAP KELAS 3 RUMAH SAKIT UMUM  
HAJI MEDAN TAHUN 2018

Nama Pembimbing 2 : Dr. Dra. MEGAWATI, S.Kep., Ns.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Paraf
1	10/10/18	uraian	uraian untuk format & ke RII untuk proposal	4.
2	17/10/18	can pengujian	di BRS di sertakan bagian teori	7.
3	24/11/18	can deskripsi	ex depresi	7.
4	3/1/2019		acc. Proposal silakan ujian	4
5				
6				
7				
8				

Diketahui,  
Ketua Program Studi  
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Medan, 05/11/2018  
Pembimbing 2 (Dua)

( ANTO, SKM., M.Kes., M.M.)

Dr. Dra. MEGAWATI, S.Kep., Ns.

#### KETENTUAN:

1. Lembar Konsultasi diprint warna pada kertas A4 rangkap 2 (dua).
2. Satu (1) lembar untuk Prodi.
3. Satu (1) lembar untuk Administrasi Sidang (Wajib dikumpulkan sebelum sidang).
4. Lembar Konsultasi WAJIB DIISI Sebelum ditandatangani Dosen Pembimbing.
5. Mahasiswa DILARANG MEMBERIKAN segala bentuk GRATIFIKASI/Suap terhadap Dosen.
6. Dosen DILARANG MENERIMA segala bentuk GRATIFIKASI/Pemberian dari Mahasiswa.
7. Pelanggaran ketentuan No 5 dan 6 berakibat PEMBATALAN HASIL UJIAN & Penggantian Dosen.



## INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

### Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
Tel: (061) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

Nomor : 437/EXT/DKN/FKM/IKH/11/2019  
Lampiran :  
Hal : Permohonan Uji Validitas

Kepada Yth,  
Pimpinan  
di-Tempat

Dengan hormat,

Bersama ini datang menghadap, mahasiswa Program Studi S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT di INSTITUT KESEHATAN HELVETIA:

Nama : M.SOLIKHUL HUDA  
NPM : 1602011314

Yang bermaksud akan mengadakan penelitian/ wawancara/ menyebar angket/ observasi, dalam rangka Uji Validitas dan Reliabilitas kuesioner pada penelitian yang berjudul:

**FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PERAWAT DALAM PEMILAHAN LIMBAH INFEKSIUS DAN NON INFEKSIUS DI RUANG RAWAT INAP KELAS 3 RUMAH SAKIT UMUM HAJI MEDAN TAHUN 2018**

Sehubungan dengan ini kami sangat mengharapkan bantuannya, agar dapat memberikan keterangan-keterangan, brosur-brosur, buku-buku, penggunaan laboratorium dan penjelasan lainnya yang akan digunakan dalam rangka menyusun Tesis dengan judul:

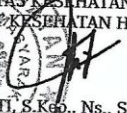
**FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PERAWAT DALAM PEMILAHAN LIMBAH INFEKSIUS DAN NON INFEKSIUS DI RUANG RAWAT INAP KELAS 3 RUMAH SAKIT UMUM HAJI MEDAN TAHUN 2018**

Segala bahan dan keterangan yang diperoleh akan digunakan semata-mata demi perkembangan Ilmu Pengetahuan dan tidak akan diumumkan atau diberitahukan pada pihak lain.

Atas bantuan dan kerja sama yang baik, Kami ucapkan terima kasih.

Medan, 13/1/2019

Hormat Kami,  
DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

  
Dr. ASRIWATI, S.Kep., Ns., S.Pd., M.Kes.  
NIDN. (0910027302)

Tembusan :  
1. Arsip



## INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

### Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
Tel: (061) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

Nomor : 438 / EXT / DKN / FKM / HKH / III / 2019  
Lampiran :  
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth,  
Pimpinan Rumah Sakit Umum Haji Medan  
di-Tempat

Dengan hormat,

Bersama ini datang menghadap, mahasiswa Program Studi S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT di  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA:

Nama : M.SOLIKHUL HUDA  
NPM : 1602011314

Yang bermaksud akan mengadakan penelitian/ wawancara/ menyebar angket/ observasi, dalam  
rangka memenuhi kewajiban tugas-tugas dalam melakukan/ menyelesaikan studi pada Program  
Studi S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT di INSTITUT KESEHATAN HELVETIA.

Sehubungan dengan ini kami sangat mengharapkan bantuannya, agar dapat memberikan  
keterangan-keterangan, brosur-brosur, buku-buku, dan penjelasan lainnya yang akan digunakan  
dalam rangka menyusun Tesis dengan judul:

**FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PERAWAT DALAM PEMILAHAN  
LIMBAH INFEKSIUS DAN NON INFEKSIUS DI RUANG RAWAT INAP KELAS 3 RUMAH  
SAKIT UMUM HAJI MEDAN TAHUN 2018**

Segala bahan dan keterangan yang diperoleh akan digunakan semata-mata demi perkembangan  
Ilmu Pengetahuan dan tidak akan diumumkan atau diberitahukan pada pihak lain. Selanjutnya  
setelah mahasiswa bersangkutan yang akan menyelesaikan peninjauan/ riset/ wawancara, kami akan  
menyerahkan 1 (satu) eksemplar Tesis yang dibuat mahasiswa kami.

Atas bantuan dan kerja sama yang baik, Kami ucapkan terima kasih.

Medan, 13 / 03 / 2019

Hormat Kami,

DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

  
Dr. ASRIWATI, S.Kep., Ns., S.Pd., M.Kes.

NIDN. (0910027302)

Tembusan :  
1. Arsip





**PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA UTARA**  
**RUMAH SAKIT UMUM HAJI MEDAN**

Jl. Rumah Sakit Haji – Medan Estate 20237 Telp. (061) 6619520, (061) 6619521 Fax. (061) 6619519  
Website : [rsuhajimedan.sumutprov.go.id](http://rsuhajimedan.sumutprov.go.id) Email : [rsuhajimedan@gmail.com](mailto:rsuhajimedan@gmail.com)



Nomor : 08/SV/DIKLIT/RSUHM/III/2019  
Lamp : --  
Hal. : Selesai Riset / Penelitian

Medan, 20 Maret 2019

Kepada : Yth, DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA  
di tempat.

Dengan hormat

Bidang DIKLIT Rumah Sakit Haji Medan dengan ini menyatakan bahwa :

NAMA : M.SOLIKHUL HUDA  
N I M / N P M : 1602011314  
PROGRAM STUDI : S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Adalah benar telah melaksanakan Riset / Penelitian di Rumah Sakit Umum Haji Medan dengan judul "FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PERAWAT DALAM PEMILAHAN LIMBAH INFEKSIUS DAN NON INFEKSIUS DIRUANG RAWAT INAP KELAS 3 RUMAH SAKIT UMUM HAJI MEDAN TAHUN 2019".

Demikian disampaikan, atas kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Rumah Sakit Umum Haji Medan

**Dr. YULINDA ELVI NASUTION, M.Kes**  
Ka. Bid. Akademik & Pendidikan





**PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA UTARA**  
**RUMAH SAKIT UMUM HAJI MEDAN**

Jl. Rumah Sakit Haji – Medan Estate 20237 Telp. (061) 6619520, (061) 6619521 Fax. (061) 6619519

Website : [rsuhjmedan.com.noprov.go.id](http://rsuhjmedan.com.noprov.go.id) Email : [rsuhjmedan@gmail.com](mailto:rsuhjmedan@gmail.com)



Nomor : 18 /R/DIKLIT/RSUHM/VIII/2019  
Lamp : –  
Hal. : Izin Riset / Penelitian.

Medan, 13 MARET 2019

Kepada : Yth, DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA  
di tempat.

Menindaklanjuti surat Saudara tentang izin untuk melaksanakan Riset / Penelitian di Rumah  
Sakit Umum Haji Medan, a.n :

NAMA : M.SOLIKHUL HUDA  
N I M / N P M : 1602011314  
PROGRAM STUDI : S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
JUDUL : "FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PERAWAT  
DALAM PEMILAHAN LIMBAH INFEKSIUS DAN NON INFEKSIUS DI  
RUANG RAWAT INAP KELAS 3 RUMAH SAKIT UMUM HAJI MEDAN  
TAHUN 2018 "

Bersama ini disampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat menyetujui dilaksanakan kegiatan  
tersebut, semoga dapat dilaksanakan dengan baik.

Demikian disampaikan, atas kerja sama yang baik diucapkan terima kasih.

Rumah Sakit Umum Haji Medan

Dr. YULINDA ELVI NASUTION, M.Kes  
Ka. Bid. Akademik & Pendidikan

## **DOKUMENTASI PENELITIAN DI RSU HAJI MEDAN**

### **1.Responden Mengisi Kuesioner Penelitian dan informan sedang di wawancara Penelitian**















